



Article scientifique

Article

2023

Published version

Open Access

This is the published version of the publication, made available in accordance with the publisher's policy.

De la stérilisation imposée à la préservation de la fertilité des personnes trans : les médecins au travail

Gouilhers, Solene; Gardey, Delphine; Albospeyre-Thibeu, Raphaël

How to cite

GOUILHERS, Solene, GARDEY, Delphine, ALBOSPEYRE-THIBEAU, Raphaël. De la stérilisation imposée à la préservation de la fertilité des personnes trans : les médecins au travail. In: Travail, genre et sociétés, 2023, vol. 50, n° 2, p. 61–78. doi: 10.3917/tgs.050.0061

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:172887>

Publication DOI: [10.3917/tgs.050.0061](https://doi.org/10.3917/tgs.050.0061)

De la stérilisation imposée à la préservation de la fertilité des personnes trans : les médecins au travail

Solène Gouilhers, Delphine Gardey, Raphaël Albospeyre-Thibau

DANS **TRAVAIL, GENRE ET SOCIÉTÉS** 2023/2 (N° 50), PAGES 61 À 78
ÉDITIONS **LA DÉCOUVERTE**

ISSN 1294-6303

ISBN 9782348080265

DOI 10.3917/tgs.050.0061

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-travail-genre-et-societes-2023-2-page-61.htm>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour La Découverte.

Creative Commons - Attribution 4.0 International (CC BY 4.0).



DE LA STÉRILISATION IMPOSÉE À LA PRÉSERVATION DE LA FERTILITÉ DES PERSONNES TRANS : LES MÉDECINS AU TRAVAIL

Solène Gouilhers, Delphine Gardey,
Raphaël Albospeyre-Thibeu

« **T**ous les humains, y compris les personnes transgenres, ont le droit de décider d'avoir des enfants ou non » [WPATH, 2022, p. S126, notre traduction]. C'est ainsi que l'Association mondiale des professionnels en santé transgenre (*World Professional Association for Transgender Health* : WPATH) ouvre son chapitre dédié à la santé reproductive des personnes trans¹. Cette déclaration témoigne d'un changement de paradigme quant au cadre légal et aux pratiques médicales encadrant les capacités reproductives des personnes trans dans de nombreux pays européens. Jusqu'à une date récente, en effet, la justice exigeait des médecins que la stérilisation soit réalisée et attestée pour qu'une personne trans puisse accéder à une modification de la mention de sexe à l'état civil. Désormais, l'attention médicale porte sur la préservation de la fertilité des

¹ Une personne trans ne s'identifie pas au genre qui lui a été assigné à la naissance.

personnes quand leurs parcours de transition de genre impliquent des traitements médicaux susceptibles d'altérer leur fertilité [Hines *et al.*, 2021].

À partir d'une enquête qualitative menée en France et en Suisse, nous nous intéressons à l'avènement de cette nouvelle pratique de la médecine de la reproduction : l'autoconservation² des gamètes pour les personnes trans. Cet article explore plus précisément la manière dont des soignant·e·s qui y sont favorables participent de l'évolution de l'ordre procréatif – entendu comme l'ensemble des normes, pratiques et dispositifs qui contribuent à définir et mettre en œuvre la procréation. Après avoir caractérisé les changements juridiques et médicaux controversés qui ont façonné l'ouverture de la préservation de la fertilité aux personnes trans en France et en Suisse, nous explicitons notre démarche d'enquête. En nous centrant sur l'activité médicale, nous décrivons comment des soignant·e·s s'efforcent de normaliser l'accès des personnes trans à une autoconservation de leurs gamètes, tout en travaillant concrètement à rendre les infrastructures médicales plus inclusives.

² Le fait qu'une personne conserve ses propres gamètes pour un éventuel usage futur.

³ Une personne cisgenre s'identifie au genre qui lui a été assigné à la naissance.

⁴ Le Tribunal fédéral exigeait que le changement de genre ait un caractère « irréversible », notion interprétée par les tribunaux cantonaux comme obligeant à des chirurgies de « réassignation » [Büchler et Cottier, 2020]. Depuis le 01.01.2022, les personnes trans peuvent faire rectifier leur état civil sur simple déclaration.

⁵ La doctrine et la jurisprudence des pays européens sont influencées par la résolution 2048 du Conseil de l'Europe (2015) et un arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme (2017) qui condamnent comme discriminatoire le fait d'imposer la stérilisation ou des opérations définitives pour accéder au changement de la mention de sexe à l'état civil.

CONTEXTE ET CADRE DE L'ENQUÊTE

La préservation de la fertilité des personnes trans : des évolutions législatives et médicales controversées

Les parcours de transition ont historiquement consisté à ré-instaurer un ordre binaire de genre et visé l'hétérosexualité [Hausman, 1995], dans un contexte où domine le modèle dit « biologique » et « naturel », fondé sur la procréation entre un homme et une femme cisgenres³ [Mesnil, 2020]. En France et en Suisse, comme ailleurs en Europe, la modification de la mention de sexe à l'état civil a été pendant longtemps conditionnée à des opérations dites de « réassignation sexuelle » – interventions sur les organes génitaux et reproducteurs, visant à les faire « correspondre » au genre d'identification. Ces opérations devaient en outre conduire à une stérilisation irréversible, attestée médicalement [Büchler et Cottier, 2020 ; Héroult, 2014].

En France, avec la loi de modernisation de la justice pour le XXI^e siècle de 2016 et en Suisse, depuis un avis de droit rendu par l'Office fédéral de l'état civil en 2012⁴, les personnes trans n'ont plus l'obligation d'avoir subi des traitements médicaux – y compris des opérations chirurgicales stérilisantes – pour accéder à une modification de la mention de sexe à l'état civil⁵. Dans le cas où leur parcours de transition les amène à opter pour des traitements hormonaux altérant leur fertilité, elles peuvent conserver leurs propres gamètes au préalable (procédure d'autoconservation de sperme pour les hommes trans, d'ovocytes pour les femmes trans).

L'accès à ces techniques s'est d'abord joué en France par la différenciation entre « raisons médicales » et « raisons sociétales », une frontière qui organise l'accès et/ou le remboursement des prestations dans de nombreux pays [Pérez et Rozée, 2019]. En 2014, l'Académie de médecine classait l'autoconservation des gamètes pour les personnes trans du côté de la « médecine de convenance », ne reconnaissant pas l'atteinte à la fertilité provoquée par les traitements hormonaux, ni l'« indication médicale » [Héroult, 2015]. Définir la transition de genre comme « sociale » privait de fait les personnes trans de l'accès à une technique alors principalement utilisée pour des motifs oncologiques⁶. Cette décision a été contestée par le Défenseur des droits, ouvrant une controverse⁷. La fédération des CECOS (cf. encadré) a finalement émis un consensus rendu public en 2018 sur la prise en charge des personnes entamant un parcours de transition⁸. Le Groupe d'information et d'action sur les questions procréatives et sexuelles (GIAPS) a largement contribué à ce que la conservation des gamètes puisse être accessible aux personnes trans¹⁰.

En Suisse, la possibilité de conserver ses gamètes est également mentionnée dans les publications scientifiques récentes d'un réseau de soignant·e·s de la transition [Wahlen *et al.*, 2020] et sur les sites internet de centres de fertilité¹¹, témoignant d'une prise en compte croissante de ces enjeux.

Pour autant, des travaux soulignent les limites de l'inclusion des personnes trans dans les centres de fertilité, historiquement constitués comme des espaces cis-hétéronormés. Rachel Epstein, à partir d'une enquête ethnographique menée au Canada, montre que même quand la loi est favorable aux droits reproductifs des personnes trans, celles-ci peuvent être confrontées à des institutions de soins réfractaires [Epstein, 2018]. Olivia Fiorilli [2019], sur la base d'une analyse historique et documentaire, évoque les discriminations rencontrées par les personnes trans pour accéder à la préservation en France. De fait, les personnes trans font face à des épreuves et discriminations à chaque étape de leur parcours de transition [Alessandrin, 2016]. Leurs expériences de violences médicales (notamment dans le domaine gynécologique) participent à limiter leur accès aux soins et compromettent une réelle égalité de traitement [Asklöv *et al.*, 2021 ; Beaubatie, 2022].

Globalement, les personnes LGBTQ+ tendent à rester à la périphérie des politiques de santé reproductive [Thompson, 2007]. Les procédures de procréation médicalement assistée (PMA) ont longtemps été centrées sur le couple marié et hétérosexuel infertile, excluant les couples de femmes et les personnes trans dans de nombreux pays. Des évolutions en faveur des droits reproductifs et de la filiation des personnes LGBTQ+ ont cependant eu lieu récemment en France et en

⁶ *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 2014, vol. 198, n° 3, p. 613-631.

⁷ Depuis la loi de 2021 élargissant l'accès à la procréation médicalement assistée (PMA) aux couples de femmes et aux femmes célibataires, l'indication médicale n'est plus requise pour accéder à la technique.

⁸ Avis MSP-2015-009 du 22.10.2015, considérant que l'article L.2141-11 du Code de la santé publique parant un risque d'infertilité pour raison médicale doit s'appliquer aux personnes en transition subissant un traitement hormonal.

⁹ <https://www.cecros.org/preserver-sa-fertilit%C3%A9/#lorsdunetransitiondegendre>, consulté le 19.09.2022.

¹⁰ <https://asso-giaps.org/category/actualites/>, consulté le 23.09.2022.

¹¹ <https://www.cpmach.fr/fr/Traitements-PMA/Pr%C3%A9servation-de-la-fertilit%C3%A9>, consulté le 19.09.2022.

Suisse. En 2021, la PMA « pour toutes les femmes » est légalisée en France (le mariage pour tou-te-s l'est depuis 2013) et en Suisse, l'avènement du mariage pour tou-te-s transforme de fait la définition officielle du « couple marié » pouvant accéder à la PMA. Longtemps jugés conservateurs à l'échelle européenne au regard des dispositions légales et de l'offre biomédicale de pays plus libéraux tels que la Grande-Bretagne, l'Espagne ou la Belgique [Engeli et Rothmayr, 2016], ces deux pays se trouvent dans une situation nouvelle¹².

La portée juridique de ces évolutions concernant l'accès à la PMA pour les personnes trans continue de faire débat. Celles-ci n'étant pas mentionnées dans les textes de loi en Suisse et en France, elles se trouvent invisibilisées et exclues des dispositions [Carayon, 2021]. Une forte incertitude demeure quant à la possibilité légale d'utiliser ses gamètes autoconservés dans une procédure de PMA, sur le territoire français ou suisse, après modification de la mention de sexe à l'état civil [Mesnil, 2020]¹³. Selon la manière dont elles sont interprétées, certaines dispositions générales, telles l'interdiction d'orienter vers une personne choisie le don de gamètes, peuvent limiter leurs possibilités. Par exemple, les compagnes d'hommes trans ne peuvent a priori pas porter un enfant avec les gamètes de leur partenaire puisque la réception d'ovocytes de la/du partenaire (ROPA) est interdite [Mesnil, 2020]¹⁴.

¹² Les législations et les pratiques portant sur les droits reproductifs des personnes LGBTQ+ sont en effet très variables au sein de l'espace européen [Leibetseder et Griffin, 2020].

¹³ Depuis le 28 août 2022 en France, l'article R2141-36 du Code de la Santé publique stipule que les termes de « femme » et « homme » sont remplacés par celui de « personne », dissociant les gamètes conservés du genre de la personne. Ces dispositions sont « applicables au prélèvement ou au recueil de gamètes [...] lorsque celui-ci est effectué en vue d'une assistance médicale à la procréation ultérieure », sans précision en cas de modification du genre à l'état-civil, ni pour l'établissement de la filiation.

¹⁴ À moins de pratiquer une ROPA dans un pays qui l'autorise tel que l'Espagne.

Structuration de la médecine de la reproduction en France et en Suisse

En France, c'est le système public des centres d'étude et de conservation des œufs et du sperme humains (CECOS) qui détient le monopole de la conservation des gamètes. Les gamètes sont prélevés gratuitement pour une durée indéterminée (en fonction de critères d'âge en l'absence d'indication médicale), conservés par renouvellement annuel. Le transfert de gamètes à l'étranger, pour un usage qui ne respecterait pas la loi française, est interdit. Les procédures de PMA – pour les personnes qui respectent les conditions d'accès légales – sont remboursées par la Sécurité Sociale [Mesnil, 2020].

En Suisse, la conservation des gamètes est moins centralisée. Des institutions publiques et privées peuvent collaborer à différentes étapes des prises en charge. La conservation des gamètes est possible avec ou sans motif médical. Sauf exception (motif oncologique), la procédure n'est pas prise en charge par l'Assurance Maladie (environ 5/6 000 CHF pour la ponction et congélation d'ovocytes, 3/400 CHF pour la congélation du sperme, et 300 CHF/an pour la conservation). A priori, les gamètes peuvent être conservés dix ans au maximum, mais ils sont librement transférables à l'étranger. L'accès à la PMA est très encadré par la loi et la plupart des procédures ne sont pas remboursées [Mesnil, 2020].

Enquêter sur la préservation de la fertilité pour les personnes trans dans des infrastructures cis-hétéro-normées

Dans ce moment charnière – à la fois de renforcement des droits des personnes LGBTQ+, dont la fin de la stérilisation

imposée aux personnes trans est un acquis récent, mais aussi d'incertitudes quant au cadre juridique et à son application concernant les droits reproductifs des personnes trans –, nombreux·ses sont les soignant·e·s qui s'interrogent sur la définition de pratiques inclusives de soin, reconnaissant les lacunes des institutions médicales en la matière [Hines *et al.*, 2021 ; Rogers *et al.*, 2021]. Cet article propose de rendre compte de la manière dont des soignant·e·s s'engagent en faveur de l'accès des personnes trans à la préservation de leur fertilité en France et en Suisse. Comment des infrastructures médicales¹⁵ construites autour du couple cisgenre hétérosexuel sont-elles mises à l'épreuve par l'accueil des personnes trans ? Comment se rendent-elles capables d'accueillir ce public ? Comment l'activité des médecins est-elle (ré)aménagée ? Quelles sont les résistances et où se jouent-elles ? Comment font-elles et ils (avec) le droit, ses restrictions et incertitudes ?

Dans les sections qui suivent, nous nous attachons à rendre compte du travail quotidien des soignant·e·s en abordant l'autoconservation des gamètes comme un ensemble de pratiques collectivement distribuées dans des lieux, des dispositifs et des équipements [Dodier, 1993 ; Vinck, 2009]. Nous nous intéressons à la façon dont l'accueil des personnes trans questionne les routines professionnelles, avec ce que cela peut comprendre de résistances, mais aussi d'ajustements et d'innovations. Nous analysons comment les professionnel·le·s font sens de cette activité de conservation des gamètes, dans un contexte incertain d'utilisation future.

Dans un premier temps, nous rendons compte des efforts de normalisation des procédures d'autoconservation pour les personnes trans par certain·e·s professionnel·le·s, alors que d'autres les jugent déstabilisatrices d'un ordre procréatif et de genre à défendre. En associant la préservation de la fertilité des personnes trans à des pratiques médicales quotidiennes et des protocoles existants, elles et ils en font un soin ordinaire et une responsabilité médicale. Dans un deuxième temps, nous nous intéressons aux redéfinitions de l'activité de conservation des gamètes. Au sein d'infrastructures cis-hétéro-normées, les professionnel·le·s enquêté·e·s transforment les collectifs de travail, y adaptant gestes médicaux et techniques, espaces d'accueil et de soin, interactions et formalités administratives. De nouveaux appuis et équipements – et ainsi de nouveaux savoirs – sont mis en œuvre pour favoriser une expérience de préservation de la fertilité plus ordinaire et bienveillante. Finalement, nous revenons sur le basculement d'attention de la stérilisation vers la préservation de fertilité des personnes trans et le rôle que cherchent à jouer certain·e·s soignant·e·s dans le renforcement de leurs droits reproductifs.

¹⁵ Notre usage du terme « infrastructure médicale », inspiré de Geoffrey Bowker et Susan L. Star [2000] et redéployé par Peter Danholt et Henriette Langstrup [2012], vise à porter l'attention sur l'autoconservation comme étant matériellement, collectivement et spatialement distribuée dans de multiples associations entre des professionnel·le·s, des espaces, des savoirs, des techniques médicales, des lois, des documents et logiciels administratifs. Les infrastructures médicales ne sont pas neutres, mais politiques, au sens où elles participent à façonner l'accès et les pratiques de soin [Danholt et Langstrup, 2012].

Une enquête qualitative comparée (Suisse et France)

Dirigée par Delphine Gardey, l'enquête est financée par le centre M. Chalumeau en sciences des sexualités de l'université de Genève et autorisée par la Commission universitaire pour une recherche éthique à Genève. Elle consiste en des entretiens semi-directifs menés d'une part auprès d'expert·e·s médicaux·ales, juridiques et associatif·ve·s ; et d'autre part, auprès de personnes trans. Elle repose également sur un travail documentaire sur les textes de loi, la littérature scientifique et grise, ainsi que des observations d'événements publics.

49 entretiens semi-directifs ont été réalisés à ce jour en France par Emmanuel Beaubatie et Raphaël Albospeyre-Thibau et, en Suisse, par Solène Gouilhers. Ces deux dernier·e·s assurent l'analyse des résultats, notamment via un codage thématique à l'aide du logiciel ATLAS-ti.

Cet article est centré sur les entretiens effectués en 2021 auprès des professionnel·le·s de santé (14 en France et 14 en Suisse romande) dans les champs de la médecine de la transition et de la médecine de la reproduction. Nous avons ciblé le recrutement de soignant·e·s intervenant dans les parcours de conservation des gamètes pour les personnes trans, dans l'objectif de rendre compte de la manière dont elles et ils contribuent à les rendre possibles. Notre enquête ne vise pas à dresser un panorama des activités qui serait généralisable aux deux contextes nationaux. Tous les noms apparaissant dans l'article sont des pseudonymes.

VERS UNE NORMALISATION DE LA CONSERVATION DES GAMÈTES POUR LES PERSONNES TRANS ?

Laurence Hérault soulignait en 2015 que « l'engendrement par des personnes trans, est constitu[é] de façon problématique et spécifique alors même qu'elle ne se distingue en rien des modalités [techniques] ordinaires de procréation en PMA » [2015, p. 165]. La plupart de nos répondant·e·s cherchent à déplacer ce constat. Elles et ils s'efforcent de normaliser les parcours de conservation des gamètes des personnes trans en les associant à des protocoles de soins déjà à l'œuvre. Un processus qui ne se fait pas sans interrogations ni réticences.

Une prise en charge ordinaire

Pour la plupart de nos répondant·e·s engagé·e·s dans la préservation de la fertilité des personnes trans, celle-ci relève de l'évidence. Les médecins soulignent prendre en charge les personnes trans « comme toute autre personne » (Dre Fabre, gynécologue, Suisse). La préservation de fertilité est progressivement devenue partie intégrante d'un parcours médical, d'une « offre de soins complète » (Dre Perrin, biologiste, France), dans la mesure où les thérapies hormonales altèrent la fertilité.

Le parcours classique de conservation des gamètes

En Suisse comme en France, la préservation de fertilité peut être présentée aux personnes trans par un·e professionnel·le accompagnant la transition ([pédo]psychiatre, psychologue, endocrinologue, ou pédiatre), en amont de la prise d'un traitement hormonal. La personne peut ensuite s'adresser à un centre de préservation de fertilité pour recevoir des compléments d'information et des prescriptions (auprès d'un·e biologiste de la reproduction ou d'un·e gynécologue, après une première rencontre avec un·e psychologue dans certains cas). Le recueil de sperme se fait par masturbation. La ponction ovocytaire implique des échographies des ovaires et une stimulation ovarienne par injection d'hormones. Les gamètes sont ensuite cryopréservés dans de l'azote liquide.

À notre connaissance, aucune statistique n'est disponible en Suisse et en France sur le nombre de personnes trans ayant conservé leurs gamètes. Le Dr Girard, gynécologue dans une maternité universitaire suisse, estime que dans son service « à peu près une consultation par semaine ou toutes les deux semaines » est organisée à cette fin. La Dre François, gynécologue dans un CECOS en France, souligne cependant qu'une consultation ne débouche pas nécessairement sur une conservation : « [on en voit] deux par semaine au maximum, avec beaucoup qui viennent se renseigner, et finalement même pas un sur huit qui fait finalement une demande [d'autoconservation] ». M. Blanc, biologiste dans un laboratoire de la reproduction en Suisse, souligne que les conservations sont en augmentation : « avant il y avait deux, trois, ou quatre par année. Maintenant il y en a peut-être deux par mois ».

Ces professionnel·le·s inscrivent les parcours de transition dans des protocoles de soins existants, et donc des routines professionnelles, faisant référence aux procédures qu'ils ont l'habitude de déployer avant une chimiothérapie. La Dre Perrin rend compte de la manière pragmatique dont son équipe a interprété les dispositions légales pour proposer des conservations de gamètes dans des contextes de transition de genre :

À partir du moment où il y avait effectivement des traitements pour lesquels on estimait qu'il y avait une infertilité potentielle, à mon sens on se retrouvait complètement dans le cadre de la loi, et je ne voyais pas pourquoi on ne pourrait pas faire des congélations. (Dre Perrin, biologiste, France)

Pour ces enquêt·e·s, la préservation de fertilité pour les personnes trans est une indication médicale, elle ne relève pas d'une médecine de « convenance ».

Comme le formulent certain·e·s professionnel·le·s, les situations sont devenues concrètes, les cas moins « exceptionnels ». Avec l'augmentation récente du nombre de patient·e·s, ces pratiques se diffusent : « Au début, [notre CECOS] faisait un peu figure d'*outsider*, et là [...] on voit que les CECOS s'en emparent tous [...], ils nous appellent : "on voudrait mettre ça en place, comment vous avez mis ça en place ?" » (Dre Gauthier, biologiste, France). Nos interlocuteur·ice·s suisses remarquent aussi le développement de colloques spécialisés.

En raison des lois actuelles, certain-e-s enquêté-e-s s'interrogent néanmoins sur le sens de leur travail puisqu'une utilisation future des gamètes en vue de procréer n'est pas assurée :

Ce n'est quasiment pas utilisable, sauf dans le cas où il n'y a pas de changement d'identité. C'est presque étonnant que ce soit fait. Parce que pour le moment, c'est mis dans le congélateur... avec quand même beaucoup d'argent et tout ça. Sans savoir si on peut un jour les utiliser. (Dre Fabre, gynécologue, Suisse)

D'autres insistent sur la « normalité » de la préservation sans usage. Le taux d'utilisation des gamètes conservés, que les patient-e-s soient trans ou non, est très faible comme le rappelle une médecin de la reproduction suisse : « l'utilisation dans tous les cas, c'est à dire cancer ou autre, c'est 5 % ! ». La préservation est alors redéfinie comme un soin à part entière qui peut aider, d'une part, à mieux vivre des parcours médicaux difficiles :

Ça fait partie du job de congeler beaucoup, et de ne pas forcément toujours utiliser. [...] En fait, les hommes et les femmes qui ont un cancer, [...] de se dire qu'ils ont des spermatozoïdes ou des ovocytes congelés, quelque part ça restitue une image d'intégrité corporelle, et ça les aide à affronter les traitements [...]. [Pour les personnes trans] c'est un peu la même logique. (Dre Perrin, biologiste, France)

D'autre part, permettre aux personnes trans de se projeter dans une filiation biogénétique – comme pour toute personne cisgenre – est décrit comme un moyen d'ouvrir des possibles après la période difficile des traitements :

De s'imaginer dans le futur, ça reste une chose importante. [...] Donc là, c'est un moment de transition. Donc il faut voir les médecins, c'est chiant, il faut prendre les médicaments, il y a des effets collatéraux, la testostérone ne marche pas tout de suite [...]. Mais c'est prévu que vous soyez tous là à l'âge de 30 ans pour vous dire "est-ce que je veux des enfants ?" (Dr Girard, gynécologue, Suisse)

Comme le précise ce médecin, l'âge des patient-e-s, parfois très jeunes, est également déterminant : « Personne ne peut imaginer son parcours familial à l'âge de 13 ans. [...] Donc l'idée, c'est vraiment de se focaliser sur la congélation et pas sur l'utilisation ». La dissociation entre la congélation et l'utilisation des gamètes n'est donc pas une exception, mais la norme pour les médecins de la reproduction.

Comme pour les femmes cisgenres qui préservent leur fertilité pour « raison d'âge », la conservation des gamètes est mobilisée ici comme une technologie de gestion du temps [van de Wiel, 2015]. Elle permet de ménager l'avenir (dans notre cas, en rassurant aussi les parents de jeunes en transition) ou de remettre à plus tard ces questions. La brochure émise par les CECOS, sur la préservation de la fertilité des personnes trans, reconnaît les limites de la loi tout en incitant à « anticiper les possibilités [futures] d'utilisation des gamètes au cours d'une assistance médicale à la procréation »¹⁶. Cryopréserver en attendant de nouveaux droits permettant

¹⁶ <https://www.cecos.org/wp-content/uploads/2020/10/Triptyque-CECOS-Transidentit%C3%A9s-2020-RectoVerso-V2.pdf>, consulté le 18.11.2022.

un parcours de PMA complet avec ses propres gamètes : un espoir que ces infrastructures de soin participent à faire advenir.

Intégrer la préservation aux parcours de transition : une responsabilité médicale

Le plus souvent, nos répondant·e·s considèrent qu'intégrer la préservation aux parcours de transition relève de leur responsabilité. Puisque les exigences légales et les parcours médicaux antérieurs interdisaient aux personnes trans de se projeter dans une filiation biogénétique, les soignant·e·s estiment de leur devoir de réintroduire la parentalité et la fertilité comme des possibles.

Les médecins suisses pointent cependant les obstacles économiques, surtout pour la préservation d'ovocytes, la procédure étant bien plus onéreuse que celle de spermatozoïdes¹⁷. Certains déplorent une inégalité qui ne fait pas sens d'un point de vue médical : « pour moi, c'est quelqu'un qui aurait droit [au] même remboursement [que quelqu'un] qui fait une chimiothérapie. » (Dr Girard, gynécologue, Suisse). Toxiques pour les gamètes, les traitements médicaux réalisés dans le cadre des transitions sont catégorisés comme devant ouvrir droit à une préservation – « médicaliser » ne signifiant pas ici pathologiser.

Pour nombre de ces professionnel·le·s, informer les patient·e·s des possibilités de conserver leurs gamètes avant d'entamer un traitement altérant potentiellement leur fertilité est une obligation médico-légale, qui fait partie des normes de bonnes pratiques : « Ça fait vraiment partie des guidelines, des recommandations de la WPATH. [...] Je pense que c'est une faute de commencer un traitement hormonal sans discuter de ces enjeux. » (Dr Lefèvre, pédiatre, Suisse).

Certains centres avancent ainsi vers une « protocolisation » de la préservation dans le but d'éviter des regrets, voire des plaintes. Les professionnel·le·s cherchent un équilibre entre répondre à la demande de transition médicale et favoriser la conservation des gamètes – encore peu demandée spontanément par les personnes en transition selon nos répondant·e·s. Différer la mise en place d'un traitement hormonal pour congeler des gamètes est parfois difficile à envisager pour les personnes trans, l'objectif est donc de minimiser le délai d'attente. Des enquêté·e·s se montrent ainsi attentif·ve·s à ne pas conditionner l'accès à une transition médicale à la préservation de fertilité, qui ne doit pas devenir une nouvelle injonction.

Des réticences aux transformations de l'ordre procréatif

En France comme en Suisse, nos répondant·e·s ont souligné l'existence de réticences à mettre en œuvre la conservation

¹⁷ Cette barrière économique existe aussi dans des pays plus libéraux en termes de droits reproductifs, comme en Angleterre [Rogers *et al.*, 2021]. Sur les multiples barrières auxquelles sont confrontées les personnes trans dans les parcours de préservation, ou les raisons pour lesquelles elles ne souhaitent pas mettre en œuvre ces procédures, voir par exemple [Hines *et al.*, 2021]. Sur la nécessité d'explorer davantage les aspects marchands des économies de la procréation, susceptibles d'accompagner ou de s'opposer aux revendications féministes et *queer*, voir par exemple [Gardey, 2017 ; Bühler *et al.*, 2020].

des gamètes pour les personnes trans, soit au début de leur pratique, soit venant de collègues. Celle-ci peut être décrite comme un bouleversement non souhaité de l'ordre du genre et procréatif. Une enquêtée précise que certains membres de son équipe considéraient les demandes de préservation de fertilité comme une incohérence sur le plan biographique et biologique – une personne trans étant censée de leur point de vue renoncer à des attributs et potentialités reproductives considérées comme contradictoire avec le genre dans lequel elle vit : « Il y a une collègue, hyper conservatrice, qui a dit “mais moi, jamais, quoi ! ” » (Dre François, gynécologue, France).

Cette conception rejoint celle de l'Académie de médecine en 2014 arguant d'une « discordance entre [...] *l'identité personnelle*, *l'identité procréative* et *l'identité parentale* » [Héroult, 2015] pour légitimer un ordre procréatif et de genre binaire.

S'il est question pour la Dre François de « bon sens », d'autres médecins en font une question morale et déontologique. Un psychiatre suisse de la transition mobilise des catégories psychanalytiques :

C'est une sorte, un peu de toute-puissance. Tout est possible ! Tout ! Et c'est un peu comme si on vivait dans une époque où les repères sont bien tombés. [...] On veut devenir l'autre genre, mais en même temps, on veut quand même procréer, mais [...] il y a un prix à payer [à la transition de genre]. (Dr Fontaine, psychiatre, Suisse)

Transition et fertilité seraient, selon lui, mutuellement exclusives, et ces transitions qu'il décrit comme « à la carte » questionneraient « l'authenticité » de la transition. Autre argument mobilisé, le bien de l'enfant à naître, à protéger contre le désir du sujet :

Qu'on choisisse d'avoir une vie personnelle qui nous correspond, moi ça ne me choque pas du tout [...]. De là à faire des manipulations très compliquées du vivant, pour être quand même un parent même si, a priori, on y renonce, parce qu'on change de sexe, je trouve que c'est difficile ça ! [...] Je pense de temps en temps aux enfants, en me disant : est-ce qu'on leur rend vraiment service ? (Dre François, gynécologue, France)

Certain·e·s soignant·e·s jugent ainsi l'accès à la PMA pour les personnes trans moins légitime que pour les couples hétérosexuels cisgenres infertiles. Alors que le remboursement des procédures d'autoconservation des gamètes dans les cas de chimiothérapie a pu être obtenu en 2019 en Suisse par des associations et des médecins, une telle mobilisation semble compromise pour les personnes trans, du fait des réticences de ces médecins :

[Les médecins] ont fait tout un travail très, très important auprès des assurances pour que [la conservation des gamètes] soit prise en charge pour les motifs oncologiques. Autant il y a des indications qui, clairement, font un peu... bloquent un peu quoi. Et les trans, euh... [en font partie]. [...] ça les heurte. (Dre Rousseau, gynécologue, Suisse)

Si la plupart de nos répondant·e·s normalisent la conservation des gamètes pour les personnes trans et la considèrent

comme une responsabilité qui leur incombe, ces pratiques sont récentes, et nombre de questions subsistent. Elles et ils font face aux réticences de certain·e·s collègues ou institutions et sont aussi confronté·e·s à des barrières économiques et légales (quant à l'utilisation des gamètes). Quelles adaptations en pratique s'efforcent-elles et ils alors de déployer pour aménager une place aux personnes trans dans leurs activités ? Comment s'appuient-elles et ils sur l'existant et qu'inventent-elles et ils en termes normatifs et pratiques ?

DES REDÉFINITIONS DU TRAVAIL DE PRÉSERVATION DE LA FERTILITÉ

Accepter de prendre en charge les personnes trans n'est pas tout. Si « les protocoles de soins ont évolué », les pratiques « restent souvent attachées à des conceptions normalisatrices et naturalisantes du genre » [Medico et Volkmar, 2016, p. 183]. Ainsi, les interrogations et doutes de la plupart des enquête·e·s ne portent pas sur la légitimité et le sens des demandes des personnes trans, mais plutôt sur la manière de les prendre en charge en pratique.

Former des réseaux de soin

Nos enquête·e·s décrivent des différences d'accueil selon les centres et les professionnel·le·s. Elles et ils œuvrent ainsi pour que leur service soit un lieu inclusif et identifié comme tel dans le réseau militant et professionnel, même si plusieurs regrettent un manque de soutien institutionnel, notamment du point de vue des budgets alloués. Ces professionnel·le·s particulièrement engagé·e·s s'efforcent de former des réseaux de praticien·ne·s qui se connaissent, collaborent et partagent la volonté d'ouvrir l'accès à la préservation de la fertilité aux personnes trans. Le Dr Michel (psychiatre, Suisse) évoque la constitution d'un réseau multidisciplinaire entre médecine de la transition et de la reproduction en Suisse romande, tissé entre plusieurs services hospitaliers publics, un centre de fertilité privé, des soignant·e·s en cabinet et une association spécialisée dans les parcours de transition de genre. Son objectif : apprendre ensemble comment accompagner au mieux les personnes trans et tenir à l'écart – ou laisser diplomatiquement s'éloigner – les collègues les plus réticent·e·s. C'est dans ce réseau, patiemment constitué, que la normalisation des pratiques de conservation des gamètes a pu émerger :

On était très seuls ! [...] C'était un peu « débrouille-toi ! » Et puis, on a commencé à se dire « il faut changer les choses, il faut collaborer ». Et on a commencé à chercher à l'intérieur [de notre hôpital], il y avait les endocrinologues, on a commencé à travailler avec eux. Et puis, à un certain moment aussi, parce que j'ai eu un patient qui vraiment avait été un peu mal traité par des dermatologues en ville, donc là, on s'est dit « bon, il faut faire un peu mieux ». [...] Et là, on est une vingtaine de

spécialistes qui se réunissent tous les 4 mois et ça nous permet de mieux nous connaître, et ça va beaucoup mieux. (Dr Michel, psychiatre, Suisse)

La spécialisation au sein d'un même service de certains médecins dans les parcours trans, et la possibilité laissée à d'autres de ne pas s'en occuper, protège le collectif de travail en ménageant les convictions politiques et morales de chacun·e. Cela a été l'une des conditions d'ouverture du CECOS de la Dre François à ces prises en charge, en particulier pour ses collègues « très, très, très à droite dans l'échiquier politique » :

On a vu qu'il y avait une possibilité ensuite pour chaque médecin de décider s'il intégrerait les gens dans ce parcours ou pas [...]. Les gens pouvaient ne pas recevoir les trans, ils ne sont pas obligés de le faire. Donc c'est toute l'activité, il y en a qui sont spécialisés en ceci ou cela, et on a dit que ça rentrait dans ces choix-là, de ne pas recevoir ces personnes-là. (Dre François, gynécologue, France)

Comme le formule Tatiana Gründler, dans le cas de l'avortement, « la clause de conscience apparaît donc comme l'une des voies de réalisation du compromis recherché entre les forces "conservatrices" et les forces "novatrices" » [2017, p. 6]. Cet arrangement en pratique est ici informel, et non régi par le droit, comme dans le cas de l'interruption volontaire de grossesse.

Aménager le cadre de l'activité

Les professionnel·le·s qui sont engagé·e·s dans la préservation de fertilité pour les personnes trans soulignent leur volonté d'« accueillir toujours avec bienveillance » leurs patient·e·s (Dre Gauthier, biologiste, France). Elles et ils se soucient que les personnes ne rompent pas avec le système de soins en raison de mauvaises expériences : « que le contact avec les médecins reste une expérience positive, un *safe space* » (Dr Girard, gynécologue, Suisse). Il s'agit à la fois de sensibiliser chaque personnel de la chaîne de travail pour éviter la transphobie, de surmonter les craintes de l'équipe, mais aussi les blocages administratifs.

Elles et ils soulignent les réflexes à acquérir : « on avait un peu peur d'être malveillants, de dire des mots qu'il ne fallait pas. [...] Je disais : "bonjour Madame, on a congelé tant de vos spermatozoïdes", et je me disais "il y a un truc qui cloche dans ma phrase, ce n'est pas possible". » (Dre Perrin, biologiste, France). Les professionnel·le·s ont trouvé de nouveaux appuis [Dodier 1993] sur lesquels compter au quotidien. Elles et ils témoignent d'un travail collectif « d'équipement » (au sens de [Vinck 2009]) sur le plan à la fois interactionnel, matériel, logistique et administratif pour diffuser et faire circuler de nouvelles normes et bonnes pratiques au sein du collectif. Plusieurs centres, en Suisse et en France, ont eu recours à des formations proposées par des associations de personnes trans afin de soutenir leurs

efforts. Les documents, l'administration, le langage sont contraints et genrés, mais peuvent aussi participer du changement. Les équiper différemment, en s'accordant collectivement sur la manière de s'y prendre, pour s'assurer notamment de genrer correctement les personnes et leurs gamètes, réinscrit l'élément dans un « ensemble plus vaste » [Vinck 2009, p. 66], dans une infrastructure dont les classifications et conventions sont renouvelées [Bowker et Star, 2000]. Par exemple, la secrétaire d'un service aide les médecins en équipant les dossiers électroniques des patient-e-s de notes spécifiant le prénom et le genre dans lequel les personnes reçues s'identifient, indépendamment de leur état civil entré officiellement dans le logiciel. Les médecins apprécient cette attention, qui leur permet d'accueillir correctement leurs patient-e-s.

Les documents d'information, le site internet, ou encore la salle d'attente font aussi l'objet de réflexions et d'aménagements. Une médecin envisage par exemple de déplacer ses consultations dans une autre unité :

Dans ma salle d'attente, il n'y a que des nanas. Il y a des gros ventres, des femmes enceintes [...]. Franchement, quand je vois des jeunes ados [trans] qui viennent à ma consult', en salle d'attente, ils se sentent un peu perdus. [...] Je me suis posé la question, est-ce qu'il faut que j'aille les voir en pédiatrie ? (Dre Rousseau, gynécologue, Suisse)

Le travail d'équipement se heurte parfois à des limites techniques. Une enquêtée insiste par exemple sur la « complexité » administrative d'accueillir des personnes trans, invoquant les contraintes d'un logiciel conçu dans le cadre d'un ordre du genre et procréatif binaire : « dans notre logiciel de la PMA [...], on ne peut pas ouvrir un dossier [masculin]. » (Dre François, gynécologue, France). Au sein de cette équipe, les courriers de relance annuelle pour reconduire la conservation des gamètes sont alors adressés aux personnes en fonction du genre assigné à leurs gamètes, y compris pour celles qui ont fait modifier leur état civil. Ces formulaires déniaient le genre des personnes rendent les vies trans « non vivables » administrativement [Spade, 2015]. Ces « réassignations », qu'elles soient justifiées par l'informatique, la loi ou les règlements hospitaliers, forment autant de résistances à la généralisation et la banalisation de l'accueil des personnes trans, dans des infrastructures qui demeurent majoritairement cis-hétéro-centrées.

L'architecture administrative et spatiale peut donc constituer autant de rappels à l'ordre procréatif et de genre, durablement inscrit dans l'équipement des infrastructures médicales. Ce sont ces résistances matériellement inscrites et distribuées, ces liens, que nombre de professionnel-le-s s'efforcent de défaire. Ce travail en cours, non achevé, reste fragile. Leurs préoccupations pour aménager un cadre de prise en charge inclusif et non-discriminant implique également

de formaliser des adaptations techniques et pratiques dans les protocoles de soin.

Adapter les protocoles

Au-delà du langage, des aspects administratifs et de l'organisation des consultations, les gestes techniques impliqués dans la conservation des gamètes, accomplis par les patient·e·s ou par les professionnel·le·s, requièrent une attention et parfois des adaptations. Les enquêté·e·s soulignent que le caractère invasif des procédures de conservation d'ovocytes peut dissuader les personnes de les entreprendre. Le Dr Lefèvre, pédiatre, a par exemple rencontré un adolescent trans pour qui « devoir faire une endoscopie endovaginale, c'était exclu », et il regrette de ne pas avoir trouvé de spécialiste offrant une alternative. Dans un autre hôpital, le Dr Girard (gynécologue, Suisse) et ses collègues ont appris à renoncer à cet examen pour se contenter d'une échographie abdominale et de prises de sang dans le cas des ponctions ovocytaires. Certain·e·s s'efforcent donc de sortir du cadre habituel de leur pratique, se mettant parfois dans un relatif inconfort professionnel au profit de celui de leur patient.

Dans le cas des femmes trans, M. Boyer (psychologue CECOS, France), relativise la « facilité » du recueil de sperme par masturbation, une pratique délicate pour certaines jeunes patientes trans qui ne l'ont parfois « jamais expérimentée ». Il s'agit donc d'être disposé·e à aborder ces sujets en respectant les limites de chacune, et d'être prêt·e à renoncer à certaines procédures. Le Dr Girard (gynécologue, Suisse) considère qu'aborder ces questions intimes peut constituer « une forme de violence ». Il s'efforce d'annoncer progressivement le contenu de la discussion en rappelant à la patiente : « c'est toi qui es en charge, [...] tu peux toujours dire stop ». Au-delà de la question primordiale de la bientraitance, il s'agit aussi d'efficacité des gestes : une médecin souligne que grâce aux précautions prises pour mettre à l'aise les femmes trans, son équipe ne rencontre quasiment aucun échec de recueil de sperme, tandis que cela arrive régulièrement parmi la population cis-masculine.

Placer les patient·e·s au centre des prises en charge donne la possibilité aux soignant·e·s d'apprendre avec elles et eux ce que « prendre soin veut dire », à partir de leurs situations, et ainsi, d'améliorer l'inclusivité et l'efficacité de leurs pratiques.

CONCLUSION : VERS DES INFRASTRUCTURES DE SOIN INCLUSIVES ?

En Suisse comme en France, l'accès aux soins et aux technologies de conservation des gamètes pour les personnes

trans dépend notamment de l'engagement des équipes médicales et peut donc varier selon les institutions de soin. En Suisse, les coûts importants des procédures constituent un obstacle supplémentaire. Dans la littérature médicale, les protocoles de soin internationaux, le cadre légal, et dans les pratiques des soignant-e-s que nous avons rencontré-e-s, l'attention portée aux capacités procréatives des personnes trans s'est néanmoins renversée. Alors que la stérilisation des corps trans était exigée, coupant court à toute projection dans une filiation biogénétique, leur fertilité – notamment celle des jeunes – est en train de devenir une ressource à préserver. La situation semble ainsi évoluer par rapport aux constats antérieurs formulés par Laurence Hérault [2015] ou Olivia Fiorilli [2019] sur la situation en France.

Face au trouble dans l'ordre procréatif et de genre, et aux réticences que ces procédures suscitent pour certain-e-s soignant-e-s, nous avons cherché à décrire le travail d'adaptation des personnels médicaux qui se rendent attentifs aux droits reproductifs des personnes trans. Des stratégies de spécialisation de certaines équipes – sans que l'on connaisse encore leur proportion – sont à l'œuvre pour démocratiser et banaliser l'accès à la conservation des gamètes pour les personnes trans. En Suisse comme en France, des réseaux multidisciplinaires de soin se développent, et il serait très utile de poursuivre la recherche menée ici à une plus large échelle afin d'en saisir l'ampleur. Ces nouveaux collectifs de travail participent à repenser les dispositifs institutionnels (dossiers patient-e-s, formulaires, espaces), les procédures médico-techniques (modalités d'information, techniques de soin), ainsi que les connaissances et savoir-faire professionnels. Ces aménagements visent à accueillir les personnes trans d'une manière à la fois bienveillante et efficace. Si quelques innovations sont développées – ou plus précisément « bricolées » – pour trouver de nouveaux appuis nécessaires à l'action [Dodier 1993], ces professionnel-le-s parviennent, aussi, à raccrocher la prise en charge des personnes trans à ce qu'elles et ils font et savent faire au quotidien. Les pratiques de préservation de fertilité réalisées en contexte « standard » (notamment avant une chimiothérapie) sont ainsi mobilisées à nouveaux frais pour inclure les personnes trans dans l'ordinaire des infrastructures, tout en développant une attention aux besoins spécifiques de chaque patient-e. La possibilité d'autoconserver ses gamètes s'affirme comme une nouvelle norme des parcours de soin, dans un nombre croissant d'institutions. L'objectif recherché n'est pas d'imposer l'autoconservation comme un passage obligé de la transition, une nouvelle étape imposée, mais d'offrir cette possibilité, en informant et accompagnant les personnes trans d'une manière attentive et respectueuse.

Plutôt qu'une éthique fondée sur des principes moraux abstraits, les professionnel·le·s de santé engagé·e·s dans la préservation de la fertilité des personnes trans développent une éthique de situation [Hennion et Vidal-Naquet, 2015], pragmatique et quotidienne, auprès des personnes reçues. Face à des contraintes multiples, liées notamment aux résistances de certain·e·s de leurs collègues et un cadre légal restrictif et encore en définition, ces professionnel·le·s réalisent des aménagements en pratique pour accomplir ce qui leur semble « juste ». Le travail médical s'effectue ici dans les interstices du droit, non pas *a priori*, mais bien « en faisant » et à travers les engagements collectifs noués avec les collègues et les patient·e·s, et soutenus par un travail renouvelé « d'équipement » [Vinck, 2009]. Les droits reproductifs se jouent ainsi non seulement dans l'élaboration des textes de loi (dont la formulation est très importante, en témoignent les mobilisations des acteur·ice·s associatif·ve·s), mais aussi dans les pratiques quotidiennes des services de médecine de la reproduction, dont il faut poursuivre l'investigation. En ce sens, les professionnel·le·s de la transition et de la reproduction contribuent à « faire » le droit de la bioéthique, de la filiation et de l'Assurance Maladie. Dans leur approche centrée sur les personnes et leurs situations, elles et ils agissent et s'engagent en faveur des droits reproductifs des personnes trans en débordant l'ordre du genre et procréatif.

Si la conservation des gamètes des personnes trans se pratique en France et en Suisse, l'absence de prise en compte de ces réalités dans les textes de loi qui réglementent l'accès à la PMA et l'établissement de la filiation – deux enjeux très fortement imbriqués [Büchler et Cottier, 2020] – compromettent l'utilisation de ces gamètes dans un parcours de PMA. Alors que les personnes LGBTQ+ ont depuis longtemps inventé des formes de familles et de parentés non traditionnelles [Hines, 2006 ; Hérault, 2014], les possibilités d'accéder à une procréation biogénétique après une transition de genre sont largement suspendues à l'évolution des textes de loi et aux décisions de cours de justice, appelées à statuer sur d'hypothétiques cas concrets. Des résistances restent également actives dans les infrastructures médicales. Comme tous les autres droits reproductifs – en témoignent les fortes restrictions récentes au droit à l'avortement aux États-Unis –, l'évolution de ceux des personnes trans ne sera pas nécessairement linéaire. Elle dépendra de la mobilisation des acteur·ice·s associatif·ve·s et politiques, mais également de l'engagement normatif et pratique des professionnel·le·s et des institutions de soin.

BIBLIOGRAPHIE

ALESSANDRIN Arnaud, 2016, « La transphobie en France : insuffisance du droit et expériences de discrimination », *Cahiers du Genre*, n° 60, p. 193-212.

ASKLÖV Kristin, EKENGER Regina et BERTERÖ Carina, 2021, "Transmasculine Persons' Experiences of Encounters with Health Care Professionals Within Reproductive, Perinatal, and Sexual Health in Sweden: A Qualitative Interview Study", *Transgender Health*, vol. 6, n° 6, p. 325-331.

BEAUBATIE Emmanuel, 2022, « Apprendre à faire genre. Discriminations et stratégies d'usagers-ères trans dans les services publics », *Gouvernement et action publique*, vol. 11, n° 1, p. 109-130.

BOWKER Geoffrey C. et STAR Susan Leigh, 2000, *Sorting things out: Classification and its consequences*, Cambridge, MIT press.

BÜCHLER Andrea et COTTIER Michelle, 2020, "Transgender, Intersex und Elternschaft in der Schweiz und im Rechtsvergleich. Ein Plädoyer für die Aufhebung der Mutter-Vater-Dyade", *La pratique du droit de la famille*, n° 4, p. 875-889.

BÜHLER Nolwenn, HERTZOG Irène-Lucile, ROCA I ESCODA Marta et BOILLET Véronique, 2020, « La production biomédicale d'enfants : entre stratification et globalisation », *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 39, n° 2, p. 6-12.

CARAYON Lisa, 2021, « Personnes trans et loi de bioéthique : histoire d'un silence », *Actualité juridique. Famille*, n° 10, p. 543.

DANHOLT Peter et LANGSTRUP Henriette, 2012, « Medication as Infrastructure: Decentering Self-Care », *Culture Unbound*, vol. 4, n° 3, p. 513-532.

DODIER Nicolas, 1993, « Les appuis conventionnels de l'action. Éléments de pragmatique sociologique », *Réseaux*, n° 62, p. 63-85.

ENGELI Isabelle et ROTHMAYR ALLISON Christine, 2016, "When Doctors Shape Policy: The Impact of Self-Regulation on Governing Human Biotechnology", *Regulation & Governance*, vol. 10, n° 3, p. 248-261.

EPSTEIN Rachel, 2018, "Space Invaders: Queer and Trans Bodies in Fertility Clinics", *Sexualities*, vol. 21, n° 7, p. 1039-1058.

FIORILLI Olivia, 2019, "Reproductive Injustice and the Politics of Trans Future in France", *Transgender Studies Quarterly*, vol. 6, n° 4, p. 579-592.

GARDEY Delphine, 2017, « Introduction. Quelle économie de la reproduction humaine pour quelle société ? », *Travail, genre et sociétés*, n° 38, p. 27-34.

GRÜNDLER Tatiana, 2017, « La clause de conscience en matière d'ITVG, un antidote contre la trahison ? », *Droit et Cultures*, n° 74, p. 155-178.

HAUSMAN Bernice, 1995, *Changing Sex : Transsexualism, Technology, and the Idea of Gender*, Durham, Duke University Press.

HENNION Antoine et VIDAL-NAQUET Pierre, 2015, « "Enfermer Maman !" Épreuves et arrangements : le care comme éthique de situation », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 33, n° 3, p. 65-90.

HÉRAULT Laurence (dir.), 2014, *La parenté transgenre*, Aix-en-Provence, Presses universitaires de Provence.

HÉRAULT Laurence, 2015, « La gestion médicale de la parenté trans en France », *Enfances, Familles, Générations*, n° 23, p. 165-184.

HINES Sally, 2006, "Intimate Transitions: Transgender Practices of Partnering and Parenting", *Sociology*, vol. 40, n° 2, p. 353-371.

HINES Sally, PEARCE Ruth, PFEFFER Carla A., RIGGS Damien W. et RAY WHITE Francis, 2021, "Trans pregnancy: Fertility, reproduction and body autonomy", *International Journal of Transgender Health*, vol. 22, n° 1-2, p. 1-5.

LEIBTSEDER Doris et GRIFFIN Gabriele, 2020, "States of reproduction: the co-production of queer and trans parenthood in three European countries", *Journal of Gender Studies*, vol. 29, n° 3, p. 310-324.

MEDICO Denise et VOLKMAR Erika, 2016, « La Fondation Agnodge. Pour une société plus juste à l'égard des personnes transgenres », *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 35, n° 1, p. 182-186.

MESMAN Jessica, 2008, *Uncertainty in Medical Innovation : Experienced Pioneers in Neonatal Care*, Londres, Palgrave Macmillan.

MESNIL Marie, 2020, « Des ovocytes sous contrôle. Regards franco-suisses sur l'encadrement juridique du don et de l'autoconservation d'ovocytes », *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 39, n° 2, p. 31-46.

PÉREZ Yoliliztli et ROZÉE Virginie, 2019, « L'autoconservation ovocytaire en France : analyse d'une pratique biomédicale controversée », *Interrogations?*, n°28, [en ligne] <http://www.revue-interrogations.org/L-autoconservation-ovocytaire-en>

ROGERS Chloé, WEBBERLEY Mike, MATEESCU Roxana, EL RAKHAWY Yasmeen, DALY-GOURDIALSING Anaïs et WEBBERLEY Helen, 2021, "A Retrospective Study of Positive and Negative Determinants of Gamete Storage in Transgender and Gender-Diverse Patients", *International Journal of Transgender Health*, vol. 2, n° 1-2, p. 167-178.

SPADE Dean, 2015, *Normal Life: Administrative Violence, Critical Trans Politics, and the Limits of Law*, Durham, Duke University Press.

THOMPSON Charis, 2007, *Making Parents: The Ontological Choreography of Reproductive Technologies*, Cambridge, MIT Press.

VAN DE WIEL Lucy, 2015, "Frozen in Anticipation: Eggs for Later", *Women's Studies International Forum*, vol. 53, p. 119-128.

VINCK Dominique, 2009, « De l'objet intermédiaire à l'objet-frontière. Vers la prise en compte du travail d'équipement », *Revue d'anthropologie des connaissances*, vol. 3, n° 1, p. 51-72.

WAHLEN Raphaël, BROCKMANN Céline Denise, JAN SOROKEN Cindy, BERTHOLET Lynn, YARON Michal, ZUFFEREY Adèle, AMBRESIN Anne-Emmanuelle et MERGLEN Arnaud, 2020, « Adolescents transgenres et nonbinaires : approche et prise en charge par les médecins de premier recours », *Revue médicale suisse*, vol. 16, n° 691, p. 789-793.

WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION FOR TRANSGENDER HEALTH (WPATH), 2022, *Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People* [8th Version], [en ligne] <https://wpath.org/publications/soc>