



**HAL**  
open science

# Vers l'émancipation des enfants et adolescent×es trans et intersexes

Claire Vandendriessche, Gaëlle Larrieu

► **To cite this version:**

Claire Vandendriessche, Gaëlle Larrieu. Vers l'émancipation des enfants et adolescent×es trans et intersexes. *Mouvements: des idées et des luttes*, 2023, Interroger la domination adulte, 115, pp.99-109. 10.3917/mouv.115.0099 . hal-04884263

**HAL Id: hal-04884263**

**<https://hal.science/hal-04884263v1>**

Submitted on 13 Jan 2025

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## Vers l'émancipation des enfants et adolescent·es trans et intersexes

Claire Vandendriessche, coordinatrice associative de Trajectoires Jeunes Trans. Adresse postale : Acceptess-T, 88 rue Philippe de Girard, 75018 Paris.

Gaëlle Larrieu, docteure en sociologie et membre du Réseau Francophone de Recherche sur l'Intersexuation (RéFRI). Adresse postale : 11 avenue Pierre Semard, 38400 Saint Martin d'Hères.

### Introduction

Les enjeux de domination et d'émancipation sont centraux dans les parcours des mineur·es<sup>1</sup> trans et intersexes autour d'une question fondamentale : qui a la possibilité d'agir et de prendre des décisions concernant sa propre vie ? Pour les mineur·es trans et intersexes, ce droit est souvent dénié en prenant appui sur le statut juridique de minorité et sur l'indisponibilité de l'état<sup>2</sup> et du corps des personnes<sup>3</sup>.

Avant de développer davantage notre propos, il est essentiel d'avoir en tête quelques définitions. Les personnes trans sont des personnes qui s'identifient à un genre différent de celui qui leur a été assigné dès la naissance. Les personnes intersexes sont nées avec des caractéristiques sexuelles (génitales, gonadiques, hormonales et/ou chromosomiques) qui ne correspondent pas aux définitions binaires types des corps masculins ou féminins. On parle également de variation du développement sexuel pour faire référence à l'intersexuation. Il s'agit de deux situations distinctes qui impliquent des expériences différentes que ce soit, par exemple, dans la famille ou dans les institutions médicales. L'hétérogénéité des expériences se retrouve également au sein des populations trans et intersexes ; par ailleurs, certaines personnes peuvent être à la fois trans et intersexes. Malgré les différences entre les expériences des personnes trans et intersexes, les luttes pour leur émancipation ont convergé autour d'enjeux communs, notamment celui de l'autodétermination pour tou·tes, y compris pour les mineur·es.

Cet article propose de revenir, dans une première partie, sur la prise en charge médicale de la transidentité et de l'intersexuation des enfants et adolescent·es en France ; puis de mettre en évidence la façon dont la domination adulte s'exerce au nom du bien-être et de la protection ; pour ensuite terminer avec quelques perspectives pour penser l'auto-détermination des mineur·es trans et intersexes.

### 1. La prise en charge médicale des mineur·es trans et intersexes : traiter la « pathologie »

---

<sup>1</sup> Dans cet article, nous employons le terme « mineur·es » pour faire référence à l'ensemble des personnes de moins de 18 ans selon le cadre juridique français et le terme « enfant » pour les personnes prépubères.

<sup>2</sup> L'indisponibilité de l'état des personnes est le principe légal selon lequel un individu ne peut disposer de manière pleine et entière de sa personnalité juridique, ni un tiers pour lui ([legifrance.gouv.fr](http://legifrance.gouv.fr)).

<sup>3</sup> Le corps est hors commerce juridique et personne ne peut faire commerce de son corps ou passer des conventions le concernant (Patricia Vannier, 2020).

La prise en charge des mineur·es trans puis des mineur·es intersexes est présentée au travers de deux exemples<sup>4</sup>.

L. est âgée de 4 ans lorsqu'elle rencontre pour la première fois Colette Chiland, psychiatre. Dans le cabinet de consultation, elle dessine une dame avec une jupe et des cheveux longs. L. confie à Chiland : « Je joue à des jeux de fille, des poupées », « Je voudrais avoir un tutu, comme ma sœur », puis elle s'interrompt et demande : « Est-ce que maman peut nous entendre ? ». La psychiatre demande à la petite fille pourquoi elle lui pose cette question, et celle-ci lui répond : « Elle rigolerait si elle m'entendait ».

Cette petite fille est ce que nous appellerions aujourd'hui *une petite fille trans*, en raison de son assignation au sexe masculin à la naissance. Quand Chiland rapporte ce cas, elle la qualifie de « garçon à la Stoller », en référence à Robert Stoller, qui décrit en 10 ans d'observations trois filles trans de ce type dont il attribuait la transidentité à une dynamique familiale bien spécifique<sup>5</sup>. Très rares, ces petites filles trans étaient selon lui les seuls enfants pour qui l'on pouvait poser le diagnostic de « transsexualisme ». Chiland se gardait d'employer ce terme, expliquant : « On ne peut pas dire un enfant transsexuel mais seulement en danger de le devenir ». Elle ne parlait des filles trans qu'en tant que « garçons féminins », de même qu'elle n'évoquait les garçons trans qu'en tant que « filles garçons manqués ».

Des années 1980 aux années 2000, Chiland a été la psychiatre la plus en vue en France dans la prise en charge des enfants trans. Parlant tantôt de « pathologie de l'identité », de « troubles de l'identité sexuée », ou plus rarement « d'inversion des comportements sexuels », les enfants trans qu'elle suivait avaient tous comme particularité que leurs parents ne venaient la consulter pour ce type de « problèmes » que lorsque des pressions extérieures s'exerçaient sur eux. En dehors de ces pressions, les parents qui consultaient s'accommodaient très bien des particularités de l'enfant<sup>6</sup>.

La tolérance des parents face à l'expression de genre non-conforme de leur enfant est assez rare, d'autant plus à l'époque, pour être soulignée. Encore aujourd'hui, l'essentiel des enfants trans auront à grandir avec des parents intolérant·e·s, comme en témoignent les 60% de jeunes trans victimes de violences intrafamiliales en France<sup>7</sup>. Ces jeunes ne verront donc jamais en consultation de psychiatre spécialisé·e capable de les écouter, tant qu'ils seront mineur·es.

Pour autant, Chiland, comme tou·te·s les autres spécialistes français·es de l'époque et de nombreux clinicien·nes français·es d'aujourd'hui, avaient comme certitude clinique que l'enfant trans était pathologique, un « danger » qu'il fallait éviter. Elle ne pouvait envisager que

---

<sup>4</sup> Le premier exemple est tiré d'un article de Colette Chiland et le second de la thèse d'une des co-auteurs, Gaëlle Larrieu.

<sup>5</sup> Colette Chiland, « Enfance et transsexualisme », *La psychiatrie de l'enfant*, n° 31(2), 1988.

<sup>6</sup> Colette Chiland, « 58. Troubles de l'identité sexuée chez l'enfant et l'adolescent », *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent: Vol. 2e éd.*, Presses Universitaires de France, 2004, p. 959-969.

<sup>7</sup> Elizabeth Brown, Alice Debauche, Christelle Hamel, Magali Mazuy & Michel Bozon, *Violences et rapports de genre : Enquête sur les violences de genre en France*, Ined éditions, 2020.

la transidentité, comme l'homosexualité, soit un fait développemental normal qui ne doit pas être réprimé. Convaincue que la transidentité est une pathologie, dont les premiers responsables seraient les parents soutenant·e·s, et plus particulièrement la mère, Chiland prévoit dans son « plan de traitement », « outre un traitement intensif de l'enfant, un traitement de chacun des deux parents »<sup>8</sup>. Elle insiste particulièrement sur le traitement des parents, qu'elle corrèle plus fortement que celui de l'enfant avec « la diminution des comportements de l'autre genre de l'enfant ».

L'objectif du traitement des parents est de leur faire comprendre que tolérer l'expression de genre non-conforme de leur enfant est grave, que leur enfant « court le risque de devenir transsexuel, transvesti, ou homosexuel à l'âge adulte<sup>9</sup> ». Il s'agit d'inculquer dans l'esprit des parents la perspective cissexiste et hétérosexiste selon laquelle la transidentité est, en soi, un résultat développemental non-souhaitable, inférieur à celui de l'identité cisgenre et hétérosexuelle.

Les conséquences de cette pathologisation des transidentités, et de son corollaire, le « traitement », sont notables : dans des études états-uniennes citées par Chiland, « les trois quarts des garçons féminins deviennent homosexuels ou bisexuels à l'âge adulte, l'autre quart devient hétérosexuel ». Ainsi, l'emprise psychiatrique a pour conséquence que les jeunes trans rentrent dans le placard et ne transitionnent pas. Ce « succès » de la médecine ne questionne pas l'éthique d'une intervention psychologique visant à dévier la trajectoire développementale de l'enfant d'une identité présentée comme inférieure. En outre, il construit le mythe selon lequel les enfants trans deviendront « naturellement » cisgenres, justifiant, comme c'est le cas dans certains états des États-Unis, d'interdire tout soutien à leur transition<sup>10</sup>.

Le premier de ces soutiens est le respect de l'identité de genre de la personne, ce qui passe par le respect de ses prénom et pronom d'usage, chez l'adolescent·e comme chez l'enfant. Peuvent ensuite intervenir des soins qui améliorent<sup>11</sup> l'état de santé et de bien-être des adolescent·es trans qui en expriment le besoin : retardateurs de puberté pour éviter temporairement le développement sexué, et éventuellement, vers 16 ans, des hormones sexuelles et des opérations du champ mammaire.

La situation de Robin permet maintenant d'illustrer la prise en charge des mineur·es intersexes, et la façon dont la médecine cherche à conformer les corps.

Robin, 14 ans, a subi de nombreuses interventions médicales durant ses trois premières années de vie : des injections de testostérone ainsi que neuf interventions chirurgicales sur les organes génitaux. Ces interventions avaient pour objectif de faire « sortir » la verge et les testicules

---

<sup>8</sup> Colette Chiland, « 58. Troubles de l'identité sexuée chez l'enfant et l'adolescent », *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent: Vol. 2e éd.*, Presses Universitaires de France, 2004, p. 959-969.

<sup>9</sup> Ibid.

<sup>10</sup> Adeel Hassan, « States Passed a Record Number of Transgender Laws. Here's What They Say. », *The New York Times*, 27 juin 2023, en ligne : <https://www.nytimes.com/2023/06/27/us/transgender-laws-states.html>

<sup>11</sup> Elisheva Coleman, Asa Radix, Walter Pierre Bouman, et al. « Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8 », *Int J Transgend Health*, 2022, 23, p. 1–259.

« enfouies à l'intérieur », c'est-à-dire de donner aux organes génitaux de Robin un aspect conforme aux normes des corps masculins ainsi que de lui permettre de pouvoir uriner debout. Certaines interventions ont aussi été pratiquées en raison d'infections causées par des opérations précédentes. La mère de Robin raconte de nombreux séjours à l'hôpital, des suites d'opérations extrêmement douloureuses ainsi que des conséquences à plus long terme sur le plan psychologique (cauchemars, peur des médecins, énurésie).

Depuis le début de l'adolescence, Robin est très complexé par la taille de son sexe, et en parle de façon répétée à sa mère. Les comparaisons avec son grand frère et d'autres garçons l'amènent à juger son sexe « largement en dessous » de la norme. Cela le conduit à éviter toutes les situations dans lesquelles il pourrait se retrouver en sous-vêtements devant d'autres personnes, comme les vestiaires des sports collectifs. Sa mère a fait part de ce complexe au chirurgien qui le suit depuis l'enfance et qu'il continue de voir annuellement. Celui-ci lui a indiqué qu'une opération d'allongement du pénis serait possible « mais pas avant 18 ans ». Robin est au courant de cet âge limite posé par le chirurgien mais a du mal à l'accepter. Dans cette situation, c'est l'adolescent qui souhaite une intervention et le corps médical qui la renvoie à plus tard, car elle est qualifiée d' « opération esthétique ».

La situation peut paraître paradoxale puisque Robin a subi de nombreuses opérations dans l'enfance, dont certaines sont présentées par sa mère comme exclusivement esthétiques, sans qu'il ne donne son accord, et lorsque lui-même souhaite, et exprime de façon répétée la volonté d'une nouvelle opération, celle-ci lui est refusée<sup>12</sup>.

La situation de Robin illustre bien la prise en charge contemporaine de l'intersexuation des mineur·es en France<sup>13</sup> marquée par la domination médicale qu'ils subissent.

Les interventions sur les corps ont souvent lieu et/ou démarrent lorsque les enfants sont très jeunes. Cela s'inscrit dans la continuité du protocole médical mis en place par le psychologue John Money et l'endocrinologue pédiatrique Lawson Wilkins aux États-Unis dans les années 1950, préconisant que l'ensemble des traitements, chirurgicaux et hormonaux, soient effectués le plus tôt possible afin d'éviter des doutes sur le sexe chez les enfants et les parents<sup>14</sup>. Ainsi, comme pour les mineur·es trans, on retrouve l'idée qu'il faut convaincre les parents ; dans le cas de l'intersexuation, les convaincre qu'ils et elles ne doivent pas douter du sexe d'assignation de leur enfant. Cette importance de la « conviction » des parents est d'ailleurs un des éléments utilisés par les médecins pour justifier les traitements.

---

<sup>12</sup> Georgiann Davis, Jodie M. Dewey & Erin L. Murphy, « Giving sex: Deconstructing intersex and trans medicalization practices », *Gender & Society*, n° 30(3), 2016, p. 490-514.

<sup>13</sup> Tout en n'étant, bien sûr, pas représentative de l'ensemble des expériences des personnes intersexes.

<sup>14</sup> Michal Raz, *La production des évidences sur l'intersexuation : savoirs et pratiques médicales autour de l'hyperplasie congénitale des surrénales (France, 1950-2018)* [Thèse de doctorat, EHESS], 2019.

Janik Bastien Charlebois, « À qui appartient-il de déterminer les modes d'intervention auprès des personnes intersexuées ? », *Nouvelles pratiques sociales*, n° 28(1), 2016, p. 66-86.

Les médecins prennent la majorité des décisions concernant les interventions sur les corps que bien peu de parents remettent en question. La question du consentement des jeunes enfants aux interventions, qu'elles soient chirurgicales ou hormonales, est souvent un impensé pour les médecins et les parents. Les parents sont peu informé·es des débats sur la légitimité de ces interventions, débats qui existent pourtant depuis les années 1990 aux États-Unis et depuis la fin des années 2000 en France. Ainsi, les parents perçoivent les opérations chirurgicales et les traitements hormonaux comme une opportunité pour leur enfant, celle d'avoir un corps conforme aux normes de genre. Peu de parents envisagent finalement que leur enfant puisse être en désaccord avec leur choix à l'avenir. Ils et elles se placent alors dans une optique de consentement orienté vers le futur : les parents pensent que les enfants, une fois devenus adultes, seront en accord avec les choix qui ont été faits pour eux/elles. Contrairement à ce que nous venons de voir pour les mineur·es trans, le suivi psychologique ou psychiatrique des enfants intersexes reste très limité et n'est pas systématiquement intégré au parcours médical, malgré les recommandations en ce sens. Quand il a lieu, ce suivi vise davantage à faire accepter les recommandations médicales plutôt qu'à comprendre les besoins de l'enfant.

Lorsque les enfants prennent de l'âge, leur marge de manœuvre augmente. Les parents et/ou les professionnel·le·s de santé peuvent les inviter à donner leur avis sur les traitements. Dans l'enfance, entre l'âge de cinq et dix ans environ<sup>15</sup>, certain·e·s parents mettent en place des initiatives visant à inclure leurs enfants, tout en maintenant un contrôle parental fort sur les décisions finalement adoptées. Ainsi les enfants peuvent décider de certaines modalités des interventions (par exemple, la fréquence des injections) mais décident peu des interventions elles-mêmes. Et même lorsque c'est le cas, l'influence parentale semble garder une place prépondérante dans les critères de décision enfantins. Voici par exemple la façon dont une mère raconte avoir demandé son consentement à sa fille de cinq ans concernant une opération des grandes lèvres.

« Je lui montrais en fait à l'aide des schémas, de schéma tout simple, je disais “bon ben tu vois Laura, normalement là, toi tu devrais pas avoir ce truc”. [...] Je lui disais “tu vois c'est un petit bout de peau qui a poussé, mais on peut l'enlever”. Et puis quand elle devait avoir 5 ans à peu près, je lui ai dit “mais est-ce que tu veux qu'on l'enlève ?” [...] Et c'est là que j'ai dit “ben oui, on va l'enlever, tu as raison. On va prendre rendez-vous si tu es d'accord”. Et on est allé voir la chir, voilà<sup>16</sup>. »

Ainsi, ce n'est pas parce que la question est posée à l'enfant que l'on peut considérer qu'il y a eu un consentement éclairé. Le fait d'être consulté·e ne suffit pas pour être décisionnaire, d'autant plus dans un contexte d'asymétrie d'information, d'autonomie et de pouvoir.

---

<sup>15</sup> Gaëlle Larrieu, *Entre leurs enfants et les médecins : les expériences parentales des variations du développement sexuel* [Thèse de doctorat, Sciences Po], 2022.

<sup>16</sup> Les citations de parents sont issues de la thèse d'une des co-auteurs : Gaëlle Larrieu, *Entre leurs enfants et les médecins : les expériences parentales des variations du développement sexuel* [Thèse de doctorat, Sciences Po], 2022.

Finalement, à l'adolescence, l'autonomie des mineur·es est plus grande. Ainsi, les opérations chirurgicales durant l'adolescence peuvent être plus souvent refusées, ou du moins, dans un premier temps, reportées, du fait de l'implication des enfants eux-mêmes/elles-mêmes dans la décision. Toutefois, la volonté de protection des parents, le paternalisme médical, le manque d'informations, ainsi que le statut juridique de minorité continuent à limiter les possibilités de choix personnels. De plus, comme le montre le cas de Robin, les envies et besoins exprimés peuvent être remis à plus tard, même lorsqu'il s'agit d'intervention d'affirmation du sexe d'assignation, avec l'idée que les adolescent·es ne sont pas encore en mesure de prendre des décisions de long terme.

## 2. Une domination adulte exercée au nom du bien-être et de la protection des enfants

Les préjudices liés à l'âge peuvent être définis comme « le fait de juger un individu ou un groupe trop vieux ou trop jeune pour accéder à un bien social quelconque (matériel ou symbolique) sans considération de ses aptitudes et de ses intérêts<sup>17</sup> ». Cependant, des désaccords existent concernant les critères de définition des intérêts et l'évaluation des aptitudes. Les restrictions de liberté imposées aux enfants, notamment au travers du statut juridique de *minorité*, sont très largement jugées légitimes, et ce pour deux raisons principales. Premièrement, concernant les aptitudes, la vulnérabilité et la dépendance des enfants sont envisagées comme inéluctables, sans que les conditions de la vulnérabilité et de la dépendance ne soient analysées. Dans une approche développementaliste, les enfants sont perçu·e·s comme incapables, par nature, de pourvoir à leurs besoins physiques élémentaires les rendant incapables de subvenir à leur existence, et comme ayant des capacités cognitives et une rationalité limitées. Défini à partir du statut de nourrisson, cet état englobe l'ensemble de l'enfance par un « étrange processus d'extension<sup>18</sup> ». Deuxièmement, concernant les intérêts, la figure moderne des parents est construite autour de l'idée de la défense de l'« intérêt de l'enfant », notion floue bien que centrale dans le droit français depuis 20 ans. En effet, elle est au cœur du dispositif familial, inscrite dans le Code civil depuis la loi du 4 mars 2002 sur l'autorité parentale<sup>19</sup>, dans la continuité de la Convention internationale des droits de l'enfant proclamée par l'ONU en 1989 et ratifiée par la France en 1990.

L'autorité parentale consiste en une forme de paternalisme, c'est-à-dire une « interférence avec la liberté d'action d'une personne justifiée par des raisons qui renvoient exclusivement au bien-être, au bien, au bonheur, aux besoins, aux intérêts ou aux valeurs de la personne ainsi

---

<sup>17</sup> Juliette Rennes, « Déplier la catégorie d'âge », *Revue française de sociologie*, n° 60(2), 2019, p. 257-284.

<sup>18</sup> Tal Piterbraut-Merx, « Enfance et vulnérabilité. Ce que la politisation de l'enfance fait au concept de vulnérabilité. Éducation et socialisation », *Les Cahiers du CERFEE*, n° 57, 2020.

Tal Piterbraut-Merx, *Politiser l'enfance* [communication]. Ecole nationale supérieure des beaux-arts de Lyon, 2021.

<sup>19</sup> « L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne. L'autorité parentale s'exerce sans violences physiques ou psychologiques. Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité. » (Article 371-1 du Code civil)

contrainte<sup>20</sup> ». Le statut de minorité est pensé comme permettant de protéger l'enfant de sa fragilité naturelle en le plaçant sous la responsabilité de la famille<sup>21</sup>. La mention de l'âge et du degré de maturité à la fin de l'article 371-1 du Code civil est une façon d'appeler à la prise en compte des aptitudes des enfants en reconnaissant qu'elles diffèrent entre 0 et 18 ans, période couverte par l'autorité parentale. Toutefois, sans définition plus précise des principes d'évaluation de ces aptitudes, cette mention peut être interprétée très différemment.

L'exercice de l'autorité parentale implique de prendre des décisions concernant la santé de l'enfant. Ainsi l'article R. 1112-35 du Code de la santé publique indique que les parents doivent consentir aux interventions chirurgicales des enfants. L'acte doit toutefois présenter une nécessité médicale, ce qui ne peut pas relever de la seule appréciation des parents, mais aussi des médecins. Ces derniers peuvent d'ailleurs passer outre une décision parentale s'ils ou elles considèrent que l'« intérêt de la santé de l'enfant est mal compris ou mal préservé par son entourage » (article R. 4127-43). Les parents s'opposent rarement aux décisions médicales, mais lorsque cela arrive, certains d'entre eux peuvent être poursuivis en justice, ou menacés de l'être pour ces raisons<sup>22</sup>. On retrouve la notion d'*intérêt de l'enfant* qui confère à un autre adulte, ici le ou la médecin, le pouvoir de choisir pour le bien de l'enfant. Le Code civil et le Code de la santé publique accordent, tout de même, une place aux enfants avec l'obligation « d'associer l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité » et une recherche systématique du consentement « s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision ». Outre ce cadrage général, flou, et donc sujet à interprétations, il n'existe pas de texte de loi plus spécifique concernant la prise en charge des mineur·es trans et intersexes, alors que des dispositions spécifiques existent pour d'autres champs de la santé. C'est notamment le cas pour l'accès à la contraception (à partir de 12 ans), à l'interruption volontaire de grossesse ou à la maternité sans autorité parentale.

Dans les discours des adultes, l'absence de consentement des enfants et adolescent·es est souvent justifiée par la crainte qu'ils ou elles ne soient pas capables de prendre la bonne décision pour elleux-mêmes.

La capacité à penser le long terme est considérée par certains parents comme une compétence adulte, et ainsi comme une des raisons pour laquelle ils/elles ne peuvent pas laisser choisir leur enfant ou attendre qu'il/elle soit en mesure d'exprimer un avis. En effet, les parents redoutent que les enfants se focalisent sur des enjeux trop immédiats, tels que la douleur, la contrainte ou la peur pour les enfants intersexes, ou l'influence des réseaux sociaux pour les adolescent·e.s

---

<sup>20</sup> Gerald Dworkin, « Paternalism », *The Monist*, 1972, p. 64-84.

<sup>21</sup> Tal Piterbraut-Merx, *Politiser l'enfance* [communication]. École nationale supérieure des beaux-arts de Lyon, 2021.

<sup>22</sup> Pour l'intersexuation, quelques familles ont témoigné auprès d'associations de menaces de poursuites judiciaires de la part d'équipes médicales. La presse régionale fait état d'exemple de poursuite effective envers une famille suite à un refus des parents de traitement hormonal : Codomé, Jean-François, « Ils refusent des soins et le suivi à leur fille », *Midi Libre*, 2016.



trans. Ainsi, les parents craignent que leurs enfants ne soient pas capables de prendre des décisions pour leur bien-être dans le futur, c'est-à-dire de penser à long terme.

Dans le cas des enfants intersexes, les parents envisagent l'opération dans la petite enfance et l'absence de recherche de consentement qui l'accompagne comme une opportunité leur permettant de faire ce qu'il y a de mieux pour leur enfant, comme l'explique cette mère :

« On opère dès qu'ils sont petits, comme ça ils savent pas trop ! Et on leur explique, mais ils savent pas trop et comme ça c'est une étape de faite, quoi. [...] Parce qu'à l'adolescence, on sait pas s'ils veulent accepter ou pas donc... c'est un peu compliqué. Vaut mieux qu'ils fassent ça quand ils sont petits. Ils ont pas le choix et on leur explique avant et c'est tout. [...] Je vois déjà des enfants adolescents dans la famille (elle souffle), ils ont leur caractère donc faut pas... Quand ils grandissent, c'est autre chose (elle rit). Donc vaut mieux se faire opérer quand ils sont petits. »

Cette mère considère l'opération de sa fille comme une évidence puisque c'est ainsi qu'elle lui a été présentée par l'équipe médicale. Pour autant, elle envisage que sa fille puisse ne pas être du même avis à l'adolescence, et c'est pour cela qu'une opération tant qu'elle est petite lui semble la meilleure option. En raison d'un certain « caractère » des enfants au moment de l'adolescence, les parents craignent qu'ils refusent des interventions qui, selon eux, leur seraient pourtant bénéfiques. En ce sens, le consentement aux interventions est considéré par la grande majorité des parents comme une prérogative des adultes.

Chez les jeunes trans, la question du consentement médical se pose essentiellement à partir de l'adolescence, aucun soin trans-affirmatif n'étant pertinent avant la puberté. Si certain·e·s pédiatres<sup>23</sup> font appel à des outils d'évaluation de l'aptitude des adolescent·es au consentement médical éclairé, tel que le MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T), d'autres refusent d'emblée toute option de soins, faisant prévaloir que la transidentité de l'adolescent·e serait susceptible d'avoir été « générée » par les réseaux sociaux<sup>24</sup> et qu'elle disparaîtrait d'elle-même à l'âge adulte. Le refus de soins se justifie donc pour ces derniers par une volonté d'éviter des regrets futurs. Comme dans le cas des jeunes intersexes, les médecins agiraient ainsi au nom de l'intérêt des jeunes trans contre le court-termisme et l'influçabilité qu'on leur impute sans preuve. Outre le recours à des hypothèses sur l'influence des réseaux sociaux largement contredites<sup>25</sup>, les médecins opposé·e·s aux soins trans-affirmatifs font appel

---

<sup>23</sup> Agnès Condat & David Cohen, « La prise en charge des enfants, adolescentes et adolescents transgenres en France : Controverses récentes et enjeux éthiques », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, n° 70(8), 2022, p. 408-426.

<sup>24</sup> Céline Masson, Alexandre Ledrait, Anna Cagnet & Nicole Athéa, « De la transidentité à la transidentification. Déclenchement rapide de la « dysphorie de genre » chez des adolescents confrontés au malaise pubertaire », *L'Évolution Psychiatrique*, 2023.

<sup>25</sup> Florence Ashley, « A critical commentary on 'rapid-onset gender dysphoria' », *The Sociological Review*, n° 68(4), 2020, p. 779-799.

Lisa Littman, « Correction : Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria », *PLOS ONE*, n° 14(3), 2019.

à la rhétorique du regret futur, également mobilisée par les militant·e·s anti-avortement pour dissuader, voire illégaliser, l'IVG chez les mineur·es.

Parce qu'iels ne pourraient pas penser leur intérêt à long terme, les jeunes doivent être « protégé·e·e·s » de leur propre volonté. L'enfance est la période d'extrême exposition à la domination adulte. C'est sous la domination des adultes et de l'influence des affects parentaux, que les enfants intersexes subissent plutôt que consentent aux traitements de normalisation, pensés pour leur bien-être futur. C'est également sous la domination des adultes et de leurs traitements psychologiques, que les enfants trans en viennent à cesser les comportements transgressifs vis-à-vis du genre d'assignation, comme on l'a vu chez Chiland.

En revanche, l'adolescence est une période marquée par un gain d'autonomie concernant les décisions médicales, et la prétendue myopie temporelle des jeunes ne suffit plus à justifier la déprivation de cette autonomie. D'autres arguments sont alors invoqués : les adolescent·es auraient un « caractère » qui réduirait leur rationalité, iels seraient sous emprise des réseaux sociaux, etc. Une aliénation qui justifie qu'une autorité extérieure puisse les déchoir de leur libre arbitre.

Pour autant, si cette irrationalité et cette influençabilité peuvent exister chez certain·es jeunes, la rationalité et l'influence des adultes ne sont jamais questionnées. Où est la rationalité des médecins lorsque ceux-ci ou celles-ci inventent sans preuve un impact positif à long terme des traitements de normalisation des enfants intersexes, ou fabulent une minimisation des regrets futurs lors de leur refus de soins trans-affirmatifs ? Où est la capacité des médecins à faire des arbitrages intertemporels supposément meilleurs lorsqu'iels ne prennent pas en compte l'impact à long terme sur l'estime de soi, le bien-être, la confiance en l'autre, d'un enfant qui grandira en sachant que sa singularité était mal perçue par ses parents ? Où est la cohérence des médecins qui dénoncent une influençabilité des jeunes, alors qu'iels abusent de leur influence pour réprimer un développement non-conforme au genre ?

« L'alliance thérapeutique » entre les médecins et les parents constitue une barrière quasiment infranchissable à l'affirmation d'un discours non-conforme de l'enfant sur sa perception de soi. Intimidé·e par des adultes inconnu·e·s en blouse blanche, parfois mis·e à nu, inspecté·e intimement, dans des lieux inconnus et peu réconfortants, l'enfant doit en plus faire face seul·e à l'unité des discours adultes sur son propre devenir. Comme Chiland le soulignait à propos des parents acceptant la non-conformité de genre de leur enfant, c'est le traitement des parents et non directement des enfants, qui corrèle le plus avec la réduction des comportements non-conformes de genre de ces derniers : il s'agit de corriger les parents, pour mieux corriger l'enfant. Ceci met à jour le croisement des systèmes de domination. Si la domination adulte peut exercer seule ses effets, comme dans le cas des adolescent·es intersexes à qui sont refusés

des soins affirmateurs du genre d'assignation, cette domination adulte peut donc toutefois servir à démultiplier les effets de la domination de genre.

### **3. Penser l'émancipation des mineur·es trans et intersexes**

Les rapports d'âge, et notamment entre enfants et adultes, sont des rapports sociaux difficiles à analyser pour plusieurs raisons, ce qui explique le peu de travaux empiriques sur la question<sup>26</sup>. Tout d'abord, ils restent très largement naturalisés et légitimés dans le monde social et au sein même des sciences humaines et sociales. Ensuite, le statut juridique de minorité empêche de qualifier les traitements différenciés entre mineur·es et majeur·es en termes de discriminations. Enfin, la mobilité intrinsèque entre les différentes classes d'âge en fait un rapport social particulier, en comparaison avec d'autres rapports sociaux pour lesquels les mobilités peuvent exister, mais ne sont pas nécessaires. Ainsi, la durée limitée du temps passé en tant que mineur·es, combinée aux restrictions de liberté qui caractérisent cet âge, rend d'autant plus difficile de se mobiliser et de rendre visible l'exploitation, la domination et/ou l'oppression subies. Quand elles sont dénoncées, c'est principalement par des personnes adultes qui racontent ce qu'elles ont subi dans l'enfance, par exemple dans les cas de violences sexuelles.

Les droits des enfants et adolescent·es trans et intersexes à la libre et exclusive disposition de soi butent sur deux écueils : celui des droits conférés à l'autorité parentale ; et celui du principe d'indisponibilité (de l'état et du corps des personnes), inventé par la Cour de Cassation (1975)<sup>27</sup> pour s'opposer au changement de sexe à l'état civil d'une femme trans au nom de « l'ordre public ». Si les droits des parents sont limités par leurs devoirs, et notamment ceux imposant le respect de la dignité de leur enfant et de son intégrité face aux violences physiques ou psychologiques (art. 371-1 du code civil) ; l'autodétermination par laquelle un·e mineur·e trans et/ou intersexe exerce son droit à disposer de soi n'est toujours pas reconnue en France. Récemment, la Grèce et l'Espagne ont légiféré pour leur reconnaître ce dernier droit, en interdisant les interventions médicales aux mineur·es intersexes de moins de 15 ans (Grèce) ou de moins de 12 ans (Espagne), et en autorisant le changement de sexe à l'état civil sans accord parental à partir de 16 ans (Espagne). L'imposition de seuils d'âge variables d'un pays à l'autre témoigne pour les législateurs/rices, comme pour les clinicien·nes, de la difficulté à positionner le curseur d'une suffisante maturité des adolescent·es à décider pour elleux-mêmes.

Pour autant, si ces critères d'âge ont le mérite d'explicitier un droit, ils n'en restent pas moins des marqueurs d'une frontière en-deçà de laquelle une personne est limitée dans ses droits, et par conséquent, toujours minorisée. L'enjeu pour penser l'émancipation des jeunes trans et intersexes n'est pas tant le droit, que les rapports de pouvoir au bout desquels la frontière se trace, le droit s'écrit, et s'acquiert ou non l'information libre et éclairée par laquelle un·e jeune peut décider au mieux pour ellui-même. Ceci requiert l'information de l'enfant et de ses parents, qui décrit la transidentité / l'intersexuation comme étant des variations normales du développement humain ne nécessitant pas d'intervention « correctrice » mais un

---

<sup>26</sup> Voir par exemple le numéro « La tyrannie de l'âge » dans la revue *Mouvements* 2009/3.

<sup>27</sup> Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 16 décembre 1975, 73-10.615, Publié au bulletin, (1975). <https://www.legifrance.gouv.fr/juri/id/JURITEXT000006995241/>

accompagnement affirmateur et bienveillant ; mais aussi une formation de tous les personnels - particulièrement médicaux et scolaires - accompagnant l'enfant et ses camarades.

Plus que des seuils d'âge, ce que le système de santé doit aux jeunes trans et intersexes, c'est la démocratie sanitaire<sup>28</sup> : les organisations de personnes concernées doivent être incluses dans les réunions de concertation pluridisciplinaire approuvant ou non les soins, et être en capacité d'aménager ces dispositifs de décision médicale pour inclure la personne concernée directement par les soins, si elle le souhaite, et/ou ses parents, afin que la décision médicale soit réellement partagée. Les organisations de personnes concernées doivent être incluses dans la conception des formations, des recherches cliniques, et des recommandations de bonnes pratiques les concernant. Elles doivent être incluses, au moins à part égale avec les médecins, dans les instances de gouvernance de la santé trans ou intersexe. Leurs brochures d'information<sup>29</sup> doivent être diffusées dans tous les cabinets et hôpitaux les plus susceptibles de recevoir un jeune public trans et/ou intersexe, les clinicien·nes doivent proposer une orientation des parents et des jeunes vers les médiateur·ices-pair, les permanences, et les groupes de parole des organisations de personnes concernées. Enfin, les organisations de personnes concernées doivent bénéficier de financements publics pour tout le travail de service public qu'elles mènent jusque-là gratuitement, et les personnes trans et/ou intersexes qui ont subi des obligations de soins « correcteurs » ou des refus de soins doivent être reconnues comme ayant subi des dommages pour leur santé et ainsi obtenir réparation. L'autodétermination des jeunes trans et intersexes ne peut s'obtenir sans une structure sociale solide la soutenant. Le système de santé, responsable historique de la violence contre les jeunes trans et intersexes, pourrait bien être cette structure, à condition qu'il cède le pouvoir des médecins aux usager·ères.

---

<sup>28</sup> Pour une introduction au concept de démocratie sanitaire, lire notamment « La démocratie en santé : une urgence de santé publique », rapport de la Conférence Nationale de la Santé du 6 avril 2022.

<sup>29</sup> Pour l'intersexuation, voir les brochures produites par le Collectif Intersexe Activiste : <https://cia-oiifrance.org/bibliotheque-de-ressources/>. Pour les transidentités, par exemple, des ressources sont disponibles sur le site d'OUTrans : <https://outrans.org/>