



Regards croisés de jeunes trans et de leurs parents sur la transition médicale au Canada : quel impact sur l'épanouissement des jeunes?

Morgane Audrey Gelly

Professionnel·le de recherche
Université de Montréal
gelly.morgane@gmail.com

Annie Pullen Sansfaçon

Professeure titulaire
Université de Montréal
a.pullen.sansfacon@umontreal.ca

Résumé

La prise en charge médicale des jeunes trans est en pleine évolution depuis une décennie. Si l'approche pathologisante consistant à conformer les jeunes à leur identité assignée a longtemps été préconisée, un nombre croissant d'expert·e·s défendent un modèle affirmatif qui accompagne les jeunes dans l'exploration de leur genre authentique (en permettant entre autres l'accès à des traitements hormonaux et bloqueurs de puberté). En faisant dialoguer des entrevues menées auprès de 36 dyades de jeunes et leurs parents (72 entrevues)¹, cet article explore les attentes et impacts de la transition médicale sur les jeunes et leurs parents. Nos données démontrent, d'une part, que les jeunes et leurs parents s'accordent à dire que l'accès aux traitements d'affirmation de genre agit positivement sur l'épanouissement des jeunes en réduisant les souffrances associées à la dysphorie de genre et en permettant une reconnaissance de soi et une reconnaissance intersubjective. D'autre part, nos données mettent en lumière des décalages entre les parcours médicaux offerts (souvent binaires), les attentes et appréhensions exprimées par les jeunes et celles exprimées par leurs parents. Notre article démontre donc l'importance d'offrir aux jeunes trans qui le souhaitent un prompt accès à des soins d'affirmations de genre, adaptés à leurs besoins.

Mots-clés : jeunes trans, parents, transition médicale, genre, approche transaffirmative

¹ Cette recherche est financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (PJT-148607) Nous tenons à remercier l'ensemble des cochercheurs et cochercheuses et assistants et assistantes de recherche ayant rendu le projet Récits de soins/Stories of Care possible pour leur précieuse contribution à cette recherche ainsi que les jeunes et leurs parents ayant accepté de nous livrer leurs témoignages.

Assessing the Impact of Trans-Affirmative Medical Care on Youth Development: Perspectives of Trans Youth and Their Parents in Canada**Abstract**

The past decade has witnessed significant change in medical care for trans youth. A well-established pathologizing approach focused on asserting a young person's assigned gender has been challenged by a growing number of experts who favour a model that supports gender exploration (e.g., by providing access to hormonal treatments and puberty blockers). Based on interviews with 36 parent-youth dyads (72 interviews in total), this article explores the expectations and impacts associated with medical transition. On the one hand, the interview data show that young people and their parents agree that access to trans-affirmative medical care has a positive impact on youth development. Specifically, it is seen to reduce suffering associated with gender dysphoria, while promoting both self-recognition and intersubjectivity. On the other hand, the interview data highlight the extent to which available health care pathways (often based on a binary approach) have failed to keep pace with the expectations and concerns of youth and their parents. Our article therefore emphasizes the importance of offering trans-affirmative care adapted to the needs of youth seeking to transition.

Keywords: trans youth, parents, medical transition, gender, trans-affirmative care

Pour citer cet article : Gelly, M. et A. Pullen Sansfaçon (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), 104-127. <http://rjs.inrs.ca/index.php/rjs/article/view/253/163>

1. Introduction

La question de la prise en charge médicale des jeunes s'identifiant dans un genre différent de celui assigné à la naissance, (ci-après « jeunes trans ») fait l'objet de débats animés depuis ces dix dernières années. Et pour cause, on assiste à un changement de paradigme en la matière. D'une approche pathologisante qui cherchait à conformer l'enfant à son genre assigné, on évolue vers une approche dite « trans affirmative » qui accompagne les jeunes trans dans leur genre ressenti sans tenter de le modifier (Pyne, 2014, 2016; Pullen Sansfaçon, 2015). Les traitements permettant de bloquer temporairement la puberté pour que l'enfant puisse par la suite se développer dans le genre souhaité sont de plus en plus accessibles, cohérents avec l'approche dite trans affirmative et recommandés par les dernières versions des standards de soin de la World Professional Association for Transgender Health (WPATH) (Pullen Sansfaçon et Medico, 2021). Celle-ci a en effet consacré une section spéciale à l'accompagnement des enfants et adolescent·e·s trans dans l'exploration de leur genre où elle souligne l'importance d'offrir des soins réduisant la dysphorie : « Par le passé, des traitements ont tenté, sans succès à court ni à long terme, de mettre en congruence le sexe d'assignation à la naissance avec l'identité et l'expression de genre [...]. Ce type de traitement n'est plus considéré comme éthique » (WPATH, 2012, p. 18). Si certains s'inquiètent de ces traitements qu'ils qualifient « d'expérimentaux » (Heneghan et Jefferson, 2019), d'autres, au contraire, y voient l'espoir d'améliorer le bien-être et la santé mentale des jeunes sur le long terme (Giordano et Holm, 2020; Turban, King, Carswell et Keuroghlian 2020; Pullen Sansfaçon, Temple-Newhook, Suerich-Gulick, Feder, Lawson, Ducharme, Ghosh, Holmes et Team, 2019b). Turban *et al.* (2020) ont même constaté que la prise de bloqueurs avant le développement de la puberté endogène pouvait réduire les risques de suicide chez les personnes trans tout au long de la vie. Mais pour accéder à ces traitements, les jeunes doivent bénéficier du soutien de leurs parents. Or, si le soutien parental apparaît comme un enjeu capital dans le bien-être des jeunes trans (Katz-Wise, Ehrensaft, Vettters, Forcier et Austin, 2018; Wilson Chen, Arayasirikul, Raymond et McFarland, 2016; Ryan, 2009; Travers, Bauer, Pyne et Bradley, 2012; Wolowic, Sullivan, Porta, Valdez et Eisenberg, 2018; Pullen Sansfaçon, Gelly, Faddoul et Lee, 2020a), on estime qu'environ un tiers seulement de ces jeunes reçoit un soutien parental fort (Pullen Sansfaçon *et al.*, 2020a; Travers *et al.*, 2012). Cet article cherche à savoir comment les jeunes trans et leurs parents perçoivent l'impact des traitements médicaux de transition sur le bien-être du/de la jeune, et en quoi leurs perceptions diffèrent ou se rejoignent. En faisant dialoguer des entrevues conduites auprès des jeunes et de leurs parents, nous voulions comprendre ce qui poussait les familles à se tourner vers une démarche médicale, quelles attentes et craintes suscitaient les traitements d'affirmation de genre chez les jeunes et leurs parents et quels en étaient les impacts. L'article débute par un état des lieux de la recherche sur les enjeux entourant les jeunes trans qui effectuent une transition. Nous expliquerons dans un deuxième temps comment nous avons développé une méthodologie originale qui met en dialogue le discours des jeunes et de leurs parents. Nous présenterons ensuite les résultats de la recherche et terminerons par une discussion.

2. Recension

La littérature a mis en lumière les nombreuses difficultés que rencontrent les jeunes trans. De par leur jeune âge, iels² constituent un groupe particulièrement invisibilisé et donc d'autant plus vulnérabilisé et sujet à la victimisation, aux discriminations et au manque d'accès aux ressources (Grossman et D'Augelli, 2006). Selon Grossman, D'Augelli, Salter et Hubbard (2006), les violences que les jeunes trans subissent sont encore plus fortes à l'égard des personnes transféminines (qui expriment un genre féminin). Parce qu'iels évoluent dans un environnement hétéronormatif et cisnormatif – qui impose des normes d'hétérosexualité et de conformité au genre assigné à la naissance – et parce qu'iels vivent souvent de la dysphorie – un inconfort ou une détresse causée par une contradiction entre le genre assigné à la naissance et l'identité ressentie (Ashley, 2019) – on observe chez les jeunes trans des risques plus élevés de développer des dépressions, des pensées et comportements suicidaires, des syndromes post-traumatiques et des comportements autodestructeurs et/ou à risque (Grossman et D'Augelli, 2006; Katz-Wise *et al.*, 2018; Wilson *et al.*, 2016). L'accès aux ressources médicales est également un problème pour les jeunes trans. En effet, le milieu médical oppose souvent son « bouclier médical » (Espineira, 2011) aux personnes trans qui n'entrent pas dans un cadre normatif prédéfini. Et ce bouclier est d'autant plus rigide face aux jeunes trans dont l'identité et les choix sont souvent remis en question. Cette approche normalisante fondée sur une vision binaire du genre rend très difficile l'accès à des soins transaffirmatifs pour les jeunes trans (Pullen Sansfaçon et Bellot, 2016) et plus particulièrement pour les jeunes non binaires et/ou nonhétérosexuel·le·s (Turban *et al.*, 2020).

Pendant longtemps, les identités de genre non conformes étaient vues comme des pathologies qu'il fallait « traiter » en forçant l'enfant à se conformer au genre qui lui a été assigné à la naissance. Mais depuis une dizaine d'années, on assiste à un changement de paradigme dans l'approche des jeunes trans et un nombre croissant d'auteur·e·s défendent une approche transaffirmative. La WPATH a d'ailleurs fait une déclaration en 2010 disant que les caractéristiques et identités de genre qui varient de celle assignée à la naissance ne devraient pas être considérées comme pathologiques (Knudson, Cuypere et Bockting, 2010). La cible n'est donc plus l'enfant dont le genre n'est pas conforme aux attentes, mais son environnement qui cause de la pression et de la souffrance (Pyne 2014, 2016; Keo-Meier et Ehrensaft, 2018; Grossman et D'Augelli, 2006; Pullen Sansfaçon, 2015; Medico et Pullen-Sansfaçon, 2017). Grossman et D'Augelli (2006) recommandaient ainsi d'aider les jeunes à exprimer leur identité, d'améliorer leur accès aux ressources et d'agir sur leur environnement qui était identifié comme la source de leurs souffrances. Pullen Sansfaçon et Bellot (2016), pour leur part, ont proposé un modèle d'intervention fondé sur l'éthique de la reconnaissance. En s'appuyant sur les travaux de Honneth (2001), elles soulignent l'importance de la reconnaissance des jeunes trans dans les sphères familiale, sociale et légale afin de s'épanouir et être heureux·se. Or les jeunes manquent parfois de reconnaissance parentale, souffrent de

² Afin de refléter la diversité des identités de genre, cet article a été rédigé dans un langage neutre dans le genre (usage du point médian et de pronoms neutres comme « iel/iels »).

discrimination et d'invisibilisation sociale, et ne bénéficient pas encore d'une protection légale suffisante (Pullen Sansfaçon et Bellot, 2016). C'est pourquoi les auteures recommandent une intervention qui cible les familles et soutient les luttes et mobilisations. La transition médicale peut aussi, selon les auteures, être un mécanisme de reconnaissance important.

Les évidences cliniques et empiriques suggèrent que l'identité de genre commence à se former dès l'âge de 2 à 3 ans (Ehrensaft, 2011a), même si le processus d'identification en tant que trans peut prendre plus de temps et demeurer fluide (Pullen Sansfaçon, Medico, Suerich-Gulick et Newhook, 2020b). Selon Olson et Gülgöz, (2018) les jeunes trans affirmé·e·s dans leur genre identifient ce dernier dès l'âge de trois ans et de manière aussi forte et constante que les jeunes cisgenres. Grossman et D'Augelli (2006) observaient, pour leur part, que les jeunes trans réalisaient la discordance entre leurs genres assigné et authentique autour de 10 ans, et se disaient trans autour de 14 ans. En fait, si l'identité de genre peut parfois apparaître comme une révélation soudaine pour les parents, elle résulte souvent d'un processus long et complexe avant son dévoilement à l'entourage (Pullen Sansfaçon *et al.*, 2020b).

Aussi, Olson, Durwood, DeMeules et McLaughlin (2016) observent que les jeunes trans ayant la possibilité (avec le soutien des parents) d'explorer leur genre et d'effectuer une transition sociale ont des niveaux de dépression similaires à ceux des jeunes cisgenres. Mais au-delà de la transition sociale, il est possible, dans certains pays, pour les jeunes trans d'entamer une transition médicale qui permet notamment de mettre la puberté sur pause. La puberté (endogène) est en effet identifiée comme un moment anxiogène pour les jeunes trans qui souhaitent généralement éviter sa survenue (Pullen Sansfaçon *et al.*, 2019b). Turban *et al.*, 2020 constatent d'ailleurs que la prise de bloqueurs pour les personnes qui le souhaitent est associée à une baisse des envies suicidaires tout au long de la vie. Menino, Katz-Wise, Veters et Reisner (2018) observent, pour leur part, que le délai entre la découverte de l'identité de genre et l'introduction à des traitements hormonaux impacte le développement de stratégies inadaptées pour gérer le stress (comme la consommation de cigarettes). En somme, la littérature démontre l'importance pour les jeunes d'accéder à des traitements hormonaux, et ce, dès que possible.

Les écrits sur les jeunes trans se sont aussi intéressés à la question du soutien parental. On observe que celui-ci augmente la résilience des jeunes trans en réduisant la détresse psychologique (Katz-Wise *et al.*, 2018; Wilson *et al.*, 2016) et les risques associés comme les pensées et comportements suicidaires ou la toxicomanie (Ryan, 2009; Wilson *et al.*, 2016; Travers *et al.*, 2012). Le soutien parental est également très important pour permettre l'accès à des soins, ressources et services en santé (Wolowic *et al.*, 2018). Turban *et al.* (2020) observent ainsi que les jeunes ayant eu accès aux bloqueurs de puberté sont ceux qui bénéficiaient du soutien de leurs parents. Cela dit, il arrive que des jeunes non soutenu·e·s se procurent des médicaments par d'autres moyens. Une récente recherche montre d'ailleurs que si la plupart des jeunes de leur échantillon ayant pris des hormones ou bloqueurs d'hormones les avaient obtenus avec la prescription d'un médecin, certain·e·s s'étaient fourni·e·s auprès d'un·e ami·e ou un·e

proche (3 %), de pharmacies virtuelles (2 %) ou d'autres sources (7 %) (Taylor, Chan, Pullen Sansfaçon, Saewyc et l'équipe de recherche de l'enquête canadienne sur la santé des jeunes trans, 2020).

Malgré l'importance de la reconnaissance et du soutien parentaux, environ un tiers seulement des jeunes trans en bénéficient (Pullen Sansfaçon *et al.*, 2020a). Si la sécurité de l'enfant est un facteur qui motive certains parents à le/la soutenir (Pullen Sansfaçon, Robichaud et Dumais-Michaud, 2015), ces derniers peuvent aussi rencontrer des difficultés dans ce processus, comme le manque d'accès aux ressources, incluant les ressources financières, ou le jugement des autres (Pullen Sansfaçon *et al.*, 2015; Taylor *et al.*, 2020). Les parents peuvent aussi vivre une forme de « deuil ambigu » : d'un côté, ils perdent leur enfant tel qu'ils se l'imaginaient (« perdre son fils » ou « sa fille ») et les attentes construites à son égard, mais de l'autre, l'enfant est toujours présent, différemment (Coolhart, Ritenour et Grodzinski, 2018; Aramburu Alegría, 2018; Wahlig, 2015; Pullen Sansfaçon, Kirichenko, Holmes, Feder, Lawson, Ghosh, Ducharme, Newhook et Suerich-Gulick, 2019a). Le cadre culturel peu flexible concernant les normes de genre peut rendre l'acceptation parentale plus difficile, surtout lorsque l'identité de l'enfant n'entre pas dans la binarité de genre (Wahlig, 2015; Aramburu Alegría, 2018). De plus, Lawlis, Donkin, Bates, Britto, et Conard (2017) constatent un décalage entre les parents, préoccupé·e·s par les enjeux de sécurité et d'acceptation, et leurs enfants, plus prêt·e·s à commencer une transition et préoccupé·e·s par les enjeux liés à la transition.

Mais ces défis ne sont pas insurmontables. Aramburu Alegría, (2018) observe que les résultats positifs de la transition constatés chez les jeunes peuvent aider les parents à dépasser ces difficultés. Aussi, les écrits démontrent l'importance d'offrir du soutien aux parents autant qu'aux enfants dans le processus de transition (Medico et Pullen Sansfaçon, 2017). Les auteur·e·s préconisent notamment aux intervenant·e·s de remettre en question les biais culturels et d'offrir de l'information aux parents sur les variances de genre pour les aider à comprendre l'identité de leur enfant et déconstruire leurs aprioris (Birnkrant et Przeworski, 2017; Ehrensaft, 2011b; Grossman *et al.*, 2006).

La littérature commence donc à mettre en lumière l'importance pour les jeunes trans de pouvoir effectuer une transition médicale avec le soutien de leurs parents. On voit aussi que le cheminement vers l'affirmation de genre peut représenter des difficultés pour les parents. Mais les études qualitatives à ce sujet sont encore rares – beaucoup d'articles sont théoriques ou s'appuient sur des études quantitatives – et manquent cruellement dans le milieu francophone. À notre connaissance, il n'existe pas d'étude qualitative ayant exploré, à partir de la perspective des jeunes, mais aussi de leurs parents, les impacts de la transition médicale sur les jeunes trans et encore moins en français. Cette recherche vise donc à combler ce manque à ce sujet.

3. Méthodologie

Afin d'ancrer notre étude dans les expériences des participant·e·s, nous avons conçu notre recherche selon les principes de la théorisation ancrée (Strauss et Corbin, 1998; Dey, 1999) : approche inductive, usage de concepts sensibilisateurs plutôt qu'un cadre théorique entièrement développé, inclusion de données provenant de contextes variés pour assurer une diversité. Nous avons cependant eu recours à l'analyse thématique (Braun et Clarke, 2006) dès le début de la collecte de données afin de nous adapter aux complexités temporelles de cette recherche, ainsi qu'à l'aspect pluridisciplinaire de l'équipe de recherche. La combinaison de ces deux méthodes nous a permis de produire une compréhension multidimensionnelle des expériences médicales des jeunes et de leurs familles (Floersch, Longhofer, Kranke et Townsend, 2010) tout en mettant la parole des jeunes au cœur de notre projet (Pullen Sansfaçon *et al.*, 2019b).

Le recrutement a été effectué dans trois cliniques canadiennes offrant des soins d'affirmation de genre : le Centre de santé Meraki (Montréal, Québec), le Children's Hospital of Eastern Ontario (CHEO, Ottawa, Ontario) et le Centre des sciences de la santé de Winnipeg (Manitoba). Les cliniques ont généré une liste des jeunes patient·e·s pubères et prépubères ayant entamé, ou étant en attente, d'interventions médicales (bloqueurs de puberté, hormonothérapie). Une lettre expliquant la démarche a été envoyée aux jeunes et à leurs parents et les invitait à contacter l'équipe de recherche s'ils souhaitaient participer. La sélection des participant·e·s s'est faite selon des principes de diversification de l'échantillon (âge, identité de genre, soins reçus, etc.).

Des entrevues semi-dirigées ont été menées séparément avec chaque jeune et un de ses parents (ou responsable légal) au choix, qui était disponible et se portait volontaire pour participer (nous avons constaté que ce sont majoritairement les mères qui acceptaient de participer avec leur enfant). Puis un questionnaire socio-démographique était soumis au parent seulement. Les questions portaient sur diverses thématiques comme le développement de l'identité, la dysphorie, le processus d'acceptation parentale, l'expérience de la transition médicale, etc. Les entrevues ont été menées par des personnes formées à l'approche transaffirmative, dont deux s'identifiant comme personnes trans.

Soixante-douze entrevues ont été réalisées : 36 auprès des jeunes, 36 auprès de leurs parents (3 pères, 32 mères et un couple hétérosexuel qui souhaitait faire l'entrevue ensemble). Les jeunes avaient entre 9 et 17 ans (âge moyen : 14,6). Vingt et un jeunes étaient transmasculin·e·s (assigné·e·s filles à la naissance), 15 étaient transféminin·e·s (assigné·e·s garçons à la naissance), et parmi ces jeunes, 3 exprimaient une identité plus fluide ou non binaire. Les entrevues des jeunes duraient entre 24 et 104 minutes (en moyenne 61 minutes), celles des parents entre 24 et 105 minutes (en moyenne 55 minutes). Chaque entrevue était enregistrée, transcrite, puis anonymisée à l'aide d'un pseudonyme.

Deux assistant·e·s de recherche ont ensuite analysé séparément les données des jeunes et des parents à l'aide du logiciel MAXQDA. Chaque segment d'entrevue a été codé, puis les codes ont été regroupés par thématiques (codage ouvert, axial, sélectif). Un·e

troisième assistant·e a ensuite regroupé les données des jeunes et celles de leurs parents dans un tableau (avec des colonnes thématiques : sentiment par rapport au corps, sentiment par rapport à la transition médicale en général, attentes, peurs, doutes/regrets, effets positifs, effets négatifs, comportements autodestructeurs) qui nous a permis de mettre en dialogue le discours des parents et des jeunes, et de comparer les expériences des différentes familles.

Le projet a été approuvé par les comités d'éthique de chacune des cliniques ainsi que le comité d'éthique à la recherche de l'institution de la chercheuse principale et des cochercheur·e·s ayant accès aux données brutes.

4. Résultats

L'analyse nous a permis de dégager plusieurs thématiques : les moteurs de la transition, les attentes et appréhensions à l'égard des soins médicaux et enfin, les impacts de la transition. Nous présentons pour chaque thématique le point de vue des jeunes que nous mettons ensuite en dialogue avec celui de ses parents.

Les données reflètent une diversité des parcours médicaux des jeunes trans. En effet, leurs attentes envers les soins transaffirmatifs étaient variables, ainsi que leurs effets. Aussi, les jeunes de notre étude se trouvent à différentes étapes dans leur parcours de transition. Les plus jeunes s'apprêtent à commencer la prise de bloqueurs de puberté tandis que d'autres, plus âgé·e·s, ont commencé des traitements hormonaux (seul un jeune a subi une opération du torse). L'âge auquel la transition médicale a été débutée varie également, certain·e·s jeunes ont donc vécu une puberté endogène tandis que d'autres ont pu prendre des bloqueurs hormonaux avant que celle-ci ne se déclenche. Enfin, notons que la transition médicale s'accompagne parfois d'autres démarches, comme une transition légale et sociale, et que certaines expériences individuelles ou sociales peuvent également affecter l'expérience de soins. Il faut donc garder à l'esprit que les impacts de la transition médicale s'inscrivent dans une prise en charge holistique de l'enfant en fonction de ses besoins et de son parcours.

4.1. Les moteurs de la transition

Lors de notre étude, nous avons interrogé les jeunes sur leur rapport au corps et sur leur état psychologique perçu afin de comprendre ce qui peut les motiver à se tourner vers des cliniques spécialisées en soins transaffirmatifs. Beaucoup disent ressentir de la dysphorie, souvent renforcée par l'apparence de certaines caractéristiques physiques qui apparaissent comme de forts marqueurs de genre. Aussi, la plupart des jeunes expriment un mal-être et une relation complexe avec leur corps. Cependant, nous avons pu observer des variations entre les participant·e·s : certain·e·s se disent en conflit avec leur corps en entier, d'autres – plus rares – sont relativement à l'aise avec celui-ci ou en apprécient certaines parties. Pour les jeunes, le sentiment de dysphorie peut être déclenché par l'apparence physique (la forme du visage, l'apparition de poitrine, les parties génitales, la voix, etc.), mais aussi par des situations (avoir ses règles, uriner dans une certaine position, avoir des érections, etc.). Il semble d'autant plus fort lors de la puberté, souvent source de mal-être et d'anxiété chez les jeunes trans. Pour plusieurs

jeunes, ce mal-être est si fort qu'il affecte leur quotidien, leurs relations sociales et amoureuses et peut aller jusqu'à causer des comportements autodestructeurs (p. ex. mutilation, comportements suicidaires, troubles alimentaires, abus de substances). Au total, 26 jeunes sur 36 rapportent être ou avoir été affecté-e-s par ces pensées et/ou actes autodestructeurs, et la moitié des jeunes ont eu des pensées suicidaires. Face au mal-être de leur enfant, les parents se disent souvent inquiet-e-s, attristé-e-s et démuni-e-s.

*Seulement quelques fois j'étais comme « Je veux juste me couper la poitrine ». [...] J'avais [des pensées suicidaires] dans le passé. [...] J'ai été admis [dans un hôpital psychiatrique]. J'avais fait des tentatives avant, et la deuxième fois j'étais juste... J'ai dit à mes parents « je me sens si mal que ça. J'ai besoin d'y aller ». (Randy, 16 ans)*³*

*Oui, bien sûr qu'il y a de la dysphorie. [...] J'ai parlé de ça avec lui, du fait qu'il disait des choses, qu'il voulait s'enlever la vie ou quoi. On était comme, « Qu'est-ce qu'on fait avec ça? » On était évidemment préoccupés. [...] il a essayé de s'enlever la vie, il me semble que c'était il y a deux ans. (Alberto, père de Randy)**

Ce mal-être entraîne souvent une volonté de changer leur corps, comme le rapporte Joey : *Généralement, il y a des jours où je pense à changer [mon corps] autant que possible**. Dans certains cas, la survenue de comportements préoccupants a aussi permis aux parents de prendre connaissance de la détresse de leur enfant et de le/la référer à des professionnel-le-s de santé, puis de l'accompagner dans un processus de transition.

4.2. Les attentes et appréhensions à l'égard des soins médicaux

Les attentes à l'égard d'un traitement sont variables. D'une part, en fonction de l'âge (en début de transition et lors de l'entrevue), les jeunes n'ont pas vécu les mêmes changements physiques, ni n'ont eu accès aux mêmes ressources médicales. Les plus jeunes, par exemple, n'ont accès qu'aux bloqueurs de puberté, tandis que ceux ayant déjà pris des bloqueurs pendant plusieurs années ont ensuite la possibilité de prendre des hormones (testostérone ou œstrogènes). Quant aux opérations, elles ne sont pas disponibles avant l'âge de 16 ans (pour les mastectomies) ou 18 ans (chirurgies génitales). Les différences de parcours, d'expression de genre et de rapport au corps ont aussi un impact sur les attentes.

Globalement, il y a deux types d'effets recherchés : d'une part, empêcher ou corriger les effets d'une puberté endogène (arrêt des règles, empêcher la pousse des poils, le développement des hanches, de la poitrine, etc.), notamment avec la prise de bloqueurs, d'autre part, générer des caractéristiques dans le genre affirmé par la prise de traitements hormonaux (développement de la poitrine, changement de la voix, répartition des masses graisseuses, etc.). Les opérations chirurgicales permettent elles

³ Toutes les citations marquées d'un astérisque ont été traduites librement de l'anglais.

aussi de corriger des caractéristiques du genre assigné à la naissance ou de créer des caractéristiques du genre affirmé.

Les jeunes expriment généralement peu d'attentes envers les bloqueurs, si ce n'est de mettre la puberté sur pause, arrêter les règles et pouvoir par la suite accéder à l'hormonothérapie : [E]nfin, [mon corps] va arrêter de se développer. [U]ne fois que ça va être fait... que je suis sûre de mon choix, pis que tout le monde va évaluer ma situation, que c'est réellement ce que je veux, ben, j'vais pouvoir commencer les hormones (Tia, 14 ans). Dans de rares cas, des jeunes exprimant un genre non binaire ou ayant un rapport au corps moins conflictuel désirent avant tout empêcher les changements liés à la puberté dans le genre assigné, sans pour autant vouloir développer des caractéristiques de genre différentes. Ainsi, Olivier explique qu'il voulait des bloqueurs *dès qu'on peut pour arrêter* [la puberté]*, mais doute de la nécessité de prendre de la testostérone : *la testostérone, il y avait juste tellement de changements qui venaient avec. Et aussi, je ne suis pas particulièrement inconfortable avec mon corps, donc je n'étais pas sûr que ce soit réellement nécessaire pour moi** (Olivier, 16 ans).

La mastectomie est également souvent très attendue pour les personnes transmasculines (exprimant un genre masculin), car elle permet de ne plus se bander la poitrine (ce qui cause souvent de l'inconfort, des douleurs et a des effets délétères sur la santé) :

*La chirurgie du haut. [...] c'est juste ce que j'ai toujours voulu depuis que j'ai commencé à me développer, je pense. [...] J'ai toujours des problèmes avec [des blessures à cause du binder]. Je commence à être très inflammé juste après l'avoir porté quelques heures. Je suis très sensible maintenant, ce qui craint vraiment. Mon dos aussi. (Gary, 15 ans)**

La chirurgie des organes génitaux est aussi souhaitée par des jeunes, surtout chez les filles trans, mais elle est moins fréquemment mentionnée et plus sujette à réflexion.

Pour les jeunes, la transition médicale représente aussi un espoir d'être reconnu·e·s dans leur identité. Plusieurs jeunes disent vouloir être perçu·e·s dans leur genre authentique, être reconnu·e·s et pris·e·s au sérieux dans leur démarche. Certain·e·s souhaitent même être visibles comme des hommes ou des femmes sans dévoiler leur parcours trans. Les jeunes espèrent donc que les changements apportés par les soins transaffirmatifs les rendront plus heureux·ses : *Le reste, je sais que ça va changer mon corps et ça va me rendre heureux* (Jim, 14 ans).

Un espoir que partagent les parents : *Là, c'est juste la prochaine étape... Je le vois, il a juste hâte, il calcule les dates. La prochaine date, ça va être [pour commencer la testostérone]. Ah, ça, c'est le bonheur ultime.* (Lydia, mère de Jim)

Si les jeunes parlent beaucoup des changements attendus, la priorité des parents est surtout l'amélioration du bien-être de leur enfant. Plusieurs parents ont exprimé leur inquiétude face au mal-être de leur enfant et espèrent qu'une transition médicale pourra l'aider. Certains parents soulignent même l'urgence de la situation :

*Plus ça prenait du temps, plus il devenait malheureux. [...] Donc je me suis dit, on doit accélérer ça, parce que sa vie est en danger. Tu sais, quand j'ai vu qu'il commençait à se couper et à prendre des médicaments, j'ai dit: tu sais quoi? je dois faire quelque chose pour mon enfant. Donc j'ai commencé à creuser plus sérieusement. (Maika, mère de Jason)**

Cependant, les jeunes et les parents peuvent avoir une perception différente des besoins du/de la jeune au regard de la transition. Par exemple, Debbie dit vouloir certains changements physiques, mais pas d'autres : *Je veux pas avoir de seins, je veux pas avoir de vagin. [...] Et pas de poils, comme là, là, là. Je veux garder mon pénis, mais être dans le corps d'une fille. [...]. Comme les filles, eux, y ont pas de poils comme là, pis toute ça, moi je veux vraiment que ça soit toute blond (Debbie, 9 ans). Un choix que sa mère a du mal à comprendre :*

*Maintenant qu'elle sait qu'elle va avoir besoin d'une chirurgie, elle est comme « Je garde mes parties de garçon ». OK, bien... OK. Et je pense : [...] tu vas devoir faire un choix, [...] mais en même temps, pourquoi garderais-tu les autres parties sans pouvoir rien faire avec? (Maria, mère de Debbie)**

Si la transition médicale suscite des attentes, elle génère aussi des peurs chez les jeunes et leurs parents. Globalement, les jeunes rapportent beaucoup moins de peurs que d'attentes. Ce qui est le plus fréquemment mentionné est la peur des aiguilles. Quelques jeunes s'inquiètent aussi de certains changements provoqués par les hormones :

*Et certains des changements, je ne suis pas nécessairement à l'aise avec ça. [...] Le clitoris, la possible croissance du clitoris. [...] Je n'aime pas ça. C'est juste 'meh'. Mes poils... Je n'aime vraiment pas les poils. [...] Tu sais, la barbe ça serait plutôt cool d'en avoir, mais je ne veux pas, tu sais, comme ça change la manière dont la graisse est répartie. (Gary, 15 ans)**

Enfin, des jeunes mentionnent des craintes à l'égard des effets secondaires (acné ou ménopause), mais le besoin prend généralement le dessus : *T'sais c'est sûr quand tu lis les effets secondaires, t'es plus porté-e à te faire des idées pis avoir peur. Mais j'avais tellement juste hâte de les commencer que je laissais faire les effets secondaires pis je voulais juste avancer (Eloise, 16 ans). La peur des effets sur la santé semble toutefois peu présente chez les jeunes. Pour Anika (16 ans), ce sont plutôt les peurs de son père qui la rendent nerveuse : *Mon père m'a dit que ça me donnerait le cancer [rires]. Je ne sais pas pourquoi il a dit ça**.*

À l'inverse, les parents manifestent plus d'inquiétudes que les jeunes, notamment au regard des effets sur la santé : *Et aussi, on est des cobayes, personne ne sait réellement ce que la testostérone fait aux ovaires, à l'utérus, au col de l'utérus, pour le cancer... ** (Sylvie, mère de Steve). Mais à l'instar des jeunes, des parents se disent moins inquiets des effets secondaires des traitements que des risques encourus si l'enfant n'y a pas

accès : *J'ai peur que quelque chose arrive [...] et qu'on lui dise qu'il doit arrêter. Bien sûr, c'est à long terme et il y aura des effets secondaires, mais je pense que ces effets ne sont pas aussi gros que les effets s'il ne pouvait pas les prendre, émotionnellement** (Kristie, mère de Daren).

Une autre peur récurrente chez les parents est l'idée que l'enfant puisse avoir des regrets. Plusieurs parents sentent une lourde responsabilité peser sur leurs épaules en autorisant leur enfant à commencer une transition médicale :

*[J]'ai eu une conversation avec [le médecin], parce que mon inquiétude, je ne pense pas que Juliette va, j'hésite à dire le mot « régresser », revenir là où elle était avant. [...] Je me disais : Qu'est-ce qu'il se passe quand Juliette a 25 ans et me dit... Deux choses pourraient arriver. Juliette dirait « Maman, j'avais 9 ans. Comment as-tu pu me laisser prendre une décision comme ça à 9 ans? », ou 10, ou 11, tu vois ce que je veux dire? « Mais comment as-tu pu me laisser faire? J'étais juste un·e enfant » [...] Et si j'avais dit non, alors ça serait « Bon, pourquoi tu m'as réprimé·e? Pourquoi tu ne m'as pas laissé·e être la personne que je veux être? » Tu sais? Et c'est énorme, une inquiétude énorme pour moi quand il s'agit d'accepter le Lupron. (Rebecca, mère de Juliette)**

Il est intéressant de noter que si quelques jeunes ont parfois eu des périodes de doutes liées à leurs peurs, iels disent ne jamais avoir voulu arrêter la transition, et aucun·e jeune n'exprime de regrets (si ce n'est de ne pas avoir commencé plus tôt). Au contraire, les effets de la transition médicale sont généralement reçus de manière positive.

4.3. Les impacts de la transition

Les jeunes et leurs parents ont discuté des impacts qu'ont eu les soins médicaux d'affirmation de genre. Bien que certains effets non désirés sont rapportés, tou·te·s les participant·e·s se disent satisfait·e·s d'avoir entamé cette démarche et constatent un mieux-être. Plusieurs jeunes rapportent que la prise de bloqueurs a permis l'arrêt des changements liés à la puberté. L'arrêt des règles, notamment, représente souvent un soulagement pour les participant·e·s, comme en témoigne Lyndon (15 ans) : *Je me sens super bien. Je n'ai plus de règles, donc ce n'est plus un soucis... Parce que ça me rendait très très très très dysphorique. Donc, j'me sens très bien maintenant, je ne me rends même pas compte que j'ai un utérus**. Plusieurs jeunes disent se sentir mieux dans leur corps et les parents ont pu constater cette évolution positive : *Tous [les changements] m'ont fait sentir plus à l'aise avec mon corps. Celui qui a probablement fait la plus grosse différence était l'opération du haut** (Steve, 17 ans). *Avant la chirurgie, il portait des binders. Et, il portait souvent des pulls, sa posture était horrible [...]. Depuis la chirurgie, il est tellement plus heureux dans son corps. [...] Si c'est la bonne chose pour ton enfant, ça change du tout au tout** (Sylvie, mère de Steve).

Cette réconciliation avec le corps – et parfois même le simple fait d'amorcer le processus de transition – semble avoir des effets positifs sur la santé mentale et apparaît comme un soulagement. Des jeunes rapportent une réduction de la dysphorie et de l'anxiété,

une amélioration du sommeil, un sentiment d'optimisme et de confiance en soi. Beaucoup se disent plus heureux-ses, ce que les parents constatent aussi : *Je suis sur les bloqueurs d'hormones, et depuis que j'ai commencé, je me sens très très heureux** (Olivier, 16 ans); [...] *il est d'humeur plus égale. Moins anxieux, plus souriant, plus bubbly un peu* (June, mère d'Olivier).

Ces améliorations apportées par les soins transaffirmatifs semblent de surcroît avoir pour effet de conforter les jeunes ainsi que leurs parents quant au choix d'effectuer une transition : *C'est quelque chose de sérieux, mais là je regardais dans le miroir, j'écoutais ma voix et j'étais comme, c'est ça que je veux faire** (Brandon, 17 ans), *C'est ce dont il avait besoin, et il est lui, et je n'ai aucun soucis à ce stade-là, je veux dire, c'est la bonne décision pour lui, et il en est toujours très convaincu** (Sylvie, mère de Steve).

Le fait de commencer une transition médicale est aussi un engagement fort de la part de l'enfant (et des personnes qui l'accompagnent) qui donne du poids et de la légitimité à sa démarche. D'une certaine façon, la transition médicale semble apporter de la reconnaissance à l'enfant, à la fois de ses choix mais aussi de son identité.

Il y a beaucoup de gens qui ont pensé comme moi au début : il va changer d'idée [...]. Comme si, eux autres aussi, ils avaient peut-être une petite espérance que ça allait changer. Mais là, depuis qu'on a dit qu'on commençait les bloqueurs le mois passé, ça a fait comme « OK, ben, il n'y en aura pas, de changements ». [...] Ils ont fait comme « Ah ben là, c'est vrai, d'abord! ». (Lydia, mère de Jim)

[Y] *'avais un gars dans ma classe qui s'amusait à dire « OK mais, tu fais de l'œstrogène ça veut dire que t'es une fille » parce qu'on venait de voir le système reproducteur féminin. Puis, vu que là je ne produis plus d'œstrogène, ça m'a permis de lui expliquer que non je ne pouvais pas être considéré une fille, vu que je n'avais plus de menstruations. Puis, là, vu que je vais prendre la testostérone bientôt, [...] ça va être encore mieux.* (Jeff, 15 ans)

Plusieurs parents constatent aussi que les soins transaffirmatifs ont eu un effet positif sur la sociabilité de leur enfant et sur leurs relations familiales.

[...] *il reste plus avec nous autres, puis moins enfermé dans sa chambre puis tout ça. [...] À ç't'heure quand il a de la visite chez nous elle vient voir c'est qui, puis elle reste avec nous autres. [...] Ça fait du bien de voir les choses de même parce qu'avant y'était tout le temps dans sa chambre t'sais [...] tandis que maintenant il se force plus pour être avec nous.* (Shirley, mère de Tia)

Dans certains cas, cela a aussi eu un impact sur la scolarité des jeunes, car certain-e-s avaient cessé d'aller à l'école ou avaient des difficultés scolaires en raison de leur anxiété ou de leur mal-être.

Enfin, les jeunes et leurs parents rapportent une diminution des comportements suicidaires ou autodestructeurs. Des jeunes disent avoir retrouvé le goût de vivre et avoir plus confiance en l'avenir :

*Bien, habituellement, ces moments [de dépression] arrivaient, tu sais, pendant ce moment du mois. Et plus tellement récemment juste parce que, je suis comme devenu plus, j'imagine que je peux dire plus confortable avec mon corps, autant que je ne l'aime pas. Mais les premières années c'était très dur et euh, j'étais pas de bonnes choses... (Jake, 16 ans)**

*Je sais qu'il n'est plus à risque, mais quand il n'était pas trop sûr de ce qui allait arriver avec lui-même, je sais qu'il y a pensé, il n'est jamais passé à l'action, il s'est coupé, mais il n'a jamais essayé de se faire plus mal que de juste se couper donc, les médicaments et les thérapies et juste être plus confortable avec lui-même, ça a tout fonctionné ensemble pour réduire le risque. (Jasmine, mère de Jake)**

Bien que moins présents dans les témoignages recueillis, les jeunes et leurs parents perçoivent parfois des effets non désirés qu'ils attribuent aux traitements d'affirmation de genre : des bouffées de chaleurs, une augmentation de l'acné, dans de plus rares occurrences, un manque de calcium, des fractures de stress, et dans un cas, l'augmentation des idées suicidaires (voir Pullen Sansfaçon *et al.*, 2019b pour discussion approfondie). Ceci dit, nous remarquons qu'il est parfois difficile de savoir si ces changements sont attribuables aux traitements hormonaux ou à l'adolescence. Ainsi, Franca constate plus d'opposition chez sa fille Eloise, mais pense qu'un ensemble de facteurs peuvent contribuer à cette attitude : *C'est sûr que c'est l'adolescence, là, j'imagine. Puis on joue dans les hormones, ça fait que ça doit pas aider. [...] Je pense que c'est une accumulation de beaucoup de choses.*

Dans de rares cas, des jeunes disent ressentir une pression à devoir choisir un genre ou l'autre alors qu'ils ne souhaitent pas nécessairement changer tous les aspects de leur apparence. Cette pression est avant tout sociale, mais les jeunes y font face également dans leur parcours médical puisque peu d'options s'offrent aux personnes souhaitant exprimer une identité plus neutre :

*Je ne veux pas avoir des formes et tout. Mais en même temps je ne veux pas avoir des poils ou des trucs comme ça. [...] Je veux un juste milieu qui n'existe pas. [...] Donc, j'imagine que c'est un très bon indicateur que je suis quelque part au milieu, et la pression me dit de me conformer. (Scott, 16 ans)**

Enfin, plusieurs jeunes se plaignent de l'attente face à des effets qui tardent à se manifester, et/ou des démarches qui prennent trop de temps :

*Il ne se passe pas grand' chose pour l'instant, mais ma moustache continue à pousser. [Je ne me sens] pas bien. [...] Parce ce que je pense que les gens vont remarquer et dire que je suis un garçon. (Sarah, 12 ans)**

Plusieurs jeunes expriment leurs regrets de ne pas avoir fait leur coming-out plus tôt, ce qui leur aurait permis de commencer plus rapidement les procédures médicales : *C'est sûr que si j'avais pu le faire avant ma puberté ou t'sais quand j'avais 10 ans, oui, je l'aurais fait [...] j'aurais eu ma vraie puberté de fille. Ça aurait été plus facile (Eloise, 16 ans), J'veux dire, personnellement, j'aurais aimé que ce soit comme, que je puisse l'avoir quand j'avais un torse plat, mais tant pis** (Joey, 13 ans). De plus, l'accès aux soins est parfois long et difficile, ce qui ralentit encore le processus. Ce délai peut s'avérer critique à un âge où les jeunes peuvent très vite développer des caractéristiques du sexe assigné à la naissance.

Aujourd'hui j'en ai des downs de temps en temps de « ah c'est long, ah j'étais sensé avoir mes bloqueurs aujourd'hui j'les ai juste le mois prochain ». Parce que [...] j'étais sensé avoir mes bloqueurs y'a trois mois. puis j'les ai seulement eu le mois après. fait que « ah j'ai encore un mois à attendre, un mois de plus à attendre la testostérone, un mois de moins de changement. (Jim, 14 ans)

Les parents sont même parfois inquiets de voir leur enfant souffrir de l'attente :

[Jeff était] super heureux quand il a reçu son injection. Super heureux. Super déçu quand il a eu ses menstruations, parce qu'il a quand même eu ses menstruations le premier mois. Tellement c'est... C'est venu me chercher. Parce que vraiment il était déçu, il voulait s'arracher l'utérus et y'a rien qui faisait. (Jackie, mère de Jeff)

Y'a des up and downs. Justement son opération ça le dérange beaucoup parce que ça n'a pas lieu. Tsé, y'est facile à faire des downs. [...] C'est pas relié à son identité de genre c'est relié aux attentes, c'est long. Les attentes pour les chirurgies. Parce que côté transfor- évolution y'est content, y'est heureux, ça évolue bien, sa dose de testo est correcte, tout ça c'est clair, c'est correct. C'est vraiment présentement c'est l'attente de l'opération qui le bloque. (Tina, mère de Matthew)

En dépit de certains effets non désirés, la transition médicale semble donc apporter un réel mieux-être chez les jeunes, à la fois dans leur propre perception de leur corps, mais aussi dans la reconnaissance qu'ils obtiennent aux yeux des autres. Cela a pour effet de réduire les difficultés en santé mentale et les comportements suicidaires ou autodestructeurs en augmentant leur confiance et leur bonheur. Cependant, bien que les parents et les enfants se rejoignent sur ces constats positifs, on observe un certain décalage dans la manière dont les jeunes et leurs parents appréhendent la transition médicale.

5. Discussion : une convergence dans la perception des impacts bénéfiques de la transition, mais un décalage dans son appréhension

Notre recherche a permis de mettre en lumière certains points de convergence dans les perceptions des jeunes et de leurs parents quant à l'impact de la transition médicale, notamment sur le plan des bénéfices pour la-e jeune et de l'importance de limiter ou réduire les délais d'accès aux soins. En revanche, on observe des divergences dans les attentes et les appréhensions à l'égard des interventions médicales.

Les narratifs des jeunes et de leurs parents s'accordent sur les impacts bénéfiques de la transition médicale. L'utilisation de bloqueurs de puberté et de traitements hormonaux semblent limiter le sentiment de dysphorie chez les jeunes participant·e·s et avoir un effet non négligeable sur la santé mentale des jeunes en réduisant notamment l'anxiété, la dépression, les pensées et comportements suicidaires ainsi que l'automutilation. La possibilité d'éviter une puberté endogène – souvent la cause de ces problèmes, ou à tout le moins, un facteur aggravant – et de vivre une puberté dans le genre souhaité est donc un enjeu capital. Ainsi, nos résultats complètent ceux de Turban *et al.*, (2020) qui ont pu observer par le biais de questionnaires que la prise de bloqueurs de puberté pour les jeunes trans qui en avaient envie réduisait significativement les idées suicidaires, et ce, tout au long de la vie.

Nos données mettent aussi en lumière l'enjeu de la temporalité. Olson *et al.* (2016) ont montré qu'une transition sociale effectuée à un jeune âge réduit les risques de dépression à des taux similaires aux jeunes cisgenres. Selon Giordano et Holm (2020), la prescription de bloqueurs de puberté chez les jeunes dont le sentiment dysphorique persiste à l'arrivée de la puberté permet de laisser du temps à l'enfant pour déterminer son identité de genre et prévient certains problèmes futurs (opérations invasives, dysphorie, souffrances psychosociales, comportements suicidaires). Menino *et al.* (2018) constatent aussi un lien entre le délai avant la prise de traitements et le développement de stratégies adaptatives néfastes. Dans ce sens, plusieurs jeunes dans notre échantillon ont exprimé leur regret de ne pas avoir exposé leur identité ou leurs questionnements à ce sujet plus tôt, ce qui leur aurait permis de commencer le processus médical plus rapidement – avant le développement de certaines caractéristiques physiques qui leur causent aujourd'hui des souffrances (dysphorie, usage de *binders* inconfortables, pensées et comportements autodestructeurs, etc.). Plusieurs jeunes et leurs parents ont rapporté des difficultés d'accès aux traitements, ce qui impacte négativement la santé mentale des jeunes et préoccupe les parents. Il est donc essentiel de faciliter la prise en charge des jeunes trans rapidement lorsque nécessaire et de réduire les délais pour l'accès aux bloqueurs de puberté et autres interventions d'affirmation de genre.

Tout en réduisant le mal-être des jeunes, la possibilité pour les jeunes d'effectuer une transition médicale leur permet de s'épanouir, de gagner en confiance. Les jeunes s'ouvrent, deviennent plus sociables, améliorent leurs relations familiales et les parents constatent de meilleures performances scolaires. Tout comme discuté dans plusieurs recherches, l'idée de la reconnaissance prend souvent son sens lorsqu'il s'agit d'intervention auprès des jeunes trans (Pullen Sansfaçon et Bellot, 2016). En effet,

plusieurs auteur·e·s ont fait l'emprunt à la théorie de la reconnaissance développée par Hegel (1977) puis approfondie par Honneth (2001), qui permet de comprendre l'apport de la reconnaissance dans différentes sphères de la vie (familiale, légale et sociale) sur l'épanouissement et la réalisation de soi des jeunes trans (Pullen Sansfaçon et Bellot, 2016; Pullen Sansfaçon *et al.*, 2020a; Pyne, 2016). Nos données font écho à ces écrits et illustrent comment l'accès aux soins médicaux peut faciliter différentes formes de reconnaissance des jeunes trans, notamment dans les sphères familiale et sociale : certains parents ont plus de facilité à reconnaître le genre de leur enfant quand son corps est aligné avec son identité, certain·e·s jeunes espèrent que les traitements médicaux leur permettront d'être davantage lu·e·s dans leur genre affirmé voire devenir « *stealth* » (ne plus dévoiler leur statut trans). Ces deux sphères de reconnaissance conditionnent l'épanouissement personnel puisqu'elles permettent respectivement la confiance en soi et l'estime de soi. On peut donc penser que si la transition médicale a un tel impact sur le bien-être des jeunes, c'est en grande partie parce qu'elle donne accès à ces formes de reconnaissance.

Cependant, de nos données émerge une autre forme de reconnaissance qui, selon nous, a un impact important sur le bien-être des jeunes trans : la reconnaissance de soi. En effet, s'il y a bien un aspect social dans la dysphorie (l'image que les autres renvoient est en décalage avec l'identité ressentie), il s'agit avant tout d'un phénomène personnel (Pullen Sansfaçon, 2020b) où la personne ne se reconnaît pas elle-même, à tel point qu'elle peut vouloir supprimer (certaines parties de) son corps (automutilation, anorexie, comportements suicidaires). En permettant une cohérence entre le corps et l'identité ressentie, les soins médicaux d'affirmation de genre pourraient être un catalyseur de reconnaissance de soi qui, nous en émettons l'hypothèse, pourrait même précéder toute autre forme de reconnaissance.

Nos données mettent également en évidence certaines différences dans la perception qu'ont les jeunes et leurs parents du parcours médical de transition et de son impact, notamment en ce qui a trait à certaines attentes et appréhensions. En effet, les parents semblent manifester plus de craintes concernant l'impact sur la santé de leurs enfants, mais aussi par rapport aux regrets que pourrait avoir l'enfant plus tard dans sa vie. Les parents peuvent en effet ressentir une forte responsabilité face au choix de laisser leur enfant effectuer une transition, ce que souligne aussi Aramburu Alegría (2018). De leur côté pourtant, les jeunes expriment plus de certitudes quant à leurs choix, et leurs doutes portent plus sur les effets des traitements sur leur expression de genre. Mais aucun·e jeune n'a exprimé de regrets. Si la question des regrets est souvent source d'inquiétude, particulièrement pour les parents, la plupart des études menées à ce sujet observent de faibles taux de regrets (inférieurs à 2 % pour les cohortes quantitativement significatives) chez les patient·e·s ayant suivi des traitements de réassignation sexuelle, que ce soit à court ou long terme (Olson-Kennedy, Warus, Okonta, Belzer et Clark, 2018; Wiepjes *et al.*, 2018; Smith, Goozen, Kuiper et Cohen-Kettenis, 2005; Cohen-Kettenis, Schagen, Steensma, de Vries, 2001; Pfäfflin, 1993).

Sur le plan des attentes, on voit aussi que les jeunes et leurs parents peuvent avoir des motivations différentes concernant la décision d'entamer une transition médicale. Souvent, les jeunes souhaitent réduire leur sentiment de dysphorie, voir leur corps changer et devenir plus aligné avec leur genre ressenti et réduire l'inconfort lié à certains outils d'expression de genre (comme le *binder*). Iels parlent beaucoup des changements physiques qu'ils souhaitent obtenir. Pour les parents, les attentes portent plus sur la santé mentale de leur enfant et le fait de le voir aller mieux, être plus heureux-se ou cesser des comportements autodestructeurs. Il est important de noter aussi que dans certains cas, la perception que les parents ont des besoins de leur enfant peut diverger des besoins exprimés par ce dernier, comme une mère qui ne comprend pas pourquoi sa fille veut garder ses organes génitaux. Ces décalages entre les motivations et besoins perçus par les jeunes et les parents ont plusieurs implications.

D'une part, cela signifie que les interventions auprès des jeunes et des parents doivent être adaptées à leurs préoccupations spécifiques. Notre étude montre que les jeunes ont besoin d'informations quant aux différentes options médicales qui s'offrent à elleux et les différents effets qu'ils peuvent en attendre. Les parents ont plutôt besoin d'être informés sur l'équilibre à trouver entre les risques sur la santé physique et les bénéfices sur la santé mentale de leur enfant. Malpas, Glaeser et Giammattei (2018) soulignent d'ailleurs l'importance d'accompagner les parents et d'aborder ces peurs qui peuvent les rendre rigides face aux besoins de l'enfant.

D'autre part, il est primordial de prendre davantage en compte la parole des jeunes dans les recherches sur les jeunes trans. Les méthodologies qui s'appuient uniquement sur le témoignage des parents peuvent souffrir de biais importants et passer à côté des enjeux réels auxquels sont confronté·e·s les jeunes. Notre étude a ainsi mis en lumière un enjeu important qui n'apparaît pas dans le discours des parents : l'orientation encore très binaire des parcours médicaux. En effet, tou·te·s les jeunes ne souhaitent pas d'hormonothérapie ou d'interventions chirurgicales. Trois jeunes dans notre échantillon expriment une identité plutôt fluide ou non binaire. Il y a également une jeune de neuf ans qui s'identifie comme une fille mais dit ne pas vouloir de seins et de vagin. Ces jeunes peuvent rencontrer des difficultés dans leur parcours médical. Certain·e·s déplorent la pression ressentie à devoir « choisir un côté ou l'autre » ou à devoir envisager certaines opérations jugées non essentielles. Les effets de l'hormonothérapie peuvent également présenter des inconvénients ou effets non désirés. Pour les jeunes souhaitant « neutraliser » les marqueurs de genre plutôt que d'en développer, les bloqueurs de puberté apportent souvent une bonne alternative mais qui n'est malheureusement pas durable (puisqu'ils ne peuvent être pris à long terme).

Ces données suggèrent qu'il serait nécessaire que le milieu médical reconnaisse la pluralité des identités et des parcours afin de trouver, avec les jeunes, des solutions qui s'adaptent à leurs besoins spécifiques, dans la mesure du possible. Si la non-reconnaissance des identités non binaires dans le milieu médical et le manque d'accès qui en découle ont déjà été soulignés (Pullen Sansfaçon et Bellot, 2016; Clark, Veale, Townsend, Frohard-Dourlent et Saewyc, 2018), nous voulons ajouter que la crainte de se voir refuser l'accès à des soins médicaux transaffirmatifs pourrait être

ressentie par les jeunes comme une pression à se conformer à un parcours-type et à effectuer des changements qu’iels jugent non-nécessaires. Aussi, les professionnel-le-s travaillant auprès des jeunes devraient adopter des stratégies afin de limiter les délais et bien expliquer que les processus d’évaluation visent à mieux comprendre leur expérience et mieux y répondre. Cela pourrait aider le-a jeune à prendre des décisions plus éclairées à propos des interventions pour qu’elles répondent au mieux à ses besoins. Il importe également d’expliquer au/à la jeune que les délais ne sont pas mis en place pour questionner ou mettre en doute son identité. Dans le cas des jeunes ayant des identités non binaires, il apparaît que certain-e-s jeunes non binaires se présentent peut-être davantage comme étant binaires afin d’avoir accès aux soins. Il serait donc peut-être nécessaire de revoir certains protocoles afin de pouvoir les appliquer avec une plus grande flexibilité (Pullen Sansfaçon *et al.*, 2019b) et d’en poursuivre l’étude.

6. Limites

Il est important de souligner que d’autres interventions, comme le soutien psychologique ou social, pourraient aussi avoir eu un impact sur le bien-être des jeunes. On sait aussi que le soutien parental joue un rôle majeur dans le bien-être des jeunes. Or, le fait que les parents acceptent que l’enfant suive une transition médicale pourrait aussi, en soi, avoir un impact sur le bien-être du/de la jeune qui se sent alors reconnu-e et soutenu-e. Enfin, comme l’ont souligné Olson *et al.* (2016), la possibilité de faire une transition sociale peut déjà avoir un impact très important sur la santé mentale des jeunes. Donc, si ces données démontrent que l’accès à des bloqueurs de pubertés et à des traitements hormonaux affecte positivement le bien-être des jeunes trans, il faut cependant contextualiser cette démarche médicale (réservée à des jeunes bénéficiant de certains privilèges, comme le soutien parental et/ou des ressources économiques favorisant l’accès à une transition) et rappeler qu’il est difficile de distinguer précisément l’impact de chaque intervention (médicale, sociale, légale, soutien parental etc.). Nous pensons en effet que si l’approche médicale peut être salvatrice pour bien des jeunes, seule une approche holistique et adaptée aux besoins de chacun-e permet réellement d’aider les jeunes trans.

7. Conclusion

En conclusion, ces résultats montrent que l’accès aux traitements médicaux d’affirmation de genre avant le développement de la puberté endogène a un impact positif, à la fois sur les jeunes et leurs familles. S’ils peuvent susciter des doutes et des craintes (plus particulièrement chez les parents), les traitements apparaissent comme une source de confirmation lorsque les jeunes et leurs parents commencent à en voir les effets positifs. Pour l’enfant, voir son corps s’harmoniser progressivement avec son identité permet tout d’abord une reconnaissance de soi puis une reconnaissance intersubjective. Le-a jeune se reconnaît dans le miroir, mais aussi dans le regard des autres qui, à leur tour, le-a reconnaissent. Les parents, non seulement reconnaissent la validité de son identité de genre et de sa démarche (en affirmant que c’était « le bon choix »), mais découvrent aussi la personnalité authentique de leur enfant qui s’épanouit devant eux. Cette étude indique aussi que les jeunes ont des envies et des besoins différents et qu’il est

nécessaire d'avoir une certaine flexibilité et de reconnaître la fluidité du genre pour permettre aux jeunes de vivre et de s'exprimer dans toute leur complexité. L'amélioration de l'accès aux soins d'affirmation de genre semble être un aspect crucial du parcours de ces jeunes, notamment en réduisant les délais, mais aussi en les accueillant dans leur diversité.

Bibliographie

- Aramburu Alegria, C. (2018). Supporting families of transgender children/youth: Parents speak on their experiences, identity, and views, *International Journal of Transgenderism*, 19 (2), 132-143. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1450798>
- Ashley, F. (2019). The Misuse of Gender Dysphoria: Toward Greater Conceptual Clarity in Transgender Health, *Perspectives on Psychological Science*. <https://doi.org/10.1177/1745691619872987>
- Birnkranz, J. M. et A. Przeworski (2017). Communication, advocacy, and acceptance among support-seeking parents of transgender youth, *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 21 (2), 132-153. <https://doi.org/10.1080/19359705.2016.1277173>
- Braun, V. et V. Clarke (2006). Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Clark, B. A., J. F. Veale, M. Townsend, H. Frohard-Dourlent et E. Saewyc (2018). Non-binary youth : Access to gender-affirming primary health care, *International Journal of Transgenderism*, 19 (2), 158-169. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1394954>
- Cohen-Kettenis, P. T., S. E. E. Schagen, T. D. Steensma, A. L. C. de Vries et H. A. Delemarre-van de Waal (2011). Puberty Suppression in a Gender-Dysphoric Adolescent: A 22-Year Follow-Up, *Archives of Sexual Behavior*, 40 (4), 843-847. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9758-9>
- Coolhart, D., K. Ritenour et A. Grodzinski (2018). Experiences of Ambiguous Loss for Parents of Transgender Male Youth: A Phenomenological Exploration, *Contemporary Family Therapy*, 40 (1), 28-41. <https://doi.org/10.1007/s10591-017-9426-x>
- Dey, I. (1999). *Grounding grounded theory: Guidelines for qualitative inquiry*. Academic Press.
- Ehrensaft, D. (2011a). *Gender Born, Gender Made: Raising Healthy Gender-Nonconforming Children* (3^e éd.). The Experiment.
- Ehrensaft, D. (2011b). Boys will be girls, girls will be boys: Children affect parents as parents affect children in gender nonconformity, *Psychoanalytic Psychology*, 28 (4), 528-548. <https://doi.org/10.1037/a0023828>
- Espineira, K. (2011). Le bouclier thérapeutique : Discours et limites d'un appareil de légitimation, *Le sujet dans la cite*, 2, 189-201.

- Floersch, J., J. L. Longhofer, D. Kranke et L. Townsend (2010). Integrating Thematic, Grounded Theory and Narrative Analysis : A Case Study of Adolescent Psychotropic Treatment, *Qualitative Social Work*, 9 (3), 407-425. <https://doi.org/10.1177/1473325010362330>
- Giordano, S. et S. Holm (2020). Is puberty delaying treatment 'experimental treatment'? *International Journal of Transgender Health*, 21 (2), 113-121. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1747768>
- Grossman, A. H. et A. R. D'Augelli (2006). Transgender Youth, *Journal of Homosexuality*, 51 (1), 111-128. https://doi.org/10.1300/J082v51n01_06
- Grossman, A. H., A. R. D'Augelli, N. P. Salter et S. M. Hubbard (2006). Comparing gender expression, gender nonconformity, and parents' responses of female-to-male and male-to-female transgender youth : Implications for counseling, *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 1 (1), 41-59. https://doi.org/10.1300/J462v01n01_04
- Hegel, G. W. F. (1977). *Phenomenology of spirit* (traduit par Miller, A. V. et J. N. Findlay, 5^e éd.). Oxford : Oxford University Press.
- Heneghan, C. et T. Jefferson (2019, 25 février). *Gender-affirming hormone in children and adolescents*. BMJ EBM Spotlight. <https://blogs.bmj.com/bmjebmspotlight/2019/02/25/gender-affirming-hormone-in-children-and-adolescents-evidence-review/>
- Honneth, A. (2001). Recognition or Redistribution? *Theory, Culture & Society*, 18 (2-3), 43-55. <https://doi.org/10.1177/02632760122051779>
- Katz-Wise, S. L., D. Ehrensaft, R. Veters, M. Forcier et S. B. Austin (2018). Family Functioning and Mental Health of Transgender and Gender-Nonconforming Youth in the Trans Teen and Family Narratives Project, *The Journal of Sex Research*, 55 (4-5), 582-590. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1415291>
- Keo-Meier, C. et D. Ehrensaft (2018). *The Gender Affirmative Model : An Interdisciplinary Approach to Supporting Transgender and Gender Expansive Children*. Washington : American Psychological Association.
- Knudson, G., G. D. Cuypere et W. Bockting (2010). Recommendations for Revision of the DSM Diagnoses of Gender Identity Disorders : Consensus Statement of the World Professional Association for Transgender Health, *International Journal of Transgenderism*, 12 (2), 115-118. <https://doi.org/10.1080/15532739.2010.509215>
- Lawlis, S. M., H. R. Donkin, J. R. Bates, M. T. Britto et L. A. E. Conard (2017). Health Concerns of Transgender and Gender Nonconforming Youth and Their Parents Upon Presentation to a Transgender Clinic, *Journal of Adolescent Health*, 61 (5), 642-648. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.05.025>

- Malpas, J., E. Glaeser et S. V. Giammattei (2018). Building Resilience in Transgender and Gender Expansive Children, Families, and Communities: A multidimensional Family Approach. In C. Keo-Meier et D. Ehrensaft (dir.), *The Gender Affirmative Model: An Interdisciplinary Approach to Supporting Transgender and Gender Expansive Children* (p. 141-156). Washington : American Psychological Association.
- Medico, D. et A. Pullen-Sansfaçon (2017). Pour des interventions anti-oppressives auprès des jeunes trans : Nécessités sociales, évidences scientifiques et recommandations issues de la pratique, *Service social*, 63 (2), 21-34. <https://doi.org/10.7202/1046497ar>
- Menino, D. D., S. L. Katz-Wise, R. Vettters et S. L. Reisner (2018). Associations Between the Length of Time from Transgender Identity Recognition to Hormone Initiation and Smoking Among Transgender Youth and Young Adults, *Transgender Health*, 3 (1), 82-87. <https://doi.org/10.1089/trgh.2018.0002>
- Olson, K. R., L. Durwood, M. DeMeules et K. A. McLaughlin (2016). Mental Health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities, *Pediatrics*, 137 (3). <https://doi.org/10.1542/peds.2015-3223>
- Olson, K. R. et S. Gülgöz (2018). Early Findings from the TransYouth Project : Gender Development in Transgender Children, *Child Development Perspectives*, 12 (2), 93-97. <https://doi.org/10.1111/cdep.12268>
- Olson-Kennedy, J., J. Warus, V. Okonta, M. Belzer et L. F. Clark (2018). Chest Reconstruction and Chest Dysphoria in Transmasculine Minors and Young Adults : Comparisons of Nonsurgical and Postsurgical Cohorts, *JAMA Pediatrics*, 172 (5), 431-436. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.5440>
- Pfäfflin, F. (1993). Regrets After Sex Reassignment Surgery. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 5 (4), 69-85. https://doi.org/10.1300/J056v05n04_05
- Pullen Sansfaçon, A. (2015). Parentalité et jeunes transgenres : un survol des enjeux vécus et des interventions à privilégier pour le développement de pratiques transaffirmatives. *SantéMentale Au Québec*, 40 (3), 93-107.
- Pullen Sansfaçon, A., M. A. Gelly, M. Faddoul et E. O. J. Lee (2020a). 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. Revue interdisciplinaire sur la famille contemporaine*, 36. <http://journals.openedition.org/efg/10477>
- Pullen Sansfaçon, A., V. Kirichenko, C. Holmes, S. Feder, M. L. Lawson, S. Ghosh, J. Ducharme, J. T. Newhook et F. Suerich-Gulick (2019a). Parents' Journeys to Acceptance and Support of Gender-diverse and Trans Children and Youth, *Journal of Family Issues*. <https://doi.org/10.1177/0192513X19888779>

- Pullen Sansfaçon, A., D. Medico, F. Suerich-Gulick et J. T. Newhook (2020b). "I knew that I wasn't cis, I knew that, but I didn't know exactly" : Gender identity development, expression and affirmation in youth who access gender affirming medical care, *International Journal of Transgender Health*, 21 (3), 307-320. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1756551>
- Pullen Sansfaçon, A. et D. Medico (2021). Introduction.: pour une approche transaffirmative. In Pullen Sansfaçon, A. et D. Medico (dir.), *Jeunes trans et non binaires : de l'accompagnement à l'affirmation* (p. 11-40). Montréal : Éditions du Remue-ménage.
- Pullen Sansfaçon, A., M.-J. Robichaud et A.-A. Dumais-Michaud (2015). The Experience of Parents Who Support Their Children's Gender Variance, *Journal of LGBT Youth*, 12 (1), 39-63. <https://doi.org/10.1080/19361653.2014.935555>
- Pullen Sansfaçon, A., J. Temple-Newhook, F. Suerich-Gulick, S. Feder, M. L. Lawson, J. Ducharme, S. Ghosh, C. Holmes et O. Team (2019b). 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), 371-387. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1652129>
- Pyne, J. (2014). Gender independent kids: A paradigm shift in approaches to gender non-conforming children, *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 23 (1), 1-8. <https://doi.org/10.3138/cjhs.23.1.CO1>
- Pyne, J. (2016). "Parenting is not a job ... It's a relationship" : Recognition and relational knowledge among parents of gender non-conforming children, *Journal of Progressive Human Services*, 27 (1), 21-48. <https://doi.org/10.1080/10428232.2016.1108139>
- Ryan, C. (2009). *Helping Families Support Their Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Children*. Washington: National center for cultural competence, Georgetown university center for child and human development. https://www.researchgate.net/publication/238756322_Helping_Families_Support_Their_Lesbian_Gay_Bisexual_and_Transgender_LGBT_Children
- Smith, Y. L. S., S. H. M. V. Goozen, A. J. Kuiper et P. T. Cohen-Kettenis (2005). Sex reassignment : Outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals, *Psychological Medicine*, 35 (1), 89-99. <https://doi.org/10.1017/S0033291704002776>
- Strauss, A. et J. Corbin (1998). *Basics of Qualitative Research : Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Thousand Oaks : Sage Publications, Inc.
- Taylor, A. B., A. Chan, A. Pullen Sansfaçon, E. Saewyc et l'équipe de recherche de l'enquête canadienne sur la santé des jeunes trans. (2020). *ÊTRE EN SÉCURITÉ, ÊTRE SOI-MÊME 2019 : Résultats de l'enquête canadienne sur la santé des jeunes trans / Stigma and Resilience Among Vulnerable Youth Centre (SARAVYC)*. <https://www.saravyc.ubc.ca/2020/03/31/etre-en-securite-etre-soi-meme-2019/>

- The World Professional Association for Transgender Health (WPATH) (2012). *Standards de Soins pour la santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme*. https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_French.pdf
- Travers, R., G. Bauer, J. Pyne et K. Bradley (2012). *Impacts of Strong Parental Support for Trans Youth : A report prepared for Children's Aid Society of Toronto and Delisle Youth Services*. Trans PULSE. <http://transpulseproject.ca/research/impacts-of-strong-parental-support-for-trans-youth/>
- Turban, J. L., D. King, J. M. Carswell et A. S. Keuroghlian (2020). Pubertal Suppression for Transgender Youth and Risk of Suicidal Ideation, *Pediatrics*, 145 (2). <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1725>
- Wahlig, J. L. (2015). Losing the child they thought they had : Therapeutic suggestions for an ambiguous loss perspective with parents of a transgender child. *Journal of GLBT Family Studies*, 11 (4), 305-326. <https://doi.org/10.1080/1550428X.2014.945676>
- Wiepjes, C. M., N. M. Nota, D. J. M. de Blok, M. Klaver, A. L. C. de Vries, S. A. Wensing-Kruger, R. T. de Jongh, M.-B. Bouman, T. D. Steensma, P. Cohen-Kettenis, L. J. G. Gooren, B. P. C. Kreukels et M. den Heijer (2018). The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972-2015) : Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets, *The Journal of Sexual Medicine*, 15 (4), 582-590. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.016>
- Wilson, E. C., Y.-H. Chen, S. Arayasirikul, H. F. Raymond et W. McFarland (2016). The Impact of Discrimination on the Mental Health of Trans*Female Youth and the Protective Effect of Parental Support, *AIDS and Behavior*, 20 (10), 2203-2211. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1409-7>
- Wolowic, J. M., R. Sullivan, C. M. Porta, C. A. B. Valdez et M. E. Eisenberg (2018). Come Along with Me : Linking LGBTQ Youth to Supportive Resources, *International Journal of Child, Youth and Family Studies*, 9 (3), 1-20. <https://doi.org/10.18357/ijcyfs93201818274>