



L'ALLAITEMENT AU PRISME DE LA DIVERSITÉ SEXUELLE ET DE LA PLURALITÉ DES GENRES : SYNTHÈSE DES CONNAISSANCES ET DES RECOMMANDATIONS À L'INTENTION DES PROFESSIONNEL·LES



Une réalisation de la Direction régionale de santé publique de Montréal
Du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

En collaboration avec le Centre de recherche Jeunes, familles et réponses sociales (JEFAR)
De l'Université Laval

1560 rue Sherbrooke est
Montréal (Québec) H2L 4M1
Téléphone : 514 528-2400
Site web : <https://santemontreal.qc.ca/en/public/>



Recherche et rédaction

Félicia Brochu, M. Sc., Agente de planification, programmation et recherche
Kévin Lavoie, Ph. D., Professeur adjoint à l'École de travail social et de criminologie

Collaboration

Véronique Laberge Gaudin, Dt.p., M. Sc., Agente de planification, programmation et recherche
Ghislaine Reid, B.A., IBCLC, Agente de planification, programmation et recherche

Graphisme et mise en page

Agence CAZA
Desneiges Paquin, Conseillère en communication

Notes

Ce document est disponible en ligne à la section documentation
du site Web : santemontreal.qc.ca

Une version abrégée de ce document est aussi disponible.

© Gouvernement du Québec, 2022

ISBN 978-2-550-94185-9 (En ligne)

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2023

Bibliothèque et Archives Canada, 2023

Pour citer ce document : Brochu, F. & Lavoie, K. (2022, automne). *L'allaitement au prisme de la diversité sexuelle et de la pluralité des genres : Synthèse des connaissances et des recommandations à l'intention des professionnel·les*. Direction régionale de santé publique de Montréal. <https://santemontreal.qc.ca/professionnels/drsp/sujets-de-a-a-z/allaitement-maternel/documentation/https://santemontreal.qc.ca/professionnels/drsp/sujets-de-a-a-z/allaitement-maternel/documentation>

Table des matières

Lexique	4
Mise en contexte	5
Méthode	6
Résultats : mieux comprendre les trajectoires d'allaitement des parents lgbtq+	6
1. Les motivations pour allaiter	6
2. Les barrières à l'allaitement	7
3. Les retombées	9
4. Les pratiques prometteuses pour les professionnel·les.....	10
En guise de conclusion : poursuivre la réflexion et les apprentissages	13
Bibliographie.....	15

LEXIQUE

Le vocabulaire associé à la diversité sexuelle et à la pluralité des genres est en pleine ébullition au Québec, mais aussi ailleurs dans le monde. Cela reflète la vitalité des mouvements sociaux et des groupes associatifs LGBTQ+, ainsi que l'état des connaissances au sein des milieux scientifiques. La terminologie est variable et recèle des significations différentes selon les espaces culturels (p.ex. : Québec et France) et linguistiques (communautés francophones et anglophones). En ce sens, il faut rester à l'affût de l'évolution des termes utilisés. Néanmoins, une règle d'or persiste : la personne elle-même ou les membres qui composent une communauté marginalisée sont les mieux placés pour revendiquer (ou non) une expression ou une étiquette.

Les termes suivants ont été sélectionnés et définis comme clés de compréhension pour la lecture de la présente synthèse. En complément, nous vous invitons à [consulter le lexique suivant](#) pour une mise en contexte et un éventail élargi des expressions couramment utilisées dans le domaine de la diversité sexuelle et de la pluralité des genres.

LGBTQ+	Acronyme qui désigne les réalités lesbiennes, gaies, bisexuelles, trans et queer, c'est-à-dire les personnes issues de la diversité sexuelle et de la pluralité des genres. Le (+) ajouté à la fin de cet acronyme vise à évoquer l'existence d'autres identités minorisées sur le plan du sexe, du genre et de l'orientation sexuelle, par exemple les personnes bispirituelles, pansexuelles, intersexes et asexuelles.
Personne trans	<p>Personne qui ne s'identifie pas à son sexe assigné à la naissance (M ou F sur les papiers d'identité) et qui a entamé un processus afin de faire mieux correspondre son identité et son expression de genre. Ce processus d'affirmation de genre correspond à des parcours de transition (sociale, légale et médicale) qui varient selon les besoins de la personne, mais aussi selon les ressources, les opportunités et l'accès aux soins dont elle dispose.</p> <p>Une femme trans est une femme dont le sexe assigné à la naissance était masculin (M, sur les papiers d'identité).</p> <p>Un homme trans est un homme dont le sexe assigné à la naissance était féminin (F, sur les papiers d'identité).</p>
Personne cisgenre	Personne qui s'identifie à son sexe assigné à la naissance, soit le contraire d'une personne trans.

Dysphorie de genre	La dysphorie de genre est un diagnostic médical qui évoque la détresse ou la souffrance vécue par certaines personnes trans face à l'incongruence entre leur identité/expression de genre et leur sexe assigné à la naissance, et ce, dans différentes sphères de leur vie. Les situations d'adversité, la transphobie et les dénis de reconnaissance peuvent exacerber cette détresse.
Hétérocisnormativité	L'hétérocisnormativité correspond au système de normes et de représentations sociales qui supposent que l'hétérosexualité et l'identité cisgenre sont la seule orientation sexuelle et la seule identité de genre valides et acceptables. Cela a pour effet de discriminer, de stigmatiser et d'invisibiliser les personnes LGBTQ+ qui ne se conforment pas au modèle de genre et de sexualité binaire dominant (masculin/homme/père/hétéro; féminin/femme/mère/hétéro)
Approches affirmatives	Les approches affirmatives sont des perspectives d'intervention qui visent à soutenir les personnes LGBTQ+ dans l'affirmation de leur orientation sexuelle et leur identité de genre, plutôt qu'à chercher à la modifier. Elles visent aussi à faciliter l'accès aux soins et aux services selon les besoins exprimés par les personnes concernées, en reconnaissant leur autodétermination.

MISE EN CONTEXTE

Plusieurs changements sociaux ont contribué au cours des dernières décennies à transformer l'institution de la famille au Québec : l'accès à la contraception et la reconnaissance du pouvoir décisionnel des femmes sur leur corps, l'entrée massive de ces dernières sur le marché du travail, la diversification des formes d'union, avec un déclin du mariage et une hausse de l'union libre, la démocratisation des techniques de reproduction assistée et la diversification des configurations familiales, notamment. « Faire famille » à l'aube du 21^e siècle se conjugue désormais au pluriel : recomposition familiale, adoption, procréation assistée, famille « choisie » et pluriparentalité sont autant de modalités permettant de concrétiser le désir d'enfant et de tisser une trame relationnelle entre les personnes concernées. Cette diversité familiale s'observe tant dans la structure de la famille, sa composition et ses frontières, que dans la qualité des liens de solidarité qui unissent ses membres.

Avec l'adoption de la *Loi sur l'union civile et les nouvelles règles de filiation* en 2002, les familles composées de deux parents de même sexe sont désormais reconnues légalement. Plusieurs changements législatifs ont aussi contribué récemment à reconnaître les parcours trans, la non-binarité et la parentalité des personnes de la diversité de genre au Québec. Dès lors, de plus en plus de personnes LGBTQ+ concrétisent leurs aspirations familiales et deviennent parents (p. ex.

entre les recensements de 2006 et de 2016, le nombre de couples homoparentales avec enfant(s) a bondi de 123% au Québec (QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA FAMILLE, 2020)). Les familles homoparentales et transparentales sont toutefois confrontées à plusieurs situations d'adversité et d'exclusion qui peuvent compromettre la santé et le bien-être de leurs membres. C'est, entre autres, le cas pour l'allaitement en période périnatale.

En effet, les pratiques d'allaitement sont traditionnellement ancrées dans des normes et des représentations centrées sur la mère et son bébé, où les aspects biologiques et physiologiques occupent une place importante. Or, cette vision normative fait en sorte de mettre de côté les réalités familiales vécues par les parents LGBTQ+, les reléguant alors à la marge et créant des « angles morts » dans l'offre de soins et de services. Dans le but de favoriser le bien-être de ces parents et le développement optimal de leurs enfants, il convient alors d'adapter nos façons de faire dans une perspective d'inclusion et de respect de la diversité.

MÉTHODE

Cette synthèse est le résultat d'une **revue sommaire de la littérature**, scientifique et grise, francophone et anglophone, portant sur le sujet de l'allaitement chez les familles issues de la diversité sexuelle et de la pluralité des genres. Au total, 17 références (incluant 14 articles scientifiques, 2 guides de pratiques et 1 article médiatique) ont été sélectionnées et lues scrupuleusement.

Les constats et les recommandations qui ressortent de ces textes ont servi de base pour l'écriture de la présente synthèse.

RÉSULTATS : MIEUX COMPRENDRE LES TRAJECTOIRES D'ALLAITEMENT DES PARENTS LGBTQ+

1. LES MOTIVATIONS POUR ALLAITER

Tout d'abord, il est important de reconnaître la **variété des intentions et des motivations** derrière la décision quant au mode d'alimentation du bébé. Cette décision est influencée autant par des facteurs personnels tels que les expériences passées, l'identité de genre, les attentes et les idées préconçues, que par des facteurs interpersonnels avec les professionnel·les de la santé tels que l'engagement parental, la communication ouverte, l'éducation et la continuité des soins (Jackson et al., 2022).

Les parents issus de la communauté LGBTQ+ peuvent vouloir fortement allaiter leur enfant pour des **raisons communes aux couples hétérosexuels et aux personnes cisgenres**, telles que pour la **proximité** et le **lien d'attachement** avec l'enfant que le geste d'allaiter peut procurer, pour la **source nutritive optimale** que le lait humain représente, ou encore pour **des raisons**

socioculturelles (ex. : « parce que les membres de ma famille ont tous allaité », « parce que l'allaitement est répandu et bien accepté autour de moi »).

Cela dit, ces parents peuvent aussi appuyer leur décision d'allaiter leurs bébés sur des **raisons spécifiques à la communauté LGBTQ+**. Ainsi, l'allaitement peut être perçu comme un moyen de **consolider le rôle parental du parent n'ayant pas porté l'enfant** et de partager l'engagement parental au sein du couple, de manière à contrer l'idée d'un « rang parental » (Jackson et al., 2022). En effet, les services périnataux sont principalement centrés sur les besoins des mères (gestationnelles) et des bébés, de sorte que les parents non-gestationnels, qu'ils s'identifient comme mère, père ou parent, peinent à trouver leur place et rapportent des sentiments de malaise et d'exclusion. Dans le cas d'un couple lesbien, par exemple, les attentes et les représentations sociales vis-à-vis le rôle de la mère non biologique sont peu claires. Certaines femmes lesbiennes se sentent ainsi comme si elles occupaient « [un espace entre une mère et un père] » (traduit de Rippey & Falconi, 2017). L'allaitement peut alors être perçu comme une façon de partager tant les responsabilités parentales que les opportunités de proximité avec le bébé, de sorte que les deux mères se sentent sur un pied d'égalité.

L'allaitement peut aussi servir à **affirmer son identité de genre et son identité parentale**. Ainsi, une femme trans peut souhaiter induire le processus de lactation et allaiter son bébé, car cela lui permet d'exprimer sa féminité et de consolider son rôle de mère. Certains hommes trans peuvent aussi avoir le désir allaiter pour l'une ou l'autre des raisons nommées précédemment. Certains choisissent de reporter leur chirurgie à la poitrine dans cette intention, alors que d'autres non. Dans certains cas, allaiter a comme effet de **donner un sens au corps**. C'est le cas d'un père trans qui explique : « [Avec les seins, c'était comme pourquoi je les ai de toute façon. L'aspect fonctionnel pour moi, c'est ce qui avait le plus de sens. Je suppose qu'à un niveau bizarre, je voulais juste sentir qu'il y avait une raison pour laquelle j'avais ce corps] » (traduit de MacDonald et al., 2016).

Toutefois, les parents LGBTQ+ peuvent aussi avoir leurs **raisons pour ne pas allaiter**. En effet, l'identité de genre influence, par exemple, la perception du corps et l'utilisation que l'on veut en faire (Chetwynd & Facelli, 2019). Notamment, pour un homme trans, que celui-ci ait vécu la grossesse ou non, il peut être important d'être perçu et reconnu comme un père. L'allaitement étant traditionnellement associé au rôle de mère, cet homme pourrait n'avoir aucun désir de prendre part à ce geste, au risque de vivre de la dysphorie de genre.

Il importe de souligner que, pour **prendre la décision d'allaiter ou non**, les familles LGBTQ+ vont consulter des sources d'information alternatives aux professionnel·les de la santé, tels que les réseaux sociaux numériques (groupes Facebook et pages Instagram, notamment) ou les livres, si ces derniers ne leur offrent pas les informations et les opportunités de discussion sur l'allaitement dont elles ont besoin (Jackson et al., 2022; Juntereal & Spatz, 2020).

2. LES BARRIÈRES À L'ALLAITEMENT

La période périnatale peut, en soi, apporter son lot de défis pour les familles LGBTQ+. En effet, ces familles sont davantage susceptibles de faire face à des situations d'adversité durant la période périnatale en raison de divers facteurs. Ces facteurs sont d'ordre :

- Contextuel et normatif (ex. : le processus genré et hétéronormé de la reproduction, les lois en matière de filiation);
- Social (ex. : le manque de compréhension de la part de l'entourage, l'isolement);
- Relationnel (ex. : les nombreuses négociations au sein du couple concernant le processus de reproduction et les rôles parentaux non-traditionnels), et ;
- Individuel (ex. : l'interruption du parcours de transition médicale d'affirmation de genre, les expériences négatives passées) (Kirubarajan et al., 2022).

Les familles LGBTQ+ sont d'autant plus susceptibles de rapporter des **barrières d'accès aux services de santé**, incluant les services de soutien à l'allaitement, causant des inégalités sociales de santé et des situations de discrimination et d'injustice (Kirubarajan et al., 2022; Lee, 2019; Wahlert & Fiester, 2013). Ces barrières comprennent notamment (Hoffkling et al., 2017) :

- **L'utilisation d'un langage et de systèmes non-inclusifs** (ex. : la personne qui vit la grossesse étant désignée « mère » ou même « vraie mère », les formulaires et systèmes informatiques qui obligent l'inscription du bébé sous le nom d'une « mère »);
- **Le manque de formation des professionnel·les de la santé** (ex. : sur les enjeux biomédicaux spécifiques aux personnes trans (Trautner et al., 2020), sur les options disponibles en vue de concrétiser les projets parentaux et leurs implications à court, moyen et long terme);
- **Les attitudes et les préjugés des professionnel·les de la santé** (ex. : le malaise perceptible, la notion de l'homme enceint comme inintelligible, les idées préconçues telles que « [les personnes allaitantes sont supposées être hétéros et s'identifier comme des femmes] » (traduit de Rippey & Falconi, 2017));
- **Les services inadéquats et le refus de soins** (ex. : les questions et examens invasifs et non-nécessaires, la rétention d'information comme moyen utilisé pour obtenir des services, le refus d'induire la lactation chez une mère non-gestationnelle selon une évaluation risque-bénéfice inadéquate (Wahlert & Fiester, 2013));
- **La discrimination, la stigmatisation, l'homophobie et la transphobie** (ex. : les blagues et les commentaires déplacés, la pathologisation);
- **L'effacement et l'exclusion institutionnel/le** (ex. : manque de représentation de la communauté LGBTQ+ dans le matériel éducatif, les bannières, etc.).

Dans le cadre du soutien à l'allaitement, **le manque de connaissances et de communication de la part des professionnel·les de la santé au sujet des différentes options d'allaitement** limite la prise de décision libre et éclairée des familles et les incitent à chercher de l'information ailleurs. En effet, les familles LGBTQ+ ont des besoins spécifiques d'information quant à : l'induction de la lactation, le co-allaitement, l'allaitement à la poitrine/au torse ou « chestfeeding », l'allaitement après une opération de réduction de la poitrine (ou « top surgery »; pour les hommes trans), l'allaitement après une augmentation de la poitrine (pour les femmes trans), les effets de la thérapie hormonale en lien avec l'allaitement, les risques de dysphorie de genre et le don de lait (Farrow, 2015; MacDonald et al., 2016). Devant ce manque de formation, les personnes LGBTQ+ se voient souvent dans l'obligation d'éduquer elles-mêmes les professionnel·les de la santé sur

les parcours des familles LGBTQ+, le langage approprié à utiliser ainsi que les options d'allaitement (Rippey & Falconi, 2017) ce qui peut être vécu comme un fardeau, particulièrement en période périnatale.

Il existe également des **barrières à l'allaitement spécifiques au type de famille**. Par exemple, les couples de femmes peuvent rencontrer de la confusion de la part des professionnel·les de la santé concernant leurs rôles parentaux en raison des capacités biologiques des deux parents pour ce qui est de porter la grossesse et d'allaiter (ex. identifier d'emblée la mère qui allaite comme étant celle qui a porté l'enfant, ou considérer d'emblée que les deux mères souhaitent allaiter). Les couples d'hommes, quant à eux, sont plus enclins à se sentir exclus et aliénés dans les services de santé entourant l'accouchement et les soins néonataux, des milieux majoritairement féminins (Logan & Ahern, 2020).

Par ailleurs, les personnes non-gestationnelles et les personnes trans ayant eu une chirurgie à la poitrine ou une thérapie d'affirmation de genre risquent de rencontrer plus de **difficultés à produire une quantité de lait suffisante pour répondre à elle seule aux besoins du bébé ou encore à allaiter directement à la poitrine/au torse**. En ce sens, les hommes trans pratiquant l'allaitement à la poitrine (allaitement au torse ou « chestfeeding ») pourraient nécessiter un soutien professionnel particulier pour l'optimisation de leur production de lait, la prise de la poitrine et le positionnement lors de l'allaitement. Or, les professionnel·les ont rarement l'opportunité de mettre en pratique leurs connaissances et compétences en matière de soins aux familles LGBTQ+, et cette exposition limitée restreint leurs aptitudes à soutenir adéquatement ces familles (Duckett & Ruud, 2019). D'autant plus, certains hommes trans rapportent ne pas avoir eu l'opportunité de discuter d'allaitement au moment de leur chirurgie d'affirmation de genre à la poitrine, et pourraient ne pas connaître les options qui s'offrent à eux en matière d'alimentation de leur enfant (MacDonald et al., 2016).

L'absence de disponibilité de lieux privés pour allaiter peut également constituer un obstacle pour certaines familles LGBTQ+ dans l'optique de respecter leur affirmation de genre ou leur désir de ne pas dévoiler leur identité de genre ou leur orientation sexuelle en public (pour des raisons de sécurité ou simplement de respect de la vie privée). Or, ce besoin d'intimité lors de l'allaitement peut représenter une barrière à la demande et à l'obtention de soutien en allaitement (MacDonald et al., 2016).

Finalement, les personnes trans peuvent faire face à davantage de stress lié à la **dysphorie de genre** en réaction à l'apparence de la poitrine (des changements variant de mineurs à une croissance complète des seins sont à anticiper en cours de grossesse ou d'allaitement dans la majorité des cas), au geste d'allaiter ou encore à un langage non-inclusif ou au fait d'être mégenré (MacDonald et al., 2016). Ces enjeux spécifiques aux parents LGBTQ+ augmentent, entre autres, leur **risque de problèmes de santé mentale** en période périnatale (Kirubarajan et al., 2022).

3. LES RETOMBÉES

En période périnatale et dans le cadre de l'allaitement, les familles LGBTQ+ font preuve d'un continuel travail identitaire (Lee, 2019) alors qu'ils sont confrontés aux normes sociales de la famille et de la parentalité, lesquelles sont ancrées dans un modèle hétérocisnormatif. Ce travail mène à la création de rapports au genre et au corps inédits et à l'émergence de nouveaux rôles

parentaux, qui ouvrent la porte à **de nouvelles possibilités pour les familles** en matière d'allaitement. Notamment, l'induction de la lactation chez les femmes trans est une pratique qui présente **des résultats prometteurs**. En effet, la publication d'un premier rapport de cas a démontré la possibilité d'un allaitement exclusif durant les 6 premières semaines postnatales, suivi d'un allaitement jusqu'à 6 mois postnatal avec supplémentation (Reisman & Goldstein, 2018).

Le vécu de l'allaitement peut être une importante source de bonheur et d'attachement pour les familles LGBTQ+ tout comme pour les familles hétéroparentales et cisparentales. En revanche, lorsqu'insuffisamment d'information est présentée aux familles au moment opportun concernant les options d'allaitement possibles, celles-ci peuvent avoir une **impression d'opportunité manquée** au regard de la création de liens affectifs parent-enfant (Juntereal & Spatz, 2020) (par exemple, un couple de femmes qui ne connaît pas la possibilité de co-allaitement).

Chez les hommes trans pour qui le fait d'allaiter entre en conflit avec leur identité masculine, **l'usage de stratégies d'adaptation**, telles que se rappeler la nature temporaire de l'allaitement, se rappeler ses motivations pour allaiter, porter plusieurs couches vestimentaires et le bandage de la poitrine (« chest binding »), peut aider à surmonter le stress causé par la dysphorie de genre et permettre l'allaitement (MacDonald et al., 2016). Cela dit, certains hommes trans ne peuvent recourir au bandage de la poitrine durant la période de l'allaitement car cela leur cause trop d'inconfort (MacDonald et al., 2016). Trevor MacDonald, un homme trans canadien ayant partagé son expérience d'allaitement publiquement sur son blogue, décrit notamment comment il a vécu la grossesse et l'allaitement tout en continuant de s'affirmer en tant qu'homme (Kassam, 2016).

4. LES PRATIQUES PROMETTEUSES POUR LES PROFESSIONNEL·LES

Alors que plusieurs pratiques en allaitement demeurent peu adaptées pour les familles LGBTQ+, de nouveaux protocoles et guides publiés font état des options d'allaitement et des orientations cliniques pour favoriser l'expérience d'allaitement de ces familles, dont celui de la Coalition des familles LGBT (Coalition des familles LGBTQ+, n.d.) et de l'Academy of Breastfeeding Medicine (Ferri et al., 2020).

Ci-dessous sont présentés quelques bonnes pratiques fondamentales, tirées de ces guides et de la littérature scientifique, pouvant aider les professionnel·les à soutenir adéquatement les familles LGBTQ+ dans leurs parcours d'allaitement :

1. UTILISER UN LANGAGE ET DES SYSTÈMES INCLUSIFS

L'utilisation d'un langage inclusif dans les interactions est importante pour plusieurs familles LGBTQ+ et peut influencer positivement leur bien-être. **Apprendre et mettre en application le vocabulaire** pour désigner les diverses orientations sexuelles et les identités de genre, ou encore les différentes pratiques d'allaitement (p. ex. : l'allaitement à la poitrine ou « chestfeeding »), est donc primordial pour offrir des soins et services davantage inclusifs (Duckett & Ruud, 2019).

Au-delà du langage parlé, le langage écrit et les illustrations utilisés pour les documents, les formulaires, les affichages, les slogans (etc.) envoient aussi des messages d'inclusion (ou de non-inclusion) aux familles LGBTQ+, d'où l'importance de **favoriser un langage écrit et des images neutres ou dépeignant une diversité de familles**. Les environnements, les systèmes et les politiques d'institution (p. ex. : exiger la carte d'assurance maladie de la mère pour l'accès à des services) sont également appelés à évoluer étant donné leurs répercussions négatives sur l'expérience des familles (p. ex. : des couples d'hommes et des couples de femmes, chez qui la notion de « la mère » ne s'applique pas).

2. S'INFORMER DES PRÉFÉRENCES DES PARENTS

Dans le but d'offrir un accueil respectueux et de prévenir le stress causé par l'utilisation d'un langage qui reconnaît mal la situation ou l'identité de la famille, il vaut mieux éviter de formuler ses propres hypothèses sur le genre ou l'orientation des personnes et plutôt de **s'informer des préférences, des attentes des parents quant à leurs rôles, à leurs identités et au langage à utiliser pour s'adresser à eux** (p. ex. : en termes de pronoms et d'alternatives au traditionnel duo « maman et papa »). Dans l'incertitude ou jusqu'à ce que les préférences des personnes soient connues, il peut être préférable d'utiliser des pronoms et des titres neutres (p. ex. : vous, parent). Copier le langage utilisé par les parents peut aussi être une bonne stratégie.

Le roulement de personnel et le rythme accéléré du plancher hospitalier peut exposer les familles à des incidents répétés d'erreur sur leur genre ou leur rôle parental. Il est essentiel d'identifier des stratégies afin d'optimiser le transfert d'information sur les préférences des parents à travers les soins et services en périnatalité et en allaitement.

3. ADOPTER UNE POSTURE D'HUMILITÉ CULTURELLE

L'humilité culturelle peut être définie comme : « [une autoréflexion et une éducation continues dans lesquelles les professionnel·les de la santé cherchent à prendre conscience de leurs propres hypothèses et préjugés qui contribuent aux disparités en matière de santé] » (traduit de Duckett & Ruud, 2019). Elle se différencie du principe de compétence culturelle qui implique plutôt l'acquisition d'une quantité finie de connaissances multiculturelles (Tervalon & Murray-Garcia, 1998). En d'autres mots, la compétence culturelle place les professionnel·les en position d'expert, tandis que l'humilité culturelle estime que les patient·es sont les expert·es de leurs propres expériences (Ruud, 2018).

En ce sens, il est recommandé aux professionnel·les de **prendre une posture continue d'apprentissage, d'ouverture et de réflexion dans leurs interactions** avec les parents LGBTQ+, de sorte qu'ils reconnaissent et prennent en compte autant que possible leurs biais, leurs idées préconçues, leurs privilèges et les limites de leurs connaissances quant à l'expérience d'autrui.

Un exemple de mise en pratique de l'humilité culturelle peut être de ne pas assumer l'orientation sexuelle ou les intentions d'allaitement d'une personne en fonction du genre qu'elle affiche, et de plutôt poser toutes les questions nécessaires pour bien saisir la situation et les besoins de la personne avant de donner des conseils ou de prendre des décisions cliniques.

4. S'ÉDUCER SUR LES RÉALITÉS ET LES ENJEUX LGBTQ+

Sans prétendre qu'il soit possible de tout connaître, les professionnel·les qui interviennent auprès des familles d'aujourd'hui ont à **développer une base de connaissances** au sujet des termes qui sont utilisés par les communautés LGBTQ+, des différentes modalités et trajectoires parentales contemporaines, des enjeux spécifiques aux expériences parentales LGBTQ+ et des différentes options d'allaitement qui s'offrent aux familles. Les guides de la Coalition des familles LGBT+ (Coalition des familles LGBT+, n.d.) et de l'Academy of Breastfeeding Medicine (Ferri et al., 2020) peuvent servir de ressources à cet effet.

Cette éducation est cruciale pour éviter aux familles de porter le fardeau d'éduquer les professionnel·les qu'elles rencontrent durant leur parcours et pour améliorer leurs expériences dans les services de santé. Elle procure également une plus grande aisance chez les professionnel·les lorsqu'ils prodiguent des conseils et transmettent des informations aux familles.

5. DISCUTER OUVERTEMENT DES OPTIONS D'ALIMENTATION DE L'ENFANT

Afin d'assurer que les familles LGBTQ+ aient accès à des informations de sources fiables, telles que celles émises par les professionnel·les de la santé, et afin de permettre leur prise de décision éclairée en termes d'allaitement, les professionnel·les de la santé doivent **offrir proactivement de l'information sur les diverses options pour allaiter et sur les effets des traitements d'affirmation de genre sur l'allaitement (et vice versa)**. Il est d'autant plus important d'ouvrir la discussion à plusieurs moments, puisque la littérature scientifique indique que certaines personnes LGBTQ+ n'ont pas eu l'occasion d'aborder ces questions dans des consultations précédentes (p. ex. inconfort d'aborder le sujet avec le médecin au moment d'obtenir une chirurgie à la poitrine) ou n'oseront pas ouvrir la porte au sujet par peur de créer un malaise ou de faire face à des commentaires déplacés de la part des professionnel·les.

La discussion sur les options d'allaitement devrait d'ailleurs **aborder la gestion des attentes** (p. ex. en termes de quantité de lait dans le cas de l'induction de la lactation, ou de partage d'énergie dans le cas de la colactation) **et les impacts émotionnels potentiels** de l'allaitement (positifs et négatifs).

Toutefois, il faut veiller à ne pas tomber dans le piège d'assumer que tous les parents LGBTQ+ s'intéressent aux options d'allaitement. Par exemple, un homme trans ayant eu une chirurgie du torse pourrait percevoir l'option d'induire la lactation ou de co-allaiter comme inconcevable pour lui, voire même insultant.

6. INCLURE L'AUTRE PARENT

Les familles LGBTQ+ mentionnent souvent l'importance **de reconnaître, de respecter et de légitimer "l'autre parent" dans son rôle** (c'est-à-dire le parent qui n'a pas porté l'enfant). Notamment, les couples de même sexe peuvent être particulièrement préoccupés par la participation de l'autre parent dans les soins à apporter au bébé à travers différents moyens tels que le contact peau-à-peau à la naissance, l'alimentation au biberon, ou encore le partage de l'allaitement par l'induction de la lactation et la colactation (Juntereal & Spatz, 2020). Ainsi,

s'adresser à l'autre parent et l'impliquer dans les soins au bébé, dont l'allaitement, sont des façons par lesquelles les professionnel·les peuvent mieux soutenir ces familles.

De petits changements de pratique peuvent avoir de grands effets pour reconnaître et légitimer les parents LGBTQ+. Les petits gestes inclusifs sont nombreux et peuvent prendre plusieurs formes, par exemple inscrire les noms des deux mères sur l'incubateur du bébé ou inscrire les noms des deux pères sur la carte ou le bracelet du bébé. Par ailleurs, il importe d'être sensible aux contraintes spécifiques aux couples de pères (p. ex. : sentiment d'exclusion dans un environnement majoritairement féminin, remise en question de leurs compétences parentales en tant que donneurs de soins primaires, et autres rôles parallèles limitant leur présence au chevet du bébé) (Logan & Ahern, 2020).

7. OFFRIR DES ESPACES ET DES SOINS SÉCURITAIRES ET AFFIRMATIFS

Offrir des soins affirmatifs, c'est-à-dire qui favorisent et qui normalisent l'affirmation de genre de la personne, est un moyen par lequel les professionnel·les peuvent contribuer à améliorer l'expérience périnatale et d'allaitement des parents LGBTQ+ ainsi que leur accès aux services de soutien en allaitement. **Normaliser les familles issues de la diversité sexuelle et de la pluralité des genres** signifie entre autres de reconnaître et d'accepter leurs particularités, tout en interagissant avec elles comme avec n'importe quelle famille (p. ex. : en évitant d'exprimer « [Oh c'est tellement intéressant de rencontrer une famille comme vous!] » et en évitant de poser des questions non nécessaires) (Juntereal & Spatz, 2020).

De plus, dans le cadre de leur pratique, il est possible pour les professionnel·les de **protéger l'intimité des familles LGBTQ+ pour lesquelles cela est important**. L'allaitement peut révéler l'identité LGBTQ+ des familles, et ainsi les exposer à des réactions négatives de la part des autres. Étant donné l'importance de l'apparence de la poitrine ou du torse pour l'affirmation de genre (MacDonald et al., 2016), l'allaitement peut aussi aller à l'encontre de l'image que les personnes souhaitent afficher publiquement et leur causer un stress inutile.

8. SURVEILLER LES SYMPTÔMES LIÉS À DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

Finalement, compte-tenu du risque accru de problèmes de santé mentale chez les parents LGBTQ+ (Kirubarajan et al., 2022) causés notamment par les expériences de victimisations et l'isolement, les professionnel·les doivent **garder l'œil ouvert pour détecter les symptômes**, tels que ceux typiques de l'anxiété et de la dépression.

EN GUISE DE CONCLUSION : POURSUIVRE LA RÉFLEXION ET LES APPRENTISSAGES

Cette fiche synthèse veut favoriser l'amorce d'une réflexion sur l'offre de soins et de services inclusifs de la diversité sexuelle et de la pluralité des genres en allaitement. Pour approfondir ses connaissances sur le sujet et obtenir davantage de pistes pour adapter ses pratiques aux besoins des personnes LGBTQ+ et adopter une approche affirmative, nous suggérons aux professionnel·les les opportunités de formation continue suivantes :

- La [formation Sexe, genre et orientations sexuelles : comprendre la diversité](#), offerte par l'Institut National de Santé Publique du Québec et disponible aux professionnel·les sur l'ENA ;
- La [formation Une place pour toutes les familles](#), offerte par la Coalition des familles LGBTQ+ et financée par le ministère de la Famille ;
- La [formation Trans-diversité 2 : santé et services sociaux](#), née d'une collaboration entre le milieu universitaire et des établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

BIBLIOGRAPHIE

- Chetwynd, E. M., & Facelli, V. (2019). Lactation support for LGBTQIA+ families. *Journal of Human Lactation*, 35(2), 244-247.
- Coalition des familles LGBTQ+. (n.d.). *Allaiter son bébé, Le guide inclusif*. (Page consultée le 22 août 2022).
https://familleslgbt.org/app/uploads/2022/01/Guide_inclusif_Allaiter_son_bebe.pdf
- Duckett, L. J., & Ruud, M. (2019). Affirming language use when providing health care for and writing about childbearing families who identify as LGBTQI+. *Journal of Human Lactation*, 35(2), 227-232.
- Farrow, A. (2015). Lactation support and the LGBTQI community. *Journal of Human Lactation*, 31(1), 26-28.
- Ferri, R. L., Rosen-Carole, C. B., Jackson, J., Carreno-Rijo, E., Greenberg, K. B., & Medicine, A. of B. (2020). ABM Clinical protocol# 33 : Lactation care for lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, questioning, plus patients. *Breastfeeding Medicine*, 15(5), 284-293.
- Hoffkling, A., Obedin-Maliver, J., & Sevelius, J. (2017). From erasure to opportunity : A qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(2), 1-14.
- Jackson, J. R., Moreno, L., Carmen, M., & Dadiz, R. (2022). What are LGBTQI+ parental experiences of healthcare support and decision-making regarding infant feeding options ? A grounded theory study. *Journal of Perinatology*, 42(8), 1083-1090.
- Juntereal, N. A., & Spatz, D. L. (2020). Breastfeeding experiences of same-sex mothers. *Birth*, 47(1), 21-28.
- Kassam, A. (2016, juin 20). Breastfeeding as a trans dad : 'A baby doesn't know what your pronouns are'. *The Guardian*. (Page consultée le 12 août 2022).
<https://www.theguardian.com/society/2016/jun/20/transgender-dad-breastfeeding-pregnancy-trevor-macdonald>
- Kirubarajan, A., Barker, L. C., Leung, S., Ross, L. E., Zaheer, J., Park, B., Abramovich, A., Yudin, M. H., & Lam, J. S. H. (2022). LGBTQ2S+ childbearing individuals and perinatal mental health : A systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 129(10), 1630-1643.
- Lee, R. (2019). Queering lactation : Contributions of queer theory to lactation support for LGBTQIA2S+ individuals and families. *Journal of Human Lactation*, 35(2), 233-238.

- Logan, R., & Ahern, K. (2020). Gay Fatherhood in the NICU: Supporting the “Gayby” Boom. *Advances in Neonatal Care, 20*(4), 286-293.
- MacDonald, T., Noel-Weiss, J., West, D., Walks, M., Biener, M., Kibbe, A., & Myler, E. (2016). Transmasculine individuals’ experiences with lactation, chestfeeding, and gender identity : A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 16*(1), 1-17.
- QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA FAMILLE. (2020, Automne). Les familles homoparentales québécoises : Qui sont-elles ? Un portrait statistique à partir des données du Recensement du Canada de 2016. *Quelle famille ?, 7*(2), 11.
- Reisman, T., & Goldstein, Z. (2018). Case report : Induced lactation in a transgender woman. *Transgender Health, 3*(1), 24-26.
- Rippey, P. L., & Falconi, L. (2017). A land of milk and honey ? Breastfeeding and identity in lesbian families. *Journal of GLBT Family Studies, 13*(1), 16-39.
- Ruud, M. (2018). Cultural humility in the care of individuals who are lesbian, gay, bisexual, transgender, or queer. *Nursing for Women’s Health, 22*(3), 255-263.
- Tervalon, M., & Murray-Garcia, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence : A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of health care for the poor and underserved, 9*(2), 117-125.
- Trautner, E., McCool-Myers, M., & Joyner, A. B. (2020). Knowledge and practice of induction of lactation in trans women among professionals working in trans health. *International breastfeeding journal, 15*(1), 1-5.
- Wahlert, L., & Fiester, A. (2013). Induced lactation for the nongestating mother in a lesbian couple. *AMA Journal of Ethics, 15*(9), 733-756.