



Bien renseigner les parents et les professionnels

Rappel de porter attention à la santé des enfants transgenres et d'une diversité de genres

Julia Temple Newhook PhD Kelley Winters PhD Jake Pyne MSW Ally Jamieson MSW Cindy Holmes PhD
Stephen Feder MD CMC CCFP FRCPC Sarah Pickett MA PsyD RPsych Mari-Lynne Sinnott MD CCFP

Depuis le milieu du 20^e siècle, la diversité de genres chez les enfants* a été abordée comme une question de psychopathologie¹⁻³. En Amérique du Nord et en Europe, les enfants qui expriment leur genre de manières inattendues ont été forcés de se conformer aux contraintes associées aux genres de leur époque culturelle et historique³. Cette façon d'agir contraste avec le respect historique envers les personnes d'une diversité de genres, constaté dans de nombreuses communautés non occidentales, y compris diverses nations autochtones au Canada^{4†}. La tradition de respecter la diversité des genres persiste dans de nombreuses régions du monde.

Par ailleurs, de nos jours, nous sommes témoins d'une évolution considérable dans ce domaine, ce que certains ont qualifié de changement de paradigme⁵. À l'échelle mondiale, les professionnels de la santé reconnaissent que le genre est une question de diversité plutôt que de pathologie⁶, et l'identité de genre est officiellement admise comme un droit profondément individuel et fondamental de l'être humain⁷.

L'American Academy of Pediatrics a récemment rendu public un guide exhaustif à l'appui des enfants d'une diversité de genres⁸. Au Canada, plusieurs organisations professionnelles ont publié des déclarations reconnaissant formellement les enfants ayant d'une diversité de genres⁹⁻¹¹. Pourtant, les médecins ont très peu de directives à ce sujet et doivent se fier à un corpus limité de recherches. La majorité de ces recherches portent sur la question dichotomique visant à savoir si un enfant « persistera » dans son identité de genre non attribué à la naissance ou s'il « se désistera ».

Nous affirmons que cette perspective axée sur cette prédiction est trop étroite. Il importe de comprendre la trajectoire développementale de l'identité de genre. Notre priorité n'est pas de prédire l'identité des enfants à l'âge adulte, mais bien de soutenir la santé et le bien-être présents et futurs des enfants.

*Un glossaire en anglais sur la terminologie propre aux genres se trouve à www.cfp.ca. Allez au texte intégral de l'article en ligne et cliquez sur l'onglet **CFPlus**.

†« Bien qu'il importe de ne pas dépeindre les peuples autochtones comme acceptant universellement la fluidité sexuelle et des genres, la recherche et la tradition orale reflètent un respect et un hommage largement répandus envers les personnes bispirituelles⁴⁹ ».

Cette analyse passe en revue les recherches antérieures sur la diversité des genres chez les enfants, les recherches récentes sur le développement du cerveau et le bien-être socio-émotionnel, de même que les recherches émergentes sur les soins affirmatifs. Nous réfléchissons aux questions devant servir à orienter la conversation au sujet des enfants d'une diversité de genres au 21^e siècle.

Au-delà du mythe du désistement

Les directives concernant les soins aux enfants d'une diversité de genres sont principalement tirées d'un petit corpus de recherches effectuées auprès d'enfants en milieu clinique à Toronto, (Ontario)¹² et aux Pays-Bas¹³⁻¹⁵. Ces études ont été interprétées d'une façon à faire valoir qu'environ 80% des enfants que l'on pourrait croire transgenres ne s'identifieront pas comme tels à l'âge adulte. Il est devenu habituel de voir ces études citées comme justification pour décourager l'affirmation par les enfants de ne pas être du genre attribué à la naissance et pour étiqueter les enfants transgenres comme étant « confus »¹⁶. Pourtant, de récentes revues font valoir que l'utilité du concept du désistement est limitée¹⁶⁻¹⁹ et ont formulé les 7 critiques qui suivent.

De nombreux enfants n'ont jamais affirmé une identité transgenre. Beaucoup d'enfants dans ces études sur le désistement n'ont jamais affirmé une identité transgenre et, par conséquent, on ne se serait pas attendu à ce qu'ils recherchent une transition¹⁶⁻¹⁹. Les outils désuets utilisés dans ces études, tirés de la 3^e édition révisée et de la 4^e édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, ont confondu *identité de genre* et *expression de genre*. Ainsi, un petit sous-groupe d'enfants qui ont affirmé une identité de genre non attribuée à la naissance (qu'on pourrait par conséquent appeler *transgenres*) était inclus dans un bien plus grand ensemble d'enfants (qu'on pourrait qualifier de *non conformistes de genre*) qui se comportaient de manières opposées aux attentes habituelles des stéréotypes selon le genre, mais qui pourraient avoir continué à s'identifier au genre attribué à la naissance.

La constance mène souvent à la continuation. De fait, ces études font valoir que les enfants qui affirment constamment une identité transgenre continueront probablement de le faire¹⁶⁻¹⁹.

Certaines hypothèses ont tenté d'expliquer l'arrêt du suivi. Il ne faudrait pas présumer que les jeunes qui ont refusé ou négligé de participer au suivi sont cisgenres¹⁶⁻¹⁹. Ces études avaient tendance à compter le nombre de sujets qui n'ont pas participé au suivi, notamment 30% dans une étude, comme s'étant désisté de leur orientation. Cette présomption risque de surestimer considérablement le nombre de jeunes adultes présumés cisgenres.

Certains affirment une identité transgenre plus tard dans la vie. Les jeunes peuvent affirmer une identité transgenre à un âge adulte plus avancé¹⁶⁻¹⁹. L'âge moyen au suivi variait de 15,9¹⁴ à 23,2 ans¹²; par ailleurs, nous ne savons pas si ces jeunes ont affirmé une identité transgenre plus tard dans leur vie. Le Williams Institute estime que 0,6% des adultes aux États-Unis s'identifient comme transgenres²⁰. Une étude britannique révélait que l'âge médian auquel les adultes transgenres s'étaient identifiés eux-mêmes comme tels auprès de leur médecin était dans la quarantaine²¹.

Certains affirment une identité non binaire. De nombreux enfants et adultes transgenres ne s'identifient pas comme étant un homme ou une femme¹⁶⁻¹⁹. L'US Transgender Survey de 2015 auprès de plus de 27 000 adultes transgenres indique que 35% de ces adultes s'identifiaient comme non binaires²². Cependant, les études sur le désistement ne tenaient pas compte des identités non binaires. Par exemple, une étude a classé une jeune personne qui s'identifiait comme étant « 50% homme et 50% femme » comme « s'étant désistée »¹⁴. Ces personnes pourraient se considérer comme étant dans le spectre transgenre, mais brouilleraient la dichotomie de la persistance et du désistement.

Il n'y a pas de données probantes étayant l'existence d'un « piège ». Rien ne prouve que le soutien affirmatif piège les jeunes cisgenres dans l'adoption d'une identité transgenre¹⁶. Les soins affirmatifs ne sont pas l'équivalent d'une transition; ils constituent une approche neutre qui soutient les enfants dans leur identité, leur expression et les besoins qu'ils vivent actuellement, et qui s'abstient d'orienter un enfant vers une identité en particulier^{23*}. Au contraire, les pressions sont considérables dans notre société pour que tous les enfants adoptent une identité cisgenre¹⁶.

*Un petit nombre de jeunes ont signalé qu'il était difficile de dire à leurs pairs à l'école qu'ils ne procédaient plus à une transition¹⁴. Ces voix soulignent l'importance pour tous les enfants de travailler à créer des environnements scolaires qui appuient et célèbrent la diversité de genres dans toute sa complexité. Dans une autre étude, un jeune qui a décidé de ne pas effectuer de transition après avoir eu accès à des bloqueurs de puberté a exprimé sa gratitude d'avoir eu la possibilité d'explorer son genre, même s'il avait décidé, en définitive, de ne pas faire cette transition²⁴.

Les études n'examinent pas les préjudices de la suppression. Critique plus importante encore, ces études ne se penchent pas sur les préjudices potentiels de l'orientation des enfants vers la suppression d'un élément intime et fondamental de leur estime de soi¹⁶⁻¹⁹. Dans un rapport spécial de Hastings sur l'éthique dans le traitement des enfants d'une diversité de genres, Drescher et Pula se demandent si les torts causés en exerçant des pressions sur les enfants pour qu'ils se conforment aux normes liées au genre sont peut-être si mal connus et si considérables qu'il n'est pas éthique de même leur offrir un tel traitement²⁵. Les auteurs poursuivent en disant :

Puisque les cliniciens admettent librement qu'ils sont incapables de distinguer ceux qui persistent de ceux qui se désistent... les enfants qui grandiront pour devenir transgenres sont-ils assujettis à un stress inutile visant à préserver le bien-être de la majorité de ceux qui ne le deviendront pas?²⁵

En tant que professionnels, nous réfléchissons au fait que même si la plupart des enfants qui affirment une identité transgenre durant l'enfance adoptaient par la suite une identité cisgenre, nous ne saurions toujours pas comment mieux soutenir ces enfants pour qu'ils vivent pleinement une vie saine et heureuse.

Les normes mondiales confirment que les différences de genre ne sont pas des troubles⁷. Lorsque nous présumons qu'il serait préférable que les enfants transgenres se conforment au genre attribué à la naissance, nous disons aux parents et aux enfants qu'il y a une version privilégiée de l'être humain qu'il faut viser à atteindre et que nous espérons implicitement que l'enfant « guérira » de son identité transgenre. Lorsque nous préparons les familles à attendre que se produise la guérison, nous ratons la possibilité de conférer la validation parentale de ce dont chaque enfant, qu'importe son identité de genre, a besoin pour un développement psycho-émotionnel sain.

Soutenir la santé et le bien-être des enfants d'une diversité de genres

En laissant de côté le mythe du désistement, les chercheurs et les cliniciens sont alors capables de se concentrer plutôt sur la question la plus importante : comment favoriser des résultats optimaux en matière de santé chez les enfants d'une diversité de genres? Des recherches émergentes indiquent que les enfants à qui il n'est pas permis d'exprimer librement leur genre dans leurs principaux contextes de développement, notamment la famille et l'école, peuvent être à risque de résultats psychosociaux défavorables²³, tant à court terme²⁶ que durant l'adolescence et l'âge adulte²⁷⁻²⁹. Ces conséquences incluent une faible estime de soi²⁷, peu de satisfaction dans la vie²⁶, une mauvaise santé mentale^{27,28}, le manque de logement adéquat²⁷, le stress post-traumatique^{28,29}, des pensées suicidaires et des tentatives de suicide²⁷.

Des recherches au Canada indiquent que l'un des principaux facteurs de détresse chez les jeunes transgenres et d'une diversité de genres se situe dans l'absence de soutien parental²⁷. Une étude provinciale bien conçue, réalisée auprès de plus de 400 jeunes transgenres en Ontario et financée par les Instituts de recherche en santé du Canada, a révélé que les jeunes gens dont les identités de genre ne sont pas fortement appuyées par leurs parents font face à un taux de suicide 14 fois plus élevé que leurs pairs qui reçoivent de l'appui²⁶. Les jeunes transgenres sans soutien familial solide ont aussi signalé avoir une santé mentale moins bonne, plus de dépression, une plus faible estime de soi et peu de satisfaction dans la vie. Les auteurs ont conclu que seule une forte solidarité peut éviter des effets préjudiciables sur le bien-être de l'enfant²⁷.

Une récente étude cas-témoins de cohortes aux États-Unis a révélé que les enfants qui sont soutenus dans leur identité de genre peuvent avoir des résultats aussi favorables en santé mentale que leurs pairs cisgenres^{30,31}. Dans un commentaire publié dans *Pediatrics*, la D^{re} Ilana Sherer fait remarquer que ces conclusions sont véritablement surprenantes compte tenu des nombreuses études démontrant des scores 3 fois plus élevés³² sur l'échelle en psychopathologie des troubles de l'intériorisation de la dépression et de l'anxiété chez les enfants dont l'identité de genre n'a pas été affirmée.

Dans le domaine plus large du développement de l'enfant, un vaste corpus de recherche sur le développement socio-émotionnel et neurobiologique du cerveau fait le lien entre des périodes critiques et sensibles du développement cérébral durant toute l'enfance et des milieux de soins sécuritaires et épanouissants³³⁻³⁶. Les expériences sociales et familiales négatives sont associées à une sensibilité biologique accrue au stress³⁷. Il a été démontré que des niveaux élevés soutenus de sensibilité au stress au début et au milieu de l'enfance, dans diverses populations, sont des prédictors de réactions mésadaptées au stress, notamment l'anxiété, la dépression, l'agressivité et l'automutilation³⁸.

Une récente analyse des approches dans les soins à des enfants d'une diversité de genres a conclu que le fait d'inciter les enfants à se conformer à des attentes stéréotypées selon le genre pourrait réduire l'attachement parent-enfant, risquer que l'identité soit organisée autour de l'expérience de la honte et mener à une tendance persistante à la honte et à la dépression, tant durant l'enfance que plus tard dans la vie³⁹. L'analyse des travaux sur le développement de l'enfant sous cet angle fait ressortir que le rejet de l'identité de genre pourrait catalyser une sensibilité traumatique au stress, tandis que l'affirmation de l'identité de genre d'un enfant pourrait servir de « tampon » protégeant contre la sensibilité biologique au stress et favoriser le bien-être socio-émotionnel. Ce répit affirmatif pourrait réduire les réactions mésadaptées au stress et améliorer le

développement du cerveau dans les structures associées à l'apprentissage, à la mémoire, au contrôle des impulsions et à la stabilité émotionnelle^{40,41}.

Implications pour la pratique

Les dernières décennies ont été la scène d'une évolution en médecine, passant d'une approche paternaliste fondée sur le modèle du protecteur à un modèle de collaboration axé sur le consentement éclairé. La plupart des cliniques nord-américaines spécialisées en matière de genre adoptent maintenant une approche affirmative dans les soins aux enfants d'une diversité de genres¹⁸, ayant pour objectif d'écouter l'enfant et de déchiffrer, avec l'aide des parents ou des aidants, ce que l'enfant communique tant au sujet de son identité de genre que de ses expressions de genre²³.

Nos recommandations pour la pratique, fondées sur la recherche documentaire et notre propre expérience, s'énoncent comme suit :

Validation et soutien dans le présent

- Écoutez et respectez la propre description que fait l'enfant de qui il est, notamment demandez à l'enfant le nom et les pronoms qu'il a choisis et les respecter. Ce n'est pas notre rôle en tant que professionnels de dire aux enfants qui ils sont ou qui ils seront. Nous avons plutôt pour rôle d'aider les enfants à se sentir valorisés et soutenus.
- Dans le cas des enfants avant la puberté, orientez la plupart des interventions et du soutien vers les parents plutôt que les enfants. Les enfants qui sont heureux et bien dans leur peau se portent bien mieux si la question de leur diversité n'est pas soulevée par un clinicien. Investissez beaucoup de temps dans les rencontres seuls avec les parents. Même les parents solidaires ont généralement besoin d'espace pour exprimer leurs inquiétudes et leurs préoccupations, et pour poser des questions.
- Renseignez les parents en indiquant que la diversité de genres est un aspect sain et normal de la vie et que l'identité fait partie d'un spectre qui comprend les identités non binaires, masculines et féminines. Rappelez aux parents que les préférences des enfants en matière de jouets ou de vêtements ne communiquent pas directement qui ils savent être; par exemple, le fait qu'un garçon transgenre aime les robes n'invalide pas son identité en tant que garçon.
- Consultez d'autres professionnels et éducateurs ou transmettez une demande de consultation au besoin.

Un meilleur accès aux services dans une société plus inclusive. Vous trouverez à l'**Encadré 1** une liste d'outils et de ressources utiles pour les professionnels canadiens.

- Dirigez les parents vers des ressources comme des sites web, des lignes directrices sur l'inclusion en milieu scolaire ou d'autres professionnels au besoin.

Encadré 1. Outils et ressources utiles

Soutien des pairs

- Site web d'Enfants transgenres Canada: <http://enfantstransgenres.ca>
- Groupe de soutien en ligne par des pairs des Parents canadiens d'enfants transgenres et créatifs dans le genre: parentsoftranskids@gmail.com
- Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario: www.cheo.on.ca/fr/identitedegenre

Fournir des soins de santé aux personnes transgenres

- Santé arc-en-ciel Ontario: <https://www.rainbowhealthontario.ca/fr>

Langage respectueux et inclusif dans les formulaires (en anglais)

- Center of Excellence for Transgender Health: www.transhealth.ucsf.edu/trans?page=guidelines-clinic-environment

Communiquer avec les écoles au sujet des besoins d'un enfant

- Trousse d'outils sur les écoles inclusives pour tout le spectre des genres (en anglais): <https://www.dropbox.com/s/1wpo37oz3wv3nan/Gender%20Inclusive%20Schools%20Toolkit.pdf?dl=0>
- Nouveau site web SOGI 123 (Sexual Orientations and Gender Identities) de la Colombie-Britannique, qui comporte des politiques, un cursus et des ressources (en anglais): www.sogieducation.org
- Gouvernement du Manitoba: lignes directrices sur le soutien et l'affirmation de l'identité des élèves: www.edu.gov.mb.ca/m12/frpub/appui/transgenre/docs/lignes.pdf

Guides sur la terminologie respectueuse concernant les personnes transgenres et d'une diversité de genres

- Santé arc-en-ciel Ontario et le centre communautaire 519 (en anglais): www.the519.org/media/download/2559
- Gouvernement du Canada: www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/rapports-publications/questions-reponses-identite-sexuelle-ecole/identite-ecole.html#i

Le soutien par des pairs pourrait revêtir une importance particulière pour des parents.

- Tracez avec les parents le parcours potentiel à venir. Rappelez aux parents l'importance d'éviter les présomptions au sujet de la façon dont les enfants découvriront leur propre corps. Au début de la puberté, certains jeunes ne sentiront pas la nécessité de procéder médicalement à une transition, tandis que pour d'autres, ce pourrait être essentiel à leur bien-être. Expliquez le rôle potentiel de l'hormonothérapie, y compris des bloqueurs de puberté.
- Élaborez des formulaires d'inscription et de consentement appropriés qui respectent les noms et les pronoms choisis, et assurez-vous que le personnel d'accueil est bien formé et respectueux.

- Consultez l'école de l'enfant concernant les besoins de ce dernier et fournissez des renseignements et des conseils pour changer d'école, au besoin.

Conclusion

Et alors, deviens toi-même,

Parce que le passé est juste un au revoir.

Crosby, Stills, Nash & Young,

« Teach Your Children Well » (traduction libre)

Chaque enfant est unique. Pour s'épanouir, tous les enfants ont besoin d'être considérés, valorisés et aimés pour qui ils sont, plutôt que pour ce que nous nous attendons qu'ils soient. Au lieu d'essayer de « guérir » les enfants d'une diversité de genres³, les médecins ont un rôle important à exercer dans l'acceptation du spectre des genres comme étant un élément fondamental de notre diversité humaine. Par l'affirmation du présent et la célébration de ce que l'avenir réserve, notre but est que tous les enfants réalisent leur plein potentiel dans chaque aspect de leur vie. 🌿

M^{me} Temple Newhook est associée professionnelle à l'Unité de recherche pédiatrique Janeway de la Faculté de médecine de l'Université Memorial de Terre-Neuve, à St John's. **M^{me} Winters** est auteure au sujet des politiques médicales sur les transgenres et ancienne membre du panel international d'experts qui a produit la version 7 des normes de soins de la World Professional Association for Transgender Health. **M. Pyne** est candidat au doctorat à l'École du travail social de l'Université McMaster à Hamilton, en Ontario, et boursier postdoctoral Banting de 2018 au Collège des sciences sociales et humaines appliquées de l'Université de Guelph. **M^{me} Jamieson** est gestionnaire de la recherche et de l'évaluation à Choices for Youth à St John's, à Terre-Neuve-et-Labrador. **M^{me} Holmes** est professeure adjointe à l'École des sciences sociales de l'Université de Victoria, en Colombie-Britannique. **D^r Feder** est professeur agrégé au Département de pédiatrie de l'Université d'Ottawa, en Ontario. **D^r Pickett** est professeure adjointe à la Faculté de l'éducation de l'Université Memorial. **D^r Sinnott** est professeure clinicienne adjointe au Département de médecine familiale de la Faculté de médecine de l'Université Memorial.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

M^{me} Julia Temple Newhook; courriel jtemple@mun.ca

Les opinions exprimées dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles soient sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

Références

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3^e éd. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 1980.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4^e éd, révision du texte. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2000.
3. Bryant K. Making gender identity disorder of childhood: historical lessons for contemporary debates. *Sex Res Social Policy* 2006;3(3):23-39.
4. Hunt S. *An introduction to the health of two-spirit people: historical, contemporary and emergent issues*. Prince George, BC: Centre de collaboration nationale de la santé autochtone; 2016. Accessible à: www.nccah-cnca.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/156/2016-05-10-RPT-HealthTwoSpirit-Hunt-EN-Web.pdf. Réf. du 28 janv. 2017.
5. Pyne J. Gender independent kids: a paradigm shift in approaches to gender non-conforming children. *Can J Hum Sex* 2014;23(1):1-8.
6. World Professional Association for Transgender Health. *Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people*. 7^e éd. World Professional Association for Transgender Health; 2011. Accessible à: <https://www.wpath.org/publications/soc>. Réf. du 28 janv. 2017.
7. Commission ontarienne des droits de la personne. *Gender identity and gender expression*. Toronto, ON: Commission ontarienne des droits de la personne; 2014. Accessible à: www.ohrc.on.ca/en/gender-identity-and-gender-expression-brochure. Réf. du 28 janv. 2017.
8. Murchison G, Adkins D, Conard LA, Ehrensaft D, Elliott T, Hawkins LA et coll. *Supporting and caring for transgender children*. Washington, DC: Human Rights Campaign, American Academy of Pediatrics, American College of Osteopathic Pediatricians; 2016. Accessible à: www.hrc.org/resources/supporting-caring-for-transgender-children. Réf. du 14 mars 2018.
9. Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux, Association canadienne pour la formation en travail social. *Joint statement on the affirmation of gender diverse children and youth*. Ottawa, ON: Association canadienne pour la

- formation en travail social; 2015. Accessible à: <http://caswe-acfts.ca/joint-statement-on-the-affirmation-of-gender-diverse-children-and-youth>. Réf. du 28 janv. 2017.
10. Société canadienne de psychologie. "Psychology works" fact sheet: gender dysphoria in children. Ottawa, ON: Association canadienne de psychologie; 2015. Accessible à: www.cpa.ca/docs/File/Publications/FactSheets/PsychologyWorksFactSheet_GenderDysphoriaInChildren.pdf. Réf. du 28 janv. 2017.
 11. Association canadienne des professionnels en santé des personnes transsexuelles. *Submission to the Standing Committee on Justice Policy re: Bill 77, Affirming Sexual Orientation and Gender Identity Act, 2015*. Victoria, CB: Association canadienne des professionnels en santé des personnes transsexuelles; 2015. Accessible à: www.cpath.ca/wp-content/uploads/2016/02/2015-06-03-CPATH-Submission-Re-Bill-77-Affirming-Sexual-Orientation-and-Gender-Identity-Act-2015.pdf. Réf. du 28 janv. 2017.
 12. Drummond KD, Bradley SJ, Peterson-Badali M, Zucker KJ. A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Dev Psychol* 2008;44(1):34-45.
 13. Steensma TD, McGuire JK, Kreukels BP, Beekman AJ, Cohen-Kettenis PT. Factors associated with desistance and persistence of childhood gender dysphoria: a quantitative follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013;52(6):582-90. Publ. en ligne du 3 mai 2013.
 14. Steensma TD, Cohen-Kettenis PT. Gender transitioning before puberty? *Arch Sex Behav* 2011;40(4):649-50.
 15. Wallien MS, Cohen-Kettenis PT. Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;47(12):1413-23.
 16. Winters K. *Methodological questions in childhood gender identity 'desistance' research*. Présenté à: 23^e Symposium biennal de la World Professional Association for Transgender Health; 16 févr. 2014; Bangkok, Thaïlande. Vidéo accessible à: <https://gidreform.wordpress.com/2017/02/10/revisiting-flawed-research-behind-the-80-childhood-gender-dysphoria-desistance-myth>. Réf. du 3 mars 2018.
 17. Olson KR. Prepubescent transgender children: what we do and do not know. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2016;55(3):155-6.e3.
 18. Ehrensaft D. *The gender creative child. Pathways for nurturing and supporting children who live outside gender boxes*. New York, NY: The Experiment Publishing; 2016.
 19. Temple Newhook J, Pyne J, Winters K, Feder S, Holmes C, Tosh J et coll. A critical commentary on follow-up studies and "desistance" theories about transgender and gender-nonconforming children. *Int J Transgenderism*. Sous presse.
 20. Herman JL, Flores AR, Brown TNT, Wilson BDM, Conron KJ. *Age of individuals who identify as transgender in the United States*. Los Angeles, CA: The Williams Institute; 2017.
 21. Reed B, Rhodes S, Schofield P, Wylie K. *Gender variance in the UK. Prevalence, incidence, growth and geographic distribution*. Londres, RU: Gender Identity Research and Education Society; 2009. Accessible à: www.gires.org.uk/wp-content/uploads/2014/10/GenderVarianceUK-report.pdf. Réf. du 14 mars 2018.
 22. James SE, Herman JL, Rankin S, Keisling M, Mottet L, Anafi M. *The report of the 2015 US Transgender Survey*. Washington, DC: National Center for Transgender Equality; 2016.
 23. Hidalgo MA, Ehrensaft D, Tishelman AC, Clark LF, Garofalo R, Rosenthal SM et coll. The gender affirmative model: what we know and what we aim to learn. *Hum Dev* 2013;56:285-90.
 24. Edwards-Leeper L, Spack NP. Psychological evaluation and medical treatment of transgender youth in an interdisciplinary "Gender Management Service" (GeMS) in a major pediatric center. *J Homosex* 2012;59(3):321-36.
 25. Drescher J, Pula J. Ethical issues raised by the treatment of gender-variant prepubescent children. *Hastings Cent Rep* 2014;44(Suppl 4):S17-22.
 26. Hill DB, Menvielle E, Sica KM, Johnson A. An affirmative intervention for families with gender variant children: parental ratings of child mental health and gender. *J Sex Marital Ther* 2010;36(1):6-23.
 27. Travers R, Bauer G, Pyne J, Bradley K, Gale L, Papadimitriou M. *Impacts of strong parental support for trans youth. A report prepared for Children's Aid Society of Toronto and Delisle Youth Services*. Toronto, ON: TransPulse; 2012. Accessible à: <http://transpulseproject.ca/research/impacts-of-strong-parental-support-for-trans-youth>. Réf. du 14 mars 2018.
 28. D'Augelli AR, Grossman AH, Starks MT. Childhood gender atypicality, victimization, and PTSD among lesbian, gay, and bisexual youth. *J Interpers Violence* 2006;21(11):1462-82.
 29. Roberts AL, Rosario M, Corliss HL, Koenen KC, Bryn Austin S. Childhood gender non-conformity: a risk indicator for childhood abuse and posttraumatic stress in youth. *Pediatrics* 2012;129(3):410-7. Publ. en ligne du 20 févr. 2012.
 30. Olson KR, Durwood L, DeMeules M, McLaughlin KA. Mental health of transgender children who are supported in their identities. *Pediatrics* 2016;137(3):e20153223. Publ. en ligne du 26 févr. 2016.
 31. Durwood L, McLaughlin KA, Olson KR. Mental health and self-worth in socially transitioned transgender youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2017;56(2):116-23.e2. Publ. en ligne du 27 nov. 2017.
 32. Sherer I. Social transition: supporting our youngest transgender children. *Pediatrics* 2016;137(3):e20154358. Publ. en ligne du 26 févr. 2016.
 33. Champagne FA. Early adversity and developmental outcomes: interaction between genetics, epigenetics, and social experiences across the life span. *Perspect Psychol Sci* 2010;5(5):564-74.
 34. Fox SE, Levitt P, Nelson CA 3rd. How the timing and quality of early experiences influence the development of brain architecture. *Child Dev* 2010;81(1):28-40.
 35. Hostinar CE, Gunnar MR. The developmental effects of early life stress: an overview of current theoretical frameworks. *Curr Dir Psychol Sci* 2013;22(5):400-6.
 36. Van der Kolk BA, Roth S, Pelcovitz D, Sunday S, Spinazzola J. Disorders of extreme stress: the empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *J Trauma Stress* 2005;18(5):389-99.
 37. Shonkoff JP, Garner AS; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care; Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics* 2012;129(1):e232-46. Publ. en ligne du 26 déc. 2011.
 38. Hodges M, Godbout N, Briere J, Lanktree C, Gilbert A, Kletzka NT. Cumulative trauma and symptom complexity in children: a path analysis. *Child Abuse Negl* 2013;37(11):891-8. Publ. en ligne du 1^{er} mai 2013.
 39. Wallace R, Russell H. Attachment and shame in gender-nonconforming children and their families: toward a theoretical framework for evaluating clinical interventions. *Int J Transgenderism* 2013;14(3):113-26.
 40. De Bellis MD, Baum AS, Birmaher B, Keshavan MS, Eccard CH, Boring AM et coll. Developmental traumatology. Part I: biological stress systems. *Biol Psychiatry* 1999;45(10):1259-70.
 41. De Bellis MD, Keshavan MS, Clark DB, Casey BJ, Giedd JN, Boring AM et coll. Developmental traumatology. Part II: brain development. *Biol Psychiatry* 1999;45(10):1271-84.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.
Can Fam Physician 2018;64:e201-5

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the **May 2018** issue on **page 332**.