



CANADIAN
PSYCHOLOGICAL
ASSOCIATION
SOCIÉTÉ
CANADIENNE
DE PSYCHOLOGIE

PROMOTION DE LA DIVERSITÉ ET DE L'EXPRESSION DE GENRE ET PRÉVENTION DE LA HAINE ET DES PRÉJUDICES LIÉS AU GENREⁱ

Un énoncé de position de la Société canadienne de psychologie (SCP)

Approuvé par le conseil d'administration de la SCP – juin 2022

Préparé par :

Jesse Bosse

Ada L. Sinacore

Keira Stockdale

+

Olivia Fischer

Lynn Corbett

Jelena King

Anita Shaw

Jorden Cummings

Rohit Gupta

Avec reconnaissance à
D^{re} Karen Cohen et à D^{re} Kerri Ritchie



CANADIAN
PSYCHOLOGICAL
ASSOCIATION

SOCIÉTÉ
CANADIENNE
DE PSYCHOLOGIE

À PROPOS DE LA SCP

La Société canadienne de psychologie est le porte-parole national de la science, la pratique et l'enseignement de la psychologie au Canada et se voue à la promotion de la santé et du bien-être des Canadiens. La SCP est la plus importante association de psychologues du Canada et représente les psychologues en pratique publique et privée, les professeurs d'université et les chercheurs universitaires, ainsi que les étudiants. Les psychologues constituent le plus grand groupe de fournisseurs de soins de santé mentale spécialisés et réglementés, ce qui fait de notre profession une ressource indispensable pour la prestation de soins psychologiques aux Canadiens qui en ont besoin.

VISION

Une société où la compréhension des divers besoins, comportements et aspirations de l'être humain est le moteur de la législation, des politiques et des programmes destinés aux personnes, aux organisations et aux collectivités.

MISSION

Faire progresser la recherche, les connaissances et l'application de la psychologie au service de la société au moyen de la défense des intérêts, du soutien et de la collaboration.

**POUR PLUS D'INFORMATIONS, VEUILLEZ
CONSULTER NOTRE SITE WEB À CPA.CA/FR**

RÉSUMÉ

La Société canadienne de psychologie (SCP), par son Code d'éthique et ses énoncés de politique, est engagée depuis longtemps en faveur des droits de la personne, de la justice sociale et de la dignité des personnes. Malgré cet engagement, reflété dans les modifications apportées à la *Loi canadienne sur les droits de la personne et au Code criminel*, ainsi que dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, les stéréotypes, les préjugés et la discrimination fondés sur le genre sont toujours présents dans les systèmes et les services sociaux (p. ex. dans les domaines de l'éducation, de la santé et de la justice)

Face à la montée de la haine et de la violence à l'égard des minorités de genre dans le monde entier¹⁻⁴, le présent énoncé de politique expose la discrimination dont sont victimes les personnes appartenant à une minorité de genre, ainsi que les changements qui doivent être apportés pour y remédier. La SCP s'engage à favoriser l'avènement de ces changements et appelle les législateurs, les décideurs politiques, ainsi que les organismes et les personnes qui fournissent des services sociaux et de santé, à affirmer leur engagement à se joindre à nous.

INTRODUCTION

En 2022, le gouvernement canadien a célébré le cinquième anniversaire d'une modification apportée à la *Loi canadienne sur les droits de la personne et au Code criminel*, qui a établi l'autorité juridique nécessaire pour « lutter contre la discrimination fondée sur l'identité de genre et l'expression de genre⁵ ». Malgré cette mesure, les minorités de genre au Canada sont toujours exposées à une myriade de conséquences négatives tout au long de leur vie, notamment la conformité forcée au genre, la suicidalité, la violence sexuelle et physique, la criminalisation ainsi que des conséquences négatives en matière de santé.

L'expérience de l'identité de genre de chaque personne est profondément personnelle et peut différer du sexe assigné à la naissance. Les personnes ont le droit de définir et d'exprimer leur identité de genre sans discrimination, harcèlement, ni violence. Selon les déclarations internationale et canadienne des droits de la personne, *tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne*ⁱⁱ (*Déclaration universelle des droits de l'homme*, article 3) *et il ne peut être porté atteinte à ce droit* (*Charte canadienne des droits et libertés*, article 7ⁱⁱⁱ). La discrimination cissexiste^{iv} et les obstacles systémiques à une vie authentique (p. ex. transitionner) constituent une violation des droits de la personne, car ils augmentent le stress minoritaire des minorités de genre et ses conséquences sur la santé mentale, la suicidalité, la violence physique et sexuelle, les obstacles aux soins de santé et les conséquences négatives en matière de santé et sur le plan social.

Les stéréotypes, les préjugés et la discrimination fondés sur le genre persistent dans tous les systèmes et services sociaux (p. ex. l'éducation, la santé, la justice). Historiquement, les professionnels de la santé mentale, y compris les psychologues, ont « pathologisé » les personnes issues de la diversité de genre (p. ex. Troubles de l'identité sexuelle). **Face à la montée de la haine et de la violence à l'égard des minorités de genre dans le monde entier¹⁻⁴, cet énoncé de politique appelle les législateurs, les décideurs politiques, ainsi que les organismes et les personnes qui fournissent des services sociaux et de santé, à affirmer leur engagement à protéger la diversité de genre et les droits de la personne.**

i Aux fins du présent énoncé de politique, nous utilisons le sigle 2STNBGD pour désigner les identités de genre bispirituelle, trans, non-binaire et de genre divers. Les identités de genre divers incluent, sans s'y limiter, les personnes au genre fluide, agenres, de genre queer et en questionnement. Nous représentons d'abord les personnes bispirituelles (2S) par respect pour les ancêtres Autochtones et leurs terres ancestrales, et par reconnaissance des violences et des violations des droits de la personne commises dans le passé. Les termes utilisés sont définis plus en détail dans des notes de bas de page pour plus de clarté et de lisibilité.

ii Le droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne fait référence au droit de vivre (droit à la vie); au droit d'être libre de contraintes physiques et à la liberté de prendre des « décisions intrinsèquement privées » (liberté); au droit de maîtriser son intégrité physique et psychologique, au droit à la protection contre la menace de châtimens corporels ou de souffrances et au droit à la protection contre le stress imposé par l'État et des actions de l'État qui entraînent un risque pour la santé (*sûreté de sa personne*).

DISCRIMINATION CISSEXISTE ET OBSTACLES SYSTÉMIQUE

Les personnes 2STNBGD subissent significativement plus de violence physique et sexuelle, de violence conjugale, de harcèlement et de discrimination dans le système d'éducation, de discrimination au travail et d'insécurité économique, de discrimination en matière de logement et d'itinérance, de discrimination dans les lieux publics, de discrimination dans les soins de santé et de conséquences négatives en matière de santé, ainsi que d'abus par la police et dans les établissements correctionnels⁶⁻⁹. Les personnes de genre queer^v et les personnes qui se présentent d'une façon qui remet en question la binarité de genre font face à des risques de violence et de discrimination encore plus élevés que les personnes transvi¹⁰

Les personnes qui n'ont pas de documents légaux correspondant à leur genre vécu (nom légal et/ou mention du sexe) sont confrontées à des obstacles majeurs dans leurs activités quotidiennes telles que les opérations bancaires, l'accès aux soins de santé, à l'emploi et à l'éducation, à voyager et à naviguer dans divers contextes sociaux ou toute autre situation où une pièce d'identité doit être présentée¹¹⁻¹². Cette incongruité entre le genre vécu et les pièces d'identité entraîne plusieurs conséquences négatives. Dans le document *A Report of the National Transgender Discrimination Survey*¹³, il est indiqué que 44 % des personnes qui ont dû présenter des pièces d'identité non concordantes ont déclaré avoir été victimes de harcèlement, d'agression physique ou d'avoir été priées de quitter les lieux. D'autres conséquences rapportées incluent la divulgation forcée et involontaire de son identité de genre (« déplacardage » ou « outing ») et, dans certains cas, le refus de services, la supposition d'une erreur d'identité, des interrogatoires intrusifs et irrespectueux, ainsi que des situations hostiles et dangereuses¹¹.

Les délais et les obstacles auxquels sont confrontées les personnes souhaitant une transition légale sont imposés par des réglementations institutionnelles. Ces règlements (p. ex. l'exigence d'une attestation médicale pour changer la mention du sexe, le consentement parental pour le changement de nom des jeunes) illustrent les obstacles systémiques qui exposent les personnes issues de la diversité de genre à des taux plus élevés de dépression, d'idées et de comportements suicidaires, de violence transphobe et d'instabilité socioéconomique.

Le respect du nom d'usage des personnes trans et non-binaires est associé à une amélioration de leur santé mentale, notamment une réduction des symptômes dépressifs et des idées et comportements suicidaires¹⁴. Souvent, un changement de nom légal est nécessaire pour que le nom d'usage soit respecté. Ceci souligne l'importance de faciliter l'accès à la transition légale en éliminant les obstacles sociétaux et organisationnels en place. Le *National Survey on LGBT Youth Mental Health* par The Trevor Project¹⁵ fait écho à ces résultats, montrant que la transition légale (c.-à-d. le changement de la mention du sexe sur les documents légaux et/ou le changement de nom légal) est liée à une réduction des tentatives de suicide chez les jeunes trans et non-binaires. De même, selon une étude menée auprès de femmes trans de couleur à faible revenu, le changement de nom légal est un puissant facteur de protection qui peut accroître la stabilité socioéconomique et l'accès aux soins de santé liés à la transition et mitiger les déterminants sociaux de la santé négatifs¹⁶.

iii *Et il ne peut être porté atteinte à ce droit* fait référence à l'exigence que les lois ou actions de l'État portant atteinte au droit à la vie, à la liberté et à la sûreté (sécurité) de la personne doivent respecter les principes de justice fondamentale.

iv « Cis » fait référence au terme cisgenre, soit une personne dont l'identité de genre correspond au sexe qui lui a été assigné à la naissance. Ici, nous utilisons le terme cissexiste pour faire référence à la prémisse selon laquelle les identités cis sont plus légitimes et valides que les identités trans, ainsi qu'au système d'oppression qui cause du tort aux personnes 2STNBGD.

v Le terme « de genre queer » est un terme parapluie qui regroupe les identités de genre qui se situent en dehors du modèle binaire des genres (c.-à-d. homme/femme) et peut inclure, mais sans s'y limiter, la fluctuation d'un genre à l'autre (genre fluide), à une combinaison de genres, à être d'un autre genre, à être aggenre, ou aux personnes qui ne souhaitent pas ou ne peuvent pas nommer leur genre.

vi Le terme « transgenre » ou « trans » est un terme parapluie qui désigne les personnes dont l'identité de genre diffère du sexe qui leur a été assigné à la naissance; cela inclut les femmes trans, les hommes trans, et peut également inclure les personnes non-binaires

STRESS MINORITAIRE DES MINORITÉS DE GENRE ET SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ MENTALE

La discrimination et la stigmatisation cisnormatives^{vii} engendrent un stress excessif chez les personnes 2STNBGD. Ce stress excessif limite leurs opportunités et leur accès à d'importantes ressources sociétales, ce qui entraîne des disparités majeures en matière de santé mentale chez les personnes 2STNBGD comparativement aux personnes cisgenres¹⁷. Les structures systémiques créent un environnement d'inégalité sociale dans lequel les personnes 2STNBGD intériorisent les attitudes sociétales négatives¹⁸, qui peuvent prendre la forme de préjugés, d'une stigmatisation intériorisée et de crainte de rejet¹⁹, ce qui augmente le risque de troubles de santé mentale.

Les stressors subis par les personnes issues de la diversité de genre prédisent leurs états en matière de santé mentale²⁰. Comparativement à leurs homologues cisgenres, on parle de taux de prévalence plus élevés chez les personnes issues de la diversité de genre quant à l'anxiété, la dépression, les traumatismes, la consommation de substances et le suicide. Les personnes 2STNBGD âgées de 50 ans et plus sont confrontées à la double discrimination liée à l'âge et à l'identité de genre et vivent des problèmes de santé physique et mentale de manière disproportionnée en raison du stress que cela occasionne²¹.

Certains sous-groupes d'aînées 2STNBGD (p. ex. minorités raciales/ethniques, personnes à faible revenu ou vivant avec une condition de santé stigmatisante) sont souvent confrontés à un risque plus élevé d'exclusion sociale, de vieillissement accéléré et de conséquences négatives en matière de santé²². Ces disparités en matière de santé mentale reflètent une injustice sociétale et une marginalisation à l'égard des personnes 2STNBGD tout au long de leur vie, perpétuant un narratif dommageable et stigmatisant qui maintient les inégalités en matière de santé et mènent à des conséquences négatives en matière de santé mentale.

SUICIDALITÉ

Le suicide est l'une des conséquences les plus préoccupantes en matière de santé mentale et touche de manière disproportionnée les personnes issues de la diversité de genre. En raison des obstacles systémiques et de la stigmatisation structurelle, les personnes 2STNBGD affichent l'un des taux les plus élevés de suicidalité, avec une prévalence à vie de tentatives de suicide de 40,4 %, et 81,7 % des personnes issues de la diversité de genre ayant sérieusement considéré le suicide à un moment dans leur vie⁶. Au sein de la communauté trans, les jeunes trans démontrent le taux de suicidabilité le plus élevé, avec deux tiers des tentatives de suicide ayant lieu avant l'âge de 20 ans²³. Le risque de suicide chez les Autochtones bispirituels^{viii} et/ou trans est également plus élevé que le risque de suicide observé dans les autres populations Autochtones²⁴.

La discrimination, la transphobie, le rejet par la famille, les agressions physiques et le manque d'accès à des soins d'affirmation de genre sont tous des facteurs associés à l'augmentation de la probabilité d'idées et de tentatives suicidaires^{6,23}. À l'inverse, le soutien parental et social, une exposition réduite à la transphobie, la possession de documents d'identité qui reflètent la désignation authentique du genre de la personne et l'accès à des soins d'affirmation de genre constituent des facteurs de protection associés à une réduction notable de la suicidalité²⁵. Dans l'ensemble, ces résultats soulèvent une question de justice sociale; ils illustrent en quoi des facteurs sociaux préjudiciables, endémiques à nos systèmes, contribuent à l'augmentation des taux de suicidalité et des problèmes de santé mentale au sein de la population 2STNBGD²³.

vii La cisnormativité fait référence à la supposition selon laquelle tout le monde est cisgenre et privilégie les identités cisgenres par rapport aux autres identités de genre.

VIOLENCE PHYSIQUE ET SEXUELLE

On observe une tendance à la hausse inquiétante quant à la violence transphobe. L'année 2021 s'avère être la plus meurtrière jamais enregistrée depuis le début du projet Trans Murder Monitoring Report (TMMR) en 2008. Ce projet dénombre les homicides de personnes trans et de personnes issues de la diversité de genre dans le monde entier : 375 meurtres signalés en 2021, 350 en 2020 et 331 en 2019²⁶. Le rapport du projet TMMR révèle que les victimes les plus ciblées sont les femmes trans migrantes de couleur et les personnes trans travailleuses du sexe. Bien qu'alarmants, ces chiffres ne sont que la pointe de l'iceberg puisque la plupart des cas ne sont pas signalés. La violence basée sur le genre, incluant les agressions sexuelles et la violence physique, aurait été commise contre 78 à 85 % des personnes bispirituelles²⁷. Les deux tiers des personnes 2STNBGD aînées ont subi des actes de victimisation et de discrimination plus de trois fois au cours de leur vie, avec une moyenne de 6,5 événements de victimisation et de discrimination signalés au cours de la vie²⁸⁻²⁹.

OBSTACLES AUX SOINS DE SANTÉ ET CONSÉQUENCES NÉGATIVES EN MATIÈRE DE SANTÉ

Tout au long de leur vie, les personnes 2STNBGD présentent des disparités significatives en matière de santé et rencontrent des obstacles importants dans l'accès aux soins de santé. Dans la recherche portant sur l'étude des disparités en matière de santé, il y a des lacunes importantes en ce qui concerne l'orientation sexuelle et l'identité de genre. Dans la population aînée, les aînées 2STNBGD constituent un segment particulièrement sous-représenté et largement invisible. Lorsqu'il est question d'accès aux soins de santé, la difficulté d'accéder à des fournisseurs de soins de santé compétents (en raison du manque de praticiens informés et du manque de compétences culturelles), les obstacles financiers et la discrimination constituent les obstacles les plus souvent rapportés par les personnes trans de tous âges³⁰.

LE RÔLE DES FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ DANS LES SOINS D'AFFIRMATION DE GENRE

L'Association mondiale des professionnels pour la santé transgenre (World Professional Association for Transgender Health [WPATH])³¹ a attribué aux professionnels de la santé, aux psychologues et aux autres professionnels de la santé mentale un rôle de « contrôleur d'accès » (« gatekeeper ») à l'égard des personnes issues de la diversité de genre qui ont recours à des interventions médicales d'affirmation de genre. Ce rôle remet en cause les droits fondamentaux de la personne, notamment l'égalité d'accès aux soins de santé et le droit à l'autodétermination. En établissant ainsi que l'identité de genre est une expertise qui appartient aux professionnels de la santé (qui sont, la plupart du temps, des personnes cisgenres), une vision pathologique de la diversité de genre est perpétuée. Ceci vient également perpétuer la méfiance qui existe au sein de la communauté trans et non-binaire à l'égard de la médecine et des soins de santé.

Conformément à la version la plus récente des Standards de Soins de la WPATH (version 8, 2022) utilisée par la communauté internationale, les personnes souhaitant accéder à une chirurgie d'affirmation de genre doivent obtenir une lettre de recommandation d'un professionnel de la santé agréé afin d'avoir accès à ce qui est un service de soins de santé essentiel. Non seulement cette situation crée des obstacles à l'accès aux soins de santé, mais elle pose également des problèmes éthiques aux professionnels de la santé tels que les psychologues, dont le code de déontologie affirme le droit des individus

^{viii} Le terme bispirituel reflète une compréhension Autochtone complexe du genre, de la sexualité et de la culture et est utilisé dans certaines communautés Autochtones. Il s'agit d'un terme qui renvoie à une richesse d'expériences diverses et qui doit être considéré comme un point d'entrée vers une meilleure compréhension en collaboration avec les communautés et les peuples Autochtones.

à l'autodétermination, au respect de la dignité des personnes et à la liberté de consentement dans tout processus d'évaluation de la santé³¹

Les diverses professions en santé mentale perpétuent des pratiques de « contrôleur d'accès » et entretiennent une vision pathologique de la diversité de genre en adhérant à la notion erronée selon laquelle les personnes issues de la diversité de genre doivent démontrer une « détresse cliniquement significative » ou une dysphorie de genre afin de qualifier pour recevoir des soins médicaux d'affirmation de genre. La détresse des personnes issues de la diversité de genre découle largement des injustices sociétales, de la discrimination et de la violence cisnormatives, et non pas de la diversité de genre elle-même.

L'accès aux soins médicaux d'affirmation de genre ne devrait pas être subordonné à la démonstration d'une détresse psychologique. Les efforts visant à « dépathologiser » sans « démedicaliser » sont essentiels pour favoriser une approche respectueuse et humanisant des soins d'affirmation de genre. Les changements récents apportés à la CIM-11³² constituent un pas dans cette direction : le terme « dysphorie de genre » a été abandonné et remplacé par « incongruence de genre », mettant ainsi moins l'accent sur la notion de détresse et focalisant davantage sur l'incongruité entre le genre d'une personne et le sexe qui lui a été assigné à la naissance. Plus important encore, la désignation d'incongruence de genre a été retirée de la catégorie « Troubles mentaux, comportementaux ou neurodéveloppementaux »

Des obstacles tels que l'exigence de lettre(s) de recommandation avant de pouvoir accéder à une intervention médicale d'affirmation de genre, combinés au manque de fournisseurs de soins de santé formés et disposés à travailler avec des personnes issues de la diversité de genre, créent de longs délais d'attente pour accéder à la transition médicale. Ces longs délais d'attente dans l'accès à la transition médicale sont associés à une augmentation des idées et des tentatives suicidaires. Les personnes issues de la diversité de genre qui souhaitent effectuer une transition médicale, mais qui n'ont pas encore pu y accéder en raison des délais d'attente, sont celles qui présentent le risque de suicide le plus élevé. Cinquante-cinq pour cent des personnes issues de la diversité de genre se retrouvant dans cette situation ont sérieusement envisagé le suicide au cours de l'année écoulée et 27 % ont fait une tentative de suicide²³. Ces chiffres chutent de façon considérable lorsque les personnes souhaitant entamer une transition médicale y ont accès, avec 23 % d'entre elles déclarant avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année écoulée et 1 % déclarant avoir fait une tentative de suicide au cours de l'année écoulée. Accéder promptement à des soins médicaux d'affirmation de genre est vital et ces demandes devraient être prioritaires, notamment en minimisant le temps d'attente par le renforcement des capacités des établissements de soins de santé.

Sur le plan législatif et réglementaire, l'exigence d'une attestation médicale afin de changer la mention du sexe va à l'encontre de ce que préconisent les meilleures pratiques et les approches transaffirmatives, où l'autodétermination et l'autonomie sont centrales. La seule personne qui possède l'autorité de déterminer l'identité de genre est la personne elle-même³³. Aucune évaluation médicale ou autre évaluation externe ne peut valider ni confirmer l'identité de genre d'une personne. Les lois qui exigent l'implication d'un professionnel de la santé dans la transition légale d'une personne trans ou non-binaire constituent une médicalisation inutile et dommageable de la transition légale. De telles lois amplifient la méfiance systémique et augmentent le risque de conséquences négatives en matière de santé chez les personnes issues de la diversité de genre³⁴⁻³⁵.

ix La WPATH est une organisation internationale interdisciplinaire qui a élaboré les Standards de Soins en santé trans et qui vise à promouvoir des soins de santé de qualité pour les personnes trans et issues de la diversité de genre. Malgré que la version la plus récente des Standards de Soins (version 8) ait été publiée en 2022, de nombreuses institutions n'ont pas encore mis à jour leurs pratiques et opèrent toujours sous les recommandations plus restrictives de la 7e version des Standards de Soins.

JUSTICE PÉNALE

À l'échelle mondiale, les personnes trans sont surreprésentées dans les systèmes de justice pénale³⁶ et font état d'expériences négatives partagées³⁷. Ces expériences négatives incluent notamment la peur de la police, d'être ridiculisé par les autorités policières et carcérales en raison de leur identité ou de leur expression de genre et de vivre de la violence transphobe en prison³⁸⁻³⁹. Les organismes correctionnels ont également du mal à répondre aux demandes d'accommodements fondées sur l'identité ou l'expression de genre. Dans les services correctionnels canadiens, des préoccupations relatives aux droits de la personne ont été soulevées au sujet des politiques de placement par défaut selon le sexe assigné à la naissance, de l'utilisation d'évaluations des risques et d'outils de classification binaires (homme/femme), et des vérifications de sécurité plus onéreuses pour les personnes 2STNBGD⁴⁰. Seulement quelques provinces ont des politiques et des lignes directrices en matière de placement pour les personnes 2STNBGD sous leur garde. Souvent, ces personnes sont détenues dans des environnements carcéraux avec un niveau de sécurité plus élevé à cause d'enjeux de protection, et ont des besoins médicaux non comblés.

BIEN-ÊTRE ET EUPHORIE DE GENRE

Bien que la dysphorie de genre et la détresse puissent faire partie de l'expérience de certaines personnes 2STNBGD, se concentrer exclusivement sur ces aspects éclipse d'autres facettes importantes de leur expérience, telle que l'euphorie de genre. Ce terme fait référence à la gamme de pensées et de sentiments positifs, à la confiance, au plaisir et à la satisfaction qui émergent lorsque le genre authentique d'une personne est affirmé ou lorsqu'une personne se sent en harmonie ou se sent « chez soi » dans le genre authentique incarné⁴¹⁻⁴³. La recherche montre que les expériences d'affirmation de genre créent des opportunités de vivre l'euphorie de genre, et ensemble, agissent comme des forces catalytiques déclenchant des réactions comportementales positives (p. ex., découverte et utilisation de nouvelles forces, augmentation du désir de vivre plus pleinement sa vie, incidence positive sur les processus interpersonnels) et un bien-être accru⁴¹. Pour fournir des soins d'affirmation de genre, il est nécessaire d'adopter une optique humanisante, axée sur les forces et qui met l'accent sur l'euphorie de genre et le bien-être.

CONCLUSION ET ENGAGEMENT

Tout au long de l'histoire et par l'entremise de lois, politiques et programmes qui régissent les services sociaux et de santé, les sociétés ont créé et maintenu une conception cissexiste de la diversité de genre. Cette conception ainsi que les conséquences qui en découlent sont évidentes dans les pratiques médicales de « contrôleur d'accès » face à l'incongruence de genre, dans l'effacement des minorités de genre et dans la présence d'un discours⁴⁴ principalement transnormatif.

Le discours dominant actuel perpétué par les professions de la santé, les médias et la société en général se concentre presque exclusivement sur les notions de dysphorie de genre et de détresse et ne reconnaît pas d'autres éléments centraux à l'expérience des personnes issues de la diversité de genre telle que l'euphorie de genre. L'euphorie de genre et ses retombées positives sur le bien-être étant intimement liées aux expériences d'affirmation de genre, l'élimination des obstacles à l'affirmation de genre (p. ex. la discrimination, l'effacement des minorités de genre et les pratiques de contrôleur d'accès) permettra aux personnes 2STNBGD de s'épanouir, de bénéficier d'une plus grande autonomie et d'un rôle actif dans leur vie, de vivre leur vie plus pleinement, de participer plus activement à la société, et de prospérer à partir d'une « relation au monde qui leur est propre^{42,44} ».

La montée des messages cissexistes et antitrans dans les médias va de pair avec la montée de politiques et lois cissexistes et antitrans (p. ex. l'ébauche du récent projet de loi 2 au Québec ⁴⁵). Ces messages portent également atteinte au droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne des personnes 2STNBGD en légitimant et en encourageant la discrimination et la violence cissexistes.

Les disparités accrues en matière de santé mentale et de conséquences négatives en matière de santé chez les personnes 2STNBGD sont des conséquences directes de la discrimination cissexiste; c'est cette discrimination d'ordre structurelle et systémique qui engendre une exclusion sociale et qui limite l'accès à d'importants déterminants sociaux de la santé. Nous devons œuvrer à l'avènement de changements juridiques et politiques qui élimineront la discrimination cissexiste, réduiront l'exclusion sociale et augmenteront l'accès à des soins d'affirmation de genre plus sécuritaires pour les personnes 2STNBGD²⁵.

Cette tâche revient aux psychologues et aux autres professionnels de la santé. Nous devons prendre la responsabilité de démanteler le cissexisme au sein de notre profession, mais aussi de démanteler le cissexisme auquel nous avons largement contribué et qui s'observe dans les lois, les politiques et les services sociaux et de santé.

C'est en reconnaissance de cette responsabilité que la SCP a élaboré cet énoncé de politique. Nous espérons que d'autres professionnels de la santé, législateurs et décideurs, ainsi que ceux qui fournissent des services sociaux et de santé, se joindront à nous pour amplifier les voix et l'expérience vécue des personnes et des communautés 2STNBGD, pour réclamer et contribuer à des changements sociaux, juridiques et politiques qui élimineront la discrimination cissexiste, qui atténueront les déterminants sociaux de la santé négatifs et qui protégeront le droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de la personne des personnes 2STNBGD.

x Nous utilisons le terme « transnormatif » tel que défini par Riggs et coll. (2019) pour « désigner la manière dont les discours dominants sur l'identité transgenre mettent l'accent sur un ensemble de prémisses particulières et étroites auxquelles toutes les personnes transgenres doivent adhérer », et inclut « l'attente selon laquelle toutes les personnes trans doivent se conformer au narratif du « mauvais corps » lorsqu'elles décrivent leur genre, toutes les personnes transgenres ont besoin d'un traitement médical et toutes les personnes transgenres doivent viser à se présenter et à être perçues comme étant cisgenres ». [traduction libre]

CITATIONS

1. Hunte, B. (2019). *Transgender hate crimes recorded by police go up 81%*. <https://www.bbc.com/news/uk-48756370>
2. Wang, J. H., et Moreau, G. (2022). *Les crimes haineux déclarés par la police au Canada, 2020*. *Juristat : Centre canadien de la statistique juridique et de la sécurité des collectivités*, 1-40. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2022001/article/00005-fra.htm>
3. Human Rights Foundation (2021, Octobre). *Dismantling a Culture of Violence: Understanding Violence Against Transgender and Non-Binary People and Ending the Crisis*. https://reports.hrc.org/dismantling-a-culture-of-violence?_ga=2.96857112.604640676.1671132999-1404321418.1671132999
4. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (23 mars 2021). *Rapport : la haine en ligne contre les minorités est en augmentation, déclare un expert*. <https://www.ohchr.org/en/stories/2021/03/report-online-hate-increasing-against-minorities-says-expert>
5. Femmes et Égalité des genres Canada (2022). *Célébration de cinq ans de protection juridique de l'identité de genre et de l'expression de genre*. <https://www.canada.ca/fr/femmes-egalite-genres/nouvelles/2022/06/celebration-de-cinq-ans-de-protection-juridique-de-lidentite-de-genre-et-de-l'expression-de-genre.html>
6. Herman, J., Brown, T., & Haas, A. (2019). *Suicide thoughts and attempts among transgender adults: Findings from the 2015 U.S. Transgender Survey*. <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Suicidality-Transgender-Sep-2019.pdf>
7. Grant, J.M., Mottet, L.A., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J. L., et Keisling, M. *Injustice at Every Turn: A Report of the National Transgender Discrimination Survey*. Washington: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force, 2011.
8. Scruton, S. (2014) *Rapport de l'évaluation des besoins des personnes trans*. Société canadienne du sida, Ottawa, (Ont.)
9. Longman Marcellin, R., Scheim, A., Bauer, G., et Redman, N. (7 mars 2013). *Les expériences de transphobie parmi les personnes trans d'Ontario*. *Bulletin électronique de Trans PULSE*, vol. 3, no 2. <https://www.transpulseproject.ca>
10. Harrison, J., Grant, J., et Herman, J. (2012). *A Gender Not Listed Here: Genderqueers, Gender Rebels, and OtherWise in the National Transgender Discrimination Survey*.
11. Bauer, G., pour le projet Trans PULSE. *Trans Ontarians' Sex Designations on Federal and Provincial Identity Documents: A Report Prepared for the Canadian Human Rights Commission*. 15 novembre 2012.
12. Duchesne, N. (12 août 2016). *A Comparative Study of How Trans People Interact with Public Policies in Montréal and Toronto*. <https://spectrum.library.concordia.ca/id/eprint/981483/>
13. Grant, J.M., Mottet, L.A., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J.L., et Keisling, M. *Injustice at Every Turn: A Report of the National Transgender Discrimination Survey*. Washington: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force, 2011.
14. Russell, S. T., Pollitt, A. M., Li, G., et Grossman, A. H. (2018). *Chosen Name Use Is Linked to Reduced Depressive Symptoms, Suicidal Ideation, and Suicidal Behavior Among Transgender Youth*. *Journal of Adolescent Health*, 63(4), 503–505. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.02.003>

15. The Trevor Project National Survey. (2021). www.thetrevorproject.org. <https://www.thetrevorproject.org/survey-2021/>
16. Hill, B. J., Crosby, R., Bouris, A., Brown, R., Bak, T., Rosentel, K., VandeVusse, A., Silverman, M., & Salazar, L. (2017). Exploring Transgender Legal Name Change as a Potential Structural Intervention for Mitigating Social Determinants of Health Among Transgender Women of Color. *Sexuality Research and Social Policy*, 15(1), 25–33. <https://doi.org/10.1007/s13178-017-0289-6>
17. Testa, R. J., Habarth, J., Peta, J., Balsam, K., & Bockting, W. (2015). Development of the gender minority stress and resilience measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(1), 65-77. <https://doi.org/10.1037/sgd0000081>
18. Meyer, I.H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129 (5), 674-697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
19. Meyer, I.H., & Frost, D.M. (2013). Minority stress and the health of sexual minorities. Dans C.J. Patterson et A.R. D'Augelli (dir.). *Handbook of psychology and sexual orientation* (pp. 252-266). New York, NY: Oxford University Press.
20. Mongelli, F., Perrone, D., Balducci, J., Sacchetti, A., Ferrari, S., Mattei, G., et Galeazzi G.M. (2019). Minority stress and mental health among LGBT populations : An update on the evidence. *Minerva Psichiatrica*, 60(1). <https://doi.org/10.23736/S0391-1772.18.01995-7>
21. Fredriksen-Goldsen, K.I. (2018). Shifting social context in the lives of LGBTQ older adults. *Public Policy & Aging Report*, 28(1), 24-28. doi: 10.1093/ppar/pry003
22. Fredriksen-Goldsen, K.I., & Kim, H.-J. (2017). The science of conducting research with LGBT older adults—An introduction to aging with pride: National Health, Aging, and Sexuality/Gender Study (NHAS). *The Gerontologist*, 57 (S1), S1-S14.
23. Bauer, G. R., Pyne, J., Francino, M. C., & Hammond, R. (2013). Suicidality among trans people in Ontario: Implications for social work and social justice. *Service Social*, vol. 59, no 1, p 35. <https://doi.org/10.7202/1017478ar>
24. Organisation nationale de la santé Autochtone [ONSA]. (2012) *Suicide prevention and Two-Spirited people*. Ottawa, ON.
25. Bauer, G. R., Scheim, A. I., Pyne, J., Travers, R., et Hammond, R. (2015). Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. *BMC Public Health*, vol. 15, no 1. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1867-2>
26. *TMM Update TDoR 2021*. (11 novembre 2021). TvT. <https://transrespect.org/en/tmm-update-tdor-2021/>
27. Balsam, K. F., Huang, B., Fieland, K. C., Simoni, J. M., et Walters, K. L. (2004). Culture, trauma, and wellness: A comparison of heterosexual and lesbian, gay, bisexual, and two-spirit Native Americans. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, vol. 10, no 3, p. 287-301. <https://doi.org/10.1037/1099-9809.10.3.287>
28. Fredriksen-Goldsen, K. I. (2011). Resilience and disparities among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *The Public policy and aging report*, vol. 21, no 3, p. 3. 10.1093/ppar/21.3.3
29. Fredriksen-Goldsen, K. I., Hoy-Ellis, C. P., Muraco, A., Goldsen, J., et Kim, H. J. (2015). The health and well-being of LGBT older adults: Disparities, risks, and resilience across the life course. <https://doi.org/10.1037/14436-002>
30. Safer, J. D., Coleman, E., Feldman, J., Garofalo, R., Hembree, W., Radix, A., et Sevelius, J. (2016). Barriers to healthcare for transgender individuals. *Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity*, vol. 23, no 2, p. 168-171. <https://doi.org/10.1097/med.0000000000000227>

31. Toivonen, K. I., et Dobson, K. S. (2017). Ethical Issues in Psychosocial Assessment for Sex Reassignment Surgery in Canada. *Canadian Psychology*, vol. 58, no 2, p. 178-186.
32. Organisation mondiale de la Santé (2019). International statistical classification of diseases and related health problems (11e éd.). <https://icd.who.int/browse10/2019/en>
33. Pullen Sansfaçon, A., et Bellot, C. (2016). L'éthique de la reconnaissance comme posture d'intervention pour travailler avec les jeunes trans. *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 28, no 2, p. 38-53. <https://doi.org/10.7202/1041178ar>
34. Bouman, W. P. (2018). Transgender and gender diverse people's involvement in transgender health research. *International Journal of Transgenderism*, vol. 19, p. 357-358. <https://doi-org.proxy.library.carleton.ca/10.1080/15532739.2018.1543066>.
35. MacKinnon, K. R., Ashley, F., Kia, H., Lam, J. S. H., Krakowsky, Y., et Ross, L. E. (2021). Preventing transition "regret": An institutional ethnography of gender-affirming medical care assessment practices in Canada. *Social Science & vol. 291*, 114477.
36. Transformative Justice Law Project (n.d.) Quick Guide to the Criminalization of Transgender and Gender Non-Conforming People. <https://www.prisonlegalnews.org/media/publications>
37. Amnistie internationale. (2005). Insultes et violences policières à l'encontre des lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres aux USA. New York, É.-U.
38. Nemoto, T., Bödeker, B., et Iwamoto, M. (2011) Social support, exposure to violence and transphobia, and correlates of depression among male-to-female transgender women with a history of sex work. *American Journal of Public Health*, vol. 101, no 10. <https://doi: 10.2105/AJPH.2010.197285>
39. Bureau de l'enquêteur correctionnel. (2021). Les défis auxquels sont confrontées les personnes de diverses identités de genre dans les services correctionnels fédéraux : Une perspective d'ombudsman. Présentation à l'Association de droit criminel de l'Université d'Ottawa. <https://www.oci-bec.gc.ca/cnt/comm/presentations/presentations20211116-eng.aspx>
40. Fonds d'action et d'éducation juridiques pour les femmes [FAEJ] (2022). <https://www.leaf.ca/wp-content/uploads/2022/01/CSC-CD-100-Comments-FINAL.pdf>
41. Austin, A., Papciak, R., et Lovins, L. (2022): Gender euphoria: a grounded theory exploration of experiencing gender affirmation, *Psychology & Sexuality*, DOI:10.1080/19419899.2022.2049632
42. Ashley, F., et Ells, C. (2018) In Favor of Covering Ethically Important Cosmetic Surgeries: Facial Feminization Surgery for Transgender People, *The American Journal of Bioethics*, vol. 18, no 12, p. 23-25 18:12, 23-25, DOI:10.1080/15265161.2018.1531162
43. Beischel, W. J., Gauvin, S. E., et van Anders, S. M. (2021). "A little shiny gender breakthrough": Community understandings of gender euphoria. *International Journal of Transgender Health*, p. 1-21. <https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1915223>
44. Riggs, D. W., Pearce, R., Pfeffer, C. A., Hines, S., White, F., et Ruspini, E. (2019). Transnormativity in the psy disciplines: Constructing pathology in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders and Standards of Care. *American Psychologist*, vol. 74, no 8, p. 912-924. <https://doi.org/10.1037/amp0000545>
45. Ashley, F. (4 avril 2022). *What can non-profit organizations do to fight the rise of anti-trans hatred in Canada and worldwide?* <https://www.wisdom2action.org/anti-trans-hate/>