

**Trans Youth CAN!**  
**SurveyYouth\_12 (12 mois)**  
**Mars 2019**

**NOTES sur cette version:**

Les options Ne sais pas (SP) et Refusé (RF) ne seront pas lues à haute voix, mais seront utilisées si un jeune dit qu'il/elle ne connaît pas la réponse ou qu'il/elle préfère ne pas répondre à la question.

*Remarque* : Le présent document a été rédigé en anglais. Dans la version française, le genre neutre est utilisé dans toute la mesure possible, et le masculin encore présent dans le texte englobe les personnes de tous les genres, sans distinction. Notre seule intention est de faciliter la lecture et la compréhension du texte.

POUR L'INFORMATION SEULEMENT

## INTRODUCTION

### Les intervieweurs sont libres d'utiliser le 'tu' au tant que le 'vous' pour rendre l'entrevue plus informelle si nécessaire

Merci encore d'avoir participé à cette étude.

Une chose à souvenir, c'est que même si les gens de votre clinique sont impliqués dans ce projet de recherche, ceci sera différent des soins habituels que vous recevez à la clinique. L'information que vous partagerez ne sera pas vue par un médecin ou par quelqu'un d'autre qui vous fournit des soins médicaux ou un soutien thérapeutique. Cela signifie deux choses. Premièrement, s'il y a de l'information que vous partagez avec moi que vous souhaitez faire connaître à votre médecin ou à un autre intervenant, vous devrez leur dire vous-même. Ces personnes ne pourront pas obtenir cette information, même si elles sont impliquées dans le projet de recherche d'une façon ou d'une autre. Deuxièmement, s'il y a de l'information que vous ne souhaitez pas que les autres connaissent, vous pouvez partager cette information ici en sachant que l'information ne sera disponible qu'aux membres de l'équipe de recherche qui ne sont pas impliqués dans vos soins. Les réponses que vous donnez aux questions aujourd'hui seront conservées à l'Université Western à London, Ontario, donc votre information ne sera même pas conservée à la clinique.

Cette information sera combinée avec l'information de tous les autres jeunes que nous interviewons dans les cliniques à travers le Canada, et sera utilisée pour mieux comprendre les expériences des jeunes trans dans les cliniques, les démarches pour obtenir des soins, les conséquences des traitements hormonaux sur la santé, et pour améliorer les traitements médicaux. Nous vous poserons des questions à propos de vos émotions, de vos expériences avec votre famille, votre école et votre communauté, afin de mieux comprendre comment nous assurer que les jeunes trans se portent bien dans tous les aspects de leur vie. Parce que nous combinons l'information d'un grand nombre de jeunes, nous ne communiquerons jamais des renseignements à propos de vous en tant qu'individu. Par exemple, nous dirions quelque chose comme « Un tel pourcentage de jeunes qui sont référés pour le traitement hormonal ont vécu cette expérience. » Comprenez-vous?

Cela fonctionnera de la même manière que la dernière fois, nous allons nous parler pendant environ une heure. Je vais vous poser des questions à propos de vous-même. Certaines questions peuvent vous sembler très faciles, certaines pourraient vous prendre quelque temps pour y réfléchir, certaines pourraient vous rendre un peu mal à l'aise, mais elles sont toutes importantes pour comprendre la santé. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Nous voulons vous entendre parler de vos propres sentiments, pensées, et expériences. Il se peut que quelques questions ne s'appliquent pas à vous particulièrement, mais nous posons exactement les mêmes questions à tous les jeunes qui participent à la recherche, et il se pourrait que ces questions s'appliquent mieux à d'autres jeunes. Sentez-vous tout à fait à l'aise de me dire si vous ne comprenez pas quelque chose. Vous pouvez aussi me dire si vous voulez sauter une question. Si vous voulez y revenir plus tard, nous pouvons le faire, ou si vous ne voulez vraiment pas y répondre, c'est d'accord aussi. Au fur et à mesure que vous répondrez aux questions, je vais les inscrire sur cette tablette. Ceci ressemble peut-être à ce que vous avez utilisé sur Internet, mais ce programme est très sécurisé parce qu'il est conçu de façon à garder les informations de recherche privées. Vos réponses sont envoyées directement aux ordinateurs sécurisés à London, Ontario.

Avez-vous des questions pour moi?

## DÉTAILS DES DONNÉES

Y12\_LANG.

- French/Français
- English/Anglais

YOUTHID. Numéro de participant: \_\_\_\_\_

PARENTID. Numéro généré pour le parent/responsable (pour compléter leur sondage):  
\_\_\_\_\_

Y12\_DATE. Date remplie: \_\_\_\_\_

Y12\_INTID. Numéro de l'intervieweur: \_\_\_\_\_

Y12\_CLINIC. Clinique:

- CHEO Diversity Clinic (Ottawa)
- BC Children's Hospital (Vancouver)
- GDAAY Clinic (Winnipeg)
- Alberta Children's Hospital (Calgary)
- Centre Meraki (Montréal)
- Montreal Children's Hospital (Montréal)
- Stollery Children's Clinic (Edmonton)
- IWK Clinic (Halifax)
- SickKids Hospital (Toronto)
- McMaster Children's Hospital (Hamilton)
- LHSC Children's Hospital (London)

Y12\_PARENT: Le parent/responsable était-il présent pendant le sondage avec le jeune?

- Oui
- Non

Y12\_SAB : Sexe assigné à la naissance :

- Femme
- Homme

Y12\_MODE: Ce sondage a été complète...?

- En clinique
- Appel téléphonique
- Appel video

Y12\_PATIENT. Ce jeune est-il toujours un patient à [Y12\_CLINIC]?

- Oui
- Non

Y12\_NOTES. Notes de l'intervieweur

## SECTION A. À PROPOS DE VOUS-MÊME

Y12\_A2. Quels sont les pronoms que vous aimez utiliser pour vous-même?

- 1  elle  
2  il  
3  elle, jelle ou  
4  autre chose? \_\_\_\_\_ Y12\_A2\_4text \_\_\_\_\_
- 88  SP  
99  RF

Y12\_A3. Quel(s) mot(s) utilisez-vous pour identifier votre propre genre?

Y12\_A4. Si vous deviez choisir l'une des options suivantes, diriez-vous que vous êtes...?

- 1  Homme ou principalement un garçon;  
2  Femme ou principalement une fille;  
3  ou non-binaire ou autre chose qu'homme ou femme?
- 88  SP  
99  RF

Y12\_A5. Dans votre vie quotidienne, vivez-vous dans ce genre? Par exemple, utilisez-vous votre prénom préféré ou portez-vous des vêtements qui reflètent votre genre tel que vous le sentez?

- 1  toujours;  
2  parfois, ou;  
3  jamais
- 88  SP  
99  RF

Y12\_A6. [if Y12\_A5 in (1,2)] ...et à quel âge avez-vous commencé à vivre comme un(e) <Y12\_A3>?

\_\_\_\_\_ ans

**Y12\_A8. Diriez-vous que vous êtes... ?**

**Y12\_A8\_1. Autochtone (Premières Nations, Métis ou Inuit)?**

- 1  oui  
2  non

- 88  SP  
99  RF

**Y12\_A9. [if Y12\_A8\_1=1] Êtes-vous ...?**

- 1  Premières Nations  
2  Métis  
3  Inuit  
4  Autre groupe autochtone, précisez: \_\_\_\_\_ Y12\_A16\_4text \_\_\_\_\_

- 88  SP

**Y12\_A10. [if Y12\_A8\_1=1] Comment vous identifiez-vous en tant que personne autochtone?**

**Y12\_A11. [if Y12\_A8\_1=1] Vivez-vous dans une réserve des Premières Nations?**

- 1  Oui  
2  Non

- 99  RF

**Y12\_A12. Quelle est votre situation scolaire maintenant? Êtes-vous ...**

- 1  à l'école publique (où il n'y a pas de frais de scolarité)  
2  à l'école privée (où il y a des frais de scolarité)  
3  à l'école à la maison  
4  non inscrit à l'école

- 88  SP  
99  RF

**Y12\_A13. [if Y12\_A12 in (1,2,88,99)] Votre école pratique-t-elle une religion particulière?**

- 1  oui. Quelle religion? \_\_\_\_\_ Y12\_A20\_1text \_\_\_\_\_  
2  non

88  SP  
99  RF

**Y12\_A14. [if Y12\_A12 in (1,2,88,99)] Êtes-vous dans une école spéciale pour les étudiants LGBT2Q?**

1  oui  
2  non

88  SP  
99  RF

**Y12\_A15. Vivez-vous dans ...**

1  une ville;  
2  une banlieue (une ville attachée à une grande ville), ou;  
3  une région rurale?

88  SP  
99  RF

**Y12\_A16\_1. La dernière fois vous avez dit que vous aviez [nombre et type de membres de famille de la sondage ligne de base] qui font partie de votre vie de façon régulière, cela a-t-il change au cours des 12 derniers mois?**

1  non (*continuer à Y12\_A17*)  
2  oui (*complétez Y12\_A16 pour mettre à jour les membres de la famille*)

**Y12\_A16. Quels membres de la famille (et combien) font partie de votre vie de façon régulière? Il s'agit ici des membres de la famille que vous voyez régulièrement, et non par exemple, des membres de la famille que vous voyez seulement lors d'occasions spéciales?**

Y12\_A16\_1  Parents biologiques \_\_\_\_\_ Y12\_A16\_1\_no \_\_\_\_\_  
Y12\_A16\_2  Beaux-parents \_\_\_\_\_ Y12\_A16\_2\_no \_\_\_\_\_  
Y12\_A16\_3  Parents de famille d'accueil \_\_\_\_\_ Y12\_A16\_3\_no \_\_\_\_\_  
Y12\_A16\_4  Frères et sœurs \_\_\_\_\_ Y12\_A16\_4\_no \_\_\_\_\_  
Y12\_A16\_5  Grands-parents, tantes, oncles et famille élargie \_\_ Y12\_A16\_5\_no \_\_

**[if Y12\_A12 in (1,2,88,99)] Y12\_A17. Dans quelle année êtes-vous dans l'école? (si c'est maintenant l'été, entrez l'année qu'il/elle entra en septembre) \_\_\_\_\_**

**Y12\_A21. Lesquels des mots suivants reflètent vos origines culturelles? Vous pouvez cocher plus qu'une réponse.**

Y12\_A21\_1  Autochtone (Premières Nations, Métis, ou Inuit)

- Y12\_A21\_2  Latino-américain (p. ex., Argentine, Mexique, Nicaragua)  
Y12\_A21\_3  Asie de l'Est (p. ex., Chine, Japon, Corée, Taiwan)  
Y12\_A21\_4  Indo-Caraïbéen (p. ex., le Guyanais originaire d'Inde)  
Y12\_A21\_5  Afro-Caraïbéen  
Y12\_A21\_6  Sud-Asiatique (p. ex., Inde, Sri Lanka, Pakistan)  
Y12\_A21\_7  Moyen-Orient (p. ex., Égypte, Iran, Israël, Arabie Saoudite)  
Y12\_A21\_8  Sud-Est Asiatique (p. ex., Vietnam, Malaisie, Philippines)  
Y12\_A21\_9  Canadien blanc ou Américain blanc  
Y12\_A21\_10  Européen blanc (p. ex., Angleterre, Grèce, Suède, Russie)  
Y12\_A21\_11  Afro-Canadien ou Afro-Américain  
Y12\_A21\_12  Africain (p. ex., Ghana, Kenya, Somalie)  
Y12\_A21\_13  Autre, précisez \_\_\_\_\_ Y12\_A21\_13text \_\_\_\_\_

**Y12\_A22. Comment identifiez-vous votre origine ethnique ou culturelle?**

**Y12\_A23 Avez-vous une idée du ou des genres qui vous attirent?**

- 1  Oui  
2  Non  
3  Je ne suis pas sexuellement attiré(e) vers d'autres personnes
- 88  SP  
99  RF

**[if Y12\_A23=1] Lequel/lesquels?**

- Y12\_A24\_1  Les filles  
Y12\_A24\_2  Les garçons  
Y12\_A24\_3  Les personnes non binaires
- 88  SP  
99  RF

**Y12\_A25. Quels mots utilisez-vous pour décrire votre orientation sexuelle?**

## SECTION B. EXPÉRIENCES DE GENRE

**Y12\_B1. Avez-vous demandé aux personnes qui font partie de votre vie de vous appeler par un nom différent qui reflète votre genre?**

- 1  oui, à tout le monde
- 2  oui, à quelques personnes
- 3  non, mon nom reflète déjà mon genre
- 4  non

88  SP  
99  RF

**Y12\_B2. [if Y12\_B1 in (1,2)] Avez-vous changé votre nom légalement pour mieux refléter votre identité de genre?**

- 1  oui
- 2  non
- 3  je suis en train de le faire

88  SP  
99  RF

**Y12\_B3. [if Y12\_B2 in (2,88,99)] Aimeriez-vous le faire?**

- 1  oui
- 2  non

88  SP  
99  RF

**Y12\_B4. Avez-vous changé votre mention de sexe sur votre certificat de naissance?**

- 1  oui
- 2  non
- 3  je suis en train de le faire

88  SP  
99  RF

**Y12\_B5. [if Y12\_B4 in (2,88,99)] Aimeriez-vous le faire?**

- 1  oui
- 2  non

88  SP  
99  RF



**Y12\_B6. Si une option non binaire (ou quelque chose d'autre qu'homme ou femme) était disponible pour votre certificat de naissance, la choisiriez-vous?**

- 1  oui
- 2  non

- 88  SP
- 99  RF

**Y12\_B7. Si c'était possible de n'avoir aucune mention de sexe (la case serait laissée vide) sur votre certificat de naissance, aimeriez-vous avoir cette option?**

- 1  oui
- 2  non

- 88  SP
- 99  RF

**Y12\_B8. À quelle fréquence les étrangers savent-ils que vous êtes transgenre sans que vous ne l'ayez dit?**

- 1  Toujours
- 2  Souvent
- 3  Environ la moitié du temps
- 4  Rarement
- 5  Jamais

- 88  SP
- 99  RF

**Y12\_B9. En général, voulez-vous que les gens sachent que vous êtes transgenre sans avoir le dire?**

- 1  oui
- 2  non

- 88  SP
- 99  RF

**Maintenant, je vais vous lire une longue liste d'expériences différentes que vous pourriez avoir par rapport à votre identité de genre. L'identité de genre peut mener à des expériences positives et à des expériences négatives, donc nous vous posons des questions à propos des deux.**

**La dysphorie du genre/Gender Dysphoria**

[Provide youth with cue card containing response options] Sur une échelle de 1 à 5 (1= complètement en désaccord, 2= un peu en désaccord, 3= neutre, 4= un peu d'accord, et 5= complètement d'accord), dans quelle mesure êtes-vous en accord avec les phrases suivantes:

<b>Souhait associé à la naissance</b>	
Y12_B10_1	J'aurais aimé naître dans un corps différent
<b>La dysphorie liée à la vie sociale</b>	
Y12_B10_2	J'évite des situations ou des activités sociales parce que je ne peux pas m'exprimer dans mon genre
Y12_B10_3	Je me sens blessé(e) si quelqu'un m'appelle par le mauvais genre (en utilisant le mauvais nom ou les mauvais pronoms)
Y12_B10_4	J'aime m'habiller de manière à exprimer mon genre [inversé]
Y12_B10_5	Je pense que la société ne m'accepte pas ou ne m'accueille pas dans mon genre
Y12_B10_6	Je m'inquiète que les gens vont toujours me traiter selon le mauvais genre
Y12_B10_7	Quand les gens me traitent selon le mauvais genre ou s'attendent à ce que je me comporte comme un/une [garçon/fille], je me sens blessé(e)
<b>La dysphorie liée au corps sexué/genré</b>	
Y12_B10_8	Je n'aime pas voir mon corps nu
Y12_B10_9	Je me sens malheureux/malheureuse parce que j'ai un corps [masculin/féminin]
Y12_B10_10	Je m'inquiète d'avoir toujours un corps [masculin/féminin]
Y12_B10_11	Je n'aime pas faire pipi [debout/assis]
Y12_B10_12	Je n'aime pas avoir un pénis ou des érections parce que cela me donne le sentiment que je ne corresponds pas à mon vrai genre. / Je n'aime pas avoir des menstruations parce que cela me donne le sentiment que je ne corresponds pas à mon vrai genre.
Y12_B10_13	Je n'aime pas avoir des poils sur le visage parce que cela me donne le sentiment que je ne corresponds pas à mon vrai genre. / Je n'aime pas avoir des seins parce que cela me donne le sentiment que je ne corresponds pas à mon vrai genre.
Y12_B10_14	J'ai le sentiment que je ne peux pas faire confiance à ce que mon corps pourrait faire à mesure que je vieillis
Y12_B10_15	Je n'aime pas ma voix parce que je sens qu'elle ne correspond pas à mon genre

**Je veux vérifier avec vous comment vous vous sentez après ces questions. Faites-moi savoir si vous avez besoin d'une pause, ou si vous avez besoin de parler. En suite, je vais vous poser des questions plus positives à propos de votre genre.**

### **L'euphorie du genre/Gender Euphoria**

Sur une échelle de 1 à 5 (1= complètement en désaccord, 2= un peu en désaccord, 3= neutre, 4= un peu d'accord, et 5= complètement d'accord), dans quelle mesure êtes-vous en accord avec les énoncés suivants:

<b>Plaisir/fierté du genre</b>	
Y12_B11_1	Être transgenre ou non binaire c'est l'une des choses à propos de moi qui est « cool ».
Y12_B11_2	Je ressens un sentiment d'accomplissement et de fierté à pouvoir m'exprimer dans mon genre
<b>Euphorie liée à la vie sociale</b>	
Y12_B11_3	J'aime sortir en public et faire des activités sociales parce que je peux m'exprimer dans mon genre
Y12_B11_4	Je me sens valorisé(e) lorsque des étrangers en public me traitent selon mon genre
Y12_B11_5	Je me sens sûr(e) de moi quand j'essaie des vêtements nouveaux et différents qui expriment mon genre
Y12_B11_6	Je me sens heureux/heureuse que la société me voit de l'extérieur pour qui je suis à l'intérieur
Y12_B11_7	Je suis soulagé(e) de ne pas avoir à travailler aussi fort qu'avant pour que les gens me voient selon mon genre
<b>Euphorie liée au corps sexuée</b>	
Y12_B11_8	Je me sens confiant(e) dans mon corps
Y12_B11_9	Je me sens attrayant(e)
Y12_B11_10	Je suis à l'aise dans mon corps
Y12_B11_11	Je sens que mon corps correspond à qui je suis réellement
Y12_B11_12	Les choses à propos de mon corps qui me dérangaient ne me dérangent plus autant

**Je vais vous poser des questions sur certains types de chirurgies que vous avez peut-être songé à obtenir. Pour chacune des procédures suivantes, dites-moi si c'est quelque chose que vous voulez faire, quelque chose que vous ne voulez pas, ou si vous êtes incertain ou indécis:**

	(1)Oui/ Voulez	(2) Non/ Ne voulez pas	(3)Incertain/ indécis	(88) SP	(99) RF
Y12_B12_1. La chirurgie du haut					
Y12_B12_2. La chirurgie du bas					
Y12_B12_3. La chirurgie faciale					

**Y12\_B13. Souhaitez-vous un jour avoir ou adopter un enfant?**

- 1  Oui  
 2  Non  
 3  Indécis(e)/incertain(e)

- 88  SP  
 99  RF

**Y12\_B14. Comment voyez-vous votre vie dans cinq ans?**

- 1  Ma vie sera assez bonne

- 2 Ma vie sera difficile  
 3 Je ne peux pas imaginer ma vie dans cinq ans

88  SP  
99  RF

## SECTION C. L'ACCÈS AUX SOINS DE CONFIRMATION DE GENRE

**Y12\_C4. Quelques jeunes ont des questions ou des doutes sur l'utilisation des soins médicaux de confirmation de genre, et autres jeunes sentent plus certains. En repensant au temps quand vous avez entrée cette étude, vous sentez-vous plus ou moins certain sur l'utilisation des soins médicaux de confirmation de genre?**

- 1 Beaucoup moins certain  
 2 Un peu moins certain  
 3 À peu près aussi certain  
 4 Un peu plus certain  
 5 Beaucoup plus certain

88  SP  
99  RF

**Y12\_C5. Si vous aviez des questions ou des doutes sur l'utilisation des soins médicaux de confirmation de genre, dans quelle mesure seriez-vous à l'aise de parler à votre parent/personne responsable?**

- 1 Pas du tout confortable  
 2  
 3  
 4  
 5 Très confortable

88  SP  
99  RF

**Y12\_C6. Si vous aviez des questions ou des doutes sur l'utilisation des soins médicaux de confirmation de genre, dans quelle mesure seriez-vous à l'aise de parler à votre médecin?**

- 1 Pas du tout confortable  
 2  
 3  
 4  
 5 Très confortable

88  SP  
99  RF

**[if Y12\_PATIENT=2] Y12\_C7. Beaucoup de raisons poussent les jeunes à quitter une clinique. Votre décision de quitter a-t-elle été influencée par l'une des raisons suivantes? Vous pouvez en choisir plus d'une.**

- 1  Mon/mes parent(s) ou gardien(s) voulaient vraiment que j'aille ailleurs
- 2  Je n'aimais pas les changements corporels que je vivais
- 3  Je voulais des changements corporels plus rapides ou plus nombreux
- 4  La clinique était trop loin
- 5  C'était trop cher
- 6  Je n'aimais pas la façon dont j'étais traité(e) par le personnel
- 7  Mon médecin de famille peut me donner ces soins
- 8  J'avais l'impression que le docteur y allait trop rapidement en matière de traitement
- 9  Je ne pouvais pas m'y rendre pendant les heures d'ouverture
- 10  Trop de temps passé en salle d'attente
- 11  La clinique n'offrait pas les soins que je voulais obtenir
- 12  Je ne me sentais pas en sécurité
- 13  J'avais peur que mes renseignements ne demeurent pas confidentiels
- 14  Nous avons déménagé
- 15  Mes amis fréquentaient une autre clinique
- 16  Pour une raison qui ne figure pas dans cette liste. Expliquez : \_\_\_\_\_

**[if Y12\_C7\_1=1] Pourquoi votre/vos parent(s) ou gardien(s) ont-il voulu que vous alliez ailleurs? \_\_\_\_\_**

**[if Y12\_C7\_11=1] Quels soins désirés n'avez-vous pas pu obtenir?**  
\_\_\_\_\_

**[if Y12\_PATIENT=2] Y12\_C8. De toutes ces raisons, laquelle a-t-elle le plus influencé votre décision de quitter la clinique? (choisissez une raison)**

- 1  Mon/mes parent(s) ou gardien(s) voulaient vraiment que j'aille ailleurs
- 2  Je n'aimais pas les changements corporels que je vivais
- 3  Je voulais des changements corporels plus rapides ou plus nombreux
- 4  La clinique était trop loin
- 5  C'était trop cher
- 6  Je n'aimais pas la façon dont j'étais traité(e) par le personnel
- 7  Mon médecin de famille peut me donner ces soins
- 8  J'avais l'impression que le docteur y allait trop rapidement en matière de traitement
- 9  Je ne pouvais pas m'y rendre pendant les heures d'ouverture
- 10  Trop de temps passé en salle d'attente
- 11  La clinique n'offrait pas les soins que je voulais obtenir
- 12  Je ne me sentais pas en sécurité
- 13  J'avais peur que mes renseignements ne demeurent pas confidentiels
- 14  Nous avons déménagé
- 15  Mes amis fréquentaient une autre clinique

16  Pour une raison qui ne figure pas dans cette liste. Expliquez : \_\_\_\_\_

**[if Y12\_PATIENT=2] Y12\_C9. Comment vous sentez-vous quant à la qualité des soins reçus chez [clinique]?**

- 1  Très satisfait(e), j'ai reçu des soins de qualité à la clinique
- 2
- 3  Ni satisfait(e), ni insatisfait(e)
- 4
- 5  Très insatisfait(e), je n'ai pas aimé les soins reçus à la clinique

**[if Y12\_PATIENT=2] Y12\_C10. Où obtenez-vous présentement des soins d'affirmation de genre? (cochez tout ce qui s'applique)**

- 1  Mon médecin de famille régulier
- 2  Un médecin de famille différent
- 3  Un endocrinologue/médecin spécialisé en hormones
- 4  Un pédiatre/un(e) clinique pour enfants
- 5  Un centre de santé communautaire
- 6  Une clinique sans rendez-vous
- 7  Un naturopathe
- 8  Conseiller/Psychiatre/Psychologue/Prestataire de soins de santé mentale
- 9  Ailleurs : \_\_\_\_\_ Y12\_C10\_9text \_\_\_\_\_

**[if Y12\_PATIENT=2] Y12\_C11. Quels genres de soins obtenez-vous chez [Y12\_C10]?**  
(question repeats for each practitioner endorsed in previous question)

- 1  Bloqueurs
- 2  Hormones
- 3  Renvoi pour une chirurgie
- 4  Soins de santé mentale
- 5  Autre chose : \_\_\_ Y12\_C11\_5text \_\_\_\_\_

**[if Y12\_PATIENT=2] Y12\_C12. Quels sont les buts des soins que vous suivez actuellement?**

- 1  M'aider à transitionner
- 2  M'aider à ne pas être trans ou non binaire
- 3  Me donner le temps de décider si je vais transitionner

**[if Y12\_PATIENT=2] Y12\_C13. Votre prestataire de soins de santé actuel accepte-t-il pleinement votre identité de genre?**

- 1  Oui
- 2  Pas vraiment; il se demande si je suis « réellement » trans ou non binaire
- 3  Non, il ne croit pas que je sois trans ou non binaire

**[if Y12\_PATIENT=2] Y12\_C14. Quels médicaments prenez-vous actuellement?**

- 1  Lupron
- 2  Depo-Provera
- 3  La pilule anticonceptionnelle de manière continue
- 4  Système intra-utérin à libération de lévonorgestrel (Mirena/stérilet)
- 5  Testostérone

- 6  Spironolactone
- 7  Œstrogène
- 8  Progestérone
- 9  Autre, spécifiez-en le nom : \_\_\_\_Y12\_C14\_8text\_\_\_\_
- 10  Aucun

**[if Y12\_C14=1] Y12\_C15. À quelle fréquence prenez-vous du Lupron?**

- 1  Chaque mois
- 2  Chaque trois mois
- 3  Chaque jour
- 4  Autre, veuillez spécifier : \_\_\_\_\_

**[if Y12\_C14=5] Y12\_C16. À quelle fréquence prenez-vous de la testostérone?**

- 1  Chaque semaine
- 2  Chaque deux semaines
- 3  Chaque mois
- 4  Autre, veuillez spécifier : \_\_\_\_\_

**[if Y12\_C14=5] Y12\_C17. Sous quelle forme prenez-vous votre testostérone?**

- 1  Pilule
- 2  Timbre
- 3  Injection
- 4  Autre, veuillez spécifier : \_\_\_\_\_

**[if Y12\_C14=7] Y12\_C18. À quelle fréquence prenez-vous de l'œstrogène?**

- 1  Chaque jour
- 2  Autre, veuillez spécifier : \_\_\_\_\_

**[if Y12\_C14=7] Y12\_C19. Sous quelle forme prenez-vous votre œstrogène?**

- 1  Pilule
- 2  Timbre
- 3  Injection
- 4  Autre, veuillez spécifier : \_\_\_\_\_

**[if Y12\_C14=9] Y12\_C20. À quelle fréquence prenez-vous votre [autre médication]? (indiquez le nombre de fois par semaine ou mois, etc.)**

**[if Y12\_C14=9] Y12\_C21. Sous quelle forme prenez-vous votre [autre médication]? (indiquez si c'est par voie orale ou par injection, etc.)**

**[if Y12\_PATIENT=2] Y12\_C22. Avez-vous visité l'urgence DEPUIS VOTRE DERNIÈRE VISITE chez [Y12\_clinic]?**

- 1  Si oui, combien de fois? \_\_\_\_
- 2  Non [Skip to Y12\_C27]

### ER VISIT 1

Y12\_C23\_À quelle date? \_ (dd/mm/yy)

Y12\_C23\_loc. À quel hôpital? \_\_\_\_\_

Y12\_C23\_rea. Pour quelle raison? \_\_\_\_\_

Y12\_C23\_kno. Les soins que vous avez reçus à l'urgence étaient-ils adaptés à votre genre?

1  Oui

2  Non

[if Y12\_PATIENT=2] Y12\_C27. Avez-vous été admis à l'hôpital DEPUIS VOTRE DERNIÈRE VISITE chez [Y12\_clinic]?

1  Si oui, combien de fois? \_\_\_\_

2  Non

### HOSPITALIZATION 1

Y12\_C23\_À quelle date? \_ (dd/mm/yy)

Y12\_C23\_loc. À quel hôpital? \_\_\_\_\_

Y12\_C23\_rea. Pour quelle raison? \_\_\_\_\_

Y12\_C23\_kno. Les soins que vous avez reçus à l'urgence étaient-ils adaptés à votre genre?

1  Oui

2  Non

## SECTION D. VOTRE SITUATION D'HABITATION

Ensuite, j'ai quelques questions à propos de votre situation d'habitation : avec qui vous vivez, dans quel type d'endroit vous vivez, et si vous avez accès aux choses dont vous avez besoin.

Y12\_D1. Lequel de ces énoncés décrit le mieux la nourriture consommée dans votre demeure au cours des 12 derniers mois?

1  Vous avez toujours eu assez de nourriture à manger

2  Parfois vous n'avez pas eu assez de nourriture à manger

3  Souvent vous n'avez pas eu assez de nourriture à manger

88  SP

99  RF

Y12\_D2. Sentez-vous que vous avez un endroit stable où habiter?

1  Oui

2  Non

88  SP



99  RF

**Y12\_D3. Quel est présentement votre situation d'habitation? Vivez-vous ...?**

- 1  avec vos parents naturels ou votre famille adoptive, incluant des beaux-parents
- 2  avec une famille d'accueil
- 3  dans un foyer de groupe
- 4  avec d'autres membres de la famille
- 5  avec des ami(e)s
- 6  seul(e)
  
- 88  SP
- 99  RF

**Y12\_D4. Avez-vous déjà eu à déménager parce que des gens avaient des problèmes avec votre genre?**

- 1  Oui
- 2  Non
  
- 88  SP
- 99  RF

**Y12\_D5. Lequel des énoncés suivants décrit votre situation d'habitation actuelle?**

- 1  Dormir dans un logement stable, comme un appartement ou une maison
- 2  Dormir quelque part de façon temporaire, par exemple sur un sofa (« couch surfing » ) chez des membres de la famille, des ami(e)s ou des étrangers, ou être dans un centre de désintox ou une prison
- 3  Dormir quelque part qui n'est pas désigné comme un logement régulier, par exemple vivre dans la rue ou un abri, dans une voiture ou un bâtiment abandonné

**Si votre situation a changé au cours de la dernière année, laquelle des autres options reflète votre situation de logement au cours des 12 derniers mois?**

- Y12\_D6\_1  Ma situation d'habitation n'a pas changé au cours de la dernière année
- Y12\_D6\_2  Dormir dans un logement stable, comme un appartement ou une maison
- Y12\_D6\_3  Dormir quelque part de façon temporaire, par exemple sur un sofa (« couch surfing » ) chez des membres de la famille, des ami(e)s ou des étrangers, ou être dans un centre de désintox ou une prison
- Y12\_D6\_4  Dormir quelque part qui n'est pas désigné comme un logement régulier, par exemple vivre dans la rue ou un abri, dans une voiture ou un bâtiment abandonné

**[Provide youth with cue card containing response options] Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu accès aux choses suivantes si vous en aviez besoin?**

**Y12\_D7\_1. Des fournitures scolaires (par exemple un sac d'école, des cahiers, des crayons, etc.)?**

- 1  Jamais
- 2  Rarement
- 3  Parfois
- 4  Souvent
- 5  Toujours

88  SP  
99  RF

**Y12\_D7\_2. L'accès à Internet (que ce soit à la maison, à l'école, à la bibliothèque, etc.)?**

- 1  Jamais
- 2  Rarement
- 3  Parfois
- 4  Souvent
- 5  Toujours

88  SP  
99  RF

**Y12\_D7\_3. Des vêtements saisonniers appropriés (par exemple un manteau, un chapeau, des bottes, etc.)?**

- 1  Jamais
- 2  Rarement
- 3  Parfois
- 4  Souvent
- 5  Toujours

88  SP  
99  RF

**Y12\_D7\_4. D'autres vêtements essentiels (par exemple des chaussettes, des sous-vêtements, etc.)?**

- 1  Jamais
- 2  Rarement
- 3  Parfois
- 4  Souvent
- 5  Toujours

88  SP  
99  RF

**Y12\_D7\_5. Du transport fiable lorsque vous devez vous rendre quelque part (en voiture ou transport public)?**

- 1  Jamais
- 2  Rarement
- 3  Parfois
- 4  Souvent
- 5  Toujours

- 88  SP
- 99  RF

## SECTION E. VOTRE MONDE SOCIAL

Les questions suivantes concernent votre monde social, y compris les personnes et les endroits. Je vous poserai des questions à propos des personnes avec qui vous avez différents types de relations, par exemple vos camarades d'école, vos proches et des membres de votre communauté.

[if Y12\_A17=2] Vous avez dit que vous aviez [Y12\_A16\_1\_no + Y12\_A16\_2\_no + Y12\_A16\_3\_no] parents, beaux-parents or parents adoptifs dans votre vie, alors je vais commencer par vous poser des questions à propos de chacun. L'ordinateur peut vous poser des questions à propos des différents types de parents, donc d'abord énumérons les vôtres.

[Pour les variables de type, il/elle peut choisir parmi cette liste]

- 1  mère
- 2  père
- 3  parent non binaire
- 4  belle-mère
- 5  beau-père
- 6  beau-parent non binaire
- 7  mère adoptive (famille d'accueil)
- 8  père adoptif (famille d'accueil)
- 9  parent adoptif non binaire (famille d'accueil)
- 10  autre figure parentale

Parent 1 \_\_\_\_\_ Y12\_E1\_1 \_\_\_\_\_  
Parent 2 \_\_\_\_\_ Y12\_E1\_2 \_\_\_\_\_  
Parent 3 \_\_\_\_\_ Y12\_E1\_3 \_\_\_\_\_  
Parent 4 \_\_\_\_\_ Y12\_E1\_4 \_\_\_\_\_

Y12\_E2. Avez-vous demandé à au moins certaines personnes dans votre vie de vous appeler par un nouveau pronom qui reflète votre genre?

- 1  oui
- 2  non

- 88  SP

99□ RF

[if Y12\_E2=1] [Provide youth with cue card containing response options] **Je vais vous lire une liste, et vous me direz si les personnes dans ce groupe vous appellent par votre nouveau pronom, ne vous appellent pas par votre nouveau pronom, ou si vous ne leur avez pas demandé d'utiliser ce pronom. Si vous n'avez aucune personne de ce groupe dans votre vie, faites-le-moi savoir.**

**Y12\_E3\_1. Votre [Parent 1]**

- 1□ oui
- 2□ parfois
- 3□ non
- 4□ je n'ai pas demandé

88□ SP  
99□ RF

**Y12\_E3\_2. Votre [Parent 2]**

- 1□ oui
- 2□ parfois
- 3□ non
- 4□ je n'ai pas demandé

88□ SP  
99□ RF

**Y12\_E3\_3. Votre [Parent 3]**

- 1□ oui
- 2□ parfois
- 3□ non
- 4□ je n'ai pas demandé

88□ SP  
99□ RF

**Y12\_E3\_4. Votre [Parent 4]**

- 1□ oui
- 2□ parfois
- 3□ non
- 4□ je n'ai pas demandé

88□ SP  
99□ RF

**Y12\_E3\_5. Vos frères et sœurs**

- 1  oui
- 2  parfois
- 3  non
- 4  certains, mais pas tous
- 5  je n'ai pas demandé

- 77  ne s'applique pas-je n'ai pas de frères ou de sœurs
- 88  SP
- 99  RF

**Y12\_E3\_6. Votre famille élargie**

- 1  oui
- 2  parfois
- 3  non
- 4  certains, mais pas tous
- 5  je n'ai pas demandé

- 77  ne s'applique pas-je n'ai pas de famille élargie
- 88  SP
- 99  RF

**Y12\_E3\_7. Vos camarades d'école**

- 1  oui
- 2  parfois
- 3  non
- 4  certains, mais pas tous
- 5  je n'ai pas demandé

- 77  ne s'applique pas -je n'ai pas d'ami(e)s en ligne
- 88  SP
- 99  RF

**Y12\_E3\_8. Vos enseignant(e)s**

- 1  oui
- 2  parfois
- 3  non
- 4  certains, mais pas tous
- 5  je n'ai pas demandé

- 77  ne s'applique pas
- 88  SP
- 99  RF

**[Soutien pour le genre]**

**[Provide youth with cue card containing response options] En général, dans quelle mesure les personnes suivantes soutiennent-elles votre identité ou expression de genre? Veuillez**

**choisir une option pour chacun, et faites-moi savoir si quelque chose ne s'applique pas à votre situation.**

**Est-ce qu'elles: Ne soutiennent pas du tout; Ne soutiennent pas beaucoup; Soutiennent un peu, ou Soutiennent beaucoup?**

**Y12\_E4\_1. Votre [Parent 1]?**

- 1  Ne soutient pas du tout
  - 2  Ne soutient pas beaucoup
  - 3  Soutient un peu
  - 4  Soutient beaucoup
- 77  Ne s'applique pas, il/elle n'est pas au courant de mon genre  
88  SP  
99  RF

**Y12\_E4\_2. Votre [Parent 2]**

- 1  Ne soutient pas du tout
  - 2  Ne soutient pas beaucoup
  - 3  Soutient un peu
  - 4  Soutient beaucoup
- 77  Ne s'applique pas, il/elle n'est pas au courant de mon genre  
88  SP  
99  RF

**Y12\_E4\_3. Votre [Parent 3]**

- 1  Ne soutient pas du tout
  - 2  Ne soutient pas beaucoup
  - 3  Soutient un peu
  - 4  Soutient beaucoup
- 77  Ne s'applique pas, il/elle n'est pas au courant de mon genre  
88  SP  
99  RF

**Y12\_E4\_4. Votre [Parent 4]**

- 1  Ne soutient pas du tout
  - 2  Ne soutient pas beaucoup
  - 3  Soutient un peu
  - 4  Soutient beaucoup
- 77  Ne s'applique pas, il/elle n'est pas au courant de mon genre  
88  SP  
99  RF

**Y12\_E4\_5. Vos frères et sœurs**

- 1  Ne soutient pas du tout
- 2  Ne soutient pas beaucoup
- 3  Soutient un peu
- 4  Soutient beaucoup

- 77  Ne s'applique pas, il/elle n'est pas au courant de mon genre
- 78  Ne s'applique pas, je n'ai pas de frères ou de sœurs
- 88  SP
- 99  RF

**Y12\_E4\_6. Votre famille élargie**

- 1  Ne soutiennent pas du tout
- 2  Ne soutiennent pas beaucoup
- 3  Soutiennent un peu
- 4  Soutiennent beaucoup

- 77  Ne s'applique pas, ils ne sont pas au courant de mon genre
- 78  Ne s'applique pas, je n'ai pas de famille élargie
- 88  SP
- 99  RF

**Y12\_E4\_7. Vos ami(e)s en ligne**

- 1  Ne soutiennent pas du tout
- 2  Ne soutiennent pas beaucoup
- 3  Soutiennent un peu
- 4  Soutiennent beaucoup

- 77  Ne s'applique pas, ils ne sont pas au courant de mon genre
- 78  Ne s'applique pas, je n'ai pas d'ami(e)s en ligne
- 88  SP
- 99  RF

**Y12\_E4\_8. Vos ami(e)s en personne**

- 1  Ne soutiennent pas du tout
- 2  Ne soutiennent pas beaucoup
- 3  Soutiennent un peu
- 4  Soutiennent beaucoup

- 77  Ne s'applique pas, ils ne sont pas au courant de mon genre
- 78  Ne s'applique pas, je n'ai pas d'ami(e)s en personne
- 88  SP
- 99  RF

**Y12\_E4\_9. Vos ami(e)s trans**

- 1  Ne soutiennent pas du tout
- 2  Ne soutiennent pas beaucoup
- 3  Soutiennent un peu
- 4  Soutiennent beaucoup

- 77  Ne s'applique pas, ils ne sont pas au courant de mon genre
- 78  Pas applicable, je n'ai pas d'ami(e)s trans
- 88  SP
- 99  RF

**Y12\_E4\_10. Vos ami(e)s qui ne sont pas trans**

- 1  Ne soutiennent pas du tout
- 2  Ne soutiennent pas beaucoup
- 3  Soutiennent un peu
- 4  Soutiennent beaucoup

- 77  Ne s'applique pas, ils ne sont pas au courant de mon genre
- 78  Pas applicable, je n'ai pas d'ami(e)s qui ne sont pas trans
- 88  SP
- 99  RF

**Y12\_E4\_11. Vos camarades d'école**

- 1  Ne soutiennent pas du tout
- 2  Ne soutiennent pas beaucoup
- 3  Soutiennent un peu
- 4  Soutiennent beaucoup

- 77  Ne s'applique pas, ils ne sont pas au courant de mon genre
- 78  Ne s'applique pas, je n'ai pas de camarades d'école
- 88  SP
- 99  RF

**Y12\_E4\_12. Le personnel associé à vos activités parascolaires (par exemple vos entraîneurs)**

- 1  Ne soutiennent pas du tout
- 2  Ne soutiennent pas beaucoup
- 3  Soutiennent un peu
- 4  Soutiennent beaucoup

- 77  Ne s'applique pas, il n'est pas au courant de mon genre
- 78  Pas applicable, je n'ai pas de personnel associé à mes activités parascolaires
- 88  SP
- 99  RF

**Y12\_E4\_13. Vos enseignant(e)s**

- 1  Ne soutiennent pas du tout



- Ne soutiennent pas beaucoup
- Soutiennent un peu
- Soutiennent beaucoup

- 77  Ne s'applique pas, ils ne sont pas au courant de mon genre
- 78  Ne s'applique pas, je n'ai pas d'enseignant(e)s
- 88  SP
- 99  RF

**Y12\_E4\_14. Votre communauté religieuse ou communauté de foi**

- Ne soutiennent pas du tout
- Ne soutiennent pas beaucoup
- Soutiennent un peu
- Soutiennent beaucoup

- 77  Ne s'applique pas, ils ne sont pas au courant de mon genre
- 78  Ne s'applique pas, je n'appartiens pas à une communauté religieuse ou une communauté de foi
- 88  SP
- 99  RF

**Y12\_E4\_15. Votre communauté ethnique ou culturelle**

- Ne soutiennent pas du tout
- Ne soutiennent pas beaucoup
- Soutiennent un peu
- Soutiennent beaucoup

- 77  Ne s'applique pas, ils ne sont pas au courant de mon genre
- 78  Ne s'applique pas, je n'ai pas de communauté ethnique ou culturelle
- 88  SP
- 99  RF

**Y12\_E4\_16. Votre communauté LGBT2Q**

- Ne soutiennent pas du tout
- Ne soutiennent pas beaucoup
- Soutiennent un peu
- Soutiennent beaucoup

- 77  Ne s'applique pas, ils ne sont pas au courant de mon genre
- 78  Ne s'applique pas, je n'ai pas de communauté LGBTQ2
- 88  SP
- 99  RF

**Y12\_E4\_17. Votre ou vos intervenants(es) en santé mentale**

- Ne soutiennent pas du tout
- Ne soutiennent pas beaucoup

- 3 Soutiennent un peu
- 4 Soutiennent beaucoup

- 77  Ne s'applique pas, ils ne sont pas au courant de mon genre
- 78  Ne s'applique pas, je n'ai pas d'intervenants en santé mentale
- 88  SP
- 99  RF

**Y12\_E4\_18. Votre médecin régulier (médecin de famille ou pédiatre)**

- 1 Ne soutient pas du tout
- 2 Ne soutient pas beaucoup
- 3 Soutient un peu
- 4 Soutient beaucoup

- 77  Ne s'applique pas, il/elle n'est pas au courant de mon genre
- 78  Ne s'applique pas, je n'ai pas de médecin régulier
- 88  SP
- 99  RF

**[Soutien parental pour les interventions médicales associées au genre. Demander pour toutes les catégories énumérées précédemment]**

**Y12\_E5\_1. En général, dans quelle mesure votre [parent 1] soutien-t-il/elle votre besoin d'obtenir des interventions médicales de confirmation de genre en général:**

- 1 Ne soutient pas du tout
- 2 Ne soutient pas beaucoup
- 3 Soutient un peu
- 4 Soutient beaucoup

- 77  Ne s'applique pas
- 88  SP
- 99  RF

**Y12\_E5\_5. En général, dans quelle mesure votre [parent 1] soutien-t-il/elle votre besoins d'obtenir des bloqueurs de la puberté?:**

- 1 Ne soutient pas du tout
- 2 Ne soutient pas beaucoup
- 3 Soutient un peu
- 4 Soutient beaucoup

- 77  Ne s'applique pas
- 88  SP
- 99  RF

**Y12\_E5\_6. En général, dans quelle mesure votre [parent 1] soutien-t-il/elle votre besoins d'obtenir les hormones (oestrogène ou testostérone)?:**

- 1  Ne soutient pas du tout
- 2  Ne soutient pas beaucoup
- 3  Soutient un peu
- 4  Soutient beaucoup

- 77  Ne s'applique pas
- 88  SP
- 99  RF

**Y12\_E5\_7. En général, dans quelle mesure votre [parent 1] soutien-t-il/elle de votre besoins d'obtenir la chirurgie du bas?:**

- 1  Ne soutient pas du tout
- 2  Ne soutient pas beaucoup
- 3  Soutient un peu
- 4  Soutient beaucoup

- 77  Ne s'applique pas
- 88  SP
- 99  RF

**Y12\_E5\_8. En général, dans quelle mesure votre [parent 1] soutien-t-il/elle de votre besoins d'obtenir la chirurgie du haut?:**

- 1  Ne soutient pas du tout
- 2  Ne soutient pas beaucoup
- 3  Soutient un peu
- 4  Soutient beaucoup

- 77  Ne s'applique pas
- 88  SP
- 99  RF

**Y12\_E5\_2. En général, dans quelle mesure votre [parent 2] soutien-t-il/elle votre besoin d'obtenir des interventions médicales de confirmation de genre en général?**

- 1  Ne soutient pas du tout
- 2  Ne soutient pas beaucoup
- 3  Soutient un peu
- 4  Soutient beaucoup

- 77  Ne s'applique pas
- 88  SP
- 99  RF

**Y12\_E5\_9. En général, dans quelle mesure votre [parent 2] soutien-t-il/elle votre besoins d'obtenir des bloqueurs de la puberté?:**

- 1  Ne soutient pas du tout

- Ne soutient pas beaucoup
- Soutient un peu
- Soutient beaucoup

- Ne s'applique pas
- SP
- RF

**Y12\_E5\_10. En général, dans quelle mesure votre [parent 2] soutien-t-il/elle votre besoins d'obtenir les hormones (oestrogène ou testostérone)?:**

- Ne soutient pas du tout
- Ne soutient pas beaucoup
- Soutient un peu
- Soutient beaucoup

- Ne s'applique pas
- SP
- RF

**Y12\_E5\_11. En général, dans quelle mesure votre [parent 2] soutien-t-il/elle de votre besoins d'obtenir la chirurgie du bas?:**

- Ne soutient pas du tout
- Ne soutient pas beaucoup
- Soutient un peu
- Soutient beaucoup

- Ne s'applique pas
- SP
- RF

**Y12\_E5\_12. En général, dans quelle mesure votre [parent 2] soutien-t-il/elle de votre besoins d'obtenir la chirurgie du haut?:**

- Ne soutient pas du tout
- Ne soutient pas beaucoup
- Soutient un peu
- Soutient beaucoup

- Ne s'applique pas
- SP
- RF

**Y12\_E5\_3. En général, dans quelle mesure votre [parent 3] soutien-t-il/elle votre besoin d'obtenir des interventions médicales de confirmation de genre en général?**

- Ne soutient pas du tout
- Ne soutient pas beaucoup
- Soutient un peu
- Soutient beaucoup

- Ne s'applique pas

- 88  SP  
99  RF

**Y12\_E5\_13. En général, dans quelle mesure votre [parent 3] soutien-t-il/elle votre besoins d'obtenir des bloqueurs de la puberté?:**

- 1  Ne soutient pas du tout  
2  Ne soutient pas beaucoup  
3  Soutient un peu  
4  Soutient beaucoup
- 77  Ne s'applique pas  
88  SP  
99  RF

**Y12\_E5\_14. En général, dans quelle mesure votre [parent 3] soutien-t-il/elle votre besoins d'obtenir les hormones (oestrogène ou testostérone)?:**

- 1  Ne soutient pas du tout  
2  Ne soutient pas beaucoup  
3  Soutient un peu  
4  Soutient beaucoup
- 77  Ne s'applique pas  
88  SP  
99  RF

**Y12\_E5\_15. En général, dans quelle mesure votre [parent 3] soutien-t-il/elle de votre besoins d'obtenir la chirurgie du bas?:**

- 1  Ne soutient pas du tout  
2  Ne soutient pas beaucoup  
3  Soutient un peu  
4  Soutient beaucoup
- 77  Ne s'applique pas  
88  SP  
99  RF

**Y12\_E5\_16. En général, dans quelle mesure votre [parent 3] soutien-t-il/elle de votre besoins d'obtenir la chirurgie du haut?:**

- 1  Ne soutient pas du tout  
2  Ne soutient pas beaucoup  
3  Soutient un peu  
4  Soutient beaucoup
- 77  Ne s'applique pas  
88  SP  
99  RF

**Y12\_E5\_4. En général, dans quelle mesure votre [parent 4] soutien-t-il/elle votre besoin d'obtenir des interventions médicales de confirmation de genre en général?**

- 1  Ne soutient pas du tout
- 2  Ne soutient pas beaucoup
- 3  Soutient un peu
- 4  Soutient beaucoup

77  Ne s'applique pas

88  SP

99  RF

**Y12\_E5\_17. En général, dans quelle mesure votre [parent 4] soutien-t-il/elle votre besoins d'obtenir des bloqueurs de la puberté?:**

- 1  Ne soutient pas du tout
- 2  Ne soutient pas beaucoup
- 3  Soutient un peu
- 4  Soutient beaucoup

77  Ne s'applique pas

88  SP

99  RF

**Y12\_E5\_18. En général, dans quelle mesure votre [parent 4] soutien-t-il/elle votre besoins d'obtenir les hormones (oestrogène ou testostérone)?:**

- 1  Ne soutient pas du tout
- 2  Ne soutient pas beaucoup
- 3  Soutient un peu
- 4  Soutient beaucoup

77  Ne s'applique pas

88  SP

99  RF

**Y12\_E5\_19. En général, dans quelle mesure votre [parent 4] soutien-t-il/elle de votre besoins d'obtenir la chirurgie du bas?:**

- 1  Ne soutient pas du tout
- 2  Ne soutient pas beaucoup
- 3  Soutient un peu
- 4  Soutient beaucoup

77  Ne s'applique pas

88  SP

99  RF

**Y12\_E5\_20. En général, dans quelle mesure votre [parent 4] soutien-t-il/elle de votre besoins d'obtenir la chirurgie du haut?:**

- 1  Ne soutient pas du tout
- 2  Ne soutient pas beaucoup

- 3 Soutient un peu  
 4 Soutient beaucoup

- 77 Ne s'applique pas  
 88 SP  
 99 RF

À quelle fréquence vous sentez-vous en sécurité dans les endroits suivants :

**Y12\_E6\_1. Votre quartier le jour?**

- 1 Jamais  
 2 Rarement  
 3 Parfois  
 4 Souvent  
 5 Toujours

- 88 SP  
 99 RF

**Y12\_E6\_2. Votre quartier la nuit?**

- 1 Jamais  
 2 Rarement  
 3 Parfois  
 4 Souvent  
 5 Toujours

- 88 SP  
 99 RF

**Y12\_E6\_3. Votre domicile?**

- 1 Jamais [refer to safety protocol and assess need to screen for abuse]  
 2 Rarement [refer to safety protocol and assess need to screen for abuse]  
 3 Parfois  
 4 Souvent  
 5 Toujours

- 88 SP  
 99 RF

**Au cours des 12 derniers mois avez-vous évité les situations suivantes par peur d'être harcelé(e), d'être perçu(e) comme une personne trans ou d'être identifié(e) publiquement comme une personne trans? Vous pouvez choisir toutes les réponses qui s'appliquent**

- Y12\_E7\_1  les transports publics  
Y12\_E7\_2  les épiceries ou les pharmacies

- Y12\_E7\_3  les centres commerciaux ou les magasins de vêtements
- Y12\_E7\_4  les écoles
- Y12\_E7\_5  les voyages
- Y12\_E7\_6  les clubs ou groupes sociaux
- Y12\_E7\_7  les vestiaires scolaires
- Y12\_E7\_8  les gyms ou les piscines
- Y12\_E7\_9  l'église, la synagogue, le temple, la mosquée, ou autre établissement religieux
- Y12\_E7\_10  les toilettes à l'école
- Y12\_E7\_11  les toilettes publiques
- Y12\_E7\_12  les espaces publics (par exemple, les parcs)
- Y12\_E7\_13  les restaurants
- Y12\_E7\_14  les centres culturels ou communautaires
- Y12\_E7\_15  les stades sportifs ou les terrains de sport
- Y12\_E7\_16  les événements communautaires
- Y12\_E7\_17  être dehors sur le terrain
- Y12\_E7\_18  être chez les maisons des autres
- Y12\_E7\_19  aucune des réponses

**[if Y12\_A1 ≥ 12] Les questions suivantes se rapportent à l'anxiété et à la peur. Ces symptômes peuvent inclure des attaques de panique, des anxiétés situationnelles, des inquiétudes, des «flashbacks», de l'hypervigilance ou des moments de surprise. Pour chaque question, donnez-moi le chiffre qui décrit le mieux votre propre expérience au cours de la dernière semaine.**

**[if Y12\_A1 ≥ 12] Y12\_E8\_1. Au cours de la dernière semaine, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) anxieux/anxieuse?**

- 0  *Aucune* anxiété au cours de la dernière semaine.
- 1  Anxiété *peu fréquente*. Je me suis senti(e) anxieux/anxieuse à quelques reprises.
- 2  Anxiété *occasionnelle*. Je me suis senti(e) anxieux/anxieuse la moitié du temps. C'était difficile de me détendre.
- 3  Anxiété *fréquente*. Je me suis senti(e) anxieux/anxieuse la plupart du temps. C'était très difficile de me détendre.
- 4  Anxiété *constante*. Je me suis senti(e) anxieux/anxieuse tout le temps et je ne me suis jamais vraiment détendu(e).

- 88  SP
- 99  RF

**[if Y12\_A1 ≥ 12] Y12\_E8\_2. Au cours de la dernière semaine, lorsque vous vous êtes senti(e) anxieux/anxieuse, qu'elle en était l'intensité ou la sévérité?**

- 0  *Faible ou nulle*: L'anxiété était absente ou à peine perceptible.
- 1  *Légère*: L'anxiété était à un niveau bas. J'ai pu me détendre quand j'ai essayé. Les symptômes physiques n'étaient que légèrement inconfortables.



- 2  *Modérée*: l'anxiété était pénible parfois. C'était difficile de me détendre ou de me concentrer, mais avec un effort j'y arrivais. Les symptômes physiques étaient inconfortables.
- 3  *Grave*: L'anxiété était intense la plupart du temps. C'était très difficile de me détendre ou de me concentrer sur autre chose. Les symptômes physiques étaient extrêmement inconfortables.
- 4  *Extrême*: L'anxiété était écrasante. C'était complètement impossible de me détendre. Les symptômes physiques étaient insupportables.

88  SP  
 99  RF

[if Y12\_A1 > 12]Y12\_E8\_3. **Au cours de la dernière semaine, à quelle fréquence avez-vous évité les situations, les lieux, les objets, ou les activités en raison de l'anxiété ou de la peur?**

- 0  *Aucune*: Je n'évite pas les lieux, les situations, les activités, ou les objets en raison de la peur.
- 1  *Peu fréquente*: J'évite quelque chose de temps en temps, mais souvent je vais faire face aux situations ou affronter l'objet. Ma vie quotidienne n'en est pas affectée.
- 2  *Occasionnelle*: Je ressens de la peur dans certaines situations, certains lieux, ou la peur de certains objets, mais c'est encore gérable. Ma vie quotidienne n'a changé que très peu. Lorsque je suis seul(e), j'évite toujours ou presque toujours les choses qui me font peur, mais s'il y a quelqu'un avec moi je peux les gérer.
- 3  *Fréquente*: Je ressens une peur considérable et j'essaie d'éviter les choses qui me font peur. J'ai fait d'importants changements dans ma vie quotidienne pour éviter les objets, les situations, les lieux ou les activités qui me font peur.
- 4  *Toujours*: Éviter les objets, les situations, les lieux ou les activités qui me font peur domine ma vie. Ma vie quotidienne en est considérablement affectée et je ne fais plus les choses que j'aimais faire.

88  SP  
 99  RF

[if Y12\_A1 > 12]Y12\_E8\_4. **Au cours de la dernière semaine, dans quelle mesure votre anxiété a-t-elle interféré avec votre capacité à faire ce qu'il fallait faire au travail, à l'école, ou à la maison?**

- 0  *Aucune*: Aucun empêchement au travail, à l'école, ou à la maison en raison de l'anxiété.
- 1  *Légère*: Mon anxiété me limite au travail, à l'école, ou à la maison. Tout est plus difficile, mais tout ce qui doit être fait est fait.
- 2  *Modérée*: Mon anxiété me limite dans l'exécution des tâches. La plupart des choses sont accomplies, mais peu de choses sont faites aussi bien que dans le passé.
- 3  *Grave*: Mon anxiété a vraiment changé ma capacité d'accomplir des choses. Quelques tâches sont encore accomplies, mais beaucoup de choses ne le sont pas. Mon rendement en a définitivement souffert.
- 4  *Extrême*: Mon anxiété est devenue incapacitante. Je ne peux pas accomplir des tâches et j'ai dû quitter l'école, j'ai quitté mon travail ou j'ai été licencié(e), j'ai été

incapable d'accomplir des tâches à la maison j'ai dû faire face aux conséquences comme agents de recouvrement de factures, l'éviction, etc.

88  SP

99  RF

[if Y12\_A1 > 12]Y12\_E8\_5. Au cours de la dernière semaine, dans quelle mesure votre anxiété a-t-elle interféré avec  votre vie sociale et vos relations ?

0  *Aucune*: Mon anxiété n'affecte pas mes relations.

1  *Légère*: Mon anxiété interfère un peu avec mes relations. Certaines de mes amitiés et d'autres relations en ont souffert, mais dans l'ensemble ma vie sociale est encore satisfaisante.

2  *Modérée*: J'ai connu certaines interférences dans ma vie sociale, mais j'ai encore quelques relations proches. Je ne passe pas autant de temps avec les autres qu'auparavant, mais je socialise encore parfois.

3  *Grave*: Mes amitiés et autres relations ont beaucoup souffert en raison de mon anxiété. Les activités sociales ne me plaisent plus. Je socialise très peu.

4  *Extrême*: Mon anxiété a complètement perturbé mes activités sociales. Toutes mes relations en ont souffert ou se sont terminées. Ma vie familiale est extrêmement tendue.

88  SP

99  RF

## SECTION F. VOS EXPÉRIENCES SCOLAIRES

Je vais vous poser quelques questions à propos de votre participation scolaire, vos sentiments à propos de l'école et vos expériences à l'école. Les gens s'absentent de l'école pour de nombreuses raisons, donc ne vous inquiétez pas si cela vous est arrivé.

Y12\_F1. Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous absenté(e) de l'école pendant plus de 2 semaines à la fois?

1  oui

2  non

88  SP

99  RF

Y12\_F2. [if Y12\_F1=1] Au cours des 12 derniers mois, Quelle est la période de temps la plus longue où vous avez été absent(e) de l'école?

1  de 2 à 4 semaines

2  de 5 à 6 semaines

3  de 7 à 8 semaines

4  plus de 8 semaines

**Y12\_F3. [if Y12\_F1=1] Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des absences de plus de 2 semaines liées à votre identité de genre?**

1  oui, veuillez expliquer \_\_\_\_ Y12\_F3\_1text \_\_\_\_\_

2  non

88  SP

99  RF

**[if Y12\_A12 in (1,2)] [Provide youth with cue card containing response options] Dans quelle mesure êtes-vous en accord ou en désaccord avec chacun des énoncés suivants?**

**Y12\_F4\_1. Je me sens proche des gens de mon école.**

1  très en accord

2  en accord

3  en désaccord

4  très en désaccord

88  SP

99  RF

**Y12\_F4\_2. J'ai un sentiment d'appartenance à mon école**

1  très en accord

2  en accord

3  en désaccord

4  très en désaccord

88  SP

99  RF

**Y12\_F4\_3. Je suis heureux/heureuse d'être à mon école**

1  très en accord

2  en accord

3  en désaccord

4  très en désaccord

88  SP

99  RF

**Y12\_F4\_4. Je sens que les enseignants et enseignants de mon école me traitent équitablement**

- 1  très en accord
- 2  en accord
- 3  en désaccord
- 4  très en désaccord

88  SP  
99  RF

**Y12\_F4\_5. Je me sens en sécurité à l'école**

- 1  très en accord
- 2  en accord
- 3  en désaccord
- 4  très en désaccord

88  SP  
99  RF

**Y12\_F4\_6. Dans quelle mesure pensez-vous que les enseignants et enseignantes et le personnel de votre école se soucient de vous?**

- 1  pas du tout;
- 2  très peu;
- 3  quelque peu;
- 4  pas mal, ou
- 5  beaucoup?

88  SP  
99  RF

[if Y12\_A12 in (1,2)] [Provide youth with cue card containing response options] **Quand vous êtes à l'école, à quelle fréquence vous sentez-vous en sécurité ....**

**Y12\_F5\_1. Dans votre salle de classe?**

- 1  Jamais
- 2  Rarement
- 3  Parfois
- 4  Souvent
- 5  Toujours

77  Ne s'applique pas  
88  SP  
99  RF

**Y12\_F5\_2. Dans les salles de bains?**

- 1  Jamais
- 2  Rarement
- 3  Parfois

- 4  Souvent
- 5  Toujours

- 77  Ne s'applique pas
- 88  SP
- 99  RF

**Y12\_F5\_3. Dans les vestiaires?**

- 1  Jamais
- 2  Rarement
- 3  Parfois
- 4  Souvent
- 5  Toujours

- 77  Ne s'applique pas
- 88  SP
- 99  RF

**Y12\_F5\_4. Dans les couloirs ou les escaliers?**

- 1  Jamais
- 2  Rarement
- 3  Parfois
- 4  Souvent
- 5  Toujours

- 77  Ne s'applique pas
- 88  SP
- 99  RF

**Y12\_F5\_5. Dans la bibliothèque?**

- 1  Jamais
- 2  Rarement
- 3  Parfois
- 4  Souvent
- 5  Toujours

- 77  Ne s'applique pas
- 88  SP
- 99  RF

**Y12\_F5\_6. Dans la cafétéria?**

- 1  Jamais
- 2  Rarement
- 3  Parfois
- 4  Souvent
- 5  Toujours

- 77  Ne s'applique pas
- 88  SP
- 99  RF

**Y12\_F5\_7. À l'extérieur sur les terrains de l'école?**

- 1  Jamais
- 2  Rarement
- 3  Parfois
- 4  Souvent
- 5  Toujours

- 77  Ne s'applique pas
- 88  SP
- 99  RF

**Y12\_F5\_8. Pour vous rendre à l'école et en revenir?**

- 1  Jamais
- 2  Rarement
- 3  Parfois
- 4  Souvent
- 5  Toujours

- 77  Ne s'applique pas
- 88  SP
- 99  RF

## SECTION G. VOTRE FAMILLE

**Question de dépistage :**

**Nous aimerions en savoir plus sur les types d'expériences auxquels les familles des jeunes trans sont soumises à l'extérieur de la famille. Puisque nous posons des questions à propos des expériences que les familles peuvent avoir vécues, nous définissons la famille comme étant votre famille naturelle, adoptive ou vos beaux-parents, vos frères et sœurs, ou toutes les autres personnes avec qui vous avez habité pendant au moins une année.**

**Y12\_G1. Est-ce que cela s'applique à vous? En d'autres mots, habitez-vous avec une famille?**

- 1  Oui
- 2  Non [skip family section]

- 88  SP
- 99  RF

**[if Y12\_G1=1] Quelle est la religion ou la foi de votre famille? Votre famille est-elle... ?  
(Vous pouvez choisir plus d'une option.)**

- Y12\_G2\_1  Spirituelle autochtone
- Y12\_G2\_2  Anglicane
- Y12\_G2\_3  Bahá'í
- Y12\_G2\_4  Bouddhiste
- Y12\_G2\_5  Catholique
- Y12\_G2\_6  Hindoue
- Y12\_G2\_7  Juive
- Y12\_G2\_8  Mennonite, Amish ou Hutterite
- Y12\_G2\_9  Musulmane
- Y12\_G2\_10  Néo-païenne
- Y12\_G2\_11  Chrétienne protestante
- Y12\_G2\_12  Sikh
- Y12\_G2\_13  Unitarienne
- Y12\_G2\_14  Autre, précisez: \_\_\_\_\_ Y12\_G2\_14text \_\_\_\_\_
- Y12\_G2\_77  Pas de religion

**Y12\_G3. [if Y12\_G1=1] Dans quelle mesure votre famille est-elle croyante?**

- 1  pas du tout
- 2  très peu
- 3  quelque peu
- 4  moyennement
- 5  plutôt
- 6  beaucoup

- 88  SP
- 99  RF

External Family Stress Checklist

**[if Y12\_G1=1] Au cours des 12 derniers mois, votre famille a-t-elle vécu une des choses suivantes en raison de votre genre?**

**Y12\_G4\_1. Les amis ou la famille ont dit que votre parent/responsable est un mauvais parent/responsable?**

- 1  Oui
- 2  Non

- 88  SP
- 99  RF

**Y12\_G4\_2. Des étrangers (en ligne ou en personne) ont dit à votre parent/responsable qu'il est un mauvais parent/responsable?**

- 1  Oui  
2  Non

- 88  SP  
99  RF

**Y12\_G4\_3. Votre parent/responsable a reçu des conseils indésirables sur son rôle parental de la part d'amis ou de membres de la famille?**

- 1  Oui  
2  Non

- 88  SP  
99  RF

**Y12\_G4\_4. Votre parent/responsable a reçu des conseils indésirables sur son rôle parental de la part d'étrangers (en ligne ou en personne)?**

- 1  Oui  
2  Non

- 88  SP  
99  RF

**Y12\_G4\_5. Les autorités de la protection de la jeunesse ont enquêté, menacé ou essayé de vous retirer de la garde de votre parent/responsable ou réussi à le faire?**

- 1  Oui  
2  Non

- 88  SP  
99  RF

**Y12\_G4\_6. D'autres membres de votre famille ne parlent plus à votre famille?**

- 1  Oui  
2  Non

- 88  SP  
99  RF

**Y12\_G4\_7. D'autres membres de votre communauté ne parlent plus aux membres de votre famille?**



- Oui  
 Non

- 88  SP  
99  RF

**Y12\_G4\_8. D'autres parents ont cessé de laisser leurs enfants venir chez vous ou vous voir?**

- Oui  
 Non

- 88  SP  
99  RF

**Y12\_G4\_9. D'autres personnes ont cessé de vous laisser aller chez eux pour voir vos amis?**

- Oui  
 Non

- 88  SP  
99  RF

**Y12\_G4\_10. Un membre de votre famille a eu à intervenir auprès de votre école pour des questions d'identité de genre?**

- Oui  
 Non

- 88  SP  
99  RF

**Y12\_G4\_11. Un membre de votre famille a eu à intervenir concernant un code vestimentaire qui vous a obligé à porter des vêtements (ou un uniforme ou un costume) qui ne correspondait pas à votre identité de genre?**

- Oui  
 Non

- 88  SP  
99  RF

**Y12\_G4\_12. Un membre de votre famille a eu à défendre votre droit d'utiliser une salle de bains?**

- Oui  
 Non

- 88  SP

99  RF

**Y12\_G4\_13. On a demandé à un membre de votre famille de ne plus participer à son organisation religieuse?**

1  Oui  
2  Non

88  SP  
99  RF

**Y12\_G4\_14. Un membre de votre famille a eu à défendre votre droit de participer à des équipes sportives ou à des activités parascolaires qui correspondent à votre identité de genre (p. ex., des sports, des clubs, Guides du Canada/Scouts Canada)?**

1  Oui  
2  Non

88  SP  
99  RF

**Y12\_G4\_15. On a demandé à vous ou à votre famille de trouver un autre médecin de famille ou un autre fournisseur de soins de santé?**

1  Oui  
2  Non

88  SP  
99  RF

**Y12\_G4\_16. On a demandé à vous ou à votre famille de trouver un autre intervenant en santé mentale?**

1  Oui  
2  Non

88  SP  
99  RF

**Y12\_G4\_17. Autre chose \_\_\_\_\_ 17text \_\_\_\_\_**

1  Oui  
2  Non

88  SP  
99  RF

**Comment décririez-vous la communication entre vous et votre parent/responsable?**

Très fermée, nous ne parlons de rien 1 2 3 4 5 Très ouverte, nous parlons de tout

**Dans quelle mesure pensez-vous que...**

**Y12\_G6\_1. Votre famille vous comprend?**

- 1  pas du tout;
- 2  très peu;
- 3  quelque peu;
- 4  pas mal
- 5  beaucoup

88  SP  
99  RF

**Y12\_G6\_2. Votre famille s'amuse ensemble?**

- 1  pas du tout;
- 2  très peu;
- 3  quelque peu;
- 4  pas mal
- 5  beaucoup

88  SP  
99  RF

**Y12\_G6\_3. Votre famille respecte votre intimité?**

- 1  pas du tout;
- 2  très peu;
- 3  quelque peu;
- 4  pas mal
- 5  beaucoup

88  SP  
99  RF

**Y12\_G6\_4. Votre famille vous fait attention?**

- 1  pas du tout;
- 2  très peu;
- 3  quelque peu;
- 4  pas mal
- 5  beaucoup

88  SP  
99  RF

**Y12\_G6\_5. Votre famille se soucie de vos sentiments?**

- 1  pas du tout;
- 2  très peu;
- 3  quelque peu;
- 4  pas mal
- 5  beaucoup

- 88  SP
- 99  RF

**Y12\_G7. Est-ce que le fait d'avoir fait face à votre identité de genre a affaibli ou renforcé votre famille?**

Affaibli notre famille 1 2 3 4 5 Renforcé notre famille

**Y12\_G8. Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez partager avec nous à ce sujet?**

**Y12\_G10. Si vous pouvez dire à votre parent/personne responsable UNE chose dont vous avez besoin d'eux, de quoi s'agirait-il?**

*Si les jeunes répondent avec "Mes parents déjà me donnent tout ce dont j'ai besoin" ou "Je n'ai besoins de rien d'autre d'eux", l'intervieweur demandera "Parmi les choses qu'ils vous donnent, quelle est une chose dont vous avez le plus besoin?"*

## SECTION H. COMMUNAUTÉ, SOUTIEN, DISCRIMINATION

**Y12\_H1. Existe-t-il un groupe pour jeunes trans, non binaires, bispirituels ou LGBT dans votre communauté?**

- 1  oui
- 2  non

- 88  SP
- 99  RF

**Y12\_H2. [if Y12\_H1=1] Avez-vous y participer?**

- 1  oui
- 2  non

- 88  SP

99  RF

[if Y12\_H2=1] Y12\_H3. Sur une échelle de 1 à 10, dans quelle mesure l'avez-vous trouvé(e) utile?

- 1  Pas du tout utile
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10  Extrêmement utile

[if Y12\_H2=2] Y12\_H4. Brièvement, pouvez-vous me dire pourquoi pas? \_\_\_\_\_

Y12\_H5. Avez-vous accédé(e) aux groupes en ligne pour les jeunes trans, non binaires, bispirituels ou LGBT?

- 1  oui
- 2  non

88  SP  
99  RF

Y12\_H6. [if Y12\_H5=1] Y a-t-il des groupes en ligne que vous recommanderiez à d'autres jeunes?

[Provide youth with cue card containing response options] Ces questions portent sur des expériences liées à qui vous êtes. Ceci comprend la façon dont vous vous décrivez et la façon dont les autres pourraient vous décrire. Par exemple : genre, couleur de peau, origines, nationalité, religion, sexualité, âge, poids, handicap, problème de santé mentale et revenus.

**Au cours des 12 derniers mois, en raison de qui vous êtes, avez-vous...**

	Jamais	Oui, mais pas dans la dernière année	Oui, une ou deux fois dans la dernière année	Oui, de nombreuses fois dans la dernière année
Y12_H7_1. Entendu, vu ou lu des commentaires de personnes qui se moquaient ou riaient de vous (ou de personnes comme vous)				

Y12_H7_2. Été traité comme si vous n'étiez pas amical, ou comme si vous étiez nuisible ou impoli				
Y12_H7_3. Été appelé par des noms insultants ou avez entendu/vu votre identité utilisée comme une insulte				
Y12_H7_4. Été traité comme si d'autres avaient peur de vous				
Y12_H7_5. Été regardé ou pointé en public				
Y12_H7_6. Été informé que vous devriez penser, agir comme les autres, ou ressembler plus aux autres				
Y12_H7_7. Entendu que vous ou les personnes comme vous n'ont pas leur place				
Y12_H7_8. Été interrogé avec des questions inappropriées, offensantes ou trop personnelles				
Y12_H7_9. Été traité comme si vous étiez moins intelligent ou capable que d'autres				

**Y12\_H8. Votre genre était-il la cause de ces expériences?**

- 1  Oui, mon genre et d'autres choses à propos de moi  
2  Oui, mon genre en était entièrement la cause  
3  Non  
4  Je ne suis pas sûr(e)

88  SP  
99  RF

**Y12\_H9. Au cours des 12 derniers mois, est-ce que d'autres personnes ont cessé de parler à vos ami(e)s ou les ont exclu(e)s des activités, à cause de votre genre?**

- 1  Oui  
2  Non

88  SP  
99  RF

**Y12\_H10. Au cours des 12 derniers mois, d'autres personnes ont-elles menacé ou harcelé vos ami(e)s (en personne ou en ligne), à cause de votre genre?**

- 1  Oui  
2  Non

88  SP  
99  RF

[Provide youth with cue card containing response options] Les gens recherchent parfois de la compagnie, de l'assistance ou autres types de soutien chez les autres. À quelle fréquence ces différents types de soutien sont-ils disponibles pour vous lorsque vous en éprouvez le besoin? (Choisissez le numéro appropriée)

		Jamais 1	Très peu souvent 2	Quelque fois 3	La plupart du temps 4	Toujours 5
Y12_H11_1	Quelqu'un sur qui vous pouvez compter lorsque vous avez besoin d'une oreille attentive					
Y12_H11_2	Quelqu'un qui vous donnera l'information pour vous aider à comprendre une situation					
Y12_H11_3	Quelqu'un qui vous donnera de bons conseils en période de crise					
Y12_H11_4	Quelqu'un à qui vous pouvez confier vos problèmes et parler de vous-même					
Y12_H11_5	Quelqu'un dont les conseils vous sont précieux					
Y12_H11_6	Quelqu'un avec qui partager vos tracas et vos peurs les plus intimes					
Y12_H11_7	Quelqu'un vers qui se tourner pour obtenir des suggestions dans le but de composer avec vos problèmes personnels					
Y12_H11_8	Quelqu'un qui comprend vos problèmes					
Y12_H11_9	Quelqu'un pour vous aider si vous étiez alité					
Y12_H11_10	Quelqu'un pour vous accompagner chez le médecin si vous deviez vous y rendre					
Y12_H11_11	Quelqu'un qui vous préparerait vos repas si vous étiez dans l'incapacité de le faire					
Y12_H11_12	Quelqu'un pour vous aider dans vos tâches					

	quotidiennes si vous étiez malade					
Y12_H11_13	Quelqu'un qui vous démontre de l'amour et de l'affection					
Y12_H11_14	Quelqu'un à aimer et qui vous fait sentir que vous êtes désiré					
Y12_H11_15	Quelqu'un qui vous serre dans ses bras					
Y12_H11_16	Quelqu'un avec qui passer de bons moments					
Y12_H11_17	Quelqu'un qui vous accompagne dans vos moments de détente					
Y12_H11_18	Quelqu'un avec qui vous partagez vos moments de loisirs					
Y12_H11_19	Quelqu'un avec qui vous faites des activités pour vous distraire, vous faire oublier vos préoccupations					

**En pensant à ces questions, vous avez obtenu ce soutien de ... Vous pouvez choisir plus d'une réponse.**

- Y12\_H12\_1  Votre [Parent 1]
- Y12\_H12\_2  Votre [Parent 2]
- Y12\_H12\_3  Votre [Parent 3]
- Y12\_H12\_4  Votre [Parent 4]
- Y12\_H12\_5  Vos frères et/ou vos sœurs
- Y12\_H12\_6  Votre famille élargie
- Y12\_H12\_7  Vos ami(e)s en ligne
- Y12\_H12\_8  Vos ami(e)s en personne
- Y12\_H12\_9  Vos ami(e)s trans
- Y12\_H12\_10  Vos ami(e)s non trans
- Y12\_H12\_11  Vos camarades d'école
- Y12\_H12\_12  Le personnel parascolaire (par exemple, les entraîneurs)
- Y12\_H12\_13  Vos enseignants et enseignantes
- Y12\_H12\_14  Votre communauté religieuse ou communauté de foi
- Y12\_H12\_15  Votre communauté ethnique ou culturelle
- Y12\_H12\_16  Votre communauté LGBT2Q
- Y12\_H12\_17  Votre intervenant ou intervenante en santé mentale
- Y12\_H12\_18  Votre médecin régulier (médecin de famille ou pédiatre)
- Y12\_H12\_19  Autre, précisez \_\_\_ Y12\_H12\_19text \_\_\_\_\_



## SECTION J. VOTRE SANTÉ ET VOTRE BIEN-ÊTRE

Certains et certaines des jeunes qui viennent nous voir estiment que leur vie n'est pas si géniale, tandis que d'autres pensent que leur vie est correcte. À votre avis, comment voyez-vous votre vie?

Y12\_J1\_1. DANS L'ENSEMBLE, ma vie est ... [let youth do slider on tablet]

La PIRE ☹ ----- ☺ La MEILLEURE

Y12\_J1\_2. Considérant MA SANTÉ, ma vie est ... [let youth do slider on tablet]

La PIRE ☹ ----- ☺ La MEILLEURE

Y12\_J1\_3. Depuis il y a 12 mois, ma vie est ...

- 1  Bien pire
- 2  Un peu pire
- 3  Un peu meilleure
- 4  Bien meilleure

88 DK

99 RF

[Provide youth with cue card containing response options] Les questions suivantes traitent de la façon dont vous vous êtes senti au cours des 30 derniers jours.

Y12\_J2\_1. Au cours des 30 derniers jours, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) nerveux/nerveuse?

- 1  toujours
- 2  la plupart du temps
- 3  parfois
- 4  rarement
- 5  jamais

88  SP

99  RF

Y12\_J2\_2. Au cours des 30 derniers jours, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) désespéré(e)?

- 1  toujours
- 2  la plupart du temps
- 3  parfois
- 4  rarement

5  jamais

88  SP

99  RF

**Y12\_J2\_3. Au cours des 30 derniers jours, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) agité(e) ou ne tenant pas en place?**

1  toujours

2  la plupart du temps

3  parfois

4  rarement

5  jamais

88  SP

99  RF

**Y12\_J2\_4. Au cours des 30 derniers jours, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) si déprimé(e) que plus rien ne pouvait vous faire sourire?**

1  toujours

2  la plupart du temps

3  parfois

4  rarement

5  jamais

88  SP

99  RF

**Y12\_J2\_5. Au cours des 30 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous senti(e) que tout était un effort?**

1  toujours

2  la plupart du temps

3  parfois

4  rarement

5  jamais

88  SP

99  RF

**Y12\_J2\_6. Au cours des 30 derniers jours, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) bon ou bonne à rien?**

1  toujours

2  la plupart du temps

3  parfois

4  rarement

5  jamais

88  SP  
99  RF

**Lesquels des sentiments positifs suivants avez-vous vécus concernant votre genre?  
(Vous pouvez en choisir plus d'un)**

- Y12\_J3\_1  Un sentiment de fierté via-à-vis de vous-même  
Y12\_J3\_2  Un sentiment d'espoir  
Y12\_J3\_3  Un sentiment de confiance  
Y12\_J3\_4  Une relation améliorée avec vos parents/responsables  
Y12\_J3\_5  La motivation de vous impliquer dans l'éducation publique ou dans la défense des droits des jeunes trans  
Y12\_J3\_6  Un esprit de communauté avec les autres jeunes trans  
Y12\_J3\_7  Un sentiment d'épanouissement personnel  
Y12\_J3\_8  Un renforcement de votre famille  
Y12\_J3\_9  Le bonheur de recevoir un soutien inattendu  
Y12\_J3\_10  Autre, veuillez préciser: \_\_\_\_\_ Y12\_J3\_10text \_\_\_\_\_

**Y12\_J4. Au cours des 12 derniers mois, Avez-vous changé votre alimentation ou vos activités pour essayer de changer ou de contrôler votre poids?**

- 1  oui  
2  non [skip to Section K]

88  SP  
99  RF

**Y12\_J5. Est-ce que c'est quelque chose que votre fournisseur de soins de santé vous a demandé de faire ou est-ce que c'est quelque chose que vous avez fait vous-même?**

- 1  mon fournisseur de soins de santé  
2  moi-même

88  SP  
99  RF

**Y12\_J6. [If Y12\_J5=2] Est-ce que cela a affecté votre alimentation ou vos activités au cours des 30 derniers jours?**

- 1  oui  
2  non [skip to Section K]

88  SP  
99  RF

**Y12\_J7\_1. [Provide youth with cue card containing response options] Au cours des 30 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous vomi pour changer ou contrôler votre poids?**

- 1  jamais;
  - 2  de 1 à 3 fois;
  - 3  une fois par semaine;
  - 4  de 2 à 6 fois par semaine;
  - 5  une fois par jour, ou
  - 6  plus d'une fois par jour?
- 88  SP  
99  RF

**Y12\_J7\_2. Au cours des 30 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous eu des épisodes d'orgie alimentaire (« binge eating »)?**

Un épisode d'orgie alimentaire c'est lorsque vous mangez une grande quantité de nourriture (plus que ce que vous mangez normalement) en un laps de temps limité (par exemple, en une seule fois), mais vous sentez que vous ne pouvez pas vous arrêter ou que vous êtes hors de contrôle sans réaliser tout ce que vous mangez. Ce n'est pas seulement quand vous avez très faim et que vous mangez une grande quantité, et ce n'est pas lorsque vous prenez un gros repas ou une grosse collation.

- 1  jamais;
  - 2  de 1 à 3 fois;
  - 3  une fois par semaine;
  - 4  de 2 à 6 fois par semaine;
  - 5  une fois par jour, ou
  - 6  plus d'une fois par jour?
- 88  SP  
99  RF

**Y12\_J7\_3. Au cours des 30 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous fait de l'exercice dans le but de changer ou de contrôler votre poids?**

- 1  jamais;
  - 2  de 1 à 3 fois;
  - 3  une fois par semaine;
  - 4  de 2 à 6 fois par semaine;
  - 5  une fois par jour, ou
  - 6  plus d'une fois par jour?
- 88  SP  
99  RF

**Y12\_J7\_4. Au cours des 30 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous avalé une pilule ou autre chose pour changer ou contrôler votre poids?**

- 1  jamais;
- 2  de 1 à 3 fois;
- 3  une fois par semaine;
- 4  de 2 à 6 fois par semaine;
- 5  une fois par jour, ou
- 6  plus d'une fois par jour?

88  SP  
99  RF

**Y12\_J7\_5. Au cours des 30 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous suivi un régime, sauté des repas, jeûné, ou mangé moins de nourriture que vous mangez normalement pour perdre du poids ou contrôler votre poids?**

- 1  jamais,
- 2  de 1 à 3 fois;
- 3  une fois par semaine;
- 4  de 2 à 6 fois par semaine;
- 5  une fois par jour, ou
- 6  plus d'une fois par jour?

88  SP  
99  RF

**Y12\_J8. [If one or more of Y12\_J7\_1 to Y12\_J7\_1 in (2,3,4,5,6)] Dans quelle mesure le désir de changer ou de contrôler votre poids est-il lié à votre genre?**

- 1  pas du tout;
- 2  un petit peu;
- 3  principalement, ou;
- 4  complètement?

88  SP  
99  RF

## SECTION K. CONSOMMATION DE SUBSTANCES

**Dans la prochaine section, nous vous poserons des questions à propos de votre santé et de votre bien-être. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses, et comme vous le savez, cette information sera gardée privée.**

**Les seules personnes qui auront accès à cette information seront les chercheurs qui combinent vos renseignements avec ceux des autres jeunes pour savoir comment vous vous portez en tant que groupe.**

**Êtes-vous prêt(e) à continuer?**

**Y12\_K1. En ce moment, fumez-vous des cigarettes de tabac tous les jours, parfois, ou pas du tout?**

- 1  Tous les jours
- 2  Parfois
- 3  Pas du tout

88  SP  
99  RF

**Y12\_K2. En ce moment, fumez-vous des cigarettes électroniques (vapotage) tous les jours, parfois, ou pas du tout?**

- 1  Tous les jours
- 2  Parfois
- 3  Pas du tout

88  SP  
99  RF

**La question suivante se rapporte à la consommation d'alcool. Par une « consommation » d'alcool, on entend:**

- une bouteille ou cannette de bière, ou un verre de bière pression
- un verre de vin ou de vin-soda (« coller »)
- une boisson mélangée avec une once et demie (environ 43ml) d'alcool
- un « shooter » avec une once et demie d'alcool

**Y12\_K3. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous pris 5 consommations d'alcool ou plus lors de la même occasion?**

- 1  Jamais
- 2  Moins d'une fois par mois
- 3  Une fois par mois
- 4  De 2 à 3 fois par mois
- 5  Une fois par semaine
- 6  Plus d'une fois par semaine

88  SP  
99  RF

**Y12\_K4. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé(e) la marijuana?**

- 1  Oui
- 2  Non

88  SP  
99  RF

**[if yes] Y12\_K4\_2. Avez-vous utilisé(e) la marijuana au cours des 30 derniers jours?**

- 1  Oui  
2  Non

- 88  SP  
99  RF

**Y12\_K5. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris des autres médicaments ou des autres drogues sans ordonnance?**

- 1  Oui  
2  Non

- 88  SP  
99  RF

**[if Y12\_K5 in (1)] Pouvez-vous me dire quelles autres drogues ou médicaments sans ordonnance vous avez utilisées au cours des 12 derniers mois? (ne lisez pas la liste, seulement cochez les éléments que le/la jeune dit)**

	(1) Utilisé au cours des 12 derniers mois	(2) Si utilisé au cours des 12 derniers mois, ensuite demander s'il était utilisé au cours des 30 derniers jours
Y12_K6_1: Champignons (champignons magiques, shrooms, psilocybine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y12_K6_2: Spice (K2, K3, Blaze, Black mamba, herbes légales/legal weed, le pot faux/fake pot, IZMS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y12_K6_3: Sizzurp (robos, dex, DXM, purple drank)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y12_K6_4: Adrenochromes (wagon wheels, dreens)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Y12_K6_5: Poppers ou nitrites, y compris les ampoules	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Y12_K6_6: Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y12_K6_7: Cocaïne (coke, blow, neige, poudre, snort)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y12_K6_8: Métamphétamine cristallisée (speed, crystal meth, crank, ice, glace)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y12_K6_9: PCP (poussière d'ange)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y12_K6_10: Special K/Ketamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y12_K6_11: GHB (G)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y12_K6_12: LSD (acide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y12_K6_13: Opium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y12_K6_14: Héroïne (H, junk, smack)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y12_K6_15: Ecstasy, Molly, ou MDMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Y12_K6_16: Sels de bain/ Bath salts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y12_K6_17: Fentanyl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y12_K6_18: Autres pilules contre la douleur autres que le fentanyl sans ordonnance ou sans qu'un médecin vous ait dit d'en prendre (Percocet, Oxycontin, OxyNeo, Tylenol #3, Demerol, Dilaudid, codéine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y12_K6_19: Des calmants ou tranquillisants sans ordonnance ou sans qu'un médecin vous ait dit d'en prendre (Valium, Ativan, Xanax, tranqs, 'downers')	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y12_K6_20: Des médicaments pour traiter le TDAH sans ordonnance ou sans qu'un médecin vous ait dit d'en prendre (Ritalin, Concerta, Adderall, Dexedrine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y12_K6_21: Des inhalants ou substances inhalées ou autres solvants (huffing)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y12_K6_22: Autre veuillez préciser: Y12_K6_22text	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**[for relevant drugs indicated above] Je vais vous poser des questions à propos des raisons pour lesquelles vous avez peut-être consommé certaines substances.**

**Nous allons vous poser des questions à propos de deux sortes de stress que vous pourriez vivre. Tous les gens éprouvent du stress parfois, peu importe leur identité de genre, donc il s'agit ici de stress plus général que vous ressentez (par exemple, le stress des devoirs, des amis, des parents, etc.), mais il existe également le stress lié au genre et à la dysphorie de genre.**

**Pour chaque substance que je vous énumère, pouvez-vous me dire si vous avez utilisé cette stratégie pour faire face au stress général, ou au stress lié au genre (ou tous les deux, ou aucun) au cours des 30 derniers jours?**

<b>Stratégie</b>	<b>L'avez-vous utilisée pour faire face au stress général au cours des 30 derniers jours?</b>	<b>L'avez-vous utilisée pour faire face au stress lié au genre au cours des 30 derniers jours?</b>
Y12_K7_1: Marijuana/hashish (hash, weed, pot, bongs, dabs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y12_K7_2: Champignons (champignons magiques, shrooms, psilocybine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Y12_K7_3: Spice (K2, K3, Blaze, Black mamba, herbes légales/legal weed, le pot faux/fake pot, IZMS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y12_K7_4: Sizzurp (robos, dex, DXM, purple drank)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y12_K7_5: Adrenochromes (wagon wheels, dreens)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y12_K7_6: Poppers ou nitrites, y compris les ampoules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y12_K7_7: Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y12_K7_8: Cocaïne (coke, blow, neige, poudre, snort)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y12_K7_9: Métamphétamine cristallisée (speed, crystal meth, crank, ice, glace)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y12_K7_10: PCP (poussière d'ange)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y12_K7_11: Special K/Ketamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y12_K7_12: GHB (G)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y12_K7_13: LSD (acide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y12_K7_14: Opium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y12_K7_15: Héroïne (H, junk, smack)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y12_K7_16: Ecstasy, Molly, ou MDMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y12_K7_17: Sels de bain/ Bath salts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y12_K7_18: Fentanyl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y12_K7_19: Autres pilules contre la douleur autres que le fentanyl sans ordonnance ou sans qu'un médecin vous ait dit d'en prendre (Percocet, Oxycontin, OxyNeo, Tylenol #3, Demerol, Dilaudid, codéine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y12_K7_20: Des calmants ou tranquillisants sans ordonnance ou sans qu'un médecin vous ait dit d'en prendre (Valium, Ativan, Xanax, tranqs, 'downers')	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y12_K7_21: Des médicaments pour traiter le TDAH sans ordonnance ou sans qu'un médecin vous ait dit d'en prendre (Ritalin, Concerta, Adderall, Dexedrine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y12_K7_22: Des inhalants ou substances inhalées ou autres solvants (huffing)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre: [Y12_K6_22]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## SECTION L. VOTRE BIEN-ÊTRE MENTAL

Cette partie se rapporte à votre bien-être mental. Pour avoir une bonne idée de la santé mentale de quelqu'un, une seule question ne suffit pas. Nous devons donc poser un tas de questions sur les symptômes. Il se peut que vous ressentiez plusieurs de ceux-ci ou que vous n'en ressentiez aucun, mais vos réponses sont importantes pour suivre la façon dont la santé et le bien-être des jeunes peuvent évoluer lorsque les jeunes reçoivent des interventions médicales de confirmation de genre. Laissez-moi savoir si vous avez besoin d'une pause pendant ces questions. Êtes-vous prêt(e) à continuer?

Depression. Modified Depression Scale (sometimes called the University of Texas Depression scale). Original version had 6 items, but eating item often removed, including from validation paper, so that is reflected here.

Dunn, E. C., Johnson, R. M., Grief Green, J. (2012). The modified depression scale (MDS): A brief, non-cost assessment tool to estimate the level of depression symptoms in students and schools. *School Mental Health*, 4, 34-45.

[Provide youth with cue card containing response options] Au cours des 30 derniers jours, à quelle fréquence...

**Y12\_L1\_1. Étiez-vous très triste?**

- 1  jamais;
- 2  rarement;
- 3  parfois;
- 4  souvent, ou
- 5  toujours?

88  SP  
99  RF

**Y12\_L1\_2. Étiez-vous grognon ou irritable, ou de mauvaise humeur?**

- 1  jamais;
- 2  rarement;
- 3  parfois;
- 4  souvent, ou
- 5  toujours?

88  SP  
99  RF

**Y12\_L1\_3. Vous êtes-vous senti(e) sans espoir face à l'avenir?**

- 1  jamais;
- 2  rarement;
- 3  parfois;
- 4  souvent, ou

5  toujours?

88  SP

99  RF

**Y12\_L1\_4. Avez-vous dormi beaucoup plus ou beaucoup moins que d'habitude?**

1  jamais;

2  rarement;

3  parfois;

4  souvent, ou

5  toujours?

88  SP

99  RF

**Y12\_L1\_5. Avez-vous eu de la difficulté à vous concentrer sur votre travail scolaire?**

1  jamais;

2  rarement;

3  parfois;

4  souvent, ou

5  toujours?

88  SP

99  RF

**Maintenant, je vais vous poser des questions qui se rapportent au suicide. Je veux vous rappeler que je suis obligé par la loi de faire savoir à quelqu'un qui peut vous aider s'il y a à ce moment-ci des inquiétudes à propos de votre sécurité. J'aimerais que vous soyez honnête pour ces questions, mais si nous pensons qu'il y a un risque que vous tentiez de vous tuer, nous devons en informer quelqu'un pour que vous obteniez de l'aide. Votre sécurité est vraiment importante pour nous, alors nous voulons nous assurer qu'il n'y a pas de risque que vous tentiez de vous faire du mal.**

**Y12\_L2. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous sérieusement songé à vous suicider ou vous tuer?**

1  Oui

2  Non [skip to anxiety]

88  SP

99  RF

**Y12\_L3. [If Y12\_L2=1] Est-ce que c'était lié au fait d'être trans?**

1  Oui

2  Non

88  SP  
99  RF

[if Y12\_L3=1, screen for current suicidality and need for safety protocol]

**Y12\_L5. [If Y12\_L2=1] Au cours des 12 derniers mois, avez-vous tenté de vous suicider ou essayé de vous tuer?**

1  Oui  
2  Non [skip to Section M]

88  SP  
99  RF

[if Y12\_L5=1 go to safety protocol]

**Y12\_L7. [Y12\_L5=1] Avez-vous vu ou consulté quelqu'un après votre tentative de suicide?**

1  Oui  
2  Non

88  SP  
99  RF

**Y12\_L8. [Y12\_L7=1] Qui avez-vous vu ou consulté?**

- 1  un médecin
- 2  un infirmier/une infirmière
- 3  un(e) psychologue ou un(e) psychiatre
- 4  un conseiller/une conseillère scolaire
- 5  un autre type de conseiller ou d'intervenant/conseillère/d'intervenante
- 6  un(e) ainé(e) autochtone
- 7  un prêtre, rabbin, imam, ou autre chef religieux
- 8  un parent ou responsable/soignant
- 9  une autre membre de famille
- 10  autre, précisez: \_\_\_\_\_ Y12\_L8\_10text \_\_\_\_\_
- 11  aucune de ces réponses

**Y12\_L9. [Y12\_L7=1] Avait-il/elle la connaissance et la compréhension en ce qui concerne le genre?**

1  Oui  
2  Non

3  Nous n'avons pas discuté du genre

88  SP

99  RF

**Je vais vous poser des questions à propos des façons dont les gens peuvent essayer de se blesser. Gardez en tête que nous voulons connaître seulement les incidents intentionnels, et non ceux dus à un accident ou à toute autre raison.**

**Y12\_L11. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait quelque chose pour vous blesser intentionnellement?**

1  Oui

2  Non

88  SP

99  RF

**[If Y12\_L11=1] Pour essayer de vous blesser, vous êtes-vous déjà...?**

**Y12\_L12\_1. Coupé, égratigné, mordu ou brûlé la peau (autre que vos seins ou vos organes génitaux)?**

1  Oui

2  Non

88  SP

99  RF

**Y12\_L12\_2. Coupé, égratigné, brûlé les seins ou les organes génitaux?**

1  Oui

2  Non

88  SP

99  RF

**Y12\_L12\_3. Donné un coup de poing sur vos seins ou vos organes génitaux ou les avez-vous frappés?**

1  Oui

2  Non

88  SP

99  RF

**Y12\_L12\_4. Gratté une blessure, ou empêché une blessure de guérir?**

- 1  Oui  
2  Non

- 88  SP  
99  RF

**Y12\_L12\_5. Y a-t-il d'autres choses que vous avez faites pour vous blesser par exprès?**

- 1  Oui, précisez: \_\_\_\_\_ Y12\_L14\_5text \_\_\_\_\_  
2  Non

- 88  SP  
99  RF

## SECTION M. PRENDRE SOIN DE VOUS-MÊME

### Liste de manières de prendre soin de soi

Nous aimerions vous poser des questions à propos de ce que vous faites pour gérer le stress.

Je vais énumérer beaucoup de choses que les gens peuvent faire pour aider à gérer le stress. Pour chaque, faites-moi savoir si vous avez utilisé cette stratégie pour faire face au stress

Stratégie	L'avez-vous utilisée pour faire face au stress général au cours des 30 derniers jours? [OUI/NON]
Écouter de la musique	Y12_M1_1
Regarder un film, la télévision, ou des vidéos en ligne	Y12_M1_2
Jouer aux jeux vidéo	Y12_M1_3
Parler avec vos ami(e)s	Y12_M1_4
Aller courir ou marcher, faire de l'exercice, ou des sports	Y12_M1_5
Écrire ou écrire dans votre journal intime	Y12_M1_6
Faire des exercices de respiration profonde ou de relâchement	Y12_M1_7
Prendre un bain	Y12_M1_8
Lire	Y12_M1_9
Passer du temps avec votre famille	Y12_M1_10
Créer quelque chose d'artistique (peinture, musique, etc.)	Y12_M1_11

Passer du temps avec votre animal de compagnie ou des animaux	Y12_M1_12
Prier ou participer à une cérémonie/un rite religieux	Y12_M1_13
Faire une sieste ou dormir pour éviter le problème	Y12_M1_14
Manger de la nourriture qui apaise	Y12_M1_15
Passer du temps avec un partenaire romantique	Y12_M1_16
Méditer	Y12_M1_17
Soins corporels (p. ex., appliquer du vernis à ongles, coiffer vos cheveux, etc.)	Y12_M1_18
Ignorer le stress ou prétendre qu'il n'existe pas	Y12_M1_19
Passer du temps seul	Y12_M1_20
Fantasmer ou rêver	Y12_M1_21
Autoplaidoyer («self-advocacy») ou défendre ses droits	Y12_M1_22
Passer du temps avec les autres dans des activités sociales	Y12_M1_23
Parler de votre vie sur des médias sociaux	Y12_M1_24
Aider les autres ou faire du bénévolat	Y12_M1_25
Autre: précisez ____ Y12_M1_26text ____	Y12_M1_26

## SECTION N. PARTAGER VOS IDÉES

**Y12\_N1. Qu'aimeriez-vous voir changer à partir de l'information dans cette recherche?**

**Y12\_N2. Qui devons-nous atteindre avec nos résultats de recherche? Quelle est la meilleure façon de le faire?**

**Y12\_N3. Y a-t-il quelque chose qui a été soulevé au sujet de votre genre que vous souhaitiez que nous demandions aux jeunes ou aux parents/responsables dans les entrevues qui suivront?**

**Y12\_N4. Y a-t-il autre chose que vous aimeriez que nous sachions?**

Y12\_NOTES\_2. Notes de l'intervieweur liées au sondage de jeune

Y12\_NOTES\_P\_2. Notes de l'intervieweur liées au parent/responsable

Puisque nous recueillons cette information tous les trois mois pour connaître vos expériences au fur et à mesure que vous recevez des soins de confirmation de genre, nous devons vous demander de le faire maintenant pour la première fois. Je vais vous donner la tablette pour remplir le questionnaire. Faites-moi savoir si quelque chose n'est pas clair. Cela prendra seulement trois minutes.

[Court questionnaire en ligne pour les jeunes](#)

Nous aimerions savoir comment a été votre état de santé au cours des trois derniers mois.

L12\_1. En général, diriez-vous que votre santé physique est... ?

- 1  Excellente
- 2  Très bonne
- 3  Bonne
- 4  Passable
- 5  Mauvaise

L12\_2. En général, diriez-vous que votre santé mentale est... ?

- 1  Excellente
- 2  Très bonne
- 3  Bonne
- 4  Passable
- 5  Mauvaise

L12\_3. Certains jeunes éprouvent de la détresse concernant leur identité de genre et leur corps (parfois appelée dysphorie) et certains n'en éprouvent pas. Cette détresse pourrait être causée par des aspects sexués/genrés de leur



**corps qui les dérangent beaucoup, ou par le fait qu'ils ou elles manquent de soutien et de confirmation de leur identité de genre. Quel niveau de détresse avez-vous vécue reliée à votre genre au cours des trois derniers mois?**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
détresse la plus aigüe reliée au genre pas de détresse reliée au genre

**L12\_4. Au cours des trois derniers mois, comment a été votre humeur?**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
la pire humeur la meilleure humeur

**L12\_5. Au cours des trois derniers mois, quel a été votre niveau d'anxiété?**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
anxiété aigüe aucune anxiété

**Enfin, nous avons aussi des questions spécifiques liées aux effets possibles de soins de confirmation de genre que vous recevez peut-être. Au cours des trois derniers mois, avez-vous expérimenté certains des effets suivants? (Cochez toutes les cases qui s'appliquent.)**

- L12\_6  Acné
- L12\_7  Perte de cheveux (sur la tête)
- L12\_8  Colère ou tendance à être maussade
- L12\_9  Humeur améliorée
- L12\_10  Humeur dégradée
- L12\_11  Gain de poids
- L12\_12  Perte de poids
- L12\_13  Sécrétions des seins ou de la poitrine
- L12\_14  Érections
- L12\_15  Saignements menstruels
- L12\_16  Sueurs nocturnes
- L12\_17  Le site d'injection de Lupron est chaud, enflé, et rouge
- L12\_18  Le site d'injection de testostérone a des démangeaisons ou des cloques
- L12\_19  Augmentation de la pilosité corporelle

- L12\_20  Diminution de la pilosité corporelle
- L12\_21  Bouffées de chaleur
- L12\_22  Nausées
- L12\_23  Sensibilité ou douleur des seins ou de la poitrine
- L12\_24  Autre, veuillez spécifier \_\_\_\_\_ L12\_24text \_\_\_\_\_

**L00\_25. Y a-t-il autre chose qui vous semble important à nous transmettre?**

**Nous savons que c'était beaucoup de questions et que certaines ont peut-être été difficiles à répondre. Je voulais vérifier auprès de vous pour voir comment vous vous sentez. Y a-t-il quelque chose dont vous avez besoin avant de partir?**

POUR L'INFORMATION SEULEMENT