



Suicidality among trans people in Ontario: Implications for social work and social justice

La suicidabilité parmi les personnes trans en Ontario : Implications en travail social et en justice sociale

Greta R. Bauer, PhD, MPH, Jake Pyne, MSW, Matt Caron Francino, MEd and Rebecca Hammond, MSc

Volume 59, Number 1, 2013

L'homophobie et les tentatives de suicide et la résilience chez les jeunes LGBTQ

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1017478ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1017478ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

École de service social de l'Université Laval

ISSN

1708-1734 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this note

Bauer, G. R., Pyne, J., Francino, M. C. & Hammond, R. (2013). Suicidality among trans people in Ontario: Implications for social work and social justice / La suicidabilité parmi les personnes trans en Ontario : Implications en travail social et en justice sociale. *Service social*, 59(1), 35–62.
<https://doi.org/10.7202/1017478ar>

Article abstract

While transgender and transsexual (trans) communities have been documented to experience high rates of suicidality, little attention has been paid to how this may vary based on experiences of social injustice. Using survey data from the Trans PULSE Project (n=433), we estimated that suicidal thoughts were experienced by 36% of trans Ontarians over the past year, and that 10% attempted suicide during that time. Moreover, we documented that youth and those experiencing transphobia and lack of support are at heightened risk. Suicidality varied greatly by medical transition status, with those who were planning to transition sex, but who had not yet begun, being most vulnerable. Recommendations are made for improving wellbeing in trans communities, through policy advocacy, service provision, access to transition care, and fostering accepting families and communities.

VERSION ANGLAISE

Suicidality among trans people in Ontario: Implications for social work and social justice*

Greta R. Bauer

Jake Pyne

Matt Caron Francino

Rebecca Hammond

ABSTRACT

While transgender and transsexual (trans) communities have been documented to experience high rates of suicidality, little attention has been paid to how this may vary based on experiences of social injustice. Using survey data from the Trans PULSE Project (n=433), we estimated that suicidal thoughts were experienced by 36% of trans Ontarians over the past year, and that 10% attempted suicide during that time. Moreover, we documented that youth and those experiencing transphobia and lack of support are at heightened risk. Suicidality varied greatly by medical transition status, with those who were planning to transition sex, but who had not yet begun, being most vulnerable. Recommendations are made for improving wellbeing in trans communities, through policy advocacy, service provision, access to transition care, and fostering accepting families and communities.

Keywords: Transsexual; trans; suicide; social justice; social work; transphobia; social inclusion; sex transition.

BACKGROUND

Suicide represents a major cause of death worldwide, accounting for 1.5% of all deaths (Nock et al., 2008). Socio-demographic characteristics have been consistently associated with both suicide attempts and completed suicides, including variables such as age, race/ethnicity and gender (Nock et al., 2008; Pelkonen et Marttunen, 2003). Social groups found to have higher rates for attempted or completed suicide include: Indigenous people (Nock et al., 2008); youth (Nock et al., 2008; Pelkonen et Marttunen, 2003); seniors (Nock et al., 2008); sexual minority youth and adults (King et al., 2008); and men (Nock et al., 2008; Pelkonen et Marttunen, 2003). Though the variable of gender is frequently cited as a primary factor in suicide, databases from

* The research presented here was supported by an operating grant from the Canadian Institutes of Health Research, Institute of Gender and Health (Funding Reference #MOP-106478). Partners in Trans PULSE included the Sherbourne Health Centre (Toronto), The 519 Church Street Community Centre (Toronto), The University of Western Ontario (London), Wilfrid Laurier University (Waterloo), the Ontario HIV Treatment Network, and Rainbow Health Ontario. The Trans PULSE Steering Committee members were Greta Bauer, Robb Travers, Rebecca Hammond, Anjali K, Matthias Kaay, Jake Pyne, Nik Redman, Kyle Scanlon, and Anna Travers. The authors wish to acknowledge Ayden Scheim for assistance with manuscript preparation, the 16 Community Engagement Team members and other contributors who aided survey development, the 85 trans people and 4 allies who contributed to the first phase of the study that shaped this survey, and the 433 trans people who shared their experiences through their survey participation. The authors also wish to respectfully acknowledge Kyle Scanlon, a cherished member of our research team who we lost to suicide in 2012.

which population data are drawn do not record information about gender identity and therefore do not shed light on whether or how transgender / transsexual (trans) people are included in this data. Existing studies report only on individuals defined as “man/male” or “woman/female”, presumed to be cisgender people (non-trans) (Nock et al., 2008; Pelkonen et Marttunen, 2003).

Recent studies focusing on trans individuals have consistently reported elevated risk for suicide (Dhejne et al., 2011; Grant et al., 2010; McNeil, Bailey, Ellis, Morton et Regan, 2012; Motmans, de Biolley et Debunne, 2010; Whittle, Turner et Al-Alami, 2007; Whittle, Turner, Combs et Rhodes, 2008). While some researchers have claimed that it is the experience of discomfort with one’s anatomical sex which leads to poor mental health among trans people (Steiner, Blanchard et Zucker, 1985), evidence is growing to support the idea that it is the immediate social environment which most impacts on wellbeing (Nuttbrock et al., 2012). As a highly stigmatized gender minority, trans people experience frequent and substantial threats to their wellbeing, for example: harassment in schools (Grant et al., 2011); violence (Lombardi, Wilchins, Priesing, Malouf, 2001); police brutality (Grant et al., 2011); discrimination in housing (Grant et al., 2011); discrimination in employment (Bauer et al., 2011; Grant et al., 2011; McNeil et al., 2012); and poverty (Bauer et al., 2010; Grant et al., 2011). In addition, barriers to accessing health and social services have been reported, including: difficulty accessing shelter (Namaste, 2000; Pyne, 2011; Sakamoto, Chin, Chapra et Ricciardi, 2009); denial of health care (Grant et al., 2011; Whittle et al., 2008); and refusal to approve gender affirming procedures such as hormone therapy and surgeries (McNeil et al., 2012; Whittle et al., 2008).

In Ontario, recent estimates for depressive symptomatology among trans people were 61% for trans women (male to female) (Rotondi et al., 2011b), and 66% for trans men (female to male) (Rotondi et al., 2011a). There is evidence to suggest that these high prevalences of depression may be the result of emotional injuries incurred by trans people. For trans women, depression has been correlated with experiencing conflicted responses from others toward their trans identity (Nuttbrock et al., 2012) as well as with unemployment and transphobia – societal discrimination against trans people (Rotondi et al., 2011b). In one study, the correlation between experiences of gender abuse and major depression and suicidality among adolescent trans women was so strong that researchers reported that findings suggested a direct causal relationship between the two (Nuttbrock et al., 2010). In two studies examining correlates of having ever experienced suicidal thoughts or attempts, current or past suicidality was found to correlate to: a younger age (Clements-Nolle, Marx et Katz, 2006); lack of familial/parental support (Grant et al., 2011); experiences of transphobic discrimination (Clements-Nolle et al., 2006); precarious employment or unemployment (Grant et al., 2011); and experiences of physical or sexual violence (Clements-Nolle et al., 2006; Grant et al., 2011).

A limited number of studies have explored protective factors for trans people’s mental health and wellbeing. Increasing social support in one study was associated with reduced odds of depressive symptomatology in trans women, while sexual satisfaction was a protective factor for trans men (Rotondi et al., 2011b; Rotondi et al., 2011a). In another study, having one’s gender affirmed by others was predictive of lower rates of major depression in trans women (Nuttbrock et al., 2012). Among trans youth, having strong parental support for their gender was associated with a 93% reduction in recent youth suicide attempts (Travers et al., 2012).

The purpose of the current analysis was to estimate the prevalence of suicidal thoughts and attempts among trans people in Ontario, and to explore contributing risk and protective factors. Factors explored were based on findings from other studies as well as reports of lived experience by trans members of our community-based research team.

METHODS

Participants and Sampling

Data were from the Trans PULSE Project, a CIHR-funded, community-based study of how social exclusion impacts the health of trans people. Trans PULSE was created as a partnership between community organizations, trans community researchers, and academic researchers. Survey data were collected (online or on paper) in 2009-2010 from trans people in Ontario age 16 or older (n=433). To be eligible to take the survey, participants had to indicate they were included within a broad definition of “trans”, but were not required to identify any particular way (e.g. transsexual), or to have begun or completed a transition – either a social transition to live in another gender, or a medical transition through hormones and/or surgeries.

Participant recruitment was undertaken using respondent-driven sampling (RDS), a network-based sampling method in which participants each recruited up to three additional participants, and recruitment networks were tracked (Heckathorn, 2002).

Measures - Suicidality

All data were self-reported. Participants were asked if they had ever seriously considered suicide or taking their own life, if this was related to being trans, and if it occurred in the past 12 months. Participants were also asked about suicide attempts, whether this occurred during the past 12 months, and whether they had seen or talked to a health professional following an attempt. They also reported their age at first suicide attempt.

Measures – Key demographics

Age – was coded as *youth (age 16 to 24)* versus *older non-youth*.

Gender spectrum – was coded into two categories: female-to-male versus male-to-female. When participants did not identify as male or female, identifying instead as genderqueer, Two-spirit, or other bigender or fluid identities, these individuals were included in either the female-to-male or the male-to-female category based on the combination of their natal sex and their gender identity. For instance, a respondent who reported a natal sex of “female” and a gender identity of “genderqueer”, would be placed in the female-to-male category.

Gender fluidity – included two categories: having a more conventional male/female identity versus a fluid identity (e.g. both male and female, neither, or something else).

Ethno-racial group – was composed of three groups. Participants were classified as Aboriginal if they indicated they were First Nations, Metis, or Inuit, or had another Aboriginal ethnicity. Non-Aboriginal participants were classified as white or racialized based on their responses to a

question on ethno-racial background, a write-in question describing background, and indication as to whether or not they were perceived by others as a person of colour.

Birthplace – was classified on reporting that one was born in Canada versus elsewhere.

Measures – Social inclusion, transphobic experiences, and medical transition

Social support – was assessed using the Medical Outcomes Study Social Support Scale (Sherbourne et Stewart, 1991). This was categorized into three groups: low (average support across 19 questions equals “some of the time” or less), medium (more than “some of the time” to “most of the time”) and high (more than “most of the time” to “all of the time”).

Strong parental support for gender – was coded by combining self-report of “very strong” support experienced from a parent or parents and self-report of expectation of such support, among those who had not yet come out to their parents. Those with less than “very strong” support comprised a second category.

Transphobia – was assessed using a scale adapted by the Trans PULSE team from a homophobia scale by Diaz, Ayala, Bein, Jenne, and Marin (2001). This 11-item scale assessed a range of transphobic experiences, from police harassment to feeling that being trans hurt or embarrassed one’s family (Marcellin, Scheim, Bauer, et Redman, 2012). Transphobia was coded into three categories: low transphobia was defined as an average of “never” to “once or twice” across all items, medium transphobia as from more than “once or twice” average to a “sometimes” average, and high as an average ranging from more than “sometimes” to “always”.

Workplace discrimination – was defined as reporting ever experiencing any of the following: being fired from a job for being trans, being denied a job because of being trans, or turning down a job offer because of a lack of a trans-positive working environment, versus reporting none of these experiences.

Transphobic harassment and violence – was coded into three categories: self-report of physical or sexual assault for being trans; report of verbal harassment or threats related to being trans, but not of assault; and report of none of these forms of violence.

Medical transition status – was self-reported as having completed a medical transition (by one’s own definition of “completed”) involving hormones and/or surgery, being in the process of transitioning, planning to transition but not yet having begun, and either not planning, being unsure, or indicating that the idea of “transition” does not apply.

Statistical Analysis

Participant-reported information on social network size, along with information on recruitment patterns, was used to weight the data to produce estimated frequencies (Heckathorn, 2002) and 95% confidence intervals (Salganik et Heckathorn, 2004) that apply to the networked trans population in Ontario. Frequencies were calculated to describe experiences of suicidality overall, and within categories for key demographic variables and transition, transphobia and social exclusion variables. RDSAT software version 6.0.1 (Volz, Wejnert, Degani, et Heckathorn, 2007) was used to estimate weighted frequencies and 95% confidence intervals. While RDS sampling design limits some biases (for example, by limiting the number of

participants one can recruit), these statistical methods adjust for biases related to differences in personal network size and different rates of recruiting among different groups. However, it is known that 95% confidence intervals may have less than 95% coverage (Salganik, 2006), and that the possibility remains for sampling biases that are unrelated to network size or differential over-/under-recruitment which cannot be adjusted for in analysis (McCreesh et al., 2012).

Since statistical tests such as chi-square tests are not available with these methods, variance recovery methods were used to produce tests for difference between proportions (Zou et Donner, 2008). Since p-values are not produced by these methods, they are not included, but in-text references to significant differences reflect this method.

RESULTS

Frequencies for suicidal behaviour are presented in Table 1. We estimated that 77% of trans people in Ontario age 16 and over have ever seriously considered suicide, and that two-thirds of these persons would attribute that as related to their being trans. A very high proportion – 43% – had ever attempted suicide. Suicidality could emerge at a young age. Among those having ever attempted suicide, about one-third first did so at less than 15 years of age, and another one-third between ages 15 and 19 years. Within the past year, an estimated 36% of Ontario trans people had seriously considered suicide and 10% attempted.

Table 1
Suicidal thoughts and behaviour among trans people in Ontario, Canada: Weighted frequencies

	Weighted frequency in trans population N=433	
	%	95% CI
Considered suicide, ever	77	(70, 84)
Related to being trans, among those considering	65	(57, 75)
Considered suicide, past year	36	(28, 44)
Attempted suicide, ever	43	(35, 51)
Age at first suicide attempt, among those attempting		
<15 years	36	(26, 49)
15-19 years	31	(22, 42)
20-24 years	11	(5, 19)
25-39 years	13	(4, 20)
40+ years	9	(2, 17)
Saw health professional following attempt?	68	(56, 78)
Attempted suicide, past year	10	(6, 16)

In Table 2, we present frequencies for demographics of Ontario trans people, which are described in more detail elsewhere (Bauer, Travers, Scanlon et Coleman, 2012). We also present proportions within each demographic category that have seriously considered, or (separately) attempted suicide within the past year. Trans people were young, as a group, relative to the population, with about half falling on the male-to-female (MTF) spectrum and half on the female-to-male (FTM) spectrum. While most trans people held a primarily masculine or feminine identity, we estimated that about one in five (19%) had an identity that is both male and female, neither, or fluid. About one in four trans people was also a member of a racialized group: 7% Aboriginal and 16% non-Aboriginal, and one in five was born outside of Canada. Neither past-year suicidal consideration nor attempts differed significantly across demographic groups, with the exception of age. Among the most vulnerable groups were trans youth age 16 to 24 years, among whom 19% attempted suicide in the past year in comparison with 7% for those aged 25 years and older.

Table 2
Past-year suicidal thoughts and behaviour, by demographic background, among trans people in Ontario, Canada

Background factor	Frequency of background factor in trans population N=433		Proportions with past-year suicidal ideation		Proportion attempting suicide in past year	
	%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI
Age						
Youth, 16-24 yrs	35	(27, 44)	51	(36, 65)	19	(10, 30)
25+ yrs	65	(56, 73)	31	(21, 40)	7	(1, 12)
Gender spectrum						
Female-to-male spectrum	53	(45, 62)	38	(26, 50)	11	(4, 20)
Male-to-female spectrum	47	(38, 56)	35	(24, 46)	10	(4, 18)
Gender fluidity						
Primarily fluid or third gender identity	19	(13, 27)	31	(17, 52)	6	(0, 15)
Primarily masculine or feminine identity	81	(73, 87)	36	(28, 45)	11	(5, 17)
Ethnoracial group						
Aboriginal	7	(4, 11)	21	(7, 44)	11	(0, 28)
Non-Aboriginal white	77	(71, 84)	38	(29, 47)	9	(5, 16)
Non-Aboriginal racialized	16	(10, 22)	34	(15, 57)	14	(0, 34)
Place of birth						
Canada	81	(75, 87)	38	(29, 47)	11	(6, 18)
Outside of Canada	19	(13, 26)	30	(14, 53)	13	(0, 31)

Frequencies of transition, transphobia and social inclusion factors are displayed in Table 3, along with the proportions within each category considering and attempting suicide. Experiences of transphobia and lack of social inclusion and support were common. For example, 72% of trans people reported that they did not have “very strong” support from their parents for their gender identity or expression. About one-third had experienced some form of workplace discrimination that they would report as being because they are trans (note that much larger proportions had experienced these forms of discrimination, but were unsure if it was because they were trans). An estimated 20% of trans Ontarians had been physically or sexually assaulted because they were trans, with an additional 34% experiencing verbal harassment or transphobic threats.

Table 3
Past-year suicidal thoughts and behaviour, by social inclusion, transphobia
and transition factors, among trans people in Ontario, Canada

Social inclusion, transphobia or transition factor	Frequency in trans population N=433		Proportions with past-year suicidal ideation		Proportion attempting suicide in past year	
	%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI
Social support						
Low: 1-3	35	(27, 44)	39	(28, 55)	16	(8, 28)
Medium: >3 to 4	32	(24, 39)	31	(17, 44)	9	(2, 17)
High: >4 to 5	34	(27, 42)	32	(21, 47)	2	(0, 5)
Strong parental support for gender						
Yes	28	(22, 37)	19	(9, 31)	2	(0, 5)
No	72	(63, 78)	44	(32, 54)	15	(7, 25)
Transphobia						
Low: 0-11	39	(31, 46)	24	(13, 36)	6	(0, 15)
Medium: >11 to 22	51	(43, 58)	39	(29, 50)	10	(4, 16)
High: >22	11	(6, 17)	55	(27, 79)	22	(4, 44)
History of workplace discrimination						
Yes	35	(27, 42)	41	(30, 59)	9	(3, 17)
No	66	(58, 74)	31	(22, 42)	13	(4, 22)
Transphobic harassment and violence						
None	46	(38, 55)	28	(18, 40)	4	(1, 10)
Verbal harassment or threats	34	(28, 42)	35	(23, 49)	8	(2, 15)
Physical or sexual assault	20	(13, 25)	56	(40, 74)	29	(12, 47)
Medical transition status						
Have medically transitioned	26	(19, 34)	23	(12, 36)	1	(0, 3)
In process	24	(18, 30)	41	(28, 58)	18	(7, 30)
Planning, but not begun	26	(20, 34)	55	(34, 70)	27	(6, 40)
Not planning / unsure / does not apply	24	(16, 31)	23	(10, 40)	3	(0, 7)

Regarding medical transition status, the trans community could be split into quarters, with one quarter having completed a medical transition (which could involve different combinations of hormones and/or surgeries), one quarter being in process, one quarter planning to medically transition but not having begun the process, and the remainder either not planning to transition, being unsure, or feeling that the entire concept of transition did not apply to them.

Suicide risk was not evenly distributed, and varied greatly across the factors in Table 3. While consideration of suicide did not differ significantly by level of social support, those with high levels of social support were significantly less likely to attempt suicide than those with little support (2% versus 16%). Strong parental support for one's gender identity or expression was associated with significantly lower past-year prevalences of both suicidal consideration and attempts. Those experiencing high levels of transphobia were more likely to consider suicide than those experiencing low levels. Interestingly, there was no suggestion that suicidality (either consideration or attempts) differed between those who had experienced trans-related workplace discrimination and those who had not. Transphobic violence, in contrast, showed strong associations. Among those who experienced transphobic physical or sexual violence, 56% had seriously considered suicide in the past year and 29% attempted; this contrasts with 28% and 4% respectively among those who experienced no transphobic assault, harassment or threats. Thus those who had experienced transphobic physical or sexual violence were seven times more likely to have attempted suicide in the past year. Finally, medical transition status was significantly associated with suicidality. Past-year serious consideration of suicide was highest among those who were planning a medical transition (55% considered suicide in this group), significantly higher than among those who had completed a transition, and among those who were not planning to or did not need to transition. Those planning or in process of medically transitioning sex also had very high prevalences of past-year attempts (27% and 18%, respectively), each significantly higher than prevalences of attempts in the other two groups: 1% among those who completed medical transition and 3% among those not planning a transition or for whom the concept did not apply.

IMPLICATIONS FOR SOCIAL WORK PRACTICE

The high levels of suicidality observed are consistent with studies from other locations (Dhejne et al., 2011; Grant et al., 2010; Mathy, 2002; McNeil et al., 2012; Motmans et al., 2010; Whittle et al., 2007; Whittle et al., 2008), and reflect serious and immediate concerns for trans people, their families and their communities. Importantly, suicidality varied widely depending on participants' experiences of transphobia and transphobic violence, the social and familial support available to them, and their stage of transition. While some researchers have claimed that it is the very fact of being trans which leads to poor mental health (Steiner et al., 1985), our findings suggest that suicidality within trans communities is a social justice issue. The Canadian Association of Social Workers (CASW) enshrines the "pursuit of social justice" as one of six core values in the CASW (2005) Code of Ethics, requiring that social workers strive toward the elimination of discrimination, the equitable distribution of resources to meet basic needs, and the provision of services to protect individuals from harm (p.5). Our findings indicate that the conditions for social justice are absent for Ontario trans communities. We discuss implications for social work research, education, policy and direct practice.

For social work researchers and educators, it is important to intervene in forms of marginalization that impact trans people with or without direct discrimination. Namaste (2000) introduced the concept of *erasure* to describe the way transsexuality is managed in culture and institutions, describing it as "a condition which ultimately inscribes transsexuality as impossible" (p.4-5). Bauer et al. (2009) identified two interrelated forms of erasure: informational and

institutional erasure. As they note, the existence of trans people is often not made visible in informational systems such as research studies, needs assessments and curricula. This in turn reinforces institutional erasure, the active or passive erasure of trans people's needs from the policies and practices of institutions. Simply put, programs are not created to serve people who do not exist; thus the ability of trans people to obtain just and equitable access to services, is dependent on the collection and distribution of accurate information about their lives. It is the responsibility of researchers and organizations to provide methods for trans people to identify themselves on surveys and intake forms. It is the responsibility of social work educators to gather and impart information about the needs of trans communities.

These findings also indicate a number of policy arenas in which social work advocacy is needed, including human rights legislation, access to medical transition, and organizational policy. Given the high levels of violence and discrimination that trans people face, explicit human rights protections are important for reducing vulnerability. While progress has been made, there remains a need to advocate for explicit protections at the federal level, as well as within all provinces and territories. In addition, at the organizational level, there is a need for access and equity policies to protect the rights of trans clients and staff. Given the strong correlation between transphobic violence and suicide, it is imperative that social workers advocate for equitable access to services such as rape crisis centers and shelters. There is an ongoing history of barriers for trans people requiring these services, in particular for trans women seeking access to women's services (Namaste, 2000). Social workers must ensure that the injustice trans people face in society is not mirrored at the level of service provision.

An additional policy issue in need of advocacy is access to medical transition care. Suicide prevalence in our findings was clearly linked to participants' stage of medical transition with those at the highest risk being those who were planning to transition but had not yet begun, and the lowest being among those who had completed a medical transition. These findings indicate that it is crucial to dismantle barriers to accessing transition tools (hormones and surgeries). Further, it is important to reconsider the role of imposed delays such as the "real life experience", meant to establish readiness for transition. Though mental health professionals are often concerned to ensure that trans people are emotionally stable prior to being approved for transition, our findings indicate the need to consider that for some trans people, access to transition may potentially be a basic need, and thus necessary for achieving such stability.

For social workers in direct practice with families and youth, these findings have many implications. As noted, both suicide consideration and attempts were significantly higher among trans youth, with two-thirds of reported first-time suicide attempts occurring prior to age 20. There is a need for social work practitioners to be aware of these risks and to gain knowledge of emerging options to support trans youth, including community groups and resources as well as access to puberty suppressant hormones and early transition-related care. It is also clear, based on the results of this analysis and a separate youth-specific analysis (Travers et al., 2012), that family support plays a key protective role for young people. Though many major urban centres now offer services for trans or LGBTQ youth, very few services are equipped to provide in-depth support to parents who are often struggling to process their own transphobia and complex emotional reactions to a trans child. Social workers can strengthen vital parent-

child bonds by acting as supports to parents as they learn to embrace their child. Lastly, for social workers practicing in all contexts, our findings draw a strong link between trans people's available social support and suicidality. Directing efforts toward building empowered and resilient families and communities will serve as much needed protection.

In closing, the high frequency of suicidality among trans people demands that action be taken. This study joins a growing body of literature calling for a social work response to the conditions of social injustice within trans communities (Hartley et Whittle, 2003; Mallon, 1999; Morrow et Messinger, 2006; Pyne, 2011; Sakamoto et al., 2009). These results speak to the need to include trans people within research, educational curricula, human rights legislation and organizational policy. In addition, these results speak to the importance of advocating for trans people's access to transition-related care, for fostering their acceptance within families and for working toward social justice for all members of trans communities.

Greta R. Bauer, PhD, MPH

Professeure
Épidémiologie et Biostatistique
The University of Western Ontario

Jake Pyne, MSW

Projet « Trans PULSE »

Matt Caron Francino, MEd

Coordonnateur des services francophones
Santé arc-en-ciel Ontario

Rebecca Hammond, MSc

Projet « Trans PULSE »

BIBLIOGRAPHY

- Bauer, G.R., R. Hammond, R. Travers, M. Kaay, K.M. Hohenadel et M. Boyce (2009). « "I don't think this is theoretical; this is our lives." How erasure impacts health care for transgender people », *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, vol. 20, p. 348-361.
- Bauer, G., M. Boyce, T. Coleman, M. Kaay, K. Scanlon et R. Travers (2010). « Qui sont les personnes trans en Ontario? », *Bulletin électronique de Trans PULSE*, vol. 1, n° 1, p. 1-2.
[<http://transpulseproject.ca/wp-content/uploads/2010/07/E1French.pdf>]
- Bauer, G., N. Nussbaum, R. Travers, L. Munro, J. Pyne et N. Redman (2011). « Nous avons du pain sur la planche: la discrimination au travail et les défis d'emploi pour les personnes trans en Ontario », *Bulletin électronique de Trans PULSE*, vol. 2, n° 1), p. 1-3.
[<http://transpulseproject.ca/wp-content/uploads/2012/04/E3French.pdf>]
- Bauer, G.R., R. Travers, K. Scanlon et T.A. Coleman (2012). « High heterogeneity of HIV-related sexual risk among transgender people in Ontario, Canada: a province-wide respondent-driven sampling survey », *BMC Public Health*, vol. 12, n° 291, p. 1-12.
- Canadian Association of Social Workers (2005). *Code of Ethics*. Ottawa: Author. Retrieved March 8, 2013 from
[http://www.casw-acts.ca/sites/default/files/attachements/CASW_Code%20of%20Ethics.pdf]
- Clements-Nolle, K., R. Marx et M. Katz (2006). « Attempted suicide among transgender persons », *Journal of Homosexuality*, vol. 51, n° 3, p. 53-69.
- Dhejne, C., P. Lichtenstein, M. Boman, A.L.V. Johansson, N. Långström et M. Landén (2011). « Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden », *PLoS ONE*, vol. 6, n° 2., p. e16885.
- Diaz, R.M., G. Ayala, E. Bein, J. Jenne et B.V. Marin (2001). « The impact of homophobia, poverty, and racism on the mental health of Latino gay men », *American Journal of Public Health*, vol. 91, p. 927-932.
- Grant, J.M., L.A. Mottet, J. Tanis, J.L. Herman, J. Harrison et M. Keisling (2010). *National Transgender Discrimination Survey report on health and health care*, Washington, National Center for Transgender Equality and the National Gay and Lesbian Task Force.
- Grant, J.M., L.A. Mottet, J. Tanis, J. Harrison, J.L. Herman et M. Keisling (2011). *Injustice at every turn: a report of the National Transgender Discrimination Survey*, Washington, National Center for Transgender Equality and the National Gay and Lesbian Task Force.
- Hartley, C. et S. Whittle (2003). « Different sexed and gendered bodies demand different ways of thinking about policy and practice », *Practice*, vol. 15, n° 3, p. 61-73.
- Heckathorn, D.D. (2002). « Respondent-driven sampling II: deriving valid population estimates from chain-referral samples of hidden populations », *Social Problems*, vol. 49, p. 11-34.
- King, M., J. Semlyen, S.S. Tai, H. Killaspy, D. Osborn, D. Popelyuk et I. Nazareth (2008). « A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay, and bisexual people », *BMC Psychiatry*, vol. 8, n° 70, p. 1-17.

- Lombardi, E.L., R.A. Wilchins, D. Priesing et D. Malouf (2001). « Gender violence: transgender experiences with violence and discrimination », *Journal of Homosexuality*, vol. 42, n° 10, p. 89-101.
- Mallon, G.P. (1999). « A call for organizational trans-formation », *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, vol. 10, n°s 3-4, p. 131-142.
- Marcellin, R.L., A. Scheim, G. Bauer et N. Redman (2012). « Les expériences de transphobie parmi les Ontariens et Ontariennes trans », *Bulletin électronique de Trans PULSE*, vol. 3, n° 2, p. 1-2.
- Mathy, R.M. (2002). « Transgender identity and suicidality in a nonclinical sample: sexual orientation, psychiatric history, and compulsive behaviors », *Journal of Psychology and Human Sexuality*, vol. 14, n° 4, p. 47-65.
- McCreesh, N., S.D.W. Frost, J. Seeley, J. Katongole, M.N. Tarsh, R. Ndunguse, F. Jichi, N.L. Lunel, D. Maher, L.G. Johnston, P. Sonnenberg, A.J. Copas, R.J. Hayes et R.G. White (2012). « Evaluation of respondent-driven sampling », *Epidemiology*, vol. 23, p. 138-147.
- McNeil, J., L. Bailey, S. Ellis, J. Morton et M. Regan (2012). *Trans mental health study 2012*, Edinburgh, Equality Network.
[http://www.scottishtrans.org/Uploads/Resources/trans_mh_study.pdf]
- Morrow, D. et L. Messinger (2006). *Sexual orientation and gender expression in social work practice: working with gay, lesbian, bisexual & transgender people*, New York, Columbia University Press.
- Motmans, J., I. de Biolley et S. Debunne (2010). *Being transgender in Belgium: mapping the social and legal situation of transgender people*, Brussels, Institute for the equality of women and men.
[http://igvm-iefh.belgium.be/nl/binaries/34%20-%20Transgender_ENG_tcm336-99783.pdf]
- Namaste, V.K. (2000). *Invisible lives: the erasure of transsexual and transgendered people*, Chicago, Chicago Press.
- Nock, M.K., G. Borges, E.J. Bromet, C.B. Cha, R.C. Kessler et S. Lee (2008). « Suicide and Suicidal Behavior », *Epidemiologic Reviews*, vol. 30, p. 133-154.
- Nuttbrock, L., W. Bockting, A. Rosenblum, M. Mason, M. Macri et J. Becker (2012). « Gender identity conflict/affirmation and major depression across the life course of transgender women », *International Journal of Transgenderism*, vol. 13, n° 3, p. 91-103.
- Nuttbrock, L., S. Hwang, W. Bockting, A. Rosenblum, M. Mason, M. Macri et J. Becker (2010). « Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons », *Journal of Sex Research*, vol. 47, n° 1, p. 12-23.
- Pelkonen, M. et M. Marttunen (2003). « Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention », *Pediatric Drugs*, vol. 5, n° 4, p. 243-265.
- Pyne, J. (2011). « Unsuitable bodies: Trans people and cisnormativity in shelter services », *Canadian Social Work Review*, vol. 28, n° 1, p. 129-137.

- Rotondi N.K., G.R. Bauer, K. Scanlon, M. Kaay, R. Travers et A. Travers (2011a). « Prevalence of and risk and protective factors for depression in female-to-male transgender Ontarians », *Canadian Journal of Community Mental Health*, vol. 30, n° 2, p. 135-55.
- Rotondi N.K., G.R. Bauer, R. Travers, A. Travers, K. Scanlon et M. Kaay (2011b). « Depression in male-to-female transgender Ontarians », *Canadian Journal of Community Mental Health*, vol. 30, n° 2, p. 113-33.
- Sakamoto, I., M. Chin, A. Chapra et J. Ricciardi (2009). « A “normative” homeless woman? Marginalisation, emotional injury, and social support of transwomen experiencing homelessness », *Gay and Lesbian Issues and Psychology Review*, vol. 5, n° 1, p. 2-19.
- Salganik M.J. et D.D. Heckathorn (2004). « Sampling and estimation in hidden populations using respondent-driven sampling », *Sociological Methodology*, vol. 34, p. 193-240.
- Salganik M.J. (2006). « Variance estimation, design effects, and sample size calculations for respondent-driven sampling », *Journal of Urban Health*, vol. 83(6 Suppl), p. i98-i112.
- Sherbourne, C.D. et A.L. Stewart (1991). « The MOS social support survey », *Social Science and Medicine*, vol. 32, p. 705-714.
- Steiner, B.W., R. Blanchard et K.J. Zucker (1985). « Introduction », dans B.W. Steiner (dir.), *Gender dysphoria: development, research, management*, New York, Plenum Press, p. 1-10.
- Travers, R., G. Bauer, J. Pyne, K. Bradley, L. Gale, et M. Papadimitriou (2012). *Impacts of strong parental support for trans youth: a report prepared for Children's Aid Society of Toronto and Delisle Youth Services*, Trans PULSE Project.
[<http://transpulseproject.ca/wp-content/uploads/2012/10/Impacts-of-Strong-Parental-Support-for-Trans-Youth-vFINAL.pdf>]
- Volz, E., C. Wejnert, I. Degani et D.D. Heckathorn (2007). *Respondent-Driven Sampling Analysis Tool (RDSAT) Version 6.0.1*, Ithaca, NY.
- Whittle, S., L. Turner et M. Al-Alami (2007). *Engendered penalties: transgender and transsexual people's experiences of inequality and discrimination*, Wetherby, UK, The Equalities Review, Communities and Local Governments Publications.
[<http://www.pfc.org.uk/pdf/EngenderedPenalties.pdf>]
- Whittle, S., L. Turner, R. Combs et S. Rhodes (2008). *Transgender EuroStudy: legal survey and focus on the transgender experience of health care*, Brussels, ILGA Europe.
[<http://tgeu.org/sites/default/files/eurostudy.pdf>]
- Zou, G-Y. et A. Donner (2008). « Construction of confidence limits about effect measures: a general approach », *Statistics in Medicine*, vol. 10, p.1693-1702

VERSION FRANÇAISE

La suicidabilité parmi les personnes trans en Ontario : Implications en travail social et en justice sociale*

Greta R. Bauer

Jake Pyne

Matt Caron Francino

Rebecca Hammond

RÉSUMÉ

Bien qu'on ait déjà établi que les membres des communautés transgenre et transsexuels (trans) connaissaient des taux de suicidabilité élevés, on n'a que très peu porté attention jusqu'ici à la façon dont ces taux pouvaient varier en fonction d'expériences d'injustice sociale. À partir des données d'un sondage du projet « trans PULSE » (n = 433), on estime à 36 % la part des Ontariens trans qui ont eu des idées suicidaires dans la dernière année et à 10 % ceux qui ont fait une tentative de suicide durant la même période. La documentation recueillie permet d'établir que les jeunes et ceux qui ont subi des manifestations de transphobie ou qui ont manqué de soutien sont encore plus à risque. La suicidabilité varie beaucoup en fonction du statut médical de transition, les plus vulnérables étant ceux qui souhaitent changer de sexe sans avoir encore amorcé le processus de transition. Les auteurs formulent des recommandations pour améliorer le bien-être des communautés trans par des modifications des politiques à leur égard, par la prestation de services, par l'accès à des soins de transition et par la constitution de familles et de communautés d'accueil.

Mots clés : Transsexuel; trans; suicide; justice sociale; travail social; transphobie; intégration sociale; transitions de sexe.

CONTEXTE

Le suicide constitue une cause importante de mortalité dans le monde entier, avec 1,5 % de tous les décès (Nock *et al.*, 2008). Les études sociodémographiques des tentatives de suicide et des suicides complétés font intervenir des variables comme l'âge, l'appartenance raciale ou ethnique et le sexe sociale (Nock *et al.*, 2008; Pelkonen et Marttunen, 2003). Les groupes sociaux qui présentent les taux les plus élevés de suicides complétés et de tentatives de suicide

* Remerciements. La recherche présentée ici a bénéficié d'une subvention de fonctionnement de l'Institut de Génétique des Instituts de recherche en santé du Canada (référence de financement MOP-106478). Les partenaires du Projet « Trans PULSE » comprennent le Centre de santé Sherbourne (Toronto), le Centre communautaire 519 Church Street (Toronto), l'Université Western Ontario (London), l'Université Wilfrid-Laurier (Waterloo), le Ontario HIV Treatment Network et Santé arc-en-ciel Ontario. Les membres du comité organisateur du projet « Trans PULSE » étaient Greta Bauer, Robb Travers, Rebecca Hammond, Anjali K, Matthias Kaay, Jake Pyne, Nik Redman, Kyle Scannon et Anna Travers. Les auteurs aimeraient remercier Ayden Scheim et Todd Coleman pour leurs aides dans la préparation du manuscrit, les 16 membres du Community Engagement Team et les autres collaborateurs qui ont contribué à la préparation du sondage ainsi que les 143 personnes trans qui ont accepté de partager leur expérience en participant à ce sondage. Les auteurs aimeraient respectueusement saluer l'apport de Kyle Scanlon, un membre apprécié de notre équipe de recherche qui s'est enlevé la vie en 2012.

sont : les populations autochtones (Nock *et al.*, 2008); les jeunes (Nock *et al.*, 2008; Pelkonen et Marttunen, 2003); les personnes âgées (Nock *et al.*, 2008); les jeunes et les adultes des minorités sexuelles (King *et al.*, 2008); et les hommes (Nock *et al.*, 2008; Pelkonen et Marttunen, 2003). Même si la variable du sexe sociale est fréquemment citée comme facteur primaire de suicide, les banques de données démographiques ne fournissent pas d'information sur l'identité de sexe sociale, de sorte qu'on ne peut pas savoir si les personnes trans (transgenre et transsexuelles) sont prises en compte dans ces données, ni comment elles le seraient. La plupart des études n'enregistrent les individus que comme « hommes » ou « femmes », en présumant que tout le monde correspond au sexe sociale de son sexe anatomique (Nock *et al.*, 2008; Pelkonen et Marttunen, 2003).

Des études récentes ont régulièrement rapporté des risques élevés de suicide chez les individus trans (Dhejne *et al.*, 2011 ; Grant *et al.*, 2010 ; McNeil, Bailey, Ellis, Morton et Regan, 2012; Motmans, de Biolley et Debonne, 2010 ; Whittle, Turner et Al-Amani, 2007; Whittle, Turner, Combs et Rhodes, 2008). Bien que certains chercheurs aient avancé que le malaise ressenti à l'égard de son sexe anatomique était la cause des problèmes de santé mentale des personnes trans (Steiner, Blanchard et Zucker, 1985), de plus en plus de résultats de recherche tendent à confirmer l'hypothèse selon laquelle c'est l'environnement social immédiat qui influencerait de façon déterminante sur le bien-être de ces individus (Nuttbrock *et al.*, 2012). En tant que minorité de sexe sociale hautement stigmatisée, les personnes trans subissent de fréquentes et graves menaces à leur santé mentale, comme : du harcèlement à l'école (Grant *et al.*, 2011); de la violence (Lombardi, Wilchins, Priesing, Malouf, 2001); de la brutalité policière (Grant *et al.*, 2011); de la discrimination dans le logement (Grant *et al.*, 2011); de la discrimination dans l'emploi (Bauer *et al.*, 2011; Grant *et al.*, 2011; McNeil *et al.*, 2012); et de la pauvreté (Bauer *et al.*, 2010; Grant *et al.*, 2011). À cela, s'ajoutent divers obstacles à l'accès aux soins de services sociaux et de santé, y compris : la difficulté à obtenir de l'hébergement (Namaste, 2000 ; Pyne, 2011 ; Sakamoto, Chin, Chapra et Ricciardi, 2009); le refus de soins de santé (Grant *et al.*, 2011; Whittle *et al.*, 2008); et le refus d'approuver le processus de transition de sexe, tel que la thérapie hormonosubstitutive ou des chirurgies (McNeil *et al.*, 2012; Whittle *et al.*, 2008).

En Ontario, de récentes estimations des symptômes dépressifs chez les personnes trans ont donné des taux de 61 % chez les femmes trans (d'homme à femme) et de 66 % chez les hommes trans (de femme à homme) (Rotondi *et al.*, 2011a). Ces résultats suggèrent que des taux de prévalence de dépression aussi élevés sont liés aux blessures émotives subies par les personnes trans. Pour les femmes trans, la dépression paraît associée à l'expérience de réactions conflictuelles à leur identité trans (Nuttbrock *et al.*, 2012) ainsi qu'au chômage et à la transphobie – c'est-à-dire à la discrimination sociale à l'égard des personnes trans. Dans une de ces études, la corrélation entre l'expérience de rejet en fonction du sexe sociale, d'une part, et la dépression majeure et la suicidabilité, d'autre part, étaient si marquées chez les jeunes femmes trans que les chercheurs y ont vu la preuve d'un lien direct (Nuttbrock *et al.*, 2010). Dans deux études sur les individus trans ayant brassé des idées suicidaires ou fait des tentatives de suicide, on a montré que la suicidabilité passée ou présente était liée : à la jeunesse (Clements-Nolle, Marx et Kartz, 2006); au manque de soutien parental ou familial

(Grant *et al.*, 2011); à des expériences de discrimination transphobique (Clements-Nolle *et al.*, 2006); à la précarité de l'emploi ou au chômage (Grant *et al.*, 2011); et à des expériences de violence physique ou sexuelle (Clements-Nolle *et al.* 2006; Grant *et al.*, 2011).

Certaines études, en nombre limité, ont cherché à connaître les facteurs de protection en santé mentale et de bien-être des personnes trans. Une de ces études a démontré qu'un soutien social accru a entraîné une baisse des symptômes dépressifs chez les femmes trans, tandis que la satisfaction sexuelle constituait un facteur de protection chez les hommes trans (Rotondi *et al.* 2011b; Rotondi *et al.*, 2011b). Dans une autre étude, la reconnaissance de son sexe sociale par autrui s'est révélée un facteur prédictif d'un taux moins élevé de dépression chez les femmes trans (Nuttbrock *et al.*, 2012). Parmi les jeunes trans, un soutien parental fort de son identité de sexe sociale a été associé à une réduction de 93 % des tentatives de suicide (Travers *et al.*, 2012).

L'objectif de la présente étude était d'évaluer la prévalence des idées suicidaires et des tentatives de suicide parmi les personnes trans de l'Ontario et d'en analyser les facteurs de risque et les facteurs de protection. Les facteurs retenus pour cette étude étaient ceux indiqués par des études précédentes aussi bien que par les personnes trans engagées dans notre équipe de recherche.

MÉTHODE

Participants et échantillonnage

Les données ont été recueillies par le projet « Trans PULSE », subventionné par les Instituts de recherche en santé du Canada, dans le cadre d'une étude émanant de la communauté trans sur les effets de l'exclusion sociale sur la santé des personnes trans. « Trans PULSE » a été créé en partenariat avec des organisations communautaires, des chercheurs de la communauté trans et des chercheurs universitaires. Les données ont été recueillies (en ligne ou sur papier) en 2009-2010 parmi les personnes trans de 16 ans et plus résidant en Ontario. Pour être admissibles, les participants au sondage devaient reconnaître qu'ils répondaient à une définition large du terme « trans », sans devoir préciser toutefois en quel sens (par exemple, transsexuel) ou s'ils avaient entrepris ou complété une transition – aussi bien une transition sociale pour vivre selon un autre sexe sociale qu'une transition médicale avec hormones et/ou chirurgies.

Le recrutement s'est fait à partir de l'échantillonnage dirigé par les répondants, à qui l'on demandait de recruter chacun jusqu'à trois répondants supplémentaires (Heckathorn, 2002) et on faisait un suivi des réseaux de recrutement.

Évaluation de la suicidabilité

Toutes les données étaient transmises par les répondants eux-mêmes. On leur demandait s'ils avaient déjà envisagé sérieusement le suicide et, dans l'affirmative, si cela était lié au fait d'être trans et si cela était survenu dans les 12 derniers mois. On leur demandait aussi s'ils avaient déjà fait des tentatives de suicide et, dans l'affirmative, si cela était survenu dans les 12

derniers mois et s'ils avaient consulté un professionnel de la santé à la suite de cette tentative. Les répondants devaient préciser leur âge à leur première tentative de suicide.

Données démographiques

Âge – on a réparti les répondants entre (1) jeunes (de 16 à 24 ans) et (2) non-jeunes.

Sexe sociale – on a réparti l'identité de sexe sociale en deux catégories : (1) de femme à homme et (2) d'homme à femme. Quand des participants ne s'identifiaient ni comme homme ni comme femme, en se disant plutôt alternasexe, ou bispirituel.le, ou de sexe sociale fluide, ces participants étaient intégrés à la catégorie d'homme à femme ou de femme à homme selon la combinaison de leur sexe à la naissance et de leur identité de sexe sociale. Par exemple, un individu qui se déclarait de sexe féminin à la naissance et qui s'identifiait comme alternasexe était placé dans la catégorie de femme à homme.

Identité de sexe sociale ferme ou fluide – l'identité de sexe sociale tenait compte en outre de deux catégories : (1) identité au sexe sociale conventionnel homme/femme ou (2) identité plus incertaine (par exemple, à la fois masculin et féminin, ou ni l'un ni l'autre, ou autre chose encore).

Groupe ethnoracial – cette donnée était ventilée selon trois catégories. Les participants étaient classés comme (1) Autochtones s'ils étaient membres des Premières Nations, Métis, Inuits ou d'une autre appartenance autochtone. Les non-autochtones étaient répartis entre (2) Blancs ou (3) Membres d'un groupe racialisé, selon leur réponse à une question sur leur groupe ethnique, où ils devaient préciser leur origine et s'ils se considéraient ou étaient considérés comme des personnes de couleur.

Lieu de naissance – cette donnée était classée selon que la personne était (1) née au Canada ou (2) à l'étranger.

Évaluation de l'intégration sociale. Des expériences transphobiques et de la transition médicale

Soutien social – cette variable était évaluée selon le questionnaire Medical Outcome Study Social Support Scale (Sherbourne et Stewart, 1991). Cette variable était classée en trois catégories : (1) faible soutien (soutien équivalant en moyenne à « quelques fois » ou moins dans 19 réponses), (2) soutien moyen (plutôt « la plupart du temps » que « quelques fois ») ou (3) fort soutien (plutôt « tout le temps » que « la plupart du temps »).

Fort soutien parental – cette variable reprenait l'évaluation que faisait la personne du soutien « très fort » reçu d'un ou des parents, ou l'évaluation qu'elle faisait de cet éventuel soutien dans le cas où elle n'avait pas fait son « coming-out » vis-à-vis de ses parents. Cette variable était ventilée selon deux catégories : (1) très fort soutien ou (2) toutes les autres réponses.

Transphobie – la transphobie éprouvée était évaluée selon une adaptation par l'équipe du projet « Trans PULSE » de l'échelle des comportements homophobes de Diaz, Ayala, Bein, Jenne et Marin (2001). Cette échelle permet de rendre compte des expériences transphobiques dans 11 situations différentes, depuis les rapports avec les forces de l'ordre jusqu'à ceux avec la famille, selon que son identité trans heurte ou embarrasse les gens (Marcellin, Scheim, Bauer et Redman, 2012). La transphobie éprouvée était classée selon trois catégories : (1) faible transphobie (quand, en moyenne, la réponse était « jamais » ou « une fois ou deux »), (2) transphobie moyenne (de « une fois ou deux » à « quelques fois ») et (3) forte transphobie (de « quelques fois » à « toujours »).

Discrimination au travail – on notait une discrimination subie ou non au travail, selon que la personne avait ou non été renvoyée d'un emploi parce qu'elle était trans, s'était fait refuser un emploi parce qu'elle était trans ou avait dû quitter un emploi parce que le milieu de travail ne lui procurait pas un environnement favorable.

Harcèlement transphobique et violence – variable classée en trois catégories, selon que la personne trans rapportait (1) une agression physique ou sexuelle liée à son identité trans, (2) du harcèlement verbal ou des menaces liés à son identité trans ou (3) aucune de ces formes de violence.

Statut médical de transition – la personne évaluait elle-même son statut médical de transition, (1) selon que cette transition avait été complétée (à son avis) ce qui comprenait des traitements hormonaux et/ou de la chirurgie, (2) selon que le processus de transition était en cours, (3) selon qu'elle envisageait une transition médicale mais ne l'avait pas encore entreprise, ou (4) selon qu'une telle transition n'était ni envisagée, ni assurée, ni pertinente.

Analyse statistique

Les renseignements donnés par les participants sur l'étendue de leur réseau social et sur la façon dont ils avaient été recrutés ont permis de pondérer les fréquences estimées (Heckathorn, 2002) et les intervalles de confiance à 95 % (Salganik et Heckathorn, 2004) qui s'appliquent à la population trans de l'Ontario rejointe par ce réseau. Les fréquences ont été calculées pour décrire les expériences de suicidabilité, globalement et selon chacune des variables démographiques clés et selon les variables de transition, de transphobie et d'intégration sociale. Le logiciel RDSAT en version 6.0.1 (Volz, Wejnert, Degani et Heckathorn, 2007) a servi à calculer les fréquences estimées et les intervalles de confiance à 95 %. Bien que le plan d'échantillonnage EDR aide en limitant certains biais (par exemple, en limitant le nombre de participants que chacun peut recruter), des méthodes statistiques permettent d'atténuer les biais liés aux variations d'étendue du réseau de chaque personne et aux variations du taux de recrutement selon différents groupes. Quoi qu'il en soit, on sait que des intervalles de confiance de 95 % peuvent couvrir moins de 95 % (Salganik, 2006) et que demeure la possibilité de biais dans l'échantillonnage qui ne soient liés ni à l'étendue du réseau ni au différentiel entre sur ou sous-recrutement, et ce sont des biais que l'analyse ne permet pas d'évacuer tout à fait (McCreesh *et al.*, 2012).

Comme il n'existe pas avec cette méthode d'échantillonnage de tests statistiques de type khi carré, on a utilisé les méthodes d'évaluation de la variance pour mesurer la différence entre ces proportions (Zou et Donner, 2008). Comme ces méthodes ne produisent pas de valeurs de p, ces valeurs n'ont pas été intégrées, mais les références dans le texte reflètent les différences significatives obtenues par cette méthode.

RÉSULTATS

Les fréquences de comportement suicidaire sont présentées dans le Tableau 1. Nous avons estimé que 77 % des personnes trans en Ontario, âgées de 16 ans et plus, avaient déjà sérieusement envisagé le suicide et que les deux tiers d'entre elles reliaient cette réalité à leur condition trans. Une proportion très élevée de ces personnes – 43 % – avaient fait une tentative de suicide. La suicidabilité pouvait se manifester à un très jeune âge. Parmi les personnes ayant fait une tentative de suicide, le tiers environ l'avait faite à moins de 15 ans et un autre tiers, entre 15 et 19 ans. Au cours de la dernière année, on estime à 36 % le taux des personnes trans en Ontario qui ont envisagé sérieusement le suicide et à 10 % celui de celles qui ont fait une tentative.

Tableau 1
**Idées et comportements suicidaires parmi les personnes trans en Ontario :
fréquences pondérées**

	Fréquence pondérée dans la population trans N=433	
	%	IC 95%
Ont déjà envisagé le suicide	77	(70, 84)
En lien avec la condition trans	65	(57, 75)
Ont envisagé le suicide dans la dernière année	36	(28, 44)
Ont déjà fait une tentative de suicide	43	(35, 51)
Âge à la première tentative de suicide		
<15 ans	36	(26, 49)
15-19 ans	31	(22, 42)
20-24 ans	11	(5, 19)
25-39 ans	13	(4, 20)
40 ans et plus	9	(2, 17)
Ont vu un professionnel de la santé après tentative	68	(56, 78)
Tentative de suicide dans la dernière année	10	(6, 16)

Dans le Tableau 2, nous présentons les variables démographiques des personnes trans en Ontario, qui sont décrites plus en détail ailleurs (Bauer, Travers, Scanlon et Coleman, 2012). Nous présentons ensuite, pour chaque variable démographique, les taux de celles qui envisagé sérieusement le suicide et, dans une colonne à part, de celles qui ont fait une tentative de

suicide dans la dernière année. Les personnes trans constituaient un groupe de la population relativement jeune, dont une moitié environ se situait sur le spectre de transition d'homme à femme et une autre moitié sur le spectre de femme à homme. Même si la plupart des personnes trans s'identifient au sexe sociale homme ou femme, nous estimons qu'environ une sur cinq (19 %) revendique une identité à la fois homme et femme, ou ni l'un ni l'autre, ou une identité de sexe sociale fluide. Environ une personne trans sur quatre appartenait à un groupe racialisé : 7 % aux Autochtones et 16 % parmi les non-autochtones. Une personne sur cinq était née à l'extérieur du Canada. L'incidence d'idées ou de tentatives de suicide ne variait pas significativement par rapport aux données démographiques, à l'exception de l'âge. Parmi les personnes les plus vulnérables se trouvaient les jeunes de 16 à 24 ans, chez qui le taux de tentatives de suicide s'élevait à 19 % dans la dernière année, en comparaison avec un taux de 7 % chez les plus de 25 ans.

Tableau 2
Idées et comportements suicidaires dans la dernière année, selon les variables démographiques, parmi les personnes trans en Ontario

Données démographiques	Fréquences observées dans la population trans N=433		Fréquences des idées suicidaires dans la dernière année		Fréquence des tentatives de suicide dans la dernière année	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Âge						
Jeunes, 16-24 ans	35	(27, 44)	51	(36, 65)	19	(10, 30)
25 ans et plus	65	(56, 73)	31	(21, 40)	7	(1, 12)
Spectre de transition						
De femme à homme	53	(45, 62)	38	(26, 50)	11	(4, 20)
D'homme à femme	47	(38, 56)	35	(24, 46)	10	(4, 18)
Identité de sexe sociale						
Identité fluide ou incertaine	19	(13, 27)	31	(17, 52)	6	(0, 15)
Identité au sexe sociale masculin ou féminin	81	(73, 87)	36	(28, 45)	11	(5, 17)
Appartenance raciale ou ethnique						
Autochtones	7	(4, 11)	21	(7, 44)	11	(0, 28)
Blancs non autochtones	77	(71, 84)	38	(29, 47)	9	(5, 16)
Groupe racialisé non autochtone	16	(10, 22)	34	(15, 57)	14	(0, 34)
Lieu de naissance						
Canada	81	(75, 87)	38	(29, 47)	11	(6, 18)
À l'extérieur du Canada	19	(13, 26)	30	(14, 53)	13	(0, 31)

Le Tableau 3 rend compte des facteurs de transition, de transphobie ou d'intégration sociale associés avec les idées ou les tentatives de suicide. Les expériences de transphobie et le manque d'intégration sociale étaient choses communes. Par exemple, 72 % des personnes trans estimaient n'avoir pas reçu un fort soutien de leurs parents par rapport à leur identité de sexe sociale ou à son expression. Le tiers environ avait connu de la discrimination au travail qu'elles reliaient à leur identité trans (notons qu'une plus large proportion encore avait connu de la discrimination sans pouvoir relier directement la chose à leur identité trans). Une proportion

estimée à 20 % des personnes trans en Ontario a subi une agression physique ou sexuelle liée à son identité trans, et 34 % du harcèlement verbal ou des menaces liés à son identité trans.

Tableau3
Idées et comportements suicidaires dans la dernière année, en fonction de l'intégration sociale, de la transphobie et du statut de transition, parmi les personnes trans en Ontario

Intégration sociale, transphobie et statut de transition	Fréquence dans la population trans N=433		Fréquence des idées suicidaires dans la dernière année		Fréquence des tentatives de suicide dans la dernière année	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Soutien social						
Faible soutien : 1-3	35	(27, 44)	39	(28, 55)	16	(8, 28)
Soutien moyen : >3 to 4	32	(24, 39)	31	(17, 44)	9	(2, 17)
Fort soutien : >4 to 5	34	(27, 42)	32	(21, 47)	2	(0, 5)
Soutien parental à l'identité de sexe sociale						
Oui	28	(22, 37)	19	(9, 31)	2	(0, 5)
Non	72	(63, 78)	44	(32, 54)	15	(7, 25)
Transphobie						
Faible : 0-11	39	(31, 46)	24	(13, 36)	6	(0, 15)
Moyenne : >11 to 22	51	(43, 58)	39	(29, 50)	10	(4, 16)
Forte : >22	11	(6, 17)	55	(27, 79)	22	(4, 44)
Discrimination au travail						
Oui	35	(27, 42)	41	(30, 59)	9	(3, 17)
Non	66	(58, 74)	31	(22, 42)	13	(4, 22)
Harcèlement transphobique et violence						
Aucun	46	(38, 55)	28	(18, 40)	4	(1, 10)
Harcèlement verbal et menaces	34	(28, 42)	35	(23, 49)	8	(2, 15)
Aggression physique ou sexuelle	20	(13, 25)	56	(40, 74)	29	(12, 47)
Statut médical de transition						
Transition médicale complétée	26	(19, 34)	23	(12, 36)	1	(0, 3)
Transition en cours	24	(18, 30)	41	(28, 58)	18	(7, 30)
Transition envisagée mais non entreprise	26	(20, 34)	55	(34, 70)	27	(6, 40)
Transition non envisagée / incertaine / non pertinente	24	(16, 31)	23	(10, 40)	3	(0, 7)

Par rapport à leur statut médical de transition, on pourrait répartir les personnes trans en quatre groupes à peu près égaux : pour un quart d'entre elles, la transition médicale est complétée (ce qui comprend diverses combinaisons de prise d'hormones et de chirurgie); pour un autre quart, la transition a été entreprise mais n'est pas complétée; pour un autre quart, la transition est envisagée mais n'a pas été entreprise; pour celles qui restent, la transition médicale n'est pas envisagée, soit parce qu'elles ne sont pas assez certaines de vouloir l'entreprendre, soit parce qu'elles estiment qu'une telle transition ne leur convient pas.

Le risque de suicide n'était pas également distribué et variait beaucoup selon les facteurs retenus dans le Tableau 3. Si l'occurrence d'idées suicidaires ne variait pas significativement en fonction du soutien social, les personnes bénéficiant d'un fort soutien social étaient toutefois beaucoup moins susceptibles de faire une tentative de suicide que celles avec un faible soutien (2 % contre 16 %). Un fort soutien parental à l'identité de sexe sociale ou à son expression est associé à une faible prévalence des idées ou des tentatives de suicide dans la dernière année. Les personnes ayant subi des manifestations de transphobie à un niveau élevé étaient plus susceptibles d'envisager le suicide que celles n'ayant connu ces manifestations qu'à un faible niveau. Il est remarquable que la suicidabilité (tant en termes d'idées suicidaires que de tentatives) ne semblait pas varier entre les personnes victimes de discrimination au travail et les autres. Il n'en allait pas de même toutefois pour la violence transphobique qui était en forte corrélation avec la suicidabilité. Parmi les personnes ayant subi des agressions physiques ou sexuelles, 56 % avaient envisagé sérieusement le suicide dans la dernière année et 29 % avaient fait des tentatives, alors que parmi les personnes ne rapportant ni agression, ni harcèlement, ni menaces, ces taux étaient respectivement de 28 % et de 4 %. Ainsi les personnes ayant subi des agressions physiques ou sexuelles étaient sept fois plus à risque d'avoir fait une tentative de suicide dans la dernière année. Enfin, le statut de transition médicale était relié significativement à la suicidabilité. Les idées suicidaires au cours de la dernière année étaient plus fréquentes (à 55 %) parmi les personnes qui envisageaient une transition médicale, un taux significativement plus élevé que chez celles qui l'avaient complétée ou qui n'envisageaient pas de l'entreprendre. Les personnes qui envisagent ou qui entreprennent une telle transition sont aussi celles avec la plus haute prévalence de tentatives de suicide (27 % et 18 % respectivement), des taux plus élevés que dans les deux autres groupes : 1 % parmi les personnes ayant complété leur transition médicale et 3 % parmi celles qui ne l'envisagent pas.

IMPLICATIONS EN TRAVAIL SOCIAL

Les hauts niveaux de suicidabilité observés sont en accord avec les résultats d'autres recherches (Dhejne *et al.*, 2011; Grant *et al.*, 2010; McNeil *et al.*, 2012; Motmans *et al.*, 2010; Whittle *et al.*, 2007; Whittle *et al.*, 2008), et obligent à se préoccuper de leurs graves et immédiates conséquences pour les personnes trans, leurs familles et leurs communautés. Un résultat important montre que la suicidabilité varie grandement en fonction des manifestations de transphobie et de violence transphobique éprouvées par les personnes trans, du soutien social et familial dont elles ont pu bénéficier, et de leur statut de transition. Même si certains chercheurs ont prétendu que leur condition trans étaient la cause des problèmes de santé mentale de ces personnes (Steiner *et al.*, 1985), les résultats de notre recherche suggèrent plutôt que leur suicidabilité est d'abord un problème de justice sociale. L'Association canadienne des travailleurs sociaux (ACTS) a inscrit « la poursuite de la justice sociale » comme l'une des six valeurs fondamentales du travail social, dans le Code déontologie de l'ACTS (2005), en faisant une obligation pour les travailleurs sociaux de viser à l'élimination de la discrimination, à la distribution équitable des ressources pour répondre aux besoins fondamentaux et à la prestation de services pour protéger les individus de tout dommage qu'on pourrait leur causer (p. 5). Nos résultats indiquent que les communautés trans

ne profitent pas de conditions favorables à la justice sociale. Ce fait a des implications en travail social, en éducation, dans les politiques et la pratique, dont nous discuterons ci-dessous.

Pour les chercheurs et les enseignants en travail social, il est important d'intervenir sur les formes de marginalisation qui ont des conséquences pour les personnes trans, en butte ou non à de la discrimination. Namaste (2000) a introduit le concept d'effacement (*erasure*) pour décrire la façon dont les institutions et la culture dominante traitent la transsexualité, la considérant « ultimement comme une condition impossible » (p. 4-5). Bauer *et al.* (2009) ont identifié deux formes interreliées d'effacement : un effacement informationnel et un effacement institutionnel. Comme ils le notent, l'existence même de personnes trans n'est pas prise en compte dans les systèmes informationnels, comme les recherches, l'évaluation des besoins ou du parcours professionnel. Cet effacement informationnel renforce l'effacement actif ou passif des besoins particuliers des personnes trans dans les politiques et pratiques institutionnelles. En clair, on ne met pas sur pied des programmes pour desservir des personnes dont on estime qu'elles n'existent pas. La possibilité même pour les personnes trans d'obtenir un accès juste et équitable aux services est liée à la collecte et à la diffusion d'informations précises à leur sujet. C'est la responsabilité des chercheurs et des organisations de mettre au point des méthodes qui permettent aux personnes trans d'être identifiées comme telles dans les sondages et les formulaires. C'est la responsabilité des enseignants en travail social de ramasser et de diffuser l'information sur les besoins particuliers des communautés trans.

Les résultats de cette recherche pointent aussi en direction de certains champs de l'action politique où l'intervention des travailleurs sociaux paraît nécessaire, dans les domaines de défense des droits humains, de l'accès à une transition médicale et des politiques des organisations. Étant donné les niveaux élevés de discrimination et de violence auxquels font face les personnes trans, des protections explicites sont nécessaires pour diminuer leur vulnérabilité. Bien que des progrès aient été accomplis, il n'en demeure pas moins que les chartes des droits humains devraient intégrer des protections explicites pour les personnes trans, tant au niveau fédéral qu'à celui des provinces et territoires. Étant donné le lien très fort entre violence transphobique et suicide, il est impératif pour les travailleurs sociaux de promouvoir pour les personnes trans un accès équitable à des services comme les centres de crise et les refuges. Les personnes trans réclamant de tels services ont connu une longue histoire de refus, en particulier les femmes trans qui se voyaient refuser les services offerts aux autres femmes (Namaste, 2000). Les travailleurs sociaux doivent s'assurer que les injustices auxquelles les personnes trans sont en butte dans la société ne se répercutent pas au niveau local de l'offre de services.

Une autre question de politique qu'il faut aborder concerne la transition médicale. Notre recherche a montré que la prévalence du suicide était clairement liée au statut médical de transition, avec un risque élevé chez les personnes qui envisageaient cette transition mais ne l'avaient pas entreprise et un taux beaucoup plus faible chez celle qui l'avait complétée. Ces résultats indiquent qu'il est crucial de démanteler les barrières qui interdisent l'accès aux moyens de transition médicale (hormones et chirurgie). Plus encore, il faudrait reconsidérer la nécessité d'imposer des délais comme « une expérience de vie trans en condition réelle » pour déterminer si une personne est prête ou non à cette transition. Même si les professionnels en

santé mentale veulent s'assurer de la stabilité émotive des personnes trans avant d'autoriser cette transition, nos résultats indiquent plutôt que, pour certaines personnes trans, l'accès à la transition médicale peut s'avérer un préalable nécessaire pour atteindre cette stabilité émotive.

Pour les travailleurs sociaux que leur pratique met en contact avec les jeunes et leurs familles, les résultats de notre recherche ont d'importantes conséquences. Comme on l'a noté, les idées et les tentatives de suicide sont significativement plus élevées parmi les jeunes trans, dont les deux tiers ont rapporté avoir fait des tentatives de suicide avant l'âge de 20 ans. Les praticiens en service social doivent donc être avertis de ces risques et s'enquérir des options qui s'offrent à eux pour aider ces jeunes, en termes aussi bien de ressources et de groupes communautaires que de traitements aux hormones de suppression de la puberté et d'accès à des soins précoces de transition. Il est aussi évident, d'après les résultats de notre recherche et d'une étude spécifique concernant les jeunes (Travers *et al.*, 2012), que le soutien familial joue un rôle protecteur clé pour les jeunes gens trans. Bien que de nombreux centres urbains offrent maintenant des services aux jeunes trans et LGBT, très peu d'organisations peuvent fournir du soutien aux parents confrontés à leur propre transphobie et à leurs réactions complexes vis-à-vis de leurs enfants trans. Les travailleurs sociaux peuvent renforcer les liens vitaux entre parents et enfants en accompagnant les parents qui apprennent à accepter leurs enfants. Enfin, pour les travailleurs sociaux dans tous les contextes, nos résultats montrent un lien très fort entre un soutien social accessible ou non aux personnes trans et leur suicidabilité. Des initiatives pour renforcer la prise en charge et la résilience des familles et des communautés contribueront à assurer une protection bien nécessaire.

En conclusion, un taux élevé de suicidabilité parmi les personnes trans commande de prendre des mesures pour le réduire. Notre recherche s'ajoute à un corpus de plus en plus important d'études appelant à des actions en travail social pour répondre aux conditions d'injustice sociale vécues dans les communautés trans (Hartley et Whittle, 2003; Mallon, 1999; Morrow et Messinger, 2006; Pyne, 2011; Sakamoto *et al.*, 2009). Ces résultats montrent bien la nécessité de prendre en compte la réalité des personnes trans dans les recherches, les cursus scolaires, la législation sur les droits humains et les politiques des organisations. Ces résultats montrent aussi l'importance pour les personnes trans d'avoir accès à des soins de transition, de favoriser leur acceptation par leurs familles et de promouvoir la justice sociale pour tous les membres des communautés trans.

Greta R. Bauer, PhD, MPH

Professeure
Épidémiologie et biostatistique
Université Western Ontario

Jake Pyne, MSW

Projet « Trans PULSE »

Matt Caron Francino, MEd

Coordonnateur des services francophones
Santé arc-en-ciel Ontario

Rebecca Hammond, MSc

Projet « Trans PULSE »

BIBLIOGRAPHIE

- Bauer, G.R., R. Hammond, R. Travers, M. Kaay, K.M. Hohenadel et M. Boyce (2009). « “I don’t think this is theoretical; this is our lives. How erasure impacts health care for transgender people », *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, vol. 20, p. 348-361.
- Bauer, G., M. Boyce, T. Coleman, M. Kaay, K. Scanlon et R. Travers (2010). « Qui sont les personnes trans en Ontario? », *Bulletin électronique de Trans PULSE*, vol. 1, n° 1, p. 1-2.
[<http://transpulseproject.ca/wp-content/uploads/2010/07/E1French.pdf>.]
- Bauer, G., N. Nussbaum, R. Travers, L. Munro, J. Pyne et N. Redman (2011). « Nous avons du pain sur la planche: la discrimination au travail et les défis d’emploi pour les personnes trans en Ontario », *Bulletin électronique de Trans PULSE*, vol. 2, n° 1, p. 1-3.
[<http://transpulseproject.ca/wp-content/uploads/2012/04/E3French.pdf>.]
- Bauer, G.R., R. Travers, K. Scanlon et T.A. Coleman (2012). « High heterogeneity of HIV-related sexual risk among transgender people in Ontario, Canada: a province-wide respondent-driven sampling survey », *BMC Public Health*, vol. 12, n° 292, p. 1-12.
- Canadian Association of Social Workers (2005). *Code of Ethics*. Ottawa. Author. Retrieved March 8, 2013 from:
[http://www.casw-acts.ca/sites/default/files/attachements/CASW_Code%20of%20Ethics.pdf.]
- Clements-Nolle, K., R. Marx et M. Katz (2006). « Attempted suicide among transgender persons », *Journal of Homosexuality*, vol. 51, n° 3, p. 53-69.
- Dhejne, C., P. Lichtenstein, M. Boman, A.L.V. Johansson, N. Långström et M. Landén (2011). « Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden », *PLoS ONE*, vol. 6, n° 2, p. e16885.
- Diaz, R.M., G. Ayala, E. Bein, J. Jenne et B.V. Marin (2001). « The impact of homophobia, poverty, and racism on the mental health of Latino gay men », *American Journal of Public Health*, vol. 91, p. 927-932.
- Grant, J.M., L.A. Mottet, J. Tanis, J.L. Herman, J. Harrison et M. Keisling (2010). *National Transgender Discrimination Survey report on health and health care*, Washington, National Center for Transgender Equality and the National Gay and Lesbian Task Force.
- Grant, J.M., L.A. Mottet, J. Tanis, J. Harrison, J.L. Herman et M. Keisling (2011). *Injustice at every turn: a report of the National Transgender Discrimination Survey*, Washington, National Center for Transgender Equality and the National Gay and Lesbian Task Force.
- Hartley, C. et S. Whittle (2003). « Different sexed and gendered bodies demand different ways of thinking about policy and practice », *Practice*, vol. 5, n° 3, p. 61-73.
- Heckathorn, D.D. (2002). « Respondent-driven sampling II: deriving valid population estimates from chain-referral samples of hidden populations », *Social Problems*, vol. 49, p. 11-34.

- King, M., J. Semlyen, S.S. Tai, H. Killaspy, D. Osborn, D. Popelyuk et I. Nazareth (2008). « A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay, and bisexual people », *BMC Psychiatry*, vol. 8, no 70, p. 1-17.
- Lombardi, E.L., R.A. Wilchins, D. Priesing et D. Malouf (2001). « Gender violence: transgender experiences with violence and discrimination », *Journal of Homosexuality*, vol. 42, n° 10, p. 89-101.
- Mallon, G.P. (1999). « A call for organizational trans-formation », *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, vol. 10, n° 3-4, p. 131-142.
- Marcellin, R.L., A. Scheim, G. Bauer et N. Redman (2012). « Les expériences de transphobie parmi les Ontariens et Ontariennes trans », *Bulletin électronique de Trans PULSE*, vol. 3, n° 2, p. 1-2.
- Mathy, R.M. (2002). « Transgender identity and suicidality in a nonclinical sample: sexual orientation, psychiatric history, and compulsive behaviors », *Journal of Psychology and Human Sexuality*, vol. 14, n° 4, p. 47-65.
- McCreesh, N., S.D.W. Frost, J. Seeley, J. Katongole, M.N. Tarsh, R. Ndunguse, F. Jichi, N.L. Lunel, D. Maher, L.G. Johnston, P. Sonnenberg, A.J. Copas, R.J. Hayes et R.G. White (2012). « Evaluation of respondent-driven sampling », *Epidemiology*, vol. 23, p. 138-147.
- McNeil, J., L. Bailey, S. Ellis, J. Morton et M. Regan (2012). *Trans mental health study 2012*, Edinburgh, Equality Network.
[http://www.scottishtrans.org/Uploads/Resources/trans_mh_study.pdf.]
- Morrow, D. et L. Messinger (2006). *Sexual orientation and gender expression in social work practice: working with gay, lesbian, bisexual & transgender people*, New York, Columbia University Press.
- Motmans, J., I. de Biolley et S. Debunne (2010). *Being transgender in Belgium: mapping the social and legal situation of transgender people*, Brussels, Institute for the equality of women and men.
[http://igvm-iefh.belgium.be/nl/binaries/34%20-%20Transgender_ENG_tcm336-99783.pdf.]
- Namaste, V.K. (2000). *Invisible lives: the erasure of transsexual and transgendered people*, Chicago, Chicago Press.
- Nock, M.K., G. Borges, E.J. Bromet, C.B. Cha, R.C. Kessler et S. Lee (2008). « Suicide and Suicidal Behavior », *Epidemiologic Reviews*, vol. 30, p. 133-154.
- Nuttbrock, L., W. Bockting, A. Rosenblum, M. Mason, M. Macri et J. Becker (2012). « Gender identity conflict/affirmation and major depression across the life course of transgender women », *International Journal of Transgenderism*, vol. 13, n° 3, p. 91-103.
- Nuttbrock, L., S. Hwang, W. Bockting, A. Rosenblum, M. Mason, M. Macri et J. Becker (2010). « Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons », *Journal of Sex Research*, vol. 47, n° 1, p. 12-23.

- Pelkonen, M. et M. Marttunen (2003). « Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention », *Pediatric Drugs*, vol. 5, n° 4, p. 243-265.
- Pyne, J. (2011). « Unsuitable bodies: Trans people and cisnormativity in shelter services », *Canadian Social Work Review*, vol. 28, n° 1, p. 129-137.
- Rotondi N.K., G.R. Bauer, K. Scanlon, M. Kaay, R. Travers et A. Travers (2011a). « Prevalence of and risk and protective factors for depression in female-to-male transgender Ontarians », *Canadian Journal of Community Mental Health*, vol. 30, n° 2, p. 135-55.
- Rotondi N.K., G.R. Bauer, R. Travers, A. Travers, K. Scanlon et M. Kaay (2011b). « Depression in male-to-female transgender Ontarians », *Canadian Journal of Community Mental Health*, vol. 30, n° 2, p. 113-33.
- Sakamoto, I., M. Chin, A. Chapra et J. Ricciardi (2009). « A “normative” homeless woman? Marginalisation, emotional injury, and social support of transwomen experiencing homelessness », *Gay and Lesbian Issues and Psychology Review*, vol. 5, n° 1, p. 2-19.
- Salganik M.J. et D.D. Heckathorn (2004). « Sampling and estimation in hidden populations using respondent-driven sampling », *Sociological Methodology*, vol. 34, p. 193-240.
- Salganik M.J. (2006). « Variance estimation, design effects, and sample size calculations for respondent-driven sampling », *Journal of Urban Health*, vol. 83(6 Suppl.), p. i98–i112.
- Sherbourne, C.D. et A.L. Stewart (1991). « The MOS social support survey », *Social Science and Medicine*, vol. 32, p. 705-714.
- Steiner, B.W., R. Blanchard et K.J. Zucker (1985). « Introduction », dans B.W. Steiner (dir.), *Gender dysphoria: development, research, management*, New York, Plenum Press, p. 1-10.
- Travers, R., G. Bauer, J. Pyne, K. Bradley, L. Gale, et M. Papadimitriou (2012). *Impacts of strong parental support for trans youth: a report prepared for Children's Aid Society of Toronto and Delisle Youth Services*, Trans PULSE Project.
[<http://transpulseproject.ca/wp-content/uploads/2012/10/Impacts-of-Strong-Parental-Support-for-Trans-Youth-vFINAL.pdf>.]
- Volz, E., C. Wejnert, I. Degani et D.D. Heckathorn (2007). *Respondent-Driven Sampling Analysis Tool (RDSAT) Version 6.0.1*, Ithaca, NY.
- Whittle, S., L. Turner et M. Al-Alami (2007). *Engendered penalties: transgender and transsexual people's experiences of inequality and discrimination*, Wetherby, UK, The Equalities Review, Communities and Local Governments Publications.
[<http://www.pfc.org.uk/pdf/EngenderedPenalties.pdf>.]
- Whittle, S., L. Turner, R. Combs et S. Rhodes (2008). *Transgender EuroStudy: legal survey and focus on the transgender experience of health care*, Brussels, ILGA Europe.
[<http://tgeu.org/sites/default/files/eurostudy.pdf>.]
- Zou, G-Y. et A. Donner (2008). « Construction of confidence limits about effect measures: a general approach », *Statistics in Medicine*, vol. 10, p.1693-1702.