

COUNCIL OF EUROPE



CONSEIL DE L'EUROPE

Les droits des enfants intersexes et trans' sont-ils respectés en Europe ? Une perspective

Erik Schneider
Psychiatre, psychothérapeute
Intersex & Transgender Luxembourg a.s.b.l.
Novembre 2013

www.coe.int/lgbt

Les opinions exprimées dans cet ouvrage sont de la responsabilité de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement la politique officielle du Conseil de l'Europe

Sommaire

1. Contexte de ce rapport.....	5
2. Introduction.....	5
3. Les enfants trans'	6
3.1. Des enfants aux spécificités méconnues.....	6
3.1.1. Définitions	6
3.1.1.1. Identité de genre	7
3.1.1.2. Expression de genre.....	7
3.1.1.3. Notion d'« auto-perception »	7
3.1.1.4. Trans'	8
3.1.2. Nombre d'enfants trans' : la pointe de l'iceberg.....	8
3.1.3. De la petite enfance au début de la puberté : des prises de conscience précoces.....	8
3.1.4. Adolescence.....	9
3.1.5. Invisibilité.....	10
3.2. Normes de genre et corrections sociales	11
3.2.1. Dépression, auto-mutilations et suicidalité.....	11
3.2.2. Internements psychiatriques.....	12
3.2.3. Placement d'enfants et sans-abrisme	13
3.2.4. Traumatismes psychiques	13
3.2.5. Les enfants trans', un groupe vulnérable	13
3.3. Famille	13
3.3.1. La famille : un espace d'acceptation... ou de violence	13
3.3.2. Pressions et suspicion sur les parents	14
3.3.3. Soutien à la parentalité	15
3.4. Système de santé	15
3.4.1. Problématique : des pratiques oscillant entre le manque de connaissances, la pathologisation et l'éthique	15
3.4.2. Des thérapies de « normalisation » controversées.....	16

3.4.3. Autres pratiques médicales éthiquement contestables.....	18
3.4.3.1. Recommandation à des mineur.e.s d’avoir des relations sexuelles.....	18
3.4.3.2. Consultation psychiatrique devant un auditoire	19
3.4.3.3. Examen des organes génitaux non justifiés médicalement.....	19
3.4.4. Bonnes pratiques : approches acceptantes.....	19
3.5. Système éducatif	20
3.5.1. Une question émergente.....	20
3.5.2. Harcèlement	21
3.5.3. Respect de l’auto-perception de l’enfant, de son identité et/ou de son expression de genre.....	22
3.5.4. « Panique » à l’école : nécessité de formations initiales et continues.....	23
3.5.5. Des programmes et livres scolaires muets... mais des solutions existent.....	23
3.5.6. Diplômes.....	24
3.5.7. Bonnes pratiques.....	24
3.6. Conclusion : appréciation de l’intérêt supérieur de l’enfant	24
3.7. Recommandations.....	25
4. Les enfants intersexes	26
4.1. Introduction.....	26
4.1.1. Terminologie.....	27
4.1.2. Nombre de personnes intersexes.....	27
4.2. Système de santé	28
4.2.1. Normes, variations et pathologies	28
4.2.2. Actes médicaux.....	29
4.2.2.1. Problématique	29
4.2.2.2. Intégrité corporelle	30
4.2.2.3. Intégrité psychique : assignations du mauvais sexe	32
4.2.2.4. Non-dits et difficultés d’accès au dossier médical.....	33
4.2.2.5. Traumatismes dus aux pratiques médicales.....	34
4.2.2.6. Rôle des parents	35

4.2.2.7. Consentement à l'adolescence.....	37
4.2.2.8. Reconnaissance des dommages subis.....	37
4.2.3. Conclusion intermédiaire : l'intérêt supérieur de l'enfant.....	37
4.3. Situation sociale	38
4.3.1. Violences.....	38
4.3.2. Détresse psychologique, dépression, auto-mutilations et suicidalité.....	39
4.3.3. Les enfants intersexes, un groupe vulnérable.....	39
4.4. Système éducatif.....	39
4.4.1. Problématique.....	39
4.4.2. Formation du personnel éducatif et enseignant.....	40
4.4.3. Programmes et manuels scolaires.....	40
4.5. Aspects juridiques	41
4.6. Recherche.....	42
4.7. Conclusion	43
4.8. Recommandations.....	43
ANNEXES AU RAPPORT:	46
Références.....	46
Glossaire.....	59
Loi n° 26.743, du 23 mai 2012, établissant le droit à l'identité de genre (Argentine)	63

1. Contexte de ce rapport

1. Ce rapport s'inscrit dans le prolongement du colloque international intitulé « Le droit de l'enfant et de l'adolescent à son orientation sexuelle et à son identité de genre », qui s'est déroulé à Sion (Suisse), du 2 au 4 mai 2013, et qui était organisé par l'Institut universitaire Kurt Bösch (IUKB) en collaboration avec le Conseil de l'Europe.
2. Après avoir présenté une brève synthèse à la fin de ce colloque, l'auteur a été chargé par le Conseil de l'Europe de rédiger le présent document dans le but d'exposer les éléments clés du colloque concernant les droits des enfants intersexes et trans', mais aussi de développer des aspects supplémentaires, de formuler des lignes directrices pour les décideur/euses, et de présenter de bonnes pratiques pouvant être utiles pour les Etats membres lors de l'élaboration de politiques et de la mise en œuvre d'activités concernant les droits de ces enfants. Devant respecter un cadre limité, il ne doit pas être considéré comme exhaustif.
3. Aborder la situation des enfants trans' sous l'angle de leur droit à leur identité de genre est une question cruciale qui a des répercussions dans tous les domaines de leur vie. Les droits des enfants intersexes, quant à eux, ont été peu évoqués pendant le colloque de Sion. Recher (2013) a insisté sur la nécessité d'un engagement plus systématique pour analyser leur situation et remédier aux problématiques spécifiques auxquels ils sont confrontés. Pour les enfants intersexes, la priorité doit être donnée au respect de leur intégrité physique et au respect de leur corps tel qu'il est, même s'il n'est pas conforme aux normes associées au sexe biologique. Les adultes intersexes racontent souvent qu'elles¹ ont eu une enfance très médicalisée et il existe de sérieuses préoccupations quant au respect des droits des enfants intersexes dans ce contexte.
4. Des témoignages inédits ont été recueillis par l'auteur auprès de TRAKINE (Allemagne), SAIL (Irlande du Nord), OUTrans (France) ainsi que sur trois forums à accès restreint sur Facebook, s'agissant des expériences des enfants trans' et de leurs parents. Les témoignages provenant de personnes intersexes ont été transmis par l'OII Belgique. Les témoignages ont été recueillis de juillet à novembre 2013.

2. Introduction

5. Les enfants trans' et les enfants intersexes questionnent, par leur existence même, la structuration de nos sociétés européennes autour de ce qui a été appelé le modèle binaire du sexe et du genre. Il s'agit d'un « système de représentations normatif fondé sur l'idée simpliste d'une dichotomie de deux sexes définis biologiquement, qui s'excluent mutuellement, auxquels différents rôles et comportements sont attribués traditionnellement » (AGIUS/TOBLER 2012: 9-15).
6. L'auteur utilisera le terme « trans' » dans un sens générique, en considérant qu'il désigne les personnes dont l'auto-perception par rapport au sexe d'assignation, l'identité de genre et/ou l'expression de genre diffèrent du sexe qui leur a été assigné à la naissance. Concernant le terme « intersexe », l'auteur considérera qu'il désigne les personnes dont les caractères sexués sont atypiques ou non conformes aux normes généralement admises.
7. En savoir plus sur la situation des enfants trans' et intersexes est important pour les protéger contre la violence lié aux normes de sexe et genre. Ces normes peuvent être définies comme un

¹ Contraction de « il » et « elle ».

ensemble de règles perçues comme obligatoires, relatives notamment à la façon de ressentir, de se comporter, de s'habiller des personnes appartenant à un certains sexe. L'aspect normatif se reflète dans les réactions par rapport aux enfants qui ne se conforment pas à ce modèle, en particulier dans les corrections sociales et médicales. Ces corrections ont pour effet de nier la diversité du sexe et du genre révélée par les enfants intersexes et trans', de nier par là-même leur existence et de les laisser dans l'invisibilité.

8. Le colloque de Sion a montré la nécessité d'aborder spécifiquement la situation des enfants trans' et celle des enfants intersexes. En effet, on constate le plus souvent que l'utilisation du concept LGBT (abréviation de « lesbienne, gay, bisexuel.le et trans ») entraîne une prise en compte, certes importante, mais partielle des problématiques rencontrées par les enfants trans', tandis que des aspects déterminants de leur situation restent invisibles et non résolus. En outre, le sigle LGBT crée le risque d'un amalgame entre l'orientation sexuelle et l'identité de genre. De plus en plus souvent, le « I » pour intersexe est adjoint au signe LGBT, ce qui n'est pas toujours suivi d'effet dans la prise en compte de leur situation distincte. L'absence d'analyse spécifique des besoins des enfants intersexes, d'une part, et des enfants trans', d'autre part, a des conséquences sur l'absence d'élaboration de prestations sociales appropriées.
9. L'appréciation de l'intérêt supérieur des enfants trans' tout comme des enfants intersexes est controversée et repose sur des questions complexes et fondamentales telles que : « Qu'est-ce que l'intérêt supérieur d'un enfant ? », « Qui le définit ? » « Qui le connaît ? ». Nous tenterons d'apporter certains éléments et arguments mettant en lumière les enjeux des décisions. Nous constatons souvent que ces thématiques sont méconnues et que les débats médicaux oblitèrent complètement la dimension des droits de l'enfant. Une perspective pluridisciplinaire est nécessaire sur ces questions.

3. Les enfants trans'

10. Une discussion entre une mère et sa fille trans' de cinq ans :

L'enfant : « Pourquoi tu ne m'as pas donné un prénom de fille quand je suis née ? ». La mère : « Tu avais un zizi ». L'enfant : « Oui, mais à l'intérieur, je suis une fille, dans mon cœur et dans ma tête. Quand je suis née, j'avais déjà un cœur de fille, mais je ne pouvais pas vous le dire » (TRAKINE 2012a) ².

3.1. Des enfants aux spécificités méconnues

3.1.1. Définitions

11. Les enfants trans' ressentent un décalage entre ce qu'ils se sentent être et les attentes de leur entourage fondées sur le sexe qui leur a été assigné à la naissance (sexe d'assignation). Plusieurs concepts doivent être définis à ce sujet.

² Traduction à partir de l'allemand.

3.1.1.1. Identité de genre

12. La notion d'identité de genre peut être décrite comme le sentiment d'appartenance personnelle au genre féminin, masculin ou à un autre genre redéfini individuellement, que cela corresponde ou non au sexe assigné à la naissance³.
13. Certains enfants peuvent s'identifier au sexe considéré comme « opposé » à leur sexe d'assignation, mais d'autres ont une identité moins binaire et les situations individuelles sont très variables. On dit que les enfants ont une identité de genre fluide, par exemple, lorsqu'ils ne sont pas fixés dans un sexe mais qu'ils se sentent appartenir alternativement à l'un, à l'autre, aux deux, ou encore qu'ils en redéfinissent les contours pour eux-mêmes (Brill/Pepper 2011: 37-41). Plusieurs parents l'ont personnellement confirmé à l'auteur.

3.1.1.2. Expression de genre

14. L'expression de genre peut être définie comme un ensemble de signes, visibles pour l'entourage, associés à l'appartenance à un genre (féminin, masculin, ou autre redéfini individuellement). Il peut s'agir, entre autres, de la façon de se vêtir, de parler, de se comporter. Ce concept a pour fonction de distinguer le ressenti d'une personne concernant son identité de genre de ce qu'elle manifeste dans son aspect extérieur⁴.
15. En application de cette définition, l'auteur considérera par la suite le comportement de genre comme un aspect de l'expression de genre.

3.1.1.3. Notion d'« auto-perception »

16. Outre les notions d'identité et d'expression de genre, l'auteur utilisera la notion d'« auto-perception par rapport au sexe d'assignation ».
17. Certains enfants sont très jeunes lorsqu'ils expriment un décalage entre le sexe d'assignation et leur ressenti. La notion d'« auto-perception » permet de rester au plus près du ressenti de l'enfant et de ce qu'il dit de lui-même, sans l'enfermer dans des catégories d'adultes qui lui sont étrangères. Le concept d'identité (de genre) entraîne le risque que des tiers se disent experts pour définir l'identité de l'enfant selon des catégories préétablies, à la place de celui-ci. La notion d'auto-perception, en revanche, invite à reprendre les termes précisément employés par l'enfant, même s'ils s'écartent avec créativité des concepts d'adultes (Ehrensaft 2011, 2012). Cette démarche, qui consiste à se baser sur ce que dit l'enfant, avec les termes dont il se sert, à prendre au sérieux ce qu'il exprime et souhaite, est importante pour l'appréciation de ses droits.
18. Aucun.e « expert.e » ne peut dire quelle est l'identité de genre d'un enfant à la place de celui-ci, même les professionnel.le.s de la santé mentale, qui ne peuvent que relayer la parole et les comportements de l'enfant. Ehrensaft (2012) l'exprime ainsi : « [...] les individus sont les experts de leurs propres identités de genre et tandis que les expressions de genre sont susceptibles de varier au cours du temps, l'identité de genre est plus uniforme dans le temps. Si nous voulons savoir comment un enfant s'identifie, écoutons-le, et si vous faites bien attention et lui fournissez un environnement de soutien, suffisamment sûr, il finira par vous le dire ».

³ Voir définition donnée par les *Principes de Jogjakarta* (cf. glossaire).

⁴ Le niveau de l'expression de genre (extérieur) doit être distingué de celui de l'identité (intérieur). L'expression de genre d'un enfant peut être fluide, sans pour autant que l'enfant remette en cause le sexe d'assignation.

3.1.1.4. Trans'

19. Il est important de garder à l'esprit que le terme d'« enfants trans' » est généralement appliqué *a posteriori* aux jeunes enfants et pré-adolescent.e.s, qui ne l'utilisent pas forcément eux-mêmes pour se décrire. Illes ne le connaissent généralement pas avant l'adolescence où illes peuvent éventuellement le découvrir dans les médias et se l'approprier. Certains vont dire, par exemple, qu'ils « sont une fille », ou « un garçon », ou tantôt l'un, tantôt l'autre, etc., et non pas qu'ils sont « trans' ».
20. Voici un témoignage de la mère d'une petite fille trans' : « C'est à l'âge de trois ans que Lucy nous a dit pour la première fois qu'elle n'était pas un garçon mais une fille. Au début, mon ex-mari et moi pensions que c'était un bavardage d'enfant et nous lui disions : 'non, tu es un garçon', mais elle n'en démordait pas. Elle disait qu'elle était une fille, elle le répétait encore et encore » (TRAKINE 2012b).
21. Comme un concept générique est nécessaire, le terme « trans' » nous semble cependant utile et nous l'utiliserons pour désigner les enfants dont l'auto-perception par rapport au sexe d'assignation, l'identité de genre et/ou l'expression de genre différent du sexe qui leur a été assigné à la naissance ⁵.
22. Une précision importante : une petite fille trans' est une fille déclarée de sexe mâle à la naissance mais dont l'auto-perception, l'identité de genre et/ou l'expression de genre est celle d'une fille – et inversement pour les petits garçons trans'.

3.1.2. Nombre d'enfants trans' : la pointe de l'iceberg

23. De plus en plus d'enfants consultent les centres médicaux spécialisés dans l'aide médicale à la transition ⁶ (Spack 2012, Rauchfleisch 2013, Reed e.a. 2009: 18), mais la majeure partie reste invisible pour leurs parents et le reste de leur entourage. Il ne peut donc pas y avoir de chiffres exacts de leur nombre, d'autant plus qu'il existe un foisonnement de concepts qui ne sont pas employés uniformément (on parle, par exemple, de personnes transidentitaires, transsexuelles, transgenres, etc.) ⁷. Brill/Pepper (2011: 16) estiment qu'au moins 1/500 enfants ont une *identité* de genre qui diffère du sexe d'assignation, sans compter les enfants dont seuls les comportements s'écartent des normes de genre. Il faut souligner qu'il ne s'agit que d'une estimation, mais que le nombre d'enfants trans' est certainement bien plus élevé que ce que l'on pense généralement.

3.1.3. De la petite enfance au début de la puberté : des prises de conscience précoces

24. Certains enfants ont conscience extrêmement tôt du fait que la catégorie de sexe qui leur a été assignée à la naissance ne leur correspond pas. Des auteur.e.s rapportent des exemples concernant les premières années de vie et même un enfant de neuf mois (Brill/Pepper 2011: 16

⁵ Nous n'incluons pas, *a priori*, les personnes intersexes dans cette définition, mais certaines peuvent s'y reconnaître. Cependant, la dimension des variations du sexe biologique est centrale pour caractériser la situation des personnes intersexes et doit être ajoutée.

⁶ Voir glossaire.

⁷ En raison de la multiplicité des définitions et du cadre limité de ce rapport, l'auteur ne peut pas aborder la complexité terminologique existante.

et 29-31, Ehrensaft 2012) ; il n'est pas à exclure que certains enfants en prennent conscience plus tôt sans parvenir à le communiquer à leur entourage.

25. Cependant, il existe de grandes différences individuelles concernant l'âge de la prise de conscience ; celle-ci peut être plus tardive pour certains enfants et advenir au cours de l'enfance ou de l'adolescence, ou encore à l'âge adulte (Keins/Schneider 2013, Kennedy 2013, Kennedy/Hellen 2010, Motmans 2009: 109). Il n'est donc pas possible de fixer des règles générales à cet égard.
26. A un jeune âge et au moins jusqu'à l'adolescence, les auteur.e.s considèrent généralement qu'il n'existe pas de critère permettant de prédire avec certitude dans quel sens évoluera l'enfant. Une partie de ces enfants s'avèreront être trans' par la suite, d'autres non. Certain.e.s auteur.e.s recommandent d'aider les parents à accepter l'enfant tel qu'il est et d'apprendre à tolérer l'incertitude (Di Ceglie/Coates Thümmel 2006).
27. Les enfants trans' constituent un groupe très hétérogène, constitué de nombreux sous-groupes dans lesquels les enfants ne restent pas forcément figés toute leur vie mais qui peuvent être redéfinis avec créativité par les enfants eux-mêmes (Brill/Pepper 2011, Ehrensaft 2012). Là encore, la terminologie n'est pas fixée. Le concept de « gender creativity » (Ehrensaft 2012) illustre bien le fait que les enfants utilisent des voies originales, uniques et authentiques pour se définir et s'exprimer.
28. Pour un regard adulte externe, leurs situations peuvent paraître complexes ou confuses. Certains enfants restent dans la binarité des genres, d'autres non : certains d'entre eux remettent en question le sexe assigné à leur naissance (niveau identitaire) et les comportements qui leur sont traditionnellement associés, tout en souhaitant faire une transition sociale de fille vers garçon ou inversement⁸. Ces enfants ne remettent pas cause la binarité des genres mais souhaitent passer de l'un à l'autre. En revanche, les enfants au genre fluide ne se cantonnent pas à la binarité des genres mais évoluent dans un continuum entre le féminin et le masculin. L'expression de genre de ces enfants varie au sein de ce continuum, mais elle n'est pas forcément associée pas forcément, au niveau identitaire, à une remise en question du sexe assigné à la naissance.
29. L'hétérogénéité de leurs situations montre à quel point il est difficile de les identifier dans leurs premières années de vie. Les professionnel.le.s de la santé et de l'enfance n'y sont pas formé.e.s. Cependant, la prise en cause de la complexité des situations joue un rôle crucial lorsqu'il s'agit d'évaluer les besoins spécifiques des enfants à cet âge.

3.1.4. Adolescence

30. A l'adolescence, le risque de suicidalité augmente en raison des changements corporels qui accroissent la détresse d'une partie des enfants (voir témoignage ci-après rubrique 3.1.5.). Il existe des traitements hormonaux consistant à bloquer la puberté, ce qui permet de diminuer la détresse des enfants tout en leur permettant de réfléchir à la question de savoir s'ils souhaitent entamer une transition médicale au moyen de traitements hormono-chirurgicaux (Brill/Pepper 2011-200-220, Cohen-Kettenis 2008, Reed e.a. 2009, Reucher 2011, Spack 2012). Quelques rares centres spécialisés de par le monde offrent ce type de prise en charge. Peu de professionnel.le.s de la santé en sont informé.e.s et les adolescent.e.s, qui souvent ont fait des recherches

⁸ Avant la puberté, il s'agit d'un changement de rôle purement social car les traitements médicaux n'entrent pas en ligne de compte.

préalables, se trouvent fréquemment confronté.e.s à un refus de soin qui n'est pas neutre au niveau éthique (Giordano 2008).

3.1.5. Invisibilité

31. Quel que soit l'âge auquel les enfants prennent conscience de leur « différence » à l'égard des attentes de l'entourage par rapport à leur sexe d'assignation, ils ne sont pas forcément en mesure de le verbaliser immédiatement. Il n'est pas rare que plusieurs années s'écoulent avant qu'ils n'acquière le vocabulaire et les concepts nécessaires (Grossman/D'Augelli 2006, Kennedy 2013, Kennedy/Hellen 2010, McBride 2013: 3). Kennedy (2013) rapporte le soulagement ressenti à ce moment : « Quand j'ai lu l'histoire de quelqu'un [...] dans un magazine alors que j'avais 12 ans, j'ai été stupéfait de savoir que je n'étais pas seul »⁹. Lorsqu'ils tentent d'en faire part à leur entourage, beaucoup décrivent des réactions de rejet qui les poussent à se renfermer et à essayer de se conformer aux normes : « Lorsque je l'ai 'avoué' pour la première fois (vers 9 ans) à des amis et à mon petit frère, la réaction était de l'horreur pure et j'ai su que je ne pourrais jamais le révéler à nouveau », ou : « D'une certaine façon, je savais que ce que je ressentais n'était tout simplement pas acceptable – et on me disait fréquemment : 'Les garçons ne font pas ça' »¹⁰ (exemples donnés par Kennedy 2013). Les enfants ne sont alors pas identifiés en tant que trans' par l'entourage familial, ni à l'école, ce qui est problématique parce que les sentiments qui en résultent - tels que la sensation d'être les seuls dans cette situation voire anormal, l'impression de n'avoir leur place nulle part - peuvent entraîner de la dépression, des tendances suicidaires ainsi que des conduites à risque (Kennedy/Hellen 2010, McBride 2013: 21).

32. Voici le témoignage de la mère d'un garçon trans' :

« Mon fils a toujours été garçon manqué, il ne jouait pas aux poupées mais adorait le foot, les billes, les petites voitures, bref tous les jeux de garçon!, il s'est aussi toujours senti attiré par le sport [...]. Quand sa poitrine a poussé, il se la frappait sans doute pour essayer de la faire rentrer (c'était vers 12 ans car il est menu et il n'a pas une grosse poitrine), son enfance a été heureuse mais son adolescence a été difficile, avec des tentatives de suicide [3 tentatives [...]] et des séjours dans des hôpitaux (5 séjours plus précisément dont un de 6 semaines), quand les règles sont apparues, il a vécu ça comme la fin du monde (il ne supportait pas ça [...]; il s'est même privé de manger pour maigrir et là il ne les a pas eues pendant plusieurs mois et il était content mais j'ai eu peur qu'il tombe dans l'anorexie) [...]. Il s'est pratiquement toujours habillé avec des vêtements plutôt masculins sauf à une période où là il a tenté de se maquiller et mettre des robes pour se fondre dans la masse et se faire accepter au lycée (au lycée, il était mal car il n'était dans aucune case : trop masculin pour les filles et trop féminin pour les garçons et du coup il s'est retrouvé pratiquement seul, alors il a commencé à se maquiller un peu, mettre des robes, faire des mèches ... pour se féminiser et se faire accepter), mais il était très malheureux et c'est là où il a fait ses bêtises (tentatives de suicide, plans cam avec des inconnus car il n'aimait pas son corps [...]. Il a découvert qu'il était trans en regardant un reportage à la télé et en cherchant des vidéos sur internet et là il a su mettre un mot sur son mal-être, il a compris et il a commencé à faire son coming out [...]). »

33. Il en résulte que l'invisibilité des enfants trans' peut avoir des conséquences graves et il semble important de former les professionnel.le.s de l'enfance et de la santé mentale à les repérer. Ces enfants laissent généralement paraître quelques signes de différence, repérables à condition de connaître la problématique, tels que les intérêts pour les jeux, vêtements et activités du sexe

⁹ Traduction à partir de l'anglais.

¹⁰ Idem.

considéré comme « opposé » au sexe d'assignation, parfois associés à une souffrance « inexplicable », de la dépression ou des tentatives de suicide.

3.2. Normes de genre et corrections sociales

34. Les corrections sociales des enfants qui dérogent aux normes de genre débutent dès la petite enfance, prennent de nombreuses formes, telles que les corrections verbales, les sanctions, les violences psychologiques et physiques, et sont réalisées par les parents, les autres membres de la famille, les pairs, les éducateurs/trices, les enseignant.e.s, les professionnel.le.s de la santé et des inconnus dans les espaces publics (Kid/Witten 2007, RADELUX II), ce qui amène plusieurs auteur.e.s à considérer que les enfants trans' ne sont pas en sécurité (Grossman/D'Augelli/Salter 2006, Schneider 2013). Très peu d'études ont été réalisées à ce sujet en Europe et celles axées sur les expériences vécues pendant l'enfance par les personnes trans' sont encore plus rares, mais confirment l'existence de ces mécanismes et leur impact sur la vie et la santé de l'enfant tout comme sur celle de sa famille.
35. Une étude italienne sur la maltraitance subie dans l'enfance par des personnes MtF ¹¹, qui visait à mesurer le taux de la violence et/ou de la négligence émotionnelle, de la violence et/ou de la négligence physique et de la violence sexuelle, a révélé que 27,5 % avaient subi de la maltraitance dans leur enfance et que celle-ci s'était produite de façon fréquente dans 57,7 % des cas (Bandini e.a. 2011). Ces chiffres relatifs à l'Italie sont révélateurs d'un certain type de violence à l'égard des enfants trans'. L'ensemble des études portant sur l'Amérique du Nord vont dans le même sens et seront citées tout au long de ce rapport en considérant que leurs résultats sont globalement transposables en Europe, compte tenu des informations personnelles recueillies par l'auteur concernant l'Allemagne, la France, l'Irlande du Nord, la Suisse et le Luxembourg. Des études restent à entreprendre sur la situation des enfants trans' dans les différents pays d'Europe ¹².

3.2.1. Dépression, auto-mutilations et suicidalité

36. La suicidalité des enfants trans' est très élevée. Selon une enquête en ligne réalisée en France par HES/MAG (2009), 67 % des jeunes trans' de 16 à 26 ans sondé.e.s « ont déjà pensé au suicide (en lien avec leur transidentité) » et 34 % ont « fait une ou des tentatives de suicide », principalement de 12 à 17 ans. Grossman/D'Augelli (2007) rapportent eux aussi une suicidalité élevée, avec des tentatives de suicide à partir de l'âge de 10 ans. Clements-Nolle/Marx/Katz (2006) relèvent que 47 % des jeunes de moins de 25 ans interrogé.e.s ont commis une tentative de suicide. La suicidalité dans la petite enfance est méconnue mais l'auteur a reçu des témoignages de parents à ce sujet.
37. D'autres comportements sont rapportés, souvent en lien avec la suicidalité, tels que l'anorexie ou l'auto-mutilation ¹³ (Spack 2012, témoignages reçus par l'auteur). Un parent en témoigne en ces termes : « Quand elle a commencé à aller à l'école secondaire [...], les choses sont allées de mal en pis. Trois tentatives de suicide en trois ans et auto-mutilations sur son corps à des endroits qu'il m'était impossible de voir ».
38. Deux facteurs de causalité ont été constatés concernant la dépression et la suicidalité des enfants trans'. En premier lieu, il existe un risque de suicide lorsqu'un enfant trans' a l'impression

¹¹ Voir glossaire.

¹² Pour l'Irlande du Nord, voir Mc Bride 2013.

¹³ Voir glossaire.

qu'il ne peut pas vivre son moi authentique, qu'il doit étouffer ou « tuer » (RADELUX II 2012: 15) la partie trans' de lui-même. Les adolescent.e.s ne sont pas les seul.e.s à être concerné.e.s, c'est aussi le cas des enfants plus jeunes, comme le montre ce témoignage d'un parent d'un enfant trans' : « Pendant les vacances d'été, elle a intégralement changé son rôle social dans la famille et a annoncé à la fin des vacances, qu'elle voulait aussi aller à l'école en tant que fille. De plus, à l'âge de 6 ans, elle voulait écrire un livre avec le titre : 'Quand je serai grande... je serai une femme ou je serai morte' ».

39. En second lieu, certaines études ont montré l'existence d'une corrélation entre les violences subies par les personnes trans' et leur suicidalité ou leur dépression. Grossman/D'Augelli (2007) ont constaté que les jeunes trans' qui avaient fait une tentative de suicide avaient subi plus de violence verbale et physique de la part de leurs parents que les autres jeunes interviewé.e.s. Nuttbrock, e.a. (2010) ont établi un lien statistiquement significatif entre le taux de violence subie par les personnes MtF en raison du genre et le taux de dépression majeure et de suicidalité. Parmi les facteurs de risques de suicide pour les personnes trans' établis par Clements-Nolle/Marx/Katz (2006), figurent la discrimination fondée sur le genre et la violence physique fondée sur le genre.
40. Un important facteur de protection contre le suicide des enfants trans' est l'acceptation de l'enfant ainsi que la partie de lui qui n'est pas conforme aux normes de genre. L'enfant souhaite généralement adopter un prénom qui reflète son identité de genre. Li e.a. (2013) ont interrogé de jeunes trans' de 15 à 21 ans et ont constaté que les taux de dépression, le sentiment d'insécurité à l'école et de non-appartenance diminuent avec l'augmentation du nombre d'environnements où les jeunes trans' sont autorisés à utiliser leur prénom correspondant à leur identité de genre. De même, Spack (2012) a relevé que le fonctionnement psychologique des adolescent.e.s qui demandent et reçoivent une thérapie hormonale dans son service s'améliore.
41. Par conséquent, les enfants trans' doivent être considérés comme un groupe à risque s'agissant du suicide et de la dépression et les professionnel.le.s de la santé mentale devraient être formé.e.s de façon à explorer avec les enfants suicidaires si une question d'identité de genre est en cause.

3.2.2. Internements psychiatriques

42. Les internements psychiatriques soulèvent le problème de l'absence de connaissance des professionnel.le.s de la santé concernant les problématiques liées à la transidentité. Quatre cas de figure sont particulièrement problématiques.
43. Le premier est celui précédemment évoqué sous la rubrique « Invisibilité » (3.1.5.), à savoir que la suicidalité est liée à la transidentité mais que celle-ci n'est pas identifiée par les services psychiatriques.
44. Le deuxième cas de figure est celui où le comportement de l'enfant interné pour cause de suicidalité fait l'objet de « corrections » à l'hôpital au motif qu'il est « trop masculin » ou « trop féminin » (dans le cadre d'une thérapie sportive ou d'un système de points, par exemple ; voir RADELUX II 2012: 23-24).
45. Dans le troisième type de situations, l'enfant interné pour cause de suicidalité a déjà identifié sa transidentité et le dit clairement au psychiatre traitant qui ne le prend pas au sérieux. L'équipe soignante refuse de prendre en compte sa transidentité, n'utilise pas le nouveau prénom

correspondant à l'identité de genre, mais celui de l'état civil, et emploie les pronoms féminins ou masculins associés au prénom de l'état civil (informations fournies à l'auteur par OUTrans).

46. Dans le quatrième cas, des enfants sont internés indépendamment de toute suicidalité; pour « observation » dans le cadre d'un « diagnostic » de la transidentité.
47. Les quatre cas de figure exposés ci-dessus donnent lieu à des internements psychiatriques d'enfants trans' qui peuvent aller jusqu'à *plusieurs mois*, même pour simple observation, et qui pourraient être évités grâce à une meilleure formation des professionnel.le.s de santé, à une meilleure tolérance sociale des expressions et identités de genre, ainsi qu'à une meilleure information des parents.
48. En tout état de cause, tant que les professionnel.le.s de santé ne reconnaissent pas la transidentité comme l'un des facteurs centraux de la suicidalité, cela les empêche de dispenser les soins adéquats aux enfants trans' suicidaires et donne lieu à des internements psychiatriques d'une durée disproportionnée dans la plupart des cas.

3.2.3. Placement d'enfants et sans-abrisme

49. En raison du rejet familial, une partie des enfants trans' risquent de se retrouver à la rue, soit parce qu'ils quittent le domicile familial, soit parce que les parents les mettent à la porte. Un nombre disproportionné d'enfants sans domicile fixe soit trans'. Il se peut qu'ils cherchent à assurer leur subsistance par des activités illégales ou par la prostitution (Ray 2006).
50. Par ailleurs, il semblerait également qu'un nombre disproportionné des enfants qui vivent en foyer soient trans'. Les foyers pour enfants n'étant généralement pas préparés à les accueillir ni informés sur leurs besoins, il se peut que les enfants n'y soient pas non plus respectés dans leur identité et fuguent (Mottet/Ohle 2003, McBride 2013: 23-24).

3.2.4. Traumatismes psychiques

51. Des recherches restent à mener sur le caractère traumatisant des corrections sociales subies à de multiples niveaux par les enfants trans', cependant certain.e.s auteur.e.s considèrent d'ores et déjà que les personnes trans' doivent être considérées comme potentiellement traumatisées et que cela doit être anticipé, notamment, dans le cadre de consultations psychologiques (Mizock/Lewis 2008, Richmond/Burnes/Carroll 2011).

3.2.5. Les enfants trans', un groupe vulnérable

52. Les enfants trans' doivent être considérés comme un groupe vulnérable (Delvaux-Stehres 2013, Grossman/D'Augelli 2006) confronté à des risques psychosociaux importants et être pris en compte de façon transversale lors de l'élaboration des politiques de l'enfance.

3.3. Famille

3.3.1. La famille : un espace d'acceptation... ou de violence

53. Dans la petite enfance, de nombreux enfants présentent des comportements non typiquement conformes aux normes de genre qui sont généralement rectifiés par leurs parents. Parmi ces enfants, une partie est trans' - sans pour autant que les parents les aient nécessairement identifiés comme tels. Cependant, les corrections comportementales fondées sur les normes de

genre poussent certains de ces enfants à tenter de se conformer aux attentes des personnes qui les éduquent ; pour ceux et celles qui s'y refusent ou ne peuvent pas s'y plier, leurs familles ne sont pas des endroits sûrs (Mallon/DeCrescenzo 2006). Certains auteurs soulignent la fréquence de la violence intrafamiliale (Grossman/D'Augelli 2007, Grossman/D'Augelli/Salter 2006).

54. En particulier, lorsqu'un enfant annonce à ses parents qu'il souhaite faire une transition¹⁴, il est courant que ceux-ci réagissent par le rejet, le refus de la transition, ainsi que par la violence émotionnelle et/ou physique (témoignages reçus par l'auteur, Fuchs e.a. 2013: 131-149, McBride 2013: 22). Des réactions similaires de la part des autres membres de la famille, y compris de la violence sexuelle, sont décrites (Bandini e.a. 2011). Cette violence sexuelle peut être exercée par des enfants ou des adultes de la même famille. L'auteur a entendu parler du viol d'un garçon trans' par un adolescent de sa famille, le but étant de lui « prouver » qu'il n'était pas un « vrai » garçon. D'une façon générale, les personnes trans' sont souvent la cible d'auteurs d'infractions à caractère sexuel en raison de leur non-conformité aux normes de genre et il semble que les enfants courent un risque particulier de subir des violences sexuelles (Gentlewarrior 2009, Stotzer 2009).
55. Toutes les familles ne réagissent pas de la même façon et les réactions des parents peuvent être très variées (Brill/Pepper 2011, Di Ceglie/Coates Thümmel 2006, Hill e.a. 2010, RADELUX II, 2012: 13, Wren 2002). Certains parents réagissent en offrant un soutien et un amour inconditionnels, d'autres passent par une phase de déni et peuvent avoir besoin de temps, parfois de plusieurs années, pour digérer la nouvelle et accepter l'enfant tel qu'il est. Le manque de professionnel.le.s formé.e.s à cette problématique est signalé comme un problème par de nombreux parents qui cherchent des informations fiables et souhaitent savoir comment réagir au mieux des intérêts de l'enfant, d'autant plus que les parents doivent non seulement gérer leur relation avec l'enfant, mais aussi avec l'entourage.

3.3.2. Pressions et suspicion sur les parents

56. La pression sociale en vue de la conformité aux normes de genre s'exerce fortement sur les parents (Kennedy 2013). Lorsque ceux-ci soutiennent leur enfant et le laissent vivre dans le rôle social de genre qui leur convient, ils peuvent être tenus pour responsables de la situation de l'enfant par l'entourage familial mais aussi par des professionnel.le.s de la santé ou du secteur de l'enfance. McBride (2013: 57) note que « la suspicion a conduit des prestataires de services, dans certaines circonstances, à considérer à tort que les membres de la famille et en particulier les parents avaient provoqué la détresse de l'enfant par rapport à son genre. En conséquence, les familles qui soutiennent l'autodétermination de l'enfant sont 'blâmées' pour l'identité de genre de l'enfant. Les parents peuvent alors être soupçonnés de maltraitance parentale et même de violence émotionnelle sur l'enfant¹⁵. Ces soupçons se nourrissent de l'ignorance institutionnelle quant à la détresse par rapport au genre et concernant les questions trans'¹⁶. [...] Les membres de la famille sont donc aussi vulnérables à l'isolement et à la marginalisation s'ils soutiennent l'enfant dans son parcours »¹⁷.
57. Par ailleurs, plusieurs parents d'enfants trans' ont informé l'auteur que des services de protection de l'enfance avaient été contactés par des crèches ou écoles parce que les parents

¹⁴ Voir glossaire.

¹⁵ NDA : L'association allemande TRAKINE rapporte elle aussi que les parents sont confrontés à ce genre de réactions.

¹⁶ NDA : TRAKINE souligne également le manque de connaissance des professionnel.le.s de la santé

¹⁷ Traduction à partir de l'anglais.

laissaient l'enfant vivre conformément à son auto-perception par rapport à son sexe d'assignation. Dans un cas, ces services ont menacé de faire en sorte que l'enfant soit retiré aux parents. De même, l'association TRAKINE a informé l'auteur qu'un pédiatre avait reproché à une mère « d'élever son enfant dans la schizophrénie », d'être « un grand danger pour l'enfant » en la menaçant de contacter les services sociaux. D'un point de vue psychiatrique, il est inexact d'affirmer qu'une éducation donnée va rendre un enfant schizophrène, puisque jusqu'à présent, on ignore les causes de la schizophrénie qui touche 1 % de la population mondiale, indépendamment de la culture.

58. Ainsi, le manque de connaissances des professionnel.le.s du secteur de la protection de l'enfance fait peser une lourde pression sur les parents et des drames familiaux ne sont pas à exclure sur la base de leur méconnaissance des problématiques trans'.

59. Par ailleurs, les parents courent un risque d'exclusion social (famille, voisins...). L'auteur a recueilli un témoignage à ce sujet : « Depuis des années, nos voisins nous témoignent beaucoup de rejet. Au départ, il s'agissait d'un harcèlement manifeste de la part de nombreux parents de camarades d'école de Mona qui, par exemple, avaient déposé des réclamations parce que Mona se changeait avec les filles pour le cours de natation ou utilisait les toilettes des filles. Après avoir hésité au début, l'école nous a soutenu.e.s et permis à Mona d'aller à l'école en fille, sans pour autant utiliser son prénom féminin sur ses bulletins de notes ».

3.3.3. Soutien à la parentalité

60. Les enfants trans' sont exposés à des violences à de multiples niveaux et les familles constituent un facteur de résilience très important, à condition qu'elles soient elles-mêmes un endroit sûr pour l'enfant et qu'elles puissent accéder facilement aux informations sur la façon d'accomplir leur rôle d'éducation dans l'intérêt supérieur de l'enfant. Un accès à des services formés est donc nécessaire.

61. L'auteur ne peut pas aborder ici tous les aspects relatifs à la famille, qui mériteraient d'être approfondis, en particulier s'agissant de la détérioration de la relation parents-enfants quand les parents appliquent des corrections sociales, de la situation des frères et sœurs (Brill/Pepper 2011, Ehrensaft 2011: 177), ainsi que de la fréquence de la dégradation des liens familiaux (Whittle e.a. 2007: 68-69).

3.4. Système de santé

3.4.1. Problématique : des pratiques oscillant entre le manque de connaissances, la pathologisation et l'éthique

62. Les expériences des enfants trans' et de leurs parents au sein du système de santé sont intrinsèquement liées à deux facteurs. En premier lieu, il existe un manque de connaissances généralisé sur les questions trans'. Certains parents et adolescent.e.s s'entendent dire, par exemple, que la transidentité « n'existe pas » chez les enfants. En second lieu, la prise en charge par le système de santé est marquée par les attitudes des professionnel.le.s de santé par rapport aux variations de l'expression ou de l'identité de genre. La question de savoir s'il s'agit de « pathologies » à traiter est très controversée depuis des années et fait l'objet d'âpres débats au

sein du monde médical¹⁸. Ces discussions dépassent la sphère strictement médicale dans la mesure où elles ont des répercussions directes sur les droits de l'enfant. Pour cette raison, nous exposerons brièvement les principaux arguments.

63. Dans ces débats, il est soutenu que la définition d'un trouble mental n'a pas une valeur de vérité absolue mais est fortement liée aux normes d'une société donnée, à une époque donnée. Le manque de rigueur méthodologique caractérisant la construction des critères de « diagnostic »¹⁹ est critiqué, parce qu'il n'a jamais été établi que les variations de l'identité ou de l'expression de genre soient pathologiques en elles-mêmes, alors qu'elles pourraient être considérées comme des variations faisant partie de la diversité humaine (Keins/Schneider 2013, Langer/Martin 2004). Il est notamment soutenu que ce sont au contraire les réactions sociales qui créent des symptômes pathologiques chez les enfants concernés (Langer/Martin 2004, Lev 2005, Wilson 2002). Un autre argument est que les critères diagnostics portent la marque des stéréotypes de genre (Keins/Schneider 2013) et entérinent la nécessité pour les enfants, spécialement les garçons, de se conformer aux normes de genre (Wilson 2002). En somme, le peu de fiabilité et de validité des critères de diagnostic est fortement critiqué (Hill e.a. 2007, Langer/Martin 2004).
64. Ces critiques jouent un rôle lorsqu'il s'agit d'apprécier l'intérêt supérieur de l'enfant. En effet, si les comportements et les identités non conformes aux normes de genre des enfants ne sont pas pathologiques, alors il est hautement problématique à un niveau éthique de poser un « diagnostic » et de conduire des thérapies visant à corriger ces comportements, ou même simplement à renforcer les comportements qui correspondent au sexe assigné à la naissance (Keins/Schneider 2013).
65. Actuellement, quelques thérapeutes et centres médicaux se sont spécialisés sur la question et ont organisé leurs services, dans les grandes lignes, sur la base d'approches soit normalisatrices, soit acceptantes.

3.4.2. Des thérapies de « normalisation » controversées

66. Historiquement parlant, les premières approches développées au sein du système de santé étaient fondées sur la correction explicite des comportements de l'enfant (approches dites « correctrices », « réparatrices » ou « de conversion »). Ce type d'approche consiste à contrôler et à réprimer tous les comportements de l'enfant qui s'apparentent à ceux du sexe considéré comme opposé, à le contredire systématiquement dans son ressenti concernant son genre et à réaffirmer constamment son appartenance au sexe qui lui a été assigné à la naissance (pour un résumé historique, voir Bryant 2006). L'idée sous-jacente est que les variations de l'expression de genre et de l'identité de genre sont pathologiques et doivent être « traitées ».
67. Vivement contestées dès leur apparition (Bryant 2006), ces approches correctrices subsistent aujourd'hui encore et sont considérées comme dommageables pour les enfants par plusieurs auteurs.e.s (Ehrensaft 2011, Hill e.a. 2007, Langer/Martin 2004, Lev 2004: 315-352, Mallon/DeCrescenzo 2006), ainsi que par la World Professional Association for Transgender Health (WPATH) qui a déclaré ces méthodes non éthiques (2009: 16).

¹⁸ Bryant 2006, Drescher/Cohen-Kettenis/Winter 2012, Hill e.a. 2007, Langer/Martin 2004, Lev 2005, Motmans 2009: 18-28, Rauchfleisch (2009: 9), Sironi (2011: 27), Thomas/ Espineira/Alessandrin (2013), Wilson 2002. Par ailleurs, Hammarberg (2009: 23) a noté que les classifications médicales posent problème.

¹⁹ Figurant dans la *Classification internationale des maladies* éditée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et la 5^e édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ou « DSM-5 ».

68. Postérieurement aux thérapies correctrices, une approche supplémentaire s'est développée concernant les garçons. Selon cette approche, il est conseillé au père de développer une relation positive avec l'enfant, et aux parents d'encourager les interactions positives de l'enfant avec ses pairs du même sexe biologique, tout en ignorant les comportements associés au sexe dit « opposé » ou en essayant d'en distraire l'enfant grâce à d'autres activités. L'objectif est de prévenir la stigmatisation sociales des identités et expressions de genre atypiques de l'enfant en essayant de l'amener à changer lui-même (Meyer-Bahlburg 2002).
69. Le principe sous-jacent reste le même que celui des approches dites « correctrices », dans la mesure où il s'agit là encore de « normaliser » les comportements de l'enfant pour les faire correspondre aux normes sociales.
70. Cette approche est tout aussi problématique que la première dans son principe, dans la mesure où elle remet en question l'auto-perception de l'enfant et l'expression de genre de l'enfant. Elle suggère implicitement à l'enfant qu'il ne mérite l'intérêt de ses parents que s'il se conforme aux normes de genre.
71. Les approches normalisatrices dans leur ensemble reviennent à tenter de contraindre l'enfant à se plier à des normes sociales discriminatoires. De plus, aucune étude n'a été menée pour évaluer si de telles approches avaient eu des effets dommageables pour les enfants, même ceux qui ne sont pas devenus trans' à l'âge adulte.
72. L'auteur a reçu plusieurs témoignages alarmants qui sembleraient indiquer que les deux types d'approche, à savoir l'approche correctrice classique et l'approche de normalisation plus récente, sont appliquées aujourd'hui en Europe.
73. L'un d'eux concerne une jeune fille trans' dont la mère est allée consulter un chef de service psychiatrique d'un hôpital universitaire connu. Celui-ci a insisté pour que l'enfant soit hospitalisée pendant plus d'un an, éloignée de ses parents, en déclarant : « Le contact entre les parents et l'enfant doit être interrompu pendant une longue période, pour que l'enfant soit brisé et reconstruit par des professionnel.le.s expérimenté.e.s » [Le terme « briser » faisait ici référence à la transidentité de l'enfant].
74. L'auteur ne dispose pas d'informations sur l'ampleur de l'application des approches de normalisation par la psychiatrie européenne, mais il est extrêmement surpris et préoccupé que ce genre de méthodes semble subsister encore de nos jours. En effet, il faut garder à l'esprit qu'une relation a été constatée entre la suicidalité et la dépression des enfants trans' et les corrections sociales ou mesures de normalisation liées aux normes de genre (voir rubrique 3.2.1).
75. Selon Ehrensaft (2012), « des torts significatifs sont causés aux enfants lorsque les adultes tentent d'ajuster les expressions de genre et les identités auto-affirmées des enfants pour les faire correspondre au sexe figurant sur leurs certificats de naissance, par rapport auquel les enfants montrent des signes de transgression ». Elle constate dans le cadre de son travail de psychologue que lorsque les enfants ont l'interdiction d'exprimer leur genre, « ils présentent des symptômes d'anxiété, de stress, de détresse, de colère et de dépression »²⁰. Cette constatation est à mettre en relation avec le risque de suicide élevé des enfants trans'. Rauchfleisch (2013) relève qu'ignorer les désirs de ces enfants « peut mener à des dépressions et même au suicide ».

²⁰ Traduction à partir de l'anglais. L'auteur a reçu des témoignages allant dans le même sens.

76. La majorité des auteur.e.s soulignent que l'effet à long terme des « thérapies » de normalisation n'a jamais été évalué. L'auteur considère qu'en l'absence d'éléments prouvant le bien-fondé de telles méthodes, elles doivent être considérées comme potentiellement préjudiciables et traumatogènes pour l'enfant.
77. Il semble nécessaire de réaliser des études indépendantes du milieu médical pour faire toute la lumière sur les traitements subis par les enfants trans' ou les enfants aux comportements non conformes aux normes de genre dans les cliniques et hôpitaux psychiatriques, en particulier dans les unités de psychiatrie fermée mais aussi dans les consultations ambulatoires. La parole des parents et des enfants trans' devrait être au centre de ces études.
78. Dans le même temps toutefois, il faut souligner qu'il existe des centres médicaux et des thérapeutes qui développent des approches acceptantes, qui doivent être considérées comme de bonnes pratiques (voir rubrique 3.4.4.).

3.4.3. Autres pratiques médicales éthiquement contestables

3.4.3.1. Recommandation à des mineur.e.s d'avoir des relations sexuelles

79. Plusieurs témoignages relatifs aux pratiques médicales concernant les enfants trans' seront présentés ici.
80. Le témoignage suivant a été fourni par une jeune fille trans' de seize ans dans le cadre d'une expertise visant à déterminer si elle pouvait bénéficier d'une hormonothérapie : « Dans le cadre de l'expertise, j'ai dû remplir un questionnaire sur le PC, avec une fois de plus beaucoup de questions sur la sexualité. Il y avait des questions sur le sexe avec des animaux, des bébés, des enfants, sur des détails comme le sperme humain et animal. On aurait dit que les questions étaient faites pour des délinquants sexuels. A chaque rendez-vous avec lui, le professeur X. [médecin] me demandait si j'avais eu des relations sexuelles et il insistait pour que j'aie des expériences, que ce soit avec des hommes ou avec des femmes. Je lui ai dit plusieurs fois que je n'utiliserais pas mes organes génitaux tant que je ne serais pas opérée. Mais il voulait que je le fasse, que j'essaie pour ainsi dire, pour ça il me mettait massivement sous pression ».
81. Les questions sur les perversions et les pratiques sexuelles n'ont aucune justification médicale dans le cadre d'une expertise relative à une hormonothérapie pour une jeune fille trans' et sont extrêmement problématiques d'un point de vue éthique, en particulier avec une mineure. Ces questions constituent une atteinte à l'intégrité psychique de la jeune fille et il s'agit d'un traitement dégradant.
82. Il est par ailleurs extrêmement problématique que certains médecins incitent des jeunes à avoir des relations sexuelles. Il ne s'agit pas d'une pratique totalement isolée car l'auteur a été informé que des médecins faisaient ce type de recommandations à de jeunes intersexes (communication personnelle avec l'OII Belgique). Là encore, cette pratique non éthique doit être considérée comme une atteinte à l'intégrité psychique et à la dignité de l'adolescent.e.

3.4.3.2. Consultation psychiatrique devant un auditoire

83. Une jeune fille trans' de 16 ans a raconté son premier rendez-vous à une consultation ambulatoire d'un service d'un hôpital universitaire. Ce qu'elle pensait être une consultation était en réalité un entretien devant un auditoire d'une vingtaine de personnes, certaines à peine plus âgées qu'elle, et qui ont assisté à l'entretien avec le médecin. De nombreuses questions sur la sexualité lui ont été posées devant ce public et en présence de sa mère qui l'avait accompagnée.
84. « J'ai été bombardée de questions, les unes après les autres. Certaines étaient littéralement sous le niveau de la ceinture. C'était horrible, en présence de ma mère, de lutter contre le sentiment de honte et de devoir réagir à ça alors que je n'y étais pas préparée. » [La jeune fille a donné des exemples de questions telle que :] « Veux-tu prendre le pénis d'un homme dans ta main ? », 'Veux-tu toucher le sperme ?', 'As-tu envie qu'un homme touche ton pénis ?'. [...] Là, j'ai dit non, évidemment. J'étais trempée de sueur à cause de ces questions, devant ma mère en plus. La discussion a duré une heure environ, j'étais crispée, ensuite j'ai été malade pendant trois jours. Ma mère était à bout. Je tremblais en sortant. »
85. Une approche éthique aurait consisté à lui demander son consentement ainsi qu'à sa mère, suffisamment à l'avance, avant d'ouvrir la « consultation » à d'autres personnes, d'autant plus que la jeune fille était mineure. De plus, les questions sur la sexualité dénotent une confusion avec les problématiques de l'identité de genre et n'étaient pas nécessaires médicalement. Il s'agissait d'une intrusion dans l'intimité de l'adolescent.e, d'autant plus grave que les questions étaient posées devant sa mère et un public d'une vingtaine de personnes.

3.4.3.3. Examen des organes génitaux non justifiés médicalement

86. Des parents ont raconté à l'auteur qu'un neuropédiatre avait examiné les organes génitaux de leur enfant sans leur demander leur avis, ni celui de l'enfant. Or, la pratique actuelle consiste à demander l'avis de l'enfant pour les examens corporels et en particulier les examens génitaux pour respecter son intimité. Ne pas le faire constitue en soi une infraction à l'éthique. Dans l'exemple en cause, il s'avérait en outre que cet examen n'était pas justifié médicalement parce qu'il avait déjà été réalisé par le médecin généraliste et que ce n'est pas, en principe, à un neuropédiatre (spécialiste du développement psychomoteur et des comportements de l'enfant) qu'il incombe d'examiner les organes génitaux.
87. Il n'est pas rare que des parents d'enfants trans' - tout comme des adultes trans' - rapportent une curiosité malsaine de la part de médecins par rapport à leurs organes génitaux et que ceux-ci soient pratiqués sans nécessité médicale, sans que l'avis de l'enfant ait été demandé et par un médecin dont ce n'est pas la compétence. Hammarberg (2009: 13) a lui aussi signalé ce problème en signalant des examens génitaux pratiqués par des psychiatres.

3.4.4. Bonnes pratiques : approches acceptantes

88. Par « approches acceptantes », nous entendons toutes celles qui acceptent l'enfant tel qu'il est et qui respectent son auto-perception par rapport au sexe d'assignation, son identité de genre et/ou son expression de genre. Le ressenti de l'enfant est pris au sérieux. (Di Ceglie/Coates Thümmel 2006, Ehrensaft 2011 et 2012, Hill e.a. 2010, Lev 2004, Mallon/DeCrescenzo 2006, Menvielle 2012, Möller e.a. 2009, Pirelli Benestad 2012, Raj 2002, Torres Bernal/Coolhart 2012, entre autres). Certaines de ces approches se distancient explicitement de la pathologisation des identités et des expressions de genre non conformes aux normes de genre, en considérant qu'il s'agit de variations dans la diversité humaine et qu'il convient d'intervenir sur l'environnement

social lorsqu'il est hostile au lieu de situer le problème chez les enfants trans' (Ehrensaft 2011 et 2012, Hill e.a. 2010, Lev 2004, Mallon/DeCrescenzo 2006, Menvielle 2012, Pirelli Benestad 2012, Raj 2002, Sironi 2011, Torres Bernal/Coolhart 2012).

89. Les auteur.e.s considèrent généralement qu'il n'est pas possible de prévoir avec certitude si un enfant dont l'auto-perception s'écarte des normes de genre sera trans' à l'âge adulte ou pas. Selon les approches acceptantes, l'enfant est laissé libre d'explorer quelle expression de genre lui correspond le mieux et la liberté lui est laissée de changer d'avis dans le parcours d'exploration de son identité.
90. DiCeglie et Coates Thümmel (2006) soulignent que « le principal est la réalité subjective de l'enfant ou de la jeune personne et que leur propre sentiment d'être un garçon ou une fille ne peut pas être nié [...] ; la réalité de la perception qu'ont d'eux-mêmes l'enfant ou la jeune personne devrait être respectée et acceptée comme un fait extérieur à tout contrôle conscient ». Ces auteur.e.s ajoutent : « Cependant, il faut aussi autoriser la création d'un espace et laisser du temps pour permettre l'exploration de l'identité et rendre possible l'évolution et le changement [...] », en soulignant que les expériences des enfants sont variées, que « certains garderont la même perception mais que d'autres en changeront » et que, compte tenu de la difficulté de prédire l'issue, il est nécessaire de « tolérer l'incertitude »²¹.
91. Il en résulte que la règle de base pour l'appréciation de l'intérêt supérieur de l'enfant est le respect de la perception qu'il a de lui-même : c'est son sentiment subjectif d'être une fille, un garçon, ou de ne pas relever strictement de ces catégories qui doit être pris en compte et respecté. Il en va de même avec les comportements non typiquement conformes aux normes de genre.
92. Les approches acceptantes sont les seules à respecter l'intérêt supérieur de l'enfant, ses droits à l'identité (article 8 de la Convention internationale des droits de l'enfant, ci-après la « CIDE »), au respect de son intégrité psychique (article 19 CIDE) et son droit d'être consulté pour tous les sujets qui le concernent (article 12 CIDE).

3.5. Système éducatif

3.5.1. Une question émergente

93. Un constat s'impose : toutes les structures pour enfants, quel que soit l'âge de ceux-ci, sont susceptibles d'accueillir des enfants trans' : crèches, jardins d'enfant et autres institutions pour enfants d'âge préscolaire (Graham 2012), écoles (Brill/Pepper 2011), garderies, maisons-relais, foyers de jour et de nuit (Mottet/Ohle 2003), internats, etc. L'accueil des enfants dont les comportements, l'identité ou l'auto-perception ne sont pas typiquement conformes aux normes de genre doit être considéré comme une question émergente pour toutes les structures d'accueil d'enfants. Il s'agit d'une question délicate : les enfants trans' qui expriment l'existence d'un décalage entre leur auto-perception et le sexe qui leur a été assigné à la naissance sont de plus en plus nombreux et les structures pour enfants sont alors confrontées à la question du respect de l'auto-perception de l'enfant telle que lui-même l'exprime, tandis que, dans le même temps, la majeure partie des enfants trans' passe le plus souvent inaperçue et la question de leur repérage par les professionnel.le.s se pose.

²¹ Traduction à partir de l'anglais.

3.5.2. Harcèlement

94. Les enfants qui ne se conforment pas aux normes de genre courent un risque particulier d'être harcelés à l'école et d'y subir de la violence psychologique, physique et sexuelle. Cette violence peut avoir un caractère homophobe lorsque la non-conformité aux normes de genre est associée à l'homosexualité, mais aussi avoir un caractère spécifiquement transphobe quand l'enfant est considéré, à tort ou à raison, comme trans'. Kennedy (2013) attire l'attention sur le problème que représente la transphobie à l'école et décrit des comportements allant des coups de pied, à la destruction des affaires, jusqu'aux menaces de mort. L'auteur a lui aussi reçu des témoignages fondés sur la transphobie :

« [...] Sans que je le sache, elle subissait un harcèlement horrible à l'école. Non seulement elle était insultée et isolée socialement par les autres enfants, mais en outre, elle subissait aussi des agressions physiques. Elle était traînée aux toilettes par les autres enfants qui baissaient ses pantalons pour regarder ses sous-vêtements et essayer de toucher ses organes génitaux. [...] » (témoignage d'une mère).

95. « Le harcèlement a commencé vers 12-13 ans. Il a démarré par de simples rumeurs que des garçons de mon année répandaient auprès des autres élèves sans rien me dire en face. Ensuite, des élèves de 15 et 16 ans ont commencé à venir et à me bousculer à la fois à l'école et dans le bus en me traitant de trans', de gros lard, etc. Finalement, ce qui m'a le plus secoué, c'étaient les abus des élèves de 17 et 18 ans qui criaient mon nom agressivement dans le couloir et à la cantine, tous les élèves me fixaient et la plupart du temps, je me sentais embarrassé et honteux ».

96. Le harcèlement peut aussi provenir du corps enseignant (Whittle/Turner/Al-Alami 2007: 65, Motmans 2009: 75 et 167-168), comme l'illustre le témoignage transmis à l'auteur par un parent :

« Son école n'était pas compréhensive; même quand un docteur les a informé.e.s que mon enfant était transgenre, cela n'a fait aucune différence pour eux/elles. Le harcèlement a continué avec la même intensité, non seulement de la part des autres enfants, mais aussi de la part de certain.e.s enseignant.e.s et du directeur adjoint. A l'âge de quatorze ans, j'ai pris la décision de la retirer du système scolaire à cause de la torture horrible qu'elle subissait quotidiennement de la part des enfants et des adultes. Pendant les six mois suivants, les responsables locaux de l'Education nationale n'ont rien fait pour faire respecter le droit de ma fille à l'éducation, droit qui est accordé à tous les autres enfants. Personne ne nous a appelé.e.s, c'était comme s'illes préféraient être débarrassé.e.s d'un enfant à problèmes, au lieu de s'occuper des auteur.e.s de harcèlement qui eux étaient à l'origine du problème. Quand nous les avons menacé.e.s d'une action en justice, l'Education nationale a admis que l'école où elle était inscrite n'était pas le meilleur endroit pour elle. Illes n'ont jamais admis avoir manqué à leur obligation de garantir le droit à l'éducation à ma fille et de faire respecter ses droits humains de base, à savoir le respect et la dignité dans une école placée sous leur supervision. »

97. Plusieurs études montrent que les enfants trans' sont touchés de façon disproportionnée par le harcèlement à l'école. Le sentiment d'insécurité qui en résulte a pour conséquence un absentéisme et un décrochage scolaire disproportionnés, ainsi qu'une suicidalité accrue (Fuchs e.a. 2013: 113-123, Greytak/Kosciw/Diaz 2009, Kosciw e.a. 2012, Hammarberg 2011: 111-116, Hammarberg 2009: 34-35, Latour 2013, Motmans 2009: 125, Taylor e.a. 2009, Whittle/Turner/Al-Alami 2007: 62-67). D'une façon générale, la violence fondée sur le genre a

des répercussions sur la santé psychique et sur la situation sociale à court et long termes des enfants trans' (voir rubrique 3.2.).

98. La transphobie à l'école et dans les autres structures pour enfants peut se manifester de deux façons. D'un côté, par des violences psychologiques, physiques et sexuelles, ces dernières visant souvent à « vérifier » quel est leur « vrai » sexe ou à leur « prouver » qu'elles n'ont pas le sexe qu'elles affirment avoir. En raison du risque de violences, notamment sexuelles, il est primordial que les enfants soient autorisés à accéder aux vestiaires et toilettes qui correspondent à leur apparence/leur identité de genre et qu'ils soient libres de décider d'informer ou non les autres élèves de leur transidentité. D'un autre côté, la transphobie peut se manifester par le refus de prendre acte de l'auto-perception de l'enfant telle qu'il l'exprime, ce qui en réalité doit être considéré comme un type de violence psychologique. Cela se traduit par le refus de respecter le prénom de l'enfant correspondant à son identité de genre, ainsi que les pronoms associés.
99. Par conséquent, des programmes spécifiques de prévention de la transphobie à l'école sont nécessaires pour remédier aux violences à caractère transphobe, dont l'un des aspects importants est le déni de l'identité de l'enfant.

3.5.3. Respect de l'auto-perception de l'enfant, de son identité et/ou de son expression de genre

100. Lorsqu'elles accueillent un enfant trans', les structures pour enfants seront généralement confrontées à la demande des parents de respecter le prénom choisi par l'enfant et d'utiliser les pronoms (féminin, masculin, voire neutre selon les langues) qui y sont associés, d'enregistrer le nouveau prénom sur les documents administratifs (comme les listes d'appel et les bulletins de note) d'autoriser l'enfant à participer aux activités de son choix lorsque certaines sont réservées aux filles ou aux garçons et de lui laisser le choix des lieux non mixtes qu'il fréquente.
101. Certaines structures refusent catégoriquement de tenir compte de la perception qu'a l'enfant trans' de lui-même. A titre d'exemple, Kennedy (2013) rapporte l'histoire de Samantha, qui va à l'école en tant que fille, est acceptée comme telle par les autres enfants, tandis que le corps enseignant continue à s'adresser à elle avec son prénom masculin, que la direction refuse de parler aux parents mais préfère envoyer l'enfant consulter différents services sociaux et psychologiques. De même, l'association TRAKINE a informé l'auteur de la situation d'une petite fille trans' de cinq ans, socialisée en tant que fille à la crèche depuis l'âge de trois ans. La crèche était informée de la transsexualité de l'enfant, qui y venait habillée en fille et avait un prénom féminin que les éducatrices refusaient d'utiliser. Sans discussion préalable et après avoir décliné toutes les possibilités d'information et de formation proposées par la mère, la crèche a convoqué celle-ci à une réunion avec deux institutions de la protection de l'enfance, réunion qui a été annulée suite à la réponse écrite et motivée de la mère. Il s'agit, selon nous, d'un exemple de discrimination et de transphobie institutionnelle fondée sur l'ignorance, en raison de l'ancrage très fort des normes de genre.
102. Un enfant trans' a besoin, avant tout, que son entourage reconnaisse et accepte la perception qu'il a de lui-même et les comportements qui y sont associés. A cet égard, l'enfant a besoin que le personnel éducatif et enseignant le soutienne pleinement et ouvertement en faisant preuve de souplesse par rapport aux normes de genre, sous peine d'accroître les risques d'expériences maltraitantes (Alessandrin 2013).

3.5.4. « Panique » à l'école : nécessité de formations initiales et continues

103. Kennedy (2013, citant Payne/Smith, sous presse) décrit les réactions de panique dans le corps enseignant : peur du « danger consistant à 'exposer' les autres enfants à l'enfant trans' », « peur des réactions des autres parents », peur du corps enseignant de subir des conséquences s'il est vu comme « soutenant/acceptant, tolérant » un enfant trans', enfant considéré comme un problème plutôt que la culture...Le personnel enseignant et éducatif, mais aussi les autres professionnel.le.s susceptibles d'intervenir à l'école tel.le.s que les assistant.e.s sociaux/socials, les médecins et psychologues scolaires, sont le plus souvent dépourvus de connaissances au sujet de la transidentité et des comportements non typiquement conformes aux normes de genre (Hellen 2009, McBride 2013: 35-36, Motmans 2009). Par conséquent, dans la plupart des cas, ces professionnel.le.s ne disposent pas de tous les éléments leur permettant d'évaluer la situation de l'enfant dans sa complexité.
104. En premier lieu, étant donné que la majeure partie des enfants trans' est invisible, une formation est nécessaire pour un repérage précoce. Ces enfants sont le plus souvent invisibles parce que l'entourage n'est pas en mesure de décoder les signaux envoyés par leur comportement. Par exemple, un enfant de quatre ans considéré comme une « fille » utilisera systématiquement les toilettes des garçons, ou un enfant de l'école primaire considéré comme un « garçon » dessinera une femme aux cheveux longs lorsqu'on lui demandera de se dessiner à l'âge de 20 ans (Latour 2013).
105. En second lieu, le personnel enseignant et éducatif est susceptible de commettre des erreurs préjudiciables à l'enfant faute d'avoir les connaissances approfondies nécessaires à la prise de décision, tout en voulant et croyant agir dans l'intérêt de l'enfant, par exemple, en révélant la transidentité de l'enfant aux autres élèves sans son consentement, ce qui peut l'exposer à un risque de harcèlement sans que des garde-fous aient été prévus pour prévenir cette situation ou y remédier (RADELUX II 2012: 12) ²². Seul le personnel enseignant et éducatif formé à l'accueil des enfants trans' pourra gérer ces situations complexes d'une façon conforme à l'intérêt supérieur de l'enfant.

3.5.5. Des programmes et livres scolaires muets... mais des solutions existent

106. Les programmes et les manuels scolaires sont généralement muets sur la question de la diversité en matière d'identités de genre et notamment sur la transidentité. Inclure ces questions et les aborder sous un jour positif et non pathologisant permettrait aux enfants de mettre des mots sur ce qui leur arrive, de sortir de leur isolement et leur donnerait le sentiment d'avoir leur place dans notre société. En outre, informer les autres élèves à ce sujet relève de la lutte contre la discrimination et de la prévention du harcèlement. Etant donné que certains enfants manifestent leur transidentité dès qu'ils fréquentent les structures préscolaires, il semble cohérent de commencer à en parler dès cette période, au moyen de matériel didactique adapté (Graham 2012, Kennedy 2013, Labelle 2013), puis régulièrement tout au long de la scolarité.

²² Dans ce contexte, il convient de saluer la prise de position de la ministre de l'Education du Luxembourg qui a répondu à une question parlementaire en « acquiesçant à la demande de considérer la transidentité de l'enfant comme étant confidentielle a priori » (Delvaux-Stehres 2013).

3.5.6. Diplômes

107. Les enfants qui obtiennent un changement de sexe et de prénom à l'état civil après avoir terminé leur scolarité ont besoin que leurs diplômes soient modifiés en conséquence. Cela est particulièrement important pour préserver leur vie privée et pour les protéger contre d'éventuelles discriminations à l'embauche et harcèlements sur le lieu de travail. Hammarberg (2009: 43) a spécifiquement recommandé l'instauration de « procédures rapides et transparentes de changement de nom » sur les diplômes. Il n'est pas suffisant à cet égard que l'école se contente de fournir un document attestant du changement d'état civil à présenter en complément du diplôme parce que cela oblige la personne à révéler sa transidentité à ses futurs employeurs ou institutions de formation.

3.5.7. Bonnes pratiques

108. Plusieurs.e.s auteur.e.s ont présenté des modèles d'intervention permettant une intégration réussie des enfants trans' dans les structures préscolaires et scolaires (Brill/Pepper 2011, Graham 2012, Luecke 2011, Pirelli Benestad 2012), axée sur leur sécurité et leur acceptation. De même, plusieurs administrations scolaires ont adopté des règles prévoyant que les élèves soient scolarisé.e.s conformément à leur identité de genre et soient autorisé.e.s à fréquenter les lieux non mixtes selon leur libre choix (voir aussi « Model District Policy on Transgender and Gender nonconforming students » élaboré par le Gay, Lesbian & Straight Education Network (GLSEN)/National Center for Transgender Equality 2013).

109. Parmi les bonnes pratiques, il faut mentionner aussi deux lois. La loi argentine de 2012 sur l'identité de genre (voir traduction française en annexe) prévoit à l'article 12 qu'enfants et adultes ont le droit d'utiliser le prénom correspondant à leur identité de genre - même s'il est distinct de celui de l'état civil - et que ce choix doit être respecté par les institutions publiques et privées. Quant à la loi californienne n°1266 de 2013 (Assembly Bill - 1266 2013), elle accorde le droit aux enfants de participer aux activités scolaires non mixtes, y compris aux activités sportives, et d'utiliser toutes les installations, conformément à leur identité de genre, quel que soit le sexe enregistré dans le dossier de l'élève.

110. Enfin, il y a lieu de mentionner une bonne pratique du Luxembourg. En 2013, la ministre de l'Education nationale a donné son feu vert pour que le centre d'orientation et de psychologie scolaires (CPOS), compétent pour les écoles secondaires du secteur public, réunisse les écoles et l'association Intersex & Transgender Luxembourg a.s.b.l. dans le but d'améliorer la situation des enfants trans', sur la base de situations concrètement rencontrées.

3.6. Conclusion : appréciation de l'intérêt supérieur de l'enfant

111. Il est dans l'intérêt supérieur de l'enfant que son auto-perception par rapport à son sexe d'assignation, son identité de genre et son expression de genre soient reconnues inconditionnellement par les parents, les professionnel.le.s du système éducatif et du système de santé, ainsi qu'au niveau sociétal tout entier. En découlent le respect de son intégrité psychique (article 19 CIDE), son droit à l'identité (article 8 CIDE) ainsi que son droit d'être entendu pour toute question le concernant (article 12 CIDE). Les éléments nécessaires à cet effet sont l'information, les formations et les réglementations organisant la mise en œuvre de ses droits.

3.7. Recommandations

Groupe vulnérable

112. Promouvoir la dignité et le respect des enfants trans' dans tous les domaines de leur vie, ce qui implique le respect de leur auto-perception, de leur auto-détermination, de leur identité de genre et de leur expression de genre. Ces aspects devraient se voir reconnaître la prééminence sur le sexe biologique lors de l'appréciation de l'intérêt supérieur de l'enfant.
113. Considérer les enfants trans' comme un groupe vulnérable nécessitant une protection particulière.
114. Mettre un terme aux traitements inhumains et dégradants subis par les enfants trans', en particulier dans le système de santé, en application des obligations des Etats en vertu de la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.
115. Promouvoir un dialogue structuré avec les groupes et associations représentant les enfants trans' et leurs parents pour développer des politiques les concernant.
116. Prendre en compte les besoins spécifiques des enfants trans' de manière et transversale dans toutes les politiques relatives à l'enfance.
117. Considérer les enfants trans' comme un groupe à risque s'agissant du suicide et en tenir compte dans les programmes de prévention du suicide.
118. Intégrer dans la formation initiale et continue des professionnel.le.s travaillant avec des enfants des informations sur la situation des enfants trans 'en veillant à ce que les variations dans les identités de genre et les expressions de genre soient présentées sous un angle positif et non pathologisant. Les professions concernées sont non seulement les professions du secteur socio-éducatif et de la santé mais aussi les juristes de ces secteurs.

Soutien à la parentalité

119. Promouvoir le développement d'un réseau de consultation de première ligne, indépendant du milieu médical, spécialisé sur les problématiques rencontrées par les enfants trans', leurs parents et leurs proches. Les consultations doivent être axées sur le principe de l'acceptation inconditionnelle de l'enfant trans', c'est-à-dire sur le respect de son auto-perception de son genre/de son identité de genre et de son expression de genre, ainsi que sur la prévention des risques psychosociaux encourus par l'enfant et sa famille. Ces consultations devraient être conçues en coopération avec les représentant.e.s des parents d'enfants trans' et financées de façon adéquate.

Education

120. Promouvoir le respect des expressions de genre qui dérogent aux normes de genre et le respect de l'identité de genre des enfants trans', quel que soit leur âge, auprès du personnel de toutes les structures accueillant des enfants, en particulier par le biais de la formation initiale et continue.
121. Promouvoir le développement de lignes directrices sur l'accueil des enfants trans' dans toutes les structures accueillant des enfants, portant en particulier sur les questions du prénom

pouvant être utilisé par l'enfant et du pronom (féminin ou masculin) associé, ainsi que sur celles de la protection de sa vie privée et de sa sécurité.

122. Inclure dans les programmes et les ouvrages scolaires des informations présentant les enfants et les adultes trans' sous un jour positif et non pathologisant.

123. Former les professionnel.le.s des structures pour enfants et les services de protection de l'enfance à l'accueil des enfants trans' et aux problématiques qui y sont associées.

Santé

124. Réaliser des études indépendantes du milieu médical sur les « traitements » que reçoivent les enfants trans' de la part des professions de la santé mentale.

125. Inclure dans la formation initiale des professions de santé des informations reflétant les débats actuels sur la remise en cause de la pathologisation des enfants trans' et portant sur les risques psychosociaux auxquels ces enfants sont confrontés ; sensibiliser les professionnel.le.s de la santé actuellement en exercice à ces questions.

126. Plus particulièrement, inclure dans la formation initiale et continue des professionnel.le.s de la santé mentale un volet sur la situation psychosociale des enfants trans', dans une perspective non pathologisante et ouvrant la voie à un accompagnement psychiatrique, psychologique et psychothérapeutique reposant sur le principe de l'acceptation inconditionnelle de l'enfant trans', c'est-à-dire sur le respect de son auto-perception par rapport au sexe d'assignation, de son identité de genre et de son expression de genre, ainsi que sur la prévention des risques psychosociaux encourus par l'enfant et sa famille.

127. Inclure expressément les enfants trans' dans les programmes de prévention du suicide en tant que groupe à risque.

128. Inclure explicitement les enfants trans' dans les politiques de prévention de la violence basée sur le genre et notamment intrafamiliale.

Recherche

129. Réaliser des recherches participatives sur la situation sociale des enfants trans'. Ces recherches devraient être conçues de façon à enregistrer plus de deux sexes.

130. Prévoir plus de deux possibilités de codage du sexe dans toutes les recherches concernant des enfants et des adultes.

4. Les enfants intersexes

4.1. Introduction

131. L'invisibilité caractérise l'existence des personnes intersexes en Europe et dans le monde. « [L]'absence presque totale dans les représentations est le dernier maillon du cumul des processus d'invisibilisation de l'existence intersexe, depuis l'effacement du corps opéré par l'hôpital, la passation d'informations partielles et parcellaires aux enfants sur la médicalisation qu'ils ont subie ou sur leur maintien dans l'ignorance, l'injonction au silence hors des murs de la

maison, jusqu'au tabou de l'existence intersexe dans l'espace public » (Guillot/Bastien-Charlebois 2013: 253).

132. Le grand public ignore généralement l'existence des personnes intersexes et le manque de recherches à leur égard est criant. Le tabou qui pèse sur leur situation et la honte produite par les normes sociales et médicales déclarant leurs corps anormaux constituent des obstacles importants pour que les personnes intersexes puissent devenir visibles et faire entendre leurs voix. L'adoption par l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe de la résolution 1952 (2013) sur le droit des enfants à l'intégrité physique (Assemblée parlementaire 2013) constitue une étape importante dans la visibilité des enfants intersexes et la reconnaissance de leur existence au niveau européen.
133. Nous aborderons plusieurs aspects de leur situation médicale, sociale et juridique, sachant que le cadre restreint de ce rapport ne permet pas d'aborder toutes les questions. L'auteur a dû se limiter à présenter le cadre général des discussions actuelles, sans pouvoir évoquer de nombreux aspects, tels que les avortements, les diagnostics prénataux (Zobel, sous presse), les traitements prénataux (Dreger 2012) et les problèmes éthiques liés à la recherche médicale sur les enfants intersexes (Tamar-Mattis 2012). L'auteur considère néanmoins que les pratiques dans ces domaines jouent un rôle majeur dans l'appréciation des problématiques médicales complexes en jeu et qu'elles contribuent à l'invisibilisation des personnes intersexes.

4.1.1. Terminologie

134. Comme nous l'avons dit, nous définirons les enfants intersexes (ou « intersexués ») comme étant les enfants dont les caractères sexués sont atypiques ou non conformes aux normes généralement admises (pour une définition plus descriptive, voir glossaire). Cette définition rappelle que ce qui est considéré comme un sexe féminin ou masculin relève de normes relatives au sexe biologique et que ces normes relèvent d'une construction socio-culturelle (aussi appelé « modèle binaire du genre », Agius/Tobler 2012: 9-15).
135. Il existe un grand nombre de formes d'intersexuation (ISNA, Australian Senate 2013: 1-10) et il n'y a pas de consensus sur la question de savoir quelles sont les variations du développement sexué à considérer comme intersexes. Nous avons fait le choix de ne pas utiliser la formulation « DSD » parce qu'elle est rejetée par une grande partie des personnes intersexes en raison de sa connotation pathologisante (Australian Senate 2013: 21-27). Son utilisation soit dans le sens de « disorders of sex development » soit de « differences of sex development » ne fait pas entièrement disparaître cette connotation. De même, nous n'utiliserons pas le terme « intersexualité » qui peut amener à penser à tort que l'intersexuation constitue une forme de sexualité.

4.1.2. Nombre de personnes intersexes

136. Aucun chiffre certain ne peut être avancé sur le nombre des personnes intersexes. D'une part, il n'y a pas de collecte systématique de données et d'autre part, le recueil de chiffres est intrinsèquement lié aux définitions utilisées, qui ne font pas consensus (ISNA, OII Australia 2013b). Concernant les naissances d'enfants dont les organes génitaux ne peuvent être classés à la naissance dans la catégorie du sexe féminin ou du sexe masculin, l'estimation généralement avancée est d'une sur 1500 ou 2000. Quant au nombre de personnes subissant des chirurgies génitales correctrices, « il oscille probablement entre 1 et 2 sur 1000 naissances (0.1-0.2 %) » (Blackless e.a. 2000). Pour ce qui est du nombre total de personnes intersexes, il dépend des

formes d'intersexuation prises en compte, d'où de grandes variations selon les auteur.e.s. Blackless e.a. (2000) ont avancé le chiffre de 2 %, qui est une estimation.

137. Le manque de données est problématique parce qu'il est l'un des facteurs contribuant à l'invisibilité des enfants intersexes et à leur stigmatisation sociale. Ce problème est renforcé par la façon dont sont réalisées les études par les Etats et les institutions. Pour participer à la plupart des études, il faut indiquer le sexe, avec comme seules options le sexe féminin ou masculin. Si une personne ne répond pas à cette question, elle est automatiquement exclue de l'étude. Les recherches dans lesquelles seuls deux sexes sont enregistrés ne présentent pas un reflet fidèle de la réalité et contribuent au non-recensement des personnes intersexes et à leur invisibilité.
138. Une bonne pratique consiste à enregistrer les nombres d'enfants naissant avec un sexe ne pouvant pas être considéré comme féminin ou masculin, et à publier ces chiffres (Center for Epidemiology and Research 2011). Cependant, ces enfants ne constituent qu'une petite partie des enfants intersexes et des systèmes spécifiques sont à concevoir pour collecter des données pour connaître leur nombre, parce qu'ils sont actuellement classifiés administrativement comme étant soit de sexe masculin, soit de sexe féminin.

4.2. Système de santé

4.2.1. Normes, variations et pathologies

139. Lorsque l'on constate chez un enfant ou un.e adolescent.e que certains caractères physiques liés au sexe ne se sont pas développés de manière « classique », une série d'examen est en général menée. À partir d'un certain écart par rapport à (ce qui est considéré comme) la « norme » pour le sexe masculin ou féminin, la médecine estime qu'elle est en présence d'une pathologie nécessitant un traitement dans la plupart des cas (Westenfelder 2012: 77-82).
140. Bien que les phénomènes associés à l'intersexuation correspondent à des variantes du développement sexué, la médecine interprète de façon controversée ces variations corporelles comme le signe d'une « maladie », même lorsque les organes sont sains et fonctionnels - ce sont en réalité les traitements médicaux visant à guérir cette « maladie » qui déclenchent l'apparition de véritables pathologies de nature iatrogène. Woweries constate de manière critique que « la médecine considère comme anormal, non naturel et pathologique tout ce qui remet en cause l'ordre binaire de la catégorisation sexuée » (2012: 71). Il fait ainsi allusion aux critiques formulées à l'égard de la définition de l'intersexuation comme maladie (voir aussi Fausto-Sterling 2012: 121-138, Australian Senate 2013: 3-4). En effet, la question se pose de savoir si les variations associées à ce que l'on appelle « le sexe biologique » constituent véritablement une maladie.
141. Or, la réponse à cette question détermine non seulement la manière dont sont traités médicalement les enfants intersexes mais également le respect ou non de leurs droits. L'idée d'un sexe « véritable »²³, réduit soit au sexe féminin, soit au sexe masculin - auxquels sont rattachés trop automatiquement certains attributs physiques et des interventions médicales -, fait obstacle à la réflexion sur le droit à l'auto-détermination de l'enfant, qui doit être mis en relation avec le droit d'être protégé contre « toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, [...] de mauvais traitements » (article 19 CIDE).

²³ Pour un aperçu historique, voir Voss 2012: 194-236.

142. Une autre perspective serait possible : ce que la médecine juge être des « anomalies » pourrait au contraire être considéré de manière positive comme de simples variations. Le discours médical sur les traitements des enfants intersexes est trop souvent axé sur des représentations normatives à l'égard du sexe biologique (Fausto-Sterling 2012: 78-101, Tamar-Mattis 2012). Pour nombre de médecins, il est impensable que les corps des enfants intersexes ne se plient pas à ces représentations, alors qu'il serait nécessaire de développer d'autres normes accueillant la diversité afin de répondre à leurs réalités et leurs besoins.

4.2.2. Actes médicaux

4.2.2.1. Problématique

143. Les interventions médicales sur les enfants intersexes peuvent être de différent ordre. Certaines interventions sont indispensables pour que l'enfant reste en vie, tandis que d'autres s'attachent à empêcher des dommages sérieux pour la santé physique de l'enfant (par exemple, lorsque les voies urinaires sont insuffisamment ouvertes). La légitimité et la nécessité de telles interventions ne sont pas remises en cause, à condition qu'elles soient liées et proportionnées aux problèmes de santé actuels (Moron-Puech 2010: point 55).

144. Il en va autrement des opérations dites « de normalisation », qui sont qualifiées juridiquement d'opérations de chirurgie « esthétique » parce qu'elles sont dépourvues de finalité thérapeutique (Lembke 2011, Moron-Puech 2011). Elles consistent à conférer au sexe de l'enfant l'aspect le plus proche possible d'un sexe féminin ou masculin, tout en supprimant du corps de l'enfant tout organe interne en contradiction avec son sexe apparent. L'ensemble des traitements hormono-chirurgicaux divergent dans leurs modalités d'application pratique.

145. De tels traitements reposent sur l'idée de permettre à l'enfant d'avoir une bonne qualité de vie. Plattner (2008: 16) raconte qu'elle a entendu le conseil suivant d'un médecin : « Pensez que si quelqu'un en entend parler, c'est la fin socialement pour votre enfant. Pensez à l'école, au sport ou à la natation ! ». Rupprecht (2013, point 6) a souligné qu'ils sont (bien) intentionnés, socialement acceptés mais très souvent médicalement injustifiés.

146. Les traitements de normalisation effectués dans l'enfance ont été extrêmement contestés par des personnes pour lesquelles ils ont eu des effets dévastateurs. Christiane Völling décrit de manière très claire ce qui lui est arrivé (2010 : 94) :

« La castration [ablation des testicules internes] que j'ai subie et l'administration paradoxale de testostérone à haute dose considérée de ce fait comme nécessaire ont entraîné des dommages physiques et psychologiques tels que bouffées de chaleur, dépression, troubles du sommeil, ostéoporose précoce, disparition de ma sexualité et de ma capacité à me reproduire, traumatisme lié à la castration, lésion des glandes thyroïdes, changement de mon métabolisme cérébral et de ma structure osseuse ainsi que nombreux autres effets et lésions secondaires. La prise de testostérone a causé le développement d'une pilosité typiquement masculine, d'une barbe masculine, la perte de tous mes cheveux liée à l'action des androgènes, une masculinisation de ma voix auparavant féminine, une masculinisation des traits de mon visage ainsi que la production d'une anatomie masculine en dépit de prédispositions féminines. Les organes génitaux masculins construits chirurgicalement ont occasionné des dommages irréversibles tels qu'infections urinaires chroniques, troubles de la miction, sténoses et cicatrices. Ces interventions m'ont fait perdre tout sentiment inné d'appartenance à un sexe et tout comportement sexuel. »

4.2.2.2. Intégrité corporelle

147. La fréquence des effets secondaires, des chirurgies multiples et des séquelles à long terme a été soulignée par différent.e.s auteur.e.s, de même que le manque d'études, surtout à long terme, étayant leur bien-fondé pour les enfants (Australian Senate 2013: 35-76, Creighton 2004, Intersexuelle Menschen e.V. 2011, Carpenter 2013, Schober 2012, Tamar-Mattis 2012, Woweries, sous presse). « Pour la majorité d'entre nous, les séquelles postopératoires durent des décennies après les interventions, souvent à vie » (Guillot 2008 : 43).
148. Diverses opérations entrent en ligne de compte selon que le sexe masculin ou le sexe féminin a été choisi pour l'enfant. Les opérations de masculinisation peuvent être lourdes (construction d'un pénis ou phalloplastie à partir d'un micropénis). Les critères de choix faisant opter pour la masculinisation ont été critiqués comme étant culturels (Fausto-Sterling 2012 79-85). Dans le même temps, il existe une crainte sérieuse que l'enfant subisse des moqueries et du harcèlement à cause de la petite taille de son pénis. La question est de savoir comment faire évoluer les normes culturelles et l'environnement des enfants intersexes au lieu de répercuter sur leurs corps des conceptions discriminatoires.
149. Dans un certain nombre de cas, les traitements de normalisation des enfants intersexes consistent à enlever certaines parties sexuées du corps, non pas parce que celles-ci présentent un risque pour la santé physique de l'enfant, mais parce qu'elles ne correspondent pas aux normes associées au sexe qui a été choisi pour lui.
150. Le *Dictionnaire médical* définit la mutilation comme « l'ablation ou la perte d'un membre ou d'une partie du corps ». La mutilation est justifiée médicalement quand elle est pratiquée dans un but thérapeutique, mais s'agissant des enfants intersexes, elle répond le plus souvent à une mise aux normes de sexe du corps de l'enfant et c'est en cela qu'elle est contestée.
151. Les mutilations subies par les personnes intersexes ont été appelées « mutilations génitales intersexes » (OII Intersex Network 2012) ou « mutilations génitales occidentales » (zwischenengeschlecht.org 2012) et l'arrêt immédiat de ces opérations fait partie des priorités pour ces organisations.
152. En effet, certaines interventions sur les enfants intersexes consistent à retirer le clitoris dans sa totalité (clitoridectomie) ou en partie (excision). Ces opérations sont pratiquées sur des enfants intersexes nés avec un macroclitoris/micropénis qui ne rentre pas dans les catégories médicales du sexe masculin ou féminin et qui sont assignés en fille. Ce type d'interventions possède certains éléments qui amènent à les considérer comme des pratiques traditionnelles préjudiciables prohibées à l'article 24 CIDE. Tout comme les mutilations génitales féminines (Werlen 2008), les interventions sur les enfants intersexes peuvent occasionner la perte totale ou partielle de sensibilité, les infections chroniques génitales et urinaires, la nécessité de réopérer, les rapports sexuels douloureux et avoir des répercussions psychiques similaires telles que les traumatismes, l'anxiété, la dépression (Deutscher Ethikrat 2012a-fr: 75, Intersexuelle Menschen e. V. 2011). En outre, elles sont effectuées pour des raisons culturelles et relèvent d'une certaine tradition : des récits attestent de l'existence des interventions sur les macroclitoris/micropénis en Europe depuis au moins l'Antiquité (Klöppel 2010: 215-216, Voss 2012: 31-36) et elles sont devenues courantes dans la deuxième moitié du siècle dernier.

153. Un autre type d'intervention est également problématique, à savoir la gonadectomie ²⁴. Comme dans l'exemple de Christiane Völling, précité, une grande partie des enfants intersexes subit une gonadectomie au motif que les gonades sont en contradiction avec leur sexe apparent ou le sexe qui a été choisi pour eux.
154. La gonadectomie revient à stériliser des enfants, parfois à un très jeune âge. Son but est le plus souvent de faire correspondre le corps des enfants à des normes préétablies et, dans certains cas seulement, de prévenir un dommage sérieusement envisageable pour leur santé physique ²⁵ (Intersexuelle Menschen e. V. 2011, Tamar-Mattis, 2012). Pour les personnes qui auraient voulu avoir des enfants, c'est une souffrance à l'âge adulte de savoir que cela aurait peut-être été possible si la gonadectomie n'avait pas été pratiquée sans qu'elles aient été consultées.
155. Après une gonadectomie, l'hormonothérapie de substitution est indispensable car le corps ne produit plus suffisamment d'hormones. Cependant, il n'existe pas d'études scientifiques sur ce type de traitements pratiqué sur des enfants, encore moins sur des enfants intersexes, et l'hormonothérapie est administrée en dehors des autorisations de mise sur le marché des médicaments (Intersexuelle Menschen e. V. 2011). Il en découle que ces traitements ont un caractère expérimental et qu'ils ne respectent pas les règles protectrices édictées par la déclaration d'Helsinki, qui sont plus strictes pour les enfants (World Medical Association 2008, articles 19 et 20).
156. De plus, les pratiques semblent varier selon les pays et en cela posséder un caractère arbitraire. En France, l'hormonothérapie de substitution est systématique pendant l'enfance : « Stérilisées, nous sommes tributaires de traitements hormonaux substitutifs qui sont très lourds et amoindrissent la qualité de nos vies et font apparaître des pathologies souvent lourdes, dues à la fois aux effets secondaires des hormones de synthèse, des opérations et au fait que le corps ne réagit pas comme attendu » (Guillot 2008). En Allemagne, en revanche, les enfants ne reçoivent généralement pas d'hormones jusqu'à la puberté et ils semblent exposés à un risque d'ostéoporose. En outre, le manque d'hormones surcharge les glandes surrénales, qui prennent le relais des gonades enlevées, pour une partie de la production d'hormones et le taux de dysfonctionnements rénaux chez les personnes intersexes est anormalement élevé (Intersexuelle Menschen e. V. 2011).
157. L'opération de féminisation consiste également à pratiquer une vaginoplastie, c'est-à-dire à créer une ouverture vaginale. Lorsque l'opération est réalisée dans la petite enfance, le néo-vagin doit être maintenu ouvert pendant toute l'enfance par un dilatateur à insérer fréquemment par la mère, ce qui est souvent décrit comme étant très douloureux et comme un viol par les intersexes une fois devenus adultes (Guillot 2013: 33-34, Tamar-Mattis 2012). Des parents ont aussi raconté qu'ils avaient l'impression de commettre un viol sur leur enfant (Tosh 2013). De plus, les complications post-opératoires sont fréquentes et la chirurgie doit souvent être renouvelée à l'adolescence en raison de son caractère non satisfaisant (Creighton/Liao 2004). « A l'adolescence, si la 'jeune fille' souhaite continuer à avoir une cavité, de nouvelles opérations devront être pratiquées et elle devra à son tour se dilater ad vitam eternam avec l'artefact du membre qui lui a été retiré dans la petite enfance, sans que jamais on ne lui ait

²⁴ Voir glossaire.

²⁵ Il s'agit de l'ablation de gonades en cas de risque de cancer (Deutscher Ethikrat 2012: 47-48). Cependant, il semble que ce risque ait été généralisé et surestimé pour certaines catégories de personnes, qu'il ne se présente qu'à l'adolescence et des auteur.e.s recommandent de réaliser un suivi plutôt que d'opérer dans la petite enfance (Intersexuelle Menschen e.V. 2011).

révélé sa castration. Même lorsque, par hasard, l'équipe médicale a mis en adéquation le corps et l'identité de genre, la personne vivra un enfer permanent vis-à-vis de ce corps mal fabriqué, et bien souvent abandonnera les dilatations, n'aura pas de rapports sexuels et subira de nombreux troubles urinaires pouvant aller jusqu'à l'incontinence » (Guillot 2008: 43). Certaines équipes reportent la vaginoplastie à l'adolescence, mais le problème du consentement éclairé de l'adolescent.e se pose en raison du rapport d'autorité déséquilibré entre médecins et patient.e.s.

158. En l'absence d'études à long terme prouvant le bien-fondé des traitements de normalisation pour la santé des enfants, compte tenu de leur caractère irréversible et de leurs répercussions sérieuses sur la santé, les raisons pour lesquelles le consentement des personnes qui vivront le reste de leur vie avec les conséquences sont difficilement explicables.

159. Selon Bastien-Charlebois (2013) : « En étant placées en état d'exception, nous, personnes intersexuées ou intersexes qui avons subi des transformations de notre sexe sans notre consentement, apprenons tôt que notre corps ne nous appartient pas, qu'il est si repoussant aux yeux des parents ou des autorités médicales que ceux-ci s'estiment parfaitement justifiés de porter atteinte à notre intégrité physique. Nous apprenons que notre avis et la vision que nous entretenons de notre corps ne comptent pas, et ce, même une fois arrivés à l'âge adulte, où nous demeurons aux yeux de ces médecins d'éternels enfants incapables de jugement adéquat sur nos propres expériences. »

4.2.2.3. Intégrité psychique : assignations du mauvais sexe

160. Le mauvais sexe est assigné à l'enfant dans 8,5 % à 20 % des cas, voire 40 % (en fonction des catégories de « DSD » prises pour base des rares études), c'est-à-dire que ces enfants finissent par rejeter le sexe qui leur a été assigné ²⁶ (Tamar-Mattis 2012, voir aussi Fausto-Sterling 2012: 91-94). De grandes atteintes à l'intégrité psychique de l'enfant en résultent. A cet égard, l'auteur a reçu le témoignage suivant:

« J'ai été assigné au sexe féminin à la naissance mais très vite, il était clair que mon comportement était plutôt masculin. Outre les chirurgies, on a fortement conseillé à mes parents une éducation plus axée sur la féminité. Cela a commencé par le choix des jouets, vêtements pour ensuite me changer d'une école mixte à une pour fille, un contrôle rigoureux de mes loisirs avec les garçons du voisinage (foot, jeux dits masculins) inscription extrascolaire pour des activités dites de fille (tricot, couture...). Malgré tout cela mon identité masculine est restée. Pendant cette période, ma maman devait se faire reprocher par le milieu médical qu'elle n'était pas assez stricte. Vers mes 10 ou 11 ans, ma maman me voyant malheureux et surtout isolé car je n'avais pas d'ami, a un peu relâché les rennes, ce qui m'a permis d'avoir des nouveaux

²⁶ Ce qui invalide la théorie psychologique à l'origine de la généralisation des traitements de normalisation, à savoir que l'enfant ne peut se développer sainement que dans une identité soit féminine, soit masculine et que la seule manière d'y parvenir pour lui est d'avoir des organes génitaux clairement identifiables comme étant féminins ou masculins (Beh/Diamond 2000, Fausto-Sterling 2012 : 67-101, Voss 2010 : 529-236). Les souffrances psychiques causées par cette théorie maltraitante ne sauraient être assez soulignées. Karkazis (2008: 133-176) a noté qu'à l'heure actuelle, cette théorie n'est plus systématiquement invoquée pour justifier les traitements hormono-chirurgicaux. Selon de nombreux chirurgiens qu'elle a interrogés, l'enfant doit avoir l'air « normal » pour son bon « fonctionnement psychosocial ». Saisie de cette question, la Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine de la Suisse (2012: 14-15) a estimé que l'intégrité physique de l'enfant devait prévaloir.

contacts. A part pour l'école, peu à peu elle respectait mes choix mais ce fut un long chemin. Aujourd'hui, je lui ai pardonné, car je sais qu'elle a suivi le protocole de l'époque et que la possibilité d'avoir d'autres informations (internet, livre, média) n'était pas possible. Notre relation a été mise à rude épreuve quand j'ai découvert la vérité sur mon intersexualité. Le fait d'être intersexe ne pas aussi choqué que le fait de savoir que toute ma vie on m'a menti, même si c'est pardonné la relation en a pris un coup. »

161. L'enfant ainsi élevé dans le sexe qui ne lui correspond pas vit un véritable déni de son identité, assorti de pratiques coercitives : interdictions de certains jouets, vêtements, fréquentations. Gosselin (2012: 90) souligne la « très grande violence » que constitue « l'imposition d'une identité de sexe par les traitements médicaux et la socialisation en refusant qu'elles puissent en changer ».
162. L'identité de genre de l'enfant est à considérer comme relevant du droit à l'identité protégé par l'article 8 de la CIDE (Werlen 2008: 181). Or, rien ne permet de prédire à la naissance quelle sera l'identité de genre de l'enfant. Certains enfants intersexes s'identifieront au sexe considéré comme « opposé » et à l'adolescence ou à l'âge adulte, ils entameront le parcours inverse ; cependant, les organes qui leur ont été enlevés le sont définitivement. D'autres s'identifieront comme intersexes ou en dehors des catégories sexuées binaires traditionnelles, malgré l'assignation de sexe dans leur enfance (Richter-Appelt 2011). Faire le choix irréversible d'un sexe morphologique pour l'enfant est contraire à la fois au droit à l'identité de l'enfant et à son droit au respect de l'intégrité psychique (article 19 CIDE).

4.2.2.4. Non-dits et difficultés d'accès au dossier médical

163. Certains parents se sont entendu dire que leur enfant intersexe « relevait de la 'tératologie' (la science des monstres) » (Picquart 2009: 21). Cette conception médicale est censée avoir disparu et avoir été remplacée par l'idée que les corps inhabituels sont des pathologies à traiter, mais il semble qu'il en subsiste des traces (Beh/Diamond 2006, Fausto-Sterling 2012: 58 ; 68-69). Quoi qu'il en soit, le message implicite, à savoir que leur corps est inacceptable tel qu'il est, a été intériorisé par de nombreux enfants intersexes. La sensation d'être un monstre ou anormal.e est un sujet fréquent dans les témoignages (Bart e.a. 2013, Karkazis 2008: 216-235, Picquart 2009) et le thème du monstre se retrouve dans le travail de certain.e.s artistes tel.le.s qu'Ins A Kromminga (2012 et 2013).
164. La sensation d'anormalité est renforcée par les non-dits. En premier lieu, un nombre significatif de personnes rapportent qu'elles – ou leurs parents – n'ont pas été informées du fait qu'elles étaient intersexes, que leurs médecins leur ont donné des informations parcellaires et qu'elles n'ont pas été informées de la nature des traitement hormono-chirurgicaux qu'elles ont subi²⁷ (Gosselin 2012: 54-56, Karkazis 2008: 179-235, Picquart 2009: 27-34). Le non-dit est explicitement prôné par la majorité des médecins (selon Alderson e.a. 2004: 94-95 et Fausto-Sterling 2012: 73: 86-88). Lorsque les personnes concernées découvrent plus tard la vérité, elles rapportent souvent qu'elles sont sous le choc ou traumatisées parce qu'on leur a menti (Fausto-Sterling 2012 : 328, Picquart 2009: 65-71). Preves (1998, citée par le Ministerial Advisory Committee on Gay and Lesbian Health 2002) a recueilli les récits de personnes intersexes qui ont affirmé qu'« être encouragé.e.s à garder le silence sur leurs différences et procédures

²⁷ Cette pratique repose sur l'idée que cela nuirait au psychisme de l'enfant ou de l'adulte (Beh/Diamond 2000, Fausto-Sterling 2012: 87). Ce postulat n'a pas été étayé scientifiquement et est démenti par les cas d'enfants non opérés gérant positivement leur intersexuation (Lang 2006: 120). Il s'agit d'un argument supplémentaire pour ne pas pratiquer d'opérations dans l'enfance et tant que la personne ne les demande pas elle-même.

chirurgicales n'avait fait que renforcer leurs sentiments d'isolement, de stigmatisation et de honte »²⁸. Des associations intersexes recommandent au corps médical de délivrer des informations complètes : « Dites-nous tout. N'insultez pas notre intelligence avec des mensonges. Parlez aux enfants d'une façon qui corresponde à leur âge. Mais le mensonge ne mène à rien, sinon à détruire la relation parents-enfant et patient-médecin » (témoignage cité par Fausto-Sterling 2012: 110). Le Conseil d'éthique recommande lui aussi que les personnes soient pleinement informées (Deutscher Ethikrat 2012a-fr: 180). De même, certains articles médicaux plaident en faveur de cette solution (Beh/Diamond 2000, Alderson e.a. 2004, D'Alberston 2010).

165. Un problème fréquemment rapporté à cet égard est le refus du corps médical de fournir les dossiers médicaux (Kolbe 2010: 136-137) ou encore la disparition ou la destruction de ceux-ci. Le Conseil d'éthique allemand a estimé qu'il relevait de la responsabilité de l'Etat de garantir la conservation des dossiers médicaux et il a recommandé que ceux-ci soient conservés pendant 40 ans (Deutscher Ethikrat 2012a-fr: 166-168,180).

4.2.2.5. Traumatismes dus aux pratiques médicales

166. De nombreux enfants intersexes sont traumatisés par les circonstances dans lesquelles sont pratiqués les examens médicaux de leurs organes génitaux (Ehrenreich 2004: 108, Fausto-Sterling 2012: 111, Klöppel 2010: 30, 195-196, Tamar-Mattis 2012), qui comportent des caractéristiques analogues aux abus sexuels et dont les conséquences psychiques ont le même degré de sévérité (Alexander 1997).

167. L'auteur a reçu le témoignage suivant de l'OII Belgique :

« Les enfants intersexués sont souvent soumis à des procédures traumatisantes psychiquement et dont l'aspect est 'pédopornographique'. Le fait de devoir se faire photographier et examiner régulièrement sous toutes les coutures en présence d'étudiants, assistants ont des conséquences psychiques à longs termes tels qu'ils sont connus des enfants abusés. Conséquences à vie : d'abord, une mauvaise image de leur corps et se sentir comme une curiosité de foire rendant une vie sexuelle accomplie difficile. Une mauvaise hygiène de vie en est le résultat ; tabac, alcool, drogue, anorexie, boulimie... ; il y a aussi le refus de consulter un médecin même en cas de problèmes sévères et un manque de confiance si malgré tout on y est forcé. Aujourd'hui, âgé de 55 ans, ayant subi tous ces traitements dégradants jusqu'à l'âge de 17 ans, je peux affirmer que ces conséquences psychiques sont réelles. Ceci m'a également été confirmé par d'autres 'victimes'. Régulièrement j'en fais encore des cauchemars où je vois des dizaines de regards perçants fixer ma partie génitale. Egalement j'ai développé une phobie de l'objectif au point qu'il est même très difficile de faire une photo d'identité ».

168. Guillot/Bastien-Charlebois (2013: 249) notent eux aussi les pratiques médicales consistant à examiner les enfants devant des étudiant.e.s en médecine, en faisant des commentaires devant l'enfant - et à prendre des photos des enfants nus, dont certains se reconnaissent plus tard dans les livres de médecine. Ces auteur.e.s indiquent que « les personnes intersexes adultes qui s'expriment sur ces expériences les décrivent comme très éprouvantes et traumatisantes ».

²⁸ Traduction à partir de l'anglais.

4.2.2.6. Rôle des parents

4.2.2.6.1. Consentement des parents

169. La faculté des parents de consentir à des traitements hormono-chirurgicaux de normalisation ne pouvant pas être qualifiés de thérapeutique est contestée. En effet, les pouvoirs de décision des parents ne sont pas absolus et les décisions doivent être prises dans l'intérêt de l'enfant (Deutscher Ethikrat 2012: 152-160).
170. L'une des raisons pour lesquelles les parents souhaitent « normaliser » la physionomie de leur enfant est la crainte qu'il soit stigmatisé, notamment à l'école. L'une des raisons est parfois aussi leur difficulté à accepter les organes génitaux de l'enfant (Karkazis 2008: 179-215). Lorsque la question se pose à la naissance de l'enfant, certain.e.s.auteur.e.s mentionnent spécifiquement la crainte que les parents ne puissent pas lier de véritables liens avec un enfant laissé dans la « neutralité » (Bouvattier 2011).
171. Toutefois, Karkazis fait observer que les médecins « apprennent très tôt aux parents à voir leur enfant comme anormal ou pathologique et nécessitant une intervention susceptible d'aider l'enfant à se 'rétablir' ». Elle souligne : « interpréter une telle naissance comme une anomalie rare ne dépeint pas seulement l'événement comme requérant une intervention médicale, mais isole les parents et leur enfant socialement, en les identifiant comme étant anormaux » 29 (2008: 182-183).
172. Dans ces conditions, la façon d'annoncer l'intersexuation joue un grand rôle dans la manière dont la nouvelle sera reçue. Guillot (2012) indique que « l'avenir de la famille et de l'enfant en devenir sont fondamentalement liés à l'annonce. En général, cette annonce se fait en milieu médical périnatal et en des termes qui rendent difficile l'acceptation de l'enfant de la part de la famille au sens large. [...] lorsque l'annonce est dédramatisée, positive, [l'équipe pluridisciplinaire du CHU de Lausanne] constate, comme l'équipe de Toronto où un protocole est en place depuis plus longtemps encore, une appropriation de l'enfant différente avec beaucoup moins de heurts et une demande de médicalisation chutant de façon importante ».
173. Pour ce qui est des craintes quant à la stigmatisation de l'enfant, elles doivent être mises en balance avec les droits reconnus à l'enfant. Le droit à l'intégrité physique empêche les parents de donner un consentement licite à des traitements irréversibles qualifiés d' « esthétiques » tels que ceux en cause. En particulier, lorsqu'ils ont pour conséquence de stériliser l'enfant (Moron-Puech 2011, Lembke 2011, Deutscher Ethikrat 2012a-fr: 152-160), mais aussi parce qu'ils comportent des risques importants en l'absence de preuve de leur caractère bénéfique pour l'enfant (Beh/Diamond/Richardson 2005). En outre l'article 12 CIDE consacre le droit de l'enfant d'être entendu sur toute question le concernant : « 1. Les Etats parties garantissent à l'enfant qui est capable de discernement le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité ». Dans un nombre significatif de cas, l'enfant rejette le sexe qui lui a été assigné et regrette le choix fait pour lui. Il est donc particulièrement d'appliquer l'article 12, ce qui implique d'attendre avant toute intervention irréversible.

²⁹ Traduction à partir de l'anglais.

174. La Commission nationale d'éthique de la Suisse a expressément affirmé que l'intégrité physique de l'enfant devait prendre le pas sur les considérations liées aux réactions de son entourage (2012: 14-15):

« La prise en compte de l'environnement familial et culturel trouve [...] ses limites dans le respect de l'intégrité physique et psychique de l'enfant. Le fait que le milieu familial, scolaire ou social ait de la peine à accepter l'enfant avec le corps qu'il a naturellement reçu ne saurait justifier une opération d'assignation sexuelle irréversible entraînant des dommages physiques et psychiques. Ces dommages peuvent être, par exemple, la perte des capacités reproductives (stérilité) ou de la sensibilité sexuelle, des douleurs chroniques ou des douleurs ressenties lors de la dilatation d'un néo-vagin (bougirage) et leurs séquelles traumatiques pour l'enfant. Les traitements de ce type entrepris uniquement dans le but d'intégrer l'enfant dans son environnement familial et social sont contraires au bien de l'enfant, sans compter qu'ils ne garantissent pas que leur but supposé – l'intégration de l'enfant – soit finalement atteint ».

175. A l'adolescence se pose également le problème du consentement éclairé, en raison de la position d'autorité du corps médical et des normes sociales poussant à la normalisation (RADELUX I 2012 : 21).

4.2.2.6.2. Aide à la parentalité

176. La découverte de l'intersexuation a été qualifiée de « tsunami familial »³⁰. Quel que soit l'âge auquel l'intersexuation de l'enfant est découverte, sa famille n'y est généralement pas préparée et cela représente souvent un choc voire un traumatisme pour les parents, ainsi que pour les enfants concernés quand ils le découvrent tardivement. En général, les parents n'ont jamais entendu parler d'intersexuation chez les enfants. La difficulté de penser la situation est décrite ainsi par une mère :

« Lorsque mon enfant est venu au monde, tout ce que je savais jusque-là sur l'identité de genre a été remis en cause. Aujourd'hui, je sais que je n'avais et n'ai pas de schéma de pensée pour l'intersexualité. La naissance de mon enfant m'a placée dans un état que je ne peux qualifier que d'état de choc ; non pas parce que je ne voulais pas cet enfant - au contraire -, mais parce que je n'avais pas de schéma de pensée pour ce fait nouveau. Je ne pouvais et ne peux pas du tout concevoir une façon d'être dans ce monde sans la catégorie masculin-féminin. [...] Alors peut-être que le plus gros problème est dans nos têtes. L'enfant n'est pas malade, mais nous ne pouvons pas le penser, lorsqu'il n'appartient clairement à aucune des catégories »³¹ (Pulvermüller 2012: 256).

177. L'absence des personnes intersexes des représentations collectives fait peser une pression sur les parents et constitue l'un des facteurs donnant lieu aux traitements de normalisation. Un énorme effort de sensibilisation sur l'existence des enfants intersexes dans une société polarisée sur la dichotomie des sexes est à entreprendre et il est important de développer des aides spécifiques à la parentalité.

³⁰ Guillot 2012.

³¹ Traduction à partir de l'allemand.

4.2.2.7. Consentement à l'adolescence

178. Certain.e.s adolescent.e.s intersexes rapportent avoir accepté des interventions chirurgicales à l'adolescence et les avoir regrettées ensuite, parce qu'elles n'ont pas pu donner un consentement éclairé (communications personnelles avec l'OII Belgique). L'asymétrie dans la relation médecin-patient.e joue un rôle important dans ce type de décision, de même que la pression pour la conformité sociale. Il en résulte que des garanties doivent être développées pour que le consentement de l'adolescent.e puisse être véritablement éclairé, la consultation formelle de l'adolescent.e ne suffisant pas. Une consultation obligatoire pourrait être instaurée, par exemple, auprès de l'institution nationale chargée de la défense des droits de l'enfant.

4.2.2.8. Reconnaissance des dommages subis

179. La Commission nationale d'éthique de la Suisse (2012: 20) et le Conseil d'éthique allemand (Deutscher Ethikrat 2012a-fr: 104-108) ont jugé indispensable de reconnaître les souffrances infligées aux personnes intersexes par les pratiques médicales. A cet égard, le Conseil d'éthique allemand a recommandé la création d'un fonds d'indemnisation (Deutscher Ethikrat 2012a-fr: 181). Quant au rapporteur des Nations Unies contre la Torture, il a jugé que les traitements de normalisation pouvaient constituer des actes de torture ou de mauvais traitements (Mendez 2013).

4.2.3. Conclusion intermédiaire : l'intérêt supérieur de l'enfant

180. Le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible a fait observer que « [...] le consentement éclairé ne représente pas seulement l'acceptation d'une intervention médicale mais aussi une décision volontaire et suffisamment étayée. Il est essentiel de garantir un consentement éclairé pour que soient respectés l'autonomie de la personne, son droit à l'autodétermination et sa dignité dans le cadre d'un continuum approprié de soins de santé volontaires » (cité par Mendez 2012, point 28).

181. Les traitements hormono-chirurgicaux de normalisation pratiqués sur un enfant intersexe qui n'est pas en mesure de donner un consentement éclairé sont contraires à l'intérêt supérieur de l'enfant (article 3 CIDE), à son droit d'être entendu et de participer aux décisions le concernant (article 12 CIDE), à son droit d'être protégé contre les atteintes à son intégrité physique et psychique (article 19 CIDE) et contre les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants (article 24.3 CIDE). S'y ajoute la dimension de la discrimination (art. 2 CIDE), à savoir que les traitements de normalisation sont basés sur le postulat que les organes génitaux intersexes ne sont pas acceptables et une différence de traitement est ainsi opérée entre les organes génitaux intersexes et les autres.

182. Le fait que les parents donnent leur consentement à des atteintes aux droits de l'enfant ne rend pas celles-ci licites pour autant.

183. La Commission nationale d'éthique de la Suisse (2012) a pris position en ces termes sur les traitements de normalisation:

« 3. Le principe qui devrait guider la pratique à l'égard des DSD est le suivant : pour des raisons éthiques et juridiques, aucune décision significative visant à déterminer le sexe d'un enfant ne devrait être prise avant que cet enfant puisse se prononcer par lui-même, dès lors que le traitement envisagé entraîne des conséquences irréversibles et peut être reporté. Cela

comprend les opérations d'assignation sexuelle pratiquée sur les organes génitaux et d'ablation des testicules ou des ovaires lorsqu'elles ne présentent aucun caractère d'urgence médicale (un risque accru de cancer³², par exemple). Font exception à ce principe les interventions médicales urgentes visant à prévenir des atteintes sévères à l'organisme et à la santé.

4. L'élément essentiel est la protection de l'intégrité de l'enfant. Du fait de sa part d'incertitude et d'impondérable, une indication psychosociale ne saurait justifier à elle seule une opération d'assignation sexuelle pratiquée sur les organes génitaux d'un enfant incapable de discernement. »

184. L'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe s'est prononcée dans le même sens en adoptant la résolution 1952 (2013), le 1^{er} octobre 2013. Cette résolution souligne notamment l'importance du droit à l'intégrité corporelle, à l'autonomie et à l'auto-détermination et marque la reconnaissance au niveau européen de la gravité de la situation dans laquelle se trouvent actuellement les enfants intersexes. L'article 7.5.3. invite ainsi les États membres à :
- « entreprendre des recherches complémentaires afin d'augmenter les connaissances de la situation spécifique des personnes intersexuées, s'assurer que personne ne soit soumis pendant l'enfance à des traitements médicaux ou chirurgicaux cosmétiques et non cruciaux pour la santé, garantir l'intégrité corporelle, l'autonomie et l'auto-détermination aux personnes concernées, et fournir des conseils et un soutien adéquats aux familles ayant des enfants intersexués ».

4.3. Situation sociale

185. Pour avoir un aperçu de la situation des personnes intersexes, il est nécessaire de consulter les organisations intersexes ainsi que les témoignages publiés. Très peu de recherches ont été réalisées sur la situation psychosociale des personnes intersexes et quand elles existent, elles portent sur un nombre réduit de personnes. Nous aborderons ci-après quelques-uns des problèmes signalés par les personnes concernées.

4.3.1. Violences

186. Les violences sexuelles sont fréquemment rapportées dans les récits de personnes intersexes (communications personnelles de l'auteur avec l'OII-francophonie). Rosenstreich (2013: 9) rapporte que selon certaines personnes intersexes, « les examens intrusifs combinés à la stigmatisation et au secret dans la famille les ont aussi rendues vulnérables à l'abus sexuel dans leur enfance »³³. De même, Pitts e.a. (2006: 50) ont relevé des taux élevés d'agression physique et de violence sexuelle subies par les personnes intersexes interrogées (voir aussi Jiménez/Cabral 2013).
187. Les informations communiquées par certaines personnes et associations intersexes laissent entendre que la violence intrafamiliale est fréquente (communication personnelle avec l'OII-francophonie ; voir aussi Gosselin 2012: 90). Cependant, les réactions des parents face à l'intersexuation de l'enfant peuvent être variées et certains parents acceptent leur enfant tel qu'il est (Guillot/Bastien-Charlebois 2013).
188. Après avoir analysé des témoignages de personnes intersexes, la Commission des droits humains de la Nouvelle-Zélande a conclu : « Le secret et la honte associés à la condition

³² NDA : A la place de la gonadectomie, il est possible de pratiquer une surveillance régulière.

³³ Traduction à partir de l'anglais.

intersexe rend les personnes intersexes, et les enfants en particulier, vulnérables aux discriminations et aux abus » (Human Rights Commission 2007: 80).

4.3.2. Détresse psychologique, dépression, auto-mutilations et suicidalité

189. La détresse psychologique des personnes intersexes est sensiblement plus élevée que la moyenne (Kennedy 2006). D'après une étude pilote de Schützmann e.a. (2009), le niveau de détresse psychologique des adultes intersexes est égal à celui de femmes non intersexes traumatisées en raison d'abus physiques ou sexuels. La suicidalité et les pratiques auto-mutilatrices des personnes intersexes semblent être nettement au-dessus de la moyenne (Schützmann e.a. 2009), de même que le niveau de dépression (Pitts e.a. 2006: 31). Dans certains cas, les personnes considèrent la dépression comme une conséquence directe des interventions médicales (Deutscher Ethikrat 2012a-fr: 75).

4.3.3. Les enfants intersexes, un groupe vulnérable

190. Les enfants intersexes doivent être considérés comme un groupe vulnérable à prendre en compte dans l'élaboration des politiques de l'enfance, et ce de façon transversale, en coopération avec les organisations intersexes. Toutes les personnes travaillant avec des enfants devraient être formées sur la situation des enfants intersexes, non seulement les personnes du secteur socio-éducatif et de la santé, mais aussi les juristes de ces secteurs.

4.4. Système éducatif

4.4.1. Problématique

191. En l'absence d'études sur la situation des enfants intersexes dans le système éducatif, voici les sujets de préoccupation transmis à la Commission européenne, tels qu'ils ont été recensés par l'IVIM, une organisation allemande représentant les personnes intersexes (Internationale Vereinigung Intergeschlechtlicher Menschen 2010) :

- « Absence de l'école à cause des interventions chirurgicales³⁴, ce qui est problématique pour la continuité de leur scolarité et les empêche d'être scolarisé.e.s comme les autres élèves ;
- Hauts niveaux de stress à cause des raisons invoquées pour couvrir leur absence. La raison principale est que les réalités intersexes sont encore considérées comme un tabou ; de nombreuses personnes intersexes ne sont pas informées correctement des raisons médicales des traitements qu'elles reçoivent, ou des détails relatifs à celles-ci ;
- Parfois, les enfants et les jeunes intersexes ne cadrent pas avec les normes régissant l'expression de genre associée au sexe qui leur a été assigné ; il en découle qu'elles sont exposé.e.s à des risques très élevés de harcèlement et d'autres formes de discrimination³⁵ ;
- Les personnes intersexes qui ne peuvent pas (ou ne veulent pas) passer pour des personnes du sexe masculin ou du sexe féminin en raison de leur expression de genre et/ou de leur sexe, font l'expérience de situations embarrassantes et dangereuses à cause de l'ignorance du personnel administratif et enseignant et/ou de

³⁴ NDA : il faut y ajouter les traitements hormonaux.

³⁵ NDA : cela les amène à un isolement total et un risque suicidaire très élevé.

règlements/pratiques scolaires discriminatoires (par exemple, concernant l'accès aux toilettes séparées selon les sexes ou à d'autres installations non mixtes). Cela est fréquemment lié à des discriminations interphobes, transphobes et/ou homophobes de la part des autres élèves et/ou du personnel ;

- Les installations sportives non mixtes (par exemple, les vestiaires, les sports et jeux non mixtes, les tenues de sport sexuées) peuvent aussi augmenter l'expérience de la discrimination ;
- S'adresser aux personnes intersexes avec les mauvais pronoms peut les mettre dans l'embarras, les exposer au harcèlement, est irrespectueux et blessant.

192. Il faut noter que toutes les personnes intersexes ne font pas l'expérience de toute la gamme des discriminations décrites ci-dessus. En effet, de nombreuses personnes intersexes passent pour des personnes appartenant à l'une des catégories de sexe masculin ou féminin définies socialement, à la fois en raison de leur apparence et de leur expression de genre, avec ou sans traitement médical. Cependant, la ségrégation sexuée binaire profondément enracinée dans nos sociétés implique des problèmes fondamentaux pour les personnes intersexes, tels que le stress dû au tabou sur les expériences intersexes, ce qui crée directement ou indirectement des difficultés pour toutes les personnes intersexes dans diverses sphères de la vie, y compris dans le système éducatif³⁶ ».

193. Par ailleurs, les interventions chirurgicales sont généralement programmées pour les vacances d'été et sont précédées d'examens pendant les vacances de Pâques. Ainsi, les vacances scolaires sont souvent synonymes pour les enfants intersexes de séjours à l'hôpital. Il devient alors problématique pour les enfants de faire des devoirs pendant ces périodes. En outre, les opérations sont souvent suivies de complications responsables d'absences scolaires (communication personnelle avec l'OII-Belgique).

4.4.2. Formation du personnel éducatif et enseignant

194. L'une des raisons motivant certains parents à autoriser les interventions chirurgicales sur leurs enfants est la crainte de ce qui pourrait leur arriver dans les structures préscolaires et scolaires (curiosité malsaine, stigmatisation, harcèlement). Le personnel éducatif et enseignant devrait être formé à l'accueil des enfants intersexes et de leurs parents, ainsi que sur les questions de protection de l'intimité de l'enfant et de sécurité.

4.4.3. Programmes et manuels scolaires

195. Les programmes scolaires ne reflètent généralement pas l'existence des personnes intersexes et les enfants intersexes n'ont pas de modèles positifs auxquels s'identifier. Lorsque l'intersexuation des êtres humains est abordée, c'est souvent dans le cadre du cours de biologie mais d'une façon pathologisante avec un vocabulaire axé sur les « anomalies ». Cette perspective ne peut que contribuer à renforcer la stigmatisation et la honte pesant sur les enfants intersexes. Par ailleurs, en passant sous silence l'existence des personnes intersexes dans des chapitres clés (tels que la naissance ou le développement des caractères sexuels), les cours de biologie présentent nécessairement de fausses informations. A titre d'exemple, la phrase « Dès la naissance, on peut distinguer les petites filles des petits garçons par leurs caractères sexuels primaires » (Vanin 2011: 127) est inexacte, discriminatoire et problématique d'un point de vue éthique. L'omission des bébés auquel il n'est pas possible d'assigner un sexe cadrant avec les normes préétablies concernant le sexe dit « féminin » ou « masculin » est

³⁶ Traduction à partir de l'anglais.

productrice d'exclusion pour les enfants concernés. Lorsqu'ils sont confrontés à ce type de texte, le message implicite qu'ils reçoivent est qu'il n'y a pas de place pour eux dans notre société, puisqu'ils « n'existent » pas.

196. Il faut souligner que les cours de biologie ne sont pas les seuls à revoir. C'est de façon transversale, dans toutes les matières, que les personnes intersexes doivent avoir leur place et être présentées sous un jour positif, comme faisant partie de la diversité de la richesse humaine.

197. Un effort très important est à fournir pour la révision des programmes et manuels scolaires, qui devraient poursuivre au minimum les objectifs suivants :

- Rendre visibles les enfants et adultes intersexes sous un angle positif et non pathologisant et ce dès le plus jeune âge.
- Prévenir leur stigmatisation sociale, particulier les violences familiales, scolaires et sociales ainsi que les discriminations qu'elles subissent sur le fondement des normes de genre.

4.5. Aspects juridiques

198. La situation juridique des enfants intersexes est complexe et doit faire l'objet d'une analyse spécifique qui dépasserait le cadre de ce rapport (pour un aperçu des problématiques, voir Deutscher Ethikrat 2012a-fr: 118-183, Moron-Puech 2011, Agius/Tobler 2011). L'auteur se contentera ici de discuter certains aspects.

199. En premier lieu, une bonne pratique législative est à souligner, à savoir la loi australienne intitulée « Sex Discrimination Amendment (Sexual Orientation, Gender Identity and Intersex Status) Act 2013 » (Parliament of Australia 2013), qui étend explicitement la protection contre les discriminations aux discriminations fondées sur l'orientation sexuelle, l'identité de genre et le statut intersexe.

200. En second lieu, l'Allemagne a adopté en 2013 une loi sur la modification du droit de l'état civil (Deutscher Bundestag 2013). En vertu de son article 22, paragraphe 3, lorsque ni un sexe féminin, ni un sexe masculin ne peut être assigné à l'enfant, l'enfant doit être inscrit au registre des naissances sans une telle mention. Il en résulte que trois options sont prévues pour l'enregistrement de la naissance : déclarer un sexe féminin, un sexe masculin, ou ne rien inscrire. Lorsque l'enfant ne peut se voir assigner ni un sexe masculin, ni un sexe féminin, les parents sont dans l'obligation de laisser vide la mention du sexe, la loi ne leur laisse pas le choix.

201. Plusieurs organisations intersexes ont exprimé leurs préoccupations concernant la loi (OII Australia 2013a, OII Europe 2013, OII francophonie 2013, Meister 2013, Vilorio 2013, zwischengeschlecht.org 2013). En effet, la loi n'aborde pas le problème prioritaire, à savoir la cessation des interventions hormono-chirurgicales sur des enfants sans leur avis. En revanche, elle contraint les parents à révéler qu'ils ont un enfant intersexe. La crainte des organisations est que, pour éviter les stigmatisations susceptibles d'être associées à une mention du sexe laissée en blanc, la majorité des parents fasse le choix des interventions chirurgicales de l'enfant en bas âge (ou encore de l'avortement ou de « traitements » prénataux). Certaines expériences étrangères montrent que l'ajout d'une troisième option à l'état civil est insuffisant, en soi, pour faire cesser les interventions de normalisation (OII Australia 2013a). En outre, la loi n'est pas assortie de mesures de sensibilisation à l'existence des enfants intersexes, ni de mesures contre les discriminations auxquelles ils sont exposés.

202. Si la loi constitue une première reconnaissance de l'existence des enfants intersexes à la naissance, elle ne porte que sur la déclaration du sexe à l'état civil (elle ne crée pas un « troisième genre ») et son champ d'application est donc limité. Pour que le droit des enfants intersexes à l'intégrité physique soit protégé, une intervention législative supplémentaire est requise.
203. En tout état de cause, l'important est de veiller à ce que l'obligation de déclarer un sexe à l'état civil (qui n'est pas une obligation en vertu de la CIDE) ne constitue pas une circonstance provoquant des décisions de pratiquer des traitements hormono-chirurgicaux de normalisation sur les enfants intersexes.
204. Par ailleurs, des procédures rapides et simples doivent permettre de changer la mention du sexe de l'état civil lorsque le mauvais sexe a été assigné à l'enfant ou lorsque l'intersexuation se révèle au cours des années suivant la naissance. Une option est de laisser la mention du sexe en blanc jusqu'à un certain âge, pour tous les enfants.
205. Enfin, un débat de société est nécessaire pour établir dans quelle mesure les personnes ne s'identifiant pas aux catégories du sexe féminin ou masculin pourraient bénéficier d'une reconnaissance juridique et sociale.

4.6. Recherche

206. Des études sont à mener sur la situation psychosociale des enfants intersexes, en vue d'évaluer au mieux leurs besoins et mettre en œuvre leurs droits.
207. A l'heure actuelle, lorsque des personnes participent à une recherche en indiquant un sexe autre que féminin ou masculin, elles en sont automatiquement exclues. Il serait important que toutes les recherches prévoient plus de deux possibilités de codage du sexe.
208. Concernant les recherches sur les personnes intersexes, une difficulté méthodologique est à souligner : étant donné qu'un grand nombre de personnes ignorent qu'elles peuvent être considérées comme intersexes en raison des informations parcellaires transmises par les médecins, il est difficile d'entrer en contact avec elles (Creighton/Liao 2004). Un recrutement en dehors du milieu médical sera indispensable, non seulement pour cette raison, mais aussi parce que certaines personnes intersexes ne suivent pas de parcours médical lié à leur intersexuation.
209. Il est également nécessaire de réaliser un bilan des traitements hormono-chirurgicaux de normalisation réalisés en Europe et de leurs effets à long terme. Ces études devraient être focalisées sur la perception des traitements par les personnes concernées et non pas uniquement sur celle de leurs médecins.
210. En raison du manque de connaissances généralisé à cet égard, il est impératif que ces études :
- adoptent une méthodologie participative associant les organisations intersexes ayant acquis une longue expérience de terrain ;
 - soient indépendantes du milieu médical pour garantir la neutralité des informations recueillies ;
 - soit conçues en dehors du cadre de la dichotomie des sexes, car autrement des enfants intersexes risqueraient d'en être de facto exclus, ou leurs réalités risqueraient de ne pas être appréhendées avec exactitude.

4.7. Conclusion

211. La pression des normes de genre joue un grand rôle pour ce qui est des traitements médicaux contestés et influe aussi sur la situation sociale et juridique des enfants intersexes. De fait, les normes de genre ont pour conséquence des violations des droits des enfants intersexes à plusieurs niveaux, ce qui amène à considérer la nécessité d'un changement de paradigme

212. Bastien-Charlebois (sous presse) invite à mettre en lumière la beauté des existences intersexes.

213. Une telle perspective, si elle était adoptée dans le milieu médical, permettrait d'accueillir l'enfant tel qu'il est et serait protectrice pour lui. A un niveau plus global, elle permettrait aux enfants intersexes d'avoir une place dans notre société.

4.8. Recommandations

Systeme de santé

214. Accorder la priorité absolue à la cessation des traitements hormonaux et chirurgicaux dits « de normalisation » pratiqués sur des enfants intersexes qui ne sont pas en mesure d'y donner leur consentement éclairé. A cette fin :

- Promouvoir activement la mise en œuvre du point 7.5.3. de la résolution 1952 (2013) de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe sur le droit des enfants à l'intégrité physique.
- Promouvoir l'adoption de réglementations nationales interdisant explicitement les traitements hormonaux et chirurgicaux dits « de normalisation » relatifs aux enfants intersexes qui ne sont pas en mesure d'y donner leur consentement éclairé. Ces réglementations nationales devraient poser le principe du respect de l'intégrité physique de l'enfant et énumérer de façon limitative et transparente les cas dans lesquels il peut y être dérogé, à savoir ceux où la vie de l'enfant est en danger ou lorsqu'il s'agit d'empêcher des dommages sérieux pour la santé physique de l'enfant. En outre, ces réglementations nationales devraient poser le principe de l'information systématique et obligatoire de l'enfant, conformément à son âge.

215. Soutenir des actions de formation et d'information des professionnel.le.s de santé sur l'accompagnement médical des enfants intersexes, en particulier :

- Promouvoir un changement de perspective médicale sur l'intersexuation en veillant à ce que les professions de santé reçoivent, dans le cadre de leur formation initiale et continue, des informations sur l'intersexuation sous un angle positif et non pathologisant.
- Veiller à ce que les professions médicales associées à la naissance soient formées à annoncer l'intersexuation sous un angle positif.
- Soutenir l'organisation de colloques pluridisciplinaires en vue d'informer les professions médicales des questions éthiques s'opposant aux traitements hormonaux et chirurgicaux en cause.
- Sensibiliser les professions médicales aux principes éthiques des examens des organes génitaux des enfants intersexes.

Groupe vulnérable

216. Promouvoir la dignité et le respect des enfants intersexes dans tous les domaines de leur vie.
217. Considérer les enfants intersexes comme un groupe vulnérable nécessitant une protection particulière.
218. Mettre un terme aux traitements inhumains et dégradants subis par les enfants intersexes, en particulier dans le système de santé, en application des obligations des Etats en vertu de la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.
219. Promouvoir un dialogue structuré avec les groupes et associations représentant les enfants intersexes et leurs parents pour développer des politiques les concernant, en accordant la prééminence à la protection de l'intégrité physique de l'enfant et son droit d'être entendu.
220. Prendre en compte les besoins spécifiques des enfants intersexes de manière transversale lors de l'élaboration de toutes les politiques de l'enfance.
221. Considérer les enfants intersexes comme un groupe à risque s'agissant du suicide et en tenir compte dans les programmes de prévention du suicide.
222. Intégrer dans la formation initiale et continue des professionnel.le.s travaillant avec des enfants des informations sur la situation des enfants intersexes en veillant à ce que l'intersexuation soit présentée sous un angle positif et non pathologisant. Les professions concernées sont non seulement les professions du secteur socio-éducatif et de la santé, mais aussi les juristes de ces secteurs.

Soutien à la parentalité et aux enfants intersexes

223. Développer des services de consultation indépendants du milieu médical, visant à aider les enfants intersexes à grandir dans une société structurée autour de la dichotomie des sexes, et à aider les parents à élever leur enfant dans une telle société. Les consultations doivent être axées sur le principe de l'acceptation inconditionnelle des enfants intersexes tels qu'ils sont, sur la délivrance d'informations relatives aux aspects éthiques et juridiques des interventions médicales à visée correctrice, ainsi que sur la prévention des risques psychosociaux encourus par l'enfant et sa famille. Ces consultations doivent être conçues en coopération avec les représentant.e.s des personnes intersexes et financées de façon adéquate.

Système éducatif

224. Informer dès l'enfance, par le biais des programmes scolaires, de l'existence des personnes intersexes. A cette fin, revoir les programmes et les ouvrages scolaires de manière transversale de façon à y présenter les enfants et les adultes intersexes sous un jour positif et non pathologisant - en particulier, mais pas uniquement, dans les cours de biologie.
225. Former le personnel éducatif et enseignant, par le biais de la formation initiale et continue, à l'accueil des enfants intersexes et de leurs parents, ainsi que sur les questions de protection de l'intimité de l'enfant et de sécurité.

226. Promouvoir le développement de lignes directrices sur l'accueil des enfants intersexes dans toutes les structures accueillant des enfants ; ces lignes directrices doivent mettre l'accent sur la protection de la vie privée et de la sécurité des enfants intersexes.
227. Promouvoir dans toutes les structures accueillant des enfants le respect des expressions de genre qui dérogent aux normes de genre et le respect des enfants intersexes dont les corps sont différents de ce qui est considéré comme la norme.

Recherche

228. Réaliser des recherches participatives sur la situation médicale des enfants et adultes intersexes. Ces recherches devraient être conçues et évaluées en dehors du milieu médical, et porter notamment sur les conséquences pour la santé psychique et mentale des traitements hormonaux et chirurgicaux de normalisation, ainsi que sur les pratiques d'examen des organes génitaux des enfants intersexes.
229. Réaliser des recherches participatives sur la situation sociale des enfants intersexes. Ces recherches devraient être conçues de façon à enregistrer plus de deux sexes.
230. Prévoir plus de deux possibilités de codage du sexe dans toutes les recherches concernant des enfants et des adultes.

ANNEXES AU RAPPORT:

Références

Assembly Bill - 1266 (2013): Pupil rights: sex-segregated school programs and activities. URL: http://leginfo.legislature.ca.gov/faces/billNavClient.xhtml?bill_id=201320140AB1266 [15.11.2013].

Agius, S., Tobler, C. (2012): Trans and intersex people Discrimination on the grounds of sex, gender identity and gender expression, European Network of Legal Experts in the non-discrimination field, Supervised by Migration Policy Group, European Commission. URL: <http://bookshop.europa.eu/en/trans-and-intersex-people-pbDS3212033/> [06.11.2013].

Alderson, J., Madill, A., Balen, A. (2004): Fear of devaluation: Understanding the experience of intersexed women with androgen insensitivity syndrome. In: *British Journal of Health Psychology*, 9, 81–100.

Alessandrin, A. (2013): Transidentités : l'épreuve scolaire. In: Observatoire Des Transidentités (site web). URL: http://www.observatoire-des-transidentites.com/pages/Transidentites_lepreuve_scolaire-8482429.html [27.10.2013].

Alexander, T. (1997): The Medical Management of Intersexed Children: An Analogue for Childhood Sexual Abuse. ISNA (site web). URL: <http://www.isna.org/articles/analog> [14.11.2013].

Assemblée parlementaire (2013): Résolution 1952 (2013). Le droit des enfants à l'intégrité physique. Conseil de l'Europe, texte adopté par l'Assemblée le 1er octobre 2013. URL: <http://assembly.coe.int/ASP/Doc/XrefViewPDF.asp?FileID=20174&Language=FR> [11.11.2013].

Australian Senate (2013): Involuntary or coerced sterilisation of intersex people in Australia. Community Affairs References Committee. URL: http://www.aph.gov.au/Parliamentary_Business/Committees/Senate/Community_Affairs/Involuntary_Sterilisation/Sec_Report/~/_media/Committees/Senate/committee/clac_ctte/involuntary_sterilisation/second_report/report.ashx [15.11.2013].

Bandini, E. e.a. (2011): Childhood maltreatment in subjects with male-to-female gender identity disorder. In: *International Journal of Impotence Research* 23, 276–285.

Barth, E. e.a. (2013): *Inter. Erfahrungen intergeschlechtlicher Menschen in der Welt der zwei Geschlechter*. Berlin: NoNo Verlag.

Bastien-Charlebois, J. (sous presse): *Menschliche Vielfalt – zum Leidwesen der Normen*. In: *Normierte Kinder*. Schneider, E./Baltes-Löhr, C. (dir.), Bielefeld: transcript. Paraîtra également en français et anglais.

Bastien-Charlebois, J. (2013): Corrections médicales des personnes intersexuées : le bras armé de l'hétérosexisme. In: *Gazette des femmes*. URL : <http://www.gazettedesfemmes.ca/7764/corrections-medicales-des-personnes-intersexuees-le-bras-arme-de-lheterosexisme/> [20.11.2013].

Beh, H., G., Diamond, M., Richardson, W.S (2005): David Reimer's Legacy: Limiting parental discretion. In: *Cardozo Journal of Law & Gender*. Vol. 12:(1):5-30. URL: <http://www.hawaii.edu/PCSS/biblio/articles/2005to2009/2006-david-reimers-legacy.html> [15.11.2013].

Beh, H., G. et Diamond, M. (2000): An Emerging Ethical and Medical Dilemma: Should Physicians Perform Sex Assignment on Infants with Ambiguous Genitalia? URL: <http://www.hawaii.edu/PCSS/biblio/articles/2000to2004/2000-emerging-ethical-dilemma.html> [31.10.2013].

Blackless, M. e.a. (2000): How Sexually Dimorphic Are We? Review and Synthesis. In: *American Journal of Human Biology* 12:151–166. URL: <http://transgenderinfo.be/wp-content/uploads/2013/01/Blackless-How-Dimorphic-2000.pdf> [12.11.2013].

Bouvattier, C. (2011): Détermination du sexe chez l'humain: aspect hormonal. Communication au colloque « Mon corps a-t-il un sexe ? Détermination du sexe et contraintes du genre », 22.06.2011, Paris, organisé par l'Institut Emilie du Châtelet. URL: http://www.institutemilieduchatelet.org/files/Colloques-IEC/2011-colloque-Sexe/IEC_Coll-sexe-programme.pdf [31.10.2013].

Brill, S., Pepper, R. (2011): Wenn Kinder anders fühlen, Identität im anderen Geschlecht. Ein Ratgeber für Eltern. Munich: Reinhard. Le livre est initialement paru en anglais sous le titre *The Transgender Child – A Handbook for Families and Professionals*. Cleis Press, 2008.

Bryant, K. (2006): Making Gender Identity Disorder of Childhood: Historical Lessons for Contemporary Debates, *Sexuality Research & Social Policy*. *Journal of NSRC*, September, Vol. 3, No. 3, 23-39. URL: <https://faculty.newpaltz.edu/karlbryant/files/Bryant-srsp.2006.3.3.pdf> [08.11.2013].

Carpenter, M. (2013): August submission to the Senate Inquiry on the involuntary or coerced sterilisation of people with disabilities, *Organisation Intersex International Australia*. <http://oii.org.au/23387/august-submission-senate-inquiry-sterilisation/> [15.11.2013].

Centre for Epidemiology and Research (2011): *New South Wales Mothers and Babies 2009*. Sydney: NSW Ministry of Health. URL: http://www0.health.nsw.gov.au/pubs/2011/mothers_babies_2009.html [11.11.2013].

Clements-Nolle, K. Marx, R. Katz, M. (2006): Attempted Suicide Among Transgender Persons. In: *Journal of Homosexuality*, 51:3, 53-69.

Cohen-Kettenis, P. T., Delemarre-Van De Waal, H. et Gooren, L. J. G. (2008): The Treatment of Adolescent Transsexuals: Changing Insights. In: *Journal of Sexual Medicine*, 5, 1892-1897. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1743-6109.2008.00870.x/pdf> [15.11.2013].

Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine (NEK-CNE, Suisse) (2012): Attitude à adopter face aux variations du développement sexuel. Questions éthiques sur l'« intersexualité ». Berne : *Prise de position n° 20/2012*. URL: <http://www.bag.admin.ch/nek-cne/04229/04232/index.html?lang=fr> [31.10.2013].

Convention relative aux droits de l'enfant. URL: <http://www2.ohchr.org/french/law/crc.htm> [15.11.2013].

Creighton, S. M. (2004): Long-term outcome of feminization surgery: the London experience. In: *BJU INTERNATIONAL*, 93 Supplement 3, 44-46.

Creighton, S. M., Liao, L.-M. (2004): Changing attitudes to sex assignment in intersex. In: *BJU INTERNATIONAL*, 93; 659 - 664. URL: <http://web.clark.edu/mdiggs/210HUMGLBT/Intersex.pdf> [14.11.2013].

D'Alberton, F. (2010): Disclosing Disorders of Sex Development and Opening the Doors. In: *Sexual Development*, 4:304–309. URL: <http://www.aissg.org/PDFs/D%27Alberton-Disclosing-2010.pdf> [15.11.2013].

Delvaux-Stehres, M. (2013): Réponse de Madame la Ministre de l'Education nationale et de la Formation professionnelle à la question parlementaire n° 2732 du Député Claude Adam. URL: <http://www.men.public.lu/fr/actualites/questions-parlementaires/2013/05/22-qp-2732/adam.pdf> [27.10.2013].

Deutscher Bundestag (2013): Gesetz zur Änderung personenstandsrechtlicher Vorschriften (Personenstandsrechts-Änderungsgesetz - PStRÄndG). URL: <http://dipbt.bundestag.de/extrakt/ba/WP17/451/45180.html> [15.11.2013].

Deutscher Ethikrat [Conseil d'Ethique allemand] (2012a-fr): Intersexualité. Avis. Berlin. URL: <http://www.ethikrat.org/files/avis-intersexualite.pdf> [15.11.2013].

Deutscher Ethikrat (2012a-de): Intersexualität. Stellungnahme [Intersexualité. Avis]. Berlin. URL: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-intersexualitaet.pdf> [31.10.2013].

Deutscher Ethikrat (2012a-en): Intersexuality. Opinion. Berlin. URL: <http://www.ethikrat.org/files/opinion-intersexuality.pdf> [15.11.2013].

Deutscher Ethikrat (2012b): Dokumentation. Intersexualität im Diskurs. Berlin. URL: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/dokumentation-intersexualitaet-im-diskurs.pdf> [09.11.2013].

Di Ceglie D., Coates Thümmel, E. (2006): An experience of group work with parents of children and adolescents with gender identity disorder. In: *Clin Child Psychol Psychiatry*, 11: 387-96.

Dreger, A., Felder, E. K., Tamar-Mattis, A. (2012): Prenatal Dexamethasone for Congenital Adrenal Hyperplasia. An Ethics Canary in the Modern Medical Mine. In: *J Bioeth Inq*. September; 9(3): 277–294.

Drescher, J., Cohen-Kettenis, P., Winter, S. (2012): Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11. In: *International Review of Psychiatry*, December, 24(6): 573.

Ehrensaft, D. (2012): From Gender Identity Disorder to Gender Identity Creativity: True Gender Self Child Therapy. In: *Journal of Homosexuality*, 59:3, 337-356.

Ehrensaft, D. (2011): Gender born, gender made. Raising Healthy Gender-Nonconforming Children. The Experiment NewYork.

Fausto-Sterling, A. (2012): *Corps en tous genres. La dualité des sexes à l'épreuve de la science*. Paris: La Découverte.

Fuchs, W. e.a. (2013): Studie zur Lebenssituation von Transsexuellen in Nordrhein-Westfalen, Lesben- und Schwulenverband Landesverband Nordrhein-Westfalen e.V. URL: http://www.lsvd.de/fileadmin/pics/Dokumente/TSG/Studie_NRW.pdf [26.10.2013].

Gay, Lesbian & Straight Education Network (GLSEN) et National Center for Transgender Equality (2013): Model District Policy On Transgender And Gender Nonconforming Students. URL: http://transequality.org/PDFs/Trans_ModelPolicy_2013.pdf [06.11.2013].

Giordano, S. (2008): Ethics of Management of Gender Atypical Organisation in Children and Adolescents. In: International Public Health Policy and Ethics. Boylan, M. (dir.). Berlin: Springer.

Gentlewarrior, S. (2009): Culturally Competent Service Provision to Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Survivors of Sexual Violence. Harrisburg, PA: VAWnet, a project of the National Resource Center on Domestic Violence/Pennsylvania Coalition Against Domestic Violence. URL: <http://www.vawnet.org> [07.11.2013].

Gosselin, L. (2012): Intersexualité. Des sexes en question dans les sociétés occidentales. Mémoire de maîtrise. Québec: Université Laval. URL: <http://www.google.lu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CC4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.theses.ulaval.ca%2F2012%2F28916%2F28916.pdf&ei=31yPUtLkK6qd0AWNl4DgDA&usg=AFQjCNGlJsRR5PzuvfSstLaSCgXyg8rStA&sig2=8Kpg-BwKsKL66LH9NOwp8w&bvm=bv.56988011,d.d2k> [15.11.2013].

Graham, R. (2012): How young children remain autonomous in expressing their gender identity: parent perceptions of the experiences had by their gender nonconforming child in the early childhood education environment. Mills College. UMI Dissertation Publishing. URL: <http://gradworks.umi.com/15/10/1510997.html> [26.10.2013].

Greytak, E. A., Kosciw, J. G., Diaz, E. M. (2009): Harsh Realities: The Experiences of Transgender Youth in Our Nation's Schools. New York: GLSEN.

Groneberg, M., Zehnder, K. (dir.) (2008): « Intersex ». Geschlechtsanpassung zum Wohl des Kindes ? Erfahrungen und Analysen. In: Academic Press Fribourg. URL: http://www.unil.ch/webdav/site/philo/shared/DocsPerso/GronebergMichael/MG_Intersex.pdf [01.11.2013].

Grossman, A. H., D'Augelli, A. R. (2006): Transgender Youth: Invisible and Vulnerable. Publié simultanément dans : Journal of Homosexuality, Vol. 51, No. 1, 2006, 111-128., et dans : Current Issues in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health 2006, pp. 111-128.

Grossman, A. H., D'Augelli, A. R. (2007): Transgender Youth and Life-Threatening Behaviours. In: Suicide and Life-Threatening Behaviour, 37(5), oct., p. 527-537.

Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., & Salter, N. P. (2006): Male-to-female transgender youth: Gender expression milestones, gender atypicality, victimization, and parents' responses. In: Journal of GLBT Family Studies, 2, 71-92.

Guillot, V., Bastien-Charlebois, J. (2013): Géographie du mouvement intersexe. In: Géographie des homophobies, Paris : Armand Colin, 241-268.

Guillot, V. (2013): Mon corps a-t-il un sexe ? Détermination du sexe et contraintes du genre. In: Transidentités. Histoire d'une dépathologisation. Thomas, M.-Y., Espineira, K., Alessandrin, A. (dir.). Paris: L'Harmattan.

Guillot, V. (2012): L'intersexuation, une urgence médicale ? Enjeux d'une annonce positive aux parents. Support du workshop pour sages-femmes/accoucheurs et pédagogues curatifs, congrès « La normativité de genre et ses effets sur l'enfance et l'adolescence », 24.09.2012, organisé par l'Université du Luxembourg et Transgender Luxembourg, Luxembourg.

Guillot, V. (2008): Intersexes : Ne pas avoir le droit de dire ce que l'on ne nous a pas dit que nous étions. Nouvelles Questions Féministes. À qui appartiennent nos corps ? Féministes et luttes intersexes, vol. 27, n° 1, 37-48.

Hammarberg, T. (2009): Droits de l'homme et identité de genre. Conseil de l'Europe. URL: <https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=1829911&SecMode=1&DocId=1458356&Usage=2> [26.10.2013].

Hammarberg, T. (2011): La discrimination fondée sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre en Europe, Editions du Conseil de l'Europe. URL: http://www.coe.int/t/commissioner/Source/LGBT/LGBTStudy2011_fr.pdf [26.10.2013].

Hellen, M. (2009): Transgender Children in School. In: Liminalis: journal for sex/gender emancipation and resistance, p. 81-99. Goldsmiths Research Online. URL: <http://eprints.gold.ac.uk/3531/1/Liminalis-2009-Hellen.pdf> [26.10.2013].

HES/MAG (2009): Enquête sur le vécu des jeunes populations trans en France. Première analyse sur un échantillon retenu de 90 répondants au début avril 2009. Homosexualités & Socialisme (HES) et le Mouvement d'Affirmation des jeunes Gais, Lesbiennes, Bi et Trans (le MAG- Jeunes LGBT). URL: http://www.hes-france.org/IMG/pdf/Rapport_Prelim_Enquete_JeunesTrans_Avril2009_Vfinal.pdf [02.11.2013].

Hill, D. B. e.a. (2010): An Affirmative Intervention for Families With Gender Variant Children: Parental Ratings of Child Mental Health and Gender. Journal of Sex & Marital Therapy, 36:6-23. URL: <http://transformingfamily.org/pdfs/Parents%20and%20Gender%20Variance.pdf> [19.11.2013].

Hill, D. B. e.a. (2007): Gender Identity Disorders in childhood and adolescence. A Critical Inquiry. In: Journal of Psychology & Human Sexuality, February 03, 17, 7-34.

Human Rights Commission (2007): To Be Who I Am. Report of the Inquiry into Discrimination Experienced by Transgender People. Auckland. URL: http://www.hrc.co.nz/hrc_new/hrc/cms/files/documents/15-Jan-2008_14-56-48_HRC_Transgender_FINAL.pdf [12.11.2013].

International Commission of Jurists (ICJ) (2011): Sexual Orientation, Gender Identity, and Justice: A Comparative Law Casebook. URL: <http://www.icj.org/sexual-orientation-gender-identity-and-justice-a-comparative-law-casebook/> [12.11.2013].

Internationale Vereinigung Intergeschlechtlicher Menschen (IVIM), Transgender Europe (TGEU), ILGA-Europe (2010): Joint contribution by ILGA-Europe, Transgender Europe and OII-Germany

towards the European Commission's assessment of the state of affairs vis-à-vis gender discrimination in education and the provision of financial services. URL: [http://ilga-europe.org/home/publications/policy_papers/\(offset\)/15](http://ilga-europe.org/home/publications/policy_papers/(offset)/15) [06/11/2013].

Intersexuelle Menschen e.V. e.a. (2011): Shadow Report to the 5th Periodic Report of the Federal Republic of Germany on the Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CAT). URL: <http://intersex.shadowreport.org/> [14.11.2013].

ISNA: How common is intersex. Site web. URL: <http://www.isna.org/faq/frequency> [15.11.2013].

Jiménez, N., Cabral, M. (2013): Mit eigener Stimme. In: Inter. Erfahrungen intergeschlechtlicher Menschen in der Welt der zwei Geschlechter. Barth, E. e.a. Berlin: NoNo Verlag, 49-55.

Karkazis, K. (2008): Fixing Sex: Intersex, Medical Authority, and Lived Experience. Durham: Duke University Press Books.

Keins, P., Schneider, E. (2013): Périodes méconnues de la transidentité: De la petite enfance au début de la puberté. Communication au colloque « Le droit de l'enfant et de l'adolescent à son orientation sexuelle et à son identité de genre, 02.05.2013, Sion, Suisse, organisé par l'Institut universitaire Kurt Bösch (IUKB), en collaboration avec le Conseil de l'Europe. URL: http://www.iukb.ch/fileadmin/iukb/conf13/prog_f.pdf [15.11.2013].

Kennedy, K. (2006): Psychological Distress in People with Intersex Conditions. Leeds United Kingdom. URL: <http://www.aissg.org/PDFs/Kirsty-Kennedy-Paper.pdf> [13.11.2013].

Kennedy, N. (2013): Cisgenrisme et enfants trans: La perspective de l'activité sociale. Communication au colloque « Le droit de l'enfant et de l'adolescent à son orientation sexuelle et à son identité de genre », 02.05.2013, Sion, Suisse, organisé par l'Institut universitaire Kurt Bösch (IUKB), en collaboration avec le Conseil de l'Europe. URL: http://www.iukb.ch/fileadmin/iukb/conf13/prog_f.pdf [15.11.2013].

Kennedy, N., Hellen, M. (2010): Transgender children: more than a theoretical challenge. Graduate Journal of Social Science, Dec., vol. 7, Issue 2. URL: <http://www.transgenderni.com/Branches/Youthnet/Transgender%20NI/Files/Documents/research/Kennedy%20and%20Hellen%20Transgender%20Children.pdf>.

Kidd, J. D., Witten, T. M. (2007): Transgender and transsexual identities. The next strange fruit – hate crimes, violence and genocide against the global trans-communities. In: Journal of Hate Studies, 6(1), 31-63.

Klöppel, U. (2010): XXOXY ungelöst. Hermaphroditismus, Sex und Gender in der deutschen Medizin. Eine historische Studie zur Intersexualität. Bielefeld: Transcript.

Kolbe, A. (2010): Intersexualität, Zweigeschlechtlichkeit und Verfassungsrecht. Eine interdisziplinäre Untersuchung. Baden-Baden: Nomos.

Kosciw, J. e.a. (2012): The 2011 National School Climate Survey: The experiences of lesbian, gay, bisexual and transgender youth in our nation's schools. New York: GLSEN. URL: <http://www.glsen.org/sites/default/files/2011%20National%20School%20Climate%20Survey%20Full%20Report.pdf> [26.10.2013].

Kromminga, Ins A (2012): Herm Kunst. Das Persönliche ist politisch. In: Inter. Erfahrungen intergeschlechtlicher Menschen in der Welt der zwei Geschlechter, Barth, E. e.a (dir.): Berlin: NoNo Verlag, 97-108.

Kromminga, Ins A (2012): Die Republik der Hermaphroditen? Zwitter zwischen Kultur und Unsichtbarkeit. International & Interdisciplinary Conference « Transgender and Intersex in the Arts, Science and Society. Dresden 18.01.2012, Technische Universität Dresden. URL: http://tu-dresden.de/die_tu_dresden/fakultaeten/fakultaet_sprach_literatur_und_kulturwissenschaften/anglistik_und_amerikanistik/fachgebiete/englische_literaturwissenschaft/transgender_intersex [13.11.2013].

Labelle, S.-G. (2013): Une fille comme les autres. Montréal: Les Editions du Fléché.

Lang, C. (2006) : Intersexualität. Menschen zwischen den Geschlechtern. Frankfurt/Main: Campus.

Langer, S. J., Martin, J.J. (2004): How Dresses Can Make You Mentally Ill: Examining Gender Identity Disorder in Children. In: Child and Adolescent Social Work Journal, Vol. 21, No. 1.

Latour, D. (2013): La transphobie en milieu scolaire. In: Observatoire des Transidentités (site web). URL: http://www.observatoire-des-transidentites.com/pages/La_transphobie_en_milieu_scolaire-8482465.html [26.10.2013].

Lembke, U. (2011): Zur Situation von Menschen mit Intersexualität in Deutschland. Stellungnahme. Deutscher Ethikrat. URL: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/lembke-stellungnahme-intersexualitaet.pdf> [01.11.2013].

Lev, A. I. (2004): Transgender Emergence: Therapeutic Guidelines for Working with Gender-variant People and Their Families. New York: Routledge.

Li, G. e. a. (2013): Preferred Name Use and Suicide and Mental Health Risks among Transgender Youth. Conference: Society for Research in Child Development. URL: https://mcclellandinstitute.arizona.edu/sites/mcclellandinstitute.arizona.edu/files/Preferred%20Names%20Use%20and%20Suicide%20and%20Mental%20Health%20Risks%20among%20Transgender%20YouthLi_0.pdf [14.11.2013].

Luecke, J. C. (2011): Working with Transgender Children and Their Classmates in Pre-Adolescence: Just Be Supportive. In: Journal of LGBT Youth, 8:2, 116-156.

Mallon, G. P., DeCrescenzo, T. (2006): Transgender Children and Youth: A Child Welfare Practice Perspective. In : Child Welfare. Mar-Apr; 85(2):215-41. URL: http://wcuunity.wikispaces.com/file/view/mallon_transgender_adolesents.pdf [31.10.2013].

McBride, R.-S. (2013): Grasping the Nettle: The Experiences of Gender Variant Children and Transgender Youth Living in Northern Ireland. Belfast: Institute for Conflict Research. URL: <http://www.conflictresearch.org.uk/Resources/Documents/Grasping%20the%20Nettle%20-%20Gender%20Variant%20Children%20and%20Transgender%20Youth%20-%20MCBRIDE%202013%20-%20FINAL%20V2.pdf> [26.10.2013].

Meister, C. (2013): Junge, Mädchen oder keins von beidem. Ist ein Baby weder eindeutig männlich noch weiblich, dürfen Ärzte nun die Angabe im Geburtenregister frei lassen. Was Intersexuellen

helfen soll, schafft neue Probleme. In: Zeit online, 01.11.2013. URL: <http://www.zeit.de/wissen/2013-10/intersexualitaet-geschlechtsangabe-personenstandsgesetz-aenderung> [09.11.2013].

Mendez, J. (2013): Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Nations Unies 1er février, A/HRC/22/53. URL: http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A-HRC-22-53_FR.pdf [15.11.2013].

Menvielle, E. (2012): A Comprehensive Program for Children with Gender Variant Behaviors and Gender Identity Disorders. In: Journal of Homosexuality, 59: 3, 357-368.

Meyer-Bahlburg, H.F.L. (2002): Gender identity disorder in young boys: a parent- and peer-based treatment protocol. In: Clin Child Psychol Psychiatry, 7:360-76.

Ministerial Advisory Committee on Gay and Lesbian Health (2002): What's the Difference? Health Issues of Major Concern to Gay, Lesbian, Bisexual, Transgender and Intersex (GLBTI) Victorians. Research Paper. Rural and Regional Health and Aged Care Services Division, Victorian Government Department of Human Services, Melbourne Victoria. URL: <http://www.glhv.org.au/files/difference.pdf> [12.11.2013].

Mizock, L. et Lewis, T. K. (2008): Trauma in Transgender Populations: Risk, Resilience, and Clinical Care. In: Journal of Emotional Abuse, 8:3, 335-354.

Moron-Puech, B. (2011): Les intersexuels et le droit, dir. Dominique Fenouillet, Mémoire Université Paris II. URL: http://www.u-paris2.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw?ID_FICHER=79168[31.10.2013].

Motmans, J. (2009): Être transgenre en Belgique. Un aperçu de la situation sociale et juridique des personnes transgenres. Bruxelles: Institut pour l'égalité des femmes et des hommes. Ce rapport existe aussi en anglais et en néerlandais. URL: http://igvm-iefh.belgium.be/fr/publications/leven_als_transgender_in_belgi_.jsp [27.10.2013]. Le tableau 73 p. 125 de la version française comporte une erreur de traduction. L'intitulé de la troisième colonne doit se lire : « Personnel enseignant » et non pas « D'autres élèves/étudiants ».

Mottet, L., Ohle, J. M. (2003): Transitioning Our Shelters: A Guide To Making Homeless Shelters Safe For Transgender People, National Gay and Lesbian Task Force Policy Institute, National Coalition for the Homeless. URL: <http://www.thetaskforce.org/downloads/reports/reports/TransitioningOurShelters.pdf> [29.10.2013].

Nuttbrock, L. e.a. (2010): Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. The Journal of sex research, 47(1), 12 -23.

OII Australia (2013a): Open birth sex assignments do not reduce surgical interventions. OII Australia, (blog), 04.11.2013. URL: <http://oii.org.au/24097/flexible-or-open-birth-sex-assignments-have-no-impact-on-surgical-interventions/> [09.11.2013].

OII Australia (2013b): On the number of intersex people. Site internet, 28.09.2013. URL: <http://oii.org.au/16601/intersex-numbers/> [09.11.2013].

OII Europe (2013): Sham package for Intersex: Leaving sex entry open is not an option. 07.02.2013. URL: <http://oiieurope.org/bluff-package-for-inter-leaving-sex-entry-open-is-not-an-option/> [09.11.2013].

OII francophonie (2013): Supposée reconnaissance d'un troisième sexe par l'État allemand : des risques à considérer. Communiqué de presse, 20.08.2013. URL: <http://oiifrancophonie.org/231/communique-de-presse-de-loii-francophonie/> [09.11.2013].

OII Intersex Network (2012): Intersex Genital Mutilation – IGM: The Fourteen Days of Intersex (site web). URL: <http://oiiinternational.com/2574/intersex-genital-mutilation-igm-fourteen-days-intersex/> [15.11.2013].

Parliament of Australia (2013): Sex Discrimination Amendment (Sexual Orientation, Gender Identity and Intersex Status) Act 2013. URL: <http://www.comlaw.gov.au/Details/C2013A00098> [15.11.2013].

Picquart, J. (2009): Ni homme ni femme. Enquête sur l'intersexuation. Paris : La Musardine.

Pirelli Benestad, E. E. (2012): Addressing the Disturbed Like Ripples in Water, Networking for Children Who Transe. Communication à la conférence « Pleasure and Health by education, counselling and treatment », 04.07.10, Helsinki. Annual conference of the Nordic Association for Clinical Sexology (NACS). URL: <http://www.seksologinenseura.fi/tiedostot/NACS%202012%20Helsinki%20Proceedings.pdf> [28.10.2013].

Pitts, M. e.a. (2006): Private Lives: A report on the wellbeing of GLBTI Australians. Australian Research Centre in Sex, Health and Society, Melbourne: LaTrobe University. URL: http://www.glhv.org.au/files/private_lives_report_0.pdf [12.11.2013].

Plattner, K. (2008): Erfahrungsbericht einer Mutter. In: « Intersex ». Geschlechtsanpassung zum Wohl des Kindes ? Erfahrungen und Analysen, Groneberg, M. et Zehnder, K. (dir.), Academic Press Fribourg, 13-17.

Groneberg, M., Zehner, K. (2008): « Intersex ». Geschlechtsanpassung zum Wohl des Kindes ? Erfahrungen und Analysen. In: Academic Press Fribourg.

Preves, S.E. (1998): « For the sake of children: Destigmatising intersexuality ». In: J Clin Ethics 9(4): 411-420.

Principes de Jogjakarta (2007): Principes sur l'application de la législation internationale des droits humains en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre. URL: http://www.yogyakartaprinciples.org/principles_fr.pdf [13.11.2013].

Pulvermüller, J. M. (2012): Gedanken einer Mutter. In: Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen. Schweizer, K., Richter-Appelt, H. (dir.), 255-267. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Quevauvilliers, J. (dir.) [2009]: Dictionnaire médical avec atlas anatomique. Masson.

RADELUX I (2012) : Rapport supplémentaire au 3e et 4e rapport national (2001-2009) sur les droits de l'enfant à Luxembourg. Rapport Alternatif des ONG luxembourgeoises au 3e et 4e rapport

gouvernemental sur les Droits de l'Enfant. Groupe ONG RADELUX. URL: http://www.ances.lu/attachments/article/162/RADELUX_new%2005-02-2013%20DINA4.pdf [15.11.2013].

RADELUX II (2012): Complément commun au rapport supplémentaire au 3e et 4e rapport national (2001 – 2009) sur les droits de l'enfant au Luxembourg. Les droits des enfants trans' et des enfants intersexes. L'exemple de leur situation au Luxembourg, ci-après « RADELUX II ». URL: http://www.ances.lu/attachments/155_RADELUX_transgender%2006-02-2013%20DINA4%20layout.pdf [27.10.2013].

Raj, R. (2002): Towards a Transpositive Therapeutic Model: Developing Clinical Sensitivity and Cultural Competence in the Effective Support of Transsexual and Transgendered Clients. In: The International Journal of Transgenderism, Vol. 6 (2). URL: http://www.iiav.nl/eazines/web/ijt/97-03/numbers/symposion/ijtvo06no02_04.htm [09.11.2013].

Rauchfleisch, U. (2013): Transgenre, de plus en plus de consultations, interview donnée au journal 20 minutes, 25 janvier. URL: <http://www.20min.ch/ro/news/suisse/story/Transgenre--de-plus-en-plus-de-consultations-27482941> [09.11.2013].

Rauchfleisch, U. (2009). Transsexualität - Transidentität, Begutachtung, Begleitung, Therapie. In: Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2e éd.

Ray, N. e.a. (2006): Lesbian, gay, bisexual and transgender youth: An epidemic of homelessness. New York: National Gay and Lesbian Task Force Policy Institute and the National Coalition for the Homeless. URL: <http://www.thetaskforce.org/downloads/HomelessYouth.pdf> [04.11.2013].

Recher, A. (2013): Le défi des jeunes et engagement politique. Communication au colloque « Le droit de l'enfant et de l'adolescent à son orientation sexuelle et à son identité de genre », 03.05.2013, Sion, Suisse, , organisé par l'Institut universitaire Kurt Bösch (IUKB), en collaboration avec le Conseil de l'Europe. URL: http://www.iukb.ch/fileadmin/iukb/conf13/prog_f.pdf [15.11.2013].

Reed, B., e.a. (2009): Gender Variance in the UK. Prevalence, incidence growth and geographic distribution. Gender Identity Research and Education Society (GIRES). URL : <http://www.gires.org.uk/assets/Medpro-Assets/GenderVarianceUK-report.pdf> [09.11.2013]. Mise à jour: GIRES : The Number of Gender Variant People in the UK - Update 2011. <http://www.gires.org.uk/assets/Research-Assets/Prevalence2011.pdf> [15.11.2013].

Reed, B.W.D., e.a. (2008) : Medical care for gender variant young people: Dealing with the practical problems. In : Sexologies, Volume 17, Issue 4, octobre-décembre, 258-264. URL: <http://www.gires.org.uk/sexologies.php> [15.11.2013].

Reucher, T. (2011): La transidentité entre 10 et 20 ans. In : Alessandrin, A. (dir.) : La transidentité: Des changements individuels au débat de société. Paris : L'Harmattan, p. 51-59.

Reucher, T. (sous presse): Transidentität und Pubertät. In: Normierte Kinder. Schneider, E., Baltes-Löhr, C. (dir.), Bielefeld: transcript. Paraîtra également en français et anglais.

Richmond, K. A., Burnes, T. et Carroll, K. (2011): Lost in Trans-Lation: Interpreting Systems of Trauma for Transgender Clients. Traumatology 2012 18: 45, originally published online 23 June 2011.

- Rosenstreich, G. (2011): LGBTI People Mental Health and Suicide. National LGBTI Health Alliance. Sydney. URL: <http://ultimo167.files.wordpress.com/2011/10/lgbti-people-mental-health-and-suicide-2011.pdf> [12.11.2013].
- Rupprecht, M. (2013): Le droit des enfants à l'intégrité physique. Rapport présenté à la Commission des questions sociales, de la santé et du développement durable, juin. URL: <http://www.assembly.coe.int/CommitteeDocs/2013/Fintegritychildren2013.pdf> [15.11.2013].
- Sanders, C., Carter, B., Goodacre, L. (2012): Parents need to protect: influences, risks and tensions for parents of prepubertal children born with ambiguous genitalia. In: J Clin Nurs. 2012 Nov;21(21-22): 3315-23.
- Schneider, E., Balthes-Löhr, C. (dir.) (sous presse): Normierte Kinder, Bielefeld: Transcript.
- Schneider, E. (2013): « Aider les jeunes trans à sortir de leur isolement ». Interview du 12.09.2013 avec L'Essentiel. URL: <http://www.lessentiel.lu/fr/news/story/31729427> [15.11.2013].
- Schober, J. e.a. (2012): Disorders of sex development: Summaries of long-term outcome studies. In: Journal of Pediatric Urology, 8(6), 616-623.
- Schützmann; K. e.a. (2009): Psychological Distress, Self-Harming Behavior, and Suicidal Tendencies in Adults with Disorders of Sex Development. In: Arch Sex Behav 38:16–33.
- Schweizer, K., Richter-Appelt, H. (dir.) (2012): Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Sironi, F. (2011): Psychologie(s) des transsexuels et des transgenres, Paris : Odile Jacob.
- Spack, N.P. e.a. (2012): Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. In: Pediatrics, Mar;129(3):418-25.
- Stotzer, R. L. (2009): Violence against transgender people: A review of United States data. In: Aggression and Violent Behavior, 14, 170-179.
- Tamar-Mattis, A. (2012): Report to the UN Special Rapporteur on Torture: Medical Treatment of People with Intersex Conditions as Torture and Cruel, Inhuman, or Degrading Treatment or Punishment. URL: http://aiclegal.org/wordpress/wp-content/uploads/2012/10/AIC-Testimony-to-the-United-Nations-Special-Rapporteur-on-Torture_December-2012.pdf?utm_source=Intersex+Awareness+Day+2013&utm_campaign=fa26effb2e-&utm_medium=email&utm_term=0_11149b9b66-fa26effb2e-418576929 [15.11.2013].
- Thomas, M.-Y., Espineira, K., Alessandrin, A. (2013): Transidentités. Histoire d'une dépathologisation. Paris : L'Harmattan.
- Torres Bernal, A., Coolhart, D. (2012): Treatment and Ethical Considerations with Transgender Children and Youth in Family Therapy. In: Journal of Family Psychotherapy, 23:4, 287-303.
- Tosh, J. (2013): The (In)Visibility of Childhood Sexual Abuse: Psychiatric Theorizing of Transgenderism and Intersexuality. In: Intersectionalities: A Global Journal of Social Work Analysis, Research, Polity,

and Practice, Vol. 2, 71-87. URL:

<http://journals.library.mun.ca/ojs/index.php/IJ/article/view/739/743> [14.11.2013].

TRAKINE (2012a): Warum soll sich ein Mensch so verhalten, wie man das aufgrund seiner Genitalien von ihm erwartet ? Erinnerungen einer Mutter eines 6 jährigen Transmädchens. http://trans-kinder-netz.de/pdf/Mutter_von_Lisa.pdf [31.10.2013].

TRAKINE (2012a): Bericht der Mutter eines 8 jährigen Transkindes. http://trans-kinder-netz.de/pdf/Bericht_einer_Mutter_eines_8_jaehrigen_Transmaedchens.pdf [15.11.2013].

Vanin, éd. (2011): Bio 3, 4, Référentiel.

Viloria, H. (2013): Why Intersex Germans Aren't Crazy About Germany's New Third Gender Law. Blog, 01.11.2013. URL: <http://intersexandout.tumblr.com/post/65696173527/why-intersex-germans-arent-crazy-about-germanys-new> [10.11.2013].

Voss, H.-J. (2012): Intersexualität – Intersex. Eine Intervention. Unrast transparent.

Voss, H.-J. (2010): Making Sex Revisited. Dekonstruktion des Geschlechts aus biologisch-medizinischer Perspektive. Bielefeld: Transkript.

Werlen, M. (2008): Rechtlicher Schutz für Kinder mit uneindeutigem Geschlecht. In: « Intersex », Geschlechtsanpassung zum Wohl des Kindes ? Erfahrungen und Analysen. Groneberg, M., Zehnder, K., Academix Press Fribourg, 2008, 178-208.

Westenfelder, M. (2012): Fakten, Mythos, Meinungen zu intersexuellem Leben. In: Dokumentation. Intersexualität im Diskurs, Deutscher Ethikrat (2012), Berlin. 77-82. URL: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/dokumentation-intersexualitaet-im-diskurs.pdf> [09.11.2013].

Whittle, S., Turner, L. et Al-Alami, M. (2007): Engendered Penalties: Transgender and Transsexual People's Experiences of Inequality and Discrimination. Londres: The Equalities Review. URL: <http://www.pfc.org.uk/pdf/EngenderedPenalties.pdf> [26.10.2013].

World Medical Association (2008) : WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. URL: [http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage) [20.11.2013].

World Professional Association for Transgender Health (WPATH) [2009]: Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People. URL: http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/Standards%20of%20Care,%20V7%20Full%20Book.pdf [05.11.2013].

Woweries, J. (2012): Hinter Unterschieden versteckt sich die Normalität. In: Dokumentation. Intersexualität im Diskurs, Deutscher Ethikrat (2012b), Berlin, 71-74. URL: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/dokumentation-intersexualitaet-im-diskurs.pdf> [09.11.2013].

Woweries, J. (sous presse): In: Normierte Kinder. Schneider, E./Baltes-Löhr, C. (dir.), Bielefeld: Transcript. Parâtra également en français et anglais.

Wren, B. (2002). I can accept my child is transsexual but if I ever see him in a dress I'll hit him: Dilemmas in parenting a transgendered adolescent. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7, 377–397.

Wüsthof, A. (sous presse): Hormonbehandlung transsexueller Jugendlicher. In: Normierte Kinder. Schneider, E., Baltes-Löhr, C. (dir.), Bielefeld: transcript. Paraître également en français et anglais.

Zobel, S. (sous presse): Intergeschlechtlichkeiten – Eigene Realitäten, eigene Normen. In: Normierte Kinder. Schneider, E., Baltes-Löhr, C. (dir.), Bielefeld: transcript. Paraître également en français et anglais.

Zwischengeschlecht.org (2013): Pressemitteilung vom 01.02.2013. URL: <http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2013/01/31/Deutschland-staatliches-Zwangsoouting-Intersex> [15.11.2013].

Zwischengeschlecht.org (2012): Western Genital Mutilation a.k.a. Cosmetic Genital Surgery performed on Children. Switzerland 14th Universal Periodic Review 2012. URL: <http://intersex.schattenbericht.org/public/UPR-14-CH-Genital-Mutilation.pdf> [15.11.2013].

Glossaire

Assignation (d'un sexe)	Attribution d'un sexe à un enfant sur la base de caractéristiques anatomiques considérées comme « femelles » ou « mâles » dans un système sociétal structuré autour d'une dichotomie des sexes.
Automutilation	Comportement consistant à s'infliger des blessures ou dommages physiques, par exemple en se coupant, se brûlant, se griffant, se frappant, se mordant, s'arrachant les cheveux. L'automutilation en elle-même n'est pas pratiquée dans l'intention de se suicider mais une partie significative des personnes qui s'automutilent est suicidaire. Les blessures sont une manifestation physique de la douleur émotionnelle.
Biphobie	Se rapporte à la haine, la peur ou le dégoût de la bisexualité ou des bisexuel.le.s ³⁷ .
CIDE	Convention internationale des droits de l'enfant des Nations Unies
DSD	Sigle signifiant à l'origine « Disorders of Sex Development » (« troubles du développement sexuel »), désignation médicale de certaines formes de variation des caractères sexués considérées comme des pathologies par la médecine. Etant donné que le caractère pathologique des variations du développement sexuel est contesté et considéré comme stigmatisant pour les personnes concernées, « DSD » est parfois utilisé dans le sens de « Différences of Sex Development » (« différences du développement sexuel »).
Expression de genre	Ensemble de signes, visibles pour l'entourage, associés à l'appartenance à un genre (féminin, masculin, ou autre redéfini individuellement). Il peut s'agir, entre autres, de la façon de se vêtir, de parler, de se comporter. Ce concept a pour fonction de distinguer le ressenti d'une personne concernant son identité de genre par rapport à ce qu'elle manifeste dans son aspect extérieur.
FtM ou ftm	Abréviation de l'anglais « female-to-male » (littéralement : « femelle-vers-mâle ») traduite par « femme-vers-homme ». Personne trans' assignée au sexe femelle à la naissance qui effectue (ou a effectué) une transition vers un rôle social de genre masculin avec ou sans les modifications corporelles correspondantes. NB. : l'emploi du masculin est, en principe, de rigueur pour s'adresser aux personnes qui ont un parcours FtM, sauf si la personne exprime expressément un autre souhait.
Gonadectomie	Ablation d'une ou des glandes qui produisent les gamètes (ovaires, testicules, ovotestis) et les hormones dites « femelles » ou « mâles » ³⁸ .
Homophobie	Toute manifestation, avouée ou non, de discrimination, d'exclusion ou de violence à l'encontre d'individus, de groupes ou de pratiques dites homosexuel.le.s ³⁹ .

³⁷ C'est comme ça : Pour les lesbiennes, gays, bi, trans et curieux... URL : <http://www.cestcommeca.net/definition-biphobie.php> [15.11.2013].

³⁸ Quevauvilliers, J., Somogyi, A., Fingerhut, A. (2009) : Dictionnaire Médical. 6^e édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Homosexuel.le	Les personnes homosexuelles sont celles qui ressentent une profonde attirance émotionnelle, affective et sexuelle envers des individus de « même sexe » et qui entretiennent des relations intimes et sexuelles avec ces individus ⁴⁰ .
Iatrogène	Qui est provoqué par le médecin ou le traitement médical.
Identité de genre	Sentiment d'appartenance personnelle au genre féminin, masculin ou à un autre genre redéfini individuellement, que cela corresponde ou non au sexe assigné à la naissance. Les <i>Principes de Jogjakarta</i> définissent l'identité de genre comme faisant référence à « l'expérience intime et personnelle de son genre profondément vécue par chacun, qu'elle corresponde ou non au sexe assigné à la naissance, y compris la conscience personnelle du corps (qui peut impliquer, si consentie librement, une modification de l'apparence ou des fonctions corporelles par des moyens médicaux, chirurgicaux ou autres) et d'autres expressions du genre, y compris l'habillement, le discours et les manières de se conduire » ⁴¹ .
Interphobie	Peur ou aversion irrationnelle à l'égard d'une personne intersexe parce que sa conformation anatomique ne relève pas des catégories standard « femelle » et « mâle ».
Intersexe (ou intersexué.e.)	Personne dont les caractères sexués sont atypiques ou non conformes aux normes généralement admises.
Intersexuation	Eventail de conformations anatomiques qui ne relèvent pas des catégories standard « mâle » et « femelle » et qui peuvent résulter de variations chromosomiques, hormonales, gonadiques ou génitales. L'intersexuation peut se caractériser par le fait d'avoir un ovaire et un testicule, ou des gonades qui contiennent à la fois du tissu ovarien et du tissu testiculaire (ovotestis). ⇒ Les configurations chromosomiques XXY ou XO au lieu de XX ou XY sont également intersexes. ⇒ Les organes génitaux de certaines personnes intersexes, mais pas de toutes, ne peuvent pas être clairement identifiés comme mâles ou femelles. ⇒ L'intersexuation peut se révéler avant la naissance, à la naissance ou plus tard, notamment à la puberté ou en cas de désir d'enfant. L'intersexuation elle-même n'est pas une pathologie. Il est plus exact de la considérer comme une désignation utilisée pour décrire la variabilité biologique ⁴² .
LGB	Abréviation tirée de l'anglais pour lesbiennes, gays et bisexuel.le.s. S'y ajoutent souvent la lettre « T » pour trans, parfois « I » pour intersexué.e.s, et/ou, encore plus rarement, « Q » pour queer ou en questionnement ⁴³ .
MtF ou mtf	Abréviation de l'anglais male-to-female (MtF) (littéralement « mâle-vers-femelle ») traduite par « homme-vers-femme ». Personne trans'

³⁹ URL : <http://www.egalitedeschancesbruxelles.irisnet.be/fr/lgbt/lutte-contre-lhomophobie/qu-est-ce-que-lhomophobie/> [22.11.2013].

⁴⁰ URL : <http://www.egalitedeschancesbruxelles.irisnet.be/fr/lgbt/lutte-contre-lhomophobie/qu-est-ce-que-lhomophobie/> [15.11.2013].

⁴¹ *Principes de Jogjakarta*, p. 6. URL : <http://www.yogyakartaprinciples.org> [15.11.2013].

⁴² RADELUX II (2012: 58), voir « Références ».

⁴³ URL : http://fr.wikipedia.org/wiki/Lesbiennes,_gays,_bisexuels_et_transgenres [15.11.2013].

	<p>assignée au sexe male à la naissance qui effectue (ou a effectué) une transition vers un rôle social de genre féminin avec ou sans les modifications corporelles correspondantes.</p> <p>NB. : l'emploi du féminin est, en principe, de rigueur pour s'adresser aux personnes qui ont un parcours MtF, sauf si la personne exprime expressément un autre souhait.</p>
NDA	Note de l'auteur.
Normal	<p>Maslow ⁴⁴ distingue quatre usages du terme normal :</p> <p>1) Le terme « normal » est parfois utilisé comme synonyme de « moyenne statistique ». Il se produit un glissement de sens lorsque ce qui relève de la moyenne statistique est présenté comme « souhaitable », le reste étant considéré comme pathologique. Selon Maslow, « [N]ous devons apprendre à dire moyenne quand nous voulons dire moyenne ».</p> <p>2) « Le mot 'normal' est souvent employé de manière inconsciente comme synonyme de 'traditionnel' ou 'habituel' ou 'conventionnel', et sert en général à avaliser la tradition. »</p> <p>3) Le terme 'normal' appliqué dans le contexte des normes culturelles (principes édictés par la culture pour définir ce qui est normal, souhaitable, bon ou sain) est obsolète, dans la mesure où l'anthropologie a montré que les normes culturelles n'avaient pas de valeur absolue pour toutes les cultures.</p> <p>4) « Dans l'usage médico-clinique, qui relève d'une tradition complètement différente, le terme 'normal' s'applique à l'absence de lésion, de maladie ou de dysfonctionnement manifeste. »</p>
Normalisation	<p>Dans le langage médical ⁴⁵, signifie :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Restauration de l'état normal ou retour de l'état normal. 2. Établissement de normes ou d'étalons en vue d'uniformiser certains concepts, produits ou substances. <p>N.B. : La définition du terme 'normal' ci-dessus souligne que ce qui est considéré comme 'normal' n'est pas universel mais dépend des contextes, des perspectives adoptées, des lieux géographiques, etc.</p>
Normativité de genre	<p>Pratiques et institutions qui légitiment et privilégient les personnes vivant conformément au genre qui leur a été assigné à la naissance. La normativité de genre a un impact négatif sur les personnes intersexes et sur les personnes trans', sur les personnes qui ne s'identifient à aucun genre, sur les hommes qui sont perçus comme étant plus « féminins » que ce qui est socialement accepté, et sur les femmes qui sont perçues comme trop « masculines » ⁴⁶.</p>
Normes de genre	<p>Ensemble de règles perçues comme obligatoires relatives à la façon de ressentir, se comporter, s'habiller etc. selon le sexe.</p>
Trans'	<p>Abréviation utilisée dans ce rapport pour désigner les enfants dont l'auto-perception par rapport au sexe d'assignation, l'identité de genre et/ou l'expression de genre diffèrent du sexe qui leur a été assigné à la</p>

⁴⁴ Maslow, A. (2008): Devenir le meilleur de soi-même. Besoins fondamentaux, motivation et personnalité. Eyrolles, 188-189.

⁴⁵ Quevauvilliers, J., Somogyi, A., Fingerhut, A. (2009) : Dictionnaire Médical. 6^e édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

⁴⁶ Définition traduite et adaptée par l'auteur à partir de : URL : http://www.ilga-europe.org/home/publications/ilga_europe_glossary [15.11.2013].

	naissance. Le contenu exact de ce concept peut varier selon les auteur.e.s., mais il recouvre en tout état de cause une grande diversité de sous-catégories.
Transidentité	Terme élaboré par opposition à celui de « transsexualité » pour souligner qu'il s'agit d'identité et non pas de sexualité, et qui signifie le fait de posséder une identité de genre ne correspondant pas au sexe assigné à la naissance et aux attentes sociales associées à ce sexe.
Transition	Processus de changement social (et souvent mais pas nécessairement corporel) par lequel une personne délaisse le rôle de genre correspondant au sexe d'assignation pour adopter le rôle de genre d'un autre sexe.
Transphobie	Peur irrationnelle à l'égard d'une personne parce que cette personne exprime une identité de genre ou un rôle social de genre différent de celui qui lui a été « assigné » à la naissance, par exemple à travers un comportement non conforme au rôle social de genre binaire assigné, un traitement hormonal, la chirurgie, les vêtements ou les cosmétiques. La transphobie peut se manifester sous forme de violences physiques (insultes, agressions, viols, ou meurtres), ou par un comportement discriminatoire ou intolérant (discrimination à l'embauche, au logement, ou encore à l'accès aux traitements médicaux) ⁴⁷ .

⁴⁷ URL : <http://www.egalitedeschancesbruxelles.irisnet.be/fr/lgbt/lutte-contre-lhomophobie/quest-ce-que-la-transphobie/> [22.11.2013].

Loi n° 26.743, du 23 mai 2012, établissant le droit à l'identité de genre (Argentine) ⁴⁸

Article 1° – Droit à l'identité de genre.

Toute personne :

- a) a droit à la reconnaissance de son identité de genre ;
- b) a droit au libre développement de sa personne conformément à son identité de genre ;
- c) a le droit d'être traitée conformément à son identité de genre et, en particulier, d'être identifiée de cette façon dans les instruments attestant de son identité en ce qui concerne son ou ses prénoms, l'image et le sexe sous lesquels elle est enregistrée.

Article 2 – Définition.

On entend par identité de genre l'expérience intime et personnelle de son genre vécue par chacun, qu'elle corresponde ou non au sexe assigné à la naissance, y compris la conscience personnelle du corps. Celle-ci peut impliquer, si consentie librement, une modification de l'apparence ou des fonctions corporelles par des moyens pharmacologiques, chirurgicaux ou autres. Elle implique aussi d'autres expressions du genre, y compris l'habillement, le discours et les manières de se conduire.

Article 3° – Exercice.

Toute personne peut demander la rectification de la mention du sexe dans les registres, ainsi que la modification du prénom et de l'image, quand ils ne coïncident pas avec son identité de genre telle que ladite personne la perçoit ⁴⁹.

Article 4° – Conditions.

Toute personne qui sollicite, en vertu de la présente loi, la rectification de la mention du sexe dans les registres ainsi que le changement de prénom et d'image doit remplir les conditions suivantes :

1. Justifier de l'âge minimal de dix-huit (18) ans, sans préjudice des dispositions de l'article 5 de la présente loi.
2. Introduire, auprès du Registre national des personnes ou de ses bureaux de section correspondants, une demande, au titre de la présente loi, visant à la rectification, dans les registres, de l'acte de naissance et à la délivrance du nouveau document national d'identité, le numéro original étant conservé.
3. Indiquer le nouveau prénom choisi, sous lequel elle demande à être inscrite.

En aucun cas il ne sera nécessaire de justifier d'une intervention chirurgicale de réassignation génitale totale ou partielle, ni de thérapies hormonales ou d'un autre traitement psychologique ou médical.

⁴⁸ Publiée au Bulletin officiel de la République d'Argentine n° 32.404, du 24 mai 2012, p. 2. Traduction non officielle réalisée par Intersex & Transgender Luxembourg a.s.b.l. (anciennement Transgender Luxembourg).

⁴⁹ Ndt : La formulation littérale est : « identité de genre autoperçue ».

Article 5° – Personnes mineures.

En ce qui concerne les personnes mineures de moins de dix-huit (18) ans, la demande de procédure visée à l'article 4 doit être introduite par l'intermédiaire des représentant/e/s légaux/ales et avec l'accord exprès du/de la mineur/e, en tenant compte des principes de capacité progressive et d'intérêt supérieur de l'enfant, conformément aux dispositions de la Convention sur les droits de l'enfant et de la loi 26.061 sur la protection intégrale des droits des enfants, adolescentes et adolescents. De même, la personne mineure doit bénéficier de l'assistance d'un/e défenseur/e conformément aux dispositions de l'article 27 de la loi 26.061.

Lorsque, pour quelque raison que ce soit, le consentement de l'un/e des représentant/e/s légaux/ales de la personne mineure est refusé ou impossible à obtenir, il est possible de recourir à la procédure très sommaire pour que les juges compétents statuent, en tenant compte des principes de capacité progressive et d'intérêt supérieur de l'enfant, conformément aux dispositions de la Convention sur les droits de l'enfant et de la loi 26.061 sur la protection intégrale des droits des enfants, adolescentes et adolescents.

Article 6° – Procédure.

Lorsque les conditions posées aux articles 4 et 5 sont remplies, l'officier public notifie d'office, sans qu'aucune procédure judiciaire ou administrative ne soit nécessaire, la rectification de la mention du sexe et le changement du prénom au Registre civil compétent du lieu d'établissement de l'acte de naissance, en vue de l'établissement d'un nouvel acte de naissance prenant en compte ces modifications et de la délivrance d'un nouveau document national d'identité reflétant la rectification du sexe dans les registres ainsi que le nouveau prénom. Est interdite toute référence à la présente loi dans l'acte de naissance rectifié et dans le document national d'identité délivré en vertu de la présente loi.

Les procédures de rectification des registres prévues par la présente loi sont gratuites, personnelles et l'intervention d'un intermédiaire administratif ou d'un avocat n'est pas requise.

Article 7° – Effets.

Les effets de la rectification du sexe et du ou des prénoms, qui résultent de la présente loi, sont opposables aux tiers à compter de l'inscription dans le ou les registres.

La rectification des registres n'affecte ni les droits et obligations juridiques dont pouvait être titulaire la personne avant l'inscription de la modification dans les registres, ni ceux découlant des relations propres au droit de la famille, dans tous leurs aspects et degrés, qui ne sont pas modifiables, y compris l'adoption.

Dans tous les cas, le numéro du document national d'identité de la personne prévaut sur le prénom ou l'apparence morphologique de la personne.

Article 8°

Lorsque les registres auront été rectifiés conformément à la présente loi, ils ne pourront l'être à nouveau que sur autorisation judiciaire.

Article 9° – Confidentialité.

Seules ont accès à l'acte de naissance originel les personnes disposant d'une autorisation du/de la titulaire de l'acte, ou d'une injonction judiciaire écrite et motivée.

La rectification de la mention du sexe dans les registres et le changement de prénom ne font en aucun cas l'objet de publicité, sauf si le/la titulaire des données en donne l'autorisation. La publication dans les journaux mentionnés à l'article 17 de la loi 18.248 est omise.

Article 10° – Notifications.

Le Registre national des personnes communique la modification du document national d'identité au Registre national du casier judiciaire, au secrétariat du Registre électoral correspondant en vue de la rectification de la liste électorale et aux organismes déterminés par voie réglementaire, parmi lesquels figurent ceux susceptibles de détenir des informations sur les mesures conservatoires existantes concernant l'intéressé/e.

Article 11° – Droit au libre développement personnel.

Toutes les personnes âgées de dix-huit (18) ans peuvent, conformément à l'article 1^{er} de la présente loi et afin que la jouissance pleine et entière de leur santé soit garantie, avoir accès à des interventions chirurgicales totales et partielles, et/ou à des traitements hormonaux intégraux pour mettre leur corps, y compris leurs organes génitaux, en adéquation avec leur identité de genre telle qu'elles la perçoivent, sans qu'il soit nécessaire de demander une autorisation judiciaire ou administrative.

Pour avoir accès aux traitements hormonaux intégraux, il n'est pas nécessaire d'attester d'une volonté de subir une intervention chirurgicale de réassignation génitale totale ou partielle. Dans les deux cas, seul est requis le consentement éclairé de la personne. S'agissant des personnes mineures, les principes et conditions établis à l'article 5 pour l'obtention du consentement éclairé sont applicables. Sans préjudice de cela, concernant l'obtention du consentement éclairé relatif à l'intervention chirurgicale totale ou partielle, il est en outre nécessaire d'obtenir l'accord de l'autorité judiciaire compétente de chaque ressort, qui doit veiller au respect des principes de capacité progressive et d'intérêt supérieur de l'enfant, conformément aux dispositions de la Convention sur les droits de l'enfant et de la loi 26.061 sur la protection intégrale des droits des enfants, des adolescentes et des adolescents. L'autorité judiciaire doit statuer dans un délai maximal de soixante (60) jours à compter de la demande d'accord.

Les effecteurs du système de santé public, qu'ils soient publics, privés ou relèvent du sous-système des œuvres sociales, doivent garantir en permanence les droits reconnus par cette loi.

Toutes les prestations médicales visées au présent article sont incluses dans le Plan médical obligatoire ou dans celui qui le remplace, conformément à la réglementation adoptée par l'autorité chargée de son application.

Article 12° – *Traitement digne.*

L'identité de genre adoptée par les personnes, en particulier par les enfants, adolescentes et adolescents qui utilisent un prénom distinct de celui consigné dans leur document national d'identité, doit être respectée. Sur simple demande de leur part, le prénom adopté doit être utilisé à des fins de citation, d'enregistrement, pour leur dossier, à des fins d'appel et dans le cadre de toute autre mesure de gestion ou de tout autre service, tant dans le domaine public que privé.

Lorsqu'il est nécessaire, à des fins de gestion, d'enregistrer les données figurant sur le document national d'identité, il convient d'utiliser un système combinant les initiales du prénom, le nom de famille complet, le jour ainsi que l'année de naissance, et d'ajouter le prénom choisi en raison de l'identité de genre, si l'intéressé/e en fait la demande.

Dans les circonstances où la personne doit être nommée en public, seul doit être utilisé le prénom choisi et qui respecte son identité de genre.

Article 13° – *Application.*

Toute norme, réglementation ou procédure doit respecter le droit humain à l'identité de genre des personnes. Aucune norme, réglementation ou procédure ne peut limiter, restreindre, exclure ou supprimer l'exercice du droit à l'identité de genre des personnes, les normes devant toujours être interprétées et appliquées en faveur de l'accès à celui-ci.

Article 14°

L'article 19, point 4°, de la loi 17.132 est abrogé.

Article 15°

Le présent texte est communiqué au pouvoir exécutif national.