

La santé et le bien-être des jeunes trans et non-binaires au Canada



Octobre 2026

RSC SRC

La santé et le bien-être des jeunes trans et non-binaires au Canada

Octobre 2026

Auteurs (Par ordre alphabétique)

Emmanuelle Bernheim, Collège de la SRC	Université d'Ottawa
Marie-Claude Geoffroy, Collège de la SRC	Université McGill et Douglas institut universitaire en santé mentale
Robert C. Mizzi, Collège de la SRC	University of Manitoba
Annie Pullen Sansfaçon, Collège de la SRC	Université de Montréal
Anna Weinberg, Collège de la SRC	Université McGill

Pairs examinateurs

Nicholas Chadi	Université de Montréal
TJ (Travis) Salway	Simon Fraser University

Forme suggérée pour les citations

Pullen Sansfaçon, A., Geoffroy, M.C., Mizzi, R., Bernheim, E., Weinberg, A. *La santé et le bien-être des jeunes trans et non-binaires au Canada.* Société royale du Canada. 2026

© La Société royale du Canada

Déclaration détaillée de l'utilisation de l'intelligence artificielle générative

Outil d'intelligence artificielle : Chat GPT-4o (OpenAI), Claude-sonnet (Anthropic) et Antidote 12 ont été utilisés pour soutenir la rédaction de ce rapport de deux manières:

> *Révision et édition:* Chat GPT-4o et Antidote 12 ont été utilisés pour aider à la reformulation de certains passages en anglais (choix d'expressions idiomatiques, amélioration de la fluidité du langage, synthétisation) et la révision de la langue en anglais et en français (orthographe, grammaire, ponctuation). Chaque proposition de reformulation a été révisée par les auteur·e·s.
>
> *Traduction:* Claude-sonnet et Chat GPT-4o ont été utilisés pour la traduction du rapport en version anglaise vers le français. La traduction a été entièrement révisée par une personne francophone parlant couramment l'anglais.

Confidentialité et sécurité : Aucune information sensible ou confidentielle n'a été partagée avec l'IA.

Reconnaissance territorial

Le siège social de la Société royale du Canada est situé à Ottawa, territoire traditionnel et non cédé de la nation algonquine.

Les opinions exprimées dans ce rapport sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement les opinions de la Société royale du Canada.

Table des matières

Avant-propos 5

Membres du groupe de recherche interdisciplinaire 5

Membres du Collège 5

Auxiliaires de recherche et professionnel·le·s de recherche ayant soutenu la préparation de ce rapport 5

Résumé exécutif 6

1. Introduction : Contexte sociopolitique 7

Objectifs 12

2. Cadre juridique au Canada : consentement éclairé et protection contre la discrimination 14

Fédéral 14

Le point par province et territoire 15

Colombie-Britannique 15
Alberta 16
Saskatchewan 17
Manitoba 18
Ontario 18
Québec 20
Nouveau-Brunswick 21
Île-du-Prince-Édouard 21
Nouvelle-Écosse 22
Terre-Neuve-et-Labrador 23
Yukon 24
Territoires du Nord-Ouest 25
Nunavut 25

3. Santé mentale et bien-être des jeunes trans et non-binaires au Canada 27

La santé mentale des adolescent·e·s trans et non-binaires au Canada 27

Étude COMPASS 27

L'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes de 2019 28

L'Enquête canadienne sur la santé des jeunes trans 29

Trans Youth CAN! 30

4. Comprendre le stress et le stress minoritaire : implications pour la santé des personnes trans et de genre divers 33

Qu'est-ce que le « stress » et comment affecte-t-il notre santé ? 33

Le stress peut-il expliquer les disparités de santé mentale chez les jeunes TNB ? 34

Facteurs de stress distaux 35

Facteurs de stress proximaux 36

5. Accès aux soins médicaux d'affirmation de genre *37*
Les jeunes TNB qui cherchent à accéder aux SMAG **37**
Âge de prise de conscience et âge de la première prescription de SMAG **38**
Besoins des jeunes TNB en matière de SMAG **38**
SMAG et première prescription **40**
Obstacles et facilitateurs dans l'accès aux SMAG **40**
Capacité décisionnelle des jeunes 40
Délais et accès à des professionnel·le·s compétent·e·s 41
Les répercussions des SMAG sur les jeunes TNB **43**
Évaluation de l'efficacité des traitements et controverses actuelles 43
Bloqueurs de puberté 45
Hormonothérapie 46
Bloqueurs de puberté et hormonothérapie 47
6. Les jeunes trans et non-binaires et leur famille *49*
Définir le soutien familial **50**
Impact du soutien parental sur les jeunes TNB **51**
7. Les établissements scolaires et le climat scolaire *54*
État actuel de la santé mentale des jeunes TNB en milieu scolaire **55**
Pratiques pour soutenir les jeunes trans et non-binaires en milieu scolaire **56**
Législation, politiques et sécurité 57
Formation du personnel 57
Services de soutien et approches à plusieurs niveaux 58
Climat scolaire et sentiment d'appartenance 59
Enseigner pour l'inclusion 59
8. Conclusion et recommandations *61*
Familles de jeunes TNB **61**
Praticien·ne·s (soins de santé, santé mentale, milieu scolaire, services sociaux) **62**
Chercheur·euse·s **63**
Professionnel·le·s du droit et décideur·se·s politiques **64**
Références *67*
Références Académique **67**
Sources légales **85**
Législation 85
Projets de loi 86
Jurisprudence 86
Politiques 87
Autres 87

Avant-propos

Les auteurs du présent rapport se sont réunis au sein du Collège des nouveaux chercheurs, artistes et scientifiques de la Société royale du Canada pour former le groupe de recherche interdisciplinaire intitulé *« La santé et le bien-être des jeunes trans et non-binaires au Canada »*.

Dans ce rapport, ils présentent l'état actuel des connaissances sur la santé et le bien-être des jeunes trans et non binaires au Canada, ainsi que les conditions qui leur permettent de s'épanouir.

Les groupes de recherche interdisciplinaires constituent un moyen essentiel pour les membres du Collège de mettre en commun leur expertise sur des sujets importants et complexes. Grâce à cette collaboration, ils mobilisent des connaissances interdisciplinaires au service de la société canadienne.

Membres du groupe de recherche interdisciplinaire

Membres du Collège

Annie Pullen Sansfaçon, professeure titulaire, École de travail social et Chaire de recherche du Canada en recherche partenariale et *empowerment* des jeunes vulnérabilisés (CRC ReParE), Université de Montréal

Marie-Claude Geoffroy, professeure agrégée, Département de psychiatrie, Chaire de recherche du Canada en prévention du suicide chez les jeunes, Université McGill et Institut universitaire en santé mentale Douglas

Robert C. Mizzi, professeur titulaire et Chaire de recherche du Canada en apprentissage continu critique et créatif, Faculté d'éducation, Université du Manitoba

Emmanuelle Bernheim, professeure titulaire de droit et Chaire de recherche du Canada en santé mentale et accès à la justice, Université d'Ottawa

Anna Weinberg, professeure agrégée, Département de psychologie et Chaire de recherche du Canada en neurosciences cliniques, Université McGill

Auxiliaires de recherche et professionnel·le·s de recherche ayant soutenu la préparation de ce rapport

Morgane A. Gelly, personne conseillère principale à la recherche, CRC ReParE, Université de Montréal

Chris Yendt, auxiliaire de recherche, Faculté d'éducation, Université du Manitoba

Lauren Anzarouth, auxiliaire de recherche, Département de psychiatrie, Université McGill

Résumé exécutif

Les jeunes trans et non-binaires (TNB) au Canada sont confronté·e·s à des niveaux élevés de détresse psychologique, de discrimination et de stress minoritaire. Iels font néanmoins preuve d'une résilience remarquable lorsqu'iels évoluent dans des environnements bienveillants. Ce rapport synthétise les recherches actuelles sur les jeunes TNB dans divers domaines : le droit et les politiques publiques, le stress minoritaire, la santé mentale, les soins médicaux d'affirmation de genre (SMAG), ainsi que les environnements familiaux et scolaires. Il vise à offrir un portrait global des défis auxquels ces jeunes font face, ainsi que des conditions qui leur permettent de s'épanouir.

Les recherches indiquent que les jeunes TNB sont touché·e·s de manière disproportionnée par des problèmes de santé mentale, notamment des niveaux élevés d'anxiété, de dépression et d'idéations suicidaires. Ces disparités ne sont pas inhérentes à la diversité de genre, mais résultent principalement de facteurs externes, tels que la stigmatisation, la discrimination et des environnements sociaux hostiles, comme l'intimidation en milieu scolaire. Lorsque les jeunes TNB reçoivent le soutien de leur famille, de leurs prestataires de soins et de leurs établissements scolaires, ces disparités diminuent considérablement.

Les études sur les soins médicaux d'affirmation de genre (SMAG) suggèrent que les personnes qui en ont besoin peuvent bénéficier de l'accès aux bloqueurs de puberté, à l'hormonothérapie et aux traitements connexes. Il a été démontré que ces interventions améliorent la santé mentale et le bien-être général, sans effets indésirables rapportés dans les données disponibles. Certain·e·s préconisent de restreindre l'accès à ces soins dans l'attente de recherches répondant à des critères méthodologiques plus rigoureux. Les expert·e·s soulignent toutefois que de tels critères sont souvent difficiles à appliquer, voire contraires à l'éthique dans ce contexte. Un nombre important d'études — des études d'observation longitudinales aux recherches qualitatives — démontre les bénéfices associés aux soins d'affirmation de genre.

La famille joue également un rôle déterminant. Le soutien parental, notamment, s'est révélé être l'un des facteurs de protection les plus puissants pour les jeunes TNB. Par ailleurs, les établissements scolaires, en particulier le personnel de soutien et les pairs, jouent un rôle crucial dans le bien-être des élèves TNB. Les politiques favorisant l'inclusivité de genre, la présence d'un personnel bienveillant, des programmes d'études inclusifs et un climat scolaire sécuritaire sont autant d'éléments essentiels pour réduire les risques et favoriser un sentiment d'appartenance.

Les données disponibles ne laissent aucun doute : les jeunes TNB s'épanouissent dans des milieux bienveillants, bien outillés et accueillants. Le rapport se conclut par une série de recommandations adaptées à l'intention des familles, des professionnel·le·s, des chercheur·e·s et des décideur·se·s. Ces recommandations visent à réduire les disparités, à améliorer le bien-être mental et à garantir que les jeunes TNB partout au Canada puissent évoluer en toute sécurité, dans la dignité, et bénéficier d'opportunités dans tous les domaines de la vie.

1. Introduction : Contexte sociopolitique

Au cours de la dernière décennie, la visibilité accrue des personnes trans et non-binaires (TNB) a contribué à sensibiliser davantage le grand public à leurs expériences. Des représentations plus diversifiées et accessibles ont permis à certains individus de reconnaître et d'affirmer leurs identités non conformes au genre (Mocarski et al., 2019), notamment chez les jeunes.

Encadré 1 — Définir qui sont les jeunes trans et non-binaires

Les jeunes trans et non-binaires (TNB) désignent les adolescent·e·s de moins de 18 ans dont l'identité de genre diffère du sexe qui leur a été assigné à la naissance. Par exemple, une fille trans s'identifie comme une fille, mais a été assignée garçon à la naissance (AGAN), tandis qu'un garçon trans s'identifie comme un garçon, mais a été assigné fille à la naissance (AFAN). Un·e jeune non-binaire ne s'identifie pas exclusivement comme une fille ou comme un garçon.

Certain·e·s jeunes TNB peuvent vivre une **dysphorie de genre** — une détresse associée à un sentiment d'incongruence entre l'identité de genre et le sexe assigné à la naissance, selon le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5e édition (Crocq et al., 2015). Ce concept est parfois critiqué pour son caractère pathologisant (Infantolino, 2025). Dans la 11e édition de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM-11), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2022) a proposé le diagnostic d'**incongruence de genre**, également caractérisé par une discordance persistante entre l'identité de genre et le sexe assigné à la naissance, accompagnée d'un désir de transition. La définition proposée par la CIM-11 est souvent considérée comme moins pathologisante, car elle n'exige pas que la personne éprouve de la détresse et figure sous la rubrique des « conditions relatives à la santé sexuelle » plutôt que des « troubles mentaux et du comportement », comme dans la version précédente de la CIM.

Les sentiments d'incongruence vécus par une personne peuvent être d'ordre physique (sentiment d'incongruence entre l'identité de genre et les caractéristiques physiques ou sexuelles secondaires), social (incongruence entre l'identité de genre et les attentes de genre) ou les deux à la fois. Cependant, tou·te·s les jeunes TNB ne vivent pas de dysphorie de genre, et certain·e·s jeunes préfèrent qualifier leur expérience d'**euphorie de genre**, désignant les sentiments positifs résultant de l'affirmation ou de la transition de genre (Austin et al., 2022). L'euphorie de genre et la dysphorie de genre peuvent subvenir à divers degrés d'intensité au cours de la vie, et peuvent aussi alterner ou co-exister.

Il a été démontré que la couverture médiatique positive des identités non conformes au genre favorise la joie, l'espoir et un sentiment d'appartenance chez les jeunes TNB (Pham et al., 2020). Cette acceptation sociale croissante se reflète non seulement dans l'augmentation des références aux cliniques spécialisées en genre (Pang et al., 2020), mais également dans les changements législatifs survenus aux niveaux fédéral et provincial. Mentionnons notamment l'inclusion, en 2017, de la protection de l'identité et de

l'expression de genre dans la Loi canadienne sur les droits de la personne, ainsi que l'interdiction fédérale des thérapies de conversion adoptée en 2022.

Cette visibilité et cette reconnaissance croissantes des jeunes TNB ont également eu des répercussions sur la prestation des services de santé et des services sociaux, se traduisant par des efforts accrus pour adapter les services offerts à ces populations et à leurs familles. Certaines associations professionnelles, telles que l'Association canadienne des travailleurs sociaux (2017), la Société canadienne de pédiatrie (2023) et l'Association canadienne de santé publique (2024), ont également publié des lignes directrices ou des prises de position pour accompagner les personnes TNB et leurs familles.

Encadré 2 — Qu'est-ce qu'une transition ?

Les jeunes TNB peuvent souhaiter effectuer une transition sociale, juridique et/ou médicale.

Une **transition sociale** implique des changements dans l'expression de genre et la présentation sociale, tels que les vêtements, les comportements, le prénom choisi et les pronoms.

Une **transition médicale** est généralement réalisée par le biais de soins médicaux d'affirmation de genre (SMAG), qui sont des procédures visant à aligner l'apparence sur l'identité de genre. Les SMAG comprennent diverses options de traitements allant des solutions réversibles aux solutions permanentes, afin que chaque personne puisse choisir l'approche la mieux adaptée à ses besoins. Notamment, les SMAG incluent les bloqueurs de puberté, prescrits au début de la puberté (stade 2 de Tanner) et qui suspendent le développement des changements physiques non désirés. Ils comprennent également des traitements hormonaux (testostérone, œstrogènes) qui favorisent le développement des caractéristiques physiques dans le genre affirmé, ainsi que des chirurgies (telles que la mastectomie, l'augmentation mammaire, la phalloplastie, la vaginoplastie, etc.). Au Canada, les chirurgies ne sont pas accessibles aux mineur·e·s, à l'exception des mastectomies, qui sont parfois proposées à partir de l'âge de 16 ans. D'autres interventions non chirurgicales peuvent également soutenir l'affirmation de genre, notamment l'épilation permanente, la thérapie vocale et les procédures esthétiques, telles que des injections pour modifier les traits physiques.

Une **transition juridique** implique un changement de la mention du sexe et/ou du prénom légal sur les documents officiels (tels que les actes de naissance et les passeports). L'âge auquel une transition juridique peut être effectuée dépend de la province (voir la section sur le cadre juridique canadien).

Il convient de noter que les jeunes TNB peuvent choisir d'effectuer toutes, certaines ou aucune de ces formes de transition.

Parallèlement, la sensibilisation croissante à l'égard des jeunes TNB a coïncidé avec des préoccupations grandissantes concernant l'accès des mineur·e·s aux interventions médicales, ainsi qu'avec une visibilité accrue de la détransition (Slothouber, 2020), entendue comme l'interruption temporaire ou permanente d'une transition de genre pour diverses raisons (Expósito-Campos et al., 2023).

Encadré 3 — Définir la détransition

La recherche sur la détransition est relativement récente, et aucun consensus sur la terminologie ou les définitions n'existe à ce jour. Certains termes et usages commencent toutefois à émerger. Le terme le plus courant, *détransition*, peut désigner la cessation ou l'inversion partielle ou complète, temporaire ou permanente, de certains aspects médicaux, sociaux ou juridiques d'une transition de genre (Expósito-Campos et al., 2023). Cela peut survenir parallèlement à un arrêt de l'identification trans — mais pas nécessairement. Le terme parapluie *détrans* est parfois utilisé pour désigner un ensemble d'expériences impliquant des changements ou des interruptions dans le parcours de transition (Hildebrand-Chupp, 2020).

Les personnes peuvent détransitionner pour diverses raisons, tant internes (p. ex., changement d'identité, insatisfaction) qu'externes (p. ex., discrimination, manque de soutien, préoccupations de santé). La détransition ne doit pas être confondue avec le regret, car certains individus éprouvent des regrets sans détransitionner, tandis que d'autres peuvent détransitionner sans regret (Expósito-Campos et al., 2023).

En 2018, une étude publiée dans la revue *PLOS One* a suggéré que l'augmentation du nombre de jeunes TNB, en particulier ceux et celles assigné·e·s filles à la naissance, pourrait s'expliquer par une forme de contagion sociale en ligne. L'auteure a proposé l'hypothèse de la dysphorie de genre à apparition rapide (*Rapid Onset Gender Dysphoria* ou *ROGD*), selon laquelle certain·e·s jeunes entameraient une transition sous l'effet d'une contamination sociale par les interactions entre pairs en ligne, ainsi qu'en réponse à des problèmes sous-jacents tels que des difficultés de santé mentale, l'autisme, l'homophobie ou la misogynie internalisées (Littman, 2018). Cette hypothèse a depuis été vivement critiquée tant par des chercheur·e·s (Ashley, 2020 ; Bauer et al., 2022 ; Restar, 2020 ; Vandendriessche & Cohen, 2024) que par des associations professionnelles (Brierley et al., 2024 ; CAAPS, 2021 ; WPATH, 2018). L'une des principales critiques formulées est que l'hypothèse de la contagion sociale repose exclusivement sur les témoignages de parents de jeunes TNB, dont la majorité a été recrutée sur des sites web s'opposant aux transitions de genre (Ashley, 2020 ; Littman, 2019 ; Restar, 2020).

Depuis lors, certaines études ont proposé des explications alternatives à la hausse apparente du nombre de jeunes assigné·e·s filles à la naissance qui entament une transition à la puberté (Kahn et al., 2025 ; Vandendriessche & Cohen, 2024). Aucune corrélation n'a été établie entre une prise de conscience récente de son identité de genre — l'une des caractéristiques clés du ROGD — et des difficultés de santé mentale ou une contagion entre pairs (Bauer et al., 2022).

Bien que l'hypothèse de la contagion sociale n'ait pas été démontrée, elle a été largement citée dans la presse écrite (Slothouber, 2020) et mentionnée dans plusieurs rapports publiés récemment — notamment au Royaume-Uni, aux États-Unis et en Suède — qui remettent également en question la solidité des données scientifiques étayant les soins d'affirmation de genre pour les mineur·e·s (Cass, 2024 ; Department of Health and Human Services, 2025 ; The National Board of Health and Welfare, 2022). Ces rapports ont eux-mêmes fait l'objet de vives critiques de la part de chercheur·euse·s, notamment pour leur interprétation sélective des données probantes et pour avoir omis les bénéfices avérés des SMAG (Grijseels, 2024 ; McNamara et al., 2024 ; Noone et al., 2024).

En effet, il existe un vaste corpus de données scientifiques portant sur les facteurs et sur les interventions, y compris les SMAG, influençant le fonctionnement et le bien-être des jeunes TNB. Parmi les documents de référence essentiels, l'Association professionnelle mondiale pour la santé des personnes transgenres (WPATH) publie depuis 1979 ses Standards de soins (SOS) pour la santé des personnes transgenres et de genre divers, élaborés selon un processus Delphi et fondés sur les données scientifiques les plus récentes (Coleman et al., 2022).

Cela dit, bien que ces Standards soient acceptés par de nombreux·ses professionnel·le·s et organisations, notamment par la Société canadienne de pédiatrie (Vandermorris & Metzger 2023), leur dernière version, les SOS 8, a également fait l'objet d'un examen public accru, notamment à la suite de la publication du Rapport Cass (Cass, 2024) et des revues systématiques indépendantes produites dans ce contexte. Au cœur des critiques adressées aux SOS 8 figure l'idée qu'ils reposeraient sur des données probantes insuffisantes ou faibles (Cass, 2024 ; Kulatunga et al., 2025). Cependant, le Rapport Cass et les revues systématiques sur lesquelles il s'appuie ont eux aussi fait l'objet de critiques substantielles, notamment sur le plan méthodologique. Des chercheur·e·s ont mis en évidence un risque élevé de biais dans l'ensemble des revues, citant des déviations non expliquées par rapport aux protocoles, des critères d'éligibilité ambigus, une identification insuffisante des études, ainsi que l'absence de prise en compte adéquate de ces limites dans les conclusions qui en découlent (McNamara et al., 2024 ; Moore et al., 2025 ; Noone et al., 2025). Il importe de souligner que, bien que ces limites aient été invoquées pour remettre en question les bénéfices des SMAG, un corpus substantiel de recherches continue de documenter des résultats positifs.

De plus en plus, les chercheur·e·s font valoir que la question la plus importante n'est pas de savoir si les SMAG devraient être catégoriquement autorisés ou interdits, mais plutôt de déterminer comment ils devraient être dispensés de la façon la plus sécuritaire possible, dans une approche centrée sur le·la patient·e, tenant compte des traumatismes potentiels et fondée sur des données probantes. Ce changement de perspective se reflète également dans l'évolution des pratiques cliniques au cours de la dernière décennie, qui a mis en évidence les limites d'une dépendance exclusive aux guides de pratique clinique, ceux-ci s'adaptant souvent plus lentement que les données probantes émergentes et l'évolution des normes de soins.

Bien qu'importants, ces débats ont contribué à l'amplification d'un discours alimentant une panique morale autour des soins d'affirmation de genre et du risque de regret (Bossé, 2025 ; Gelly et al., 2025 ; MacKinnon et al., 2022 ; Slothouber, 2020). Certain·e·s auteur·e·s ont également mis en lumière une stratégie de désinformation visant à normaliser une législation anti-trans, qui produit déjà des effets sociopolitiques tangibles (Billard, 2024 ; McNamara et al., 2023).

Plus récemment, certain·e·s pays et certaines juridictions ont commencé à interdire les soins médicaux d'affirmation de genre et à adopter ce qui est considéré comme une législation anti-trans (Cohen, 2023 ; Grossman, 2024 ; Movement Advancement Project, 2024). Cette dernière a soulevé de sérieuses préoccupations quant aux répercussions possibles sur la santé physique et mentale des jeunes TNB (Abreu et al., 2022 ; Barbee et al., 2022 ; Dhanani & Totton, 2023 ; Pham et al., 2020).

Certaines recherches ont également commencé à documenter ces impacts. Une étude basée aux États-Unis a montré que dans les États où des lois anti-trans ont été adoptées, le nombre de jeunes TNB (en particulier celles et ceux âgé·e·s de 13 à 17 ans) ayant fait une tentative de suicide au cours de l'année écoulée a augmenté, tout comme le nombre de tentatives de suicide, après l'adoption de ces lois (Lee et al., 2024). Les débats publics en cours et l'adoption de politiques ciblant les droits des personnes trans affectent le bien-être des jeunes TNB au-delà des restrictions d'accès elles-mêmes, en raison du climat social qu'elles engendrent (Dhanani & Totton, 2023). De plus, des recherches montrent que la couverture médiatique négative des enjeux liés à la santé des personnes trans est associée à une diminution des références aux cliniques spécialisées dans le genre, ce qui pourrait refléter une résistance croissante de la part des professionnel·le·s ou des parents à soutenir la transition d'un·e jeune (Indremo et al., 2022). Ces messages négatifs peuvent également être intériorisés par les jeunes, les amenant à hésiter à exprimer leurs besoins liés au genre par crainte de réactions négatives (Dhanani & Totton, 2023). En conséquence, certain·e·s jeunes pourraient se tourner vers des moyens alternatifs et plus risqués — comme le recours à des sources en ligne — pour accéder aux traitements dont iels ont besoin (Dhanani & Totton, 2023 ; Pang et al., 2022). Par ailleurs, des études ont montré que les jeunes TNB peuvent ressentir du stress, une crainte accrue de la discrimination et de l'anxiété à l'idée de dévoiler leur identité en réponse à un environnement sociopolitique hostile (Abreu et al., 2022 ; Dhanani & Totton, 2023 ; Pham et al., 2020).

Bien que le Canada n'ait pas atteint le même niveau de contestations législatives que d'autres contextes, comme les États-Unis ou le Royaume-Uni, une tendance similaire commence à émerger (Trianon, 2025). Ainsi, certaines provinces ont adopté des mesures restreignant les droits des personnes trans : en Alberta, l'accès aux soins d'affirmation de genre pour les mineur·e·s est désormais limité, tandis que l'Alberta et la Saskatchewan exigent le consentement parental pour que les élèves puissent changer de prénom ou de pronom à l'école (Dryden & Lee, 2024 ; Farrell, 2025). Au Québec, le Comité des sages, désigné par le gouvernement, a évalué les questions relatives aux personnes transgenres en vue d'éclairer les futures législations, et a finalement publié un rapport réaffirmant la binarité de genre — masculin ou féminin — comme fondement de la reconnaissance juridique (Lavallée et al., 2025). Pendant ce temps, la rhétorique transphobe et les actes de

violence envers les personnes trans ont augmenté au cours des cinq dernières années (Boynton, 2023 ; LeBel, 2023), au point que le Service canadien du renseignement de sécurité (SCRS) a émis un avertissement concernant les mouvements anti-trans qui représentent une menace de « violence extrême » et soulèvent des préoccupations quant à d'éventuels actes terroristes visant les personnes TNB ou ceux et celles perçu·e·s comme leurs allié·e·s (Tunney, 2024). Les sondages PRIDE menés par IPSOS en 2023 et 2024 témoignent d'une détérioration de l'opinion publique envers les personnes trans (IPSOS, 2023, 2024). Une tendance similaire a été observée dans les écoles, où l'inconfort lié au fait qu'un·e ami·e dévoile une identité non-binaire est passé de 34,5 % en 2020-2021 à 59,5 % en 2023-2024 (Charbonneau et al., 2025). De plus, dans un récent rapport, le Comité des Droits Humains a exprimé des inquiétudes concernant le retard pris par le Canada dans la protection des droits LGBTQ+ (Human Rights Committee, 2026; La Presse canadienne, 2026).

Objectifs

Le débat actuel, fortement polarisé, autour des jeunes TNB, de leur bien-être, de leur affirmation de genre, de leur autonomie morale et corporelle, ainsi que des répercussions possibles sur l'accès aux SMAG en tant que mineur·e·s, appelle à la production d'un document rédigé par des expert·e·s de différents domaines, qui examinent l'état actuel de la recherche et des pratiques. En effet, dans la quête d'une « plus grande objectivité », bon nombre des rapports publiés récemment ont été rédigés par des professionnel·le·s qui, bien que reconnu·e·s pour leurs réalisations professionnelles significatives, ont été désigné·e·s pour présider des comités disposant d'une expertise très limitée sur le sujet lui-même ou manquant d'expérience directe auprès des jeunes de genre divers (voir, par exemple, Cass, 2024 ; Department of Health and Human Services, 2025 ; The National Board of Health and Welfare, 2022 ; Comité des sages, 2024). Pour répondre à cette polarisation, un groupe de recherche interdisciplinaire composé de membres du Collège de nouveaux chercheurs, et créateurs en arts et en science de la Société Royale du Canada a été mis en place en mai 2024 afin d'examiner les données probantes et de rédiger ce rapport. Ces expert·e·s s'appuient sur leur engagement auprès des jeunes de genre divers et sur leur connaissance de leurs parcours de vie, des défis qui façonnent leur quotidien et des effets du stress sur leur bien-être. Il est rare qu'un groupe d'expert·e·s aussi diversifié se réunisse pour traiter de questions urgentes ; or, comme ce rapport l'explique, les défis auxquels font face les jeunes TNB canadien·ne·s constituent précisément l'une de ces préoccupations pressantes.

Ce rapport vise donc à offrir un portrait du contexte canadien en synthétisant les recherches canadiennes les plus récentes de la dernière décennie sur les enjeux clés touchant les jeunes TNB, afin de dépolariser le débat et de promouvoir une voie à suivre qui permettrait d'améliorer les droits et les soins destinés aux personnes trans. À cette fin, nous avons mené plusieurs recensions narratives thématiques des recherches publiées au cours de cette période au Canada sur divers facteurs façonnant les expériences des jeunes TNB. L'Organisation mondiale de la Santé définit les adolescent·e·s comme les individu·e·s âgé·e·s de 10 à 19 ans, les jeunes comme ceux et celles âgé·e·s de 15 à 24 ans, et les jeunes personnes comme celles âgées de 10 à 24 ans (Organisation mondiale de la Santé, s.d.). Notre intérêt principal portait sur les études impliquant des jeunes canadien·ne·s de moins

de 18 ans — seuil couramment utilisé pour distinguer les mineur·e·s des adultes. Nous avons cependant dû parfois inclure des études portant sur des tranches d'âge plus larges, notamment les jeunes adultes de 18 à 25 ans, lorsque les données n'étaient pas désagrégées par âge. Cette décision reflète à la fois la variabilité de l'âge de la majorité selon les provinces et territoires canadiens (allant de 18 à 19 ans) et l'inclusion fréquente de ce groupe d'âge dans les recherches sur les jeunes TNB, en raison de contraintes liées à la taille des échantillons et à la continuité des trajectoires développementales à travers l'adolescence et le début de l'âge adulte. Par ailleurs, certaines études ont été menées dans des contextes transnationaux, notamment entre le Canada et les États-Unis, ou dans d'autres contextes internationaux. Lorsque c'est le cas, la portée géographique et la tranche d'âge des études sont précisées.

Ce rapport présente d'abord un aperçu du cadre juridique relatif au consentement éclairé et à l'accès aux soins d'affirmation de genre dans les provinces canadiennes. Il offre ensuite un portrait des résultats en matière de santé mentale observés chez les jeunes TNB canadien·ne·s et analyse les impacts supposés du stress minoritaire. Cela est suivi d'un examen plus approfondi des recherches portant sur les expériences vécues dans trois contextes essentiels : le système médical (incluant l'accès aux soins d'affirmation de genre), la famille (en particulier le soutien parental) et les environnements scolaires. Le rapport se conclut par des recommandations fondées sur les données probantes à l'intention des praticien·ne·s, des décideur·euse·s et des chercheur·e·s qui travaillent auprès des jeunes TNB ou en leur nom.

2. Cadre juridique au Canada : consentement éclairé et protection contre la discrimination

À travers le Canada, les soins de santé, y compris les soins psychiatriques et les soins d'affirmation de genre, relèvent principalement de la compétence des provinces et des territoires, ce qui donne lieu à un ensemble hétérogène de cadres juridiques. Certaines provinces et territoires ne disposent d'aucune législation spécifique concernant la capacité d'un·e mineur·e à consentir à un traitement, tandis que d'autres ont adopté des lois à cet effet. Les politiques spécifiques relatives aux soins d'affirmation de genre (incluant les bloqueurs de puberté, les hormones et les évaluations psychiatriques) font l'objet de révisions actives dans plusieurs provinces et territoires, les évaluations psychiatriques étant de plus en plus mises en avant, parfois imposées comme condition préalable aux interventions médicales (par exemple, à l'Île-du-Prince-Édouard et en Nouvelle-Écosse).

Les débats politiques et judiciaires récents portent sur ce certain·e·s désignent comme les droits parentaux. Des organisations et des parents ont intenté des recours judiciaires pour faire valoir ces droits en matière d'éducation, s'attaquant par exemple aux « protections accordées aux élèves LGBTQ+, incluant des interdictions d'exposer les enfants à leurs parents ou pairs qui participent aux "alliances gai-hétéro" et aux "alliances queer-hétéro" » (*PT c. Alberta* (2018), au par. 1), ou pour soustraire leurs enfants à un enseignement lié au genre (*Benkoula (Benkoula) c. Centre de services scolaire Marguerite-Bourgeoys* (2024)). Ces poursuites ont généralement été déboutées (*PT c. Alberta* (2019) ; *Benkoula (Benkoula) c. Centre de services scolaire Marguerite-Bourgeoys* (2024)).

Des litiges fondés sur la Charte canadienne, ou sur des législations provinciales, le plus souvent en matière de discrimination, ont été intentés au cours des vingt dernières années, avec une augmentation notable au cours des cinq dernières années. Cette section du rapport offre un aperçu des dispositions juridiques et de la jurisprudence relatives à la discrimination fondée sur le genre, au consentement aux traitements, y compris les soins affirmatifs, ainsi qu'aux autres débats juridiques pertinents.

Fédéral

Protection contre la discrimination : L'article 15(1) de la *Loi constitutionnelle* (1982) stipule : « La loi ne fait acception de personne et s'applique également à tous, et tous ont droit à la même protection et au même bénéfice de la loi, indépendamment de toute discrimination, notamment des discriminations fondées sur […] le sexe […]. »

La Cour suprême du Canada, dans *R. c. Kap* (2008), a établi un test en deux étapes pour évaluer la discrimination au regard de l'article 15(1) : (1) La loi crée-t-elle une distinction fondée sur un motif énuméré ou analogue ? (2) Cette distinction crée-t-elle un désavantage en perpétuant des préjugés ou des stéréotypes ? « En vertu du par. 15(1), l'accent est mis sur la prévention des distinctions établies par les gouvernements sur le fondement des motifs énumérés ou analogues qui ont pour effet de perpétuer le désavantage et les préjugés dont souffre le groupe, ou qui imposent un désavantage fondé sur des stéréotypes »

(par. 25). L'affaire *Centre for Gender Advocacy c. Attorney General of Quebec* (2021) a reconnu l'identité de genre comme motif de discrimination analogue aux motifs énumérés à l'article 15 de la Charte.

L'article 2 de la *Loi canadienne sur les droits de la personne* (1985) « a pour objet de compléter la législation canadienne en donnant effet, dans le champ de compétence du Parlement du Canada, au principe suivant : le droit de tous les individus, dans la mesure compatible avec leurs devoirs et obligations au sein de la société, à l'égalité des chances d'épanouissement et à la prise de mesures visant à la satisfaction de leurs besoins, sans discrimination fondée sur […] l'identité ou l'expression de genre […]. »

Sur le fondement de l'article 15 de la Charte, les tribunaux ont statué contre des provinces et territoires pour discrimination envers des personnes transgenres, notamment en ce qui concerne :

- la désignation du sexe sur leur acte de naissance (en Alberta : *C.F. c. Alberta (Vital Statistics)* (2014) ; en Ontario : *XY c. Ontario (Government and Consumer Services)* (2012) ; au Québec : *Centre for Gender Advocacy c. Attorney General of Quebec* (2021)) ;
- l'obligation de s'identifier comme père et mère plutôt que comme parent (au Québec : *Centre for Gender Advocacy c. Attorney General of Quebec* (2021)) ;
- l'obligation d'obtenir le consentement parental pour le changement de prénom d'un·e mineur·e âgé·e de 14 ans ou plus (au Québec : *Procureur général du Québec c. Centre de lutte contre l'oppression des genres*, 2024, QCCA 348) ;
- l'accès aux soins affirmatifs (*Hogan c. Ontario (Health and Long-Term Care)* (2006)).

Dans certains cas, les requérant·e·s invoquent l'article 7 de la Charte, soit le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne.

Le point par province et territoire

Colombie-Britannique

Protection contre diverses formes de discrimination : Human Rights Code : « identité de genre, expression de genre ». Le Tribunal des droits de la personne de la Colombie-Britannique a sanctionné la discrimination fondée sur l'identité et l'expression de genre en matière de location résidentielle (*Wiebe c. Olsen*, 2025 BCHRT 14).

Consentement aux traitements : La Colombie-Britannique applique un modèle de consentement fondé sur la capacité, en vertu de l'*Infants Act*. Cette loi ne fixe aucun âge minimum pour consentir à un traitement médical, y compris les soins d'affirmation de genre. Les jeunes de moins de 19 ans peuvent consentir à leurs propres soins de santé s'iels comprennent le traitement proposé et font preuve de la maturité nécessaire pour prendre leurs propres décisions médicales.

Accès aux soins d'affirmation de genre : l'évaluation de l'éligibilité aux bloqueurs de puberté, à l'hormonothérapie et à la chirurgie est réalisée par les médecins généralistes (Trans Care BC).

Débats : Le gouvernement actuel de la Colombie-Britannique appuie fermement les droits des personnes trans et n'envisage aucune restriction d'accès. La Cour d'appel et la Cour suprême de la Colombie-Britannique ont à plusieurs reprises reconnu que les jeunes de moins de 19 ans possèdent la maturité requise pour prendre leurs propres décisions concernant les traitements hormonaux ou la chirurgie d'affirmation de genre, y compris sans le consentement de leurs parents (*A.B. c. C.D.* (2020) ; *A.M. c. Dr F* (2021) ; *G.M.S. c. Dr Z* (2021)).

Alberta

L'égalité comme principe fondamental : Préambule de l'*Alberta Human Rights Act* : « identité de genre, expression de genre ».

Protection contre la discrimination : Article 3(1)(b) : « identité de genre, expression de genre ».

Consentement au traitement : L'Alberta, à l'instar de la plupart des provinces, applique la « doctrine du mineur mature », selon laquelle les mineur·e·s ayant démontré une compréhension suffisante peuvent consentir à leurs propres soins médicaux, tel qu'établi dans l'arrêt de référence *A.C. c. Manitoba (Director of Child and Family Services)* (2009).

En 2024, la *Health Professions Act* a été modifiée pour interdire aux médecins de prescrire certains médicaments, notamment les bloqueurs de puberté et l'hormonothérapie substitutive, aux personnes de moins de 18 ans pour le traitement de la dysphorie de genre ou de l'incongruence de genre (*Health Statutes Amendment Act*, 2024 (N°2)).

Accès aux soins d'affirmation de genre : depuis décembre 2025, certains médicaments, notamment les bloqueurs de puberté et les traitements hormonaux de substitution, ainsi que la chirurgie d'affirmation de genre, sont interdits aux personnes âgées de moins de 18 ans dans le cadre du traitement de la dysphorie de genre ou de l'incohérence de genre (*Health Statutes Amendment Act*, 2024 (N°2)).

Nouveaux développements : Plusieurs modifications législatives majeures ont été adoptées en Alberta en 2024. L'*Education Act* (2012) a été modifiée pour inclure les exigences suivantes dans les cas où un·e élève souhaite, pour des raisons liées à son identité de genre, que les enseignant·e·s et le personnel scolaire utilisent un « nouveau prénom ou de nouveaux pronoms ». Dans de tels cas, le conseil scolaire est tenu d'aviser les parents de la demande. Les enseignant·e·s et le personnel scolaire ne doivent pas utiliser le nouveau prénom ou les nouveaux pronoms « dans le cas d'un·e élève âgé·e de 16 ou 17 ans, tant que les parents n'ont pas été avisés conformément au paragraphe » ou, dans le cas d'un·e élève de moins de 16 ans, à moins que le parent n'ait donné son consentement. Si aviser les parents « est raisonnablement susceptible de causer un préjudice émotionnel ou

psychologique à l'élève », des services de counseling doivent être offerts à celui-ci ou à celle-ci.

La *Fairness and Safety in Sport Act* (2024) crée un conseil chargé de vérifier l'admissibilité des participant·e·s aux activités sportives et de signaler au ministre tout dépôt de plainte concernant des décisions d'admissibilité, ainsi que toute demande de création ou tout établissement de ligues, de catégories ou de divisions mixtes de genre ou de sexe.

Dans le but de prévenir les litiges (*Egale Canada c. Alberta* (2025)), la province a soustrait la *Health Professions Act*, l'*Education Act* et la *Fairness and Safety in Sport Act* à l'application de certaines dispositions de la *Charte canadienne des droits et libertés*, de l'*Alberta Bill of Rights* et de l'*Alberta Human Rights Act*.

Saskatchewan

Protection contre la discrimination : Article 2(1) du *Code des droits de la personne de la Saskatchewan de 2018*: « identité de genre ».

Consentement au traitement : Selon la *Politique de consentement éclairé aux soins*, les mineur·e·s matures — c'est-à-dire les individus de moins de 18 ans dont la capacité à consentir au traitement a été établie conformément à la procédure prévue par la politique — sont habilité·e·s à prendre des décisions concernant leurs propres soins. La règle 3.4 prévoit que « le·la professionnel·le de la santé principalement responsable des soins évalue, détermine et valide que le·la patient·e a démontré sa capacité ». De plus, la règle 3.5 de la politique prévoit une évaluation par un·e professionnel·le répondant aux besoins spécifiques du·de la patient·e lorsque le·la prestataire de soins ne dispose pas de l'expertise requise.

Accès aux soins d'affirmation de genre : L'évaluation de l'aptitude en vue de l'administration de bloqueurs de puberté, d'une hormonothérapie ou d'une intervention chirurgicale est effectuée par les prestataires de soins primaires (gouvernement de la Saskatchewan).

Débats : Il n'existe en Saskatchewan aucune loi ou projet de loi en vigueur restreignant l'accès aux bloqueurs de puberté, à l'hormonothérapie ou aux traitements médicaux d'affirmation de genre pour les mineur·e·s. Toutefois, la *Loi modificative de 2023 sur l'éducation (Déclaration des droits des parents)*, adoptée en octobre 2023 à l'aide de la clause dérogatoire pour contourner la *Charte des droits et libertés*, a pour effet de soustraire la législation au contrôle de constitutionnalité par les tribunaux (*Saskatchewan (Minister of Education) c. UR Pride Centre for Sexuality and Gender Diversity*, 2025 SKCA 74). La loi impose : a) la notification et le consentement des parents lorsqu'un·e élève de moins de 16 ans demande à utiliser un prénom ou des pronoms différents à l'école ; b) des protections explicites de l'autorité parentale dans la direction de l'éducation et de l'éducation des enfants. Une affaire est présentement devant la Cour d'appel afin de statuer sur la constitutionnalité de la loi.

Manitoba

Protection contre la discrimination : Article 9(2)(g) « identité de genre » et 9(2)(g1) « expression de genre » du *Code des droits de la personne* . Le Conseil d'arbitrage des droits de la personne du Manitoba a sanctionné la discrimination fondée sur l'identité de genre en matière de reconnaissance des désignations de sexe non-binaires sur les actes de naissance du Manitoba (*T.A. c. Manitoba (Justice)*, 2019 MBHR 12).

Consentement au traitement : En vertu de la *Loi sur les directives en matière de soins de santé* , les jeunes de plus de 16 ans peuvent consentir de manière autonome. Pour les jeunes de 12 à 15 ans, la capacité est évaluée au cas par cas. Bien que la loi porte principalement sur les directives de soins anticipés, elle consacre le principe selon lequel une personne doit posséder la capacité mentale nécessaire pour prendre ses propres décisions en matière de santé.

Plus précisément, l'article 4(1) de la *Loi sur les directives en matière de soins de santé* affirme qu'« une personne qui a la capacité de prendre des décisions en matière de soins de santé pour elle-même peut rédiger une directive de soins ». Par extension, la capacité est toujours évaluée individuellement, et non en fonction de l'âge seul.

À cet égard, l'arrêt *A.C. c. Manitoba (Directeur des services à l'enfant et à la famille)* (2009) a établi que les enfants de moins de 16 ans peuvent consentir à un traitement médical s'iels font preuve d'une maturité suffisante pour en comprendre la nature et les conséquences. Ainsi, si un·e mineur·e est suffisamment mature, ses souhaits en matière de traitement doivent être respectés. La Cour a reconnu que la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille* du Manitoba n'autorise une intervention que si un·e mineur·e est jugé·e incapable de consentir à des soins et confronté·e à un risque grave pour sa santé.

Ces principes juridiques relatifs au consentement des jeunes s'étendent aux soins d'affirmation de genre, aucune loi spécifique ne régissant ces soins au Manitoba.

Accès aux soins d'affirmation de genre : Le gouvernement du Manitoba a supprimé, en 2024, l'obligation d'obtenir deux références de spécialistes pour accéder aux soins d'affirmation de genre. Depuis lors, l'évaluation et la référence par un·e professionnel·le de la santé de première ligne sont suffisantes (gouvernement du Manitoba, 2024). Certaines interventions chirurgicales sont accessibles aux personnes âgées de 16 ans et plus, tandis que d'autres ne le sont qu'à partir de 18 ans (Gender Diversity and Affirming Action for Youth).

Ontario

Protection contre la discrimination : Article 1 du *Code des droits de la personne* : « identité de genre, expression de genre ». Le Tribunal des droits de la personne de l'Ontario a sanctionné la discrimination fondée sur l'identité et l'expression de genre en matière d'emploi (par exemple, *S.R. c. DLPH Hambleton Group Inc. (alias Burger King Franchise 3566)* (2024) ; *Lewis c. Sugar Daddys Nightclub* (2016)).

Consentement au traitement : L'Ontario applique la *Loi sur le consentement aux soins de santé* (1996), qui fonde le consentement sur la capacité et non sur l'âge. L'article 4(1) de la loi définit la capacité à consentir à un traitement comme suit : « Une personne est capable à l'égard d'un traitement si elle est en mesure de comprendre les renseignements qui sont pertinents pour prendre une décision concernant le traitement et d'évaluer les conséquences raisonnablement prévisibles d'une décision ou de l'absence de décision. » Les jeunes de tout âge, y compris ceux et celles de 12 et 13 ans, peuvent consentir s'iels sont jugé·e·s capables.

En ce qui concerne les soins d'affirmation de genre, cela signifie que tout·e jeune, quel que soit son âge, peut consentir aux bloqueurs de puberté, à l'hormonothérapie ou aux soins connexes, à condition d'être évalué·e comme capable. Aucun consentement parental n'est légalement requis si le ou la prestataire de soins détermine que le ou la jeune comprend la nature et les effets du traitement et en apprécie les risques et les avantages.

Accès aux soins d'affirmation de genre : L'évaluation de la disponibilité en vue de l'administration de bloqueurs de puberté et d'une hormonothérapie est effectuée par les prestataires de soins primaires. Pour une chirurgie thoracique, une seule évaluation par un·e médecin ou un·e infirmier·ière praticien·ne qualifié·e est requise. Pour une chirurgie génitale, deux évaluations sont nécessaires, dont l'une doit être réalisée par un·e médecin ou un·e infirmier·ière praticien·ne confirmant, entre autres, un diagnostic de dysphorie de genre (ministère de la Santé de l'Ontario ; ministère de la Santé de l'Ontario, Schedule for Benefits, 14 février 2025).

Nouveau développement : Dans l'affaire *Ontario (Health Insurance Plan) c. K.S.*, tranchée en 2025 par la Cour d'appel de l'Ontario, un litige a surgi quant à savoir si une chirurgie d'affirmation de genre constitue un service assuré devant être couvert par le Régime d'assurance maladie de l'Ontario. Dans cette affaire, K.S. avait reçu un diagnostic de dysphorie de genre, avait suivi 12 mois consécutifs d'hormonothérapie et avait vécu pendant 12 mois consécutifs dans un rôle de genre conforme à son identité de genre. Deux médecins avaient recommandé la réalisation d'une vaginoplastie sans pénectomie, une intervention non disponible au Canada, mais réalisable au Texas, que le Régime d'assurance maladie de l'Ontario avait refusé de financer. Le litige ne portait donc pas sur la nécessité ou le bien-fondé des soins d'affirmation de genre ni sur les droits protégés par la *Charte canadienne* associés à ces soins, mais plutôt sur la couverture par l'assurance publique, le Régime d'assurance maladie de l'Ontario soutenant que le traitement demandé ne figurait pas sur la liste des traitements couverts au motif qu'il était considéré comme expérimental.

S'appuyant sur les Standards de soins de l'Association professionnelle mondiale pour la santé des personnes transgenres, qui prescrivent que les professionnel·le·s de la santé doivent conduire une évaluation et un traitement individualisés permettant de tenir compte de la diversité des expériences non binaires du genre, la Cour d'appel a conclu que la vaginoplastie recommandée pour K.S. est effectivement couverte par l'assurance publique de l'Ontario.

Débats : Les débats législatifs sur les restrictions aux soins affirmatifs sont peu nombreux. Mentionnons toutefois l'activité parlementaire récente autour du projet de loi 42, *Loi de 2024 sur le Comité consultatif des soins de santé axés sur l'affirmation de genre*, initialement déposé en 2022 par la députée néo-démocrate Kristyn Wong-Tam. Ce projet de loi aurait créé un comité consultatif provincial sur l'accès aux soins d'affirmation de genre et l'équité en la matière, mais il n'a pas franchi l'étape de la deuxième lecture. Son objectif était de s'attaquer aux obstacles systémiques, d'améliorer l'accès régional et d'uniformiser les soins (Débats parlementaires).

Québec

Protection contre la discrimination : Article 10 de la *Charte des droits et libertés de la personne* : « identité ou expression de genre ». Le Tribunal des droits de la personne du Québec a sanctionné la discrimination fondée sur l'identité de genre en matière d'emploi (*Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (E.B.) c. 9302-6573 Québec inc. (Bar Lucky 7)*, (2024) ; *Cossette c. Entreprises B. Chouinard* (2021)). Le tribunal a reconnu l'oppression résultant du mégenrage et des questions inappropriées dans le cadre d'une interpellation policière (*R. c. Lévesque* (2022)).

Consentement au traitement : Le cadre juridique québécois en matière de décision médicale est régi par le *Code civil du Québec*. Celui-ci autorise les mineur·e·s matures à consentir aux soins. En vertu de l'article 14, « Le mineur de 14 ans et plus peut, néanmoins, consentir seul aux soins requis par son état de santé. » Cela signifie qu'un·e mineur·e québécois·e âgé·e de 14 ans ou plus peut consentir de manière autonome à recevoir des soins médicaux d'affirmation de genre (incluant les bloqueurs de puberté, l'hormonothérapie, etc.). Toutefois, pour les jeunes de moins de 14 ans, les parents ou tuteur·rice·s légaux·ales doivent autoriser les soins médicaux, y compris les traitements d'affirmation de genre.

Accès aux soins d'affirmation de genre : La province applique les Standards de soins de l'Association professionnelle mondiale pour la santé des personnes transgenres (2022). Ceux-ci exigent une évaluation biopsychosociale approfondie des adolescent·e·s demandant des soins liés à la transition médicale et chirurgicale. Il n'est pas clairement établi quel·le professionnel·le peut conduire cette évaluation, ni si un diagnostic de dysphorie de genre est requis (comme cela a été le cas, du moins jusqu'à récemment).

Débats : La législation actuelle demeure inchangée en vertu de l'article 14 du *Code civil du Québec*, et les mineur·e·s âgé·e·s de 14 ans et plus peuvent consentir de manière autonome aux soins de santé, y compris aux traitements d'affirmation de genre. Aucun projet de loi n'a été déposé à l'Assemblée nationale pour modifier ce droit ou imposer de nouvelles restrictions à l'accès aux soins pour les jeunes trans. Le ministère de la Santé du Québec continue de soutenir l'accès aux soins d'affirmation de genre par le biais du système public (RAMQ).

Nouveau-Brunswick

L'égalité comme principe fondamental : Préambule de la *Loi sur les droits de la personne* : « identité ou expression de genre ».

Protection contre la discrimination : Article 2.1(n) : « identité ou expression de genre ».

Consentement au traitement : En vertu de l'article 3(1) de la *Loi sur le consentement des mineurs aux soins médicaux* du Nouveau-Brunswick, le consentement à un traitement médical pour un·e mineur·e de moins de seize ans est permis à condition que, de l'avis d'un·e médecin, dentiste, infirmier·ère praticien·ne ou infirmier·ère dûment qualifié·e qui suit le ou la mineur·e : a) le ou la mineur·e soit capable de comprendre la nature et les conséquences d'un traitement médical ; et b) le traitement médical et la procédure à employer soient dans l'intérêt supérieur du ou de la mineur·e et de la continuité de sa santé et de son bien-être. Cette disposition s'étend aux traitements relatifs à la chirurgie d'affirmation de genre.

Accès aux d'affirmation de genre : l'évaluation de l'éligibilité aux bloqueurs de puberté, à l'hormonothérapie et à la chirurgie est effectuée par les professionnel·le·s de la santé de première ligne. Les chirurgies thoraciques sont accessibles à partir de 16 ans (gouvernement du Nouveau-Brunswick).

Nouveau développement : La province a modifié en 2023 sa politique sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre pour exiger le consentement parental pour les élèves de moins de 16 ans qui demandent un changement de pronoms ou de prénom à l'école. En réponse à la mobilisation publique et aux procédures judiciaires engagées, le gouvernement entrant a révisé la politique en décembre 2024, entraînant l'abandon du litige.

Île-du-Prince-Édouard

L'égalité comme principe fondamental : Préambule de la *Human Rights Act* : « expression de genre, identité de genre ».

Protection contre la discrimination : Article 1 : « expression de genre, identité de genre ».

Consentement au traitement : La *Consent To Treatment And Health Care Directives Act* (1988), qui régit les traitements de santé en général à l'Île-du-Prince-Édouard, stipule à l'article 7 que : « un·e patient·e est capable à l'égard d'un traitement si le ou la praticien·ne de la santé est d'avis qu'il ou elle est en mesure a) de comprendre les renseignements pertinents pour prendre une décision concernant le traitement ; b) de comprendre que ces renseignements s'appliquent à sa situation particulière ; c) de comprendre qu'il ou elle a le droit de prendre une décision ; d) et d'évaluer les conséquences raisonnablement prévisibles d'une décision ou de l'absence de décision. » Il n'existe donc aucune limite d'âge pour l'accès aux soins d'affirmation de genre dès lors que les critères prévus à l'article 7 sont satisfaits ; ainsi, les jeunes de 12 à 16 ans peuvent consentir s'iels répondent

à ces critères. Il n'existe pas de législation spécifique concernant le consentement aux soins d'affirmation de genre.

Évaluation psychiatrique : En vertu de l'article 9 de la *Consent To Treatment And Health Care Directives Act*, « lorsqu'un·e praticien·ne de la santé est d'avis que a) conformément à l'article 7, un·e patient·e n'est pas capable ; ou b) conformément à l'article 8, un·e patient·e n'est pas devenu·e capable, au regard du traitement, le ou la patient·e peut demander qu'une réévaluation de sa capacité soit effectuée par un·e psychiatre ou tout·e autre praticien·ne pouvant être désigné·e, et le ou la praticien·ne de la santé doit informer le ou la patient·e de son droit de formuler une telle demande. ». Cela signifie qu'une évaluation psychiatrique est requise uniquement lorsqu'un·e patient·e ne satisfait pas au test de capacité prévu à l'article 7, sans que cette exigence soit propre aux soins d'affirmation de genre.

Accès aux soins d'affirmation de genre : l'évaluation de l'aptitude en vue de l'administration de bloqueurs de puberté, d'une hormonothérapie et d'interventions chirurgicales est effectuée par les professionnel·le·s de la santé de première ligne, y compris pour les personnes de moins de 16 ans (gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard).

Nouvelle-Écosse

Protection contre la discrimination : Articles 5(na) et 5(nb) de la *Human Rights Act* : « identité de genre, expression de genre ».

Consentement au traitement : La *Hospital Act* (1989) et la politique sur le consentement aux traitements prévoient qu'aucune personne ne peut être soumise à un traitement sans son consentement libre et éclairé. Les mineur·e·s matures — c'est-à-dire les personnes de moins de 19 ans dont la capacité à consentir à un traitement a été établie conformément à la procédure prévue par la politique sur le consentement aux traitements — ont le droit de prendre des décisions concernant leurs propres soins. Lorsqu'une personne de moins de 19 ans est jugée incapable de consentir à un traitement, les décisions sont prises par le ou la mandataire.

Accès aux soins d'affirmation de genre : Le 28 juillet 2023, une nouvelle politique intitulée « *Gender Affirming Care Policy* » est entrée en vigueur. Selon cette politique, le terme « adolescent·e » désigne toute personne ayant atteint la puberté telle qu'évaluée par un·e clinicien·ne. La politique précise en outre que l'âge auquel la puberté est atteinte peut varier entre 8 et 14 ans. Elle définit les critères selon lesquels les adolescent·e·s doivent être évalué·e·s avant de pouvoir accéder aux traitements d'affirmation de genre, comme suit :

Processus d'évaluation :

- Une évaluation biopsychosociale globale, impliquant les professionnel·le·s de la santé mentale et les médecins concerné·e·s.

- La participation des parents ou tuteur·rice·s au processus d'évaluation, à moins que leur participation soit jugée préjudiciable à l'adolescent·e ou qu'elle ne soit pas réalisable.
- Si une documentation écrite ou une lettre est requise pour recommander un traitement médical ou chirurgical d'affirmation de genre, une seule lettre d'évaluation émanant d'un·e membre de l'équipe multidisciplinaire est nécessaire. Cette lettre doit refléter l'évaluation et l'opinion de l'équipe, qui comprend à la fois des professionnel·le·s de la santé et des professionnel·le·s de la santé mentale.

Critères pour les agents bloqueurs de puberté, les traitements hormonaux et la chirurgie :

- La diversité de genre ou l'incongruence de genre est marquée et persistante dans le temps.
- Les critères diagnostiques de l'incongruence de genre sont satisfaits dans les situations où un diagnostic est nécessaire pour accéder aux soins.
- La maturité émotionnelle et cognitive requise pour donner un consentement ou un assentiment éclairé au traitement est démontrée.
- Les préoccupations en matière de santé mentale (le cas échéant) susceptibles d'interférer avec la clarté diagnostique, la capacité à consentir et les traitements médicaux d'affirmation de genre ont été traitées de manière suffisante pour que ces traitements puissent être dispensés de façon optimale.
- L'adolescent·e a été informé·e des effets sur la fertilité, notamment de la perte potentielle de celle-ci, ainsi que des options disponibles pour la préserver.
- Le stade Tanner 2 a été atteint.

En outre, pour la chirurgie : au moins 12 mois d'hormonothérapie d'affirmation de genre, ou une durée plus longue si nécessaire pour obtenir le résultat chirurgical souhaité dans le cadre des procédures d'affirmation de genre.

Terre-Neuve-et-Labrador

L'égalité comme principe fondamental : Préambule de la *Human Rights Act* : « identité de genre, expression de genre ». La Commission des droits de la personne de Terre-Neuve-et-Labrador a reconnu la discrimination résultant de l'obligation de recourir à une chirurgie pour obtenir un changement de désignation de sexe sur l'acte de naissance et a ordonné la révision des critères (*S.B. c. Newfoundland and Labrador (Service Newfoundland and Labrador)*, 2015 NL HRC 153,582).

Protection contre la discrimination : Article 9(1) : « identité de genre, expression de genre ».

Consentement au traitement : La règle du mineur mature s'applique à Terre-Neuve-et-Labrador, ce qui signifie que la capacité à consentir n'est pas déterminée en fonction de l'âge. Les mineur·e·s sont considéré·e·s comme capable·s de consentir à un traitement à condition de pouvoir comprendre la nature du traitement proposé, ses effets anticipés et les conséquences d'un refus de traitement (*Consent to Treatment, Standard of Practice*). Ainsi,

un·e mineur·e peut avoir la capacité de consentir à certains traitements, mais pas à d'autres. Lorsqu'un·e médecin détermine qu'un·e mineur·e a la capacité de consentir, il ou elle doit obtenir son consentement. Si un·e mineur·e n'a pas cette capacité, le consentement doit être obtenu auprès de son ou sa mandataire. Il n'existe à Terre-Neuve-et-Labrador aucune législation spécifique ni débat parlementaire formel visant ou réglementant les soins d'affirmation de genre pour les mineur·e·s.

Accès aux soins d'affirmation de genre : L'évaluation de l'aptitude en vue de l'administration de bloqueurs de puberté et d'une hormonothérapie est effectuée par les professionnel·le·s de la santé de première ligne. Les standards de l'Association professionnelle mondiale pour la santé des personnes transgenres (2022) s'appliquent en matière de chirurgie et exigent une évaluation biopsychosociale approfondie des adolescent·e·s demandant une transition.

Yukon

Protection contre la discrimination : Article 7(f.01) de la *Loi sur les droits de la personne* : « identité de genre, expression de genre ».

La *Loi sur la Protection de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre* vise à « protéger les mineur·e·s ou les adultes pour lesquel·le·s un·e mandataire a été désigné·e ou un·e tuteur·rice a été nommé·e, contre les préjudices causés par les pratiques, traitements et autres services fournis dans le but de modifier leur orientation sexuelle ou leur identité de genre » (article 1), c'est-à-dire les thérapies de conversion (article 2).

Consentement au traitement : En vertu des articles 5 et 6 de la *Loi sur le consentement aux soins*, toute personne, y compris les mineur·e·s, qui est capable (c'est-à-dire en mesure de comprendre les renseignements pertinents, les raisons, la nature, les risques et les avantages) peut donner ou refuser son consentement aux soins. La capacité est donc présumée, sauf preuve du contraire (c'est-à-dire que la présomption peut être réfutée par des éléments probants de l'immaturité d'un·e mineur·e).

Accès aux soins d'affirmation de genre : La province applique les standards de l'Association professionnelle mondiale pour la santé des personnes transgenres (2022), lesquels exigent une évaluation biopsychosociale approfondie des adolescent·e·s demandant des soins liés à la transition médicale et chirurgicale. Deux évaluations sont requises pour les interventions chirurgicales : l'une par un·e « évaluateur·rice qualifié·e », qui doit notamment confirmer le diagnostic d'« incongruence de genre », et l'autre par un·e « professionnel·le de la santé ». Plusieurs éléments supplémentaires doivent être évalués pour les individus âgés de 18 ans et moins, notamment la maturité émotionnelle et cognitive, tout problème de santé mentale susceptible d'interférer avec l'évaluation de la congruence de genre, ainsi que l'accomplissement d'au moins 12 mois d'hormonothérapie (gouvernement du Yukon, Policy B 14 : Gender Affirming Surgery Policy, 2025).

Évaluation psychiatrique : Il n'existe aucune règle ni disposition prévoyant une évaluation psychiatrique.

Territoires du Nord-Ouest

L'égalité comme principe fondamental : Préambule de la *Loi sur les droits de la personne* : « identité ou expression de genre ».

Protection contre la discrimination : Article 5(1) : « identité ou expression de genre ».

Consentement au traitement : Il n'existe aux Territoires du Nord-Ouest aucune loi régissant le consentement aux traitements ni aux soins d'affirmation de genre. Toutefois, la doctrine du mineur mature, telle qu'établie dans l'arrêt *A.C. c. Manitoba (Directeur des services à l'enfant et à la famille)* (2009), s'applique aux mineur·e·s de moins de 19 ans, la *common law* étant applicable aux Territoires du Nord-Ouest.

En vertu de cette doctrine, un·e mineur·e peut consentir à son propre traitement médical si un·e prestataire de soins détermine que le ou la jeune : a) comprend la nature et l'objectif du traitement proposé ; b) apprécie les risques et les conséquences de sa décision ; c) fait un choix volontaire et éclairé. Cela signifie que les mineur·e·s de 12 à 16 ans peuvent consentir aux soins d'affirmation de genre.

Accès aux soins d'affirmation de genre : L'évaluation de la disponibilité en vue de l'administration de bloqueurs de puberté et d'une hormonothérapie est effectuée par les professionnel·le·s de la santé de première ligne. Les *Health Care for Transgender, Non-binary, and Gender Non-conforming People Guidelines* recommandent d'orienter les enfants et les jeunes vers un service de pédiatrie. Les interventions chirurgicales ne sont pas accessibles aux individus de moins de 19 ans, à l'exception de la chirurgie thoracique, qui peut être envisagée si un·e « expert·e clinique » et un·e chirurgien·ne la jugent appropriée. Une liste de plusieurs conditions doit être remplie pour accéder aux interventions chirurgicales, notamment une « dysphorie de genre persistante et bien documentée » (Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, 2020:10), la confirmation que les besoins sociaux, médicaux et en santé mentale ont été évalués et pris en charge, ainsi que l'accomplissement de 12 mois d'hormonothérapie (recommandé, mais pas toujours exigé).

Nunavut

Protection contre la discrimination : Article 7(1) de la *Loi sur les droits de la personne* : « identité de genre, expression de genre ».

Consentement au traitement : Il n'existe au Nunavut aucune loi spécifique ni âge de consentement aux traitements stipulé. Toutefois, les principes de *common law* relatifs à la doctrine du mineur mature, tels que définis par la Cour suprême du Canada dans l'arrêt *A.C. c. Manitoba (Directeur des services à l'enfant et à la famille)* (2009), s'appliquent aux mineur·e·s de moins de 19 ans au Nunavut, celui-ci s'appuyant sur les principes de la *common law*.

En vertu de cette doctrine, un·e mineur·e peut consentir à son propre traitement médical si un·e prestataire de soins détermine que le ou la jeune : a) comprend la nature et l'objectif du traitement proposé ; b) apprécie les risques et les conséquences de sa décision ; c) fait un choix volontaire et éclairé. Cela signifie que les mineur·e·s de 12 à 16 ans peuvent consentir aux soins d'affirmation de genre.

Accès aux soins d'affirmation de genre : l'évaluation de l'éligibilité aux bloqueurs de puberté, à l'hormonothérapie et à la chirurgie est effectuée par les professionnel·le·s de santé de première ligne, mais les critères ne sont pas clairement définis.

Cette section a offert un aperçu des dispositions juridiques fédérales et provinciales ainsi que de la jurisprudence mettant en lumière les principales protections existantes et leurs lacunes récurrentes. Elle ne prétend pas être exhaustive, mais pose les bases d'une compréhension du contexte juridique général dans lequel les jeunes trans et non-binaires canadien·ne·s évoluent au quotidien. Des protections contre la discrimination fondée sur l'identité de genre et l'expression de genre existent dans l'ensemble des provinces et territoires canadiens, mais ont subi une érosion notable dans plusieurs provinces au cours des dernières années, tant dans les contextes éducatifs que dans ceux liés à la santé. Bien que les recours judiciaires demeurent accessibles, la tendance à soustraire des lois à l'application des protections prévues par la *Charte canadienne* — et par les lois provinciales sur les droits de la personne — constitue un développement préoccupant.

3. Santé mentale et bien-être des jeunes trans et non-binaires au Canada

La santé mentale des adolescent·e·s trans et non-binaires au Canada

La santé mentale est une composante fondamentale de la santé globale et un droit humain essentiel. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, elle permet aux individu·e·s de faire face aux épreuves de la vie, de réaliser leur potentiel et de contribuer à la société (*World Mental Health Report*, 2022). La santé mentale ne se réduit pas à l'absence de troubles mentaux ; elle s'inscrit sur un continuum, vécu de manière unique par chaque personne, allant du bien-être au trouble (Iasiello & van, 2020).

L'adolescence constitue une période de développement critique, environ 50 % des troubles mentaux apparaissant avant l'âge de 18 ans (Solmi et al., 2022). Dans le contexte de la diversité de genre, les adolescent·e·s trans, non-binaires et de genre divers peuvent faire face à des défis supplémentaires en matière de santé mentale. En plus des transitions développementales typiques de l'adolescence, iels naviguent souvent à travers des expériences liées à leur identité de genre — telles que la découverte de soi, le dévoilement et la stigmatisation — ce qui peut accroître leur vulnérabilité aux difficultés de santé mentale (O'Shea et al., 2025).

Pour mieux comprendre ces enjeux au Canada, nous avons passé en revue les études à grande échelle (avec des tailles d'échantillon supérieures à 100) portant sur la santé mentale des adolescent·e·s de genre divers. Notre recherche n'a permis de recenser que quatre sources de données pertinentes : COMPASS, l'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes (ECSEJ), l'Enquête canadienne sur la santé des jeunes trans (ECSJT) et Trans Youth CAN!

Étude COMPASS

L'étude COMPASS (*Cannabis use, Obesity, Mental health, Physical activity, Alcohol use, Smoking, and Sedentary Behaviour*) est une étude de cohorte prospective qui suit des élèves du secondaire canadien·ne·s en Colombie-Britannique, en Alberta, en Ontario et au Québec. L'identité de genre a été évaluée en 2021-2022 à l'aide des questions suivantes : « Quel sexe vous a-t-on assigné à la naissance ? » avec les options de réponse « Masculin », « Féminin » et « Je préfère ne pas répondre », et « À quel genre vous identifiez-vous le plus ? » avec les options de réponse « Fille/Femme », « Garçon/Homme », « Non-binaire », « Bispirituel·le », « Je décris mon genre différemment » et « Je préfère ne pas répondre ». Les adolescent·e·s dont le sexe correspondait à leur identité de genre ont été identifié·e·s comme cisgenres ; ceux et celles dont le sexe et l'identité de genre différaient ont été identifié·e·s comme transgenres, et ceux et celles ayant sélectionné les options « Bispirituel·le » ou « Je décris mon genre différemment » comme appartenant à d'autres catégories. Dans l'échantillon de plus de 26 000 adolescent·e·s, 117 (0,4 %) s'identifiaient

comme des garçons/hommes transgenres, 111 (0,4 %) comme des filles/femmes transgenres, 327 (1,2 %) comme non binaires, et 398 (1,5 %) déclaraient d'autres identités de genre.

Les résultats en matière de santé mentale évalués en 2022-2023 comprenaient la dépression (évaluée à l'aide du *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale–10* [CESD-R-10] ; seuil ≥ 10), l'anxiété (évaluée à l'aide du *Generalized Anxiety Disorder 7–Item Scale* [GAD-7] ; seuil ≥ 10) et la santé mentale positive (évaluée à l'aide de la *Diener Flourishing Scale* en 8 items).

Comparé·e·s aux garçons/hommes cisgenres, les garçons/hommes transgenres (mais pas les filles/femmes transgenres), les adolescent·e·s non-binaires et les adolescent·e·s avec d'autres identités de genre présentaient une probabilité significativement plus élevée de souffrir de dépression et d'anxiété, avec des rapports de cotes (RC) allant de 1,5 à 2,0 pour la dépression et de 2,0 à 2,2 pour l'anxiété. Ils et elles rapportaient également des niveaux inférieurs d'épanouissement (Eccles et al., s.d.). Bien que ces résultats ne reflètent pas des diagnostics cliniques, ils mettent en évidence le fardeau élevé en matière de santé mentale que vivent les adolescent·e·s de genre divers — en particulier les garçons/hommes transgenres, les jeunes non-binaires et ceux et celles présentant d'autres identités de genre.

L'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes de 2019

L'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes (ECSEJ) de 2019 couvre la population âgée de 1 à 17 ans vivant dans les 10 provinces et les 3 territoires. Sont exclu·e·s de la couverture de l'enquête les enfants et les jeunes vivant dans des réserves des Premières Nations et d'autres établissements autochtones dans les provinces, les enfants et les jeunes vivant en famille d'accueil et n'étant pas admissibles à l'allocation canadienne pour enfants (ACE), ainsi que la population institutionnalisée.

L'identité de genre et le sexe assigné à la naissance ont été autodéclarés pour les participant·e·s âgé·e·s de 12 à 17 ans. Ceux et celles dont l'identité de genre ne correspondait pas à leur sexe assigné à la naissance, ou qui déclaraient une identité de genre autre que masculine ou féminine, ont été classé·e·s comme jeunes de genre divers ou transgenres (Hajo et al., 2024 ; Kingsbury et al., 2022), représentant 0,5 % des 11 603 participant·e·s âgé·e·s de 12 à 17 ans (Hajo et al., 2024).

Les résultats en matière de santé mentale comprenaient des indicateurs négatifs et positifs. Les indicateurs négatifs incluaient les idéations suicidaires et les tentatives de suicide, évaluées par l'autodéclaration des idéations suicidaires au cours de l'année écoulée (c'est-à-dire : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà envisagé sérieusement de tenter de vous suicider ou de mettre fin à vos jours ? ») et des tentatives de suicide au cours de la vie (c'est-à-dire : « Avez-vous déjà tenté de vous suicider ou d'essayer de mettre fin à vos jours ? ») (Kingsbury et al., 2022). La santé mentale positive a été mesurée à l'aide d'indicateurs tirés du *Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive* — autoévaluation de la santé mentale, satisfaction à l'égard de la vie et bonheur — et de

l'*Échelle de satisfaction des besoins intrinsèques des enfants*, qui évaluait le bien-être eudémonique selon trois dimensions : l'autonomie (p. ex., « Je me sens libre de m'exprimer avec mes ami·e·s »), la compétence (p. ex., « J'ai l'impression de bien faire les choses à la maison ») et les relations (p. ex., « J'aime être avec mes enseignant·e·s »), avec des options de réponse allant de « Vraiment faux pour moi » à « Vraiment vrai pour moi » (Hajo et al., 2024).

Les adolescent·e·s de genre divers présentaient un risque cinq fois plus élevé d'idéations suicidaires (RC = 4,95) et sept fois plus élevé de tentatives de suicide (RC = 7,60) comparativement aux adolescent·e·s cisgenres (et hétérosexuel·le·s) (Kingsbury et al., 2022). Iels étaient également moins susceptibles que les adolescent·e·s cisgenres de rapporter une santé mentale positive, notamment en ce qui concerne la satisfaction à l'égard de la vie (6 contre 8), la santé mentale autoévaluée (34 % contre 66 %), le bonheur (33 % contre 65 %), l'autonomie (49 % contre 81 %), la compétence (54 % contre 85 %) et les relations (70 % contre 90 %) (Hajo et al., 2024).

Ces résultats soulignent davantage le fardeau substantiel en matière de santé mentale que portent les jeunes de genre divers au Canada, et ce, pour un large éventail d'indicateurs autodéclarés. Il convient de noter que le sexe assigné à la naissance et l'identité de genre n'ont pas été distingués au sein du groupe de genre divers, ce qui empêche toute interprétation quant aux disparités selon le sexe ou le genre.

L'Enquête canadienne sur la santé des jeunes trans

l'Enquête canadienne sur la santé des jeunes trans (ECSJT) est un sondage en ligne bilingue auprès d'adolescent·e·s trans et non-binaires (TNB) âgé·e·s de 14 à 25 ans à travers le Canada, réalisé en 2014[1]. Les participant·e·s (N = 923 au total ; N = 137 au Québec) ont été recruté·e·s par échantillonnage de convenance via les réseaux des chercheur·e·s, les médias sociaux, les organisations communautaires et les cliniques d'endocrinologie pédiatrique. Parmi les participant·e·s, 323 étaient âgé·e·s de 14 à 18 ans et ont répondu à des questions de santé en grande partie adaptées du *British Columbia Adolescent Health Survey* (BCAHS ; cohorte de comparaison) (Veale, Watson, et al., 2017)[2].

Dans l'ECSJT, l'identité de genre a été évaluée à l'aide de la question suivante : « Laquelle des réponses suivantes vous décrit le mieux ? » avec les options de réponse : (1) Je suis transgenre et je m'identifie comme un garçon ou un homme, (2) Je suis transgenre et je m'identifie comme une fille ou une femme, (3) Je suis transgenre et je m'identifie d'une autre manière diverse, (4) Je ne suis pas transgenre. Les participant·e·s ayant sélectionné les options 1 ou 2 ont été identifié·e·s comme garçons/hommes transgenres ou

[1] L'ECTAD 2019 n'a pas été incluse, puisque les études évaluées par les pairs fondées sur cet ensemble de données ne présentaient pas les résultats séparément pour les groupes d'âge de 14 à 18 ans et de 19 à 25 ans.

[2] L'ECSJT a aussi été menée en 2019 ; cependant, les données de cette itération n'ont pas été inclues car les résultats n'ont pas été stratifiés par âge. Les résultats étaient plutôt présentés en combinant les groupes d'âge de 14 à 25 ans.

filles/femmes transgenres, tandis que ceux et celles ayant choisi les options 3 ou 4 ont été identifié·e·s comme non-binaires (Veale, Watson, et al., 2017).

Le sondage a permis de recueillir des données sur un éventail de résultats en matière de santé mentale, notamment la santé mentale générale (c'est-à-dire : « En général, comment décririez-vous votre santé mentale ? » ; 1 = mauvaise à 4 = excellente), les comportements d'automutilation et les tentatives de suicide au cours de l'année écoulée (à vie et fréquence), les idéations suicidaires au cours de l'année écoulée, ainsi que le stress, la tension, la pression et le découragement ou le désespoir au cours du dernier mois (échelle en 5 points tirée du *General Well-being Schedule*) (Veale, Watson, et al., 2017).

Les enjeux de santé mentale étaient fortement prévalents dans l'ensemble de l'échantillon. Comparativement à la cohorte de comparaison du BCAHS, les adolescent·e·s trans et non-binaires étaient significativement plus susceptibles que leurs pair·e·s d'avoir envisagé le suicide (65 % contre 13 %), d'avoir fait au moins une tentative de suicide (36 % contre 7 %) et de s'être automutilé·e·s au cours de l'année écoulée (75 % contre 17 %). De plus, iels rapportaient un plus grand nombre d'épisodes d'automutilation et de tentatives de suicide, ainsi que des niveaux plus élevés de stress, de tension et de pression, et des sentiments plus marqués de découragement et de désespoir, avec des valeurs de d de Cohen allant de 0,97 à 1,42, indiquant des effets importants. Enfin, les adolescent·e·s trans et non-binaires obtenaient également des scores de santé mentale générale significativement plus faibles que ceux et celles de la cohorte témoin (d de Cohen = −1,62) (Veale, Watson, et al., 2017).

Les garçons/hommes transgenres et les adolescent·e·s non-binaires rapportaient des taux d'automutilation plus élevés que les filles/femmes transgenres. Par ailleurs, les adolescent·e·s non-binaires déclaraient des niveaux plus élevés de stress, de tension, de pression, de découragement et de désespoir que les filles/femmes transgenres (Veale, Watson, et al., 2017).

Dans l'ensemble, les résultats de l'ECSJT mettent en évidence un fardeau substantiel en matière de santé mentale chez les jeunes de genre divers au Canada. Toutefois, les interprétations sont limitées par le recours à l'échantillonnage de convenance, qui peut ne pas être généralisable à l'ensemble des adolescent·e·s de genre divers au Canada.

Trans Youth CAN!

Trans Youth CAN! est une cohorte prospective de deux ans regroupant des adolescent·e·s âgé·e·s de 10 à 15 ans (âge moyen : 14,3 ans) présentant une dysphorie de genre, définie comme une détresse significative survenant lorsque l'identité de genre d'une personne ne correspond pas à son sexe assigné à la naissance (Agence de la santé publique du Canada, 2024). Les participant·e·s ont été recruté·e·s alors qu'iels cherchaient à accéder à des soins d'affirmation de genre (suppression ou thérapie hormonale) dans l'une des 10 cliniques médicales situées en Nouvelle-Écosse, au Québec, en Ontario, au Manitoba, en Alberta et en Colombie-Britannique entre 2017 et 2019. Au total, 174 adolescent·e·s, la majorité d'entre eux et elles assigné·e·s filles à la naissance (N = 137), ont participé et rempli les

questionnaires de santé mentale issus de l'enquête de base administrée par un·e intervieweur·euse.

Les mesures (tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes) comprenaient la dépression (Échelle de dépression modifiée en 5 items ; seuil ≥ 4 indiquant un trouble dépressif probable), l'anxiété (Échelle globale de sévérité et d'incapacité liée à l'anxiété en 5 items ; seuil ≥ 8 indiquant un trouble anxieux probable), l'automutilation au cours de l'année écoulée, les idéations et tentatives suicidaires à vie et au cours de l'année écoulée, ainsi que la consommation de substances.

Les diagnostics de santé mentale, antérieurs ou actuels, tels que documentés par la clinique ou le ou la prestataire référent·e, ont également été extraits des dossiers médicaux. La santé mentale a ensuite été décrite et comparée entre les adolescent·e·s transmasculin·e·s (assigné·e·s filles à la naissance) et transféminin·e·s (assigné·e·s garçons à la naissance). L'anxiété (40 %) et la dépression (32 %) constituaient les diagnostics les plus fréquents dans l'ensemble, suivis du TDAH (23 %) et du trouble du spectre de l'autisme (TSA ; 6 %). Les adolescent·e·s transmasculin·e·s rapportaient des taux plus élevés de symptômes dépressifs et anxieux que les adolescent·e·s transféminin·e·s, avec respectivement 22 % contre 8 % atteignant le seuil d'une dépression probable, et 71 % contre 35 % atteignant le seuil d'un trouble anxieux probable. Par ailleurs, le TDAH et le TSA étaient plus prévalents chez les adolescent·e·s transféminin·e·s que transmasculin·e·s (TDAH : 39 % contre 20 % ; TSA : 23 % contre 2 %). La majorité des adolescent·e·s transféminin·e·s et transmasculin·e·s rapportaient des comportements d'automutilation au cours de l'année écoulée (68 %) et des idéations suicidaires à vie (58 %). La consommation de substances était généralement faible, sans différence de genre pour les substances courantes (p. ex., alcool, cannabis).

Dans l'ensemble, les résultats de Trans Youth CAN! ont mis en évidence un fardeau élevé en matière de santé mentale chez les adolescent·e·s de genre divers, en particulier en ce qui concerne la suicidalité, les différences selon le sexe ou le genre variant selon les résultats. Toutefois, les interprétations se limitent aux jeunes se trouvant en phase de pré-transition ou en début de transition au moment de l'inscription, et à l'absence d'un groupe comparateur (Bauer et al., 2021).

Il est important de souligner que la diversité de genre en elle-même n'est pas à l'origine de problèmes de santé mentale. Comme décrit plus en détail à la section 4 du présent rapport, les disparités en matière de santé mentale s'expliquent mieux à travers le prisme du stress minoritaire (Meyer, 2003, 2015), qui identifie de multiples sources de stress contribuant collectivement à des résultats moins favorables sur le plan de la santé mentale. Les données probantes canadiennes, limitées mais en croissance, mettent en évidence un fardeau substantiel en matière de santé mentale chez les adolescent·e·s de genre divers, marqué par des taux élevés d'idéation suicidaire, d'automutilation et de tentatives de suicide. Bien que les études existantes indiquent que les garçons/hommes transgenres pourraient être particulièrement touché·e·s, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour approfondir cette question, examiner un éventail plus large de résultats, élucider les facteurs contributifs et, de manière cruciale, concevoir et mettre en œuvre des interventions

et des politiques qui s'attaquent aux facteurs de stress minoritaires à l'origine de ces disparités.

Dans l'ensemble, les données canadiennes, encore limitées, mais en expansion, font état d'un fardeau substantiel en matière de santé mentale chez les adolescent·e·s de genre divers, marqué par des taux élevés d'idéations suicidaires, d'automutilation et de tentatives de suicide. Bien que les études existantes indiquent que les garçons/hommes transgenres puissent être particulièrement touché·e·s, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour approfondir cette question, examiner un plus large éventail de résultats, élucider les facteurs contributifs et, de manière cruciale, concevoir et mettre en œuvre des interventions et des politiques qui s'attaquent aux facteurs de stress minoritaire à l'origine de ces disparités.

4. Comprendre le stress et le stress minoritaire : implications pour la santé des personnes trans et de genre divers

Qu'est-ce que le « stress » et comment affecte-t-il notre santé ?

Depuis au moins l'époque d'Hippocrate, les médecins et les érudit·e·s ont reconnu un lien solide entre le stress vécu et notre bien-être physique et psychologique. Lorsque les chercheur·e·s parlent de stress, iels distinguent généralement le facteur de stress (*stressor*), c'est-à-dire une situation qui met à l'épreuve la capacité d'un organisme à maintenir son homéostasie, et la réponse au stress, qui correspond à la façon dont le corps et l'esprit réagissent à ce défi (Monroe, 2008). La réponse au stress comprend des composantes psychologiques et physiologiques et serait le fruit de l'évolution, permettant aux organismes de faire face aux menaces aiguës (p. ex., un prédateur dans la savane) et aux défis (p. ex., chasser une proie pour nourrir sa famille). Cette réponse aux facteurs de stress mobilise l'activité coordonnée de plusieurs systèmes, notamment l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS) (pour une revue, voir, p. ex., Lupien et al., 2009). L'activation de l'axe HHS a pour fonction de mobiliser les ressources énergétiques de l'organisme, permettant ainsi aux individu·e·s de répondre à ces menaces et défis. Elle passe en partie par la production de cortisol, un aboutissement hormonal de l'axe HHS. L'augmentation du taux de cortisol dans l'organisme accroît la disponibilité du glucose, améliore le débit cardiovasculaire et supprime les processus physiologiques non essentiels, tels que la digestion et la reproduction, permettant à l'individu·e confronté·e à un facteur de stress de privilégier la survie et de rétablir l'équilibre une fois ce facteur dissipé. Ainsi, à court terme, la réponse au stress peut s'avérer très adaptative, nous permettant de survivre pour faire face au prochain défi. Cependant, cette réponse au stress n'est pas uniquement activée face à des menaces aiguës et immédiates pour notre vie : elle peut également être déclenchée en réponse à des menaces perçues (p. ex., un trajet difficile pour se rendre au travail) et à des facteurs de stress chroniques (p. ex., l'exclusion sociale), entraînant une activation prolongée de cette réponse physiologique au stress. Cette activation physiologique persistante peut transformer ce qui est censé être une fonction protectrice en un mécanisme ayant des répercussions profondes sur le bien-être physique et psychologique.

Cela s'explique en partie par les effets d'une libération soutenue de cortisol, qui peut perturber les systèmes de régulation normaux de l'organisme (Doom & Gunnar, 2013 ; Lupien et al., 2009). L'activation persistante de l'axe HHS peut supprimer la fonction immunitaire, rendant les individu·e·s plus susceptibles aux infections et ralentissant la cicatrisation des plaies. Elle favorise également l'accumulation de graisse viscérale, la résistance à l'insuline et la dyslipidémie, augmentant ainsi le risque de syndrome métabolique et de maladies cardiovasculaires. Dans le cerveau, un excès de cortisol peut endommager le cortex préfrontal et les neurones hippocampiques, altérant la mémoire, la prise de décision et la régulation des émotions. Par ailleurs, une exposition chronique au cortisol modifie les voies inflammatoires, contribuant à une inflammation systémique et

accélérant les processus de vieillissement. Tous ces effets ont des répercussions à long terme sur la santé physiologique et psychologique.

En cohérence avec ces observations, des décennies de recherche ont montré que les personnes exposées à des niveaux plus élevés de stress au cours de leur vie présentent un risque accru de nombreuses pathologies importantes, notamment les maladies cardiovasculaires, les troubles gastro-intestinaux, les troubles métaboliques, la douleur chronique, les accidents vasculaires cérébraux, la polyarthrite rhumatoïde, le virus de l'immunodéficience humaine/SIDA, le cancer et l'asthme (p. ex., Cohen et al., 2007). Sur le plan psychologique, l'exposition au stress est l'un des principaux facteurs contribuant à l'anxiété, à la dépression, à la consommation de substances et à l'épuisement professionnel dans la population générale (Cohen et al., 2007). Ces effets bien documentés de l'exposition au stress ont également des implications pour la santé et le bien-être des jeunes TNB.

Le stress peut-il expliquer les disparités de santé mentale chez les jeunes TNB ?

Comme discuté dans la section précédente, les jeunes TNB présentent des taux élevés de nombreuses formes de psychopathologie, notamment la dépression et l'anxiété, la consommation et l'abus de substances, les idéations et tentatives suicidaires, les troubles alimentaires et même les troubles du spectre de l'autisme (Connolly et al., 2016 ; Wittlin et al., 2023). Des disparités en matière de santé physique se manifestent également, notamment des taux plus élevés de douleur chronique, des problèmes cardiovasculaires et des obstacles à l'accès à des soins de santé affirmatifs (Wittlin et al., 2023). Les recherches suggèrent que ces disparités de santé pourraient être alimentées par les effets insidieux d'une exposition chronique au stress (Hendricks & Testa, 2012 ; Meyer, 2003). Plus précisément, la théorie du stress minoritaire (Brooks, 1982; Meyer, 2003) postule qu'en plus des facteurs de stress généraux de la vie, les individu·e·s appartenant à des groupes sociaux stigmatisés vivent des facteurs de stress uniques et chroniques qui découlent des préjugés et de la stigmatisation. À titre d'exemple, le chômage peut être considéré comme un facteur de stress général ou minoritaire selon sa cause : si la difficulté à trouver un emploi est liée à des préjugés à l'égard des minorités sexuelles ou de genre, il s'agit d'un stress minoritaire ; si elle résulte d'un ralentissement économique touchant tout le monde indépendamment de l'identité, il s'agit d'un facteur de stress général (Frost & Meyer, 2023). Pour les jeunes TNB, les facteurs de stress minoritaire peuvent être distaux (c'est-à-dire externes à l'individu·e) ou proximaux (c'est-à-dire internes à l'individu·e). Les facteurs de stress distaux comprennent notamment les lois ou politiques discriminatoires, les expériences quotidiennes de discrimination, le manque d'accès aux soins d'affirmation de genre, la victimisation par les pairs et le rejet familial. Les facteurs de stress proximaux sont des facteurs liés au processus par lequel un·e individu·e en vient à rejeter sa propre identité. Ils peuvent inclure la stigmatisation internalisée, les attentes accrues de rejet de la part d'autrui et, dans certains cas, la dissimulation de l'identité (Frost & Meyer, 2023). Dans ce qui suit, nous présentons brièvement les données attestant que les jeunes TNB vivent des niveaux accrus d'exposition au stress minoritaire. En raison de la rareté des

travaux sur ce sujet auprès des jeunes TNB canadien·ne·s, la section suivante s'appuie fréquemment sur des études menées à l'extérieur du Canada.

Facteurs de stress distaux

Discrimination et rejet par les pairs : La dernière décennie a été marquée par une multiplication des lois anti-trans dans le monde. Bien que le Canada offre des protections juridiques fédérales aux personnes TNB en vertu de la *Loi canadienne sur les droits de la personne*, comme discuté précédemment, certaines provinces ont adopté au cours des dernières années des lois et des politiques restreignant les droits des personnes trans (Khonina & Salway, 2025). Ces lois comprennent des mesures visant à empêcher les personnes TNB de voir leur identité affirmée dans divers contextes et, dans certains cas, à limiter l'accès aux soins d'affirmation de genre (Khonina & Salway, 2025). Au-delà de l'effet direct de ces lois sur la vie des individu·e·s TNB, des données indiquent que les personnes vivant dans des endroits où ces politiques discriminatoires à l'égard des personnes TNB sont en vigueur présentent également des attitudes plus négatives envers les personnes trans (Roy et al., 2025), ce qui démontre le potentiel de ces politiques à se refléter dans les interactions sociales quotidiennes des individu·e·s TNB. Dans ce contexte, les jeunes TNB rapportent davantage d'expériences de discrimination, de menaces et/ou de préjudices liés à leur identité que les jeunes cisgenres (Kosciw et al., 2019 ; Price-Feeney et al., 2021). Ces expériences comprennent le fait d'être directement moqué·e ou intimidé·e en raison de son identité de genre et de son expression de genre, d'entendre des commentaires anti-trans, d'être exclu·e d'activités parascolaires en raison de son identité, d'être empêché·e d'utiliser les toilettes publiques et même d'être agressé·e physiquement (Kosciw et al., 2019). Ces expériences de discrimination peuvent avoir des conséquences importantes : dans une étude portant sur des adultes transgenres, 24 % de ceux et celles qui étaient ouvert·e·s sur leur identité à l'école avaient subi des agressions physiques, et 17 % avaient quitté l'école prématurément en raison de l'intimidation (James et al., 2016). Les jeunes TNB qui rapportent des taux plus élevés d'intimidation et d'isolement à l'école sont également plus susceptibles de s'absenter (Pampati et al., 2020), ce qui peut contribuer à des difficultés scolaires. La situation des jeunes TNB en milieu scolaire sera abordée plus en détail à la section 7 du présent rapport.

Rejet familial : Les réactions des membres de la famille à l'annonce qu'un·e enfant est transgenre ou non-binaire peuvent varier considérablement, allant de l'acceptation et du soutien à l'ambivalence, la résistance ou le rejet pur et simple (Abreu et al., 2019). De nombreux·ses adultes TNB rapportent que dans leur jeunesse, iels ont été puni·e·s pour des comportements non conformes au genre, rejeté·e·s par des membres de leur famille et, dans certains cas, contraint·e·s de quitter leur domicile (Gagné & Tewksbury, 1998). Les études sur les jeunes TNB montrent que ces dernier·ère·s rapportent souvent des niveaux plus faibles de connectivité familiale (Eisenberg et al., 2017) et des taux plus élevés de rejet, d'hostilité et d'agressivité familiale (Grossman et al., 2006 ; Grossman et al., 2021) comparativement à leurs pairs cisgenres. De nombreux parents de jeunes TNB n'interviennent pas non plus ou ne manifestent pas leur soutien lorsque leur enfant est victime de discrimination et/ou d'intimidation de la part de ses pairs (Kosciw et al., 2019). Certaines recherches suggèrent en outre que les jeunes non conformes au genre courent un

risque particulièrement élevé de subir des abus verbaux et physiques de la part de leurs parents (Grossman et al., 2006 ; Thoma et al., 2021). En revanche, des recherches émergentes montrent que les jeunes TNB qui bénéficient du soutien de leurs proches lors de la transition sociale (p. ex., lorsqu'on s'adresse à eux et elles en utilisant leur prénom choisi et leurs pronoms) présentent des résultats de santé comparables à ceux et celles de leurs pair·e·s cisgenres (Olson et al., 2016). L'incidence de la famille sur le bien-être des jeunes trans sera examinée en détail à la section 6 du présent rapport.

Facteurs de stress proximaux

Bien que des recherches supplémentaires sur ce sujet auprès des jeunes trans soient nécessaires, les travaux menés auprès d'autres groupes marginalisés montrent que la stigmatisation aux niveaux sociétal, culturel, communautaire et familial peut façonner la manière dont les jeunes se perçoivent et perçoivent le monde et les personnes qui les entourent (Clark & Clark, 1950 ; Hatzenbuehler et al., 2013). En effet, les jeunes TNB font état non seulement d'expériences passées de rejet, de victimisation et de discrimination de la part d'autrui, mais également de craintes persistantes et intenses de mauvais traitements futurs (Chodzen et al., 2019). La transphobie internalisée, un processus par lequel les individus en viennent à intérioriser les messages négatifs et stigmatisants qu'iels entendent concernant leur identité, apparaît également comme un facteur de stress proximal important pour les jeunes TNB, et pourrait être fortement associée aux difficultés de santé mentale (Chodzen et al., 2019). Enfin, bien que les recherches sur la non-divulgation de l'identité chez les jeunes TNB soient limitées, des études suggèrent que certain·e·s d'entre eux et elles dissimulent leur identité pour éviter la victimisation verbale ou physique (Johns et al., 2021). Ces facteurs de stress proximaux ont été associés à un sentiment d'isolement personnel et de solitude chez de nombreux·ses jeunes TNB (Johns et al., 2021). La santé mentale des jeunes TNB est examinée en détail à la section 3 du présent rapport.

En somme, l'exposition au stress, et en particulier au stress minoritaire, semble jouer un rôle déterminant dans la santé des jeunes TNB. Remédier à ces disparités nécessite des changements systémiques, notamment des réformes politiques, des pratiques de soins de santé inclusives et des efforts sociétaux pour réduire la stigmatisation. L'accès aux soins médicaux et, plus précisément, aux soins médicaux d'affirmation de genre sera examiné plus en détail à la section 5 du présent rapport.

Comprendre les mécanismes du stress et son articulation avec l'identité est essentiel pour promouvoir l'équité et le bien-être des jeunes TNB. Les sections suivantes du rapport approfondissent les principaux enjeux auxquels font face les jeunes TNB. Elles examinent leur santé mentale, les répercussions des soins médicaux d'affirmation de genre, le rôle des familles dans le soutien à leur bien-être, ainsi que l'influence des établissements scolaires et du climat scolaire.

5. Accès aux soins médicaux d'affirmation de genre

Certain·e·s jeunes trans et non-binaires (TNB) peuvent souhaiter accéder à des soins médicaux d'affirmation de genre (SMAG) afin d'affirmer leur identité de genre et/ou de réduire la dysphorie de genre. En règle générale, les bloqueurs de puberté, l'hormonothérapie et/ou les chirurgies d'affirmation de genre sont proposés dans le cadre des SMAG, mais d'autres interventions, telles que l'épilation permanente, la thérapie vocale et d'autres chirurgies esthétiques, peuvent également être offertes. Notons que les bloqueurs d'hormones comme la spironolactone peuvent être utilisés par des personnes assignées hommes à la naissance, même après la puberté, en combinaison avec la thérapie hormonale. Cependant, les « bloqueurs de puberté » font référence aux traitements de supression hormonale utilisés pendant la puberté pour la mettre sur pause. Selon la législation en vigueur, les bloqueurs de puberté, l'hormonothérapie et certaines chirurgies d'affirmation de genre, comme la vaginoplastie et la mastectomie, peuvent être couverts par les régimes provinciaux de santé, l'assurance privée, ou les deux, tandis que certaines procédures esthétiques sont généralement à la charge du ou de la patient·e. Les parcours de transition peuvent varier en ce qui concerne les dosages prescrits, les types d'interventions réalisées et l'ordre dans lequel elles sont effectuées.

Les SMAG ne sont pas prescrits à tou·te·s les jeunes. Les Standards de soins pour la santé des personnes transgenres et de genre divers de la WPATH, version 8, recommandent qu'un·e jeune TNB satisfasse à sept critères pour se voir prescrire des SMAG : a) satisfaire aux critères diagnostiques de l'incongruence de genre (ou de la dysphorie de genre là où la CIM-11 n'est pas utilisée) ; b) présenter une expérience marquée et durable de diversité ou incongruence de genre dans le temps ; c) posséder la maturité émotionnelle et cognitive pour consentir aux soins ou y donner son assentiment ; d) les potentiels enjeux de santé mentale susceptibles d'interférer avec les résultats de la transition ont été abordés ; e) avoir été informé·e des effets sur la reproduction et des options de préservation de la fertilité ; f) avoir atteint le stade 2 de Tanner de la puberté ; g) avoir suivi une hormonothérapie d'affirmation de genre pendant au moins 12 mois avant d'avoir recours à la chirurgie (Coleman et al., 2022).

Les jeunes TNB qui cherchent à accéder aux SMAG

Au Canada, les recherches montrent que moins de 50 % des jeunes TNB ont accédé aux SMAG. Par exemple, *l'Enquête canadienne sur la santé des jeunes trans et non-binaires*, une vaste étude sur la santé des jeunes trans et non-binaires menée auprès de 1 519 jeunes TNB âgé·e·s de 14 à 25 ans, a révélé que seul·e·s 12 % des participant·e·s avaient pris des bloqueurs de puberté et 44 % avaient commencé un traitement hormonal. Parmi ceux et celles n'ayant pas commencé de traitement hormonal, 20 % ne prévoyaient pas d'en entamer un, 36 % étaient encore incertain·e·s, et d'autres ont signalé des obstacles tels que la difficulté d'accès à un·e prestataire de soins pouvant en prescrire ou le manque de soutien parental (Taylor et al., 2020[3]). Certaines données provinciales offrent un portrait plus précis

[3] Cette étude a été menée auprès de participant·e·s âgé·e·s de 14 à 25 ans. Seuls certains articles ou chapitres de livres spécifiques ont analysé séparément les jeunes de 18 ans et moins.

de l'utilisation des bloqueurs de puberté et de l'hormonothérapie par groupes d'âge, permettant de constater que l'hormonothérapie est plus fréquemment accessible aux groupes de jeunes plus âgé·e·s. Par exemple, une analyse d'un sous-échantillon de jeunes québécois·es ayant participé à *l'Enquête canadienne sur la santé des jeunes trans et non-binaires* (n = 220) montre que 60 % des personnes âgées de 19 à 25 ans avaient accédé à l'hormonothérapie et 9,2 % aux bloqueurs hormonaux, comparativement à 32,2 % (hormones) et 30,5 % (bloqueurs) chez les jeunes âgé·e·s de 14 à 18 ans (Pullen Sansfaçon, Chadi, et al., 2024). Selon une autre étude réalisée au Québec auprès de 239 jeunes TNB âgé·e·s de 14 à 17 ans, seulement 12,4 % avaient entamé une transition médicale, 38,2 % prévoyaient de le faire et 47,8 % ne souhaitaient pas poursuivre de transition médicale (Cotton et al., 2025). De plus, seulement 2,4 % des jeunes assigné·e·s femmes à la naissance avaient subi une mastectomie (Cotton et al., 2025). Il convient de noter que 73,2 % de cet échantillon était composé de personnes non-binaires, ce qui pourrait expliquer l'intérêt relativement faible pour les interventions médicales. En effet, une étude canadienne antérieure a montré que les jeunes non-binaires tendent à être moins susceptibles de chercher à obtenir des SMAG ou d'en exprimer le souhait (Clark et al., 2018)[4]. Notamment, cette recherche indique qu'iels sont moins susceptibles d'accéder aux SMAG pour diverses raisons, comme le fait qu'iels vivent plus aisément dans leur genre sans soins médicaux, une indécision quant à leurs besoins en matière de SMAG ou des obstacles financiers.

Âge de prise de conscience et âge de la première prescription de SMAG

Peu de données sont disponibles sur les parcours d'accès aux soins, notamment sur l'âge de prise de conscience de l'incongruence de genre et l'âge du premier accès aux cliniques ou des premières prescriptions. L'étude *Trans Youth Can!*, réalisée dans 10 cliniques canadiennes offrant des SMAG et portant sur 174 jeunes TNB, a révélé que l'âge moyen auquel les jeunes ont réalisé que leur genre était différent était de 9,9 ans [9,4 ; 10,3] ; qu'iels ont commencé à vivre dans leur genre à un âge moyen de 12,3 ans [12,0 ; 12,6], qu'iels ont été référé·e·s en moyenne à 13,7 ans [13,5 ; 13,9] et avaient en moyenne 14,3 ans [14,1 ; 14,6] lors de leur premier rendez-vous hormonal (Lawson et al., 2024). Au niveau provincial, une étude réalisée dans un hôpital ontarien observe que l'âge à la première consultation dans une clinique de genre tend à diminuer (Sorbara et al., 2020).

Besoins des jeunes TNB en matière de SMAG

Une recherche menée au Québec auprès de 84 jeunes TNB âgé·e·s de 14 à 25 ans ayant accédé ou souhaitant accéder aux SMAG a montré que les désirs et les priorités quant aux types de SMAG varient selon l'identité de genre de la personne. Par exemple, les bloqueurs de puberté et l'hormonothérapie apparaissaient comme les interventions les plus désirées par les participant·e·s, mais semblent moins fréquemment souhaitées par les jeunes non-

[4] Cette étude inclue des jeunes de 14 à 25 ans. Bien que les mineur·e·s et les adultes soient parfois anlysé·e·s séparément, iels étaient regroupées dans la comparaison entre les jeunes binaires et non-binaires.

binaires (88 %) que par les jeunes transmasculin·e·s (100 %) ou transféminin·e·s (100 %) (Pullen Sansfaçon et al., 2025[5]). La même étude montre qu'en ce qui concerne les interventions chirurgicales, la mastectomie est la plus désirée par les jeunes transmasculin·e·s (100 %), tandis que seulement 47 % des jeunes transféminin·e·s souhaitaient subir une augmentation mammaire. À l'inverse, 94 % des participant·e·s transféminin·e·s désiraient des procédures faciales comparativement à 18 % des jeunes transmasculin·e·s (Pullen Sansfaçon et al., 2025). Une autre étude menée au Québec auprès de 239 jeunes TNB âgé·e·s de 14 à 17 ans, indépendamment de leur besoin en SMAG et en comparant le sexe assigné à la naissance, a révélé que la mastectomie est l'intervention la plus désirée (44,1 %) ou reçue (2,4 %) chez les jeunes assigné·e·s femmes à la naissance, tandis que l'hormonothérapie est la plus fréquemment reçue ou désirée chez les jeunes assigné·e·s hommes à la naissance (15,8 % l'avaient commencée et 5,3 % la désiraient) (Cotton et al., 2025).

En accédant à ces interventions médicales, les jeunes TNB espèrent en tirer plusieurs bénéfices. L'objectif principal est de prévenir ou de réduire les caractéristiques corporelles de genre non désirées (p. ex., les seins, la pilosité corporelle, les menstruations) et d'obtenir des changements physiques qui correspondent à leur identité de genre (p. ex., la croissance des poils, une voix plus grave, la croissance des seins) (Pullen Sansfaçon et al., 2019, 2025). Ainsi, les jeunes espèrent vivre de la joie et de l'euphorie de genre, ainsi que réduire l'inconfort physique causé par l'utilisation d'accessoires d'affirmation de genre tels que les *binders* (Thibeault et al., 2025). Les jeunes espèrent également que ces changements influenceront la façon dont iels sont perçu·e·s dans la société en améliorant leur capacité à « passer » (être perçu·e dans le bon genre) (Pullen Sansfaçon et al., 2019, 2025 ; Thibeault et al., 2025). Cela peut, à son tour, prévenir la discrimination et renforcer leur sentiment de sécurité, en particulier pour les jeunes transféminin·e·s (Pullen Sansfaçon et al., 2025 ; Thibeault et al., 2025).

Cependant, les jeunes TNB et leurs familles expriment également certaines préoccupations. Les jeunes TNB ont notamment exprimé des inquiétudes quant aux changements physiques non désirés résultant de l'hormonothérapie (p. ex., perte de cheveux, pilosité corporelle, etc.) et craignent parfois la douleur associée aux traitements ou aux interventions (Pullen Sansfaçon et al., 2019 ; Thibeault et al., 2025). Les jeunes TNB peuvent trouver encore plus difficile d'avoir un corps qui corresponde à leurs attentes, car iels ont tendance à ne vouloir que certains des effets associés aux traitements hormonaux, mais pas tous (Thibeault et al., 2025). Les parents, quant à eux, sont davantage préoccupés par les effets secondaires sur la santé physique ou mentale, tels que les sautes d'humeur, les risques de marginalisation accrue, la perte de fertilité et les regrets potentiels (Pullen Sansfaçon et al., 2019 ; Thibeault et al., 2025). En effet, les parents, en particulier ceux dont les enfants ont moins de 14 ans, peuvent ressentir un fort sentiment de responsabilité lorsqu'ils participent à un processus décisionnel susceptible d'avoir des répercussions importantes à long terme (Clark & Virani, 2021 ; Gelly & Pullen Sansfaçon, 2021 ; Thibeault et al., 2025).

[5] Cette étude inclue des participant·e·s de 14 à 25 ans. Les mineur·e·s et majeur·e·s ont dû être regroupé·e·s pour mener des analyses basées sur le genre.

SMAG et première prescription

Les données canadiennes obtenues auprès de 10 cliniques regroupant 174 jeunes TNB de moins de 16 ans montrent que de nombreux délais persistent pour l'obtention d'une première prescription. En moyenne, 269 jours se sont écoulés entre la première visite dans une clinique d'affirmation de genre et la première prescription [244 ; 294] (Lawson et al., 2024). Notons que le processus de consentement éclairer peut nécessiter plusieurs visites pour les individus de moins de 16 ans. Ce laps de temps est parfois nécessaire pour faire des évaluations, offrir un soutien pluridisciplinaire avant le début du traitement, ou attendre que la jeune personne commence sa puberté. Une autre étude rapporte que 62,4 % des jeunes TNB de moins de 16 ans, référé·e·s en clinique pour des SMAG ont reçu une prescription lors de leur première visite, majoritairement pour des bloqueurs de puberté (leprolide acetate) seulement (à 53,0 % des patient·e·s transféminin·e·s et à 45,2 % des patient·e·s transmasculin·e·s) ou plus rarement en association avec l'hormonothérapie (testostérone : 1,7 % des patient·e·s transmasculin·e·s ; œstrogènes : 6,6 % des patient·e·s transféminin·e·s) (Bauer et al., 2021). Quelques participant·e·s se sont fait prescrire de la testostérone seulement (11,7% des personnes transmasculines), des bloqueurs d'hormone (spironolactone) (9,5% des personnes transféminines), ou des contraceptifs.

Obstacles et facilitateurs dans l'accès aux SMAG

L'étude *Trans PULSE*, menée au Canada auprès de 991 jeunes TNB âgé·e·s de 14 à 24 ans et de 1 874 adultes plus âgé·e·s, rapporte que seul·e·s 14 % des jeunes avaient tous leurs besoins en soins liés au genre satisfaits, ce qui est bien inférieur aux adultes (32 %), et que deux fois plus de jeunes (22 %) que d'adultes (11 %) prévoyaient de chercher des SMAG sans en avoir encore entamé (Navarro et al., 2021[6]). Une autre recherche menée auprès de 174 jeunes TNB dans 10 cliniques canadiennes a montré que certain·e·s jeunes rencontraient des obstacles pour obtenir leur première prescription, notamment les protocoles cliniques, les barrières d'âge, la dysphorie de genre non confirmée, le besoin d'informations médicales supplémentaires et l'attente du consentement parental (Bauer et al., 2021).

Capacité décisionnelle des jeunes

Certaines études ont montré que les prestataires de SMAG craignent parfois que les jeunes TNB vivent des regrets futurs et entament potentiellement une détransition (MacKinnon et al., 2020), notamment en raison de préoccupations concernant la maturité des jeunes, leur discernement, leur santé mentale ou leur vulnérabilité aux influences ou à la coercition externes (Clark & Virani, 2021 ; MacKinnon et al., 2020). Comme souligné précédemment, pour accéder aux SMAG, les jeunes doivent satisfaire à certains critères spécifiques, notamment la présence d'un diagnostic de dysphorie de genre ou d'incongruence de genre.

[6] Cette étude inclue des participant·e·s de 14 à 24 ans qui n'ont pas été analysé·e·s séparément.

Des recherches ont montré que pour accéder aux SMAG, certain·e·s prestataires exigent une preuve d'« authenticité » du genre, par exemple en demandant aux jeunes de se soumettre à de longues évaluations de santé mentale ou en exigeant le consentement parental même lorsque les jeunes sont jugé·e·s capables de prendre une décision médicale (Clark et al., 2020, 2021 ; Clark & Virani, 2021 ; MacKinnon et al., 2020). Ces expériences sont décrites comme un obstacle à l'accès aux SMAG, en particulier pour les jeunes TNB qui ne bénéficient pas du soutien de leurs parents, qui ont des problèmes de santé mentale ou qui souhaitent suivre une trajectoire de genre qui ne correspond pas à ce qui est considéré comme un parcours de transition « ordinaire » (Clark et al., 2020 ; Clark & Virani, 2021 ; MacKinnon et al., 2020[7]).

Pourtant, dans une étude menée en Colombie-Britannique auprès de jeunes TNB âgé·e·s de 14 à 18 ans ayant accédé aux SMAG, les participant·e·s ont démontré une forte capacité à consentir (Clark & Virani, 2021). Iels ont fait preuve de maturité, d'une bonne compréhension des risques et des bénéfices des interventions et d'une conscience de la variabilité des résultats. Les jeunes ont également clairement articulé comment leurs décisions s'inscrivaient dans leurs valeurs personnelles d'authenticité et d'expression de genre. Cette capacité a également été reconnue par certain·e·s prestataires de soins qui utilisent le consentement éclairé, en mettant l'accent sur la capacité des jeunes, le dépistage médical, la sécurité et le soutien, ainsi que par certain·e·s parents (Clark & Virani, 2021).

Délais et accès à des professionnel·le·s compétent·e·s

De nombreux·ses jeunes et leurs familles ont exprimé leur frustration face aux délais d'accès aux SMAG, ressentant un besoin urgent de prévenir les changements physiques non désirés lors de la puberté (Clark et al., 2021 ; Maine et al., 2025[8] ; Pullen Sansfaçon et al., 2019, 2022 ; Thibeault et al., 2025) ou d'atténuer la détresse causée par la dysphorie de genre (Clark et al., 2021). Une étude menée dans 10 cliniques de genre au Canada auprès de 174 jeunes de moins de 18 ans cherchant à accéder aux SMAG a révélé que l'âge moyen auquel les jeunes abordent pour la première fois leur identité de genre avec quelqu'un en dehors de leur famille est de 12,6 ans (Lawson et al., 2024). Cependant, l'âge moyen pour recevoir une référence est de 13,7 ans, généralement après 13 à 14 mois de démarches. Les jeunes autochtones attendent en moyenne cinq mois supplémentaires (Lawson et al., 2024). Ces délais peuvent avoir des répercussions sur la santé mentale des jeunes TNB. Par exemple, bien qu'il ne soit pas possible de confirmer si ce sont les délais d'accès ou d'autres raisons (c'est-à-dire une prise de conscience tardive de son identité de genre) qui entrent en jeu, une étude réalisée dans une clinique a constaté que les jeunes s'étant présenté·e·s dans une clinique de genre à un âge plus avancé étaient plus susceptibles d'utiliser des médicaments psychoactifs, et ceux et celles qui étaient plus avancé·e·s dans leur puberté rapportaient des niveaux plus élevés d'anxiété et de dépression (Sorbara et al., 2020).

En moyenne, les jeunes doivent également rencontrer 2,7 types de professionnel·le·s différents avant d'accéder aux SMAG (Lawson et al., 2024), alors que de nombreux·ses

[7] Cette étude inclue des personnes ayant accédé aux SMAG dans le passé. Leur âge n'était pas spécifié.
[8] Cette étude inclue des participant·e·s âgé·e·s de 14 à 25 ans.

jeunes se sentent mal à l'aise de discuter de leurs besoins liés au genre avec des professionnel·le·s de la santé. En effet, l'*Enquête canadienne sur la santé des jeunes trans et non-binaires* révèle que 36 % des jeunes TNB se sentaient très mal à l'aise pour parler de leurs besoins liés au genre dans des cliniques sans rendez-vous, et seulement 19 % se sentaient très à l'aise pour le faire avec leur infirmier·ère praticien·ne ou médecin de famille (Taylor et al., 2020). Au Manitoba, les jeunes et leurs familles rapportent également des difficultés d'accès aux services liés au genre, notamment en santé mentale (Bhatla et al., 2024). Ce manque de ressources est particulièrement marqué dans les régions rurales (Bhatla et al., 2024). Les jeunes TNB en Alberta se plaignent également de longs délais d'attente, qui ont des répercussions sur leur santé mentale (Maine et al., 2025).

Par ailleurs, les jeunes TNB rapportent fréquemment avoir rencontré des professionnel·le·s qui manquent de connaissances sur leurs besoins (Bhatla et al., 2024 ; Maine et al., 2025 ; Navarro et al., 2021 ; Pullen Sansfaçon et al., 2022). L'étude *Trans PULSE* a révélé que, parmi 687 jeunes ayant un·e médecin de famille, seulement 32 % ont déclaré que leur médecin de famille était bien informé·e sur les préoccupations de santé liées aux personnes TNB, et 22 % ont rapporté que leur médecin leur avait dit manquer de connaissances suffisantes pour offrir de tels soins (Navarro et al., 2021). De plus, 27 % des participant·e·s ont déclaré avoir dû informer leur médecin de famille sur leurs besoins en tant que jeune TNB, et 24 % ont rapporté avoir été à plusieurs reprises mégenré·e·s ou avoir fait l'objet de morinommage (usage de l'ancien prénom) (Navarro et al., 2021). Ces expériences négatives avec les prestataires de soins de santé sont également rapportées spécifiquement au Manitoba (Bhatla et al., 2024) et en Alberta (Maine et al., 2025), ainsi que dans les régions éloignées du Québec (Pullen Sansfaçon et al., 2022), amenant parfois les jeunes et leurs parents à chercher des informations en ligne (Bhatla et al., 2024 ; Pullen Sansfaçon et al., 2022). Des expériences négatives antérieures avec des prestataires de soins de santé peuvent entacher la relation actuelle avec les professionnel·le·s, par exemple par un manque de confiance (Clark et al., 2021 ; Maine et al., 2025). Elles peuvent également avoir pour effet que les jeunes ne soient pas adéquatement informé·e·s sur les options de transition et se voient refuser des soins (Maine et al., 2025 ; Pullen Sansfaçon et al., 2022).

Pourtant, étant donné qu'une étude rapporte que la moitié des jeunes sont référé·e·s aux cliniques de genre par leur médecin de famille (Lawson et al., 2024), il est crucial que ces professionnel·le·s possèdent des connaissances suffisantes pour soutenir cette population. Des professionnel·le·s bien informé·e·s peuvent offrir un soutien et une éducation précieux aux jeunes et à leurs familles. Iels peuvent rassurer les parents, les aider à comprendre la situation, fournir des informations précises et pertinentes pour soutenir le consentement éclairé et, plus largement, faciliter le processus décisionnel (Clark et al., 2020, 2021 ; Clark & Virani, 2021 ; Pullen Sansfaçon et al., 2023[9] ; Thibeault et al., 2025).

[9] Cette étude inclue des participant·e·s âgé·e·s de 5 à 21 ans.

Les répercussions des SMAG sur les jeunes TNB

Évaluation de l'efficacité des traitements et controverses actuelles

Au cœur des débats actuels sur les SMAG, la question de l'efficacité des traitements est souvent centrale. La plupart des recherches produites mesurent ou discutent l'efficacité des traitements en termes de répercussions sur la dysphorie ou le bien-être (amélioration, détérioration ou absence de changement). Il en va de même pour la recherche sur les interventions. Par exemple, les SOC 8 décrivent comment un·e jeune est censé·e présenter une *détresse suffisante avant la transition* et évoluer vers un *état général amélioré et une identité de genre stable, sans regrets* (Coleman et al., 2022).

Cependant, en cherchant à isoler l'efficacité des traitements et leurs répercussions sur le bien-être, de nombreuses recherches ne tiennent pas compte d'autres facteurs qui ne peuvent pas être efficacement contrôlés dans la recherche clinique, comme les interactions complexes entre les jeunes et leur contexte environnemental, ou les manières très variées dont les soins sont offerts en fonction de la structure, de la formation et de l'expertise de l'équipe de soignant·e·s. En effet, les jeunes TNB vivent dans des contextes différents, tels que des configurations familiales diverses, et interagissent avec des environnements variés — certains plus soutenants que d'autres. Les recherches examinant le bien-être des jeunes TNB — au-delà des seuls SMAG — montrent que de nombreux autres aspects et facteurs peuvent conduire à une amélioration ou à une détérioration du bien-être, notamment des facteurs internes (tels que le soulagement de la dysphorie, l'euphorie de genre, etc.) et des facteurs externes (soutien parental ou social, discrimination, etc.) (DuBois & Juster, 2022[10]) (voir les sections sur les établissements scolaires et le soutien familial pour une discussion approfondie). De nombreux facteurs sociopolitiques peuvent également influencer les expériences de vie des jeunes trans et expliquer la persistance d'effets négatifs malgré les bénéfices des SMAG (Oosthoek et al., 2024). Par conséquent, les SMAG pourraient simultanément atténuer un sentiment d'incongruence, favoriser l'euphorie de genre et exposer les jeunes à de nouveaux défis sociaux, ce qui, globalement, ne se traduit pas nécessairement par une amélioration immédiate de leur santé mentale. Par exemple, les recherches sur le regret ou la détransition montrent que les jeunes peuvent éprouver des doutes ou des regrets partiels concernant certains aspects de leur transition, tout en exprimant une satisfaction globale (Arnoldussen, 2024 ; Pullen Sansfaçon et al., 2023[11]) ou un désir de poursuivre leur transition (Olson et al., 2024). De plus, une recherche examinant la prévalence et les facteurs associés des expériences de transitions médicales discontinuées rapporte une grande variété de facteurs environnementaux pour lesquels des jeunes arrêteraient les SMAG, comme les coûts, le manque d'accessibilité, les encouragements de professionnel·le·s ou de proches à explorer d'autres manières de faire face à la dysphorie, le manque de soutien, les pressions externes, etc. (MacKinnon et al., 2024).

[10] Cette étude a été menée avec des adultes.
[11] Cette étude a été menée avec des participant·e·s internationaux âgés de 15 à 25 ans.

Les controverses actuelles concernant les données probantes à l'appui de l'utilisation des SMAG

Au cours des cinq dernières années environ, il a été possible d'observer une augmentation du nombre de publications remettant en question les bénéfices et la pertinence des soins médicaux d'affirmation de genre (SMAG) pour les mineur·e·s TNB. Ces publications comprennent à la fois des revues systématiques et des rapports ou enquêtes publiques qui s'appuient eux-mêmes de manière substantielle sur ces revues systématiques, tout en faisant appel à des études de cas, des consultations publiques et divers témoignages. Le recours aux revues systématiques pour examiner l'efficacité des SMAG peut sembler approprié à première vue, dans la mesure où les SMAG reposent sur des traitements médicaux tels que l'hormonothérapie (Pullen Sansfaçon et al., 2025).

Cela dit, les revues systématiques et méta-analyses doivent être considérées avec prudence dans ce domaine spécifique. Si les revues systématiques privilégient souvent des approches méthodologiques permettant d'évaluer l'efficacité des traitements — notamment les essais contrôlés randomisés (ECR), qui permettent de contrôler les facteurs exogènes (influences extérieures) associés à la fois à la réception du traitement et aux résultats de santé de la personne, dans le cas des jeunes TNB et de l'utilisation des SMAG (Hariton & Locascio, 2018) — le bien-être et l'alignement entre les caractéristiques physiques d'une personne et son identité sont influencés par de nombreux facteurs qui ne peuvent être pleinement saisis à travers les SMAG seuls.

Comme discuté aux chapitres 3 et 4, plusieurs sources clés de stress minoritaire, notamment la discrimination et l'intimidation fondées sur le genre (Eccles et al., s.d.), la stigmatisation institutionnalisée (Veale, Peter, et al., 2017) et les longs délais d'attente pour accéder aux services d'affirmation de genre (Lawson et al., 2024), peuvent avoir un impact sur la santé mentale des jeunes TNB. L'impact du stress minoritaire sur la santé et la santé mentale des jeunes TNB limite donc considérablement toute étude cherchant à contrôler les facteurs exogènes (Flentje, 2023).

Par ailleurs, plusieurs chercheur·euse·s font valoir que les principales exigences méthodologiques des ECR sont difficiles à satisfaire dans le cadre de la recherche sur les SMAG. Les défis incluent l'obtention d'échantillons représentatifs, le maintien de l'insu compte tenu des effets visibles du traitement, ainsi que la justification éthique du refus de soins aux groupes témoins, en particulier lorsque les délais d'accès sont susceptibles d'accroître la détresse (Ashley et al., 2024 ; Schall et al., 2024 ; Grant et al., 2025). Des modèles d'ECR adaptés comparant un accès immédiat à un accès différé aux SMAG ont été proposés comme alternative éthique, avec des données probantes suggérant qu'un traitement immédiat peut améliorer des résultats tels que la dysphorie de genre, la dépression et les comportements suicidaires (Nolan et al., 2023). Bien que des modèles d'ECR adaptés, tels que les essais sur liste d'attente et les essais ouverts, puissent offrir des alternatives éthiques pour l'étude des SMAG, ils demeurent vulnérables aux limites méthodologiques et aux biais potentiels (Trone et al., 2018 ; Higgins et al., 2025). Plus généralement, la valeur des ECR réside dans leur contribution à un corpus cumulatif de données probantes combinant de multiples méthodes et perspectives théoriques, afin d'expliquer non seulement si les interventions fonctionnent, mais aussi comment et pourquoi elles le font (Deaton & Cartwright, 2018).

La faisabilité limitée des ECR dans ce domaine a contribué aux débats en cours sur la solidité des données probantes soutenant les SMAG. Bien que ces débats aient de plus en plus investi la sphère publique, où les SMAG sont parfois présentés comme expérimentaux ou nuisibles (Billard, 2024 ; McNamara et al., 2022 ; Schall et al., 2024), un corpus substantiel de recherches en a documenté les bénéfices (Achille et al., 2020 ; Chelliah et al., 2024 ; Chen et al., 2023 ; Coleman et al., 2022 ; Olson et al., 2024 ; Tordoff et al., 2022 ; Wright et al., 2025). Il convient de souligner qu'il n'existe actuellement aucun ECR canadien sur ce sujet, ce qui reflète les défis pratiques et éthiques évoqués précédemment. Comme dans de nombreux domaines de la recherche en santé, les conclusions reposent donc sur le poids cumulatif des données probantes générées par de multiples méthodologies complémentaires plutôt que sur un seul modèle d'étude. Compte tenu de l'importance de ces controverses, il importe de les reconnaître dans un rapport qui examine l'efficacité des SMAG dans le contexte canadien.

En gardant cela à l'esprit, la section suivante vise à passer en revue les diverses études ayant examiné les répercussions des SMAG (notamment les bloqueurs de puberté, les hormones d'affirmation de genre ou les deux) sur le fonctionnement et le bien-être des jeunes personnes transgenres.

Bloqueurs de puberté

Les bloqueurs de puberté sont utilisés pour supprimer la production d'hormones endogènes et de ce fait, prévenir la puberté. Le plus communément, l'agoniste de la gonadolibérine (GnRHa) est prescrit aux jeunes qui n'ont pas encore terminé leur puberté (Coleman et al., 2022). Le terme « bloqueurs » est parfois utilisé de manière plus large pour désigner des anti-androgènes (comme la spironolactone), offerts aux personnes TNB avec des testicules, pendant ou après la puberté, en complément de la thérapie de remplacement hormonale (Coleman et al., 2022). Dans les études présentées ci-dessous, les traitements sont le plus souvent des GnRHa, bien que le terme « suppresseurs de puberté » ou « bloqueurs de puberté » soient parfois utilisés sans spécifier quelle substance a été employée.

Plusieurs études ont mis en évidence des effets bénéfiques de l'accès aux bloqueurs de puberté sur la santé mentale, la satisfaction corporelle et la dysphorie de genre chez les jeunes TNB. Afin de produire un examen plus exhaustif des recherches sur les répercussions des SMAG sur le bien-être des jeunes TNB, la section suivante mentionne également des études récentes menées en Italie, aux États-Unis, au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, avec des tailles d'échantillon variant entre 36 et 201 jeunes TNB. Cette revue s'appuie sur des recherches employant différentes méthodologies. Il est également important de tenir compte du fait que, bien que ces études tentent d'examiner les répercussions des interventions médicales, d'autres facteurs entrent en jeu, comme décrit à la section 4 sur le stress minoritaire.

Des études cliniques récentes ont systématiquement identifié des améliorations des symptômes dépressifs (Achille et al., 2020[12] ; de Vries et al., 2014[13] ; Fisher et al., 2024), des symptômes anxieux (de Vries et al., 2014 ; Fisher et al., 2024), de la suicidalité (Achille et al., 2020 ; Fisher et al., 2024 ; Lavender et al., 2023) et du fonctionnement global (Carmichael et al., 2021 ; Costa et al., 2015 ; de Vries et al., 2014) après l'initiation des bloqueurs de puberté.

La plupart des études ont également observé des améliorations significatives de l'image corporelle chez les jeunes TNB traité·e·s avec des bloqueurs de puberté (Carmichael et al., 2021 ; de Vries et al., 2014 ; Fisher et al., 2024). Certaines études ont également observé une réduction des comportements d'automutilation (Lavender et al., 2023) et une amélioration de la qualité de vie (Carmichael et al., 2021) après le début des bloqueurs de puberté, bien que toutes les études n'aient pas observé de tels changements dans le temps (Achille et al., 2020 ; Carmichael et al., 2021). La dysphorie de genre semble n'être que modérément améliorée chez les jeunes TNB traité·e·s avec des bloqueurs de puberté (Carmichael et al., 2021 ; de Vries et al., 2014 ; Lavender et al., 2023). Ces résultats sont

[12] Cette étude a été menée dans une clinique accueillant des jeunes de 9 à 25 ans.
[13] Cette étude longitudinale a suivi des jeunes depuis l'adolescence jusqu'à l'entrée dans l'âge adulte.

toutefois attendus, car les bloqueurs de puberté ne font que prévenir le développement de caractères sexuels secondaires non désirés sans conduire au développement de caractéristiques favorisant la congruence de genre. À noter que les études utilisant l'UGDS (c'est-à-dire de Vries et al., 2014) mesurent la persistance du désir de vivre dans le genre opposé plutôt que la détresse causée par l'incongruence de genre. Peu d'études ont observé des effets néfastes associés aux bloqueurs de puberté sur la santé mentale et le bien-être des jeunes TNB. Une étude qualitative rapporte la situation d'un·e jeune TNB ayant fait une tentative de suicide alors qu'il prenait des bloqueurs de puberté (Pullen Sansfaçon et al., 2019). Toutefois, en abordant la situation, le jeune a expliqué que de nombreux facteurs étaient en jeu et qu'il se trouvait déjà dans un « état sombre » au début du traitement, et que l'accès aux traitements médicaux était néanmoins très positif (Pullen Sansfaçon et al., 2019).

La littérature actuelle sur les bloqueurs de puberté fait état d'un risque de diminution de la densité osseuse, pouvant entraîner à long terme une baisse de la densité osseuse et l'apparition d'une ostéoporose en cas d'apports insuffisants en calcium et en vitamine D (Ghosh et Gorgos, 2021). Les auteurs soulignent qu'il est donc recommandé de recourir à un traitement hormonal et d'assurer un suivi rigoureux, avec des radiographies régulières, afin de surveiller l'évolution de la densité osseuse.

Hormonothérapie

L'hormonothérapie d'affirmation de genre est proposée aux jeunes TNB afin qu'iels puisse développer les charactéristiques sexuelles désirées. Notons que les changements physiques peuvent prendre jusqu'à cinq ans pour devenir vraiment apparents, et que la première année de traitement peut être marquée par de l'insatisfaction et de l'instabilité en attendant que les changements désirés se manifestent, cependant, ces attentes sont souvent satisfaites après une certaine période de temp (Taillefer et al., 2023). De plus, l'hormonothérapie d'affirmation de genre a également été associée à des améliorations de la santé mentale, de la qualité de vie, de la satisfaction corporelle et de la dysphorie de genre. Une étude finlandaise menée auprès de 52 jeunes TNB a montré que l'accès à l'hormonothérapie d'affirmation de genre était associé à une diminution du besoin de traitement pour la dépression, l'anxiété, la suicidalité et l'automutilation (Kaltiala et al., 2020[14]). Plusieurs études menées aux États-Unis et au Royaume-Uni, avec des tailles d'échantillon variant de 26 à 315 jeunes TNB, ont montré des améliorations significatives de la suicidalité (Achille et al., 2020 ; Allen et al., 2019[15] ; Lavender et al., 2023) et de la qualité de vie (Achille et al., 2020 ; Chen et al., 2023[16]), bien que la qualité de vie n'ait pas augmenté dans toutes les études (Baines & Connelly, 2023). Une étude menée aux États-Unis a constaté que les améliorations de la dépression, de l'anxiété et de la qualité de vie à la suite de l'accès à l'hormonothérapie d'affirmation de genre n'étaient observées que chez les individu·e·s transmasculin·e·s, mais pas chez les individu·e·s transféminin·e·s (Chen et al., 2023). Dans l'ensemble, la satisfaction corporelle et la dysphorie de genre s'améliorent également à la

[14] Cette étude examine les expériences des jeunes référé·e·s avant 18 ans mais qui peuvent être plus âgé·e·s lors du suivi.
[15] Cette étude inclue des participant·e·s âgé·e·s de 13 à 20 ans.
[16] Cette étude inclue des participant·e·s âgé·e·s de 12 à 20 ans.

suite de l'accès à l'hormonothérapie d'affirmation de genre (Chen et al., 2023 ; Lavender et al., 2023). Ces interventions n'améliorent toutefois généralement pas le bien-être relationnel, tel que mesuré par l'engagement romantique et les contacts normaux avec les pairs (Kaltiala et al., 2020).

Bloqueurs de puberté et hormonothérapie

Très peu d'études ont évalué l'impact relatif combiné des bloqueurs de puberté et de l'hormonothérapie d'affirmation de genre sur le bien-être des jeunes TNB. Cependant, la littérature disponible montre que les deux interventions peuvent contribuer à atténuer les symptômes dépressifs, la suicidalité et les comportements d'automutilation, bien que l'hormonothérapie d'affirmation de genre conduise généralement à de plus grandes améliorations de la dysphorie de genre et de la satisfaction corporelle (Achille et al., 2020[17] ; Lavender et al., 2023).

Par ailleurs, une étude récente semble pointer vers les bénéfices des SMAG. Le *Trans Youth Project* est une étude longitudinale à grande échelle menée sur cinq ans ou plus aux États-Unis (pour la majeure partie de l'échantillon) et au Canada, auprès de 183 jeunes trans âgé·e·s de 3 à 12 ans au moment du recrutement ayant effectué une transition sociale binaire et prévoyant une transition médicale, ainsi que deux groupes témoins : 262 jeunes cisgenres et 150 frères et sœurs cisgenres des participant·e·s trans. Les données sur la santé mentale ont été analysées avant les bloqueurs de puberté, après les bloqueurs de puberté et après les hormones, et montrent des niveaux bas et stables de dépression et d'anxiété (Wittlin et al., 2025). Comme pour d'autres recherches présentées dans ce document, il est souvent difficile de distinguer clairement les répercussions des SMAG sur les jeunes sans tenir compte d'autres facteurs, tels que l'expérience du stress minoritaire, les contextes socioculturels et sociopolitiques ainsi que les attitudes des pairs, de la famille ou des partenaires romantiques, qui peuvent tous influencer significativement la santé mentale (Cabral & Pinto, 2023 ; DuBois et al., 2024[18] ; Holt et al., 2023[19] ; Vance et al., 2021) et l'image corporelle (Line et al., 2025 ; Romito et al., 2021[20]). Ces facteurs sont souvent négligés dans les études cliniques évaluant l'efficacité des SMAG. Des projets tentent de prendre en compte certains de ces facteurs. Par exemple, les données du *Trans Youth Project* montrent que les jeunes trans qui bénéficiaient du soutien parental et avaient accès aux bloqueurs et aux hormones présentaient des niveaux d'anxiété et de dépression similaires à ceux et celles de leurs pair·e·s cisgenres (Wittlin et al., 2025). Cela suggère que l'affirmation sociale et médicale ainsi que le soutien pourraient protéger les jeunes contre les défis (tels que la puberté endogène) et les problèmes de santé mentale habituellement vécus par cette population (Wittlin et al., 2025).

[17] Cette étude a été menée avec des jeunes de 9 à 25 ans.
[18] Cabral et Pinto, 2023 et Dubois et al., 2024 examinent les expériences d'adultes.
[19] Cette étude a été menée avec des étudiant·e·s au secondaire, don't certain·e·s pourraient avoir plus de 18 ans.
[20] Cette étude a été menée avec 9 participant·e·s âgé·e·s de 16 à 20 ans. Seule l'un·e d'entre elles et eux avait plus de 18 ans.

Les études qualitatives examinant le bien-être des jeunes TNB qui accèdent aux SMAG ont également montré des résultats généralement positifs. Dans l'étude *Stories of Gender-Affirming Care*, des entretiens individuels ont été menés auprès de 36 jeunes âgé·e·s de 9 à 17 ans et de leurs parents entre 2017 et 2018, dans trois cliniques de genre au Canada (Winnipeg, Montréal, Ottawa). Les participant·e·s ont rapporté des expériences majoritairement positives. Les bloqueurs ont notamment permis de suspendre la puberté et d'éviter certains changements corporels non désirés qui lui sont associés (tels que les menstruations, les érections, la croissance des poils), réduisant la dysphorie et apportant un soulagement significatif ainsi qu'un sentiment d'optimisme chez les jeunes (Gelly & Pullen Sansfaçon, 2021 ; Pullen Sansfaçon et al., 2019). Les hormones ont permis le développement des caractéristiques physiques désirées et ont amélioré la reconnaissance sociale dans le genre affirmé, en particulier pour les jeunes transmasculin·e·s (Gelly & Pullen Sansfaçon, 2021 ; Pullen Sansfaçon et al., 2019). La mastectomie a également apporté un soulagement significatif à un·e participant·e qui n'avait plus à porter de binder (Gelly & Pullen Sansfaçon, 2021 ; Pullen Sansfaçon et al., 2019).

Certains effets secondaires indésirables à court terme ont également été signalés, tels que des bouffées de chaleur, de l'acné, des sautes d'humeur et, dans des cas plus rares, des douleurs au genou et des fractures de stress ; toutefois, ces études sont qualitatives et ne permettent pas d'établir de liens de causalité entre l'utilisation de bloqueurs ou d'un traitement hormonal et des effets secondaires à long terme (Gelly & Pullen Sansfaçon, 2021 ; Pullen Sansfaçon et al., 2019). Malgré cela, tous·tes les jeunes ont exprimé leur satisfaction à l'égard de leur transition médicale. Dans l'ensemble, les SMAG ont eu un impact positif sur la santé mentale des jeunes et ont contribué à réduire les comportements autodestructeurs, notamment l'automutilation et les idéations suicidaires (Gelly & Pullen Sansfaçon, 2021 ; Pullen Sansfaçon et al., 2019). Les parents ont également remarqué que leurs enfants étaient plus heureux·ses et plus sociables, que les relations familiales s'étaient améliorées ainsi que les résultats scolaires, ce qui a souvent conforté les familles dans leur décision de poursuivre une transition médicale (Gelly & Pullen Sansfaçon, 2021). Aucun·e jeune n'avait exprimé de regrets, si ce n'est le souhait d'avoir commencé plus tôt (Gelly & Pullen Sansfaçon, 2021 ; Pullen Sansfaçon et al., 2019).

Plus récemment, la recherche longitudinale *Grandir Trans*, menée auprès de sept jeunes TNB au Québec ayant commencé ou exprimé le désir de commencer une transition médicale ainsi que leurs familles, a examiné les répercussions des SMAG après la première année (2022-2023) d'un projet de 3 ans encore en cours. Au moment de l'inscription, les participant·e·s étaient âgé·e·s de 11 à 16 ans. Les résultats préliminaires montrent que les participant·e·s rapportent une diminution du stress causé par la dysphorie anticipée grâce aux bloqueurs, une réduction de la dysphorie et une augmentation de l'euphorie, du bien-être et de l'épanouissement avec les hormones (Ladry et al., 2026). Les participant·e·s rapportent également une meilleure acceptation sociale, une amélioration de la dynamique familiale et la capacité à reprendre certaines activités (comme le sport). Certains défis persistent toutefois, comme une certaine réticence à être ouvert·e sur son identité ou la perte de certain·e·s ami·e·s non soutenants (Ladry et al., 2026).

6. Les jeunes trans et non-binaires et leur famille

Cette section examine les recherches portant sur le soutien parental et familial et ses interactions avec le bien-être des jeunes de genre divers. Les jeunes trans et non-binaires (TNB) sont particulièrement touché·e·s par la dynamique familiale et le soutien parental, les parents étant souvent parmi les premières personnes à les affirmer ou à les rejeter sur la base de leur identité de genre. Les jeunes TNB sont également moins susceptibles de déclarer vivre une vie familiale heureuse (50,5 %) comparativement aux filles cisgenres (72,6 %) et aux garçons cisgenres (83,8 %) (Varatharajan et al., 2024).

Au Canada, les jeunes TNB âgé·e·s de 14 à 18 ans sont plus susceptibles de rapporter un nombre plus élevé d'expériences adverses de l'enfance que leurs pair·e·s cisgenres appartenant à une minorité sexuelle (Craig et al., 2020). Par ailleurs, les données du l'*Enquête canadienne sur la santé des jeunes trans et non-binaires* (ECSJT), mené auprès de 1 415 jeunes TNB âgé·e·s de 14 à 25 ans, révèlent que 6 % d'entre eux et elles se sentent rarement ou jamais en sécurité à la maison et que 5 % ont séjourné en famille d'accueil (Taylor et al., 2020[21]). Les données provenant du Québec indiquent qu'iels sont exposé·e·s à des risques de violence familiale et sexuelle : 16,8 % des jeunes TNB âgé·e·s de 14 à 25 ans ont été témoins de violence familiale, 19,3 % ont subi des blessures physiques au cours des 12 derniers mois, 14,9 % ont été touché·e·s sexuellement par un·e membre de la famille plus âgé·e ou plus fort·e, et 44,1 % ont subi des abus sexuels à l'intérieur ou à l'extérieur de leur famille, avec une proportion plus élevée chez les jeunes non-binaires (59,4 %) comparativement aux jeunes trans binaires (34 %) (Ladry et al., 2023). Ces enjeux semblent également être amplifiés chez les jeunes autochtones ou racisé·e·s. En effet, les jeunes racisé·e·s sont moins susceptibles de se voir dire par leurs parents qu'ils les respectent et les soutiennent (36,5 %) comparativement aux jeunes non racisé·e·s (61,4 %) (Navarro et al., 2021[22]). Les jeunes bispirituel·le·s soulignent l'importance des liens familiaux pour leur bien-être (Hardy et al., 2020[23]), mais ces liens peuvent être perturbés par les répercussions directes ou indirectes du colonialisme (Pullen Sansfaçon et al., 2024[24]). Les jeunes bispirituel·le·s évoquent notamment la séparation précoce avec leur famille biologique ainsi que la non-reconnaissance des liens de parenté choisis (Hardy et al., 2020).

Par ailleurs, en ce qui concerne le soutien parental, certaines études ont montré que les jeunes transféminin·e·s et non-binaires tendent à vivre davantage de rejet parental que les jeunes transmasculin·e·s (Pullen Sansfaçon et al., 2020[25]). De même, une étude observe que les personnes ayant dû interrompre leur transition pour des raisons sociales, comme le

[21] Cette étude a été menée avec des participant·e·s de 14 à 25 ans. Seuls certains articles ou chapitres de livres spécifiques ont analysé les jeunes de 18 ans et moins séparément.
[22] Cette étude inclue des participant·e·s de 14 à 24 ans qui n'ont pas été analysé·e·s séparément.
[23] Cette étude définie les jeunes comme des personnes de moins de 30 ans. Le critère d'inclusion était d'avoir 16 ans ou plus.
[24] Cette étude inclue des participant·e·s de 14 à 25 ans.
[25] Cette étude inclue des participant·e·s de 15 à 25 ans.

manque de soutien parental, sont plus souvent des jeunes qui ont été assigné·e·s masculin·e·s à la naissance (MacKinnon et al., 2023[26]).

Définir le soutien familial

Le soutien familial peut être difficile à définir, car il englobe plusieurs dimensions, notamment le soutien émotionnel (être une oreille attentive lorsque les jeunes font face à des défis, exprimer de l'amour, faciliter les liens avec la communauté, veiller à ce que l'identité de l'enfant soit respectée, etc.), le soutien financier ou matériel (comme l'achat d'accessoires d'affirmation de genre, la facilitation de l'accès aux SMAG) et même l'engagement dans des activités de plaidoyer (Pullen Sansfaçon et al., 2020). Le soutien familial est également dynamique et évolue au fil du temps et des circonstances (Pullen Sansfaçon et al., 2020). Le soutien familial est donc bien plus que la simple question de recevoir ou non du soutien. Il est important de noter que les études présentées ci-dessous se concentrent souvent sur le soutien parental spécifiquement car les parents, en tant que tuteurs légaux de leurs enfants, ont un pouvoir important sur les décisions prises pendant le processus de transition, ainsi que sur les conditions matérielles de vie de l'enfant. Cependant, d'autres membres de la famille, comme la fratrie ou les grands-parents, peuvent apparaître comme des sources importantes de soutien, par exemple en agissant comme un pont entre l'enfant et les parents ou comme un relai en l'absence de soutien parental (Klepper et al., 2024[27] ; McCandless-Chapman et al., 2024[28] ; Pullen Sansfaçon et al., 2020; Pullen Sansfaçon, Aitamon et al., 2025[29]).

Certain·e·s jeunes décrivent ne recevoir que des formes partielles de soutien, sans actions concrètes pour répondre à leurs besoins liés au genre ou pour valider leur identité, un concept désigné sous le terme de « neutralité négative » (*neutral negativity*) (Pullen Sansfaçon et al., 2018[30]). Les jeunes qui vivent la neutralité négative expliquent qu'iels ne sont pas nécessairement invalidé·e·s ou rejeté·e·s dans leur identité de genre, mais ne reçoivent pas non plus le soutien nécessaire pour l'affirmer. Les jeunes qui vivent la neutralité négative peuvent être soutenu·e·s dans certains aspects de leur vie, par exemple sous forme de soutien matériel ou émotionnel pour traverser des moments difficiles à l'école, mais ne reçoivent que peu ou pas de soutien pour affirmer leur identité de genre (Pullen Sansfaçon et al., 2018, 2020).

À l'autre extrémité du spectre, certain·e·s jeunes TNB déclarent ne recevoir aucun soutien de leurs parents ou de leur famille et vivre diverses formes de rejet fondé sur leur genre. Les familles qualifiées de non-soutenantes expriment leur désapprobation de l'identité de genre du ou de la jeune de plusieurs façons, notamment en invalidant le genre du ou de la jeune, en n'utilisant pas le bon prénom (« morinommage ») ou les bons pronoms (« mégenrage »), en faisant pression sur le ou la jeune pour qu'iel se conforme au genre qui

[26] Cette étude a été menée avec des adultes.
[27] Cette revue de la littérature inclue des articles internationaux auprès de jeunes âgé·e·s de 6 à 29 ans.
[28] Cette étude a été menée avec des jeunes de 16 à 19 ans LatinX LGBTQ+ aux État-Unis.
[29] Cette étude inclue des participant·e·s internationaux de 14 à 25 ans.

[30] Cette étude inclue des participant·e·s de 15 à 25 ans.

lui a été assigné, en exerçant des violences émotionnelles ou physiques et parfois en l'expulsant du foyer familial (Pullen Sansfaçon et al., 2020 ; Pullen, Aithamon et al., 2025).

Les recherches tendent à montrer qu'un soutien parental fort n'est vécu que par une minorité de jeunes TNB. Par exemple, 58 % des jeunes TNB canadien·ne·s rapportent que leurs parents leur disent qu'ils les soutiennent et les respectent ; un·e sur trois dit que ses parents s'informent pour mieux les comprendre, mais seulement un·e sur cinq reçoit un soutien matériel dans le cadre de sa transition (Navarro et al., 2021).

Cela dit, un nombre non négligeable de jeunes vivent de la neutralité négative ou un manque de soutien familial, voire un rejet : 51 % affirment que leurs parents ne respectent pas leurs pronoms, 25 % des participant·e·s ont perdu une relation familiale en raison de leur genre, 7 % ont été menacé·e·s par un·e membre de leur famille, 6 % ont été victimes de violence et 7 % ont été expulsé·e·s de leur domicile (Navarro et al., 2021). Entre 9,8 % et 10 % des jeunes TNB ont également été envoyé·e·s dans des sortes de programmes de conversion visant à modifier leur identité de genre (Navarro et al., 2021 ; Lawson et al., 2024).

Impact du soutien parental sur les jeunes TNB

Les jeunes TNB soutenu·e·s rapportent des niveaux élevés de bien-être (un score autoévalué de 8/10 à 9/10) parce qu'iels bénéficient d'un soutien émotionnel lorsqu'iels font face à des défis, ce qui contribue à réduire leur stress et à les rendre plus heureux·ses (Pullen Sansfaçon et al., 2020). Ce résultat est cohérent avec les données de l'ECSJT provenant du Canada et du Québec, qui montrent toutes deux que les jeunes qui se sentent en sécurité à la maison et qui entretiennent des liens solides avec leur famille sont significativement moins susceptibles de rapporter des niveaux élevés de détresse émotionnelle, d'idéations suicidaires et de comportements suicidaires (London-Nadeau et al., 2023[31] ; Taylor et al., 2020). Au Québec, les jeunes soutenu·e·s sont 2,6 fois plus susceptibles de rapporter une bonne ou excellente santé mentale (London-Nadeau et al., 2023).

Pour les jeunes qui accèdent spécifiquement aux SMAG et sont soutenu·e·s par leurs parents, les recherches montrent que ces jeunes présentent de plus faibles probabilités d'idéations ou de comportements suicidaires comparativement aux résultats nationaux (Bauer et al., 2021 ; Taylor et al., 2020 ; Veale et al., 2017). Dans les familles soutenantes, les jeunes rapportent également des relations familiales plus harmonieuses (Gelly & Pullen Sansfaçon, 2021 ; Pullen Sansfaçon et al., 2020). En plus de fournir le consentement pour les jeunes TNB mineur·e·s, les parents jouent un rôle important dans la prise de décision, car ils peuvent aider les jeunes à accéder à l'information, à réfléchir à leurs besoins et à les communiquer aux prestataires de soins (Thibeault et al., 2025 ; Clark et al., 2021).

[31] Cette étude a été menée avec des participant·e·s de 15 à 25 ans. Les mineur·e·s et majeur·e·s n'ont pas été séparé·e·s dans les analyses bivariées.

À l'inverse, un manque de soutien parental peut décourager les jeunes TNB d'affirmer leur genre (Pullen Sansfaçon et al., 2018) et peut susciter des doutes quant à leur décision d'entamer une transition (Clark et al., 2020 ; Pullen, Aithamon et al., 2025), voire provoquer une détransition (MacKinnon et al., 2024 ; Pullen Sansfaçon, Planchat, et al., 2023[32] ; Pullen Sansfaçon, Aithamon, et al., 2025 ; Savard et al., 2022[33] ; Vandenbussche, 2022[34]).

La simple anticipation d'une réaction négative de la part des parents peut affecter les jeunes, qui choisir parfois de dissimuler leur identité ou de retarder leur *coming-out* pour éviter d'aborder leurs besoins liés au genre (Clark et al., 2020). Les données de l'ECSJT montrent que 12 % des jeunes TNB âgé·e·s de 14 à 25 ans ont l'intention de demander à leurs parents d'utiliser leur prénom et leurs pronoms corrects, mais ne l'ont pas encore fait, tandis que 17 % n'ont pas l'intention de le faire (Taylor et al., 2020). Au Québec, une étude menée auprès de jeunes TNB âgé·e·s de 14 à 17 ans révèle que seulement 28,3 % ont pleinement exprimé leur genre à leur famille proche, 21,5 % l'ont fait partiellement, 10,3 % ont l'intention de le faire, tandis que 39,1 % ne l'ont pas fait et n'ont pas l'intention de le faire (Cotton et al., 2025). En comparaison, 81,7 % ont partiellement ou pleinement révélé leur genre à leurs ami·e·s proches et 56 % à l'école (Cotton et al., 2025). Ainsi, de nombreux·ses jeunes ont le sentiment de ne pas pouvoir exprimer leur genre à la maison ou de devoir naviguer entre plusieurs expressions de genre.

Le manque de soutien parental peut également avoir des répercussions directes sur la capacité des jeunes à affirmer leur genre avec des SMAG (Pullen Sansfaçon et al., 2023, 2025 ; Taylor et al., 2020 ; Thibeault et al., 2025). En effet, les prestataires de soins liés au genre exigent parfois le consentement parental pour administrer des traitements hormonaux aux mineur·e·s, ce qui peut constituer un obstacle lorsque le soutien parental est insuffisant (Clark et al., 2020). Cette situation peut être exacerbée dans les familles où des conflits parentaux existent (Pullen Sansfaçon, Medico, et al., 2023[35]). En l'absence de soutien parental, les jeunes peuvent également avoir plus de difficultés à surmonter les obstacles systémiques à l'accès aux SMAG (Clark et al., 2020).

Ainsi, certain·e·s jeunes TNB qui anticipent des réactions négatives ou ne bénéficient pas du soutien parental peuvent également décider d'entamer une transition à l'insu de leurs parents (Pullen, Aithamon et al., 2025). S'il n'est pas possible d'établir une corrélation entre tous les jeunes qui accèdent à l'hormonothérapie en dehors du système médical et l'absence de soutien parental, un petit nombre d'entre eux et elles le font effectivement. Les résultats l'ECSJT ont montré que 3 % des jeunes TNB âgé·e·s de 14 à 25 ans déclarent avoir utilisé des hormones obtenues auprès d'un·e ami·e, 2 % auprès de pharmacies en ligne et 7 % auprès d'autres sources (Taylor et al., 2020). Bien que ces pratiques d' « hormonothérapie DIY » puissent être vues comme plus risquées, elles sont parfois considérées comme des pratiques plus sécuritaires et encapacitantes (*empowering*) dans des contextes où l'accès aux soins est restreint par un manque de soutien parental, du

[32] Cette étude a été menée avec des professionnels internationaux qui travaillent avec des jeunes TNB.
[33] Cette étude inclue des participant·e·s internationaux de 14 à 25 ans.
[34] Cette étude a été menée avec des participant·e·s de tout âge et toute nationalité.
[35] Cette étude inclue des participant·e·s de 5 à 21 ans.

gatekeeping, de la transphobie ou d'autres formes d'oppressions croisées (August-Rae et al., 2024[36]).

Par ailleurs, les jeunes TNB sont surreprésenté·e·s dans les services de protection de l'enfance, un phénomène qui peut être lié à des conflits familiaux ou à des difficultés entourant l'identité de genre (Pullen Sansfaçon, Blanchet, et al., 2023). Des données obtenues auprès des services de protection de la jeunesse au Québec ont mis en évidence que 4,1 % des jeunes pris en charge par ces services ne sont pas cisgenres, c'est-à-dire que leur genre diffère de leur sexe assigné à la naissance (Pullen Sansfaçon, Blanchet, et al., 2023), alors que les jeunes TNB ne représentent que 0,79 % de la population des jeunes (de 14 à 25 ans) au Canada (Statistique Canada, 2022). La même étude montre également que les jeunes TNB sont plus susceptibles d'avoir un dossier mentionnant l'abandon parental (28,6 %) que les filles cisgenres (13,8 %) ou les garçons cisgenres (12,8 %) (Pullen Sansfaçon, Blanchet, et al., 2023).

Le rejet parental peut également s'accompagner de précarité, qui est parfois liée à la consommation de substances chez les jeunes TNB. En effet, une étude observe que certain·e·s jeunes utilisent parfois des drogues comme mécanisme d'adaptation pour faire face à des défis tels que la dysphorie, la honte ou la discrimination, ainsi que le rejet parental ou la queerphobie (Goodyear et al., 2024[37]). La consommation de drogues peut également accroître les tensions familiales et précipiter leur expulsion du domicile (Goodyear et al., 2024). C'est pourquoi certain·e·s auteur·e·s suggèrent que la relation entre l'identité de genre, les déterminants sociaux de la santé et la consommation de substances mérite d'être davantage examinée (London-Nadeau & Rioux, 2026 ; Varatharajan et al., 2024).

Une récente étude canadienne souligne que, en l'absence de soutien parental, le personnel scolaire peut devenir une source importante de soutien pour les jeunes TNB (Yu et al., 2025). Dans la prochaine section, nous allons discuter des expériences des jeunes TNB à l'école, ainsi que du climat scolaire.

[36] Cette étude a été menée avec des adultes aux États-Unis (53% avaient moins de 24 ans et 19% avaient eu des expérience d'hormonothérapie DIY en tant que mineur·e·s).
[37] Cette étude a été menée avec des participant·e·s de 14 à 29 ans.

7. Les établissements scolaires et le climat scolaire[38]

Les établissements scolaires constituent un lieu important de socialisation pour les jeunes et sont pourtant dominés par des luttes culturelles et politiques plus larges autour de la diversité de genre, engendrant de l'exclusion et de l'hostilité envers les jeunes trans et non-binaires (TNB) (Baum, 2022 ; McKibban et al., 2021 ; Meyer et al., 2016 ; skelton, 2022). Cette exclusion et cette hostilité reflètent des forces culturelles et systémiques plus profondes, faisant des institutions éducatives des agents non neutres qui contribuent activement au maintien de l'hétéronormativité et de la cisnormativité. L'hétéronormativité est la présupposition que l'hétérosexualité et les rôles de genre binaires constituent la seule façon d'être. La cisnormativité est la présupposition que toute personne s'identifie au genre qui lui a été assigné à la naissance, traitant cela comme la norme. Ces normativités façonnent conséquemment les normes sociales, les pratiques et les attentes. Les discours politiques plus larges sur le genre, l'identité et les droits influencent profondément les conditions dans lesquelles les jeunes TNB vivent leur expérience scolaire. Au Canada, les débats politiques entourant les « droits parentaux » reposent sur des mythes et des présuppositions qui alimentent le sentiment anti-trans et entravent les pratiques inclusives (Herriot et al., 2018). Ces développements et pratiques compromettent directement la santé mentale des élèves TNB. Comme en témoigne le reste du présent rapport, Miller et al. (2024) observent que les récentes vagues de législation anti-trans restreignent la capacité des éducateur·rice·s à offrir un environnement scolaire sécuritaire et bienveillant, et aggravent les trajectoires de santé mentale des jeunes TNB. La rhétorique politique, les réformes législatives et les pratiques éducatives façonnent collectivement les environnements scolaires complexes dans lesquels les jeunes TNB évoluent au quotidien, rendant les établissements scolaires inhospitaliers pour les élèves TNB (Martino et al., 2022). En d'autres termes, les établissements scolaires ne se contentent pas de ne pas protéger les jeunes TNB ; ils reproduisent activement des conditions d'exclusion. Cette défaillance peut avoir des effets néfastes sur les jeunes TNB et leur santé mentale.

Ce qui suit présente deux grands thèmes qui structurent la littérature sur les jeunes TNB, leur santé mentale et les contextes éducatifs. Le premier thème porte sur l'état actuel de la santé mentale des jeunes TNB en relation avec les établissements scolaires. Comme il est expliqué ci-dessous, les recherches contemporaines soulignent les difficultés de santé mentale des jeunes TNB directement influencées par leur environnement scolaire, notamment un risque accru d'anxiété, de dépression et de suicidalité. Le second thème se concentre sur les recommandations à l'intention du personnel éducatif, avec une emphase croissante sur le changement systémique qui affirme la diversité de genre. En dépit des hostilités et de l'exclusion, les établissements scolaires peuvent offrir des espaces affirmatifs d'apprentissage, d'appartenance et de développement de l'identité. Les chercheur·e·s soutiennent que des politiques affirmatives, des programmes d'études

[38] Étant donné la quantité limitée d'écrits canadiens à ce sujet, les données présentées ici sont issues de recherches canadiennes et internationales et ne se limitent pas aux travaux menés exclusivement auprès de jeunes TNB de moins de 18 ans.

inclusifs et des relations soutenantes avec les enseignant·e·s et les pairs favorisent la résilience et le bien-être des élèves TNB.

État actuel de la santé mentale des jeunes TNB en milieu scolaire

La littérature indique de manière constante que les jeunes TNB font face à des risques de difficultés en santé mentale disproportionnellement plus élevés que leurs pairs cisgenres (Bastian & Rohlik, 2022 ; Day & Bromdal, 2024). Parmi les préoccupations les plus pressantes figure l'expérience omniprésente de violence en milieu scolaire, dont les recherches ont à maintes reprises démontré qu'elle a des conséquences négatives à long terme sur le bien-être des jeunes TNB et leur réussite scolaire (Gallardo-Nieto et al., 2021). Cette violence est persistante et se traduit par des obstacles structurels, interpersonnels et intrapersonnels qui entravent les jeunes TNB et leur capacité à maximiser leur potentiel d'apprentissage et à s'épanouir à l'école (Day & Bromdal, 2024 ; Gallardo-Nieto et al., 2021 ; Martino et al., 2022). Parmi les facteurs clés figurent la victimisation par les pairs, l'intimidation persistante, la perception de la sécurité et l'absence d'un sentiment d'appartenance au sein de l'environnement scolaire (Bartholomaeus & Riggs, 2017 ; Gallardo-Nieto et al., 2021 ; Gorse, 2020 ; Mackie et al., 2021 ; skelton, 2022). Gorse (2020) explique que plusieurs facteurs de risque interdépendants contribuent aux taux élevés d'idéations suicidaires, de tentatives de suicide et de décès par suicide chez les jeunes TNB. Ces facteurs comprennent notamment le stress minoritaire, le racisme, l'itinérance, la violence domestique et l'absence d'établissements scolaires soutenants et affirmatifs du genre.

Le climat scolaire apparaît comme un déterminant saillant des expériences des élèves TNB (Meyer et al., 2016). Les recherches identifient de manière constante les environnements non sécuritaires ou indifférents comme une source importante de stress chronique (Bastian & Rohlik, 2024 ; Fraser, 2025 ; McKibban et al., 2021). Au Canada, le sondage sur le climat scolaire *Still in Every Class in Every School* a révélé que 90 % des élèves transgenres ont identifié au moins un espace non sécuritaire pour les élèves 2SLGBTQ dans leur école (Peter et al., 2021). Dans une analyse approfondie de ces données, Fraser (2025) a constaté que les toilettes, les vestiaires et les couloirs, qui sont tous très fréquentés, sont particulièrement peu sécuritaires pour les élèves TNB. Par ailleurs, Chan et al. (2022) soulignent comment les interactions négatives avec l'environnement d'apprentissage — que ce soit par l'intimidation, les agressions ou l'invisibilité des identités LGBTQ+ dans le programme d'études — entraînent de moins bons résultats scolaires et une diminution de l'estime de soi. La sécurité et le climat sont des points centraux dans la compréhension des besoins non satisfaits en matière de santé mentale chez les jeunes TNB. Il est important de noter que ces conditions ne résultent pas de systèmes passifs ou neutres ; au contraire, les établissements scolaires reproduisent et renforcent souvent des hiérarchies et des exclusions sociales qui nuisent activement aux jeunes TNB (Horton, 2020 ; McKibban et al., 2021).

Ces expériences s'inscrivent également dans des contextes géographiques et sociaux spécifiques (Peter et al., 2021). Les jeunes TNB en milieu rural et dans les petites villes, par exemple, sont les moins susceptibles de rencontrer du personnel affirmatif, des

programmes d'études inclusifs à l'égard des personnes LGBTQ+ ou des réseaux de soutien entre pairs (Bastian & Rohlik, 2024). De même, les jeunes queer et trans de couleur font face à des formes d'oppression combinées qui amplifient leur vulnérabilité. Des expériences telles que la divulgation de son identité, la négociation de son identité au sein de la famille et le fait d'endurer de la discrimination dans le système scolaire de la maternelle à la 12e année sont intensifiées par le racisme, créant des obstacles supplémentaires au bien-être (Nadal et al., 2024). Une perspective intersectionnelle révèle comment les jeunes queer et trans de couleur vivent de la victimisation, des défis de rétention et une diminution des résultats scolaires, exacerbés par des déterminants psychosociaux plus larges tels que le racisme systémique et la précarité socioéconomique.

Les facteurs de protection tels que les approches globales à l'échelle de l'école visant à améliorer le bien-être de l'ensemble des personnes trans à l'école, les curricula affirmatifs, les figures de référence et le personnel de soutien demeurent relativement rares dans les établissements scolaires (Bartholomaeus & Riggs, 2017 ; Chan et al., 2022 ; Xu & Roegman, 2025). Inversement, lorsque de tels facteurs existent, les recherches indiquent que les établissements scolaires parviennent à répondre aux besoins de sécurité des élèves. Dans de tels contextes affirmatifs, les jeunes TNB rapportent des taux plus faibles de dépression, de suicidalité et d'autres résultats défavorables en matière de santé (Horton, 2020). La synthèse qualitative de Wilson et Cariola (2020) identifie cinq thèmes récurrents dans les récits de jeunes LGBTQ : l'isolement et le rejet ; la marginalisation ; la dépression, l'automutilation et la suicidalité ; les facteurs politiques et environnementaux ; et l'importance du sentiment de connexion. Chaque thème souligne la nécessité d'interventions à plusieurs niveaux qui facilitent le soutien individuel et la transformation structurelle. Comme il est expliqué ci-dessous, les cultures éducatives sont produites collectivement par les élèves, les éducateur·rice·s, les administrateur·rice·s et les décideur·se·s ; par conséquent, le changement systémique requiert des efforts coordonnés entre tous les rôles professionnels. Pour que les jeunes TNB s'épanouissent sur le plan psychologique et scolaire, les systèmes d'éducation doivent aller au-delà des mesures réactives et adopter des stratégies proactives et holistiques qui affirment l'identité, garantissent la sécurité et favorisent un sentiment d'appartenance.

Pratiques pour soutenir les jeunes trans et non-binaires en milieu scolaire

Horton (2020) souligne qu'il existe désormais des « données probantes solides indiquant que les enfants ayant effectué une transition sociale et bénéficiant de soutien présentent de bons niveaux de bien-être et de santé mentale » (p. 1 ; voir aussi Baum, 2022, pour des résultats similaires). Au cœur de ce soutien se trouvent des pratiques affirmatives telles qu'un fonctionnement familial sain, l'utilisation des prénoms et des pronoms choisis, ainsi que l'apport d'un soutien émotionnel et pratique constant (Feijo et al., 2022). De même, un ensemble de facteurs de protection est associé à une réduction des taux d'idéations et de comportements suicidaires chez les jeunes TNB, à savoir : la présence d'alliances genre et sexualité (AGS), des programmes d'études inclusifs à l'égard des personnes LGBTQ+, des cadres législatifs et politiques de soutien, le soutien familial et des pairs, des environnements scolaires sécuritaires, des expériences positives de *coming out* et des

interventions en santé mentale accessibles et affirmatives (Gorse, 2020 ; Meyer et al., 2016 ; Wallace et al., 2024). Ces études soulignent collectivement la nécessité d'une approche globale à l'échelle de l'école, susceptible de créer des cultures inclusives pour l'ensemble des personnes trans en milieu scolaire. Cette approche, telle qu'illustrée ci-dessous, implique de remodeler les politiques, la formation du personnel, les services de soutien, le climat scolaire et les pratiques pédagogiques (Bartholomaeus & Riggs, 2017), constituant ainsi des remparts essentiels contre les risques pour la santé mentale auxquels font face les jeunes TNB. Une discussion approfondie de chacun de ces facteurs importants est présentée ci-dessous, en tenant compte des ordres d'enseignement primaire, secondaire et postsecondaire.

Législation, politiques et sécurité

Lorsqu'elles sont soutenues par une législation appropriée, les écoles peuvent mettre en œuvre des politiques et des programmes d'études qui affirment la diversité de genre et préviennent l'intimidation, favorisant ainsi la santé et le bien-être des jeunes TNB (Feijo et al., 2022 ; Manley et al., 2024 ; McKibban et al., 2021 ; Martino et al., 2020). Un exemple notable est le document du gouvernement du Manitoba (2017) intitulé *Supporting Transgender and Gender Diverse Students in Manitoba Schools*, qui fournit des orientations complètes pour les établissements scolaires de la maternelle à la 12e année. Le document met l'accent sur l'affirmation de la diversité de genre, l'assurance d'un accès à des installations sanitaires inclusives et la mise en œuvre de procédures de confidentialité qui soutiennent les transitions. Il met également en évidence les obligations légales et éthiques des établissements scolaires en vertu des lois manitobaines et des codes des droits de la personne, et encourage les divisions scolaires à élaborer des politiques écrites (par exemple, à propos des toilettes inclusives, de l'intimidation et de la discrimination, des voyages scolaires, de la tenue des registres), à formuler une philosophie d'établissement qui favorise la diversité des genres, à former le personnel et à mobiliser les élèves et les familles pour s'acquitter de ces obligations. Il est à noter que, bien que non contraignantes légalement, les lignes directrices soulignent que l'inclusivité va au-delà des règles formelles et requiert des pratiques et des interactions cohérentes qui affirment la diversité de genre et protègent activement les élèves contre le harcèlement, la discrimination et l'exclusion. De tels documents fonctionnent en synergie avec la législation provinciale, les directives et les organisations partenaires pour veiller à ce que la diversité de genre s'épanouisse dans les établissements scolaires. Les lignes directrices contribuent à faciliter ces interactions et positionnent la formation du personnel comme un facteur de protection essentiel.

Formation du personnel

Les recherches mettent en évidence des lacunes importantes dans la préparation du personnel : Peter et al. (2021) ont constaté que 79 % des élèves transgenres ayant subi du harcèlement physique ont déclaré que leurs enseignant·e·s et le personnel scolaire n'avaient pas été efficaces pour lutter contre la transphobie dans les établissements scolaires. La majorité du personnel scolaire déclare avoir besoin de formation

supplémentaire et de ressources pour soutenir adéquatement ces élèves (Bastian & Rohlik, 2024 ; Fraser, 2025 ; Simons et al., 2018).

En plus des enseignant·e·s, les responsables scolaires, les infirmier·ère·s scolaires et les autres membres du personnel de première ligne jouent un rôle crucial dans la promotion d'interventions positives en matière de santé mentale pour les jeunes TNB (Ancheta et al., 2020 ; Bastian & Rohlik, 2024 ; Mangin, 2019). Comme le notent Gallardo-Nieto et al. (2021), « l'éducation sur les questions LGBTQI+ et la perspective de genre peut contribuer à la prévention à long terme d'un problème socioculturel qui affecte la vie des personnes transgenres et non-binaires dans de nombreuses sphères de leur vie » (p. 10). Iels soulignent en outre que « la mise en œuvre d'une formation cohérente, critique et fondée sur des données probantes, axée sur la perspective de genre et sur la réalité LGBTIQ+, à l'intention du personnel scolaire peut prévenir les manquements dans le traitement des transitions de genre, la prise en charge des expériences d'intimidation ou la gestion des conflits » (p. 10). En d'autres termes, la formation devient un outil précieux pour préparer le personnel scolaire à identifier et à contrer la transphobie et la cisnormativité dans les établissements scolaires (Feijo et al., 2022). Une formation renforcée pour le personnel scolaire améliore non seulement la compréhension des expériences des élèves TNB, mais renforce également les capacités en matière de leadership, de gestion opérationnelle, de perfectionnement du corps enseignant, de création de coalitions et de défense des intérêts de la communauté (Baum, 2022 ; Peter et al., 2021 ; Simons et al., 2018).

Services de soutien et approches à plusieurs niveaux

Offrir un soutien adéquat et affirmatif est essentiel pour promouvoir la santé et le bien-être des jeunes trans (Day & Bromdal, 2024 ; Fraser, 2025 ; Mackie et al., 2021 ; Scrofani et al., 2025). Les professionnel·le·s de la santé mentale en milieu scolaire, notamment les psychologues et les conseiller·ère·s d'orientation, jouent un rôle central dans la prestation de services de haute qualité et affirmatifs qui répondent aux besoins des élèves TNB (Mackie et al., 2021). Scrofani et al. (2025) ont constaté que « les membres du corps professoral alliés et soutenants, le soutien des pairs et le soutien parental apparaissent comme de solides facteurs de protection au niveau micro. Au niveau exo, les initiatives scolaires proactives qui privilégient un discours favorisant l'autonomie des élèves transgenres [sont] les plus protectrices » (p. 1 ; voir aussi Fraser, 2025, pour des résultats similaires). Ces résultats appuient l'adoption d'une approche à plusieurs niveaux en faveur d'un climat scolaire affirmant pour les personnes TNB, intégrant une équipe de soutien en matière de genre et impliquant des changements aux niveaux individuel, relationnel et organisationnel (Bartholomaeus & Riggs, 2017 ; Baum, 2022 ; Scrofani et al., 2025). La thérapie numérique commence à montrer des résultats encourageants pour atténuer les problèmes de santé mentale chez les étudiant·e·s du postsecondaire, ce qui pourrait être bénéfique pour les étudiant·e·s trans (Austin et al., 2025). De telles approches fournissent non seulement des interventions ciblées sur la diversité de genre, mais favorisent également une culture plus large d'affirmation et de sécurité au sein de l'école, (Bartholomaeus & Riggs, 2017).

Climat scolaire et sentiment d'appartenance

Le sentiment d'appartenance est un facteur de protection qui soutient la santé mentale positive des élèves (Moffa et al., 2020). Cependant, les élèves transgenres canadien·ne·s sont significativement moins susceptibles que leurs pairs cisgenres d'éprouver un sentiment d'appartenance dans leurs établissements scolaires (Fraser, 2025). Dans ce contexte, le soutien interpersonnel des ami·e·s, des pairs et des enseignant·e·s est crucial pour façonner les expériences scolaires des élèves TNB et favoriser la résilience lorsqu'iels font face à des environnements hostiles ou non soutenants (Xu & Roegman, 2025). Les élèves TNB peuvent également contribuer à promouvoir des environnements scolaires plus inclusifs, faisant preuve de résilience tout en contribuant à cultiver des environnements qui affirment les identités de genre diverses.

Les environnements scolaires positifs sont associés à une réduction du risque de suicidalité et de symptômes dépressifs chez les jeunes TNB. Ainsi, l'intégration de programmes de littératie en matière de santé mentale et de santé dans les établissements scolaires renforce davantage la capacité des élèves TNB à faire face aux défis et à accéder au soutien (Kutcher et al., 2015). Gallardo-Nieto et al. (2021) soulignent que la création d'« espaces sains et soutenants permettant aux élèves de partager et de vivre librement leur genre et leur orientation sexuelle » peut influencer positivement le climat scolaire, se traduisant par une moindre détresse psychologique et des comportements accrus de recherche d'aide chez les victimes (p. 10 ; voir aussi Lytle & Sprott [2021] pour des stratégies pratiques pertinentes). Complétant ces résultats, Miller et al. (2024) notent que « les interventions qui renforcent les relations interpersonnelles et les environnements locaux réduiront la suicidalité chez les jeunes TNB » (p. 118), soulignant le rôle central des facteurs relationnels et environnementaux dans la promotion de la santé mentale des élèves TNB. Les AGS peuvent constituer une opportunité de renforcer les relations interpersonnelles.

Les données probantes attestant que les AGS constituent un facteur de protection prometteur pour les jeunes TNB sont de plus en plus nombreuses. La présence d'une AGS dans un établissement scolaire réduit la suicidalité chez les jeunes LGBTQ+, améliore l'aisance avec diverses expressions de genre, améliore les relations familiales et diminue les cas d'intimidation (Di Stasio et al., 2023 ; Feijo et al., 2022 ; Walls et al., 2013). En plus de leur présence dans les établissements scolaires, les AGS peuvent faciliter des discussions sur la consommation de substances, la santé mentale et la santé sexuelle, améliorant ainsi les résultats en matière de santé mentale pour les jeunes LGBTQ+ (Proteat et al., 2017).

Enseigner pour l'inclusion

Mangin (2022) suggère que les enseignant·e·s du primaire peuvent réduire leurs pratiques genrées, approfondir les discussions sur le genre et affirmer l'identité et l'expression de genre en classe. La pédagogie critique, ou l'enseignement visant à développer une conscience critique de diverses situations de vie, constitue un fondement pour la promotion des droits humains et la création d'environnements éducatifs inclusifs (Chan et al., 2022 ; Woolley & Airton, 2020). Les pédagogies trans aident aussi à revoir les pratiques

d'enseignement et d'apprentissage pour examiner leurs valeurs cisnormative, comme le besoin de réifier la binarité de genre et d'essentialiser l'identité de genre (Keenan et al., 2023). Il a été démontré que l'intégration de discussions sur la diversité de genre dans les programmes d'études, avec des distinctions clarifiant l'identité de genre et l'orientation sexuelle, améliore la compréhension des élèves et favorise des environnements scolaires affirmatifs (Jones, 2017 ; Fraser, 2025 ; McKibban et al., 2021). La contribution des élèves joue un rôle central dans la façon dont les transitions sociales sont gérées dans les établissements scolaires, permettant aux élèves d'exercer leur agentivité sur leurs identités tout en naviguant les accommodements nécessaires (Meyer et al., 2016; skelton, 2022). Parallèlement, les recherches mettent en lumière les tensions potentielles découlant des influences externes ou des normes socioculturelles, en particulier en ce qui concerne l'âge des élèves TNB et la perception de leur autonomie corporelle (Frohard Dourlent, 2017 ; Peter et al., 2021).

Par ailleurs, l'inclusion de sujets tels que l'éducation à la diversité de genre, l'éducation à la sexualité et l'éducation à la puberté a démontré des effets positifs sur le bien-être individuel et les résultats sociaux, soutenant à la fois le développement personnel et les objectifs d'inclusivité plus larges (Jones et al., 2015 ; Woolley & Airton, 2020). Créer un espace permettant aux éducateur·rice·s d'articuler et de concrétiser leur propre vision de la réussite des élèves contribue à placer le bien-être de tous les élèves au premier plan (Baum, 2022 ; Meyer et al., 2016; Woolley & Airton, 2020). Ensemble, ces approches soulignent l'importance du programme d'études, de la pédagogie et de la responsabilité des enseignant·e·s dans la création d'environnements d'apprentissage affirmatifs pour les élèves TNB.

En conclusion, les recherches canadiennes et internationales soulignent la nécessité urgente d'approfondir les investigations sur la santé mentale et le bien-être des jeunes TNB. L'élargissement de la recherche permettra non seulement d'approfondir la compréhension des défis uniques auxquels font face ces élèves, mais aussi de soutenir le développement de stratégies innovantes et fondées sur des données probantes pour réduire les disparités et promouvoir des environnements scolaires affirmatifs, sécuritaires et inclusifs (Gorse, 2020 ; Mackie et al., 2021). Les contextes de recherche et les recommandations examinés fournissent un point de départ fondamental pour le personnel éducatif et les parties prenantes, soulignant l'importance de la législation, des politiques, de la formation du personnel, des services de soutien, des programmes d'études inclusifs et des environnements scolaires positifs dans la promotion du bien-être des jeunes TNB. Une collaboration continue et une recherche appliquée sont essentielles pour garantir que ces stratégies sont à la fois pertinentes et durables dans des contextes éducatifs diversifiés et résilientes aux influences sociopolitiques externes néfastes.

8. Conclusion et recommandations

Les différentes sections du rapport ont examiné l'état actuel des recherches sur les jeunes trans et non binaires (TNB), en portant une attention particulière au stress minoritaire, à la santé mentale, aux soins médicaux d'affirmation de genre (SMAG), au soutien familial et aux environnements scolaires. Dans l'ensemble, les données probantes soulignent que, si les jeunes TNB font face à des défis systémiques, sociaux et sanitaires importants, ces défis ne sont pas inévitables. Ils résultent plutôt de conditions modifiables, telles que le niveau de stigmatisation sociale, les politiques restrictives, l'accès limité aux soins affirmatifs et le soutien inconsistant des familles, des systèmes de santé et des institutions scolaires.

Les recherches démontrent que des environnements affirmatifs, des soins de santé accessibles et éclairés par les données probantes, des familles soutenantes et des établissements scolaires inclusifs améliorent significativement les résultats en matière de santé mentale et réduisent la suicidalité chez les jeunes TNB. Il est important de noter que les données probantes vont au-delà des essais cliniques traditionnels pour inclure des études longitudinales, des dossiers cliniques, des recherches qualitatives et des analyses du parcours de vie, qui offrent tous un éclairage solide sur les expériences et les besoins des jeunes TNB et permettent de saisir l'impact de l'environnement social.

Les recommandations suivantes synthétisent les principales conclusions de chaque section du rapport en actions ciblées pour quatre groupes de parties prenantes : les familles de jeunes TNB, les professionnel·le·s travaillant auprès des jeunes TNB, les chercheur·euse·s et les décideur·se·s politiques. En mettant en œuvre ces stratégies, les parties prenantes peuvent contribuer à réduire les disparités, à favoriser la résilience et à créer des environnements où les jeunes TNB sont affirmé·e·s, soutenu·e·s et en mesure de s'épanouir.

Familles de jeunes TNB

Affirmation, soutien et communication

- Offrir un soutien ouvert, empathique et valorisant aux jeunes TNB, en favorisant le dialogue, l'exploration et la prise de décision collaborative concernant l'identité et les soins.
- Utiliser le prénom et les pronoms choisis de votre enfant, respecter son expression de genre, et encourager les établissements scolaires et les espaces communautaires à faire de même, ces pratiques étant associées à une amélioration du bien-être et à une réduction de la suicidalité.

Prendre en compte le stress et les besoins en santé mentale

- Reconnaître les répercussions du stress minoritaire sur les jeunes TNB et contribuer à réduire la stigmatisation à la maison en cultivant un environnement d'acceptation et de compréhension.

- Rester attentif·ve aux signes de détresse en santé mentale — les idéations suicidaires, l'automutilation, l'anxiété et la dépression sont plus fréquentes chez les jeunes TNB — et veiller à l'accès à des soins de santé mentale affirmatifs.

Rechercher du soutien pour les familles

- Consulter des professionnel·le·s, des groupes de soutien entre parents et des ressources d'information fiables pour naviguer dans les défis liés au soutien d'un·e enfant TNB.

Soutenir l'accès aux soins médicaux d'affirmation de genre (SMAG)

- Comprendre que les données probantes appuient les bénéfices des SMAG.
- Soutenir votre enfant dans la prise de décisions éclairées concernant les soins.
- Plaider en faveur de l'accès de votre enfant aux services appropriés et éviter de renforcer une « acceptation conditionnelle » ou d'exiger qu'iel satisfasse à des attentes rigides ou étroites avant de soutenir son parcours de soins.

Praticien·ne·s (soins de santé, santé mentale, milieu scolaire, services sociaux)

Pratique affirmative et fondée sur les données probantes

- Offrir des soins éclairés par un **large éventail de données probantes** : essais cliniques, études longitudinales, recherches qualitatives, données sur le parcours de vie — en reconnaissant que les protocoles considérés comme la « norme de référence » ne sont pas applicables pour de nombreuses populations de jeunes TNB, mais qu'il existe néanmoins des données probantes solides.
- Reconnaître l'autonomie des jeunes et leur capacité à exprimer leurs préférences, même dans les cas où iels ne peuvent pas légalement consentir à leurs propres soins.
- Offrir des soins d'affirmation de genre centrés sur les jeunes, en évitant les restrictions excessives d'accès, l'imposition de parcours rigides ou les exigences narratives susceptibles de nuire à la relation de confiance.
- Les professionnel·le·s devraient maintenir leurs connaissances à jour en ce qui concerne la législation provinciale et fédérale pertinente, les politiques en vigueur et les droits des jeunes, afin de garantir que les services sont dispensés de manière équitable et en conformité avec les exigences légales. Cela peut contribuer à prévenir la création involontaire d'obstacles, la discrimination ou le refus inapproprié de services aux jeunes.

Prendre en compte le stress minoritaire et la santé mentale

- Intégrer les cadres du stress minoritaire dans l'évaluation et la planification des soins, en reconnaissant que la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion sociale sont des déterminants fondamentaux de la santé mentale des jeunes TNB.

- Prioriser les changements sociaux ainsi que les interventions de prévention du suicide et de santé mentale adaptées aux jeunes TNB, en mettant l'accent sur la résilience, les stratégies d'adaptation et les facteurs de protection tels que le sentiment d'appartenance à l'école, le soutien des pairs et les relations familiales affirmatives.

Réduire les obstacles aux SMAG

- Renforcer les connaissances et la confiance des praticien·ne·s en participant à des formations spécialisées, notamment dans les régions mal desservies (communautés rurales et éloignées), afin de garantir une information exacte et des voies de référence en temps opportun.
- Soutenir les jeunes en leur fournissant des informations claires et adaptées à leur développement, en encourageant l'exploration et en collaborant avec les familles lorsque cela est sécuritaire et approprié.

Responsabilités des praticien·ne·s en milieu scolaire

- S'engager dans une formation cohérente et fondée sur des données probantes sur l'inclusion 2SLGBTQ+, la lutte contre la transphobie et la diversité de genre, afin d'identifier et de contrer les pratiques discriminatoires.
- Soutenir la création et le maintien d'AGS et de plans de soutien du genre individualisés dans les établissements scolaires pour renforcer le sentiment d'appartenance et réduire la détresse psychologique.

Chercheur·euse·s

Élargir la base de données probantes

- Mener des recherches selon différentes méthodologies et approches, notamment les méthodes mixtes, les revues de dossiers, la recherche qualitative et les études longitudinales, afin de saisir pleinement les expériences des jeunes TNB.
- Prioriser les recherches portant sur :
    - les résultats à long terme des SMAG (bloqueurs de puberté, hormones, interventions chirurgicales) ;
    - les trajectoires générales de santé mentale et les facteurs de protection ou de risque associés ;
    - les expériences propres à des sous-groupes spécifiques (p. ex., garçons trans, jeunes non-binaires, jeunes racisé·e·s, jeunes en milieu rural).
    - Les impacts du soutien ou de la victimisation en ligne sur la santé mentale et le bien-être des jeunes TNB, spécifiquement en contexte canadien.

Approches de recherche éthiques et réalisables

- Reconnaître les limites des essais contrôlés randomisés dans ce contexte et élaborer des méthodologies éthiques, centrées sur les jeunes, qui évitent les préjudices (p. ex., le refus de soins).
- Recourir à des approches de recherche participatives et de co-conception avec les jeunes TNB, leurs familles, les partenaires communautaires et les organismes desservant les jeunes pour garantir la pertinence, l'exactitude et la confiance des communautés.
- Étudier les mécanismes du stress minoritaire et la façon dont les voies du stress s'articulent avec l'identité et le développement.

Mobilisation des connaissances

- Traduire les résultats de la recherche en orientations pratiques, en matériels éducatifs accessibles et en outils destinés aux praticien·ne·s, aux familles et aux responsables politiques, afin notamment de contrer la désinformation qui circule actuellement sur les jeunes TNB et les SMAG.

Professionnel·le·s du droit et décideur·se·s politiques

Les professionnel·le·s du droit et décideur·se·s politiques devraient recevoir une formation complète et inclusive envers les personnes trans, notamment une formation sur les cadres juridiques pertinents et les protections affectant les personnes transgenres. Une telle formation devrait les doter des connaissances nécessaires pour appliquer la loi de manière équitable et responsable. Elle devrait également renforcer leur capacité à évaluer les informations de manière critique, leur permettant de distinguer les données probantes fiables de la mésinformation et de la désinformation susceptibles d'influencer l'interprétation juridique et les décisions politiques.

Législation et cadres politiques

- Soutenir l'élaboration de politiques inclusives et fondées sur les droits qui affirment la diversité de genre et protègent les jeunes TNB contre la discrimination, l'intimidation et l'exclusion.
- Inclure l'identité de genre et l'expression de genre comme principe fondamental de l'égalité dans les lois sur les droits de la personne.
- Soutenir l'autonomie des jeunes dans leurs soins en réaffirmant l'importance de prendre en compte leurs souhaits, même dans les cas où iels ne sont pas en mesure de consentir à leurs soins.
- Éviter les politiques restrictives ou les exigences d'évaluation excessivement contraignantes qui ne sont pas étayées par des données probantes et peuvent nuire aux jeunes.
- Éviter les lois et politiques qui créent une discrimination fondée sur l'âge dans l'obtention des SMAG.
- Éviter de recourir à la dérogation à l'application de la *Charte canadienne des droits et libertés* pour protéger des lois discriminatoires.
- Veiller à ce que les établissements scolaires adoptent des politiques favorisant :

    - les pratiques d'affirmation de genre ;
    - la protection de la vie privée et la confidentialité ;
    - l'accès à des installations sanitaires inclusives ;
    - la formation du personnel et la mobilisation communautaire.

Soutien à l'accès aux soins

- Contester les lois et politiques qui restreignent l'accès aux SMAG fondés sur des données probantes.
- Plaider en faveur de l'expansion des services, d'un financement équitable, de la formation des prestataires et de la réduction des délais d'attente.
- Supprimer les obstacles systémiques aux SMAG en :
    - élargissant les services à l'ensemble des régions ;
    - assurant des modèles de financement équitables ;
    - soutenant la formation des prestataires de soins de santé ;
    - réduisant les délais d'attente.

Financement de la recherche et des services

- Investir dans :
    - la recherche à long terme et à méthodes mixtes sur le devenir des jeunes TNB ;
    - les programmes de soutien communautaire et entre pairs ;
    - les services de santé mentale en milieu scolaire et les initiatives de formation du personnel ;
    - les programmes d'AGS et les initiatives visant à assurer un climat scolaire sécuritaire.

Lutter contre le stress minoritaire à l'échelle structurelle

- Renforcer les lois antidiscriminatoires et les protections contre le harcèlement, et élaborer des campagnes d'éducation publique ciblant la transphobie et favorisant des attitudes sociales positives.
- Renforcer les protections contre les discriminations, le harcèlement, les discours haineux et la violence en ligne qui ciblent les jeunes TNB, tout en soutenant l'accès à des espace en ligne inclusifs et affirmatifs.
- Soutenir des initiatives de santé publique et d'éducation qui intègrent la diversité de genre dans les programmes d'études, les programmes de littératie en santé mentale et la formation des enseignant·e·s.
- Développer des campagnes de lutte contre la désinformation.

Organisations de défense des droits

- Faire progresser et défendre les politiques fondées sur les droits qui protègent les jeunes TNB contre la discrimination, l'intimidation et l'exclusion.

- Soutenir et mener des litiges stratégiques et des interventions juridiques lorsque des gouvernements ou des institutions violent les droits des jeunes.
- Tenir les gouvernements responsables du respect des protections relatives aux droits de la personne et aux droits constitutionnels.

Environnements scolaires affirmatifs

- Exiger des établissements scolaires qu'ils mettent en œuvre une approche globale à l'échelle de l'école comprenant, sans s'y limiter, des pratiques d'affirmation de genre, des protections de la vie privée, des efforts favorisant des cultures inclusives, des politiques, des pédagogies, des curricula et des installations inclusifs, ainsi qu'une formation obligatoire du personnel.
- Les responsables des politiques et les autorités éducatives devraient éviter de mettre en œuvre des politiques exigeant la divulgation de l'identité transgenre ou non-binaire d'un·e élève à ses parents ou tuteurs·trices sans le consentement de l'élève. Les données probantes actuelles indiquent que la divulgation involontaire peut exposer les élèves TNB à des préjudices et compromettre leur sécurité, leur bien-être et leur accès à des environnements éducatifs favorables.

Recherche, services et éducation publique

- Investir dans la recherche à long terme, les soutiens communautaires, les services de santé mentale en milieu scolaire et les AGS.
- Mener des campagnes d’éducation publique et de lutte contre la désinformation pour réduire la transphobie et la stigmatisation structurelle.

Références

Références Académique

Abreu, R. L., Rosenkrantz, D. E., Ryser-Oatman, J. T., Rostosky, S. S., & Riggle, E. D. B. (2019). Parental reactions to transgender and gender diverse children: A literature review. *Journal of GLBT Family Studies*, *15*(5), 461–485. https://doi.org/10.1080/1550428X.2019.1656132

Abreu, R. L., Sostre, J. P., Gonzalez, K. A., Lockett, G. M., Matsuno, E., & Mosley, D. V. (2022). Impact of gender-affirming care bans on transgender and gender diverse youth: Parental figures' perspective. *Journal of Family Psychology: JFP: Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, *36*(5), 643–652. https://doi.org/10.1037/fam0000987

Achille, C., Taggart, T., Eaton, N. R., Osipoff, J., Tafuri, K., Lane, A., & Wilson, T. A. (2020). Longitudinal impact of gender-affirming endocrine intervention on the mental health and well-being of transgender youths: Preliminary results. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, *2020*(1), 8. https://doi.org/10.1186/s13633-020-00078-2

Allen, L. R., Watson, L. B., Egan, A. M., & Moser, C. N. (2019). *Well-being and suicidality among transgender youth after gender-affirming hormones*. *7*.

Ancheta, A. J., Bruzzese, J.-M., & Hughes, T. L. (2021). The Impact of Positive School Climate on Suicidality and Mental Health Among LGBTQ Adolescents: A Systematic Review. *The Journal of School Nursing*, *37*(2), 75–86. https://doi.org/10.1177/1059840520970847

Arnoldussen, M. (2024, septembre). *Gender-related and psychological outcomes in adulthood after early gender-related medical care in adolescence—Long term study in transgender adults*. WPATH 2024, Lisbon.

Ashley, F. (2020). A critical commentary on "rapid-onset gender dysphoria". *The Sociological Review*, *68*(4), 779,799. https://doi.org/10.1177/0038026120934693

Ashley, F., Tordoff, D. M., Olson-Kennedy, J., & Restar, A. J. (2024). Randomized-controlled trials are methodologically inappropriate in adolescent transgender healthcare. *International Journal of Transgender Health*, 25(3), 407–418. https://doi.org/10.1080/26895269.2023.2218357 Austin, A., Craig, S. L., D'Souza, S., & McInroy, L. B. (2022). Suicidality Among Transgender Youth: Elucidating the Role of Interpersonal Risk Factors. *Journal of Interpersonal Violence*, *37*(56), NP2696NP2718. https://doi.org/10.1177/0886260520915554

August-Rae, B. C., Baker, J. T., & Buzzanell, P. M. (2024). "Not just rebellious, it's revolutionary" : Do-it-yourself hormone replacement therapy as Liberatory Harm Reduction. *Social Science & Medicine*, 345, 116681. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.116681

Austin, S., Bandealy, A., & Cawley, E. (2025). The Role of Digital Therapy in Promoting Post-Secondary Student Mental Health. *Journal of Prevention and Health Promotion*, *6*(1), 132-157.

Baines, H. K., & Connelly, K. J. (2023). A prospective comparison study of subcutaneous and intramuscular testosterone injections in transgender male adolescents. *Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism*, *36*(11), 1028–1036. MEDLINE. https://doi.org/10.1515/jpem-2023-0237

Barbee, H., Deal, C., & Gonzales, G. (2022). Anti-Transgender Legislation—A Public Health Concern for Transgender Youth. *JAMA Pediatrics*, *176*(2), 125–126. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.4483

Bartholomaeus, C., & Riggs, D. W. (2017). Whole-of-school approaches to supporting transgender students, staff, and parents. *International Journal of Transgenderism*, *18*(4), 361–366. https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1355648

Bastian, M. J. S., & Rohlik, L. N. (2024). Transgender and Gender Nonconforming Mental Health Training and Knowledge for High School Staff: A Scoping Review. *The Journal of School Nursing*, *40*(1), 74–85. https://doi.org/10.1177/10598405221120440

Bauer, G. R., Lawson, M. L., & Metzger, D. L. (2022). Do Clinical Data from Transgender Adolescents Support the Phenomenon of "Rapid Onset Gender Dysphoria"? *The Journal of Pediatrics*, *243*, 224–227.e2. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2021.11.020

Bauer, G. R., Pacaud, D., Couch, R., Metzger, D. L., Gale, L., Gotovac, S., Mokashi, A., Feder, S., Raiche, J., Speechley, K. N., Temple Newhook, J., Ghosh, S., Sansfaçon, A. P., Susset, F., Lawson, M. L., & Trans Youth CAN! Research Team. (2021). Transgender Youth Referred to Clinics for Gender-Affirming Medical Care in Canada. *Pediatrics*, *148*(5), e2020047266. https://doi.org/10.1542/peds.2020-047266

Baum, J. (s. d.). Working with Schools to Support Trans Youth: Seen, Safe and Supported. *Adolescent Psychiatry*, *12*(3), 230-243. https://doi.org/10.2174/2210676612666220507011156

Bhatla, J. L., James, K., Lamb, K. K. A. E., Neault-Lount, C., Protudjer, J. L. P., Reitmeier, S. D., Cooney, M., & Wicklow, B. (2024). The experience of youth on the waitlist for gender-affirming care in Manitoba. *Paediatrics & Child Health*, *29*(7), 440–445. https://doi.org/10.1093/pch/pxad087

Billard, T. J. (2024). The Politics of Transgender Health Misinformation. *Political Communication*, *41*(2), 344–352. https://doi.org/10.1080/10584609.2024.2303148

Bossé, J. (2025). When cisnormativity and transnormativity are in bed together: Exposing the underbelly of disinformation-fuelled detransition panic. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, *66*(2), 90-102. https://doi.org/10.1037/cap0000425

Boynton, S. (2023, janvier 8). As anti-LGBTQ2 hate grows in Canada, advocates say it's "never been as scary". *Global News*. https://globalnews.ca/news/9393280/canada-lgbtq-hate-trans-west-block/

Brierley, J., Larcher, V., Hadjipanayis, A. A., & Grossman, Z. (2024). European Academy of Paediatrics statement on the clinical management of children and adolescents with gender dysphoria. *Frontiers in Pediatrics*, *12*. https://doi.org/10.3389/fped.2024.1298884

Brooks, V. R. (1982). *Minority stress and lesbian women*. Lexington Books.

CAAPS. (2021). *CAAPS Position Statement on Rapid Onset Gender Dysphoria (ROGD)*. https://www.caaps.co/rogd-statement

Cabral, J., & Pinto, T. M. (2023). Gender, Shame, and Social Support in LGBTQI+ Exposed to Discrimination: A Model for Understanding the Impact on Mental Health. *Social Sciences*, *12*(8), 454. https://doi.org/10.3390/socsci12080454

Carmichael, P., Butler, G., Masic, U., Cole, T. J., De Stavola, B. L., Davidson, S., Skageberg, E. M., Khadr, S., & Viner, R. M. (2021). Short-term outcomes of pubertal suppression in a selected cohort of 12 to 15 year old young people with persistent gender dysphoria in the UK. *PLoS ONE [Electronic Resource]*, *16*(2), e0243894. MEDLINE. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243894

Cass, H. (2024). *The Cass Review: Independent review of gender identity services for children and young people*. https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/

Chan, A. S. W., Wu, D., Lo, I. P. Y., Ho, J. M. C., & Yan, E. (2022). Diversity and Inclusion: Impacts on Psychological Well-being Among Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer Communities. *Frontiers in Psychology*, *13*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.726343

Charbonneau, A., Graindorge, A., Richard, G., Vallerand, O., & Houzeau, M. (2025, mai 6). *Régression des niveaux d'aise des jeunes face aux personnes LGBTQ+ (GRIS-Montréal)* [Conference]. 92ème congrès ACFAS — Colloque 626 : « Transition et détransition chez les jeunes : se comprendre et s'unir face à la désinformation et la division. ». https://www.youtube.com/watch?v=GLKcn10exV4

Chelliah, P., Lau, M., & Kuper, L. E. (2024). Changes in Gender Dysphoria, Interpersonal Minority Stress, and Mental Health Among Transgender Youth After One Year of Hormone Therapy. *Journal of Adolescent Health*, *74*(6), 11,061,111. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2023.12.024

Chen, D., Berona, J., Chan, Y.-M., Ehrensaft, D., Garofalo, R., Hidalgo, M. A., Rosenthal, S. M., Tishelman, A. C., & Olson-Kennedy, J. (2023). Psychosocial Functioning in Transgender Youth after 2 Years of Hormones. *New England Journal of Medicine*, *388*(3), 240,250. https://doi.org/10.1056/NEJMoa2206297

Chodzen, G., Hidalgo, M. A., Chen, D., & Garofalo, R. (2019). Minority Stress Factors Associated With Depression and Anxiety Among Transgender and Gender-Nonconforming Youth. *Journal of Adolescent Health*, *64*(4), 467,471. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.07.006

Clark, B. A., Marshall, S. K., & Saewyc, E. M. (2020). Hormone therapy decision-making processes: Transgender youth and parents. *Journal of Adolescence*, *79*, 136–147. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.12.016

Clark, B. A., Veale, J. F., Townsend, M., Frohard-Dourlent, H., & Saewyc, E. (2018). Non-binary youth: Access to gender-affirming primary healthcare. *International Journal of Transgenderism*, *19*(2), 158–169. https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1394954

Clark, B. A., & Virani, A. (2021). This Wasn't a Split-Second Decision": An Empirical Ethical Analysis of Transgender Youth Capacity, Rights, and Authority to Consent to Hormone Therapy. *Journal of Bioethical Inquiry*, *18*(1), 151–164. https://doi.org/10.1007/s11673-020-10086-9

Clark, B. A., Virani, A., Marshall, S. K., & Saewyc, E. M. (2021). Conditions for shared decision making in the care of transgender youth in Canada. *Health Promotion International*, *36*(2), 570–580. https://doi.org/10.1093/heapro/daaa043

Clark, K. B., & Clark, M. P. (1950). Emotional factors in racial identification and preference in Negro children. Journal of Negro Education, 19, 341-350. https://doi.org/10.2307/2966491

Clements, P., Zakary A., Pulice-Farrow, P., Lex, & Paz Galupo, P., M. (2025). "Outdated and offensive": Trans and non-binary individuals' responses to clinical scales of gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, qdaf 231. https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdaf231

Cohen, J. (2023, juin 14). Increasing Number Of European Nations Adopt A More Cautious Approach To Gender-Affirming Care Among Minors. *Forbes*. https://www.forbes.com/sites/joshuacohen/2023/06/06/increasing-number-of-european-nations-adopt-a-more-cautious-approach-to-gender-affirming-care-among-minors/

Cohen, S., Janicki-Deverts, D., & Miller, G. E. (2007). Psychological Stress and Disease. *JAMA*, *298*(14), 1685–1687. https://doi.org/10.1001/jama.298.14.1685

Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., De Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., … Arcelus, J. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, *23* (sup1), S1-S259. https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644

Connolly, M. D., Zervos, M. J., Barone, C. J., Johnson, C. C., & Joseph, C. L. M. (2016). The Mental Health of Transgender Youth: Advances in Understanding. *Journal of Adolescent Health*, *59*(5), 489–495. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.012

Costa, R., Dunsford, M., Skagerberg, E., Holt, V., Carmichael, P., & Colizzi, M. (2015). Psychological Support, Puberty Suppression, and Psychosocial Functioning in Adolescents with Gender Dysphoria. *Journal of Sexual Medicine*, *12*(11), 2206–2214. MEDLINE. https://doi.org/10.1111/jsm.13034

Cotton, J.-C., Nadeau, S., Daigneault, M.-M., & Pullen Sansfaçon, A. (2025). *Identité, transition et santé psychosociale : Portrait de jeunes trans et non-binaires de 14 à 17 ans résidant au Québec*. Université de Sherbrooke. https://doi.org/10.13140/RG.2.2.20671.21926/1

Craig, S. L., Austin, A., Levenson, J., Leung, V. W. Y., Eaton, A. D., & D'Souza, S. A. (2020). Frequencies and patterns of adverse childhood events in LGBTQ+ youth. *Child Abuse & Neglect*, *107*, 104,623. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104623

Crocq, M.-A., Guelfi, J. D., American Psychiatric Association, & American Psychiatric Association DSM-5 Task Force. (2015). *DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e édition). Elsevier Masson ; WorldCat.

Day, M., & Brömdal, A. (s. d.). Mental health outcomes of transgender and gender diverse students in schools: A systematic literature review. *International Journal of Transgender Health*, *0*(0), 1–21. https://doi.org/10.1080/26895269.2024.2359934

Deaton, A., & Cartwright, N. (2018). Understanding and misunderstanding randomized controlled trials. *Social Science & Medicine*, 210, 2–21. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.12.005

Department of Health and Human Services. (2025). *Treatment for Pediatric Gender Dysphoria—Review of Evidence and Best Practices*. https://opa.hhs.gov/gender-dysphoria-report

de Vries, A. L. C., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C. F., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Young Adult Psychological Outcome After Puberty Suppression and Gender Reassignment. *Pediatrics*, *134*(4), Article 4. https://doi.org/10.1542/peds.2013-2958

Dhanani, L. Y., & Totton, R. R. (2023). Have You Heard the News? The Effects of Exposure to News About Recent Transgender Legislation on Transgender Youth and Young Adults. *Sexuality Research and Social Policy*, *20*(4), 1345–1359. https://doi.org/10.1007/s13178-023-00810-6

Di Stasio, M., Alston, L., & Harley, J. (2023). A Snapshot of Gay-Straight Alliance Clubs and Student Well-Being in Western Canadian High Schools. *Canadian Journal of School Psychology*, *38*(2), 144–158. https://doi.org/10.1177/08295735231170337

Doom, J. R., & Gunnar, M. R. (2013). Stress physiology and developmental psychopathology: Past, present, and future. *Development and Psychopathology*, *25* (4 Pt 2), 1359–1373. https://doi.org/10.1017/S0954579413000667

Dryden, J., & Lee, J. (2024, mars 11). How Alberta's proposed trans youth rules fit into a polarized international landscape. *CBC News*. https://www.cbc.ca/news/canada/calgary/alberta-trans-youth-rules-international-landscape-1.7135324

DuBois, L. Z., & Juster, R.-P. (2022). Lived experience and allostatic load among transmasculine people living in the United States. *Psychoneuroendocrinology*, *143*, 105,849. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2022.105849

DuBois, L. Z., Puckett, J. A., SturtzSreetharan, C., Jolly, D., Lash, B. R., Huit, T. Z., Holt, N., Ralston, A., Hope, D. A., Mocarski, R., Walker, T., Miles, M., Volk, S., Capannola, A., Tipton, C., & Juster, R.-P. (2024). Mental health, coping, and resilience among transgender and gender diverse people during the 2020 U.S. presidential election. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. https://doi.org/10.1037/sgd0000700

Eccles, H., Abramovitch, A., Patte, K., Elton-Marshall, T., Racine, N., Wright, T., Malbogat, J., Geoffroy, M.-C., Kingsbury, M., Samji, H., & Coleman, I. (Submitted for Publication). *Gender Identity and Mental Health: The Role of Bullying and Gender-Based Discrimination*.

Eisenberg, M. E., Gower, A. L., McMorris, B. J., Rider, G. N., Shea, G., & Coleman, E. (2017). Risk and Protective Factors in the Lives of Transgender/Gender Nonconforming Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, *61*(4), 521-526. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.04.014

Expósito-Campos, P., Salaberria, K., Pérez Fernández, J., & Gómez-Gil, E. (2023). Gender detransition: A critical review of the literature. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, *51*, 98-118.

Farrell, J. (2025, août 8). Alberta government appeals injunction of transgender health-care law. *CBC News*. https://www.cbc.ca/news/canada/calgary/government-of-alberta-egale-canada-1.7604783

Feijo, M., Fontanari, A. M. V., Boeira, L. do S., Wendt, G., Bloniewski, T., & Costa, A. B. (2022). Improving School Outcomes for Transgender and Gender-Diverse Youth: A Rapid Review. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*, *9*(1), 27-34.

Fisher, A. D., Ristori, J., Romani, A., Cassioli, E., Mazzoli, F., Cocchetti, C., Pierdominici, M., Marconi, M., Ricca, V., Maggi, M., Vignozzi, L., & Castellini, G. (2024). Back to the Future: Is GnRHa Treatment in Transgender and Gender Diverse Adolescents Only an Extended Evaluation Phase? *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *109*(6), 1565–1579. MEDLINE. https://doi.org/10.1210/clinem/dgad729

Fraser, L. D. (2025). *Safety, security and well-being of trans students in Canadian public schools*. http://hdl.handle.net/1993/39277

Frohard-Dourlent, H. (2018). "The student drives the car, right?": Trans students and narratives of decision-making in schools. *Sex Education*, *18*(4), 328–344. https://doi.org/10.1080/14681811.2017.1393745

Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2023). Minority stress theory: Application, critique, and continued relevance. *Current Opinion in Psychology*, *51*, 101,579. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2023.101579

Gagné, P., & Tewksbury, R. (1998). Conformity Pressures and Gender Resistance among Transgendered Individuals. *Social Problems*, *45*(1), 81-101. https://doi.org/10.2307/3097144

Gallardo-Nieto, E. M., Espinosa-Spínola, M., Ríos-González, O., & García-Yeste, C. (2021). Transphobic Violence in Educational Centers: Risk Factors and Consequences in the Victims' Well-being and Health. *Sustainability*, *13*(4), 1638. https://doi.org/10.3390/su13041638

Gelly, M. A., Atgé-Delbays, S., & Pullen Sansfaçon, A. (2025). « They're Unable to See my Decision to Detransition for What it is » : How Detrans Youth Perceive and Receive Discourses on Detransition. *Sexuality Research and Social Policy*. https://doi.org/10.1007/s13178-024-01079-z

Gelly, M. A., & Pullen Sansfaçon, A. (2021). Regards croisés de jeunes trans et de leurs parents sur la transition médicale au Canada : Quel impact sur l'épanouissement des jeunes ? *Revue Jeunes et Société*, *6*(1), Article 1. http://rjs.inrs.ca/index.php/rjs/article/view/253

Ghosh, S., & Gorgos, A. (2021). L'accompagnement pédiatrique et les traitements hormonaux. In A. Pullen Sanfaçon & D. Medico, *Jeunes trans et non binaires : De l'accompagnement à l'affirmation* (p. 323-339). Éditions du remue-ménage.

Goodyear, T., Jenkins, E., Oliffe, J. L., Fast, D., Kia, H., & Knight, R. (2024). 2S/LGBTQ+ youth substance use and pathways to homelessness: A photovoice study. *The International Journal on Drug Policy*, *133*, 104,621. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2024.104621

Gorse, M. (2022). Risk and Protective Factors to LGBTQ+ Youth Suicide: A Review of the Literature. *Child and Adolescent Social Work Journal*, *39*(1), 17–28. https://doi.org/10.1007/s10560-020-00710-3

Government of Manitoba. (2017). *Supporting transgender and gender diverse students in Manitoba schools*. https://www.edu.gov.mb.ca/k12/docs/support/transgender/index.html

Grant, R., Lim, G., Russell, A., Bailey, S., & Dane, S. (s. d.). Trans healthcare temporalities: The impacts of waiting for gender affirmation on trans identities, well-being, and futurity. *International Journal of Transgender Health*, *0*(0), 1–12. https://doi.org/10.1080/26895269.2025.2458702

Grijseels, D. M. (2024). Biological and psychosocial evidence in the Cass Review: A critical commentary. *International Journal of Transgender Health*, *0*(0), 1–11. https://doi.org/10.1080/26895269.2024.2362304

Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., & Salter, N. P. (2006). Male-to-female transgender youth: Gender expression milestones, gender atypicality, victimization, and parents' responses. *Journal of GLBT Family Studies*, *2*(1), 71–92. https://doi.org/10.1300/J461v02n01_04

Grossman, A. H., Park, J. Y., Frank, J. A., & Russell, S. T. (2021). Parental Responses to Transgender and Gender Nonconforming Youth: Associations with Parent Support, Parental Abuse, and Youths' Psychological Adjustment. *Journal of Homosexuality*. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00918369.2019.1696103

Grossman, L. A. (2024). *Criminalizing Transgender Care* (SSRN Scholarly Paper No. 4,765,290). https://doi.org/10.2139/ssrn.4765290

Hajo, S., Capaldi, C. A., & Liu, L. (2025). Sexual and gender minority youth in Canada: An investigation of disparities in positive mental health. *Canadian Journal of Public Health*, *116*(1), 86–96. https://doi.org/10.17269/s41997-024-00931-4

Hardy, B.-J., Lesperance, A., Foote, I., Firestone, M., Smylie, J., & Native Youth Sexual Health Network (NYSHN). (2020). Meeting Indigenous youth where they are at: Knowing and doing with 2SLGBTTQQIA and gender nonconforming Indigenous youth: a qualitative case study. *BMC Public Health*, *20*(1), 1871. https://doi.org/10.1186/s12889-020-09863-3

Hariton, E., & Locascio, J. J. (2018). Randomised controlled trials—the gold standard for effectiveness research: Study design: randomised controlled trials. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *125*(13), 1716. https://doi.org/10.1111/1471-0528.15199

Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2013). Stigma as a Fundamental Cause of Population Health Inequalities. *American Journal of Public Health*, 103(5), 813-821. https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301069

Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, *43*(5), 460–467. https://doi.org/10.1037/a0029597

Herriot, L., Burns, D. P., & Yeung, B. (2018). Contested spaces: Trans-inclusive school policies and parental sovereignty in Canada. *Gender and Education*, *30*(6), 695714. https://doi.org/10.1080/09540253.2017.1396291

Higgins, K. M., Levin, G., & Busch, R. (2024). Considerations for open-label randomized clinical trials: Design, conduct, and analysis. *Clinical Trials*, 21(6), 681-688. https://doi.org/10.1177/17407745241244788

Hildebrand-Chupp, R. (2020). More than "canaries in the gender coal mine": A transfeminist approach to research on detransition. *The Sociological Review*, *68*(4), 800–816. https://doi.org/10.1177/0038026120934694

Holt, M. K., Parodi, K. B., Elgar, F. J., Vigna, A., Moore, L. B., & Koenig, B. (2023). Identifying protective factors for gender diverse adolescents' mental health. *Npj Mental Health Research*, *2*(1), 10. https://doi.org/10.1038/s44184-023-00029-8

Horton, C. (2020). Thriving or Surviving? Raising Our Ambition for Trans Children in Primary and Secondary Schools. *Frontiers in Sociology*, *5*. https://doi.org/10.3389/fsoc.2020.00067

Horton, C. (2023). Gender minority stress in education: Protecting trans children's mental health in UK schools. *International Journal of Transgender Health*, *24*(2), 195–211. https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2081645

Human Rights Comittee. (2026). *Concluding observations on the seventh periodic report of Canada*. United Nations.

Iasiello, M., Van Agteren, J., & Muir Cochrane, E. (2020). Mental Health and/or Mental Illness: A Scoping Review of the Evidence and Implications of the Dual-Continua Model of Mental Health. *Evidence Base*. https://doi.org/10.21307/eb-2020-001

Indremo, M., Jodensvi, A. C., Arinell, H., Isaksson, J., & Papadopoulos, F. C. (2022). Association of Media Coverage on Transgender Health With Referrals to Child and Adolescent Gender Identity Clinics in Sweden. *JAMA Network Open*, *5*(2), e2146531. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.46531

Infantolino, A. (2025). Mineur·e·s trans et droit de la santé : Réflexion autour des arguments « juridiques » mobilisés pour justifier les propositions d'interdiction aux mineur·e·s des soins de transition de genre. *Revue des droits de l'homme*. https://doi.org/10.4000/140pj

IPSOS. (2023). *Pride Report 2023*. IPSOS.

IPSOS. (2024). *Pride Report 2024*. IPSOS.

James, S., Herman, J., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. (2016). *The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey*. National Center for Transgender Equality. https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-Full-Report-Dec17.pdf

Johns, M. M., Zamantakis, A., Andrzejewski, J., Boyce, L., Rasberry, C. N., & Jayne, P. E. (2021). Minority Stress, Coping, and Transgender Youth in Schools—Results from the Resilience and Transgender Youth Study. *Journal of School Health*, *91*(11), 883–893. https://doi.org/10.1111/josh.13086

Jones, T., Smith, E., Ward, R., Dixon, J., Hillier, L., & Mitchell, A. (2016). School experiences of transgender and gender diverse students in Australia. *Sex Education*, *16*(2), 156–171. https://doi.org/10.1080/14681811.2015.1080678

Kahn, F. K., Wiepjes, C. M., Colon-Cabrera, D., Tollit, M. A., Hoq, M., Feldman, D., Ravine, A., Lane, R., Steensma, T. D., & Pang, K. C. (2025). Effect of assigned sex on the age at which individuals seek specialist gender affirming care. *International Journal of Transgender Health*, *0*(0), 1–8. https://doi.org/10.1080/26895269.2025.2503221

Kaltiala, R., Heino, E., Työläjärvi, M., & Suomalainen, L. (2020). Adolescent development and psychosocial functioning after starting cross-sex hormones for gender dysphoria. *Nord J Psychiatry*, *74*(3), 213–219. https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1691260

Keenan, H. B., Hot Mess, L., Newbold, L., & Iskander, L. (2023). Out of the classroom and onto the runway: Queer and trans pedagogies in early childhood. In H. Yoon, A. L. Goodwin, & C. Genishi (Eds.), *Reimagining Diversity, Equity, and Justice in Early Childhood* (1st ed., Vol. 1, pp. 181–191). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781003399155-17

Khonina, M., & Salway, T. (2025). The rise of anti-trans laws and the role of public health advocacy. *Canadian Journal of Public Health*, *116*(1), 97–99. https://doi.org/10.17269/s41997-024-00942-1

Kingsbury, M., Hammond, N. G., Johnstone, F., & Colman, I. (2022). Suicidality among sexual minority and transgender adolescents: A nationally representative population-based study of youth in Canada. *CMAJ*, *194*(22), E767-E774. https://doi.org/10.1503/cmaj.212054

Klepper, M., Bosse, J., Flores, D. D., & Sanders, R. (2024). Sibling Support for Transgender and Gender-Diverse Youth : A Scoping Review. *Journal of Adolescent Health*, 75(4), 543-552. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2024.05.014

Kosciw, J. G., Clark, C. M., Truong, N. L., & Zongrone, A. D. (2020). *The 2019 National School Climate Survey: The Experiences of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer Youth in Our Nation's Schools. A Report from GLSEN*. Gay, Lesbian and Straight Education Network (GLSEN). https://eric.ed.gov/?id=ED608534

Kulatunga Moruzi, C., Sim, P., Mitchell, I., Palmer, D., & Joffe, A. R. (2025). The Cass Review and Gender-Related Care for Young People in Canada : A Commentary on the Canadian Paediatric Society Position Statement on Transgender and Gender-Diverse Youth. *Archives of Sexual Behavior*, 54(10), 3743-3761. https://doi.org/10.1007/s10508-025-03335-8

Kutcher, S., Bagnell, A., & Wei, Y. (2015). Mental Health Literacy in Secondary Schools: A Canadian Approach. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *24*(2), 233–244. https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.11.007

Ladry, N.-J., Gelly, M. A., & Pullen Sansfaçon, A. (2026). Growing up trans : The influence of gender-affirming medical care on the well-being of transgender youth in Quebec. Journal of Gender Studies. (world). https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09589236.2026.2618154

Ladry, N.-J., Pullen Sansfaçon, A., Chadi, N., London-Nadeau, K., Taylor, A., Chan, A., Chiniara, L., & Saewyc, E. (2023). Abus et violence vécus par les jeunes trans et non binaires au Québec. *Criminologie*, *56*(2), 295-322. https://doi.org/10.7202/1107607ar

La Presse canadienne. (2026, avril 26). L'ONU se dit préoccupée par la situation des personnes LGBTQ+ au Canada. *Radio-Canada*. https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2249226/onu-preoccupee-situation-personnes-lgbtq-canada

Lavallée, D., Taillon, P., & Trudeau, J.-B. (2025). *Rapport du Comité des sages sur l'identité de genre*. Gouvernement du Québec.

Lavender, R., Shaw, S., Maninger, J.-K., Butler, G., Carruthers, P., Carmichael, P., & Masic, U. (2023). Impact of hormone treatment on psychosocial functioning in gender-diverse young people. *LGBT Health*, *10*(5), 382–390. APA PsycInfo. https://doi.org/10.1089/lgbt.2022.0201

Lawson, M. L., Gotovac, S., Couch, B., Gale, L., Vandermorris, A., Ghosh, S., & Bauer, G. R. (2024). Pathways to Care for Adolescents Attending a First Hormone Appointment at Canadian Gender Affirming Medical Clinics: A Cross-Sectional Analysis From the Trans Youth CAN! Study. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, *74*(1), 140–147. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2023.07.021

LeBel, J. (2023, septembre 23). Anti-trans rallies met with counter-protests across Ontario. *Global News*. https://globalnews.ca/news/9973504/anti-trans-rallies-met-with-counter-protests-across-ontario/

Lee, W. Y., Hobbs, J. N., Hobaica, S., DeChants, J. P., Price, M. N., & Nath, R. (2024). State-level anti-transgender laws increase past-year suicide attempts among transgender and non-binary young people in the USA. *Nature Human Behaviour*, *8*(11), 2096–2106. https://doi.org/10.1038/s41562-024-01979-5

Line, E. C., Zubizarreta, D., Budge, S. L., Watson, R. J., Gordon, A. R., Austin, S. B., & Katz-Wise, S. L. (2025). Minority stress and protective factors for body image concerns and disordered eating among a cohort of transgender and non-binary youth: A preliminary longitudinal study. *International Journal of Transgender Health*, *0*(0), 1–17. https://doi.org/10.1080/26895269.2025.2452185

Littman, L. (2018). Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLoS One*, *13*(8), e0202330.

Littman, L. (2019). Correction: Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLOS ONE*, *14*(3), e0214157. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214157

Litwiller, F. (2024). Youth Perspectives on Genderplay Recreation Programming: Insights and Critiques on Identity Development Theories. Leisure Sciences, 46(2), 167-184. https://doi.org/10.1080/01490400.2021.1921638

London-Nadeau, K., Chadi, N., Taylor, A. B., Chan, A., Pullen Sansfaçon, A., Chiniara, L., Lefebvre, C., & Saewyc, E. M. (2023). Social Support and Mental Health Among Transgender and Non-binary Youth in Quebec. *LGBT Health*, 10(4), 306–314. https://doi.org/10.1089/lgbt.2022.0156

London-Nadeau, K., & Rioux, C. (2026). Commentary on Mereish et al. : Supporting sexually diverse youth requires a full spectrum understanding of substance use. *Addiction* (Abingdon, England), 121(5), 1064-1065. https://doi.org/10.1111/add.70339

Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R., & Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, *10*(6), 434–445. https://doi.org/10.1038/nrn2639

Lytle, M. C., & Sprott, R. A. (2020). *Supporting Gender Identity and Sexual Orientation Diversity in K-12 Schools. Perspectives on Sexual Orientation and Gender Diversity Series*. American Psychology Association.

MacKinnon, K. R., Gould, W. A., Ashley, F., Enxuga, G., Kia, H., & Ross, L. E. (2022). (De) Transphobia : Examining the Socio-Politically Driven Gender Minority Stressors Experienced by People Who Detransitioned. *Bulletin of Applied Transgender Studies*, *1* (3-4), 235–259. https://doi.org/10.57814/8nd4-6a89

MacKinnon, K. R., Grace, D., Ng, S. L., Sicchia, S. R., & Ross, L. E. (2020). "I don't think they thought I was ready": How pre-transition assessments create care inequities for trans people with complex mental health in Canada. *International Journal of Mental Health*, *49*(1), 56–80. https://doi.org/10.1080/00207411.2019.1711328

MacKinnon, K. R., Jeyabalan, T., Strang, J. F., Delgado-Ron, J. A., Lam, J. S. H., Gould, W. A., Cooper, A., & Salway, T. (2024). Discontinuation of Gender-Affirming Medical Treatments: Prevalence and Associated Features in a Nonprobabilistic

Sample of Transgender and Gender-Diverse Adolescents and Young Adults in Canada and the United States. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, S1054-139X(24) 00251-9. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2024.05.015

MacKinnon, K. R., Kia, H., Gould, W. A., Ross, L. E., Abramovich, A., Enxuga, G., & Lam, J. S. H. (2023). A typology of pathways to detransition: Considerations for care practice with transgender and gender diverse people who stop or reverse their gender transition. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. https://doi.org/10.1037/sgd0000678

Mackie, G., Lambert, K., & Patlamazoglou, L. (2021). The mental health of transgender young people in secondary schools: A scoping review. *School Mental Health: A Multidisciplinary Research and Practice Journal*, 13(1), 13–27. https://doi.org/10.1007/s12310-020-09403-9

Maine, E., Hardy, T., & Wells, K. (2025). "I was lucky": Exploring the healthcare experiences of trans and non-binary youth in Alberta. *International Journal of Transgender Health*, *0*(0), 1–20. https://doi.org/10.1080/26895269.2025.2478105

Mangin, M.M. (2022). Teachers' strategies for supporting transgender and/or gender-expansive elementary school students. *Educational Researcher, 51*(5), 324-335. https://doi.org/10.3102/0013189X221084

Mangin, M.M. (2019). Transgender students in elementary schools: How supportive principals lead. *Educational Administration Quarterly, 56*(2), 255-288. https://doi.org/10.1177/0013161X19843579

Manitoba Education and Training. (2017). *Supporting transgender and gender diverse students in Manitoba schools*. Government of Manitoba. https://www.edu.gov.mb.ca/k12/docs/support/transgender/full_doc.pdf

Manley, J., Brownlow, C., & Brömdal, A. (2024). Supporting the health and well-being of trans autistic school-aged youth: A systematic literature review. *International Journal of Transgender Health*, *25*(3), 439–455. https://doi.org/10.1080/26895269.2024.2317392

Martino, W., Kassen, J., & Omercajic, K. (2022). Supporting transgender students in schools: beyond an individualist approach to trans inclusion in the education system. *Educational Review*, *74*(4), 753–772. https://doi.org/10.1080/00131911.2020.1829559

McCandless-Chapman, O., Ottaway, A., Stone, A. L., & Robinson, B. A. (2024). Latinx LGBTQ+ youth and grandparents : Intergenerational solidarity, precarious familismo, and cisnormativity. *Journal of Marriage and Family*, 86(3), 614-632. https://doi.org/10.1111/jomf.12979

McKibban, A. R., Anderson, A. R., Sprott, R. A., & Lytle, M. C. (2020). Addressing gender and sexual orientation diversity within youth populations: An evaluation of health disparities and recommendations on affirmative school policy. Dans M. C. Lytle & R. A. Sprott (Éds.), *Supporting Gender Identity and Sexual Orientation Diversity in K-12 Schools. Perspectives on Sexual Orientation and Gender Diversity Series* (p. 163–179). American Psychology Association.

McNamara, M., Abdul-Latif, H., Boulware, S. D., Kamody, R., Kuper, L. E., Olezeski, C. L., Szilagyi, N., & Alstott, A. (2023). Combating Scientific Disinformation on

Gender-Affirming Care. *Pediatrics*, *152*(3), e2022060943. https://doi.org/10.1542/peds.2022-060943

McNamara, M., Connelly, K., Janssen, A., Olson-Kennedy, J., Pang, K. C., Scheim, A. I., Turban, J. L., & Alstott, A. (2024). *An Evidence-Based Critique of "The Cass Review" on Gender-affirming Care for Adolescent Gender Dysphoria*. https://law.yale.edu/sites/default/files/documents/integrity-project_cass-response.pdf

McNamara, M., Lepore, C., Alstott, A., Kamody, R., Kuper, L., Szilagyi, N., Boulware, S., & Olezeski, C. (2022). Scientific Misinformation and Gender Affirming Care: Tools for Providers on the Front Lines. *Journal of Adolescent Health*, *71*(3), 251–253. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.06.008

Mears, K., & Ashwin, C. (2025). Perspectives about key measures of gender dysphoria based on interviews with people with lived experience of gender dysphoria. *International Journal of Transgender Health*, *0*(0), 1–17. https://doi.org/10.1080/26895269.2025.2553741

Meyer, E. J., Tilland-Stafford, A., & Airton, L. (2016). Transgender and Gender-Creative Students in PK–12 Schools: What We Can Learn from Their Teachers. *Teachers College Record: The Voice of Scholarship in Education*, *118*(8), 1-50.

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, *129*(5), 674–697. https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674

Meyer, I. H. (2015). Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *2*(3), 209–213. https://doi.org/10.1037/sgd0000132

Miller, G. H., Marquez-Velarde, G., Suárez, M. I., & Glass, C. (2024). Support Saves Lives: Exploring the Relationship Between Age of Transition, Family Support, and Retrospective K-12 Educational Experiences in Transgender Suicidality. *Transgender Health*, *9*(2), 118–127. https://doi.org/10.1089/trgh.2022.0073

Mocarski, R., King, R., Butler, S., Holt, N. R., Huit, T. Z., Hope, D. A., Meyer, H. M., & Woodruff, N. (2019). The Rise of Transgender and Gender Diverse Representation in the Media: Impacts on the Population. *Communication, Culture & Critique*, *12*(3), 416-433. https://doi.org/10.1093/ccc/tcz031

Moffa, K., Dowdy, E., & Furlong, M. J. (2016). Exploring the Contributions of School Belonging to Complete Mental Health Screening. *Educational and Developmental Psychologist*, *33*(1), 16–32. https://doi.org/10.1017/edp.2016.8

Monroe, S. M. (2008). Modern Approaches to Conceptualizing and Measuring Human Life Stress. *Annual Review of Clinical Psychology*, *4* (Volume 4, 2008), 33–52. https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141207

Moore, J. K., Rayner, C., Skinner, S. R., Wynne, K., Cavve, B. S., Fraser, B., Ganti, U., McAllister, C., Meyerowitz-Katz, G., Nguyen, T., Ravine, A., Ross, B., Russell, D. B., Saunders, L. A., Siafarikas, A., & Pang, K. C. (2025). Cass Review does not guide care for trans young people. *Medical Journal of Australia*, 223(7). https://www.mja.com.au/journal/2025/223/7/cass-review-does-not-guide-care-trans-young-people

Movement Advancement Project. (2024). *Health Care/Bans on Best Practice Medical Care for Transgender Youth*. https://www.lgbtmap.org/equality-maps/healthcare_youth_medical_care_bans

Nadal, K. L., Rodriguez, W., Tejeda, E., Almanzar, D., Hussain, S., & Sissoko, D. R. G. (2024). Did It Get Better? The Realities of Queer and Trans Youth of Color in K-12 Schools. *Journal of School Violence*, *23*(2), 264–277. https://doi.org/10.1080/15388220.2023.2297047

Navarro, J., Johnstone, F., Temple Newhook, J., Smith, M., Wallace Skelton, j, Prempeh, K., Lopez, C., Scheim, A. I., Bauer, G. R., & on behalf of the Trans PULSE Canada Team. (2021). *Report—Health and well-being among trans and non-binary youth*. https://transpulsecanada.ca/results/report-health-and-well-being-among-trans-and-non-binary-youth/

Nolan, B. J., Zwickl, S., Locke, P., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2023). Early Access to Testosterone Therapy in Transgender and Gender-Diverse Adults Seeking Masculinization: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 6(9), e2331919. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.31919

Noone, C., Southgate, A., Ashman, A., Quinn, É., Comer, D., Shrewsbury, D., Ashley, F., Hartland, J., Pashdag, J., Gilmore, J., Kennedy, N., Woolley, T., Heath, R. A., Goulding, R., Simpson, V., Kiely, E., Coll, S., White, M., Grijseels, D., … McLamore, Q. (2024). *Critically Appraising The Cass Report: Methodological Flaws And Unsupported Claims*. OSF. https://doi.org/10.31219/osf.io/uhndk Erratum in: *BMC Med Res Methodol*. 2025 Dec 3;25(1):271. doi: 10.1186/s12874-025-02727-7.

Olson, K. R., Durwood, L., DeMeules, M., & McLaughlin, K. A. (2016). Mental Health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities. *Pediatrics*, *137*(3), e20153223. https://doi.org/10.1542/peds.2015-3223

Olson, K. R., Raber, G. F., & Gallagher, N. M. (2024). Levels of Satisfaction and Regret With Gender-Affirming Medical Care in Adolescence. *JAMA Pediatrics*. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2024.4527

Oosthoek, E. D., Stanwich, S., Gerritse, K., Doyle, D. M., & de Vries, A. L. C. (2024). Gender-affirming medical treatment for adolescents: A critical reflection on "effective" treatment outcomes. *BMC Medical Ethics*, *25*(1), 154. https://doi.org/10.1186/s12910-024-01143-8

O'Shea, J., Jenkins, R., Nicholls, D., Downs, J., & Hudson, L. D. (2025). Prevalence, severity and risk factors for mental disorders among sexual and gender minority young people: A systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *34*(3), 959–982. https://doi.org/10.1007/s00787-024-02552-1

Pampati, S., Andrzejewski, J., Sheremenko, G., Johns, M., Lesesne, C. A., & Rasberry, C. N. (2020). School Climate Among Transgender High School Students: An Exploration of School Connectedness, Perceived Safety, Bullying, and Absenteeism. *The Journal of School Nursing*, *36*(4), 293–303. https://doi.org/10.1177/1059840518818259

Pang, K. C., de Graaf, N. M., Chew, D., Hoq, M., Keith, D. R., Carmichael, P., & Steensma, T. D. (2020). Association of Media Coverage of Transgender and Gender Diverse Issues With Rates of Referral of Transgender Children and Adolescents to

Specialist Gender Clinics in the UK and Australia. *JAMA Network Open*, *3*(7), e2011161. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.11161

Pang, K. C., Hoq, M., & Steensma, T. D. (2022). Negative Media Coverage as a Barrier to Accessing Care for Transgender Children and Adolescents. *JAMA Network Open*, *5*(2), e2138623. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.38623

Peter, T., Campbell, C. P., & Taylor, C. (2021). *Still in every class in every school: Final report on the second climate survey on homophobia, biphobia, and transphobia in Canadian schools. Key Takeaways*. Egale Canada Human Rights Trust. https://egale.ca/awareness/still-in-every-class/

Pham, A., Morgan, A. R., Kerman, H., Albertson, K., Crouch, J. M., Inwards-Breland, D. J., Ahrens, K. R., & Salehi, P. (2020). How Are Transgender and Gender Nonconforming Youth Affected by the News? A Qualitative Study. *Journal of Adolescent Health*, *66*(4), 478–483. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.11.304

Poteat, V. P., Heck, N. C., Yoshikawa, H., & Calzo, J. P. (2017). Gay-Straight Alliances as settings to discuss health topics: Individual and group factors associated with substance use, mental health, and sexual health discussions. *Health Education Research*, *32*(3), 258-268. https://doi.org/10.1093/her/cyx044

Price-Feeney, M., Green, A. E., & Dorison, S. H. (2021). Impact of Bathroom Discrimination on Mental Health Among Transgender and Non-binary Youth. *Journal of Adolescent Health*, *68*(6), 1142–1147. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.11.001

Public Health Agency of Canada. (2024, septembre 26). *Gender-affirming care: Definitions* [Education and awareness]. https://www.canada.ca/en/public-health/services/sexual-health/how-to-access-gender-affirming-care/definitions.html

Pullen Sansfaçon, A., Aithamon, M., Gelly, M. A., & Atgé-Delbays, S. (2025). Exploring Parental Support in Detrans Youth: From Early Gender Questioning to Detransition, a Retrospective Longitudinal Analysis. *Journal of Child and family studies*. https://doi.org/10.1007/s10826-025-03197-7

Pullen Sansfaçon, A., Blanchet, A., Ladouceur, R., Picard, J., & Goyette, M. (2023). Jeunes trans et non binaires en protection de la jeunesseTrans and non-binary youth in child protectionJóvenes trans y non binarios en protección de la infancia : Portrait de la situation au QuébecThe situation in QuebecSituación en el Québec. *Criminologie*, *56*, 335. https://doi.org/10.7202/1099016ar

Pullen Sansfacon, A., Boivin, J., Partridge, P. A., Labelle, D., & Lee, E. O. J. (2024). Mamu: Trans indigenous and two-spirit youth coming together to define their needs and to take action. *Journal of LGBT Youth*, *0*(0), 1–19. https://doi.org/10.1080/19361653.2024.2309520

Pullen Sansfaçon, A., Chadi, N., Chiniara, L., Taylor, A., Chan, A., & Saewyc, E. (2024). Expériences et vécus des jeunes trans et non-binaires au Québec. Dans J.-C. Cotton, A. Pullen Sansfaçon, & N. Courcy, *Pratiques psychoéducatives auprès des jeunes trans et non-binaires* (Presses de l'Université de Québec, p. 408). https://www.puq.ca/catalogue/livres/pratiques-psychoeducatives-aupres-des-jeunes-trans-4190.html

Pullen Sansfaçon, A., & Cowden, S. (2025). *The Ethical Foundations of Social Work* (2e éd.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781003458715

Pullen Sansfaçon, A., Dionne, N., Planchat, T., Dyer, J., Picket, S., Temple-Newhook, J., Manning, K., James, J., & Davis, J. (2022). Expérience et vécu des parents d'enfants trans et de la diversité de genre vivant en région. *Service social*, *68*(2), 107-124. https://doi.org/10.7202/1101459ar

Pullen Sansfaçon, A., Fortin, G., Gelly, M. A., & Amiot, C. (2025). Medical and cosmetic intervention needs, priorities and barriers of trans and non-binary youth in Quebec. *International Journal of LGBTQ+ Youth Studies*, *0*(0), 1–19. https://doi.org/10.1080/29968992.2025.2544325

Pullen Sansfaçon, A., Gelly, M. A., Faddoul, M., & Lee, E. O. J. (2020). Soutien et non soutien parental des jeunes trans : Vers une compréhension nuancée des formes de soutien et des attentes des jeunes trans. *Enfances, Familles, Générations*, *36*. https://doi.org/10.7202/1078016ar

Pullen Sansfaçon, A., Gelly, M. A., Gravel, R., Medico, D., Baril, A., Susset, F., & Paradis, A. (2023). A nuanced look into youth journeys of gender transition and detransition. *Infant and Child Development*, *n/a* (n/a), e2402. https://doi.org/10.1002/icd.2402

Pullen Sansfaçon, A., Hébert, W., Lee, E. O. J., Faddoul, M., Tourki, D., & Bellot, C. (2018). Digging beneath the surface: Results from stage one of a qualitative analysis of factors influencing the well-being of trans youth in Quebec. *International Journal of Transgenderism*, *19*(2), 184–202. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1446066

Pullen Sansfaçon, A., Medico, D., Riggs, D. W., Carlile, A., & and Suerich-Gulick, F. (2023). Growing up trans in Canada, Switzerland, England, and Australia: Access to and impacts of gender-affirming medical care. *Journal of LGBT Youth*, *20*(1), 55-73. https://doi.org/10.1080/19361653.2021.1924918

Pullen Sansfaçon, A., Planchat, T., Gelly, M. A., Baril, A., Susset, F., & Millette, M. (2023). Understanding the experiences of youth who have discontinued a gender transition: Provider perspectives. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, No Pagination Specified-No Pagination Specified. https://doi.org/10.1037/sgd0000644

Pullen Sansfacon, A., Temple-Newhook, J., Suerich-Gulick, F., Feder, S., Lawson, M. L., Ducharme, J., Ghosh, S., Holmes, C., & Team, O. behalf of the S. of G.-A. C. (2019). The experiences of gender diverse and trans children and youth considering and initiating medical interventions in Canadian gender-affirming speciality clinics. *International Journal of Transgenderism*, *20*(4), 1–17. https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1652129

Restar, A. J. (2020). Methodological Critique of Littman's (2018) Parental-Respondents Accounts of "Rapid-Onset Gender Dysphoria". *Archives of Sexual Behavior*, *49*(1), 61–66. https://doi.org/10.1007/s10508-019-1453-2

Romito, M., Salk, R. H., Roberts, S. R., Thoma, B. C., Levine, M. D., & Choukas-Bradley, S. (2021). Exploring Transgender Adolescents' Body Image Concerns and Disordered Eating: Semi-Structured Interviews with Nine Gender Minority Youth. *Body image*, *37*, 50–62. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.01.008

Roy, E., Hehman, E., & Axt, J. (2025). Local Legislation is Associated With Regional Transgender Attitudes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *51*(8), 1361-1373. https://doi.org/10.1177/01461672231218340

Salas-Humara, C., Sequeira, G. M., Rossi, W., & Dhar, C. P. (2019). Gender affirming medical care of transgender youth. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, *49*(9), 100,683. https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2019.100683

Savard, M.-C. P., Sansfaçon, A. P., & Gelly, M. (2022). Regards sur les difficultés vécues lors de la transition chez les jeunes ayant détransitionné. *Revue Jeunes et Société*, *7*(1), Article 1. http://rjs.inrs.ca/index.php/rjs/article/view/294

Schall, T. E., Jaffe, K., & Moses, J. D. (2024). Roles of Randomized Controlled Trials in Establishing Evidence-Based Gender-Affirming Care and Advancing Health Equity. *AMA Journal of Ethics*, *26*(9), E684-689. https://doi.org/10.1001/amajethics.2024.684

Scrofani, S., Martin, C. L., Johnson, S. L., Low, S., & DeLay, D. (2025). A review of research on the school climate of transgender middle and high schoolers: An ecological-transactional approach. *Journal of School Psychology*, *110*, 101,459. https://doi.org/10.1016/j.jsp.2025.101459

Simons, J. D., Beck, M. J., Asplund, N. R., Chan, C. D., & Byrd, R. (2018). Advocacy for gender minority students: Recommendations for school counsellors. *Sex Education*, *18*(4), 464–478. https://doi.org/10.1080/14681811.2017.1421531

skelton, j wallace. (2022). Schools Often Fail to Expect Trans and Nonbinary Elementary Children: What Gender Independent, Nonbinary, and Trans Children Desire. *Teachers College Record: The Voice of Scholarship in Education*, *124*(8), 244-274. https://doi.org/10.1177/01614681221126243

Slothouber, V. (2020). (De) trans visibility: Moral panic in mainstream media reports on de/retransition. *European Journal of English Studies*, *24*(1), Article 1. https://doi.org/10.1080/13825577.2020.1730052

Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Il Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Correll, C. U., & Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: Large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, *27*(1), 281–295. https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7

Sorbara, J. C., Chiniara, L. N., Thompson, S., & Palmert, M. R. (2020). Mental Health and Timing of Gender-Affirming Care. *Pediatrics*, *146*(4), e20193600. https://doi.org/10.1542/peds.2019-3600

Statistique Canada. (2022). *Le Canada est le premier pays à produire des données sur les personnes transgenres et les personnes non binaires à l'aide du recensement*. Statistique Canada.

Strauss, P., Ball, J., Bonney, S., Costanza, M., Cavve, B. S., Hird, K., Saunders, L. A., Bickendorf, X., Thomas, C. S., Mahfouda, S., Fitzgerald, M., Moore, J. K., & Lin, A. (2024). A critical discussion of pediatric gender measures to clarify the utility and purpose of "measuring" gender. *International Journal of Transgender Health*, *0*(0), 1–25. https://doi.org/10.1080/26895269.2024.2375409

Taillefer, V., Kelley, J., Marsolais, S., Chiniara, L., & Chadi, N. (2023). Expected vs. Perceived effects of gender-affirming hormone therapy among transmasculine adolescents. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 36(11), 1072-1078. https://doi.org/10.1515/jpem-2023-0119

Tankersley, A. P., Grafsky, E. L., Dike, J., & Jones, R. T. (2021). Risk and Resilience Factors for Mental Health among Transgender and Gender Nonconforming (TGNC)

Youth: A Systematic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *24*(2), 183-206. https://doi.org/10.1007/s10567-021-00344-6

Taylor, A. B., Chan, A., Hall, S., Saewyc, E., the Canadian Trans &, Non-binary Youth Health Survey Research Group, & l'équipe de recherche de l'enquête canadienne sur la santé des jeunes trans. (2020). *Being Safe, Being Me 2019: Results of the Canadian Trans and Non-binary Youth Health Survey*. Stigma and Resilience Among Vulnerable Youth Centre, University of British Columbia. https://apsc-saravyc.sites.olt.ubc.ca/files/2020/12/Being-Safe-Being-Me-2019_SARAVYC_ENG_1.2.pdf

The National Board of Health and Welfare. (2022). *Care of children and adolescents with gender dysphoria—Summary of national guidelines—December 2022*. The National Board of Health and Welfare. https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/care-of-children-and-adolescents-with-gender-dysphoria--summary-of-national-guidelines--december-2022-2023-1-8330/

Thibeault, C.-A., Katz-Wise, S. L., Schmitt, P. A., & Pullen Sansfaçon, A. (2025). « I have been thinking about this for a long time » : Navigating gender affirming medical care decisions for trans and non-binary youth and their families in six countries. *International Journal of Transgender Health*, *0*(0), 1–15. https://doi.org/10.1080/26895269.2024.2447758

Thoma, B. C., Rezeppa, T. L., Choukas-Bradley, S., Salk, R. H., & Marshal, M. P. (2021). Disparities in Childhood Abuse Between Transgender and Cisgender Adolescents. *Pediatrics*, *148*(2), e2020016907. https://doi.org/10.1542/peds.2020-016907

Tordoff, D. M., Wanta, J. W., Collin, A., Stepney, C., Inwards-Breland, D. J., & Ahrens, K. (2022). Mental Health Outcomes in Transgender and Non-binary Youths Receiving Gender-Affirming Care. *JAMA Network Open*, *5*(2), e220978. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.0978

Trianon, C. (2025, janvier 5). January 2025 Canadian Anti-Trans Risk Assessment Map • Celeste Trianon. *Celeste Trianon*. https://celeste.lgbt/en/2025/01/january-2025-canadian-anti-trans-risk-assessment-map/

Trone, J. C., Ollier, E., Chapelle, C., Bertoletti, L., Cucherat, M., Mismetti, P., Magné, N., & Laporte, S. (2018). Statistical controversies in clinical research : Limitations of open-label studies assessing antiangiogenic therapies with regard to evaluation of vascular adverse drug events—a meta-analysis. *Annals of Oncology*, Epigenetic modifiers as immunomodulatory therapies in solid tumours, 29(4), 803-811. https://doi.org/10.1093/annonc/mdy035

Tunney, C. (2024, février 15). CSIS warns that the "anti-gender movement" poses a threat of "extreme violence". *CBC News*. https://www.cbc.ca/news/politics/csis-lgbtq-warning-violence-1.7114801

Vance, S. R., Jr, Boyer, C. B., Glidden, D. V., & Sevelius, J. (2021). Mental Health and Psychosocial Risk and Protective Factors Among Black and Latinx Transgender Youth Compared With Peers. *JAMA Network Open*, *4*(3), e213256. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.3256

Vandenbussche, E. (2022). Detransition-Related Needs and Support: A Cross-Sectional Online Survey. *Journal of Homosexuality*, *69*(9), 1602–1620. https://doi.org/10.1080/00918369.2021.1919479

Vandendriessche, C., & Cohen, D. (2024). Social factors behind the AFAB predominance in LGBT youths: Evidence from a large European survey. *European Child & Adolescent Psychiatry*. https://doi.org/10.1007/s00787-024-02595-4

Vandermorris, A., & Metzger, D. L. (2023). Position statement: An affirming approach to caring for transgender and gender-diverse youth. *Paediatrics and Child Health*,23, 437–448. 10.1093/pch/pxad045

Varatharajan, T., Patte, K. A., de Groh, M., Jiang, Y., & Leatherdale, Scott T. (2024). Exploring differences in substance use behaviours among gender minority and non-gender minority youth: A cross-sectional analysis of the COMPASS study. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*, *44*(4). https://www.canada.ca/en/public-health/services/reports-publications/health-promotion-chronic-disease-prevention-canada-research-policy-practice/vol-44-no-4-2024/differences-substance-use-behaviours-gender-minority-youth-cross-sectional-analysis-compass-study.html

Veale, J. F., Peter, T., Travers, R., & Saewyc, E. M. (2017). Enacted Stigma, Mental Health, and Protective Factors Among Transgender Youth in Canada. *Transgender Health*, *2*(1), 207–216. https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0031

Veale, J. F., Watson, R. J., Peter, T., & Saewyc, E. M. (2017). Mental Health Disparities Among Canadian Transgender Youth. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, *60*(1), 44–49. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.09.014

Wallace, E. R., O'Neill, S., & Lagdon, S. (2024). Risk and protective factors for suicidality among lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer (LGBTQ+) young people, from countries with a high global acceptance index (GAI), within the context of the socio-ecological model: A scoping review. *Journal of Adolescence*, *96*(5), 897–924. https://doi.org/10.1002/jad.12308

Walls, N. E., Wisneski, H., & Kane, S. (2013). School Climate, Individual Support, or Both? Gay-Straight Alliances and the Mental Health of Sexual Minority Youth. *School Social Work Journal*, *37*(2), 88–111.

Wilson, C., & Cariola, L. A. (2020). LGBTQI+ Youth and Mental Health: A Systematic Review of Qualitative Research. *Adolescent Research Review*, *5*(2), 187–211. https://doi.org/10.1007/s40894-019-00118-w

Wittlin, N. M., Gallagher, N. M., Atwood, S., & Olson, K. R. (2025). Mental Health during Medical Transition in a U.S. and Canadian Sample of Early Socially Transitioned Transgender Youth. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, *76*(2), 228–237. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2024.10.023

Wittlin, N. M., Kuper, L. E., & Olson, K. R. (2023). Mental Health of Transgender and Gender Diverse Youth. *Annual Review of Clinical Psychology*, *19*, 207–232. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-072220-020326

Woolley, S. W., & Airton, L. (Eds.). (2020). *Teaching about gender diversity: Teacher-tested lesson plans for K–12 classrooms*. Canadian Scholars Press.

World Health Organization. (2022). *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision).

World mental health report: Transforming mental health for all. (2025). World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338

WPATH. (2018, septembre 4). *WPATH position on "Rapid Onset Gender Dysphoria"*. https://www.gdaworkinggroup.com/wpath-position

Wright, D., Pang, K. C., Giordano, S., & Gillam, L. (2025). Evaluating the benefits and risks of puberty blockers and gender-affirming hormones for transgender adolescents. *Journal of Paediatrics and Child Health*, *61*(1), 7–11. https://doi.org/10.1111/jpc.16734

Xu, L., & Roegman, R. (2025). Protective factors for transgender and gender nonconforming youth's high school experience: A systematic literature review. *International Journal of LGBTQ+ Youth Studies*, *22*(1), 106–125. https://doi.org/10.1080/19361653.2023.2286226

Yu, S., Black, S., Watt, S., Delgado-Ron, A., Manuja, K., Lo, R. H. M., Lam, C. H., & Salway, T. (2025). Characteristics of gender minority youth in Canada, 15–17 years of age, by gender identity disclosure patterns to parents and teachers : A descriptive study in response to anti-trans legislation. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 34(3), 340-350. https://doi.org/10.3138/cjhs-2025-0028

Zhang, Q., Goodman, M., Adams, N., Corneil, T., Hashemi, L., Kreukels, B., Motmans, J., Snyder, R., & Coleman, E. (2020). Epidemiological considerations in transgender health: A systematic review with focus on higher quality data. *International Journal of Transgender Health*, *21*(2), 125–137. https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1753136

Sources légales

Législation

Alberta Bill of Rights, RSA 2000, c A-14
Alberta Human Rights Act, RSA 2000, c. A-25.5
Charte des droits et libertés de la personne, RLRQ c C-12
Code civil du Québec, RLRQ c CCQ-1991
Code des droits de la personne, C.P.L.M. c H175
Code des droits de la personne, RSO 1990
Code des droits de la personne de la Saskatchewan de 2018, C S-24.2
Consent To Treatment And Healthcare Directives Act, RSPEI 1988, c C-17.2
Health Statutes Amendment Act, 2024 (N°2), SA 2024, c 16
Health Statutes Amendment Act, 2025, SA 2025, c 10
Hospital Act, RSNS 1989, c 208
Human Rights Act, 2010, SNL, c H-13.1
Human Rights Act, RSPEI 1988, c H-12
Human Rights Code, RSBC 1996, c 210
Infants Act, RSBC 1996, c. 223
Loi canadienne sur les droits de la personne, L.R.C. 1985, c. H -6
Loi constitutionnelle de 1982, Annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada (R.-U.), 1982, c 11
Loi modificative de 2023 sur l'éducation (Déclaration des droits des parents), LS 2023, c 46
Loi sur la Protection de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre, SY 2020
Loi sur le consentement aux soins, LY 2003, c 21

Loi sur le consentement aux soins de santé, 1996, LO 1996, c 2, ann. A
Loi sur le consentement des mineurs aux traitements médicaux, LN-B 1976, c M-6.1
Loi sur les directives en matière de soins de santé, C.P.L.M. c. H27
Loi sur les droits de la personne, LCNu, c H-70
Loi sur les droits de la personne, RSNS 1989, c 214
Loi sur les droits de la personne, LRY 2002, c 116
Loi sur les droits de la personne, LTN-O 2002, c 18
Loi sur les services à l'enfant et à la famille, C.P.L.M. c C80
Protecting Alberta's Children Statutes Amendment Act, 2025, SA 2025, c 24

Projets de loi

Projet de loi 42, *Loi de 2024 sur le Comité consultatif des soins de santé axés sur l'affirmation de genre*

Jurisprudence

A.B. c. C.D., 2020 BCCA 11
A.C. c. Manitoba (Directeur des services à l'enfant et à la famille), 2009 CSC 30, [2009] 2 RCS 181
A.M. c. Dr. F, 2021 BCSC 32
Benkoula (Benkoula) c. Centre de services scolaire Marguerite-Bourgeoys, 2024 QCCS 4871
C.F. c. Alberta (Vital Statistics), 2014 ABQB 237
Centre for Gender Advocacy c. Procureur général du Québec, 2021 QCCS 191
Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (E.B.) c. 9302-6573 Québec inc. (Bar Lucky 7), 2024 QCTDP 9
Cossette c. Entreprises B. Chouinard, 2021 QCCQ 12029
Egale Canada c. Alberta, 2025 ABKB 394
G.M.S. c. Dr. Z, 2021 BCSC 1915
Hogan c. Ontario (Health and Long-Term Care), 2006 HRTO 32
Lewis c. Sugar Daddys Nightclub, 2016 HRTO 347
Ontario (Health Insurance Plan) c. K.S., 2025 ONCA 306
Procureur général du Québec c. Centre de lutte contre l'oppression des genres, 2024 QCCA 348
PT c. Alberta, 2018 ABQB 496
PT c. Alberta, 2019 ABCA 158
R. c. Kapp, [2008] 2 RCS 483, 2008 CSC 41
R. c. Lévesque, 2022 QCCQ 12793
S.B. c. Newfoundland and Labrador (Service Newfoundland and Labrador), 2015 NL HRC 153,582
Saskatchewan (Minister of Education) c. UR Pride Centre for Sexuality and Gender Diversity, 2025 SKCA 74
S.R. c. DLPH Hambleton Group Inc. (alias Burger King Franchise 3566), 2024 HRTO 1491
T.A. c. Manitoba (Justice), 2019 MBHR 12

UR Pride Centre for Sexuality and Gender Diversity c. Saskatchewan (Minister of Education), 2023 SKKB 204
Wiebe c. Olsen, 2025 BCHRT 14
XY c. Ontario (Government and Consumer Services), 2012 HRTO 726

Politiques

Collège des médecins et chirurgiens de Terre-Neuve-et-Labrador, Consent to Treatment, Standard of Practice
Île du Prince Edouard, *Gender-Affirming Health Services*, en ligne: https://www.princeedwardisland.ca/en/information/health-pei/gender-affirming-health-services
Nouveau Brunswick, *Gender-Affirming Care*, en ligne: https://www.gnb.ca/en/topic/health-wellness/sexual-health/gender-affirming.html
Nouveau Brunswick, *Gender Affirming Surgery Prior Approval request*, en ligne: https://www.gnb.ca/content/dam/GNB3/t/hw-sme/sexual-health/docs/gender-affirming-approval-form.pdf
Ministère de la Santé de l'Ontario, Barème des prestations et des honoraires de l'Assurance-santé, 14 février 2025
Ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse, Gender Affirming Care Policy, 26 juin 2023
Ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse, Consent to treatment policy , 24 juin 2025
Saskatchewan Health Authority, Policy: Informed Consent to Care, 5 février 2026
Saskatchewan, *Gender-Affirming Care for Trans, Two-Spirit and Gender-Diverse Residents*, en ligne: https://www.saskatchewan.ca/residents/health/accessing-health-care-services/gender-affirming-care
Territoires du Nord-Ouest, *Health care for transgender, non-binary, and gender non-conforming people Guidelines,* Décembre 2020.
Yukon, *Policy B 14: Gender affirming surgery Policy*, Janvier 2025.

Autres

Eastern Health, Children and Women Health Program, en ligne : https://cwhp.easternhealth.ca/children-and-youth/outpatient-services/endocrinology/gender-wellness-clinic/
Comptes rendus des débats parlementaires, Assemblée législative de l'Ontario, 43e législature, 1re session, 29 février 2024
Manitoba, *Manitoba government improve access to gender-affirming care*, online: https://news.gov.mb.ca/news/index.html?item=64237
Ministère de la Santé de l'Ontario, *Gender confirming surgery*, online: https://www.ontario.ca/page/gender-confirming-surgery
Shared Health Manitoba, Gender Diversity and Affirming Action for Youth, en ligne : https://sharedhealthmb.ca/services/gdaay/

Trans Care BC, Provincial Health Services Authority, *Supporting gender-affirming care in BC*, online: https://www.transcarebc.ca/
Trans Support NL, *Transitioning in NL*, en ligne https://tsnl.org/transition-nl/