

Jeunes Trans CAN!

Sondage pour jeunes de ligne de base

***Ce document est fourni à titre indicatif et ne servira pas à collecter des données. Le questionnaire est administré en personne par un administrateur au jeune participant; les questions sont programmées dans un interface en ligne de collecte de données sécuritaire. L'interviewer pose les questions au jeune participant, compile ses réponses au fur et à mesure dans l'interface d'enquête en ligne et l'aide si ce dernier a des questions ou ne comprend pas certains mots.

Les options « Ne sais pas » (SP) et « Refus » (RF) ne seront pas lues à haute voix, mais elles seront utilisées afin d'indiquer si le jeune ne connaissait pas la réponse ou s'il ne voulait 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.

INTRODUCTION

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

[L'intervieweur se présente] Vous [et votre parent/responsable] avez accepté de partager avec nous de l'information à propos de vous-même pour un projet de recherche que nous faisons. Avez-vous déjà participé à un projet de recherche? Je vais vous expliquer un peu comment ça va se passer, et je peux aussi répondre à toutes vos questions.

Une chose à savoir, 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?

Alors, la façon de fonctionner, c'est que nous allons nous parler pendant environ une heure. [Pendant ce temps, votre parent/responsable sera à <LIEU> pour répondre à certaines questions à propos de lui-même ou d'elle-même aussi.] 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?

POUR L'INFORMATION SEULEMENT

DÉTAILS DES DONNÉES

P00_LANG.

- 1 French/Français
- 2 English/Anglais

YOUTHID. Numéro de participant: _____

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

Y00_DATE. Date remplie: _____

Y00_INTID. Numéro de l'intervieweur: _____

Y00_CLINIC. Clinique: [Pull-down list of clinic codes]

- 1 CHEO Diversity Clinic (Ottawa)
- 2 BC Children's Hospital (Vancouver)
- 3 GDAAY Clinic (Winnipeg)
- 4 Alberta Children's Hospital (Calgary)
- 5 Centre Meraki (Montréal)
- 6 Montreal Children's Hospital (Montréal)
- 7 Stollery Children's Clinic (Edmonton)
- 8 IWK Clinic (Halifax)
- 9 SickKids Hospital (Toronto)
- 10 McMaster Children's Hospital (Hamilton)

Y00_PARENT: Le parent/responsable était-il présent pendant le sondage avec le jeune?

- 1 Oui
- 2 Non

Y00_SAB : Sexe assigné à la naissance :

- 1 Femme
- 2 Homme

SECTION A. À PROPOS DE VOUS-MÊME

Y00_A1. Quel âge avez-vous? _____ ans

Y00_A2. Quels sont les pronoms que vous aimez utiliser pour vous-même?

- 1 elle
2 il
3 Ille, ielle ou
4 autre chose? _____ Y00_A2_4text _____

- 88 SP
99 RF

Y00_A3. Quel(s) mot(s) utilisez-vous pour identifier votre propre genre?

Y00_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

Y00_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

Y00_A6. [if Y00_A5 in (1,2)] ...et à quel âge avez-vous commencé à vivre comme un(e) <Y00_A3>?

_____ ans

Y00_A7. À quel âge avez-vous réalisé que votre genre était différent de celui par lequel les autres personnes vous appelaient?
_____ ans

Y00_A8. Diriez-vous que vous êtes... ?

Y00_A8_1. Autochtone (Premières Nations, Métis ou Inuit)?

- 1 oui
2 non

88 SP
99 RF

Y00_A8_2. Quelqu'un qui a immigré au Canada d'un autre pays?

- 1 oui
2 non

88 SP
99 RF

Y00_A8_3. Quelqu'un qui est né au Canada, mais qui n'est pas Autochtone?

- 1 oui
2 non

88 SP
99 RF

Y00_A8_4. Quelqu'un dont le ou les parents ont immigré au Canada d'un autre pays?

- 1 oui
2 non

88 SP
99 RF

Y00_A9. [if Y00_A8_1=1] Êtes-vous ...?

- 1 Premières Nations
2 Métis
3 Inuit
4 Autre groupe autochtone, précisez: _____ Y00_A16_4text_____

88 SP

Y00_A10. [if Y00_A8_1=1] Comment vous identifiez-vous en tant que personne autochtone?

Y00_A11. [if Y00_A8_1=1] Vivez-vous dans une réserve des Premières Nations?

1 Oui

2 Non

99 RF

Y00_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

Y00_A13. [if Y00_A12 in (1,2,88,99)] Votre école pratique-t-elle une religion particulière?

1 oui. Quelle religion? _____ Y00_A20_1text _____

2 non

88 SP

99 RF

Y00_A14. [if Y00_A12 in (1,2,88,99)] Êtes-vous dans une école spéciale pour les étudiants LGBT2Q?

1 oui

2 non

88 SP

99 RF

Y00_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

Y00_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?

- Y00_A16_1 Parents biologiques _____ Y00_A16_1_no _____
Y00_A16_2 Beaux-parents _____ Y00_A16_2_no _____
Y00_A16_3 Parents de famille d'accueil _____ Y00_A16_3_no _____
Y00_A16_4 Frères et sœurs _____ Y00_A16_4_no _____
Y00_A16_5 Grands-parents, tantes, oncles et famille élargie __ Y00_A16_5_no__

[if Y00_A12 in (1,2,88,99)] **Y00_A17. Dans quelle année êtes-vous dans l'école?** (si c'est maintenant l'été, entrez l'année qu'il/elle entra en septembre) _____

Y00_A18. Quelle(s) langue(s) parlez-vous à la maison? S'il y en a plus d'une, commencez avec la langue que vous utilisez le plus.

Y00_A18_1 Votre première langue?

- 1 Anglais
2 Français
3 Langue autochtone _____ Y00_A18_1_3text _____
4 Autre langue _____ Y00_A18_1_4text _____

- 88 SP
99 RF

Y00_A18_2 Votre deuxième langue? [if none, skip to Y00_A21]

- 1 Anglais
2 Français
3 Langue autochtone _____ Y00_A18_2_3text _____
4 Autre langue _____ Y00_A18_2_4text _____

Y00_A18_3 Votre troisième langue?

- 1 Anglais
2 Français
3 Langue autochtone _____ Y00_A18_3_3text _____
4 Autre langue _____ Y00_A18_3_4text _____

Y00_A19. Dans quelle langue préférez-vous recevoir des informations pour vous, sur les questions trans ou la santé trans?

- 1 Anglais
2 Français
3 Langue autochtone _____ Y00_A19_3_3text _____
4 Autre langue _____ Y00_A19_3_4text _____

- 88 SP
99 RF

Y00_A20. Dans quelle langue préférez-vous recevoir des informations pour vos parents/responsables, sur les questions trans ou la santé trans?

- 1 Anglais
2 Français
3 Langue autochtone _____ Y00_A20_3_3text _____
4 Autre langue _____ Y00_A20_3_4text _____

- 88 SP
99 RF

Y00_A21. Lesquels des mots suivants reflètent vos origines culturelles? Vous pouvez cocher plus qu'une réponse.

- Y00_A21_1 Autochtone (Premières Nations, Métis, ou Inuit)
Y00_A21_2 Latino-américain (p. ex., Argentine, Mexique, Nicaragua)
Y00_A21_3 Asie de l'Est (p. ex., Chine, Japon, Corée, Taiwan)
Y00_A21_4 Indo-Caraïbéen (p. ex., le Guyanais originaire d'Inde)
Y00_A21_5 Afro-Caraïbéen
Y00_A21_6 Sud-Asiatique (p. ex., Inde, Sri Lanka, Pakistan)
Y00_A21_7 Moyen-Orient (p. ex., Égypte, Iran, Israël, Arabie Saoudite)
Y00_A21_8 Sud-Est Asiatique (p. ex., Vietnam, Malaisie, Philippines)
Y00_A21_9 Canadien blanc ou Américain blanc
Y00_A21_10 Européen blanc (p. ex., Angleterre, Grèce, Suède, Russie)
Y00_A21_11 Afro-Canadien ou Afro-Américain
Y00_A21_12 Africain (p. ex., Ghana, Kenya, Somalie)
Y00_A21_13 Autre, précisez _____ Y00_A21_13text _____

Y00_A22. Comment identifiez-vous votre origine ethnique ou culturelle?

Y00_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 Y00_A23=1] **Lequel/lesquels?**

- Y00_A24_1 Les filles
Y00_A24_2 Les garçons
Y00_A24_3 Les personnes non binaires

- 88 SP
99 RF

Y00_A25. Quels mots utilisez-vous pour décrire votre orientation sexuelle?

SECTION B. EXPÉRIENCES DE GENRE

Y00_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

Y00_B2. [if Y00_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

Y00_B3. [if Y00_B2 in (2,88,99)] Aimeriez-vous le faire?

- 1 oui
2 non

- 88 SP
99 RF

Y00_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

Y00_B5. [if Y00_B4 in (2,88,99)] Aimeriez-vous le faire?

- 1 oui
2 non

- 88 SP
99 RF

Y00_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

Y00_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

Y00_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

Y00_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:

Souhait associé à la naissance	
Y00_B10_1	J'aurais aimé naître dans un corps différent
La dysphorie liée à la vie sociale	
Y00_B10_2	J'évite des situations ou des activités sociales parce que je ne peux pas m'exprimer dans mon genre
Y00_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)
Y00_B10_4	J'aime m'habiller de manière à exprimer mon genre [inverse]
Y00_B10_5	Je pense que la société ne m'accepte pas ou ne m'accueille pas dans mon genre
Y00_B10_6	Je m'inquiète que les gens vont toujours me traiter selon le mauvais genre
Y00_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)
La dysphorie liée au corps sexué/genré	
Y00_B10_8	Je n'aime pas voir mon corps nu
Y00_B10_9	Je me sens malheureux/malheureuse parce que j'ai un corps [masculin/féminin]
Y00_B10_10	Je m'inquiète d'avoir toujours un corps [masculin/féminin]
Y00_B10_11	Je n'aime pas faire pipi [debout/assis]

Y00_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.
Y00_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.
Y00_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
Y00_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:

Plaisir/fierté du genre	
Y00_B11_1	Être transgenre ou non binaire est l'une des choses à propos de moi qui est « cool ».
Y00_B11_2	Je ressens un sentiment d'accomplissement et de fierté à pouvoir m'exprimer dans mon genre
Euphorie liée à la vie sociale	
Y00_B11_3	J'aime sortir en public et faire des activités sociales parce que je peux m'exprimer dans mon genre
Y00_B11_4	Je me sens valorisé(e) lorsque des étrangers en public me traitent selon mon genre
Y00_B11_5	Je me sens sûr(e) de moi quand j'essaie des vêtements nouveaux et différents qui expriment mon genre
Y00_B11_6	Je me sens heureux/heureuse que la société me voit de l'extérieur pour qui je suis à l'intérieur
Y00_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
Euphorie liée au corps sexuée	
Y00_B11_8	Je me sens confiant(e) dans mon corps
Y00_B11_9	Je me sens attrayant(e)
Y00_B11_10	Je suis à l'aise dans mon corps
Y00_B11_11	Je sens que mon corps correspond à qui je suis réellement
Y00_B11_12	Les choses à propos de mon corps qui me dérangent 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
Y00_B12_1. La chirurgie du haut					
Y00_B12_2. La chirurgie du bas					
Y00_B12_3. La chirurgie faciale					

Y00_B13. Souhaitez-vous un jour avoir ou adopter un enfant?

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

- 88 SP
 99 RF

Y00_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

Y00_C1. Quel âge aviez-vous la première fois que vous avez rencontré quelqu'un à l'extérieur de votre famille pour discuter de votre genre? ____ ans

Y00_C2. Combien de temps s'est écoulé depuis le moment où vous avez commencé à chercher un traitement hormonal?

____ Y00_C2_yrs ____ ans ____ Y00_C2_mos ____ mois

Y00_C3. Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez rajouter à propos de votre propre expérience ou de celle de votre famille en matière de conseils, de programmes,

ou d'autres visites avec quelqu'un externe à la famille pour discuter de votre identité de genre?

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.

Y00_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

Y00_D2. Sentez-vous que vous avez un endroit stable où habiter?

- 1 Oui
- 2 Non

88 SP
99 RF

Y00_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

Y00_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

Y00_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?

- Y00_D6_1 Ma situation d'habitation n'a pas changé au cours de la dernière année
Y00_D6_2 Dormir dans un logement stable, comme un appartement ou une maison
Y00_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
Y00_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?

Y00_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

Y00_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

Y00_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

Y00_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

Y00_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.

Vous avez dit que vous aviez [Y00_A16_1_no + Y00_A16_2_no + Y00_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 _____ Y00_E1_1 _____
Parent 2 _____ Y00_E1_2 _____
Parent 3 _____ Y00_E1_3 _____
Parent 4 _____ Y00_E1_4 _____

Y00_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 Y00_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.

Y00_E3_1. Votre [Parent 1]

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

- 88 SP

99 RF

Y00_E3_2. Votre [Parent 2]

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

88 SP
99 RF

Y00_E3_3. Votre [Parent 3]

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

88 SP
99 RF

Y00_E3_4. Votre [Parent 4]

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

88 SP
99 RF

Y00_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

Y00_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

Y00_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

Y00_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

[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?

Y00_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

Y00_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

Y00_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

Y00_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

Y00_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

Y00_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

Y00_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

Y00_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

Y00_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

Y00_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

Y00_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

Y00_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

Y00_E4_13. Vos enseignant(e)s

- 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'enseignant(e)s
88 SP
99 RF

Y00_E4_14. Votre communauté religieuse ou communauté de foi

- 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'appartiens pas à une communauté religieuse ou une communauté de foi

88 SP

99 RF

Y00_E4_15. Votre communauté ethnique ou culturelle

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 communauté ethnique ou culturelle

88 SP

99 RF

Y00_E4_16. Votre communauté LGBT2Q

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 communauté LGBTQ2

88 SP

99 RF

Y00_E4_17. Votre ou vos intervenants(es) en santé mentale

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'intervenants en santé mentale

88 SP

99 RF

Y00_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

Y00_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:

- 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

Y00_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?

- 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

Y00_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?

- 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

Y00_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?

- 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 :

Y00_E6_1. Votre quartier le jour?

- 1 Jamais
2 Rarement
3 Parfois
4 Souvent
5 Toujours

- 88 SP
99 RF

Y00_E6_2. Votre quartier la nuit?

- 1 Jamais
2 Rarement
3 Parfois
4 Souvent
5 Toujours

- 88 SP
99 RF

Y00_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

Avez-vous déjà 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

- Y00_E7_1 les transports publics
Y00_E7_2 les épiceries ou les pharmacies
Y00_E7_3 les centres commerciaux ou les magasins de vêtements
Y00_E7_4 les écoles
Y00_E7_5 les voyages
Y00_E7_6 les clubs ou groupes sociaux

- Y00_E7_7 les vestiaires scolaires
 Y00_E7_8 les gyms ou les piscines
 Y00_E7_9 l'église, la synagogue, le temple, la mosquée, ou autre établissement religieux
 Y00_E7_10 les toilettes à l'école
 Y00_E7_11 les toilettes publiques
 Y00_E7_12 les espaces publics (par exemple, les parcs)
 Y00_E7_13 les restaurants
 Y00_E7_14 les centres culturels ou communautaires
 Y00_E7_15 les stades sportifs ou les terrains de sport
 Y00_E7_16 les événements communautaires
 Y00_E7_17 être dehors sur le terrain (« being out on the land »)
 Y00_E7_18 être chez les maisons des autres
 Y00_E7_19 aucune des réponses

Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS)
 (Campbell-Sills L, Nonrman SB, Craske MG, Sullivan G, Lang AJ, et al. (2009)
 Validation of a brief measure of anxiety-related severity and impairment: The
 Overall Anxiety Severity And Impairment Scale (OASIS). Journal of Affective
 Disorders 112(1): 92–101.)

[if Y00_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 Y00_A1 ≥ 12] Y00_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 Y00_A1 ≥ 12] Y00_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 Y00_A1 > 12]Y00_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 Y00_A1 > 12]Y00_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 Y00_A1 > 12]Y00_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.

Y00_F1. Vous êtes-vous déjà absenté(e) de l'école pendant plus de 2 semaines à la fois?

1 oui

2 non

88 SP

99 RF

Y00_F2. [if Y00_F1=1] 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

Y00_F3. [if Y00_F1=1] Avez-vous eu des absences de plus de 2 semaines liées à votre identité de genre?

- 1 oui, veuillez expliquer ____ Y00_F3_1text _____
2 non

- 88 SP
99 RF

[if Y00_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?

Y00_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

Y00_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

Y00_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

Y00_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

Y00_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

Y00_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 Y00_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**

Y00_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

Y00_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

Y00_F5_3. Dans les vestiaires?

1 Jamais
2 Rarement
3 Parfois
4 Souvent
5 Toujours

77 Ne s'applique pas
88 SP
99 RF

Y00_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

Y00_F5_5. Dans la bibliothèque?

1 Jamais
2 Rarement
3 Parfois
4 Souvent
5 Toujours

77 Ne s'applique pas
88 SP
99 RF

Y00_F5_6. Dans la cafétéria?

1 Jamais
2 Rarement
3 Parfois
4 Souvent
5 Toujours

77 Ne s'applique pas
88 SP

99 RF

Y00_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

Y00_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.

Y00_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 Y00_G1=1] Quelle est la religion ou la foi de votre famille? Votre famille est-elle... ?
(Vous pouvez choisir plus d'une option.)**

- Y00_G2_1 Spirituelle autochtone
Y00_G2_2 Anglicane
Y00_G2_3 Bahá'í
Y00_G2_4 Bouddhiste
Y00_G2_5 Catholique
Y00_G2_6 Hindoue
Y00_G2_7 Juive
Y00_G2_8 Mennonite, Amish ou Hutterite
Y00_G2_9 Musulmane
Y00_G2_10 Néo-païenne
Y00_G2_11 Chrétienne protestante
Y00_G2_12 Sikh
Y00_G2_13 Unitarienne
Y00_G2_14 Autre, précisez: _____ Y00_G2_14text _____
Y00_G2_77 Pas de religion

Y00_G3. [if Y00_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

[if Y00_G1=1] Votre famille a-t-elle vécu une des choses suivantes en raison de votre genre?

Y00_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

Y00_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

Y00_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

Y00_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

Y00_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

Y00_G4_6. D'autres membres de votre famille ne parlent plus à votre famille?

1 Oui
2 Non

88 SP
99 RF

Y00_G4_7. D'autres membres de votre communauté ne parlent plus aux membres de votre famille?

1 Oui
2 Non

88 SP
99 RF

Y00_G4_8. D'autres parents ont cessé de laisser leurs enfants venir chez vous ou vous voir?

- 1 Oui
2 Non

- 88 SP
99 RF

Y00_G4_9. D'autres personnes ont cessé de vous laisser aller chez eux pour voir vos amis?

- 1 Oui
2 Non

- 88 SP
99 RF

Y00_G4_10. Un membre de votre famille a eu à intervenir auprès de votre école pour des questions d'identité de genre?

- 1 Oui
2 Non

- 88 SP
99 RF

Y00_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?

- 1 Oui
2 Non

- 88 SP
99 RF

Y00_G4_12. Un membre de votre famille a eu à défendre votre droit d'utiliser une salle de bains?

- 1 Oui
2 Non

- 88 SP
99 RF

Y00_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

Y00_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

Y00_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

Y00_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

Y00_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...

Y00_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

Y00_G6_2. *Votre family s'amuse ensemble?

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

88 SP
99 RF

Y00_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

Y00_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

Y00_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

Y00_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

Y00_G8. Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez partager avec nous à ce sujet?

SECTION H. COMMUNAUTÉ, SOUTIEN, DISCRIMINATION

Y00_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

Y00_H2. [if Y00_H1=1] Avez-vous y participer?

1 oui

2 non

88 SP

99 RF

[if Y00_H2=1] Y00_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 Y00_H2=2] Y00_H4. Brièvement, pouvez-vous me dire pourquoi pas? _____

Y00_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

Y00_H6. [if Y00_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.

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
Y00_H7_1. Entendu, vu ou lu des commentaires de personnes qui se moquaient ou riaient de vous (ou de personnes comme vous)				
Y00_H7_2. Été traité comme si vous n'étiez pas amical, ou comme si vous étiez nuisible ou impoli				
Y00_H7_3. Été appelé par des noms insultants ou avez entendu/vu votre identité utilisée comme une insulte				
Y00_H7_4. Été traité comme si d'autres avaient peur de vous				
Y00_H7_5. Été regardé ou pointé en public				
Y00_H7_6. Été informé que vous devriez penser, agir comme les autres, ou ressembler plus aux autres				
Y00_H7_7. Entendu que vous ou les personnes comme vous n'ont pas leur place				

Y00_H7_8. Été interrogé avec des questions inappropriées, offensantes ou trop personnelles				
Y00_H7_9. Été traité comme si vous étiez moins intelligent ou capable que d'autres				

Y00_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

Y00_H9. 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

Y00_H10. 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
--	--	-------------	-----------------------	-------------------	--------------------------	---------------

Y00_H11_1	Quelqu'un sur qui vous pouvez compter lorsque vous avez besoin d'une oreille attentive					
Y00_H11_2	Quelqu'un qui vous donnera l'information pour vous aider à comprendre une situation					
Y00_H11_3	Quelqu'un qui vous donnera de bons conseils en période de crise					
Y00_H11_4	Quelqu'un à qui vous pouvez confier vos problèmes et parler de vous-même					
Y00_H11_5	Quelqu'un dont les conseils vous sont précieux					
Y00_H11_6	Quelqu'un avec qui partager vos tracas et vos peurs les plus intimes					
Y00_H11_7	Quelqu'un vers qui se tourner pour obtenir des suggestions dans le but de composer avec vos problèmes personnels					
Y00_H11_8	Quelqu'un qui comprend vos problèmes					
Y00_H11_9	Quelqu'un pour vous aider si vous étiez alité					
Y00_H11_10	Quelqu'un pour vous accompagner chez le médecin si vous deviez vous y rendre					
Y00_H11_11	Quelqu'un qui vous préparerait vos repas si vous étiez dans l'incapacité de le faire					
Y00_H11_12	Quelqu'un pour vous aider dans vos tâches quotidiennes si vous étiez malade					
Y00_H11_13	Quelqu'un qui vous démontre de l'amour et de l'affection					
Y00_H11_14	Quelqu'un à aimer et qui vous fait sentir que vous êtes désiré					
Y00_H11_15	Quelqu'un qui vous serre dans ses bras					
Y00_H11_16	Quelqu'un avec qui passer de bons moments					

Y00_H11_17	Quelqu'un qui vous accompagne dans vos moments de détente					
Y00_H11_18	Quelqu'un avec qui vous partagez vos moments de loisirs					
Y00_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.

- Y00_H12_1 Votre [Parent 1]
- Y00_H12_2 Votre [Parent 2]
- Y00_H12_3 Votre [Parent 3]
- Y00_H12_4 Votre [Parent 4]
- Y00_H12_5 Vos frères et/ou vos sœurs
- Y00_H12_6 Votre famille élargie
- Y00_H12_7 Vos ami(e)s en ligne
- Y00_H12_8 Vos ami(e)s en personne
- Y00_H12_9 Vos ami(e)s trans
- Y00_H12_10 Vos ami(e)s non trans
- Y00_H12_11 Vos camarades d'école
- Y00_H12_12 Le personnel parascolaire (par exemple, les entraîneurs)
- Y00_H12_13 Vos enseignants et enseignantes
- Y00_H12_14 Votre communauté religieuse ou communauté de foi
- Y00_H12_15 Votre communauté ethnique ou culturelle
- Y00_H12_16 Votre communauté LGBT2Q
- Y00_H12_17 Votre intervenant ou intervenante en santé mentale
- Y00_H12_18 Votre médecin régulier (médecin de famille ou pédiatre)
- Y00_H12_19 Autre, précisez ___Y00_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?

Y00_J1_1. DANS L'ENSEMBLE, ma vie est ... [let youth do slider on tablet]

La PIRE ☹ ----- ☺ La MEILLEURE

Y00_J1_2. Considérant MA SANTÉ, ma vie est ... [let youth do slider on tablet]

La PIRE ☹ ----- ☺ La MEILLEURE

[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.

Y00_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

Y00_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

Y00_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

Y00_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

Y00_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

Y00_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)**

- Y00_J3_1 Un sentiment de fierté via-à-vis de vous-même
- Y00_J3_2 Un sentiment d'espoir
- Y00_J3_3 Un sentiment de confiance
- Y00_J3_4 Une relation améliorée avec vos parents/responsables
- Y00_J3_5 La motivation de vous impliquer dans l'éducation publique ou dans la défense des droits des jeunes trans
- Y00_J3_6 Un esprit de communauté avec les autres jeunes trans
- Y00_J3_7 Un sentiment d'épanouissement personnel
- Y00_J3_8 Un renforcement de votre famille
- Y00_J3_9 Le bonheur de recevoir un soutien inattendu
- Y00_J3_10 Autre, veuillez préciser: _____ Y00_J3_10text _____

Y00_J4. Avez-vous déjà 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

Y00_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

Y00_J6. [If Y00_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

Y00_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

Y00_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

Y00_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

Y00_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

Y00_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

Y00_J8. [If one or more of Y00_J7_1 to Y00_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?

Y00_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

Y00_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

Y00_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

Y00_K4. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé(e) la marijuana?

- 1□ Oui
- 2□ Non

88□ SP
99□ RF

[if yes] Y00_K4_2. Avez-vous utilisé(e) la marijuana au cours des 30 derniers jours?

- 1□ Oui
- 2□ Non

88□ SP
99□ RF

Y00_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 Y00_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
Y00_K6_1: Champignons (champignons magiques, shrooms, psilocybine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y00_K6_2: Spice (K2, K3, Blaze, Black mamba, herbes légales/legal weed, le pot faux/fake pot, IZMS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y00_K6_3: Sizzurp (robos, dex, DXM, purple drank)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y00_K6_4: Adrenochromes (wagon wheels, dreens)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y00_K6_5: Poppers ou nitrites, y compris les ampoules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y00_K6_6: Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y00_K6_7: Cocaïne (coke, blow, neige, poudre, snort)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y00_K6_8: Métamphétamine cristallisée (speed, crystal meth, crank, ice, glace)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y00_K6_9: PCP (poussière d'ange)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y00_K6_10: Special K/Ketamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y00_K6_11: GHB (G)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y00_K6_12: LSD (acide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y00_K6_13: Opium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y00_K6_14: Héroïne (H, junk, smack)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y00_K6_15: Ecstasy, Molly, ou MDMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y00_K6_16: Sels de bain/ Bath salts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y00_K6_17: Fentanyl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y00_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"/>
Y00_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"/>
Y00_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"/>
Y00_K6_21: Des inhalants ou substances inhalées ou autres solvants (huffing)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Y00_K6_22: Autre veuillez préciser: Y00_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?

Stratégie	L'avez-vous utilisée pour faire face au stress général au cours des 30 derniers jours?	L'avez-vous utilisée pour faire face au stress lié au genre au cours des 30 derniers jours?
Y00_K7_1: Marijuana/hashish (hash, weed, pot, bongs, dabs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y00_K7_2: Champignons (champignons magiques, shrooms, psilocybine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y00_K7_3: Spice (K2, K3, Blaze, Black mamba, herbes légales/legal weed, le pot faux/fake pot, IZMS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y00_K7_4: Sizzurp (robos, dex, DXM, purple drank)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y00_K7_5: Adrenochromes (wagon wheels, dreens)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y00_K7_6: Poppers ou nitrites, y compris les ampoules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y00_K7_7: Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y00_K7_8: Cocaïne (coke, blow, neige, poudre, snort)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y00_K7_9: Métamphétamine cristallisée (speed, crystal meth, crank, ice, glace)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y00_K7_10: PCP (poussière d'ange)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y00_K7_11: Special K/Ketamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y00_K7_12: GHB (G)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y00_K7_13: LSD (acide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y00_K7_14: Opium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Y00_K7_15: Héroïne (H, junk, smack)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y00_K7_16: Ecstasy, Molly, ou MDMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y00_K7_17: Sels de bain/ Bath salts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y00_K7_18: Fentanyl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y00_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"/>
Y00_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"/>
Y00_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"/>
Y00_K7_22: Des inhalants ou substances inhalées ou autres solvants (huffing)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre: [Y00_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?

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

Y00_L1_1. Étiez-vous très triste?

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

5 toujours?

88 SP

99 RF

Y00_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

Y00_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

Y00_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

Y00_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.

Y00_L2. Avez-vous déjà sérieusement songé à vous suicider ou vous tuer?

- 1 Oui
2 Non [skip to anxiety]
- 88 SP
99 RF

Y00_L3. [If Y00_L2=1] Est-ce que c'était lié au fait d'être trans?

- 1 Oui
2 Non
- 88 SP
99 RF

Y00_L4. [If Y00_L2=1] Est-ce que cela s'est produit au cours des 12 derniers mois?

- 1 Oui
2 Non
- 88 SP
99 RF

[if Y00_L4=1, screen for current suicidality and need for safety protocol]

Y00_L5. [If Y00_L2=1] Avez-vous déjà tenté de vous suicider ou essayé de vous tuer?

- 1 Oui
2 Non [skip to Section M]
- 88 SP
99 RF

Y00_L6. [Y00_L5=1] Est-ce que cela s'est produit au cours des 12 derniers mois?

- 1 Oui
2 Non

88 SP
99 RF

[if Y00_L5=1 or L6=1, go to safety protocol]

Y00_L7. [Y00_L5=1] Avez-vous vu ou consulté quelqu'un après votre tentative de suicide?

1 Oui
2 Non

88 SP
99 RF

Y00_L8. [Y00_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) aîné(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: _____ Y00_L8_10text _____
- 11 aucune de ces réponses

Y00_L9. [Y00_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

Y00_L10. [Y00_L5=1] Quel âge aviez-vous quand vous avez tenté de vous suicider ou de vous tuer?

_____ ans

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.

Y00_L11. Avez-vous déjà fait quelque chose pour vous blesser intentionnellement?

- 1 Oui
- 2 Non

- 88 SP
- 99 RF

[if Y00_L11=1] Pour essayer de vous blesser, vous êtes-vous déjà...?

Y00_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

Y00_L13_1. [if Y00_L14_1=1] Est-ce que arrivé au cours de la dernière année?

- 1 Oui
- 2 Non

- 88 SP
- 99 RF

Y00_L12_2. Coupé, égratigné, brûlé les seins ou les organes génitaux?

- 1 Oui
- 2 Non

- 88 SP
- 99 RF

Y00_L13_2. [if Y00_L14_2=1] Est-ce arrivé au cours de la dernière année?

- 1 Oui
- 2 Non

- 88 SP
- 99 RF

Y00_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

Y00_L13_3. [if Y00_L14_3=1] Est-ce arrivé au cours de la dernière année?

- 1 Oui
2 Non

- 88 SP
99 RF

Y00_L12_4. Gratté une plaie, ou empêché une plaie ou une blessure de guérir?

- 1 Oui
2 Non

- 88 SP
99 RF

Y00_L13_4. [if Y00_L14_4=1] Est-ce arrivé au cours de la dernière année?

- 1 Oui
2 Non

- 88 SP
99 RF

Y00_L12_5. Y a-t-il d'autres choses que vous avez faites pour vous blesser par exprès?

- 1 Oui, précisez: _____Y00_L14_5text_____

- 2 Non

- 88 SP
99 RF

Y00_L13_5. [if Y00_L14_5=1] Est-ce arrivé au cours de la dernière année?

- 1 Oui
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	Y00_M1_1
Regarder un film, la télévision, ou des vidéos en ligne	Y00_M1_2
Jouer aux jeux vidéo	Y00_M1_3
Parler avec vos ami(e)s	Y00_M1_4
Aller courir ou marcher, faire de l'exercice, ou des sports	Y00_M1_5
Écrire ou écrire dans votre journal intime	Y00_M1_6
Faire des exercices de respiration profonde ou de relâchement	Y00_M1_7
Prendre un bain	Y00_M1_8
Lire	Y00_M1_9
Passer du temps avec votre famille	Y00_M1_10
Créer quelque chose d'artistique (peinture, musique, etc.)	Y00_M1_11
Passer du temps avec votre animal de compagnie ou des animaux	Y00_M1_12
Prier ou participer à une cérémonie/un rite religieux	Y00_M1_13
Faire une sieste ou dormir pour éviter le problème	Y00_M1_14
Manger de la nourriture qui apaise	Y00_M1_15
Passer du temps avec un partenaire romantique	Y00_M1_16
Méditer	Y00_M1_17
Soins corporels (p. ex., appliquer du vernis à ongles, coiffer vos cheveux, etc.)	Y00_M1_18
Ignorer le stress ou prétendre qu'il n'existe pas	Y00_M1_19
Passer du temps seul	Y00_M1_20
Fantasmer ou rêver	Y00_M1_21
Autoplaidoyer («self-advocacy») ou défendre ses droits	Y00_M1_22
Passer du temps avec les autres dans des activités sociales	Y00_M1_23
Parler de votre vie sur des médias sociaux	Y00_M1_24
Aider les autres ou faire du bénévolat	Y00_M1_25
Autre: précisez ___ Y00_M1_26text _____	Y00_M1_26

SECTION N. PARTAGER VOS IDÉES

Y00_N1. Qu'aimeriez-vous voir changer à partir de l'information dans cette recherche?

Y00_N2. Qui devons-nous atteindre avec nos résultats de recherche? Quelle est la meilleure façon de le faire?

Y00_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?

Y00_N4. Y a-t-il autre chose que vous aimeriez que nous sachions?

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?