

COMPLÈMENT COMMUNAU

.....

Rapport supplémentaire au 3^e et 4^e 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

Table des matières

.....

PARTIE 1 : LES DROITS DES ENFANTS TRANS'

Synthèse	07
Introduction	10
Libertés et droits civils (art. 8 et 16)	12
Milieu familial et protection de remplacement (art. 18 et 20)	13
Santé et bien-être (art. 24)	15
Education, loisirs et activités culturelles (art. 28 et 29)	26
Les buts de l'éducation	29
Conclusion	31
Glossaire	33
Références	37

PARTIE II: LES DROITS DES ENFANTS INTERSEXES

Synthèse	41
Introduction	43
Mesures d'application générales (article 44.6)	45
Principes généraux (art. 2 et 6)	47
Libertés et droits civils (art. 8)	50
Milieu familial et protection de remplacement (art. 18)	51
Santé et bien-être (art. 24)	51
Education, loisirs et activités culturelles (art. 29)	56
Conclusion	57
Glossaire	58
Références	59

PARTIE III: LOI ÉTABLISSANT LE DROIT À L'IDENTITÉ DE GENRE (ARGENTINE)

PARTIE 1 : LES DROITS DES ENFANTS TRANS'

Principales conclusions

Il est nécessaire d’accorder une place à part entière aux enfants et adolescent-e-s trans’ dans notre société qui, parce qu’elle est structurée autour de la bicatégorisation femmes/hommes, les exclut d’emblée. Il en résulte que les enfants et adolescent-e-s trans’ doivent faire face à un rejet social important dont l’impact sur eux est visible à plusieurs niveaux :

- La suicidalité des enfants et adolescent-e-s trans’ est nettement plus élevée que la moyenne.
- Le harcèlement subi à l’école par les enfants et adolescent-e-s trans’ est lui aussi bien plus élevé que la moyenne, indépendamment du fait que l’élève ait fait un coming out en tant que trans’ ou non, car ce harcèlement présente un lien avec les stéréotypes de genre. Cependant, le coming out à l’école est un facteur supplémentaire de déclenchement du harcèlement.
- En lien avec le harcèlement à l’école, il existe un risque d’absentéisme et de décrochage scolaires et l’égalité des chances des enfants et adolescent-e-s trans’ est compromise.
- Ils courent le risque de subir de mauvais traitements correctifs au sein de leurs familles en raison de l’absence d’information sur la transidentité et la variance de genre.
- En psychiatrie juvénile, ils risquent de subir des mesures correctives devant être analysées comme des discriminations fondées sur les stéréotypes de genre.

L’information est la condition préalable à un meilleur accueil des enfants et adolescent-e-s trans’ dans notre société et il est nécessaire :

- d’effectuer des études pour mieux évaluer leurs besoins ;
- de former sur les thèmes de la transidentité et de la variance de genre les professionnel-le-s de l’enfance, du système éducatif, de l’aide sociale, de la santé physique et mentale, du droit ... ;
- de mettre à la disposition des parents des informations et un accompagnement spécialisé sur la transidentité et la variance de genre ;
- de diffuser des informations sur la transidentité et la variance de genre directement auprès des enfants et adolescent-e-s.

Le système juridique doit lui aussi être revu pour tenir compte de leur existence.

Recommandations

Afin de présenter une vue d’ensemble des recommandations relatives aux enfants et adolescent-e-s trans’, nous reproduirons ci-dessous les recommandations figurant également dans le *Rapport supplémentaire au 3^e et 4^e rapport national (2001–2009) sur les droits de l’enfant au Luxembourg* du groupe RADELUX.

Mesures d’application générales

1. Considérer les enfants trans’ comme un groupe nécessitant une protection particulière. Entre autres, il semble qu’ils courent un risque particulier de violences et de suicide.
2. Inclure la situation des enfants et adolescent-e-s qui ne s’identifient pas aux catégories « garçon » ou « fille » / « sexe féminin » et « sexe masculin » dans toutes les études réalisées sur les mineur-e-s, en particulier dans le prochain *Rapport national sur la situation de la jeunesse au Luxembourg* et dans la prochaine étude sur les facteurs de risque liés à des traumatismes chez les jeunes.

Définition de l’enfant

3. Dans le droit luxembourgeois, les formulations oublient des enfants de catégorie autre que féminine ou masculine, ce qui peut constituer une discrimination vis-à-vis d’un enfant d’un autre sexe. Un exemple de reformulation de la définition de l’enfant dans le code civil serait la suivante : Le code civil luxembourgeois définit le mineur comme « étant l’individu, quel que soit son sexe, qui n’a pas encore l’âge de 18 ans accomplis ».

Principes généraux

4. Quant à l’état civil :
 - 4.1. Créer une nouvelle catégorie d’actes de naissance dépourvue de la mention du sexe de l’enfant, unique pour TOUS les enfants, – sous peine de créer une nouvelle stigmatisation –, jusqu’à l’âge de 18 ans ou, si l’enfant devient lui-même parent tout en étant mineur, jusqu’à la naissance de son propre enfant.
 - 4.2. Garantir le respect de la vie privée des personnes procédant à une rectification de leur sexe de l’état civil, en délivrant des extraits de naissance ne mentionnant pas cette modification.

- 5. Quant à la mention du sexe sur les documents d’identité :
 - 5.1. Supprimer toute mention du sexe, notamment sur la future carte d’identité, prévue par le projet de loi relative à l’identification des personnes physiques.
 - 5.2. Si cette proposition n’est pas retenue, faire figurer la mention du sexe uniquement sur la future puce biométrique de la carte d’identité dont les éléments seront invisibles à l’œil nu.

- 6. Quant à la Constitution :
 - 6.1. Dans le cadre du processus de révision de la Constitution en cours, veiller à ce que la future Constitution, quelle que soit la formulation finalement retenue, accorde une reconnaissance juridique à part entière aux personnes trans’ et garantisse l’égalité de tout individu, quel que soit son sexe biologique, son identité de genre et son expression de genre.

- 7. Quant à la législation contre la discrimination :
 - 7.1. Veiller à ce que l’interdiction de la discrimination fondée sur le sexe soit interprétée de façon à inclure également toute discrimination fondée sur le sexe biologique, l’identité de genre et l’expression de genre.

- 8. Quant aux instances nationales chargées du respect des droits humains :
 - 8.1. S’assurer que leur mandat englobe la lutte contre les discriminations fondées sur le sexe biologique, l’identité de genre et l’expression de genre.

Libertés et droits civils

- 9. Adopter une réglementation reconnaissant le droit des personnes trans’ mineures au respect de leur identité de genre – indépendamment de tout traitement médical relatif à leurs caractères sexuels – sur le modèle de la loi argentine sur le droit à l’identité de genre.
- 10. Soutenir financièrement toute structure associative spécialisée tant dans l’accompagnement des enfants et des professionnel-le-s de l’enfance et du système éducatif que dans l’accompagnement des personnes trans’ et de leurs familles. Ces services doivent reposer sur l’expertise des personnes ayant une expérience personnelle des problématiques liées à la transidentité.
- 11. A l’école, considérer la transidentité de l’enfant comme étant confidentielle a priori. Lorsque l’enfant désire que sa transidentité soit connue dans son école, planifier soigneusement l’annonce de la transidentité auprès des autres élèves et parents.

Milieu familial et protection de remplacement

- 12. En ce qui concerne les parents d’enfants trans’ :
 - 12.1. Croire les parents lorsqu’ils décrivent les comportements liés à la transidentité ou à la variance de genre de leur enfant.
 - 12.2. Soutenir le développement d’un accompagnement spécialisé de première ligne pour les parents d’enfants trans’ (voir les recommandations relatives à l’article 8), en concertation avec des représentant-e-s des per-sonnes trans’ pouvant attester d’une expertise en matière de transidentité.
 - 12.3. Encourager la formation des professions des secteurs de l’enfance, de l’éducation, et de la santé sur la transidentité et la variance de genre afin que les parents puissent recevoir un soutien adéquat.

- 13. En ce qui concerne les foyers pour enfants :
 - 13.1. Veiller à ce que le personnel des foyers pour enfants et adolescent-e-s reçoive, dans le cadre de la formation initiale et continue, des informations sur les enfants et adolescent-e-s transidentitaires et de genre variant.
 - 13.2. Autoriser l’accès aux foyers non mixtes des enfants conformément à leur identité de genre.

Santé

- 14. En vue de garantir la dignité et le respect de l’identité de genre des enfants et adolescent-e-s trans’ :
 - 14.1. Soutenir la formation initiale et continue des professions de santé, des psychologues et des psychothérapeutes sur la transidentité et la variance de genre. Les forma-tions doivent permettre d’améliorer le repérage des enfants et adolescent-e-s trans’ et, si ces derniers en font la demande, d’améliorer leur accompagnement. Celui-ci doit s’insérer dans un cadre thérapeutique laissant ouvert un espace d’exploration et d’affirmation de l’identité en dehors de la bicatégorisation garçon/ fille, homme/femme.
 - 14.2. Les formations devraient être organisées en partenariat avec les personnes trans’. Les formations continues – et, dans la mesure du possible, les formations initiales – devraient être pluridisciplinaires et favoriser le travail en réseau.
 - 14.3. Veiller à ce que les enfants soient examinés individuel-lement par le médecin lors de la visite médicale scolaire.

- 15. En ce qui concerne l’hospitalisation dans les services fermés de psychiatrie juvénile :
 - 15.1. En cas d’hospitalisation dans un service fermé de psychiatrie juvénile en dehors d’une procédure judiciaire, veiller à ce que l’aptitude des adolescent-e-s à consentir à une hospitalisation dans un service fermé de psychiatrie juvénile soit évaluée et à ce que leur droit d’être entendu-e-s et informé-e-s soit effective-ment appliqué.
 - 15.2. Instaurer un mécanisme permettant aux jeunes hospitalisés dans un service fermé de psychiatrie juvénile en dehors d’une procédure judiciaire de rencontrer d’office une personne externe à l’hôpital chargée de défendre les droits de l’enfant, elle-même

- 15. autorisée à faciliter un accès rapide de l’adolescent-e à un-e avocat-e si nécessaire ;
 - 15.3 Revoir le système de sanctions appliqué en psychiatrie juvénile fermée et veiller à ce qu’il ne soit pas appliqué en violation des droits fondamentaux des jeunes.
 - 15. 4 Revoir les modalités d’application des mesures de contrainte en psychiatrie juvénile, y compris des restrictions au droit de visite.
 - 15.5 Veiller à ce que la mission de la Médiatrice du Grand-Duché de Luxembourg porte expressément sur les enfants et adolescent-e-s hospitalisé-e-s dans un service fermé de psychiatrie sans décision judiciaire.
 - 15.6. Si le service national d’information et de médiation santé prévu par le projet de loi n°6469 est créé, veiller à ce que, pour toute saisine relative à la psychiatrie fermée, le médiateur de ce service se fasse assister d’un-e expert-e ayant reçu une formation sur les mécanismes de la violence institutionnelle en milieu psychiatrique fermé.
 - 15.7. Former l’ensemble du personnel soignant en psychia-trie à l’accompagnement des adolescent-e-s transiden-titaires ou de genre variant.

- 16. En ce qui concerne la suicidalité des enfants et adolescent-e-s trans’ :
 - 16.1. Mener des recherches sur la suicidalité des personnes trans’ mineures ;
 - 16.2. Inclure les enfants et adolescent-e-s trans’, en tant que groupe à risque, dans les programmes de prévention du suicide.
 - 16.3. Former les professionnel-le-s de la santé physique et mentale au sujet de la surreprésentation des enfants et adolescent-e-s trans’ parmi les mineur-e-s suicidaires et de la complexité de leur situation.

Education, loisirs et activités culturelles

- 17. Sur la sécurité à l’école :
 - 17.1. Encourager les écoles à adopter une politique de tolérance zéro face aux remarques sexistes, trans-phobes et sexuelles.
 - 17.2. Soutenir l’adoption systématique par les écoles de lignes directrices visant à prévenir, identifier, documenter et faire cesser le harcèlement fondé sur les stéréotypes de genre, y compris le harcèlement transphobe.
 - 17.3. Inclure la transidentité et la variance de genre dans tous les programmes existants de lutte contre la violence à l’école.
 - 17.4. Inclure dans la formation du personnel enseignant et éducatif des informations sur les questions de sécurité concernant les enfants et adolescent-e-s trans’ à l’école.

- 18. Sur l’éducation à l’égalité :
 - 18.1. Interpréter la notion d’égalité entre les sexes figurant à l’article 29, paragraphe d), CIDE comme incluant tous les sexes, et pas seulement les deux sexes standards féminins et masculins.
 - 18.2. Diffuser auprès des enfants et adolescent-e-s d’âge préscolaire et scolaire des informations présentant sous un jour positif la transidentité et la variance de genre, de façon appropriée à leur âge, par le biais des pro-grammes scolaires, de matériel didactique et de dépliants.

- 18.3. Soutenir la formation initiale et continue du personnel enseignant et éducatif ainsi que des assistantes sociales sur le thème de la transidentité/de la variance de genre, en partenariat avec les personnes trans’.

- 19. Concernant l’accueil des enfants et adolescent-e-s trans’ dans les écoles, encourager celles-ci :
 - 19.1. à élaborer des lignes directrices sur l’accueil des enfants et adolescent-e-s trans’ à l’école, en partenariat avec les personnes trans’ ;
 - 19.2. à désigner des personnes de référence formées aux problématiques rencontrées par les enfants trans’ et les enfants dont l’identité ou le comportement ne correspondent pas à ce qui est socialement attendu des filles ou garçons, et faire connaître le nom de ces personnes (aux élèves, aux parents, au corps enseignant, aux institutions extra-scolaires accueillant des enfants).

INTRODUCTION

.....

1. Ce rapport sur les droits des enfants trans’ complète le *Rapport supplémentaire au 3^e et 4^e rapport national (2001–2009) sur les droits de l’enfant au Luxembourg* du groupe RADELUX¹. Le comité RADELUX a constaté que la situation des enfants trans’ constitue une question émergente nécessitant un approfondissement. Ayant bénéficié d’une expertise en la matière, il a décidé d’en faire bénéficier le comité des droits de l’enfant.
2. Les personnes trans’ sont celles dont l’identité de genre et/ou l’expression de genre diffèrent du sexe qui leur a été assigné à la naissance².
3. Les violations des droits des enfants et adolescent-e-s trans’ dérivent directement de la structure de notre société, reposant sur 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 (modèle binaire du genre)³.
4. Les enfants et adolescent-e-s trans’ constituent une catégorie très hétérogène sur laquelle le manque de connaissances est flagrant. Peu d’études leur ont été consacrées et il nous reste beaucoup à apprendre. Nous montrerons que le manque de connaissances sur tous ces enfants est un facteur supplémentaire de violation de leurs droits.
5. Ce document donne un aperçu incomplet de la complexité et de la diversité des situations des enfants et adolescent-e-s trans’ mais se veut un point de départ de la réflexion relative à leurs droits au Luxembourg.
6. Il est à noter que les problématiques liées à la trans-identité doivent être soigneusement distinguées de celles relevant de l’orientation sexuelle et appellent un examen séparé ainsi que des réponses spécifiques.
7. Aucune étude n’a été réalisée au Luxembourg sur les enfants et adolescent-e-s trans’. Il est impossible de donner le chiffre exact de leur nombre. Les estimations relatives aux adultes varient considérablement selon les époques, les pays et la méthodologie employée et les estimations concernant les enfants trans’ sont souvent

- le résultat d’une extrapolation à partir du nombre d’adultes estimé⁴.
8. S’agissant des enfants transidentitaires⁵, Brill et Pepper considèrent le chiffre d’un sur 500 comme plausible, quoique vraisemblablement sous-estimé⁶. Par ailleurs, ce chiffre ne tient pas compte des enfants de genre variant⁷ et il est encore plus difficile de donner une estimation de leur nombre. Selon le GIRES⁸, on peut considérer que sur mille élèves, une école doit compter avec six enfants qui seront confrontés, au cours de leur vie, au fait d’être trans’, auxquels il faut ajouter les enfants dont l’un des membres de la famille est trans’.
 9. Il est d’autant plus difficile d’évaluer le nombre d’enfants trans’ que la majeure partie d’entre eux restent invisibles pendant toute leur enfance parce que seule une minorité arrive à le communiquer à son entourage.
 10. Faute d’informations, nous nous fonderons sur ces estimations pour le Luxembourg.
 11. Nous avons noté un parallèle entre les adultes et les adolescent-e-s trans’ victimes de discriminations : Transgender Luxembourg reçoit des informations sur le harcèlement ou la discrimination, mais les adultes refusent d’aller le signaler au Centre pour l’égalité de traitement par peur que « cela se sache » et que leur situation s’aggrave, tandis que les jeunes (mineur-e-s ou majeur-e-s) ont également le désir de se protéger par peur de subir le contrecoup de leur témoignage. En effet, le Luxembourg est un petit pays où le risque d’identification des témoins est très élevé.
 12. Plusieurs témoignages ont cependant pu être recueillis dans l’optique de ce rapport, de janvier à octobre 2012. Ils ont été donnés par des personnes trans’ mineures avec l’accord des parents, par de jeunes adultes trans’ sur leur enfance, par des personnes appartenant au système socio-éducatif et par des parents trans’ d’enfants scolarisés.

4 WINTER et CONWAY, 2011 ; MOTMANS, 2009, p. 38-49.
5 Voir rubriques «Terminologie : Qui sont les enfants et adolescent-e-s trans’ ?» et «glossaire».
6 BRILL et PEPPER, 2011, p. 16. Voir le glossaire proposé par les auteures, p. 18-20.
7 Voir rubriques «Terminologie : Qui sont les enfants et adolescent-e-s trans’ ?» et «glossaire».
8 GIRES, 2008, page v.

1 Rapport Alternatif des ONG luxembourgeoises au 3^e et 4^e rapport gouvernemental sur les Droits de l’Enfant.
2 Voir rubriques «Terminologie : Qui sont les enfants et adolescent-e-s trans’ ?» et «glossaire».
3 AGIUS et TOBLER, 2012, p. 9-15.

.....

13. Nous en avons sélectionné des extraits mettant en évidence des problématiques également étayées par des rapports relatifs à d’autres pays, montrant qu’il ne s’agit pas de cas isolés.
14. La plupart des témoignages a été recueillie en allemand et traduite par Transgender Luxembourg.
15. Pour limiter au maximum les risques d’identification, les indications les plus personnelles ont été supprimées et nous avons indiqué, non pas l’âge mais des tranches d’âges, par exemple en parlant de la « période scolaire », dans d’autres cas de l’« adolescence », ou d’une personne « d’une vingtaine d’années ». De même, dans certains cas, nous avons volontairement laissé dans le flou le genre féminin ou masculin du témoin. Par ailleurs, nous avons utilisé plusieurs extraits d’un même témoignage à différents endroits du rapport sans en indiquer la date précise pour limiter les risques de recoupement⁹.

Terminologie

16. La terminologie n’est pas définitivement fixée et varie selon les auteur-e-s et les langues. Les termes spécifiques à la thématique du rapport sont regroupés dans un glossaire en annexe.
17. S’agissant des mesures d’application générale (art. 44.6), de la définition de l’enfant (art. 1) et des principes généraux (art. 2), nous renvoyons au *Rapport supplémentaire au 3^e et 4^e rapport national (2001–2009) sur les droits de l’enfant au Luxembourg* du groupe RADELUX.

9 Pour plus d’informations sur les conditions dans lesquelles les témoignages ont été recueillis, veuillez contacter Transgender Luxembourg : tgluxembourg@gmail.com.

LIBERTÉS ET DROITS CIVILS (ART. 8 ET 16)

La préservation de l'identité (art. 8)

18. Voir les commentaires au sujet de l'article 8 dans le *Rapport supplémentaire au 3^e et 4^e rapport national (2001–2009) sur les droits de l'enfant au Luxembourg* du groupe RADELUX.

La protection de la vie privée (art. 16)

19. Nous avons reçu le témoignage d'une élève trans' qui avait fait son coming out à l'école primaire, où elle allait en tant que fille. Lorsqu'elle a changé d'établissement pour aller au collège, la nouvelle école a exigé qu'elle annonce sa transidentité aux autres élèves.

« Je regrette toujours et encore d'avoir dit aux profs que je suis trans'. J'avais parlé de mon sentiment d'être une fille au SPOS¹, qui m'a recommandé d'en parler à la régente. D'abord, j'ai pensé que ce serait bien si la classe était au courant, parce qu'elle serait peut-être compréhensive. Mais ensuite, je n'en étais plus tout à fait sûre et je ne le voulais plus. Je l'ai dit à ma régente (responsable de la classe), mais elle a dit que je devais le dire aux autres parce qu'un garçon pourrait tomber amoureux de moi sans savoir qui je suis vraiment (que je ne suis pas une 'vraie' fille) et qu'il fallait l'en préserver (on ne peut attendre d'aucun garçon sur la terre qu'il aime quelque chose comme moi). Elle a dit qu'elle voulait seulement me protéger contre des désagréments. »

20. L'école a révélé la transidentité de cette élève sans son consentement (« outing »²) et sans s'être suffisamment préparée aux réactions des autres élèves ou de leurs parents et aux risques encourus pas l'élève concernée du fait de cette révélation. Une telle pratique constitue une violation du droit à la vie privée. La transidentité doit être considérée comme faisant partie de la vie privée et aucun-e élève ne doit être incité-e voire forcé-e à la révéler.
21. Par ailleurs, cette annonce a constitué le facteur de déclenchement d'un harcèlement qui a poussé cette élève à changer d'école. La révélation imposée de la transidentité met en péril l'intégrité physique et mentale de l'enfant et il faut tenir compte du risque de harcèlement lorsqu'il est projeté d'informer les autres élèves de la transidentité (voir aussi les commentaires relatifs à l'article 28).

¹ Service de psychologie et d'orientation scolaire, situé dans chaque école, à l'exception de l'école VIT qui possède un fonctionnement à part.

² Voir glossaire.

Recommandation



A l'école, considérer la transidentité de l'enfant comme étant confidentielle a priori. Lorsque l'enfant désire que sa transidentité soit connue dans son école, planifier soigneusement l'annonce de la transidentité auprès des autres élèves et parents.

MILIEU FAMILIAL ET PROTECTION DE REMPLACEMENT (ART. 18 ET 20)

Les responsabilités parentales (art. 18)

22. La question centrale qui se pose pour les parents d'enfants trans' est de savoir s'ils doivent accepter les comportements de l'enfant qui diffèrent de ceux traditionnellement attendus d'un garçon ou d'une fille, ou s'ils doivent les interdire et les sanctionner.
23. Les réactions des parents face à la transidentité ou aux comportements de genre variant de leur enfant seront très variées. Certains les accepteront plus facilement que d'autres et lui apporteront très vite un soutien inconditionnel. Pour d'autres, ce sera un processus pouvant durer plusieurs années. Les parents sont souvent en proie à des sentiments de culpabilité (« Qu'est-ce que j'ai mal fait ? »), de honte et de peur des réactions de l'entourage, notamment de rejet de l'enfant. Ils doivent aussi faire le deuil de l'enfant qu'ils pensaient avoir. Plus les parents luttent longtemps avec ces sentiments, plus l'enfant en souffre parce qu'il n'est pas reconnu dans sa transidentité¹.
24. « Le temps des parents n'est pas le même que celui des enfants »²: les parents ont généralement besoin de temps pour s'adapter à la découverte de la transidentité ou de la variance de genre de l'enfant, tandis que celui-ci ressent l'urgence d'être accepté tel qu'il est et, s'il est transidentitaire, d'être autorisé à délaisser le rôle social associé au sexe qui lui a été assigné à la naissance.
25. La situation des parents est complexe : ils se trouvent face à tout un système social qui exclut d'emblée leurs enfants trans' et il est nécessaire qu'ils aient accès à un accompagnement professionnel spécialisé. Or, les parents qui rechercheront une aide extérieure ne trouveront pas au Luxembourg de professionnel-le-s de l'enfance ayant des connaissances spécifiques sur la transidentité et la variance de genre et Transgender Luxembourg n'est pas assez connu.
26. Pour d'autres parents encore, la transidentité ou la variance de genre sont inacceptables et ils puniront les comportements de l'enfant qui s'écartent de ceux traditionnellement associés à ceux d'un garçon ou d'une fille. Nous avons recueilli un témoignage à ce sujet, de la part d'un-e jeune actuellement âgé-e d'une vingtaine d'années:

« Vers 6/8 ans, j'ai commencé à mettre des vêtements de poupée quand on jouait à la mère et à l'enfant. Je voulais toujours être la mère ou la fille au lieu du père ou du garçon. Mes cousines jouaient avec moi, ce n'était pas un problème. Les adultes n'y voyaient pas d'objection non plus (« C'est un jeu »).

A un moment donné, j'ai commencé à mettre en secret les chemises de nuit et d'autres vêtements de ma mère, le soir quand tout le monde dormait. Jusqu'au jour où j'ai trouvé dans mon placard la robe de mariée de ma mère, que j'ai ensuite enfilée régulièrement. Quand je le faisais, je me sentais très bien, c'était un très bon sentiment, très satisfaisant. [...] Je me sentais simplement mieux et moi-même. J'ai ensuite commencé à prendre les magazines de tricot de ma mère et je m'imaginais que j'étais la femme des photos. Cela a duré jusqu'à l'âge de 10 ans, où j'ai lu un article dans « BRAVO » sur Kim, qui avait dit à ses parents qu'elle était une fille et non pas un garçon et qu'elle voulait vivre en tant que fille. J'ai remarqué que c'était exactement pareil pour moi, mais je n'ai jamais osé en parler à mes parents, parce que j'ai eu une enfance très difficile du fait que je portais en secret les vêtements de ma mère et prenais ses magazines. Mes parents s'en sont toujours rendu compte. Je recevais alors des corrections, j'avais interdiction de quitter la maison, de regarder la télévision et de jouer aux jeux vidéo. Cela me paraissait injuste, mais je n'ai jamais essayé de parler avec eux parce que je savais qu'ils ne comprendraient pas. Mes frères s'en rendaient compte aussi et ils le racontaient toujours à mes parents, lorsqu'ils voyaient ou trouvaient quelque chose ».

27. Lorsque les familles ne recherchent pas d'aide extérieure comme dans le cas ci-dessus, il est important que d'autres institutions prennent le relais pour soutenir l'enfant, mais comme la formation des professionnel-le-s de l'enfance sur ce sujet est lacunaire à l'heure actuelle, il leur sera difficile d'identifier des enfants trans' n'ayant pas eux-mêmes clairement conscience de leur transidentité ou de leur variance de genre. La formation des professionnel-le-s est nécessaire mais pas suffisante : il faut développer des supports de communication directement à l'intention des enfants trans' eux-mêmes (voir commentaires relatifs aux articles 28 et 29).

¹ Constat réalisé par Transgender Luxembourg. Voir aussi BRILL et PEPPER, 2011, p. 52-72; REED e. al., 2008.

² REUCHER, Tom.: communication au workshop « La transidentité entre 10 et 20 ans », dans le cadre du congrès « La normativité de genre et ses effets sur l'enfance et l'adolescence ».

Recommandations en ce qui concerne les parents d'enfants trans'



- Croire les parents lorsqu'ils décrivent les comportements liés à la transidentité ou à la variance de genre de leur enfant ³.
- Soutenir le développement d'un accompagnement spécialisé de première ligne pour les parents d'enfants trans' (voir les recommandations relatives à l'article 8), en concertation avec des représentant-e-s des personnes trans' pouvant attester d'une expertise en matière de transidentité.
- Encourager la formation des professions des secteurs de l'enfance, de l'éducation, et de la santé sur la transidentité et la variance de genre afin que les parents puissent recevoir un soutien adéquat.

Les enfants privés de leur milieu familial (art. 20)

28. Le personnel des foyers pour enfants a sous sa responsabilité des enfants trans' dont certains expriment leur transidentité – quels que soient les mots qu'ils emploient – mais ce n'est pas le cas de tous.
29. Le témoignage ci-après a été donné a posteriori par un jeune trans' sur sa période passée dans un *foyer*.

«Le pire pour moi au foyer n'était pas d'être séparé de mes parents mais d'être tout à coup censé devenir une fille. Mes parents m'ont toujours accepté tel que j'étais. Ils avaient bien remarqué que j'étais différent des autres filles, mais ils n'ont jamais essayé de me changer. Même s'ils ne savaient pas exactement ce qui se passait avec moi, ils me laissaient être comme je le voulais. Au foyer, c'était fini, tout au moins au début. Je ne voulais ni une coiffure de fille, ni des vêtements de fille, et je ne voulais pas non plus parler de sujets féminins, par exemple des règles ou du port d'un soutien-gorge. Je sais que ces discussions sont indispensables, mais j'aurais souhaité plus de tact à mon égard. Pour les autres filles, c'est peut-être normal d'en parler, mais pour moi, c'était un supplice. J'attends des personnes ayant appris à travailler avec des enfants et avec des jeunes qu'elles s'en rendent compte et s'occupent de l'enfant en s'y prenant autrement. Je sais que ce n'était pas dans leur intention de mal me traiter, mais elles l'ont tout de même fait, simplement parce qu'elles ignoraient l'existence des enfants transsexuels. Si elles avaient connu ce sujet, on aurait peut-être pu faire quelque chose plus tôt et je n'aurais pas dû endurer pendant des années un état dont je ne voulais pas.»

30. Le témoignage ci-dessus illustre la difficulté d'identifier les enfants trans' qui n'ont pas encore pu mettre de mots sur leur transidentité, mais qui sont confrontés aux normes de genre. Cette identification sera extrêmement difficile en l'absence de formation.

3 Recommandation formulée par Trans-Kinder-Netz (TRAKINE), lors d'un entretien du 22 octobre 2012 avec Transgender Luxembourg.

31. S'agissant des enfants désirant explicitement être traités comme les enfants du sexe dit « opposé », le personnel sera confronté à la question du respect de l'identité de genre de l'enfant, tout comme les parents et les écoles (voir les commentaires relatifs à l'article 8 CIDE).
32. D'une façon générale, on peut se demander pourquoi les filles devraient nécessairement porter des jupes ou des robes, ou avoir des coiffures considérées comme « féminines ». Pour les enfants et adolescent-e-s trans', toute pression de l'extérieur pour se conformer aux stéréotypes de genre associés au sexe auquel ils ne s'identifient pas constitue une violence qui affecte à la fois leur intégrité psychique et corporelle.
33. En particulier, pour les foyers non mixtes, les enfants trans' exprimeront le désir d'intégrer un foyer correspondant à leur identité de genre et non pas au sexe de leur état civil. Concernant l'Allemagne, le directeur du service d'urgence pour enfants et jeunes de Berlin a rapporté que son service avait eu à accompagner une jeune fille trans', qui a été admise dans un foyer pour filles ⁴. Cela doit être considéré comme une bonne pratique.
34. Si l'identité de genre de l'enfant n'est pas respectée par le foyer, ou s'il n'y a pas de cadre offert à l'enfant pour lui permettre d'exprimer librement son identité de genre, son droit au libre épanouissement de sa personnalité est compromis. Par ailleurs, l'enfant risque de faire une fugue ⁵.

Recommandations en ce qui concerne les foyers pour enfants



- Veiller à ce que le personnel des foyers pour enfants et adolescent-e-s reçoive, dans le cadre de la formation initiale et continue, des informations sur les enfants et adolescent-e-s transidentitaires et de genre variant.
- Autoriser l'accès aux foyers non mixtes des enfants conformément à leur identité de genre.

4 Entretien entre Transgender Luxembourg et Andreas Neumann-Witt, lors de la conférence de ce dernier au Luxembourg dans le cadre du Forum AEF 2011 : Crises et interventions de crise, http://www.fr.uni.lu/flshase/actualites/forum_aef_2011_aide_a_l'enfance_et_a_la_famille.

5 Voir, au sujet des foyers pour personnes sans domicile fixe, MOTTET et OHLE, 2003.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE (ART. 24)

.....

La santé et les services de santé (art. 24)

35. Le ministre de la Santé a accordé son patronage au congrès « La normativité de genre et ses effets sur l'enfance et l'adolescence », organisé par l'Université du Luxembourg et Transgender Luxembourg du 24 au 29 septembre 2012 et le 26 octobre 2012, à Luxembourg. Il a ainsi apporté son soutien aux thèmes abordés dans le cadre du congrès, ce qui est très positif.

Repérage de la transidentité et de la variance de genre par les professionnel-le-s de la santé physique et mentale

36. Le repérage des enfants transidentitaires ou de genre variant par les professionnel-le-s de la santé non formé-e-s aux problématiques de la transidentité et de la variance de genre relève quasiment de l'impossible, comme l'illustre le témoignage suivant, donné a posteriori par un jeune trans' sur la période de son adolescence :

« Je suis allé voir la [...] psychologue à l'âge de 15 ans. On parlait bien sûr beaucoup de mes parents mais aussi, depuis le début, du fait que je me sentais attiré par des femmes. Pendant longtemps, je n'ai pas dit que je me sentais être un garçon parce que je pensais que la psychologue me prendrait pour un fou. Moi-même, j'ai longtemps pensé que j'avais un trouble psychique. Quand j'ai enfin réussi à aborder le sujet avec elle, ce qui m'a coûté beaucoup de force, elle n'a pas eu la réaction que je souhaitais. Elle a seulement dit qu'il y avait plusieurs sortes de femmes, même des femmes peu féminines, et que les êtres humains ne sont pas tous pareils [...]. Elle ne me comprenait pas et je me suis senti plus mal qu'avant d'aller la voir. A ce moment, je ne connaissais toujours pas le mot 'transsexualité' mais j'avais lu dans une revue qu'il y a des personnes qui changent de sexe. [...] Un jour où mon sentiment d'être un garçon était devenu tellement fort qu'il me désorientait moi-même et me faisait peur, j'ai quand même été content de pouvoir aller la voir pour en discuter, mais ça s'est terminé par un désastre. Ce n'est qu'à la fin de l'heure que j'ai osé en parler et elle a réagi avec de l'énervement en disant que je recommençais avec ce thème, uniquement parce que, selon elle, j'avais une attirance sexuelle pour une fille et que j'avais encore pensé que j'étais un garçon pour cette raison. Je me suis senti misérable. J'ai décidé de ne plus jamais aborder ce sujet avec elle et de réprimer tous ces sentiments en moi, encore plus qu'avant. C'était comme si je tuais une partie de moi-même. A ce moment, je n'avais plus envie de continuer à vivre. J'avais le réel besoin de me jeter sous

le prochain train. C'était la première fois dans ma vie que je voulais me tuer. [...]

[J]e suis retourné voir le psychiatre qui avait constaté ma tendance dépressive. Mais il n'a pas pu m'aider. Au début, il a cru que j'avais trouvé un autre problème pour ne pas affronter la situation à la maison. [...] Ensuite, il a admis qu'il ne s'y connaissait pas et que ce serait mieux que j'aille voir quelqu'un d'autre. Il a appelé quelqu'un pour lui demander s'il connaissait lui-même quelqu'un, mais ce n'était malheureusement pas le cas. »

37. Ce témoignage illustre le fait qu'en l'absence de formation appropriée, les professionnel-le-s de la santé n'ont pas la possibilité d'identifier la transidentité et la variance de genre, (ni de les distinguer de l'homosexualité lorsqu'il s'agit d'adolescent-e-s), et que l'accès à l'enfant ou l'adolescent-e peut être compromis. En effet, les enfants et adolescent-e-s trans' ressentent souvent une grande honte devant la perspective de parler de leur transidentité à des tiers, *a fortiori* à des personnes étrangères, et ont souvent aussi très peur de ne pas être compris-e-s et d'être considéré-e-s comme « malades » ou « fous/ folles ». La capacité de l'enfant à s'ouvrir dépend dans une grande mesure du rapport de confiance qu'il peut établir avec des tierces personnes. S'il considère que ce n'est pas possible, il se renferme et tout contact devient impossible.

38. Le témoignage ci-dessus montre aussi qu'en l'absence de formation appropriée des thérapeutes, il existe un risque d'aggravation des symptômes ayant motivé la consultation et un risque d'apparition de nouveaux symptômes iatrogènes ou induits par la ou le thérapeute, notamment la suicidalité ¹. L'impossibilité de s'exprimer et d'être entendu-e-s que ressentent les enfants et adolescent-e-s trans' les place en effet dans un état de tension qui peut les mener jusqu'au suicide.

Accompagnement des mineur-e-s transidentitaires ou de genre variant par les professionnel-le-s de la santé physique et mentale

Nécessité d'un accompagnement médical et psychologique non pathologisant

39. Le contexte international est marqué par des discussions sur la remise en cause du caractère pathologique des variations de l'identité de genre et de l'expression

1 Voir SIRONI, 2011, pour d'autres exemples de symptômes iatrogènes, p. 21-56.

de genre ². Nous retiendrons deux idées de ce débat complexe. D’une part, malgré les théories avancées, personne ne peut dire avec certitude quelle est l’origine des variations de l’identité de genre et de l’expression du genre ³. D’autre part, considérer qu’il s’agit de pathologies est une question de perspective, indissociable du modèle de la binarité du genre. Ce modèle est le fruit d’une société et d’une époque données. Tout écart par rapport à ce modèle est alors qualifié de pathologie (alors que le caractère pathologique des variations de l’identité de genre et de l’expression du genre n’a pas été prouvé). Or, cette perspective est remise en cause à l’heure actuelle, et tend à être remplacée progressivement par celle selon laquelle les variations de l’identité de genre et de l’expression du genre font partie de la diversité des êtres humains.

40. Les enfants et adolescent-e-s trans´ peuvent présenter des troubles psychiques – ou pas – comme le reste de la population ⁴. Cependant, certain-e-s auteur-e-s constatent que, dans bien des cas, lorsque l’enfant ou l’adolescent-e a la possibilité d’intégrer la transidentité ou la variance de genre en tant que partie de sa personnalité et de la manifester dans sa vie quotidienne, les symptômes tendent à disparaître ⁵. Cette constatation est illustrée par un témoignage d’un jeune trans’ du Luxembourg, ayant rapporté les symptômes ci-dessous, survenus à l’adolescence :

«*A la rentrée scolaire, je me sentais si mal physiquement que j’ai arrêté l’école. J’ai commencé à avoir des attaques de panique, une pression artérielle élevée, de la tachycardie, des bouffées de sueur [...]. Comme les symptômes physiques s’étaient aggravés au point que je ne pouvais plus quitter la maison parce que j’avais peur des gens, je suis allé voir ma généraliste qui m’a prescrit des antidépresseurs. A cette époque, je pensais beaucoup au suicide.*»

41. Les symptômes décrits ci-dessus ont disparu lorsque le jeune en question a décidé de faire une transition, ce qui est souvent le cas.
42. Dans ce contexte complexe, où la transidentité et la variance de genre peuvent, entre autre, être masquées par d’autres symptômes, il est souhaitable que les thérapeutes qui accompagnent les enfants et adolescent-e-s trans´ aient de l’expérience dans ce domaine et se basent sur une conception non pathologisante de la transidentité ⁶.

Nécessité d’un accompagnement médical et psychologique dépourvu des stéréotypes de genre

43. L’ancien commissaire aux droits de l’homme du Conseil de l’Europe, Th. Hammarberg, a relevé que la prise en charge médicale des personnes trans en Europe était souvent marquée par les stéréotypes de genre susceptibles de donner lieu à un refus d’accompagnement médical d’une transition ⁷.

44. De façon similaire, certain-e-s auteur-e-s ont souligné que des études comportant des biais importants avaient été sources d’idées fausses chez les professionnel-le-s de la santé, notamment parce que l’objectif de ces études semblait être de légitimer la « prévention » ou « l’élimination » de comportements transgressant les normes de genre jugés socialement inacceptables ⁸.

45. Par ailleurs, il semble que l’action de la testostérone fasse aussi l’objet d’idées fausses associées à des stéréotypes de genre. La première idée fausse est que le taux de testostérone est en lien avec l’orientation sexuelle. Selon un témoignage d’un jeune trans’ recueilli par Transgender Luxembourg :

«*Un médecin, par exemple, m’a dit qu’avec la testostérone, j’aurais désormais une attirance sexuelle plus forte pour les femmes. Ce qui m’a un peu étonné, parce que j’aurais pu être attiré par des hommes, alors que le médecin est parti du principe qu’en tant qu’homme, j’étais attiré par les femmes. Je pense que cela pourrait déstabiliser un adolescent qui n’est justement pas attiré par les femmes ou qui ne développe pas plus tard d’attirance pour les femmes.*»

46. La deuxième idée fausse est le lien quasi-automatique entre la testostérone et l’agressivité. Le témoignage suivant est celui d’un jeune trans’ d’une vingtaine d’années concernant son adolescence, alors qu’il n’avait pas encore mis de mots sur sa transidentité :

«*La psychologue [...] me rendait encore visite de temps en temps et comme j’avais une grande confiance en elle, je lui ai dit que je me sentais être un garçon, un jour où elle était chez moi. Elle a juste répondu que je devais faire contrôler mon taux de testostérone, parce que cela expliquait aussi pourquoi j’étais si agressif, et qu’on pourrait alors faire quelque chose. Je n’étais pas agressif au sens où j’aurais frappé quelqu’un, mais à cette époque, je me disputais beaucoup avec mes parents. J’étais tout simplement très insatisfait de ma vie et je déversais tout sur eux. Lorsque la psychologue m’a dit cela, j’ai eu peur parce que j’ai pensé que si ma testostérone était trop élevée, un médecin me donnerait un médicament dont l’effet serait que je ne me sentirais plus comme un garçon et dans le pire des cas, que je deviendrais encore plus féminin. Cette perspective était épouvantable pour moi. Je n’ai plus abordé ce sujet avec elle et ne n’ai pas non plus fait contrôler mon taux de testostérone. Il s’est avéré à posteriori qu’elle n’est pas trop haute.*»

⁷ HAMMARBERG, 2011, p. 23.

⁸ KENNEDY et HELLEN, 2010, p. 26.

47. Les stéréotypes de genre créent un risque de « maltraitance théorique » ⁹, et peuvent avoir des conséquences préjudiciables pour les enfants et adolescent-e-s trans. Des formations appropriées peuvent aider à se préserver de se risque, ainsi qu’à « garder les yeux ouverts et être prêt à apprendre, afin de reconnaître que les enfants et les jeunes nous montrent nécessairement que l’identité de genre représente en réalité un large éventail de phénomènes » ¹⁰.

48. Au Luxembourg, la formation des professions de santé et des psychologues ne comprend pas d’éléments spécifiques à cet égard.

Traitement hormonal

49. La détresse que ressentent certain-e-s adolescent-e-s à la puberté place le corps médical devant un dilemme éthique ¹¹. Il existe des bloqueurs hormonaux permettant de retarder la puberté ainsi que des traitements hormonaux entraînant le développement des caractères sexuels correspondant au sexe considéré comme « opposé », mais les effets à long terme ne sont pas connus. Cependant, une décision de refuser tout traitement chez les mineur-e-s n’est pas neutre du point de vue éthique et dépasse la sphère médicale : elle peut créer une détresse supplémentaire, avec une élévation du risque de dépression et de suicide chez l’adolescent-e, mais aussi compromettre son intégration sociale dans le rôle de genre choisi : mue de la voix et développement de la barbe pour les filles trans´, développement de la poitrine pour les garçons trans’, parmi d’autres exemples, ce qui les expose à un risque accru de stigmatisation et de harcèlement, en particulier à l’école.

50. Transgender Luxembourg a reçu le témoignage d’une mineure ayant reçu le soutien de ses parents, qui s’est rendue à l’étranger pour suivre un traitement hormonal, étant donné qu’il n’existe au Luxembourg aucun médecin formé à l’administration d’un traitement hormonal aux mineur-e-s trans’. La détresse qu’elle éprouvait a diminué avec la prise des bloqueurs hormonaux et sa qualité de vie s’est améliorée depuis la prise d’hormones du sexe dit « opposé ».

51. Cela pose la question de savoir qui reçoit des hormones, à partir de quand, et si l’autorisation parentale doit être considérée comme nécessaire. Cette dernière question se pose notamment lorsque l’autorité parentale est transférée à une institution où est placé-e le/la mineur-e.

⁹ SIRONI, 2011, chapitre intitulé « Maltraitance théorique et hypocrisie professionnelle », p. 21-55.

¹⁰ BRILL et PEPPER, 2011, p. 8-9 (traduction de l’allemand par Transgender Luxembourg).

¹¹ GIORDANO, 2008 ; COHEN-KETTENIS, 2008 ; BRILL et PEPPER, 2011, p. 200-220 ; REUCHER, 2011, p. 51 : *La transidentité entre 10 et 20 ans*, in : ALESSANDRIN, 2011. Voir aussi le jugement australien rendu dans l’affaire Alex [Re Alex : Hormonal Treatment For Gender Identity Dysphoria, Family Court Of Australia, 13/04/2004 [2004] FamCA 297] et les observations de la Commission australienne des droits de l’homme dans cette affaire [Submissions Of The Human Rights And Equal Opportunity Commission (Intervening), 4/3/2004].

52. Par ailleurs, des formations sont nécessaires pour l’actualisation des connaissances dans un domaine en pleine évolution, notamment sur les possibilités de traitement hormonal. Nous avons reçu un témoignage d’un jeune d’une vingtaine d’années à ce sujet :

«*Alors que je prenais de la testostérone depuis déjà trois mois, j’ai dû retourner voir le médecin pour un contrôle. Je lui ai parlé des modifications corporelles et psychiques qui s’étaient produites. Il a encore demandé si mes menstruations s’étaient arrêtées, ce qui n’était pas le cas. Il a juste dit qu’elles s’arrêteraient bientôt et qu’elles deviendraient sûrement moins fortes. Il en était convaincu, pour lui, c’était clair à 100 %. En fait, ce n’était pas vrai, elles ne se sont pas arrêtées et n’ont pas non plus diminué, mais elles sont devenues plus fréquentes. Je savais que c’est le cas de beaucoup de personnes. Je ne le lui ai pas dit, parce que je n’ai pas osé le contredire [...]. De plus, le médecin considérait l’opération de réassignation sexuelle comme une opération esthétique, mais je lui ai fait remarquer aussitôt que ce n’était pas le cas, ce qu’il a aussitôt modifié [sur le certificat qu’il était en train de m’écrire].*

Ce que j’ai retenu de ces expériences, c’est que je n’ai plus aucune confiance dans la compétence des médecins et je sais qu’ils n’y connaissent rien en ce qui concerne la transsexualité.»

53. La formation des médecins ne comporte pas d’informations sur l’accompagnement médical des enfants et adolescent-e-s trans’. Au Luxembourg, elle a pour particularité d’être effectuée majoritairement à l’étranger, même s’il existe la possibilité de suivre certains enseignements au Luxembourg ¹². Il en résulte que la formation continue jouera un rôle fondamental.

Visite médicale scolaire

54. Transgender Luxembourg a reçu le témoignage d’une adolescente ouvertement trans´, qui avait délaissé le rôle social associé au sexe masculin et vivait en tant que fille (code vestimentaire, coiffure etc.) dans son école. Cette élève a rapporté avoir passé la visite médicale avec les garçons. Or, les garçons passaient trois par trois, ils disposaient d’un vestiaire commun pour se déshabiller à trois puis passaient ensemble devant le médecin. L’adolescente trans´ est passée torse nu, en sous-vêtements, devant le médecin scolaire en même temps que deux garçons. Il semble que ce ne soit pas une pratique généralisée et que dans d’autres écoles, les élèves soient examinés individuellement.

55. Placer une adolescente trans’ dans le groupe des garçons pour la visite médicale revient à ne pas respecter son identité de genre. De plus, la visite

¹² D’une part, une première année de bachelor à l’université du Luxembourg assure une formation de base à tous les étudiants en biologie, médecine et pharmacie, à l’issue de laquelle les étudiants peuvent continuer leurs cursus en France, en Belgique ou en Allemagne. D’autre part, l’université du Luxembourg dispense une formation spécifique en médecine générale d’une durée de trois ans au moins pour les étudiant-e-s ayant accompli un cursus de 300 crédits au moins.

médicale devrait être individuelle pour respecter l'intimité de tous les enfants.

d'autorisation de la part de l'adolescente d'aborder son cas précis.

Souhaits des parents d'enfants trans' concernant les professionnel-le-s

56. Le réseau allemand de parents d'enfants trans' TRAKINE ¹³ a énoncé plusieurs souhaits de la part des parents :
- que leur enfant soit pris au sérieux, même s'il n'a que 3 ans ;
 - que les professionnel-le-s partagent avec les parents la responsabilité de soutenir l'enfant ;
 - que les professionnel-le-s ne conditionnent pas leur soutien à des pronostics sur la stabilité du comportement de l'enfant, car il ne peut pas y avoir de certitude absolue dans ce domaine ;
 - que l'accompagnement offert par les professionnel-le-s ne repose pas sur des idées préconçues mais sur des recherches scientifiques, qu'il reste encore à mener.

Hospitalisation en unité fermée de psychiatrie juvénile

57. Les points que nous aborderons porteront sur les conditions d'hospitalisation en unité psychiatrique juvénile fermée. Nous avons reçu un témoignage d'une adolescente trans¹³ ayant effectué un séjour dans un tel service. Ce témoignage a été complété par celui d'un-e professionnel-le qui la suivait à l'époque des faits.
58. D'autres sources d'information s'ajoutent à ces témoignages :
59. Lorsque des patient-e-s sont hospitalisé-e-s dans des services de psychiatrie contre leur gré, il existe souvent deux versions des faits : celle de la personne hospitalisée et celle de l'équipe soignante. Les faits objectivement vérifiables relatés par l'adolescente ont été, pour la plupart, confirmés par d'autres sources telles que le témoignage d'un-e professionnel-le du domaine socio-éducatif, un rapport sur *Les unités psychiatriques infanto-juvéniles fermées* de l'Ombudsman (médiateur) du Grand-Duché de Luxembourg¹⁴ attestant des pratiques existantes en psychiatrie et un entretien avec l'équipe hospitalière le 13 novembre 2012¹⁵. Il faut souligner que cet entretien ne portait pas sur le témoignage qui va suivre mais qu'il avait uniquement pour objet de clarifier la situation juridique et de préciser les procédures effectivement appliquées dans le service en question. En effet, nous n'avions pas reçu

60. Quant au ressenti de l'adolescente sur les mesures adoptées à son égard et les raisons qu'elle leur attribue, il convient de noter une divergence avec les motifs que pouvaient avoir l'équipe soignante, d'après les indications générales que celle-ci a fourni au cours de l'entretien. Notre analyse divergera aussi sur certains points de l'appréciation de l'équipe.

61. Nous commencerons par citer le témoignage de l'adolescente :
- « Je ne connais pas la véritable raison de mon hospitalisation. L'école à laquelle j'allais à l'époque a conseillé à mes parents de me faire hospitaliser en psychiatrie. Je n'ai pas eu d'explication ni mon mot à dire sur cette décision. La communication avec mes parents était [...] perturbée dans l'ensemble. C'est seulement après avoir observé mon comportement pendant mon séjour que l'équipe du service a abordé des thèmes tels que [...] et les thèmes transgenres, mais sans aller plus loin, parce que je ressentais le personnel comme étant hostile aux transgenres et que j'ai refusé toute coopération. »*

« Malgré ma demande, on ne m'a pas non plus donné la raison de ma sortie, qui était inattendue – c'était probablement pour des raisons financières, ce qui me convenait, parce que j'allais plus mal qu'avant mon hospitalisation, bien qu'on m'ait prétendu le contraire. L'essentiel que j'en retiens est qu'à cause de ce séjour, j'ai eu bien plus de mal à faire encore confiance à quelqu'un »

Peu de temps après mon arrivée dans ce service et soi-disant à cause de mon risque de suicide, j'ai dû rester assise sur une chaise plusieurs jours sous surveillance constante et passer la nuit dans le couloir – mais je pense plutôt que c'était une sanction pour ma légère agressivité passive vis-à-vis du/de la remplaçant-e que je trouvais ignorant-e. Mon véritable médecin était, comme souvent ensuite, en vacances »

62. Un-e professionnel-le du domaine socio-éducatif qui était en contact avec l'adolescente a ajouté son témoignage :

« Tout se focalisait alors sur cette peur de risque de suicide, décision des parents sur conseil [d'un service socio-éducatif] de le/la mettre stationnaire à la psychiatrie juvénile [...]. »

Le jour d'entrée à l'hôpital a été ressenti comme extrêmement traumatisant pour [l'adolescente] et sa mère qui la conduisait là-bas : impossibilité de faire leurs adieux, la mère étant d'un côté de la porte, [l'adolescente] de l'autre côté en pleurant, refus de la part du personnel hospitalier d'ouvrir de nouveau les portes, puis interdiction de visite pour les 3 semaines à venir. Tout ceci fut un vrai choc pour [l'adolescente] et sa mère et est encore ressenti actuellement comme tel si on parle aujourd'hui de ce qui s'était passé. [L'adolescente] a longtemps refusé de parler à un psy et moi-même j'arrivais à lui parler et à nouer un lien 'uniquement parce que je n'étais pas psy', tellement son traumatisme était profond.

[L'adolescente] est une personne très intelligente et voyait toute cette procédure en psychiatrie comme une véritable atteinte à ses droits fondamentaux. Après sa sortie de l'hôpital où personne ne pouvait accéder à sa personne et où elle me racontait qu'on lui disait que si elle ne parlait pas, elle ne rentrerait pas, [...]»

63. La situation de l'adolescente était complexe et nous avons choisi de ne pas publier les informations les plus personnelles pour protéger sa sphère privée. Par ailleurs, nous n'avons pas consulté son dossier médical et les informations dont nous disposons sont donc parcellaires. Cependant, plusieurs éléments préoccupants ressortent des témoignages :
- le séjour dans le service psychiatrique concerné a été traumatisant pour l'adolescente concernée ;
 - l'application de mesures de contrainte à son égard soulève la question du respect de ses droits fondamentaux (voir discussion ci-après) ;
 - l'encadrement des jeunes personnes trans' soulève également la question du respect de leurs droits fondamentaux (voir discussion ci-après).

64. Nous détaillerons ci-après deux points, à savoir les modalités d'application des mesures de contrainte et l'encadrement des jeunes trans'.

A. Mesures de contrainte :

65. La contrainte peut être définie comme « l'ensemble de toutes les attitudes, de toutes les méthodes et techniques par lesquelles on impose à un malade, contre sa liberté et sa volonté, une hospitalisation, un traitement, une alimentation, une limitation de son activité »¹⁶. Les mesures de contrainte constituent une immixtion dans la vie privée. Cette immixtion n'est dénuée d'arbitraire que si elle est justifiée par un objectif thérapeutique ou préventif et est proportionnée à l'objectif poursuivi.
66. Quatre mesures de contrainte qui ont été appliquées à l'adolescente seront analysées ci-dessous : hospitalisation dans une unité de psychiatrie juvénile fermée, restriction au droit de visite, obligation de rester assise sur une chaise et obligation de dormir dans le couloir.

- Hospitalisation dans une unité de psychiatrie juvénile fermée : droit d'être informée et droit d'être entendue

67. D'après le témoignage de l'adolescente, les raisons de son hospitalisation et de sa sortie ne lui ont pas été communiquées ou tout au moins ne lui ont pas été communiquées de façon à ce qu'elle les considère comme des motifs compréhensibles et suffisants pour justifier son hospitalisation. L'adolescente rapporte également que son avis n'a pas été recueilli. Il ressort de son témoignage qu'elle a vécu son séjour en psychiatrie et notamment sa durée comme étant arbitraires.

68. Par conséquent, il semblerait que son droit d'être informée et son droit d'être entendue n'aient pas été respectés.
69. Dans son rapport sur *Les unités psychiatriques infanto-juvéniles fermées*, l'Ombudsman (médiateur) du Grand-Duché de Luxembourg a indiqué que sa mission « ne concerne que les patients placés en vertu d'une décision judiciaire et exclut formellement les patients en séjour volontaire »⁷⁷. Il en résulte que les adolescent-e-s hospitalisé-e-s en service fermé de psychiatrie sans décision judiciaire sont donc moins protégé-e-s alors que la question de leur consentement à l'hospitalisation se pose. Hospitalisé-e-s avec l'accord de leurs parents, ces jeunes n'y sont pas nécessairement de leur plein gré.
70. Il serait important d'instaurer un mécanisme permettant à ces jeunes de rencontrer d'office une personne externe à l'hôpital chargée de défendre les droits de l'enfant, elle-même autorisée à faciliter un accès rapide de l'adolescent-e avec un-e avocat-e si nécessaire.

Suggestion de questions au gouvernement luxembourgeois:

Le droit luxembourgeois permet-il de garantir le droit à l'information et le droit d'être entendues des personnes mineures hospitalisées dans un service psychiatrique fermé en dehors de toute décision judiciaire?

Quels sont les mécanismes permettant de vérifier que ces droits sont effectivement appliqués ?

- Restriction au droit de visite et droit à la vie familiale
71. D'après les témoignages précités, l'adolescente a été privée de visites pendant trois semaines.
 72. L'article 37, c), CIDE, énonce : « Tout enfant privé de liberté a le droit de rester en contact avec sa famille [...] par les visites, sauf circonstances exceptionnelles ».
 73. En milieu psychiatrique fermé, les « circonstances exceptionnelles » pouvant légitimer les restrictions au droit de visite doivent être interprétées de façon restrictive. Elles ne peuvent être avérées que :
 - s'il existe un risque pour la personne ou autrui (but thérapeutique ou préventif) ;
 - si d'autres mesures ont échoué ou ne sont pas envisageables (proportionnalité) ;
 - et pour une durée limitée (proportionnalité).

74. A titre d'exemple, en cas de risque pour la personne ou pour autrui, il existe des alternatives à une interdiction pure et simple des visites permettant de respecter le principe de proportionnalité, telles que l'autorisation de la visite pour une courte durée et/ou sous surveillance du personnel soignant.

13 TRAKINE (Trans-Kinder-Netz); entretien du 22 octobre 2012 avec Transgender Luxembourg.

14 OMBUDSMAN, 2011.

15 Constituée d'un médecin, d'un responsable du personnel soignant et d'une personne du service social.

16 LAROUSSE, 2000

17 OMBUDSMAN, 2011, p. 3.

75. Cependant, le témoignage de l’adolescente laisse entendre que la suspension du droit de visite était le résultat de la perte de points dans le cadre d’un plan de comportement. L’existence d’un système de sanctions et de récompenses a été corroborée par l’Ombudsman du Grand-Duché de Luxembourg sans plus de précisions sur les modalités de ce système ¹⁸. Par ailleurs, l’équipe hospitalière a confirmé l’existence d’un système de points individualisé, adapté à chaque personne, et n’a pas exclu que ce système puisse donner lieu à la suspension des visites pendant une période donnée, mais a précisé que ce système n’était appliqué qu’en concertation avec les parents.

76. La durée de trois semaines soulève la question de la proportionnalité. Etant donné que le droit à la vie familiale est un droit fondamental, une interdiction de visites peut-elle – même si les parents ont donné leur accord – être légitime lorsqu’elle a une telle durée, qu’elle se cumule à d’autres mesures de contrainte et que les visites ne mettraient ni la personne, ni autrui en danger ?

- Obligation de rester assise sur une chaise dans la journée et obligation de dormir dans le couloir pendant la nuit

77. L’adolescente a dû rester assise sur une chaise pendant plusieurs jours et passer plusieurs nuits dans le couloir afin d’être sous surveillance constante. Elle a apporté les précisions suivantes :

« Je ne me souviens plus du nombre de jours passés sur la chaise – suffisamment longtemps, en tout cas. Je devais rester assise sans interruption, de sorte que même le repas m’était apporté, mais je ne mangeais presque pas. Parler avec les autres patient-e-s n’était pas autorisé, ce qui ne signifie pas qu’on s’y tenait. Quand j’allais aux toilettes, je devais laisser la porte entrouverte [...]. »

78. De la sorte, plusieurs droits de l’adolescente ont été restreints :

1. Restriction du droit à l’intimité (immixtion dans la vie privée)

- L’adolescente était exposée au regard de toutes les personnes passant à proximité de la chaise où elle était assise dans la journée ;
- Elle devait laisser la porte des toilettes entrouverte ;
- Elle devait dormir à la vue de toutes les personnes passant à proximité de son lit la nuit.

79. L’Ombudsman a lui aussi identifié l’existence d’une pratique consistant à placer dans le couloir certain-e-s adolescent-e-s, qui sont alors exposé-e-s aux regards, à des fins de surveillance. Il a qualifié cette pratique d’« inacceptable » et affirmé que « cette manière de procéder peut être constitutive d’un traitement

humiliant » ¹⁹. L’équipe hospitalière nous a précisé que cette mesure de surveillance concerne les personnes suicidaires et que le manque de personnel ne permet pas d’adopter d’autres mesures de surveillance constante pour les personnes qui refusent l’offre thérapeutique ou pédagogique du service.

80. L’équipe hospitalière a indiqué qu’à l’heure actuelle, lorsqu’elle estime devoir surveiller constamment un-e adolescent-e la nuit, il existe une chambre en face du bureau des infirmières/infirmiers pourvue d’une vitre et d’un rideau, ce qui permet de respecter l’intimité. Nous en déduisons qu’il y a eu un changement positif de pratiques.

81. Cependant, les observations du Médiateur restent valables s’agissant de l’obligation de rester assis dans le couloir et s’appliquent également à l’obligation de laisser la porte des toilettes entrouverte. Il s’agit d’un exemple où le manque de personnel a des répercutions directes sur les droits des patient-e-s.

82. Nous recommandons d’engager une réflexion pour trouver d’autres solutions afin d’arrêter de recourir à cette technique de la chaise et à l’obligation pour les jeunes de laisser la porte des toilettes ouvertes. A cette fin, il est urgent que les services de psychiatrie fermés disposent du personnel nécessaire.

2. Restriction du droit à la liberté d’aller et venir

83. De plus, le droit d’aller et venir de l’adolescente a été restreint par l’obligation de rester assise sur une chaise pendant plusieurs heures d’affilée et pendant plusieurs jours. Cette obligation doit être assimilée, dans ses effets, à la contention physique an raison de son caractère humiliant en soi.

84. Dans le cas qui nous occupe, l’adolescente n’était pas attachée mais devait rester suffisamment longtemps sur la chaise pour que son repas lui soit apporté.

85. L’équipe hospitalière a indiqué ²⁰ qu’actuellement, le personnel donne des occupations aux jeunes pendant ce temps, vient voir régulièrement les jeunes pour les autoriser à bouger et pour leur proposer un contact, et que les repas sont pris dans la salle commune. Il existe ainsi une divergence avec le témoignage. Une explication pourrait résider dans le fait que le témoignage se situe dans la période 2001–2009, alors que l’équipe a décrit les pratiques actuelles. En revanche, l’équipe hospitalière a indiqué que les situations où un-e jeune reste assis-e sur cette chaise pendant plusieurs jours sont exceptionnelles, confirmant de ce fait leur possibilité.

3. Caractère thérapeutique, préventif, ou sanction ?

86. Sous peine d’être arbitraires, les immixtions dans la vie privée et dans le droit d’aller et venir décrites ci-dessus doivent être justifiées par un objectif thérapeutique ou préventif et être proportionnées. Nous examinerons ces aspects ci-après.

87. La raison qui a été donnée à l’adolescente est le risque de suicide. L’équipe hospitalière a confirmé ce motif pour l’adoption de telles mesures de surveillance en général. Il s’agit donc de mesures de prévention.

88. Pour que des mesures préventives représentant une telle immixtion dans la vie privée soient justifiées, il faut qu’il y ait des signes concrets d’un risque élevé de suicide au moment où les mesures sont prises et que d’autres mesures aient été envisagées ou tentées au préalable. Or, en l’absence du personnel adéquat, la solution la plus restrictive des libertés risque d’être automatiquement adoptée et le principe de proportionnalité enfreint.

89. En particulier, l’hospitalisation a duré trois mois, ce qui est plus long que la durée moyenne d’hospitalisation qui est d’un mois ²¹. Il est difficile d’imaginer que le risque de suicide ait été aigu pendant toute cette durée. Si tel avait été le cas, les mesures de surveillance constante auraient perduré pendant les trois mois, ou d’autres mesures auraient été prises.

91. Par ailleurs, en cas de risque de suicide, le niveau de risque nécessitant une surveillance constante doit être prévu de façon précise ²², de façon à limiter l’arbitraire de l’atteinte aux droits fondamentaux. Seul un risque suicidaire d’un niveau très élevé peut justifier une surveillance permanente. En ce qui concerne la prévention d’un risque de suicide, nous émettons des doutes sur le caractère proportionné des immixtions dans la vie privée de l’adolescente et dans son droit d’aller et venir.

92. Sur la proportionnalité des mesures de surveillance constante, nous citerons le rapport français Strohl et Clemente ²³: *« Le risque suicidaire Ce problème doit être évoqué. En effet, le suicide représente, de manière paroxystique, le problème du consentement au soin tel qu’il se pose au malade, au médecin, à l’établissement de soins et à la famille du malade.*

Tout acte de suicide n'est pas une conséquence de troubles mentaux et n'est pas effectué en état de troubles mentaux. Le suicide n'est plus un délit, il s'apparente donc à une liberté individuelle. Mais il est des troubles mentaux qui entraînent un risque suicidaire. [...] Est-ce à dire [...] que tout risque suicidaire nécessite une hospitalisation sans l'accord

du patient et une surveillance constante ? Et que donc l'établissement hospitalier, le médecin, le personnel soignant pourraient être considérés comme responsables du suicide réussi par un malade sorti de l'hôpital, légalement ou en fugue ?

Il a semblé au groupe de travail qu'il est nécessaire de diminuer la pression sur ce point, c'est à dire de ne pas viser une société sans risque, et notamment de ne plus faire référence à la notion de surveillance constante dans la loi [française], encore moins d'y introduire la notion de suicide.

Et ceci, pour les raisons éthiques visées ci-dessus, (comment distinguer le risque suicidaire pour trouble mental de celui longuement réfléchi), pour des raisons thérapeutiques (le soin à la personne suicidaire nécessite à un moment donné le pari du risque, la sortie de l'établissement, le retour à une liberté) et pour que le risque suicidaire ne devienne pas l'alibi d'une société sécuritaire portée à faire enfermer les inadaptés, les marginaux et tous ceux qui gênent.

En ce sens il faut réaffirmer que le consentement au traitement doit être la règle, et l'hospitalisation comme le traitement sans l'accord du malade une exception dûment encadrée par des raisons médicales devant permettre aux médecins et aux malades de mieux gérer ensemble la pathologie mentale. »

92. En ce qui concerne la nature des mesures de contrainte préventives décrites ci-dessus, deux éléments suscitent des doutes quant à leur caractère uniquement préventif.

93. Le premier élément est le témoignage de l’adolescente elle-même, qui a ressenti ces mesures comme une sanction (« je pense plutôt que c’était une sanction pour ma légère agressivité passive vis-à-vis du/de la remplaçant-e »).

94. Le deuxième élément provient de l’interdiction de parler aux autres jeunes. Si l’obligation de rester assise sous surveillance dans le couloir avait été une mesure préventive d’un suicide, il n’y aurait eu aucune raison de lui interdire de parler avec les autres jeunes. Au contraire, le contact humain est souhaitable pour une personne suicidaire et il est positif qu’elle soit en mesure de l’accepter et de le rechercher ²⁴ – même s’il n’existe pas de règle absolue en la matière. S’agissant de l’interdiction de parler aux autres jeunes, le ressenti de l’adolescente – qui voyait l’ensemble de cette mesure comme une sanction – est compréhensible.

95. Quel est le lien entre les mesures de contrainte adoptées et le refus de coopérer avec l’équipe thérapeutique ?

96. Le fait que le refus de s’ouvrir de l’adolescente ait eu des conséquences présentées comme une sanction à une autre occasion est étayé par le témoignage ci-dessus

18 OMBUDSMAN, 2011, points 29 et 30.

19 OMBUDSMAN, 2011, point 30.

20 Entretien du 13 novembre 2012.

21 OMBUDSMAN, 2011.

22 Pour un exemple, voir : GROUPE DE TRAVAIL DES INFIRMIERES CLINI-CIENNES DES ETABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES.

23 STROHL et CLEMENTE, 1997, point 5.2., «Etat des questions».

24 BERGER, 2004, p. 1030 et suiv.

<p>du/de la professionnel-le (« si tu ne parles pas, tu ne rentreras pas »). Il convient de noter à cet égard que l’adolescente ne semble pas avoir eu son mot à dire sur son hospitalisation, dont les raisons n’étaient pas claires pour elle, ce qui n’était pas favorable à un climat de coopération ²⁵.</p>	<p>101. SCHMECK et STADLER ²⁶ ont souligné ce risque d’engrenage : <i>« Nécessité de la supervision Le travail pédagogique et thérapeutique avec des enfants et des jeunes agressifs et asociaux est souvent extrêmement pesant. Pour cette raison, une supervision continue est absolument indispensable. Autrement, si l’équipe soignante n’a pas un recul suffisant, des contre-transferts agressifs peuvent facilement donner lieu à un régime punitif non thérapeutique qui entrave le processus thérapeutique ou le rend même impossible. »</i></p>	<p>106. Le coût financier ne devrait pas être un argument pour ne pas élaborer une telle offre thérapeutique. En effet, le coût pour la société est beaucoup plus important si ces jeunes ne reçoivent pas l’offre thérapeutique adaptée en tant que mineur-e-s.</p>	<p>« Le médecin a dit qu’il/elle ferait appel à un juge si mes parents me retireraient trop tôt de l’unité de psychiatrie. Je n’avais pas le droit à la parole, ni le droit d’être entendue et quand c’était le cas, c’était uniquement pour discuter de la façon dont on pourrait me forcer à donner ma confiance et me motiver à parler. Je n’ai pas coopéré parce que je ressentais leur manière de procéder comme étant dommageable pour moi. »</p>
<p>97. Le refus de « coopérer » avec un-e thérapeute doit relever de la sphère privée car une personne doit avoir le choix de s’ouvrir ou non à sa ou son thérapeute. Toute sanction à cet égard constitue une immixtion arbitraire dans la vie privée – et ne favorise pas non plus la coopération.</p>	<p>102. Pour remédier à ce genre de risque, la supervision et la formation continue sont des éléments importants, ainsi que le rôle du comité de défense des droits de l’enfant (Ombudscomité fir d’Rechter vum Kand) ²⁷, à condition que les jeunes soient informés systématiquement de la possibilité de s’adresser à lui.</p>	<p>107. S’agissant de la problématique concrète que nous avons abordée ici, nous ne disposons certainement pas de tous les éléments. L’équipe hospitalière s’est déclarée prête à nous fournir des directives et documents sur lesquels elle s’appuie, mais le délai de bouclage du rapport n’a pas permis d’attendre que ces documents nous soient parvenus.</p>	<p>109. Nos premières remarques porteront sur les injonctions comportementales du personnel visant à contraindre l’adolescente à adopter une façon de bouger et de marcher d’une façon « masculine » ainsi que sur les suggestions quant à la coupe ou à la teinture des cheveux et au changement de style vestimentaire, qui avaient le même objectif.</p>
<p>98. Nous n’ignorons pas que c’est une situation extrêmement difficile pour l’équipe soignante, cependant, il est problématique que cela donne lieu à des mesures de sanction – ou pouvant être perçues comme telles par l’adolescente – entraînant des atteintes aux droits fondamentaux, qui ne peuvent pas être justifiées par un contexte de risque de suicide.</p>	<p>104. La même remarque s’applique au projet de service national d’information et de médiation santé, structure dont la création est prévue par le projet de loi n° 6469 ²⁸. Pour disposer des outils d’analyse nécessaires, il faudrait que ce service :</p>	<p>Proposition de question au gouvernement luxembourgeois : Quelles mesures le gouvernement entend-il prendre pour garantir le développement d’une offre thérapeutique spécifique pour les jeunes ne bénéficiant pas d’offre adaptée actuellement et qui de ce fait subissent une restriction disproportionnée de leurs droits ?</p>	<p>110. Il y a lieu de douter du fait que la correction des comportements en cause :</p>
<p>99. Nous souhaitons tirer la sonnette d’alarme sur le risque de mise en place d’un système permanent de contrôle, assorti de sanctions, pour les adolescent-e-s qui refusent toute coopération. Un tel système est extrêmement angoissant et aliénant pour les adolescent-e-s. Il existe un risque qu’une violence de l’équipe soignante se développe sous une forme subtile et sur laquelle il devient difficile de mettre des mots, surtout de la part de jeunes confronté-e-s à une équipe soignante qui détient l’autorité et qui exerce de facto le pouvoir de faire cesser la privation de liberté que constitue l’hospitalisation en unité fermée de psychiatrie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • se fasse systématiquement assister par un-e expert-e ayant reçu une formation lui permettant de décoder les violences institutionnelles subtiles en milieu psychiatrique fermé ; • que les jeunes puissent saisir directement ce service ; • et que ce service soit indépendant du ministère de la santé ²⁹ . 	<p>B. Encadrement psychiatrique des personnes dérogeant aux normes de genre</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ait fait partie du plan thérapeutique individualisé de l’adolescente ³⁰ ; • ait eu pour objectif de minimiser la suicidalité ; • ait eu pour but d’accroître la volonté de coopérer de l’adolescente ; • ou que ce type de correction permette en principe d’atteindre les deux derniers objectifs.
<p>100. Un cercle vicieux peut s’instaurer et se traduire de diverses façons. Les jeunes risquent d’adopter superficiellement le comportement attendu d’eux, ce qui peut conduire l’équipe soignante à conclure à tort à une amélioration. Cela expliquerait pourquoi l’adolescente dont il est question se sentait plus mal à la fin de son séjour alors que l’équipe constatait une amélioration. En outre, toute contestation, même justifiée, des abus de pouvoir des membres de l’équipe soignante est susceptible de se retourner contre la personne qui la formule, qui risque alors d’être qualifiée de « non coopérative » et dont la durée d’hospitalisation peut, pour cette raison, être prolongée. Par ailleurs, la violence psychique, quasi invisible, de l’équipe soignante, peut déclencher des comportements agressifs chez les patient-e-s, qui sont sanctionné-e-s en retour et dont le taux d’agressivité augmente corrélativement avec leur sentiment d’injustice et d’impuissance face à une autorité toute-puissante et arbitraire, ce qui donne lieu à de nouvelles sanctions. Les jeunes qui ne coopèrent pas risquent tout particulièrement d’être concernés par ce cercle vicieux.</p>	<p>105. Selon nous, le rapport précité du Médiateur sur <i>Les unités psychiatriques infanto-juvéniles fermées</i> et les témoignages recueillis ci-dessus mettent en évidence des signes inquiétants de l’application d’un système de contrôle punitif pour les adolescent-e-s qui ne coopèrent pas. Ils/elles ne réagissent pas aux sanctions ni au système de points, refusent le contact avec l’équipe soignante et les interdictions de visite ou de sortie ne les affectent pas en apparence. Elles/ils ont besoin d’une offre thérapeutique spécifique avec un personnel en nombre suffisant. Or, la situation concrète dont nous avons discuté dans cette partie met en évidence le risque, pour cette catégorie de jeunes, de subir des restrictions plus grandes de leurs droits fondamentaux. Or, ces mineur-e-s, même s’ils ne sont pas nombreux, ont droit au développement d’une offre thérapeutique spécifique garantissant le respect de leurs droits.</p>	<p>107. Le fait que l’adolescente ait « ressenti le personnel comme étant hostile aux transgenres » doit être replacé dans un contexte où la formation des professions de santé sur les personnes transidentitaires ou de genre variant n’est ni adéquate, ni conforme aux connaissances actuelles, d’une part, et où les professionnel-le-s de la santé mentale apprennent aujourd’hui encore au cours de leurs études qu’il s’agit de pathologies, d’autre part ; cette perspective pathologisante ne favorise pas le développement d’une relation de confiance ni un cadre thérapeutique permettant de soutenir le libre épanouissement de la personnalité de l’adolescente en dehors des normes comportementales et identitaires associées au sexe assigné à la naissance.</p>	<p>111. Se pose donc la question des objectifs, voire de la légitimité des injonctions comportementales précitées.</p> <p>112. Une question supplémentaire se pose : en quoi une façon de bouger plus ou moins « féminine » ou « masculine » devrait-elle être « guérie » ? S’il s’était agi de la « guérir » de la transidentité, il se serait agi d’une thérapie coercitive ne reposant sur aucune base scientifique.</p>
<p>108. Les précisions apportées par l’adolescente sont extrêmement préoccupantes :</p> <p>« J’ai principalement fait l’expérience de l’hostilité par rapport aux transgenres dans le cadre de la thérapie corporelle et sportive ; on me disait de perdre l’habitude de certains mouvements et d’abandonner ma façon de marcher, alors que je les ressentais comme étant plus confortables que leurs soi-disant ‘contreparties masculines’. Ensuite, on m’a fait des propositions telles que : me faire couper les cheveux, arrêter de me teindre les cheveux et essayer d’autres styles de vêtements. Et quand on m’a dit que je ne serais pas si anormal si j’étais de l’autre sexe, mais que je devais faire avec celui que j’avais, j’ai trouvé que c’était... douloureux ?</p> <p>A cause de cette hostilité, pendant le sport, un membre du personnel a spécialement posé des exigences impossibles à mon égard, m’a fait des remarques désobligeantes et m’a retiré injustement des points d’un plan de comportement qui était déjà vraiment mesquin, ce qui a eu pour conséquence de me priver de visites et de sortie. »</p>	<p>26 FEGERT, EGGERS et RESCH, 2012, p. 929.</p> <p>27 http://www.ork.lu.</p> <p>28 Projet de loi relatif aux droits et obligations du patient et aux droits et obligations correspondants du prestataire de soins de santé, portant création d’un service national d’information et de médiation dans le domaine de la santé et modifiant : - la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers ; - la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l’égard du traitement des données à caractère personnel (Dépôt: le 21.8.2012).</p> <p>29 Le projet de loi actuel prévoit que ce service sera placé sous l’autorité du ministère de la Santé.</p>	<p>108. Les précisions apportées par l’adolescente sont extrêmement préoccupantes :</p>	<p>113. Les injonctions comportementales en cause doivent en réalité être considérées comme consistant à imposer des stéréotypes de genre, ceux-ci pouvant être définis de la façon suivante : « Toute représentation (langage, attitude ou représentation) péjorative ou partielle de l’un ou l’autre sexe, tendant à associer des rôles, comportements, caractéristiques, attributs ou produits réducteurs et particuliers à des personnes en fonction de leur sexe, sans égard à leur individualité. [...] La partialité et le dénigrement peuvent être explicites ou implicites » ³¹.</p>

²⁵ Selon FEGERT, SCHEPKER et KÖLCH, 2012, p. 257 : «La manière dont s’effectue l’hospitalisation contribue grandement à la compliance ultérieure. Pour cette raison, il est extrêmement important d’informer suffisamment les enfants. [...] Pour la réussite de la relation thérapeute-patient-e, il est indispensable de fournir des informations honnêtes et adéquates aux parents et aux enfants.»

114. L’individualité de l’adolescente n’a pas été respectée (elle-même trouvait sa façon de bouger plus « confortable ») et le dénigrement était également présent dans son cas, puisqu’elle a reçu des « remarques désobligeantes ».
115. Etant donné qu’il existe un lien étroit entre les stéréotypes de genre et la discrimination ³², il incombe aux Etats d’œuvrer à leur disparition en vertu de l’article 2 CIDE. En outre, les stéréotypes de genre sont sources de dommages pour les individus parce qu’ils agissent comme des mécanismes de contrôle en limitant les individus dans leurs choix ³³. Par ailleurs, « l’assignation stéréotypée aux hommes et aux femmes des rôles de genre traditionnels est source de dommages dans la mesure où cela entraîne un manque de soutien des personnes (hommes ou femmes) qui ne s’acquittent pas de ces rôles traditionnels [...]». Ainsi, les stéréotypes de genre peuvent occasionner un dommage économique, psychologique (souvent, les personnes affectées par l’assignation dans des catégories stéréotypées réussissent moins bien et font état de dépression) et une atteinte à la dignité humaine » ³⁴.
116. Il ne peut exister aucune justification thérapeutique d’une quelconque contrainte visant à obtenir la reproduction de stéréotypes (de genre), liés à une époque et à une culture donnée. Il est utile de citer à cet égard l’article 3 de la loi du 10 décembre 2009 relative à l’hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux ³⁵, même si cette loi n’était pas encore en vigueur au moment de l’hospitalisation en cause :
- « *Le défaut d’adaptation aux valeurs morales, sociales, politiques ou autres de la société ne peut être considéré en soi comme un trouble mental.* »
117. Notre conclusion est que la formation du personnel soignant dans son ensemble sur la variance de genre et la transidentité est urgente.
118. Une question reste sans réponse : il y a lieu de se demander si les violations des droits fondamentaux exposées au point A. sur les mesures de contrainte sont véritablement représentatives des jeunes qui refusent toute coopération dans les unités psychiatriques fermées ou au contraire, si l’expérience de l’adolescente décrite au point B. a été influencée par l’hostilité contre les personnes trans’.

119. L’équipe hospitalière a affirmé très clairement ³⁶ que la transidentité ou une façon d’être « masculine » ou « féminine » ne sont en aucun cas un motif de correction thérapeutique. Nous en déduisons que les actes décrits ci-dessus étaient des actes isolés ne faisant pas partie d’un quelconque concept « thérapeutique » de l’unité, ce qu’il convient de saluer. Lors de notre entretien, l’équipe s’est montrée ouverte à une idée de formation continue sur la transidentité. En outre, la distribution d’un dépliant abordant ce sujet lors de l’admission a également été évoquée.

Sur-suicidalité des personnes trans’

120. Les études, dont le nombre reste peu élevé, portant sur la suicidalité des personnes trans’, concluent toutes à une suicidalité nettement plus élevée que chez le reste de la population, qu’il s’agisse du taux des personnes ayant envisagé de se suicider ou des tentatives de suicide.
121. Selon les études d’autres pays, entre un cinquième et la moitié des personnes se définissant comme trans’ fait au moins une tentative de suicide dans sa vie ³⁷. Peu d’études portent directement sur les jeunes et concernent des échantillonnages restreints, mais rapportent des taux similaires ³⁸.
123. Aucun recueil de données n’existe au Luxembourg à ce sujet. Cependant, la médiatrice des droits de l’enfant a rapporté un suicide en 2011 dont la cause soupçonnée était la transidentité ³⁹.
124. La suicidalité liée à la transidentité peut se mélanger à d’autres facteurs et induire en erreur les professionnel·s de la santé ne disposant pas de connaissances sur la transidentité et la variance de genre. En pareil cas, le risque d’envoi inapproprié dans un service de psychiatrie fermé n’est pas à exclure, alors que la première mesure à prendre consiste à laisser un espace à l’expression de l’identité de l’enfant ou de l’adolescent·e en dehors des représentations associées au sexe qui lui a été associé à la naissance. D’où la nécessité des formations sur la transidentité et la variance de genre.

Recommandations



En vue de garantir la dignité et le respect de l’identité de genre des enfants et adolescent·e·s trans’ :

- Soutenir la formation initiale et continue des professions de santé, des psychologues et des psychothérapeutes sur la transidentité et la variance de genre. Les formations doivent permettre d’améliorer le repérage des enfants et adolescent·e·s trans’ et, si ces derniers en font la demande, d’améliorer leur accompagnement. Celui-ci doit s’insérer dans un cadre thérapeutique laissant ouvert un espace d’exploration et d’affirmation de l’identité en dehors de la bcatégorisation garçon/ fille, homme/femme.

- Les formations devraient être organisées en partenariat avec les personnes trans’. Les formations continues – et, dans la mesure du possible, les formations initiales – devraient être pluridisciplinaires et favoriser le travail en réseau.
- Veiller à ce que les enfants soient examinés individuellement par le médecin lors de la visite médicale scolaire.

En ce qui concerne l’hospitalisation dans les services fermés de psychiatrie juvénile :

- › En cas d’hospitalisation dans un service fermé de psychiatrie juvénile en dehors d’une procédure judiciaire, veiller à ce que l’aptitude des adolescent·e·s à consentir soit évaluée et à ce que leur droit d’être entendu·e·s et informé·e·s soit effectivement appliqué ;
- › Instaurer un mécanisme permettant aux jeunes hospitalisés dans un service fermé de psychiatrie juvénile en dehors d’une procédure judiciaire de rencontrer d’office une personne externe à l’hôpital chargée de défendre les droits de l’enfant, elle-même autorisée à faciliter un accès rapide de l’adolescent·e à un·e avocat·e si nécessaire ;
- › Revoir le système de sanctions appliqué en psychiatrie juvénile fermée et veiller à ce qu’il ne soit pas appliqué en violation des droits fondamentaux des jeunes ;
- › Revoir les modalités d’application des mesures de contrainte en psychiatrie juvénile, y compris des restrictions au droit de visite ;

- › Veiller à ce que la mission de la Médiatrice du Grand-Duché de Luxembourg porte expressément sur les enfants et adolescent·e·s hospitalisé·e·s dans un service fermé de psychiatrie sans décision judiciaire ;
- Si le service national d’information et de médiation santé prévu par le projet de loi n°6469 est créé, veiller à ce que, pour toute saisine relative à la psychiatrie

fermée, le médiateur de ce service se fasse assister d’un·e expert·e ayant reçu une formation sur les mécanismes de la violence institutionnelle en milieu psychiatrique fermé ;

- Former l’ensemble du personnel soignant en psychiatrie à l’accompagnement des adolescent·e·s transidentitaires ou de genre variant.

En ce qui concerne la suicidalité des enfants et adolescent·e·s trans’ :

- Mener des recherches sur la suicidalité des personnes trans’ mineures.
- Inclure les enfants et adolescent·e·s trans’, en tant que groupe à risque, dans les programmes de prévention du suicide.
- Former les professionnel·le·s de la santé physique et mentale au sujet de la surreprésentation des enfants et adolescent·e·s trans’ parmi les mineur·e·s suicidaires et de la complexité de leur situation.

32 HUMAN RIGHTS CENTRE OF GHENT UNIVERSITY, 2011, p. 2.

33 FISKE, 1993, p. 623, citée par HUMAN RIGHTS CENTRE OF GHENT UNIVERSITY, 2011, p. 2.

34 HUMAN RIGHTS CENTRE OF GHENT UNIVERSITY, 2011, p. 3 (traduction de l’anglais par Transgender Luxembourg).

35 Loi du 10 décembre 2009, a) relative à l’hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux, b) modifiant la loi modifiée du 31 mai 1999 sur la Police et l’Inspection générale de la Police et c) modifiant l’article 73 de la loi communale modifiée du 13 décembre 1988, Mémorial A n° 263 du 31.12.2009, p. 5490. <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2009/0263/2009A5490A.html>.

36 Entretien du 13 novembre 2012.

37 McNEIL e. al., 2012, p. 59 ; HAAS e. al., 2010, p. 27 ; MOTMANS, 2009, p. 71-73 et 111 ; MAYOCK e. al., 2008 ; TRANSGENDER EUROSTUDY, 2008, p. 49 ; XAVIER e. al., 2007.

38 GROSSMAN et D’AUGELLI, 2007, p. 532, mentionnent une tentative de suicide dès l’âge de 10 ans, avec en moyenne une première tentative à l’âge de 15 et 16 ans ; *Enquête sur le vécu des jeunes populations trans en France*, 2009.

39 Intervention de Mme M.-A. Rodesch-Hengesch lors du workshop pour sages-femmes du 25 septembre 2012, qui s’est tenu dans le cadre du congrès «La normativité de genre et ses effets sur l’enfance et l’adolescence».

EDUCATION, LOISIRS ET ACTIVITÉS CULTURELLES (ART. 28 ET 29)

.....

L'éducation (art. 28)

Harcèlement à l'école ¹

115. Des recherches montrent que les jeunes non conformes aux normes de genre courent un risque particulier de subir du harcèlement à l'école et en sont des victimes typiques ²: il peut s'agir de filles qui ne sont pas assez «féminines» et de garçons qui ne sont pas assez «masculins» ³, mais aussi d'enfants et adolescent-e-s trans', qui sont particulièrement touchés par le harcèlement. Il en résulte que l'intériorisation de stéréotypes de genre constitue le dénominateur commun du harcèlement transphobe, sexiste et sexuel ⁴.

«Les écoles ne sont pas des endroits sûrs pour les élèves transgenres» ⁵

116. Des études d'autres pays révèlent que les élèves trans' sont victimes de harcèlement verbal et physique d'une façon nettement supérieure à la moyenne ⁶. Le harcèlement subi de façon disproportionné par les élèves trans' est pratiqué non seulement en raison de l'identité de genre ou de l'expression de genre, mais également sur la base d'autres critères tels que la race/l'origine ethnique, le handicap et la religion ⁷. Le taux de harcèlement des élèves trans' est supérieur à celui des élèves homosexuel-le-s ou bisexuel-le-s, lui-même supérieur à la moyenne ⁸.

117. Parmi les actes constitutifs de harcèlement figurent les agressions verbales (moqueries, insultes, menaces, etc.) et physiques (coups, fait de bousculer, agressions sexuelles, etc.) et le fait d'isoler la victime. Cependant, une catégorie supplémentaire d'actes de harcèlement doit être ajoutée s'agissant des personnes trans', à savoir le refus délibéré et systématique d'appeler la personne par le prénom correspondant à son identité de genre et d'utiliser les pronoms qui y sont associés.

118. Au Luxembourg, aucune étude n'a été menée sur la situation des jeunes trans' à l'école, des enfants de parents trans' ou sur le harcèlement dont ils peuvent faire l'objet.

119. Sur dix jeunes trans' du Luxembourg de moins de 30 ans que connaît Transgender Luxembourg :

- 6 jeunes ont fait leur coming out après avoir quitté le système scolaire;
- 3 jeunes ont fait leur coming-out à l'école; pour deux d'entre eux, le coming out a déclenché du harcèlement et/ou l'élève s'est retrouvé-e isolé-e parce que les autres se sont détourné-e-s de lui/d'elle; le harcèlement a constitué le motif du changement d'école de l'un-e de ces jeunes.
- 1 jeune trans' n'a pas fait de coming out en tant que trans' mais a été harcelé-e à l'école.

Coming out ⁹ et harcèlement

120. Les jeunes trans' craignent la violence dont ils/elles pourraient faire l'objet s'ils/elles révèlent leur trans-identité (coming out). Le harcèlement à l'école peut aussi être déclenché par l'annonce de la transidentité de l'un des parents ¹⁰.

121. Transgender Luxembourg a recueilli deux témoignages, l'un d'une jeune trans' et l'autre de parents trans' d'un-e enfant scolarisé-e.

122. Le premier témoignage montre la détérioration du climat scolaire pour une jeune trans' depuis que sa transidentité est connue des autres élèves :

«Le matin, je n'ai presque jamais envie de me lever, parce que je n'ai pas envie d'aller à l'école. Là m'y attendent la solitude, les moqueries et la honte, je n'ai pas d'amis,

⁹ GROSSMAN, 2006, p. 123.

¹⁰ *Guidance for schools on preventing and responding to sexist, sexual and transphobic bullying*, 2009, p. 2.

personne ne veut vraiment me connaître et je ne sais pas comment je dois me comporter. La plupart du temps, je suis seule pendant que les autres discutent à deux ou en groupe. Ils ne veulent rien savoir de moi. Et quand je fais la connaissance de nouvelles personnes, elles sont d'abord sympas avec moi. Quand elles apprennent que je suis trans', elles s'éloignent, ne me parlent plus, m'évitent. Cela me blesse beaucoup. Je ne suis quand même pas un monstre. [...]

Depuis que la classe est au courant, on m'évite. Il arrive souvent qu'un garçon crie 'trans' dans mon dos. Une fois, après l'école, j'ai été poussée par terre par trois garçons en plein milieu du couloir devant ma classe; ils ont ensuite marché sur moi (avec tout le poids de leur corps sur mes jambes) et sont partis. Plusieurs garçons de mon école font des remarques péjoratives sur moi, quand je porte des vêtements féminins; plusieurs fois, des élèves de ma classe et d'autres classes se sont moqué-e-s de moi à cause des vêtements que je portais. Dans de tels moments, j'ai honte de moi et je voudrais disparaître complètement de la terre. Les profs ne s'en rendent pas compte. Cela fait très mal d'être aussi seule. »

123. Par ailleurs, un-e éducateur/trice gradué-e a rapporté à Transgender Luxembourg qu'il/elle avait entendu le mot «trans» utilisé comme une insulte à l'école.

124. En outre, Transgender Luxembourg a recueilli le témoignage d'un parents trans' d'une adolescente qui a commencé à subir régulièrement des moqueries sur la transidentité de ce parent lorsque celle-ci a été connue à l'école.

Risques de sécurité spécifiques concernant les élèves trans'

125. Transgender Luxembourg a reçu le témoignage d'une élève trans' à laquelle l'école a interdit d'utiliser les toilettes des filles ¹¹. Or, son aspect extérieur est celui d'une fille – elle a adopté les codes vestimentaires féminins et une coiffure féminine. Si elle allait aux toilettes des garçons, ceux-ci auraient l'impression qu'une fille vient dans leurs toilettes, ce qui l'exposerait à un risque accru de harcèlement et porterait atteinte à sa vie privée (article 16 CIDE) puisqu'elle risquerait de devoir expliquer constamment sa présence dans les toilettes des garçons en révélant sa transidentité.

126. Par ailleurs, BRILL et PEPPER rapportent que les enfants de genre variant et transidentitaires sont souvent victimes de taquineries, moqueries et parfois même de violences lorsqu'ils sont surpris dans les «mauvaises» toilettes ¹².

127. La solution considérée comme permettant de protéger la sécurité des enfants est d'installer des toilettes séparées utilisables par tous les enfants et adolescent-e-s.

¹¹ Voir les développements relatifs à l'article 8 dans le *Rapport supplémentaire au 3^e et 4^e rapport national (2001–2009) sur les droits de l'enfant au Luxembourg* du groupe RADELUX.

¹² BRILL et PEPPER, 2011, p. 177. De façon générale, les deux auteures expliquent que les enfants et les adolescent-e-s de genre variant ne se sentent pas bien lorsque les toilettes sont séparées en fonction des sexes et racontent que des enfants de genre variant âgés de trois ans sont tellement stressés lorsqu'ils doivent décider quelles toilettes choisir qu'ils se retiennent jusqu'au moment où ils font pipi sur leurs vêtements (p. 177).

128. S'agissant des vestiaires, il est également nécessaire de trouver une solution garantissant la sécurité de l'enfant ou de l'adolescent-e. Transgender Luxembourg a reçu le témoignage d'une adolescente trans ayant apporté que l'école lui a refusé l'accès au vestiaire des filles au motif que «des parents pourraient se plaindre en raison du fait qu'elle n'est pas encore une 'vraie' fille» :

«A l'école primaire (de la 1^{re} à la 3^e année), je devais me changer chez les garçons, puis les filles m'ont invitée à me changer avec elles, parce que je leur avais dit que je ne me sentais pas être un garçon. A partir de la 4^e année, les enseignant-e-s l'ont interdit, en disant que j'étais un garçon que je n'avais pas le droit d'aller dans les vestiaires des filles. [...] A partir de la 5^e et de la 6^e année, j'ai essayé d'éviter le vestiaire des garçons en allant à l'école avec mes vêtements de sport, je n'avais qu'à changer de chaussures. Les enseignant-e-s m'ont dit que je n'avais pas le droit d'aller dans le vestiaire des filles parce que des parents pourraient se plaindre auprès de la direction au motif que je n'étais pas encore une vraie fille. »

129. Là encore, il est problématique d'envoyer dans le vestiaire des garçons un enfant qui vient à l'école en tant que fille. Cela revient à ne pas respecter son identité de genre et – surtout à partir de l'école secondaire – lui fait prendre des risques pour sa sécurité.

130. Cela revient à sacrifier l'intérêt supérieur de l'enfant – qui commande à la fois le respect de son identité de genre et la protection de sa sécurité – au regard d'hypothétiques réactions d'autres parents. Cet exemple montre aussi que les enfants de l'école primaire n'auront pas forcément de problème avec la transidentité de l'enfant – mais que ce seront plutôt les adultes qui projetteront leurs propres incertitudes et doutes sur la situation.

131. Les solutions varieront selon les locaux de l'école ainsi que les souhaits de l'enfant, et devront faire l'objet d'une réflexion impliquant ce dernier. Une bonne pratique a été rapportée par un-e éducateur/trice concernant une adolescente trans' :

«[...] pas d'obligation de douche, pas de football etc., sport un peu plus doux comme le tennis de table, volleyball, souvent avec les filles de la classe ».

Sentiment d'insécurité à l'école et absentéisme

132. Des études sur le climat scolaire aux Etats-Unis et au Canada ont montré que plus de la majorité des élèves trans ne se sentaient pas en sécurité à l'école ou sur le trajet de l'école, ce qui les avaient entraîné à manquer des cours ¹³.

¹³ L'étude de KOSCIW e. al. (2009, p. 14) sur les Etats-Unis a montré que 2/3 des élèves trans' avaient un sentiment d'insécurité à l'école et que la moitié des élèves trans' avaient manqué au moins un jour d'école dans l'année qui avait précédé, en raison de leur sentiment d'insécurité. L'étude de TAYLOR, e. al. (2009) sur le Canada a révélé un taux d'insécurité encore supérieur, avec 95 % des élèves trans' ne se sentant pas en sécurité à l'école (p. 49), dont la moitié a affirmé avoir manqué l'école en raison de leur sentiment d'insécurité, soit à l'école même, soit sur le trajet de l'école (p. 51).

Réussite scolaire

133. Le harcèlement a un impact sur la réussite scolaire. Plus le niveau de harcèlement est élevé, plus les taux d’absentéisme augmentent car les élèves ne se sentent pas en sécurité ou mal à l’aise à l’école, plus les résultats scolaires sont bas, plus l’intention de poursuivre des études supérieures diminue ¹⁴ et plus les jeunes abandonnent l’école ¹⁵.

134. Au Luxembourg, il n’existe pas d’étude ayant recueilli de telles données. En revanche, sur dix jeunes trans’ de moins de 30 ans que connaît Transgender Luxembourg:

- 3 ont redoublé une classe
- 3 ont quitté le système scolaire avant d’avoir obtenu un diplôme de fin d’études secondaires; une personne a ensuite repris des études par correspondance.

Un-e éducateur/trice a livré son témoignage concernant un-e « élève qu'on disait même surdoué-e lors des conseils de classe. [Cet-te élève] était vu-e par ma collègue [...] parce que le régent de la classe se faisait énormément de soucis quant à sa personne : isolation volontaire face aux camarades de classe mais aussi mobbing et méchancetés derrière son dos de la part des autres élèves, refus de communiquer avec les camarades et aussi avec les adultes, repli complet sur soi, mauvaises notes, refus de travail en classe et aussi pour les devoirs en classe (remise de feuilles blanches lors d’un test), ‘drôle’ de comportement ». [...] Ma collègue ne trouvait aucun accès, [l’élève] refusait de lui parler [...], tout le monde le/la croyait suicidaire. [...] je devais constater de nombreuses absences (surtout les jours où il y avait les cours d’éducation physique ou si le mobbing des autres devenait la galère). »

135. L’éducateur/trice en question a fait le constat suivant concernant cet/cette adolescent-e :

« Souffrance pure à l’école, [...] impossibilité pendant très longtemps de trouver une personne de confiance à qui se confier, peur d’être rejeté-e par [sa famille] qu’il/elle aimait beaucoup, incertitude insupportable quant à son futur (d’où aucune motivation pour les études et sortie du Lycée sans diplôme). [...] Je voyais chez lui/elle juste un grand désir d’être compris et accepté et de pouvoir réaliser son rêve : être enfin de sexe féminin. »

136. Le repli sur soi, qui peut aller jusqu’ jusqu’au retrait total des structures sociales, arrive fréquemment aux enfants et adolescent-e-s trans’ qui n’osent pas confier à des tiers leur ressenti et leurs désirs relatifs à leur transidentité.

Écoles non mixtes

137. Transgender Luxembourg a reçu le témoignage d’une adolescente trans’ qui a été admise dans une école de filles, indépendamment de toute modification corporelle ou d’un changement de sexe à l’état civil. Cela doit être considéré comme une bonne pratique.

Conclusion

138. Au sujet des réactions du corps enseignant, Transgender Luxembourg a recueilli le témoignage d’un parent trans’ qui a souligné la bienveillance des enseignant-e-s de leurs enfants.

139. Cependant, la bienveillance ne suffira pas à elle seule à protéger les enfants trans’ et les enfants de parents trans’ contre le harcèlement et le décrochage scolaire, qui nécessitent des mesures particulières. Les écoles ne seront pas en mesure de les mettre en œuvre en raison de leur manque de connaissances sur la variance de genre et la transidentité. Il est important que les écoles soient informées des difficultés susceptibles d’être rencontrées par les enfants trans’ même si elles ignorent si certains sont inscrits dans leur établissement, car tous ces enfants ne sont pas forcément visibles.

140. Etant donné que le harcèlement des enfants trans’ est lié aux stéréotypes de genre, la prévention de ce harcèlement ou *bullying* à l’école est indissociable de l’éducation à l’égalité entre les sexes et de la lutte contre les stéréotypes en général.

Recommandations sur la sécurité à l’école



- Encourager les écoles à adopter une politique de tolérance zéro face aux remarques sexistes, transphobes et sexuelles.
- Soutenir l’adoption systématique par les écoles de lignes directrices visant à prévenir, identifier, documenter et faire cesser le harcèlement fondé sur les stéréotypes de genre, y compris le harcèlement transphobe.
- Inclure la transidentité et la variance de genre dans tous les programmes existants de lutte contre la violence à l’école.
- Inclure dans la formation du personnel enseignant et éducatif des informations sur les questions de sécurité concernant les enfants et adolescent-e-s trans’ à l’école.

LES BUTS DE L’ÉDUCATION (ART. 29)

.....

Programmes et manuels scolaires

Egale prise en considération de tous les sexes à l’école

141. Il existe une réelle lacune dans les informations transmises aux enfants et adolescent-e-s en matière de transidentité et de variance de genre. Transgender Luxembourg a recueilli le témoignage d’un jeune trans, actuellement étudiant, sur sa période scolaire :

« A l’époque, je n’avais encore jamais entendu parler de transsexualité de quelque manière que ce soit. Je ne savais pas que cela existait et encore moins ce que c’était. Et c’est ce que je trouve si dommage avec le recul. Que ce sujet n’ait jamais été abordé nulle part. A l’école, on lisait des livres sur différents thèmes, dont on discutait. Il aurait été très utile pour moi de lire quelque chose sur la transsexualité, rien que pour savoir que cela existait. J’aurais pu mettre un nom sur la façon dont je me sentais. Et les autres enfants aussi en auraient entendu parler, ce qui leur aurait peut-être permis, plus tard, d’être plus tolérants ou compréhensifs en rencontrant une personne concernée. J’aurais tout simplement souhaité que pendant mon enfance, ce sujet soit plus présent et que les gens avec lesquels j’étais en contact s’y connaissent. »

142. La délivrance d’informations sur la transidentité et la variance de genre à l’école serait d’autant plus importante que les enfants ont besoin d’apprendre des mots pour décrire leur ressenti. Selon une étude du Royaume-Uni réalisée auprès de personne trans’ adultes, 76 % d’entre elles avaient conscience d’être « différentes » à la fin de l’école primaire, mais il y avait un décalage de 7 ans et demi en moyenne entre le moment où elles ont pris conscience de leur différence et le moment où elles ont appris du vocabulaire relatif au fait d’être trans’, tels que « transsexuel », « trans-genre », etc. Cette étude montrait aussi que la plupart des tentatives faites par des enfants pour communiquer leur ressenti à leur entourage s’étaient soldées par des réactions de rejet, ce qui avait conduit les enfants à se replier sur eux-mêmes ¹.

143. Par ailleurs, ne pas mentionner la transidentité et la variance de genre dans le cadre de la scolarité contribue à créer ou entériner une norme implicite selon laquelle l’existence des enfants et adolescent-e-s trans’ est en dehors de la norme voire n’est pas normale. Il est d’ailleurs fréquent que les enfants se sentent incompris

et qu’ils grandissent avec le sentiment d’être « malades », « différents » ou encore « anormaux » ².

144. Un témoignage illustre ce sentiment. Il concerne une adolescente trans’ qui a suivi des cours de natation dans le cadre scolaire.

« [Pour le cours de natation], je dois me changer dans la cabine réservée aux personnes handicapées, bien que je ne sois pas handicapée. De plus, elle se trouve juste à côté de la cabine des garçons, de sorte que je dois utiliser le même couloir et que les garçons peuvent me voir quand je sors de la cabine. Tout le monde dans ma classe peut voir à nouveau que je suis ‘différente’ et anormale. »

145. Une étude écossaise auprès de personnes trans’ adultes a révélé que 92 % d’entre elles avaient entendu dire qu’ « être trans n’est pas normal » ³.

146. Nous prendrons l’exemple d’un manuel de biologie ⁴ utilisé depuis plusieurs années pour la sixième année d’enseignement scolaire, où on peut lire : « Tout être humain vient au monde soit en tant que garçon, soit en tant que fille » ⁵.

147. Du point de vue biologique, cette information est inexacte puisqu’elle passe sous silence l’intersexuation, mais nous ne développerons pas ici cet aspect qui ne concerne pas les enfants trans’.

148. L’affirmation « Tout être humain vient au monde soit en tant que garçon, soit en tant que fille » est problématique à deux autres égards : en premier lieu, elle nie l’existence des enfants qui, justement, ne viennent pas au monde en se sentant garçon simplement parce qu’un sexe masculin leur a été assigné à la naissance, ou fille simplement parce qu’un sexe féminin leur a été assigné. Ne pas mentionner l’existence des enfants trans’ revient à opérer une différence de traitement car le message sous-jacent est qu’ils n’ont pas droit de cité au même titre que les autres enfants.

149. Par ailleurs, le chapitre du manuel de biologie dont est tirée l’affirmation ci-dessus est associé à un exercice, d’après lequel les filles doivent expliquer pourquoi elles se sentent bien en tant que filles et les garçons pourquoi ils se sentent bien en tant que garçons. Transgender Luxembourg a reçu le témoignage d’une élève trans’,

¹⁴ KOSCIW e. al., 2009, p. 25-27.

¹⁵ Une étude écossaise rapporte que 42 % des jeunes ayant fait l’expérience de *bullying* transphobe ont abandonné l’école pour cette raison (LGBT YOUTH SURVEY, 2012).

² KENNEDY et HELLEN, 2010; TAYLOR, 2009, p. 55-58.

³ McNEIL e. al., 2012, p. 43.

⁴ *Mensch und Natur*, 6. Schuljahr, Education Nationale, Luxembourg, MEN (Hrsg.), 2005.

⁵ P. 30. Il s’agit de la première phrase de la partie sur la puberté.

- qui n’a pas fait l’exercice et s’est sentie comme une « enfant sans sexe ».
150. En second lieu, l’affirmation précitée sape les efforts entrepris pour lutter contre les stéréotypes de genre car elle postule que le contenu des catégories « garçon » ou « fille » est un état « naturel », acquis dès la naissance (à l’opposé de la formulation de Simone de Beauvoir « On ne naît pas femme, on le devient ⁶ »). Or, la politique de lutte contre les discriminations fondées sur le sexe repose précisément sur l’idée contraire, à savoir que les inégalités de sexe sont construites socialement et peuvent être défaites.
151. En vertu de l’article 29, paragraphe d), CIDE, l’éducation doit viser à « préparer l’enfant à assumer les responsabilités de la vie dans une société libre, dans un esprit [...] d’égalité entre les sexes [...] ». L’égalité implique que tous les sexes soient respectés, même s’agissant des enfants et adolescent-e-s sortant du cadre du modèle binaire du genre. En outre, il est urgent de présenter aux enfants trans’, dans le cadre de leur scolarité, la transidentité et la variance de genre sous un jour positif, afin de leur offrir des modèles auxquels ils peuvent s’identifier de façon positive ⁷.
- Éducation aux droits de l’être humain**
152. Transmettre des informations sur la transidentité et la variance de genre à l’école n’est pas seulement dans l’intérêt des jeunes trans’, mais relève de l’objectif de l’éducation qui est d’« inculquer à l’enfant le respect des droits de l’homme et des libertés fondamentales, et des principes consacrés dans la Charte des Nations Unies » (art. 29, paragraphe 1, CIDE).
153. A l’école, le harcèlement exercé à l’encontre des enfants non conformes aux normes de genre comporte un aspect discriminatoire (discrimination liée aux représentations associées au sexe). A l’âge adulte, la discrimination des personnes trans’ a de multiples facettes ⁸.
154. La transmission d’informations sur la transidentité à l’école doit notamment s’inscrire dans une optique de prévention des discriminations et à ce titre, relève de l’obligation des Etats. La lutte contre les stéréotypes fondées sur le sexe constitue un cadre approprié pour parler de transidentité, mais ce cadre est insuffisant tel qu’il est conçu actuellement parce qu’il se limite aux catégories fille/garçon : la transidentité et la variance de genre doivent être abordées spécifiquement.

Formation du personnel enseignant et éducatif ainsi que des assistant-e-s sociales/sociaux

155. Pour pouvoir éduquer les enfants à l’égalité des sexes comprise comme incluant tous les enfants quelle que soit leur identité de genre ou leur expression de genre, les enseignant-e-s, les éducatrices/teurs et les assistant-e-s sociales/sociaux du système scolaire doivent au préalable avoir reçu des informations spécifiques.

156. Depuis 2010, le SCRIPT ⁹ du ministère de l’Education nationale et de la Formation professionnelle a inclus dans son catalogue de formations plusieurs formations sur la transidentité proposées par Transgender Luxembourg, à l’intention du personnel enseignant et/ou éducatif, ce qui est très positif. Un autre point positif est que, depuis 2010 également, quelques conférences sur la transidentité ont été organisées à l’université du Luxembourg dans le cadre de certains modules.

Recommandations

Sur l’éducation à l’égalité :

- Interpréter la notion d’égalité entre les sexes figurant à l’article 29, paragraphe d), CIDE comme incluant tous les sexes, et pas seulement les deux sexes standards féminins et masculins.
- Diffuser auprès des enfants et adolescent-e-s d’âge préscolaire et scolaire des informations présentant sous un jour positif la transidentité et la variance de genre, de façon appropriée à leur âge, par le biais des programmes scolaires, de matériel didactique et de dépliants.
- Soutenir la formation initiale et continue du personnel enseignant et éducatif ¹⁰ et ainsi que des assistantes sociales sur le thème de la transidentité/de la variance de genre, en partenariat avec les personnes trans’.
- Concernant l’accueil des enfants et adolescent-e-s trans’ dans les écoles, encourager celles-ci :
 - › à élaborer des lignes directrices sur l’accueil des enfants et adolescent-e-s trans’ à l’école, en partenariat avec les personnes trans’ ;
 - › à désigner des personnes de référence formées aux problématiques rencontrées par les enfants trans’ et les enfants dont l’identité ou le comportement ne correspondent pas à ce qui est socialement attendu des filles ou garçons, et faire connaître le nom de ces personnes (aux élèves, aux parents, au corps enseignant, aux institutions extra-scolaires accueillant des enfants).

CONCLUSION

.....

157. Un nombre grandissant d’enfants trans’ devient visible, plus tôt qu’auparavant. C’est un phénomène de société auquel les parents et les personnes travaillant avec des enfants seront confrontés de plus en plus souvent, c’est pourquoi les parents doivent recevoir un soutien spécialisé et la formation des professionnel-le-s est primordiale dans tous les secteurs, en particulier dans ceux de la justice, de la santé, de l’éducation, de l’aide sociale.
158. Les enfants trans’ doivent pouvoir avoir une place à part entière dans notre société et bénéficier de l’égalité des chances, ce qui n’est pas le pas actuellement. Pour pouvoir répondre à leurs besoins de manière adaptée, il est indispensable de mener des recherches sur leur situation au Luxembourg.
159. Il faut aussi s’attendre à ce que la situation des jeunes trans’ demandeurs d’asile ou privés de liberté – domaines dans lesquels nous n’avons pas (encore) reçu de témoignages au Luxembourg – viennent à l’ordre du jour.
160. Par ailleurs, les enfants de parents trans’ risquent eux aussi de subir des discriminations par association et ils devraient être inclus dans les recherches à mener.
161. Nous recommandons au comité des droits de l’enfant d’organiser une journée générale de discussion à ce sujet.

6 DE BEAUVOIR, 1949.

7 Pour une conclusion similaire, voir BITTNER, 2012, à propos des livres scolaires en Allemagne.

8 EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS, 2009 ; HAMMARBERG, 2009 et 2011.

9 Service de coordination de la recherche et de l'innovation pédagogiques et technologiques.

10 Educatrices/teurs diplômé-e-s du Lycée technique des professions éducatives et sociales (LTPES) et éducatrices/teurs gradué-e-s titulaires d'un Bachelor en Sciences sociales et éducatives (anciennement éducatrices/teurs gradué-e-s).

Terminologie : Qui sont les enfants et adolescent-e-s trans ?

Certains enfants contestent dès qu’ils savent parler le fait d’être un garçon ou une fille. D’autres prennent conscience de leur identité plus tard. par exemple à l’adolescence. D’autres enfants ne se définiront ni comme un garçon, ni comme une fille ou encore comme les deux. D’autres encore enfants ne contesteront pas le fait d’être un garçon ou une fille, mais simplement les rôles sociaux qui y sont associés et ne seront alors pas définis comme étant transidentitaires mais comme étant de genre variant ¹. Enfin, l’identité de genre de certains enfants est fluide et ils ne souhaitent pas être réduits à une catégorie figée, mais veulent être libres de passer d’une catégorie à l’autre. Il faut souligner que leur situation est complexe et que les connaissances à leur sujet sont limitées, d’où les difficultés de compréhension auxquel-le-s les adultes de leur entourage peuvent être confronté-e-s.

L’abréviation « trans » est un terme générique regroupant tous ces enfants dans leur diversité. L’apostrophe après le mot trans’ signale l’hétérogénéité de cette catégorie.

Nous définissons les enfants et adolescent-e-s *trans’* comme étant ceux et celles dont l’identité de genre et/ou l’expres-sion de genre diffèrent du sexe qui leur a été assigné à la naissance.

Parmi ces enfants, nous définirons plus précisément les enfants transidentitaires et les enfants de genre variant.

Les enfants et adolescent-e-s *transidentitaires* ne s’identi-fient pas au sexe qui leur a été assigné à la naissance et aux attentes sociales associées à ce sexe. Leur identité de genre ² diffère du sexe qui leur a été assigné à la naissance et ils/elles aspirent le plus souvent à mettre en adéquation leur identité de genre et leur expression de genre – si elles/ils y sont autorisé-e-s par leur entourage et si leur environne-ment est suffisamment sécurisant pour cela. Parmi les enfants transidentitaires figurent, par exemple :

- des enfants dont le sexe d’assignation est masculin mais qui se sentent être une fille (identité de genre) et insistent pour porter des vêtements de fille (expres-sion de genre ³), ou vice-versa; certains de ces enfants rejetteront leurs organes génitaux et insisteront pour bénéficier des possibilités médicales permettant de mettre leur corps en conformité avec leur identité de fille, ou avec leur identité de garçon. Cependant, ce n’est pas le cas de tous et certains enfants ne rejettent pas leurs organes génitaux. Les personnes trans’ souhaitant se conformer autant que possible au modèle binaire du genre sont en général qualifiées de transsexuelles.

Elles engagent, lorsque c’est possible, une transition de garçon vers fille (« MtF » : « male to female ») ou de fille vers garçon (« FtM » : « female to male »);

- des enfants qui ne s’identifient pas à leur sexe d’assi-gnation et aux attentes sociales associées, sans pour autant s’identifier au sexe dit « opposé » et aux attentes sociales correspondantes ; le sexe et le rôle social de « destination » peuvent se situer en dehors de la binarité; parmi les abréviations utilisées pour désigner ces personnes, figurent : Ft* ou Mt*, FtU (female to unknown), etc. Ces enfants pourront souhaiter faire une transition complète ou partielle, mais pas nécessairement. Les cas individuels seront très variés ⁴.

Cependant, cette situation n’est pas partagée par tous les enfants trans’. Contrairement aux enfants transidentitaires, certains ne remettent pas en cause l’identité associée à leur sexe d’assignation, mais plutôt les attentes sociales liées à ce sexe. La notion de « genre variant » peut s’avérer utile pour désigner ces enfants.

Ainsi, les mineur-e-s de genre variant sont celles et ceux dont les comportements dérogent aux normes de genre, sans qu’ils ou elles mettent nécessairement en cause le sexe qui leur a été assigné à la naissance. La formulation « de genre variant » met l’ accent sur le fait que leur expression de genre ne correspond pas aux attentes sociales traditionnellement associées à leur sexe d’assignation.

Des passerelles peuvent exister entre la variance de genre et la transidentité qui ne sont pas des catégories étanches.

Il y a d’autres modes d’identification possible, notamment pour les identités fluides, mais comme nous n’avons pas eu de témoignages au Luxembourg à ce sujet, nous ne les avons pas incluses dans ce rapport.

^[1] Pour des exemples, voir BRILL et PEPPER, 2011, p. 11, 16-17 et 29-35.

^[2] L’identité de genre, telle qu’elle est définie par les Principes de Jogjakarta, est 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 modifica-tion 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., http://www.yogyakartapriniples.org (p. 6).

^[3] L’expression de genre peut être définie comme l’ensemble des signes, visibles pour l’entourage, associés à l’appartenance à un genre. Il peut s’agir, entre autres, de la façon de se vêtir, de parler, de se comporter.

^[4] Le terme «transgenre» peut être utilisé pour désigner ces enfants, mais il peut aussi être utilisé pour désigner des enfants de genre variant.

GLOSSAIRE

Bullying

Violence à long terme, physique ou psychologique, perpétrée par un ou plusieurs agresseurs (bully) à l’encontre d’une victime (bullied) qui est dans l’incapacité de se défendre, en position de faiblesse, l’agresseur agissant dans l’intention de nuire à sa victime ¹.

Coming-out

Fait de révéler quelque chose d’intime et de gardé secret à une personne qui n’était pas informée. Fait, par exemple, de révéler sa transidentité, sa bisexualité ou son homosexualité à un-e partenaire, à un-e ami-e ou à son employeur. Comparer avec « *outing* » ².

Compliance

On désigne par observance, adhésion au traitement, ou compliance (qui est un anglicisme), l’adéquation existant entre le comportement du patient et les recommandations de son médecin concernant un programme thérapeutique, qu’il s’agisse d’un traitement médicamenteux, d’une psychothérapie, de règles d’hygiène de vie, d’examens complémentaires à réaliser, ou bien encore de présence à des rendez-vous ³.

Expression de genre

Ensemble de signes, visibles pour l’entourage, associés à l’appartenance à un genre. 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 extérieur. L’expression de genre peut coïncider avec l’identité de genre, mais pas forcément. Par exemple, lorsqu’un enfant trans’ dont le sexe biologique est mâle et dont l’identité de genre est féminine n’est pas autorisé par ses parents à porter des vêtements de fille, sont expression de genre ne correspond pas à son identité de genre.

L’expression de genre peut s’inscrire dans un cadre de référence fondé sur un modèle binaire du genre ou se situer en dehors.

Genre

Terme polysémique dont la définition n’est pas consensuelle. Deux définitions, parmi d’autres, sont reproduites ici

- Dans un premier temps, le ‘genre’ a été distingué de la notion commune de ‘sexe’ pour désigner les différences

sociales entre hommes et femmes qui n’étaient pas directement liées à la biologie ⁴. Dans cette acception, « genre » est synonyme de « sexe social ».

- A l’heure actuelle, le terme « genre » peut aussi être utilisé dans le sens de : « système de catégorisation hiérarchisé entre les sexes (hommes/femmes) et entre les valeurs et représentations qui leur sont associées (masculin/féminin) » ⁵

Genre variant (personne de)

Personne dont les comportements dérogent aux normes de genre, sans qu’elle remette nécessairement en cause le sexe qui lui a été assigné à la naissance.

Harcèlement

Forme de comportement agressif, caractérisé par la répétition et par l’abus de pouvoir sur une victime qui ne peut se défendre facilement ⁶.

Iatrogène ou iatrogénique

Qui est provoqué par le médecin ou le traitement médical.

Identité de genre

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 ⁷.

Marqueur de genre

Le marqueur de genre est un désignateur de genre sur les documents officiels. Les marqueurs de genre les plus évidents sont les désignations telles qu’homme/femme ou M/Mme/Mlle. Ils sont souvent intégrés dans les cartes d’identité, les permis de conduire, les certificats de naissance, les diplômes, les documents d’état civil et autres formulaires fiscaux. Des marqueurs de genre moins évidents peuvent être des numéros codés tels que les numéros de la sécurité sociale et les numéros fiscaux ⁸.

4	BERENI, Laure, CHAUVIN, Sébastien, JAUNAT, Alexandre, REVILLARD, Anne, <i>Introduction aux Gender Studies, Manuel d'études sur le genre</i> , éd. de boeck, Bruxelles, 2008, p. 16.
5	Bereni, Laure, Chauvin, Sébastien, Jaunat, Alexandre, Revillard, Anne, <i>Introduction aux Gender Studies, Manuel d'études sur le genre</i> , éd. de boeck, Bruxelles, 2008, p. 7. Voir le chapitre 1 de cet ouvrage, intitulé «sexe et genre».
6	DEBARBIEUX, Eric : <i>Violences, microviolences et climat des établissements, in : Actes du symposium «Violences et climat scolaires»</i> , 27 et 28 novembre 2003, Luxembourg, Université du Luxembourg et Ministère de l'Education nationale et de la Formation professionnelle, Centre de psychologie et d'orientation scolaire.
7	<i>Principes de Jogjakarta</i> , p. 6, http://www.yogyakartapriniples.org.
8	AGIUS et TOBLER, 2012, p. 19.

Modèle binaire du genre

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 ⁹.

Norme de genre

Ensemble de règles perçues comme obligatoires régissant la façon d’être et de se conduire des personnes selon le système de catégorisation binaire femme/homme.

Outing

Révélation de quelque chose d’intime et de gardé secret par des tierces personnes à d’autres, sans l’accord de la personne concernée ¹⁰.

Rôle de genre («gender role») ou rôle social de genre

Ensemble des normes comportementales perçues, spécifi- quement associées aux individus de sexe masculin ou féminin, dans un groupe ou système social donné. Le rôle de genre renvoie aux attitudes et comportements qui classent une personne dans une identité stéréotypée; par ex., les femmes font la cuisine et le ménage, les hommes réparent les voitures ¹¹.

Sexisme

Discrimination subie par une personne du fait de son sexe, ou encore toute sorte de distinction établie en fonction du sexe ¹².

Stéréotype

Opinion ou idée toute faite sur des membres de certains groupes ou sur une catégorie de personnes, sur la base de leur simple appartenance à ce groupe. La plupart des stéréotypes expriment des points de vue très négatifs qui véhiculent des préjugés ¹³.

Stéréotype de genre

Toute représentation (langage, attitude ou représentation) péjorative ou partiale de l’un ou l’autre sexe, tendant à associer des rôles, comportements, caractéristiques, attributs ou produits réducteurs et particuliers à des personnes en fonction de leur sexe, sans égard à leur individualité. La partialité et le dénigrement peuvent être explicites ou implicites ¹⁴.

Suicidalité

« Le terme de suicidalité manque de spécificité, il connaît beaucoup de définitions et recouvre des caractéristiques cognitives (idéation suicidaire) et comportementale (conduites suicidaires). Selon la Stratégie nationale de prévention du suicide (France, 2001), la suicidalité est « un terme qui inclut pensées suicidaires, idéation, plans, tentatives de suicide et suicide accompli. » ¹⁵

Trans’

Abréviation communément utilisée pour désigner les personnes dont l’identité de genre et/ou l’expression de genre diffèrent du sexe qui leur a été assigné à la naissance. Ce terme regroupe une grande variété de personnes, notamment les personnes transidentitaires, transsexuelles, transgenres, travesties, de genre variant, de genre fluide, etc.

Fille ou adolescente trans’ : personne biologiquement mâle dont l’identité de genre est celle d’une fille. Parler de cette personne au féminin est de rigueur puisque cela correspond à son identité telle qu’elle la ressent – indépendamment de tout changement de sexe à l’état civil ou de toute modifica- tion corporelle. Une fille ou adolescente trans’ peut s’identi- fier au modèle binaire du genre, mais pas forcément.

Garçon ou adolescent trans’ : personne biologiquement femelle dont l’identité de genre est celle d’un garçon. Là encore, l’emploi du masculin est de rigueur pour désigner cette personne. Les explications ci-dessus concernant les filles ou adolescent-e-s trans s’appliquent également.

Transgenre

Personne trans’ qui se situe en dehors de la binarité des catégories de genre et remet en cause l’impératif d’une équivalence entre le sexe, la sexualité, la sexuaton des corps et le rôle social ; dans cette acception, les personnes ‘trans- genres’ se démarquent des personnes transsexuelles ¹⁶. Les personnes transgenres peuvent souhaiter avoir certaines modifications corporelles, mais pas nécessairement.

NB : Etant donné que le terme transgenre met l’accent sur le rôle social lié au genre (et non pas sur l’identité de genre), il peut inclure des personnes travesties.

En langue anglaise, le terme « transgender » est souvent utilisé comme terme générique englobant l’ensemble des personnes trans’, bien qu’il tende à être remplacé par le terme « trans » à l’heure actuelle.

Transidentitaire

Personne trans’ dont l’identité de genre ne correspond pas au sexe qui lui a été assigné à la naissance et aux attentes sociales associées à ce sexe.

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 par lequel une personne passe à un autre rôle de genre que celui qui correspond au sexe attribué à la naissance.

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 (discrimina- tion à l’embauche, au logement, ou encore à l’accès aux traitements médicaux) ¹⁷.

Transsexuel-le

Personne trans’

- qui s’identifie au sexe et au rôle social considérés comme « opposés » au sexe qui lui a été assigné à la naissance ;

- qui souhaite vivre durablement dans le rôle social considéré comme « opposé » au sexe qui lui a été assigné à la naissance ;

- qui, la plupart du temps, se reconnaît dans la métaphore « né-e dans le mauvais corps » ;

- qui se soumet ou souhaite se soumettre à des modifica- tions corporelles la rapprochant le plus possible du sexe dit « opposé » ;

- et qui souhaite rester dans la binarité du genre.

Travesti

Personne trans’ qui porte les vêtements du sexe dit « opposé ». En langue anglaise, ce terme tend à être remplacé par *crossdresser*, beaucoup moins stigmatisant car c’est un néologisme non chargé de connotations négatives ¹⁸.

N.B.: La frontière n'est pas étanche entre l'identification en tant que personne travestie et les autres catégories de personnes trans’. Certaines personnes travesties entament une transition.

^[1] Comp. http://www.egalitedeschancesbruxelles.irisnet.be/fr/gender/ (22.03.2012).

^[2] http://ai.eecs.umich.edu/people/conway/TS/FR/Words%20for%20Gender%20Variance-FR.html (03/11/2012).

RÉFÉRENCES

Actes du congrès « La normativité de genre et ses effets sur l'enfance et l'adolescence », organisé par l'Université du Luxembourg et Transgender Luxembourg, 24-29 septembre et 26 octobre 2012, à Luxembourg. A paraître.

Actes du symposium « Violences et climat scolaires », 27 et 28 novembre 2003, Luxembourg, Université du Luxembourg et Ministère de l'Education nationale et de la Formation professionnelle, Centre de psychologie et d'orientation scolaire.

AGIUS, Silvan et TOBLER, Christa : *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

Directorate-General for Justice, 2012 (manuscript terminé en juin 2011), http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/trans_and_intersex_people_web3_en.pdf.

ALESSANDRIN, Arnaud (dir.) : *La transidentité : Des changements individuels au débat de société*, L'Harmattan, 2011.

BITTNER, Mélanie : *Geschlechterkonstruktionen und die Darstellung von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Trans* und Inter* (LSBTI) in Schulbüchern, Eine gleichstellungsorientierte Analyse, im Auftrag der Max-Traeger-Stiftung*, Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft, Francfort, 2012.

BRILL, Stéphanie, PEPPER, Rachel : *Wenn Kinder anders fühlen, Identität im anderen Geschlecht, Ein Ratgeber für Eltern*, éd. Reinhard, Munich, 2011. Le livre est initialement paru en anglais sous le titre *The Transgender Child – A Handbook for Families and Professionals*, Cleis Press, 2008.

COHEN-KETTENIS, Peggy T., DELEMARRE-VAN DE WAAL, Henriette A.,† et GOOREN, Louis J. G. : “The Treatment of Adolescent Transsexuals: Changing Insights“, *Journal of Sexual Medicine*, 2008;5, p.1892.

DEBARBIEUX, Eric : « Violences, microviolences et climat des établissements », *in : Actes du symposium « Violences et climat scolaires », 27 et 28 novembre 2003*, Luxembourg, Université du Luxembourg et Ministère de l'Education nationale et de la Formation professionnelle, Centre de psychologie et d'orientation scolaire.

DE BEAUVOIR, Simone : *Le deuxième sexe*, Gallimard, 1949.

FAMILY COURT OF AUSTRALIA : Re Alex: Hormonal Treatment For Gender Identity Dysphoria, 13/04/2004 [2004] FamCA 297.

FEGERT, Jörg. M., SCHEPKER, Renate, KÖLCH, Michael : « Ethische Fragen und Qualitätsmanagement », in : *FEGERT, Jörg M., EGGERS, Christian, RESCH, Franz (dir.) : Psychiatrie une Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*, 2^e éd., Springer, 2012.

FISKE, Susan T. : « Controlling other people: The Impact of Power on Stereotyping »,in: *American Psychologist*, Juin 1993, p. 621.

FRA (European Union Agency For Fundamental Rights) : Homophobia and Discrimination on Grounds of Sexual Orientation and Gender Identity in the EU Member States: Part II – The Social Situation, 2009.

GIRES (Gender Identity Research and Education Society : *Transphobic Bullying, Could you deal with it in your school ?* Home Office Version 2.2.1, February 28, 2010, http://www.gires.org.uk/assets/Schools/TransphobicBullying.pdf (03/11/2012).

GIORDANO, Simona : « Ethics of Management of Gender Atypical Organisation in Children and Adolescents », *International Public Health Policy and Ethics*, M. Boylan (ed.), Springer Science + Business Media B.V., 2008.

GROSSMAN, Arnold H., D'AUGELLI, Anthony R. : « Transgender Youth and Life-Threatening Behaviours », in : *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 37(5), octobre 2007, p. 527-537.

GROSSMAN, Arnold H., D'AUGELLI, Anthony R. : « Transgender Youth : Invisible and Vulnerable », The Harworth Press, 2006, p. 111.

GROUPE DE TRAVAIL DES INFIRMIERES CLINICIENNES DES ETABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES : *Prévention et gestion des conduites suicidaires en milieu hospitalier psychiatrique*, Hôpital Douglas, Institut Philippe-Pinel de Montréal, Hôpital Louis-H.Lafontaine/Université de Montréal, Hôpital Rivière-des-Prairies/Centre psychiatrique affilié à l'Univer-sité de Montréal, Centre hospitalier Pierre Janet et Institut universitaire en santé mentale de Québec, 2006, https://www.sidiief.org/fr-ca/Accueil/7_o_Publications/7_1_PublicationsSIDIEF/7_1_9_PresentationsCongresMon-diaux/7_1_9_1_PresentationsCongres2009/7_1_9_1_1_SeancesParalleles/~media/Files/12_o_CongresMondial/Presentations/Lundi/SP26%202_LiseR_Laberge.ashx.

Guidance for schools on preventing and responding to sexist, sexual and transphobic bullying – Safe to Learn : Embedding anti-bullying work in schools, Royaume-Uni, 2009, http://abatooolsforschools.org.uk/pdf/SST%20guidance%20-%20quick%20guide.pdf (03/11/2012).

HAAS, Ann P., ELIASON, Mickey, MAYS, Vickie M., MATHY, Robin M., COCHRAN Susan D., D'AUGELLI Anthony R., SILVERMAN, Morton M., FISHER, Prudence W., HUGHES, Tonda, ROSARIO, Margaret, RUSSELL Stephen T., MALLEY, Effie, REED, Jerry, LITTS, David A., HALLER, Ellen, SELL, Randall L., REMAFEDI, Gary, BRADFORD, Judith, BEAUTRAIS, Annette L., BROWN, Gregory K., DIAMOND, Gary M., FRIEDMAN, Mark S., GAROFALO, Robert, TURNER, Mason S., HOLLIBAUGH, Amber et CLAYTON, Paula J. : « Suicide and Suicide Risk in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations: Review and Recommendations », *Journal of Homosexuality*, 58:1, 10-51, 2010, http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2011.534038 (03/11/2012).

HAMMARBERG, Thomas : *Droits de l’homme et identité de genre*, Conseil de l’Europe, 2009.

HAMMARBERG, Thomas : *La discrimination fondée sur l’orientation sexuelle et l’identité de genre en Europe*, Editions du Conseil de l’Europe, 2011.

HELLEN, Mark : « *Transgender Children in School* », in : Liminalis: journal for sex/gender emancipation and resistance, p. 81-99. [Article] : Goldsmiths Research Online, 2009, http://eprints.gold.ac.uk/3531/1/Liminalis-2009-Hel-len.pdf (03/11/2012).

HUMAN RIGHTS AND EQUAL OPPORTUNITY COMMISSION [Australie] : *Submissions Of The Human Rights And Equal Opportunity Commission (Intervening)*, Re Alex: Hormonal Treatment For Gender Identity Dysphoria, 4/3/2004.

HUMAN RIGHTS CENTRE OF GHENT UNIVERSITY : *Written submissions by the, European Court of Human Rights, Konstantin Markin v. Russia, Application n° 30078/06*, 2011, http://www.ugent.be/re/publiekrecht/en/departement/human-rights/publications/amicus.pdf.

KENNEDY, Natacha, HELLEN, Mark : « *Transgender children : more than a theoretical challenge* », Graduate Journal of Social Science, déc. 2010, vol. 7, Issue 2, http://www.gjss.org/index.php?/Volume-7-Issue-2-December-2010-Transgender-Studies.html (03/11/2012).

KIDD, Jeremy D. et WITTEN, Tarynn M. : « *Transgender and transsexual identities. The next strange fruit – hate crimes, violence and genocide against the global trans-communities* », Journal of Hate Studies, 6(1), 2007, p. 31-63.

KOSCIW, Joseph G, DIAZ, Elizabeth M., GREYTAK, Emily A. : Harsh Realities : *The Experiences of Transgender Youth in Our Nation’s Schools, A Report from the Gay, Lesbian and Straight Education Network*, www.glsen.org, (Etats-Unis), 2009, , http://www.glsen.org/binary-data/GLSEN_ATTACHMENTS/file/000/001/1375-1.pdf (03/11/2012).

LAROUSSE : *Grand dictionnaire de la psychologie*, 2000.

LGBT YOUTH SCOTTLAND : *Life in Scotland for LGBT young people. Education report*, 2012.

Enquête sur le vécu des jeunes populations trans en France, Première analyse sur un échantillon retenu de 90 répon-dants au début avril 2009, Homosexualités & Socialisme (HES) et le Mouvement d’Affirmation des jeunes Gais, Lesbiennes, Bi et Trans (le MAG- Jeunes LGBT) http://www.hes-france.org/IMG/pdf/Rapport_Prelim_Enquete_JeunesTrans_Avril2009_Vfinal.pdf, (03/11/2012).

McNEIL, Jay, BAILEY, Louis, ELLIS, Sonja, MORTON, James et REGAN, Maeve : *Trans Mental Health Study 2012*, A UK research partnership between : Scottish Transgender Alliance, TREC, TRAVERSE, Sheffield Hallam University, TransBareAll, 2012.

MAYOCK, Paula, BRYAN, Audrey, CARR, Nicola, KITCHING, Karl : *Supporting lgbt lives: a study of mental health and well-being*, Published by the Gay and Lesbian Equality

Network (GLEN) and BeLonGTo, 2008, http://www.nosp.ie/lgbt_lives_dec_2008.pdf (03/11/2012).

MOTMANS, Jos, en collaboration avec DE BILLEY, Inès et DEBUNNE, Sandrine : *Être transgenre en Belgique. Un aperçu de la situation sociale et juridique des personnes transgenres*, éditeur : Institut pour l'égalité des femmes et des hommes, Bruxelles, 2009, http://igvm-iefh.belgium.be/fr/publications/leven_als_transgender_in_belgi_.jsp (03/11/2012).

MOTTET, Lisa et OHLE, John M. : 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, 2003, http://www.thetaskforce.org/downloads/reports/reports/TransitioningOurShelters.pdf (03/11/2012).

OMBUDSMAN. Médiateur du Grand-Duché de Luxembourg, Service du contrôle externe des lieux privatifs de liberté : *Les unités psychiatriques infanto-juvéniles fermées*. Rapport, 2011.

Pacte pour la jeunesse 2012-2014, Le gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg, http://www.jugendpakt.lu/

RAUCHFLEISCH, Udo, *Transsexualität – Transidentität, Begutachtung, Begleitung, Therapie*, Vandenhoeck & Ruprecht, 2^e éd., Göttingen , 2009.

REED, B.W.D., COHEN-KETTENIS, PT., REED, T. SPACK; N. : « Medical care for gender variant young people: Dealing with the practical problems », *Sexologies*, Volume 17, Issue 4, octobre–décembre 2008, p. 258.

REUCHER, 2011 : « La transidentité entre 10 et 20 ans », *in : ALESSANDRIN, Arnaud (dir.) : La transidentité: Des changements individuels au débat de société*, L'Harmattan, 2011, p. 51.

SIRONI, Françoise, *Psychologie(s) des transsexuels et des transgenres*, Odile Jacob, Paris, 2011.

STROHL, Hélène, et CLEMENTE, Martine : *Rapport du groupe national d’évaluation de la loi du 27 juin 1990*, Code de mission SA/AC/GT/950013, Rapport n°97081, septembre 1997.

TAYLOR, Catherine, e. al. : *Youth Speak Up About Homophobia and Transphobia. The First National Climate Survey on Homophobia in Canadian Schools. Phase One Report*, Egale Canada Human Rights Trust, 2009, http://archive.egale.ca/index.asp?lang=E&menu=3&item=1401 (03/11/2012).

TAKÁCS, Judit : *Social exclusion of young lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) people in Europe*, Bruxelles : ILGA Europe et IGLYO, 2006, http://www.ilga-europe.org/home/how_we_work/previous_projects/social_exclusion (03/11/2012).

VETTER, Brigitte : *Transidentität – ein unordentliches Phänomen. Wenn das Geschlecht nicht zum Bewusstsein passt*. Ed. Huber, Berne, 2010.

XAVIER, J., HONNOLD, J., et BRADFORD, J. : *The health, health-related need, and life-course experiences of transgen-der Virginians, Richmond: Division of Disease Prevention through the Centers of Disease Control and Prevention*,

Virginia Department of Health, 2007; <http://www.vdh.virginia.gov/epidemiology/diseaseprevention/documents/pdf/THISFINALREPORTVol1.pdf> (03/11/2012).

WHITTLE, Stephen, TURNER, Lewis et AL-ALAMI, Maryam : *Engendered Penalties: Transgender and Transsexual People's Experiences of Inequality and Discrimination*, The Equalities Review, Londres, 2007, <http://www.pfc.org.uk/pdf/EngenderedPenalties.pdf> (03/11/2012).

WHITTLE, Stephen, TURNER, Lewis, COMBS, Ryan, RHODES, Stephenne : *Transgender Eurostudy, Legal Survey and Focus on the Transgender Experience of Health Care*, ILGA Europe et Transgender Europe, Corelio Printing, 2008, <http://www.equalityhumanrights.com/advice-and-guidance/your-rights/transgender/transgender-additional-resources/> (03/11/2012).

WINTER, Sam, et CONWAY, Lynn : *How many trans* people are there?* A 2011 update incorporating new data, article en ligne, 2011, <http://web.hku.hk/~sjwinter/TransgenderASIA/paper-how-many-trans-people-are-there.htm> (03/11/2012).

WOLFERSDORF, Manfred : « Suizidalität », in : BERGER, Mathias : *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie*, 2^e éd., Urban & Fischer, 2004, p. 1021.

PARTIE 2: LES DROITS DES ENFANTS INTERSEXES



Principales conclusions

Les enfants et adolescent-e-s intersexes doivent recevoir une place à part entière dans notre société qui, parce qu’elle est structurée autour de la bicatégorisation femmes/hommes, les exclut d’emblée. En raison de l’invisibilité totale des mineur-e-s (et des majeur-e-s) intersexes dans l’espace public au Luxembourg, il est nécessaire :

- de mener des recherches sur leur situation sociale et médicale ;
- de mener une réflexion sur leur prise en compte par le droit ;
- d’introduire la thématique intersexe d’une façon non pathologisante dans la formation des professions de santé et à l’école ;
- de soutenir le développement d’une offre spécialisée permettant l’accompagnement des parents d’enfants intersexes et des enfants eux-mêmes.

Recommandations

Afin de présenter une vue d’ensemble des recommandations relatives aux enfants et adolescent-e-s intersexes, nous reproduirons ci-dessous les recommandations figurant également dans le *Rapport supplémentaire au 3^e et 4^e rapport national (2001–2009) sur les droits de l’enfant au Luxembourg* du groupe RADELUX.

Mesures d’application générales

1. Considérer les enfants intersexes comme un groupe nécessitant une protection particulière. Entre autres, il semble qu’ils courent un risque particulier de violences et de suicide.
2. Inclure la situation des enfants et adolescent-e-s qui ne s’identifient pas aux catégories « garçon » ou « fille » / « sexe féminin » et « sexe masculin » dans toutes les études réalisées sur les mineur-e-s, en particulier dans le prochain *Rapport national sur la situation de la jeunesse au Luxembourg* et dans la prochaine étude sur les facteurs de risque liés à des traumatismes chez les jeunes.

Définition de l'enfant

3. Dans le droit luxembourgeois, les formulations oublient des enfants de catégorie autre que féminine ou masculine, ce qui peut constituer une discrimination vis-à-vis d’un enfant d’un autre sexe. Un exemple de reformulation de la définition de l’enfant dans le code civil serait la suivante : Le code civil luxembourgeois définit le mineur comme « étant l’individu, quel que soit son sexe, qui n’a pas encore l’âge de 18 ans accomplis ».

Principes généraux

4. Quant à l’état civil :
 - 4.1. Créer une nouvelle catégorie d’actes de naissance dépourvue de la mention du sexe de l’enfant, unique pour TOUS les enfants, – sous peine de créer une nouvelle stigmatisation -, jusqu’à l’âge de 18 ans ou, si l’enfant devient lui-même parent tout en étant mineur, jusqu’à la naissance de son propre enfant.
 - 4.2. Garantir le respect de la vie privée des personnes procédant à une rectification de leur sexe de l’état civil, en délivrant des extraits de naissance ne mentionnant pas cette modification.
5. Quant à la mention du sexe sur les documents d’identité :
 - 5.1. Supprimer toute mention du sexe, notamment sur la future carte d’identité, prévue par le projet de loi relative à l’identification des personnes physiques.
 - 5.2. Si cette proposition n’est pas retenue, faire figurer la mention du sexe uniquement sur la future puce biométrique de la carte d’identité dont les éléments seront invisibles à l’œil nu.
6. Quant à la Constitution :
 - 6.1. Dans le cadre du processus de révision de la Constitution en cours, veiller à ce que la future Constitution, quelle que soit la formulation finalement retenue, accorde une reconnaissance juridique à part entière aux personnes intersexes et garantisse l’égalité de tout individu, quel que soit son sexe biologique, son identité de genre et son expression de genre.
7. Quant à la législation contre la discrimination :
 - 7.1. Veiller à ce que l’interdiction de la discrimination fondée sur le sexe soit interprétée de façon à inclure également toute discrimination fondée sur le sexe biologique, l’identité de genre et l’expression de genre.
8. Quant aux instances nationales chargées du respect des droits humains :

- 8.1. S’assurer que leur mandat englobe la lutte contre les discriminations fondées sur le sexe biologique, l’identité de genre et l’expression de genre.
9. En ce qui concerne l’intérêt supérieur de l’enfant:
- 9.1. Procéder à une évaluation systématique de toutes les mesures médicales prises dans les cas où la santé des enfants intersexes n’était pas directement menacée et réaliser un bilan sur l’état de santé des enfants intersexes.
- 9.2. Interdire expressément les traitements hormonaux-chirurgicaux visant à assigner un sexe à un enfant intersexe, conformément à l’obligation du Luxembourg de prendre toutes les mesures efficaces appropriées en vue d’abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants (article 24, par. 3). Cette interdiction doit s’étendre aussi à l’envoi de ces enfants à l’étranger en vue de subir de tels traitements.
- 9.3. Rédiger des procédures médicales sur l’accompagnement médical des enfants aux organes sexuels non conformes aux standards généralement admis, tenant compte des connaissances actuelles et des droits de l’enfant

Libertés et droits civils

10. Adopter une réglementation reconnaissant le droit des personnes intersexes mineures au respect de leur identité de genre - indépendamment de tout traitement médical relatif à leurs caractères sexuels – sur le modèle de la loi argentine sur le droit à l’identité de genre.
11. Soutenir financièrement toute structure associative spécialisée tant dans l’accompagnement des enfants et des professionnel-le-s de l’enfance et du système éducatif que dans l’accompagnement des personnes intersexes et de leurs familles. Ces services doivent reposer sur l’expertise des personnes ayant une expérience personnelle des problématiques liées à l’intersexuation.

Milieu familial et protection de remplacement

12. Soutenir la diffusion d’informations auprès des parents et des professionnel-le-s concerné-e-s sur l’offre d’accompagnement existante pour les parents d’enfants intersexes.

Santé et bien-être

13. Veiller à ce que les professions de santé reçoivent, dans le cadre de leur formation initiale et continue, des informations non pathologisantes sur l’intersexuation et à ce qu’elles soient formées à l’annonce de l’intersexuation.
14. Soutenir l’élaboration de protocoles médicaux précisant les procédures à suivre en cas de naissance d’enfants aux organes génitaux non conformes aux standards généralement admis:

- 14.1. garantissant que l’annonce de l’intersexuation est effectuée d’une façon positive, en dehors d’un cadre pathologisant, par des professionnel-le-s spécifiquement formé-e-s à cela;
- 14.2. garantissant que l’annonce de l’intersexuation reflète l’état actuel des connaissances scientifiques;
- 14.3. précisant les informations à fournir aux parents et notamment:
- 14.3.1. que l’intersexuation en elle-même ne met pas en cause la santé ou la survie de l’enfant;
- 14.3.2. que l’enfant peut rester en bonne santé sans traitement;
- 14.3.3. que personne ne peut prédire quelle sera l’identité de genre de l’enfant;
- 14.3.3. que l’assignation d’un sexe sur le plan juridique est indépendante de tout traitement médical et que l’enfant peut être élevé en ayant lui-même le choix
- 14.4. garantissant que l’enfant reçoive des informations appropriées à son âge;
- 14.5. informant sur les possibilités d’accompagnement psychologique ou socio-éducatif en milieu non hospitalier;
- 14.6. garantissant que les dossiers médicaux soient conservés pendant 30 ans à partir de la majorité de l’enfant.
15. Engager une réflexion sur l’adaptation au Luxembourg des garanties instaurées par la loi argentine établissant le droit à l’identité de genre pour protéger l’intégrité physique des mineur-e-s intersexes.

Education, loisirs et activites culturelles

16. Sur l’éducation à l’égalité:
- 16.1. Interpréter la notion d’égalité entre les sexes figurant à l’article 29, paragraphe d), CIDE comme incluant tous les sexes, et pas seulement les deux sexes féminin et masculin.
- 16.2. Diffuser auprès des enfants et adolescent-e-s d’âge pré-scolaire et scolaire des informations présentant sous un jour positif et non pathologisant l’intersexuation, de façon appropriée à leur âge, par le biais des programmes scolaires, de matériel didactique et de dépliants.
- 16.3. Soutenir la formation initiale et continue des enseignant-e-s, des éducatrices/teurs et des assistantes sociales sur le thème de l’intersexuation.
17. Concernant l’accueil des enfants et adolescent-e-s intersexes dans les écoles, encourager celles-ci:
- 17.1. à élaborer des lignes directrices sur l’accueil des enfants et adolescent-e-s intersexes à l’école;
- 17.2. à désigner des personnes de référence formées aux problématiques rencontrées par les enfants intersexes et les enfants dont l’anatomie, l’identité ou le comportement ne correspondent pas à ce qui est socialement attendu des filles ou garçons, et faire connaître le nom de ces personnes (aux élèves, aux parents, au corps enseignant, aux institutions extra-scolaires accueillant des enfants).

INTRODUCTION

.....

Introduction

1. Ce rapport sur les droits des enfants intersexes au Luxembourg est le complément *Rapport supplémentaire au 3^e et 4^e rapport national (2001–2009) sur les droits de l’enfant au Luxembourg* du groupe RADELUX ¹. Le comité Radelux a constaté que la situation des enfants intersexes constitue une question émergente au sujet de laquelle il a souhaité transmettre des informations spécifiques au comité des droits de l’enfant.
2. Les mineur-e-s intersexes sont privé-e-s de certains droits parce que les catégories « sexe biologique féminin » et « sexe biologique masculin » sont impuissantes à rendre compte de leur existence. Il s’agit des enfants dont les caractères sexuels se sont développés d’une manière « atypique » ou « non standard », en d’autres termes, d’une façon non conforme aux normes généralement admises. Ainsi, les violations des droits des enfants et adolescent-e-s intersexes dérivent directement de notre structure sociale, fondée sur un système de normatif reposant sur l’idée simpliste d’une dichotomie de deux sexes définis biologiquement, qui s’excluent mutuellement, auxquels différents rôles et comportements sont attribués traditionnellement (modèle binaire du genre) ².
3. Au Luxembourg, l’invisibilité des personnes intersexes dans l’espace public est totale alors que selon certaines estimations, leur nombre est aussi important que celui des personnes atteintes de diabète de type I ³. Transgender Luxembourg a recueilli un seul témoignage du Luxembourg, celui d’une personne ayant déclaré ne pas être satisfaite du sexe qui lui a été assigné à la naissance ⁴ et a été en contact avec un parent d’une mineure possédant un formule chromosomique Xo, suivie médicalement en Belgique, ainsi qu’avec une personne se posant des questions au sujet d’un-e proche ayant reçu un « diagnostic » de syndrome de Klinefelter ⁵.

4. Obtenir des informations sur la situation des personnes intersexes au Luxembourg relève du parcours du combattant. Il n’existe aucune étude sur la situation sociale des personnes intersexes, pas plus qu’il n’existe de statistiques officielles ni de transparence sur les traitements médicaux appliqués et leurs conséquences, même si des indices isolés montrent que les enfants intersexes sont suivis par des structures médicales du Luxembourg ou des pays voisins.
5. Cela est extrêmement problématique en raison des rapports alarmants en provenance de pays européens et de différentes organisations internationales sur les atteintes à l’intégrité physique et mentale causées par les traitements médicaux à visée non thérapeutique imposés aux enfants et adolescent-e-s intersexes sans leur consentement. Ce rapport a pour objectif de montrer que l’invisibilité des personnes intersexes au Luxembourg est précisément un indicateur de violation silencieuse de leurs droits, due à des causes structurelles.

Terminologie

6. La terminologie n’est pas consensuelle et plusieurs termes coexistent pour désigner des phénomènes identiques ou proches, c’est pourquoi nous avons placé un glossaire en annexe.
7. Une partie des formes « atypiques » du développement sexué est décrite par la médecine qui les considère comme des pathologies à traiter ⁶. Cette approche pathologisante est, d’une part, remise en cause parce que les formes « atypiques » du développement sexué peuvent être considérées comme des variations ou différences individuelles ⁷ et, d’autre part, pose de graves questions relatives à l’éthique et aux droits de l’être humain ⁸. Nous essaierons donc, dans toute la mesure du possible, d’utiliser un vocabulaire non pathologisant, sauf dans le cadre de citations, notamment médicales, qui seront alors entre guillemets.
8. Une possibilité est de parler d’intersexuation, définie chez l’être humain comme un éventail de

- 6 La Classification internationale des maladies (CIM-10) en est un exemple. L’utilisation du terme «Disorders of Sex Development» (DSD) en est un autre; voir à ce sujet COMMISSION NATIONALE D’ETHIQUE POUR LA MEDECINE HUMAINE (NEK-CNE, Suisse). 2012, p. 7 et suiv.
- 7 <http://asso.orfeo.free.fr/intersexuation/index.html> (02/11/2012); <http://oiiinternational.com/intersex-library/intersex-articles/what-is-intersex-oii-australia/> (02/11/2011); www.xy-frauen.de/einleitung.htm (30/10/2012); BEH et Diamond, 2006.
- 8 Voir CONSEIL D’ÉTHIQUE ALLEMAND, 2012.

MESURES D’APPLICATION GÉNÉRALES (ARTICLE 44.6)

.....

conformations anatomiques qui ne relèvent pas des catégories standard « mâle » et « femelle » et qui peuvent résulter de variations chromosomiques, hormonales, gonadiques ou génitales. Par exemple, 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 ⁹.

9. Nous préférons le terme d’« intersexuation » à celui d’intersexualité qui, d’une part, incite à penser à tort qu’il s’agit d’une question de sexualité et, d’autre part, a acquis une connotation pathologique pour une partie des personnes concernées.
10. Pour désigner les personnes, les adjectifs « intersexe » ¹⁰ ou « intersexué-e » peuvent être employés. Il faut souligner que l’anatomie ne suffit pas à faire l’identité et qu’une personne dont l’anatomie pouvant être qualifiée d’intersexe ne se définira pas nécessairement comme telle. Une grande diversité caractérise les identifications possibles, tant dans le cadre de la bicatégorisation femme/homme qu’en dehors de ce cadre.

9 Sexual Orientation, Gender Identity, and Justice, p. 137 ; définition traduite et légèrement adaptée par Transgender Luxembourg.

10 Certaines sources indiquent qu'en anglais, le terme «intersex» a lui aussi acquis une connotation pathologique, mais ce n'est pas le cas en langue française pour le terme «intersexe» à notre connaissance.

.....

Collecte de données ¹

Combien de personnes intersexes vivent-elles au Luxembourg ?

11. Selon le ministre de la Santé, « les estimations internationales donnent une prévalence de l’intersexualité allant de 1/1000 à 1/5000 personnes. Il convient de considérer que ce chiffre s’applique aussi au Luxembourg » ².
12. Le Luxembourg compte environ 510 000 habitants ³. Sur la base des chiffres du ministre de la Santé, entre 102 et 510 personnes intersexes vivraient au Luxembourg, dont plus d’un quart seraient âgées de 0 à 19 ans ⁴.
13. Cependant, ces chiffres sont considérés comme étant sous-évalués. Outre le chiffre d’1/350 personnes précité ⁵, celui de 1/250 ⁶ est aussi avancé, ce qui correspondrait à un chiffre de 2040 personnes intersexes au Luxembourg.

Difficultés du recueil de chiffres

14. En réponse à une question parlementaire visant à savoir s’il « ne serait pas approprié de mettre au point un questionnaire spécifique et de le faire connaître par une campagne d’information, en vue d’établir le nombre des personnes intersexuelles » ⁷, le ministre de la Santé a répondu qu’aucune étude sur l’intersexualité n’était prévue pour les années à venir ⁸.
15. A l’heure actuelle, les seules sources d’information au Luxembourg sont d’origine médicale.

Or, l’intersexuation en tant que telle n’est pas un concept médical. La littérature médicale parlera de différentes pathologies ou syndromes et il n’existe pas, à notre connaissance, de recensement unifié des personnes présentant toutes les formes d’intersexuation, dont la variété est par ailleurs estimée de façon très différente selon les sources et selon les concepts pris pour base des estimations. Trouver des chiffres nécessite de faire des recoupements entre plusieurs bases de données dont la plupart de sont pas publiées.

Données sur les naissances

16. Le nombre des naissances annuelles au Luxembourg oscille entre 5500 et 5800 environ ⁹. Plus de 90 % ¹⁰ des naissances sont consignées dans un formulaire permettant d’évaluer la santé des nouveau-nés, dénommé SUSANA ¹¹. SUSANA ayant remplacé le précédent questionnaire en 2007, une étude du ministère de la Santé est en cours d’élaboration pour évaluer les résultats des années 2007 à 2009 ¹².
17. Le formulaire SUSANA permet de recueillir des indications donnant un premier aperçu sur les naissances d’enfants intersexes : il comprend trois cases relatives au sexe de l’enfant : « masculin », « féminin », ou « indéterminé ». Or, si le formulaire comprend ces trois rubriques, il semble que le système informatique permettant d’encoder les réponses ne comporte que deux cases, ce qui serait regrettable. Nous le saurons avec certitude avec la première publication des données recueillies par le biais de SUSANA.
18. Par ailleurs, ce formulaire comporte les rubriques : « pathologies foeto-maternelles pendant la grossesse », « malformations congénitales » et « motif du transfert ou de l’hospitalisation » avec la sous-rubrique « malformations congénitales suspectées ou prouvées ». Certaines formes d’intersexuation sont considérées par la médecine comme entrant dans ces catégories et ces rubriques peuvent livrer une première série d’informations.

9 Annuaire statistique de Luxembourg, 2011, p. 99.

10 Surveillance de la santé périnatale au Luxembourg, 2001 –2003, Ministère de la Santé et CRP-Santé, p. 18.

11 Fiche Surveillance de la Santé à la Naissance, reproduite à la fin du document *Surveillance de la santé périnatale au Luxembourg, 2001 –2003*, Ministère de la Santé et CRP-Santé, p. 109 (annexe 3).

12 Réponse du ministre de la Santé à la question parlementaire n° 1319, précitée note 11. Le 10/09/2012, une nouvelle question parlementaire a été posée à ce sujet (n° 2285).

19. Cependant, si SUSANA est susceptible d’apporter des éléments essentiels, ce « n’est pas un instrument approprié pour appréhender la prévalence des nouveaux-nés intersexuels. Une telle étude de prévalence requiert des instruments de mesure épidémiologiques spécifiques. Le recensement de données sur l’état de santé périnatal ne peut donc fournir, à la rigueur, qu’une approximation sur la prévalence de personnes nées intersexuelles » ¹³.

Dépistage néonatal de l'hyperplasie congénitale des surrénales et données sur les traitements médicaux

20. Un dépistage systématique de l’hyperplasie congénitale des surrénales, qui est une forme d’intersexuation, est effectué chez les nouveau-nés depuis 2001 (au 3^e jour de la vie, un prélèvement est effectué à la maternité par ponction capillaire au talon). Selon les chiffres du Laboratoire national de santé, il s’agit d’1/6245 naissances ¹⁴.
21. L’hyperplasie congénitale des surrénales concerne les enfants indépendamment de leur sexe. Chez les enfants possédant deux chromosomes sexuels XX, l’hyperplasie congénitale des surrénales se manifeste notamment, dans sa forme dite « classique », par ce que la littérature médicale dénomme une virilisation des organes génitaux externes de degré variable. Dans deux tiers des cas, l’hyperplasie congénitale des surrénales est associée à une perte de sel qui doit être traitée médicalement car elle peut être fatale. Seul ce dernier cas de figure constitue un risque pour la santé et une urgence médicale vitale.
22. Nous ne disposons d’aucune information sur le suivi médical de ces enfants au Luxembourg. Or, certains traitements médicaux couramment appliqués en France ¹⁵ et en Allemagne ¹⁶ sont problématiques et constituent une violation des droits de l’enfant à l’intégrité physique et psychique ; rien n’indique que des protocoles médicaux différents soient suivis au Luxembourg.
23. A titre d’exemple, la création d’un néo-pénis ou au contraire une réduction du micropénis/macroclitoris éventuellement assortie d’une vaginoplastie peut être pratiquée, non pas pour des raisons médicales, mais pour faire correspondre l’aspect des organes génitaux de l’enfant à ce qui est considéré comme la norme. Ce type d’intervention pose le problème du consentement de l’enfant alors que les effets secondaires sont

- non négligeables et que cela revient à faire un choix irréversible d’un sexe pour l’enfant, qui peut par la suite regretter ce choix fait pour lui ¹⁷.
24. Une étude est nécessaire sur les traitements médicaux appliqués aux enfants auxquels une hyperplasie congénitale des surrénales a été diagnostiquée, sur les effets de ce traitement et sur la satisfaction des personnes par rapport au traitement.

Recensement des formes d'intersexuation se révélant postérieurement à la naissance

25. Certaines formes d’intersexuation n’étant pas visibles à la naissance, d’autres outils statistiques sont nécessaires pour évaluer le nombre de personnes concernées. La nomenclature des actes médicaux ne permet de donner qu’une approximation des actes médicaux pratiqués en rapport avec l’intersexuation.
26. Le recueil de données est crucial pour savoir si l’accompagnement médical des enfants intersexes au Luxembourg est respectueux de leurs droits, mais de premiers indices (remboursement de néovagins par la Caisse de santé sur des enfants ¹⁸) font craindre que ce ne soit pas le cas. Il est urgent et indispensable de réaliser un bilan.

Recommandations



Voir les recommandations formulées :

- au point 3.4. « Intérêt supérieur de l’enfant » du *Rapport supplémentaire au 3^e et 4^e rapport national (2001–2009) sur les droits de l’enfant au Luxembourg* du groupe RADELUX et
- au sujet de l’article 24 CIDE dans le présent document.

PRINCIPES GÉNÉRAUX (ART. 2 ET 3)

Article 2

1. Mention du sexe dans l'acte de naissance

27. En vertu de l’article 55 du Code civil : « Les déclarations de naissance seront faites dans les cinq jours de l’accouchement à l’officier de l’état civil du lieu; le jour de l’accouchement n’est pas compté dans ce délai. [...] »
28. Quant à l’article. 57.1, du Code civil, il dispose : « L’acte de naissance énonce [...] le sexe de l’enfant, le nom et les prénoms qui lui sont donnés [...] »
29. Le Code civil ne contient aucune disposition sur le contenu de la mention du sexe. Aucune loi ou réglementation n’exige que le sexe de l’enfant soit féminin ou masculin. Cependant, la pratique consistant à n’enregistrer qu’un sexe « féminin » ou « masculin », combinée au court délai d’enregistrement de la naissance, fait peser une énorme pression sur les parents d’enfants nés avec des organes génitaux considérés comme atypiques ainsi que sur les médecins chargés d’inscrire la mention du sexe dans le certificat de naissance.
30. Une double discrimination fondée sur le sexe biologique se cache derrière le contenu apparemment neutre des articles 55 et 57.1 du Code civil.

La première discrimination tient au délai de déclaration de cinq jours

31. Ce délai s’applique uniformément à deux situations différentes qui sont, d’une part, la naissance d’un enfant aux organes génitaux non conformes aux normes généralement admises et, d’autre part, la naissance d’un enfant aux organes génitaux pouvant être clairement considérés comme féminins ou masculins.
32. Lorsqu’un sexe féminin ou masculin peut être assigné sans problème à l’enfant, les articles 55 et 57.1 du Code civil ne posent pas de difficulté. En revanche, étant donné qu’il est impossible d’assigner d’emblée un sexe à un enfant né avec des organes génitaux considérés comme atypiques par les médecins, rien ne justifie le délai de cinq jours dans ce cas. Au contraire, ce délai crée une charge disproportionnée pour les parents.

33. Tout d’abord, pour la plupart des parents, c’est le choc, voire la sidération, lors de la naissance ¹. Les parents subissent une forte pression, non seulement en raison de l’invisibilité sociale de l’intersexuation, mais aussi du fait de l’obligation de déclarer le sexe de l’enfant à l’état civil. Un parent a apporté son témoignage à cet égard devant le Bundestag allemand :

« Le diagnostic de l’intersexualité bouleverse le sentiment de normalité des parents et de l’environnement parce qu’il n’existe pas de catégorie entre les sexes. Lorsque mon enfant est né, mon mari et moi ne savions rien de l’intersexualité. L’impossibilité d’attribuer clairement un sexe à notre enfant nous est tombée dessus sans crier gare, sans que nous y soyons préparés, de façon inattendue et au début, nous étions incapables d’y faire face. Il nous était impossible de penser un entre-deux-sexes. [...] C’est ainsi que bien des relations parents-enfants ont été endommagées par l’aliénation qui en a résulté et, certainement, nombre de familles en ont été brisées. Lorsque notre ressenti intérieur et la réalité extérieure divergent si fortement l’un de l’autre, cela crée un stress énorme. Au lieu de supporter l’insécurité et d’attendre, nous risquons d’adapter la situation telle qu’elle est à notre conception du monde, plutôt que de prendre le temps, au contraire, de faire véritablement la connaissance de l’enfant, de s’habituer à la nouvelle situation et d’en faire dépendre les décisions ultérieures. [...] La possibilité de ne pas enregistrer de sexe à l’état civil avant plusieurs années aurait été pour moi un signal, du côté juridique, indiquant qu’attendre était tout à fait approprié dans cette situation » ².

34. Les parents ont besoin de temps ³.

35. En outre, la naissance d’un enfant aux organes génitaux atypiques déclenche une batterie de tests médicaux dont le résultat va peser sur le choix du sexe. Si certains résultats sont disponibles en quelques jours, d’autres ne le sont pas avant plusieurs mois ⁴.

36. Cependant, l’issue de ces tests ne peut en aucun cas constituer le critère déterminant du choix du sexe d’assignation pour l’enfant, parce que « [p]ersonne ne peut dire à l’avance quelle sera l’identité de genre d’une personne – pas même pour les personnes présentant une intersexualité » ⁵. En d’autres termes, quel que soit

13 Question parlementaire n °1319 déposée le 15 mars 2011 à la Chambre des députés par Jean Colombera (traduction à partir de l’allemand par Transgender Luxembourg), précitée note 16.

14 Voir la page web du Laboratoire national de santé sur le dépistage néonatal, http://www.lns.public.lu/laboratoire/vocation-collaboration/depistage_neonatal/index.html (30/10/2012).

15 Haute Autorité de santé (HAS, France) : *Protocole national de diagnostic et de soins. Hyperplasie congénitale des surrénales par déficit en 21-hydroxylase. Synthèse pour le médecin traitant*, 2011, p. 1, http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/aid_hors_liste_-_synthese_medecin_traitant_sur_lhyperplasie_congenitale_des_surrenales.pdf (30/10/2012).

16 CONSEIL D’ETHIQUE ALLEMAND, 2012, p. 55 et suiv.

17 Voir nos commentaires au sujet de l’article 24 CIDE.

18 Idem

1 BOUVATTIER, 2011.

2 KRIEGLER, 2012 (traduction de l’allemand par Transgender Luxembourg).

3 COMMISSION NATIONALE D’ETHIQUE POUR LA MEDECINE HUMAINE (NEK-CNE, Suisse), 2012, p. 10 et suiv.

4 THYEN, 2006.

5 RICHTER-APPELT, 2012.

le sexe choisi par les médecins ou les parents sur la base des tests médicaux, l’identité de l’enfant pourra diverger de ce choix initial : « Le postulat selon lequel l’assignation chirurgicale et hormonale d’un sexe à un enfant associé à une éducation non ambiguë entraîne systématiquement une identité de genre non ambiguë est aujourd’hui considéré comme dépassé. Malgré l’assignation d’un sexe, de nombreuses personnes se sentent être intersexuelles, c’est-à-dire entre l’homme et la femme »⁶. Ou définissent leur identité encore différemment⁷.

37. Les interventions chirurgicales ou traitements hormonaux visant à assigner un sexe à l’enfant ne doivent pas être réalisées tant que l’enfant n’est pas en âge et en mesure de faire un choix éclairé à ce sujet ; en effet :

- « *Ni les organes génitaux externes ou internes, ni les chromosomes sexuels (XX ou XY) ne déterminent l’identité de genre.*
- *L’identité de genre ne peut pas être connue à la naissance.*
- *Aucune mesure diagnostique de la médecine ne permet de l’identifier.*
- *Aucune opération ne permet d’établir – que ce soit en l’assignant ou en le rétablissant – ‘le sexe’, c’est-à-dire l’identité de genre »⁸.*

38. A la suite des tests médicaux ou parfois même avant d’avoir les résultats⁹, les médecins proposent généralement un « traitement » aux parents. Certains parents rapportent la pression qu’ils subissent pour accepter ce « traitement » dans les plus brefs délais¹⁰. Or, à l’exception de quelques cas précis dans lesquels la santé ou la vie de l’enfant sont menacées, les « traitements » proposés concernent l’ablation d’organes sains¹¹ au simple motif qu’ils ne correspondent pas au sexe choisi pour l’enfant. Ces « traitements » ont donc pour seul objectif la conformation du corps d’un enfant à une norme sociale selon laquelle il n’existe que deux sexes biologiques et qui nie l’intersexuation.

39. L’exigence de l’inscription d’un sexe à l’état civil constitue une pression supplémentaire sur les parents et les médecins¹², ce qui risque de précipiter la décision relative à un éventuel traitement de « normalisation » de l’enfant.

40. Pour cette raison, renoncer à l’inscription du sexe de l’enfant à l’état civil pourrait soulager la pression pesant sur les parents et les médecins, en particulier s’agissant des opérations d’assignation sexuée précoces¹³.

41. C’est la façon dont les enfants intersexes définissent eux-mêmes leur identité de genre qui doit être prise en compte lors de l’examen de leurs droits (et non pas la façon dont la médecine les qualifie), y compris en ce qui concerne l’enregistrement de leur sexe à l’état civil.

42. Par ailleurs, si l’intersexuation peut être visible à la naissance, ce n’est pas toujours le cas et elle peut se révéler ultérieurement, par exemple à la puberté. Elle peut alors donner lieu à une rectification de la mention du sexe à l’état civil. Pour ces enfants également, il serait préférable qu’ils n’aient pas été enregistrés sous un sexe donné à l’état civil.

1.2. La deuxième discrimination tient à la déclaration du sexe elle-même

43. Bien qu’aucune réglementation n’impose que le sexe déclaré soit « féminin » ou « masculin », ces deux catégories sont considérées comme allant de soi. Or, cela crée une différence de traitement entre les enfants dont les organes génitaux relèvent de la catégorie « filles » ou « garçon », d’une part, et les enfants pour lesquels ce n’est pas le cas, d’autre part.

44. Pour les parents de ces derniers, l’obligation de faire un choix entre ces deux catégories est un facteur de stress supplémentaire car ils doivent faire un choix arbitraire. Les médecins se sentent eux-mêmes contraints de déclarer l’enfant dans l’une de ces catégories, ce qui équivaut dans certains cas à une fausse déclaration, alors que lorsque l’assignation d’un sexe masculin ou féminin à l’enfant n’est pas possible, il s’agit d’un cas de force majeure permettant de ne pas déclarer le sexe de l’enfant dans les cinq jours requis par la loi.

45. De plus, comme nous l’avons dit au point 36, l’identité de genre de l’enfant ne va pas forcément correspondre à ces catégories de sexe féminin ou masculin.

1.3. Propositions de solutions

46. Pour y remédier, le Conseil d’éthique allemand a examiné plusieurs options¹⁴ :

- renoncer à toute inscription de la mention du sexe à l’état civil ;
- conférer un caractère facultatif à la mention du sexe à l’état civil ;
- créer une troisième catégorie de sexe, dénommée « autre », qui serait facultative ;
- autoriser une dénomination librement choisie.

47. Cependant, il y a lieu d’exclure toute création de catégories qui ne s’appliqueraient qu’aux enfants intersexes et qui risqueraient par là-même d’être stigmatisantes.

48. A l’heure actuelle, le sexe n’est plus un élément indispensable de l’identification des personnes¹⁵.

La solution consistant à supprimer la déclaration du sexe de l’enfant à sa naissance pour tous les enfants jusqu’à l’âge de 18 ans¹⁶ est la plus protectrice, tout en restant une solution de compromis.

49. En vertu de l’article 24, paragraphe 3, CIDE, les Etats membres sont tenus de prendre toutes les mesures nécessaires pour abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à l’enfant. L’exigence de la déclaration du sexe de l’enfant compte parmi ces pratiques préjudiciables, car elle constitue l’un des facteurs donnant lieu aux traitements médicaux d’assignation d’un sexe¹⁷.

2. Mention du sexe sur la carte d’identité et projet de loi sur l’identification des personnes physiques

50. Le projet de loi n° 6330 sur l’identification des personnes physiques¹⁸ a pour but de réformer le système administratif de l’identification des personnes physiques.

51. A titre préliminaire, il convient de saluer l’introduction d’une modification qui aura des effets extrêmement positifs sur la situation des enfants intersexes: l’actuel numéro matricule utilisé pour les soins de santé sera remplacé par un numéro d’identification qui sera attribué aux personnes physiques sans aucune relation avec le sexe.

52. Entre autres réformes, le projet de loi prévoit également l’instauration d’une carte d’identité biométrique. Celle-ci comportera des mentions visibles à l’œil nu et des mentions lisibles uniquement par voie électronique. Il est prévu que le sexe figurera parmi les mentions visibles à l’œil nu.

53. La carte d’identité sera obligatoire à partir de l’âge de quinze ans pour les ressortissant-e-s luxembourgeois-e-s qui résident habituellement dans une commune du territoire du Grand-Duché et elle sera délivrée sur demande aux Luxembourgeois-e-s qui résident à l’étranger et aux Luxembourgeois-e-s âgé-e-s de moins de quinze ans.

¹⁵ CONSEIL D’ETHIQUE ALLEMAND, 2012, p. 142-144.

¹⁶ Voir, plus précisément, CONSEIL D’ETHIQUE ALLEMAND, 2012, p. 144-145.

¹⁷ CONSEIL D’ETHIQUE ALLEMAND, p. 137.

¹⁸ Projet de loi relative à l’identification des personnes physiques, au registre national des personnes physiques, à la carte d’identité, aux registres communaux des personnes physiques et portant modification de: 1) l’article 104 du Code civil; 2) la loi modifiée du 22 décembre 1886 concernant les recensements de population à faire en exécution de la loi électorale; 3) la loi modifiée du 30 mars 1979 organisant l’identification numérique des personnes physiques et morales; 4) la loi communale modifiée du 13 décembre 1988; 5) la loi électorale modifiée du 18 février 2003 (date de dépôt à la chambre des députés: 15-09-2011, <http://www.chd.lu/wps/portal/public/RoleEtendu?action=doDocpaDetails&backto=/wps/portal/public&id=6330>

Problématique concernant les enfants et adolescent-e-s intersexes

54. Nous renvoyons à la discussion ci-dessus au sujet de la mention du sexe dans l’acte de naissance. Le même raisonnement est applicable à la carte d’identité : forcer les enfants et adolescent-e-s intersexes à entrer dans l’une des catégories « sexe féminin » ou « sexe masculin » constitue une discrimination fondée sur le sexe.

55. Le sexe sur la carte d’identité n’est pas un élément indispensable de l’identification des personnes. Nous recommandons que cette mention soit supprimée ou, à titre subsidiaire, qu’elle figure seulement dans la puce biométrique dont les éléments seront invisibles à l’œil nu.

3. Constitution

56. Il existe un projet de refonte de la Constitution¹⁹ dont les art. 16 et 17 sont libellés comme suit :

Chapitre 2. – Des libertés publiques et des droits fondamentaux
Section 2. – Egalité

Art. 16. Les femmes et les hommes sont égaux en droits et en devoirs.
L’Etat veille à promouvoir activement l’élimination des entraves pouvant exister en matière d’égalité entre femmes et hommes. [Cette formulation est identique à celle de l’actuel article 11, paragraphe (2) de la Constitution]

Art. 17. Les Luxembourgeois sont égaux devant la loi. Ils sont admissibles à tous les emplois publics, civils et militaires; la loi détermine l’admissibilité des non-Luxembourgeois à ces emplois. [Cette formulation est identique à celle de l’actuel article 10bis de la Constitution].

57. Or, la formulation « Les femmes et les hommes sont égaux en droits et en devoirs » ne garantit pas l’égalité de toutes les personnes quel que soit leur sexe. L’invisibilité des personnes intersexes est ainsi consacrée au niveau constitutionnel et, partant, leur exclusion sociale.

58. En premier lieu, les discriminations fondées sur le sexe biologique – l’intersexuation – sont laissées en dehors du champ d’application de la Constitution

59. En second lieu, l’identité de genre et l’expression de genre ne sont pas couvertes par cet article.

60. Rien n’empêcherait la Cour constitutionnelle d’appliquer le principe général du droit qu’est le principe d’égalité aux situations de discrimination fondées sur le sexe biologique, l’identité de genre et l’expression de genre, cependant, il existe une insécurité juridique.

¹⁹ Proposition de révision portant modification et nouvel ordonnement de la Constitution, n° 6030, déposée à la Chambre des députés le 21 avril 2009, [http://www.chd.lu/wps/portal/public/RoleEtendu?action=doDocpaDetails&backto=/wps/portal/public&id=6030#](http://www.chd.lu/wps/portal/public/RoleEtendu?action=doDocpaDetails&backto=/wps/portal/public&id=6030#.). (12/11/2012).

Recommandations



61. Voir le *Rapport supplémentaire au 3^e et 4^e rapport national (2001–2009) sur les droits de l’enfant au Luxembourg* du groupe RADELUX, rubrique 3.2.1. intitulée « Discrimination des enfants intersexes et trans’ ».

Article 3

61. Voir les commentaires figurant dans le *Rapport supplémentaire au 3^e et 4^e rapport national (2001–2009) sur les droits de l’enfant au Luxembourg* du groupe RADELUX

Article 6

62. Voir les commentaires figurant dans *Rapport supplémentaire au 3^e et 4^e rapport national (2001–2009) sur les droits de l’enfant au Luxembourg* du groupe RADELUX

LIBERTÉS ET DROITS CIVILS
(ART. 8)

Article 8

63. Voir les commentaires figurant dans le *Rapport supplémentaire au 3^e et 4^e rapport national (2001–2009) sur les droits de l’enfant au Luxembourg* du groupe RADELUX

MILIEU FAMILIAL ET PROTECTION
DE REMPLACEMENT (ART. 18)

Article 18

64. Depuis le 18 octobre 2012, un groupe pour les parents d’enfants intersexes est proposé dans un cadre associatif ¹. Cette information a été reprise par certains médias (presse écrite et radio). Jusqu’à ce jour cependant, aucun parent ne s’est manifesté, pas plus que les personnes intersexes elles-mêmes, pour lesquelles il n’existe aucune offre spécifique au Luxembourg. Les ressources financières font défaut pour faire connaître ce nouveau groupe auprès des parents, des sages-femmes, des maternités, des médecins et psychologues.

Recommandation



- Soutenir la diffusion d’informations auprès des parents et des professionnel-le-s concerné-e-s sur l’offre d’accompagnement existante pour les parents d’enfants intersexes.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

Article 24

Fait positif

65. Le ministre de la Santé a accordé son patronage au congrès « La normativité de genre et ses effets sur l’enfance et l’adolescence », organisé par l’Université du Luxembourg et Transgender Luxembourg du 24 au 29 septembre 2012, ainsi que le 26 octobre 2012, à Luxembourg. Il a ainsi apporté son soutien aux thèmes abordés dans le cadre du congrès, ce qui est très positif.

Abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables
à la santé des enfants

1. **Mutilations génitales féminines et chirurgies sur les organes génitaux atypiques**
66. Aussi qualifiés de « mutilations génitales occidentales » ², certains des traitements chirurgicaux appliqués aux enfants et adolescent-e-s intersexes dont les organes génitaux sont atypiques comportent des points communs avec les mutilations génitales féminines (MGF).
67. D’après une définition des MGF retenue au Luxembourg, « les mutilations génitales féminines/l’excision

¹ Un groupe pour parents est proposé par l’Initiativ Liewensufank en coopération avec Transgender Luxembourg.

² *14th Universal Periodic Review 2012, Swiss NGO’s Submission*, <http://intersex.shadowreport.org>.

désignent toutes les procédures consistant à enlever en partie ou dans leur intégralité les organes génitaux externes de la fille ou de la femme, ou à les meurtrir de quelque autre façon ; pour des raisons culturelles ou autres que thérapeutiques »³.

68. Les points communs avec certaines des interventions pratiquées sur les enfants intersexes – qui varieront selon les formes d’intersexuation – sont les suivants :

Excision

69. Les MGF consistent à « enlever en partie ou dans leur intégralité les organes génitaux externes », tout comme les opérations de réduction du micropénis/macrocloitoris et d’ablation des gonades en bonnes santé ⁴ pratiquées sur les enfants et adolescent-e-s intersexes aux organes génitaux atypiques. Il faut noter que la réduction du micropénis/macrocloitoris porte aussi le nom d’excision médicale.

Caractère non thérapeutique

70. Les MGF sont pratiquées « pour des raisons culturelles ou autres que thérapeutiques ».

71. Les opérations des organes génitaux atypiques des enfants intersexes ne sont nécessaires pour la santé de l’enfant que dans quelques cas ⁵. La plupart du temps dénuées de caractère thérapeutique, elles ne sont alors pratiquées que pour faire correspondre le corps de l’enfant à des normes prescrivant la dichotomie des sexes et la question du consentement de l’enfant ou de l’adolescent-e se pose avec acuité.

Effets sur la santé communs aux MGF et aux interventions chirurgicales sur les intersexes

72. Les effets à long terme suivants des MGF ⁶ se retrouvent pour les mutilations génitales des enfants intersexes ⁷ :

- infections récidivantes de la vessie et des voies urinaires/infections chroniques génitales et urinaires ;

- nécessité de pratiquer ultérieurement de nouvelles opérations chirurgicales ;

- rapports sexuels douloureux ;
- graves répercussions psychologiques : anxiété, angoisses, dépression pouvant conduire au suicide.

73. L’article 2 de la loi du 16 décembre 2008 relative à l’aide à l’enfance et à la famille énonce :

« Au sein notamment des familles et des communautés éducatives, la violence physique et sexuelle, les transgressions intergénérationnelles, les traitements inhumains et dégradants ainsi que les mutilations génitales sont prohibés. »

74. Aucune sanction pénale n’est associée spécifiquement à l’interdiction des mutilations génitales, mais il y a lieu de considérer qu’elles tombent sous le coup des « lésions corporelles volontaires » (Art. 398 – Art. 410 du code pénal), dont les peines sont aggravées en cas de mutilation grave. Le droit comporte donc des dispositions susceptibles de protéger les enfants intersexes contre les « mutilations graves » de leurs organes génitaux atypiques. Cependant, cela reste une question d’interprétation qu’il incombera à un juge saisi d’un cas d’espèce de trancher.

2. Pratiques traditionnelles

75. Les opérations sur les enfants intersexes aux organes génitaux atypiques relèvent d’une certaine tradition puisqu’elles sont pratiquées en Europe depuis au moins l’Antiquité ⁸.

3. Autres traitements médicaux préjudiciables à la santé

76. D’autres types de traitements sont en outre pratiqués sur les enfants intersexes.

Vaginoplastie

77. La vaginoplastie consiste à construire un vagin artificiel (néovagin) qui doit être agrandi et maintenu régulièrement au fil des années par l’introduction d’un instrument dans le vagin appelé « bougie » ou dilateur et qui nécessite la plupart du temps une nouvelle intervention à l’adolescence ⁹. Confiée à la mère quand la vaginoplastie est pratiquée dans la petite enfance ¹⁰,

cette pratique est douloureuse, traumatisante et généralement vécue comme un viol ¹¹.

78. La nomenclature luxembourgeoise des actes et services des médecins comprend les deux rubriques suivantes :

25) Création d’un néovagin sans laparotomie / code 6G54

26) Création d’un néovagin par voie haute et basse / code 6G55

79. L’Inspection générale de la sécurité sociale a confirmé que de tels actes avaient été exécutés et remboursés concernant des enfants, mais « en raison de leur petit nombre et de la protection des données personnelles », elle n’a pas accédé à notre demande d’obtenir des statistiques plus détaillées ¹². Une étude approfondie est nécessaire pour établir si les créations de néovagins ont été réalisées dans des conditions respectueuses de l’intégrité physique et mentale de l’enfant.

Phallopastie

80. Il peut être décidé, au lieu de réduire le macroclitoris/micropénis, de construire un pénis.

81. La décision de construire un pénis dépend des critères suivants : l’enfant doit pouvoir uriner debout et une fois adulte, son pénis devra pouvoir entrer en érection et pénétrer un vagin ¹³.

82. Le critère de la possibilité d’uriner debout est avancé au motif que c’est seulement alors que ces garçons seront considérés comme tels par leur environnement et qu’ainsi, ils n’auront pas à cacher leur pénis par rapport aux autres garçons ¹⁴. L’opération ne vise donc pas à permettre d’uriner, ce qui constituerait une indication thérapeutique, mais à rendre possible le fait d’uriner dans une position acceptable culturellement ¹⁵. Quant au double critère de l’aptitude à l’érection et à la pénétration, une certaine taille du pénis est considérée comme culturellement nécessaire et la future orientation hétérosexuelle de l’enfant est considérée comme allant de soi. Or, la taille du pénis d’un enfant n’a pas forcément de rapport avec sa taille adulte et il se peut que le pénis atteigne une taille considérée comme « normale » à l’âge adulte, de sorte qu’une opération n’est pas nécessaire. De plus, il n’est pas à exclure que les personnes aient moins de problèmes avec un petit pénis que celles ayant subi plusieurs phalloplasties ¹⁶.

83. Si ces critères ne peuvent pas être remplis, alors le choix est fait de donner aux organes génitaux de l’enfant l’aspect d’organes génitaux féminins, ce qui est considéré comme plus facile à faire ¹⁷.

Gonadectomie et traitement hormonal ¹⁸

84. Des gonadectomies sont pratiquées, non pas pour des raisons thérapeutiques, mais uniquement parce que les gonades ne correspondent pas au sexe qui a été choisi pour élever l’enfant (ablation des testicules d’un enfant qu’on a fait le choix d’élever en fille ou ablation des ovaires d’un enfant qu’on a fait le choix d’élever en garçon).

85. Or, la gonadectomie revient de facto à stériliser un enfant jeune ¹⁹. En outre, elle met en cause le droit de l’enfant au meilleur état de santé possible car elle prive l’organisme de la production de certaines hormones par les gonades.

86. L’administration d’hormones de substitution n’est pas fondée sur des études scientifiques et se fait souvent en dehors des cas prévus pour l’autorisation de mise sur le marché. Elle doit être considérée comme ayant un caractère expérimental, or les traitements médicaux expérimentaux doivent répondre à des règles particulièrement strictes s’agissant des enfants ²⁰. Elle a lieu sur une période beaucoup plus longue que celle prévue. De plus, la pratique varie suivant les pays. En France, elle est systématique dans l’enfance – ce qui entraîne des effets secondaires non négligeables et crée des pathologies ²¹. En Allemagne, en revanche, comme il n’existe pas de préparation hormonale adaptée à l’âge des enfants, ceux-ci n’en reçoivent pas, en général, jusqu’à la puberté. Ils manquent donc d’hormones dans une phase importante de leur développement. On en ignore largement les conséquences, mais il semblerait que ce manque d’hormones en raison d’une gonadectomie précoce peut provoquer de l’ostéoporose chez les enfants. De plus, ce manque d’hormones conduit à une surcharge des glandes surrénales car celles-ci reprennent une partie de la production d’hormones effectuée par les gonades. Il en résulte que chez les personnes intersexes, le nombre des dysfonctionnements rénaux est anormalement élevé.

³ Définition reprise de la Déclaration commune de l’OMS/FNUAP/UNICEF, 1997, p. 3, dans la brochure *NON aux Mutilations Génitales des Femmes*, réalisée par le Conseil National des Femmes du Luxembourg (CNFL), l’Initiativ Liewensufank, le ministère de la Santé et le ministère de l’Egalité des chances.

⁴ Des risques de cancer sont invoqués pour justifier les gonadectomie, mais il n’existe pas suffisamment d’études qui le prouvent ; voir INTERSEXUELLE MENSCHEN, 2011, p. 10-11, avec d’autres références.

⁵ Par exemple, lorsque l’écoulement de l’urine ne peut pas se faire correctement.

⁶ Brochure *NON aux Mutilations Génitales des Femmes*, réalisée par le Conseil National des Femmes du Luxembourg (CNFL), l’Initiativ Liewensufank, le ministère de la Santé et le ministère de l’Egalité des chances.

⁷ INTERSEXUELLE MENSCHEN, 2011 ; KLINISCHE EVALUATIONSSTUDIE IM „NETZWERK DSD“, 2008; SCHWEIZER, Katinka et RICHTER-APPELT, Hertha : *Die Hamburger Studie zur Intersexualität*.f. Ein Überblick, in : SCHWEIZER, 2012, p. 187-205.

⁸ VOSS, 2012 : p. 31-36 ; au sujet des amputations du clitoris au XVIII^e siècle, voir KLÖPPEL, 2010, p. 215-216.

⁹ INTERSEXUELLE MENSCHEN, 2011, p. 11-12, avec d’autres références.

¹⁰ Il semblerait que cette pratique commence à changer en France pour attendre la puberté (BOUVATIER, Claire : communication «Présentation de quelques situations complexes. Questionnement médical et juridique» au congrès «La normativité de genre et ses effets sur l’enfance et l’adolescence», 24-29 septembre 2012 et 26 octobre 2012), Luxembourg, mais une étude des pratiques médicales est nécessaire pour en avoir la confirmation. Cependant, la création d’un néovagin à la puberté reste problématique.

¹¹ COMMISSION NATIONALE D’ETHIQUE POUR LA MEDECINE HUMAINE (NEK-CNE, Suisse), 2012, p. 14-14 ; INTERSEXUELLE MENSCHEN, 2011, p. 19 ; GUILLOT (a), 2008, p. 42-43.

¹² Courriel du 8 octobre 2012.

¹³ KLÖPPEL, 2010, p. 25.

¹⁴ KLÖPPEL, 2010, p. 25, avec une référence à MÜHLEND AHL, 1991, p. 24.

¹⁵ GUILLOT (a), 2008, p. 41-42 ; KOLBE, 2010, p. 141-142, avec un référence à KESSLER, 1998, p. 70.

¹⁶ KOLBE, 2010, p. 141, avec une référence à PREVES, 2003, p. 57.

¹⁷ KLÖPPEL, 2010, p. 25, avec un référence à MÜHLEND AHL, 1991, p. 24.

¹⁸ Sur les effets des traitements hormonaux pratiqués à la suite des gonadectomies, voir INTERSEXUELLE MENSCHEN, 2011, p. 10-11, avec d’autres références.

¹⁹ Amnesty International : Note to the attention of the Parliamentary Assembly Committee on Social, Health and Family Affairs Committee, in relation to the draft report on «Putting an end to coercive sterilisations and castrations», 17-18 November 2011, http://www.amnesty.eu/content/assets/Doc2011/AI_note_on_sterilisations_and_castrations.pdf.

²⁰ Déclaration d’Helsinki, 2008.

²¹ GUILLOT (a), 2008, p. 43.

	Nécessité d’une approche non pathologisante de l’intersexuation
87.	Le choix de considérer qu’il existe deux sexes, ou plus, est une question de principe. A partir du moment où on pose comme principe qu’il n’existe que deux sexes, on trouve effectivement des signes de l’existence de deux sexes qui s’excluent mutuellement. Lorsque des personnes ont des organes génitaux ne pouvant pas être classés dans l’une de ces catégories, elles doivent alors être considérées comme ayant une pathologie. En revanche, si on adopte la perspective de la diversité biologique, l’idée de la dualité des sexes fait place à d’autres modes de représentation, tels celui du continuum, ou encore de l’archipel ²² , ce qui rend possible une approche non pathologisante ²³ .
88.	Cette dernière approche repose sur le fait que le sexe ne peut pas être déduit des seuls chromosomes ou d’autres facteurs biologiques isolés. Ni les organes génitaux, ni les gonades, ni les hormones, ni les organes reproducteurs internes, ni les chromosomes ne sont des indicateurs fiables pour déterminer le sexe d’un enfant. Le sexe résulte d’une multitude d’aspects réunis en une combinaison unique pour chaque individu et ne peut pas être réduit à la classification dans un sexe féminin ou un sexe masculin. Les caractères sexués sont très variables selon les individus et il existe plus de variations à l’intérieur d’un sexe qu’entre les sexes dits féminin et masculin ²⁴ . Classer les sexes en deux catégories et juger que certains critères doivent être considérés comme prédominants pour assigner un sexe à un enfant relève d’une norme sociale ²⁵ ne tenant pas compte de la variabilité biologique.
89.	Quel que soit le modèle retenu pour décrire ce qu’est le sexe, il ne doit pas conduire à ce que les droits des enfants et adolescent-e-s intersexes soient enfreints. Pourtant, la représentation sociale normative de la dichotomie des sexes et sa contrepartie – la perspective pathologisante des états intersexes – a pour conséquence directe que les caractères sexués des personnes intersexes sont considérés comme devant être traités médicalement. Or, c’est une perspective discriminatoire puisque les organes génitaux ne pouvant pas être classés par les médecins dans les catégories « féminin » ou « masculin » ne sont pas considérés comme acceptables même s’ils sont sains ²⁶ . Par ailleurs, cette perspective discriminatoire donne lieu à des atteintes à l’intégrité corporelle et psychique des personnes intersexes.
22	GUILLLOT (a), p. 43 et suiv.
23	WOWERIES, Jörg : «Hinter unterschieden versteckt sich die Normalität», in : <i>Dokumentation : Intersexualität im Diskurs</i> , Conseil d’éthique allemand, 2012, p. 71. Déclaration de HELSINKI
24	WIELS, Joëlle : communication «Détermination génétique du sexe : complexité biologique contre normes de genre» au colloque interdisciplinaire «Tous les genres sont dans la nature... mais pas égaux devant la loi» - Esch-sur-Alzette – Luxembourg, 15/07/2010.
25	Ce que montrent les difficultés liées aux critères de détermination du sexe des athlètes de haut niveau ; CANADIAN CENTRE FOR ETHICS IN SPORT, 2012 ; BOHUON, 2012 ; GRONEBERG, Michael : Mythen und Wissen zur Intersexualität – Eine Analyse relevanter Begriffe, Vorstellungen und Diskurse, in : GRONEBERG et ZEHNDER, 2008.
26	Le Conseil d’éthique allemand a relevé une série d’actes médicaux pratiqués sans nécessité thérapeutique ; CONSEIL D’ÉTHIQUE ALLEMAND, p. 55-59.

	Une formation nécessaire à l’annonce de l’intersexuation
90.	Il existe un lien entre la façon dont est annoncée l’intersexuation et le désir de traitements médicaux exprimé par des parents. Si l’intersexuation est pensée par les médecins et présentée aux parents comme une pathologie à traiter, les traitements hormono-chirurgicaux apparaîtront comme la conséquence logique ²⁷ . En revanche, si les variations du développement présentées par le corps de l’enfant sont présentées comme une richesse, cela ouvre la porte au droit à l’auto-détermination de l’enfant et au respect de son intégrité physique et mentale.
91.	Il est souhaitable que la formation des médecins et des sages-femmes comprenne un volet sur l’annonce de l’intersexuation. Le personnel de santé présent à la naissance de l’enfant doit recevoir les mêmes informations pour assurer la cohérence des informations fournies (aides soignantes, infirmières, néonatalogues, obstétriciens...). Comme l’intersexuation peut se révéler après la naissance, c’est l’ensemble des professions de santé qui devrait être formée sur cette question ²⁸ .
92.	« 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 » ²⁹ .
	Quelles solutions ?
93.	La Commission nationale d’éthique pour la médecine humaine (Suisse) recommande de ne pratiquer aucun traitement médical sur les organes génitaux d’enfants intersexes – sauf urgence médicale – tant que l’enfant n’est pas apte à donner son consentement : <p>« 3. <i>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 cancer, par exemple). Font exception à ce principe les interventions médicales urgentes visant à prévenir des atteintes sévères à l’organisme et à la santé.</i></p> <p>4. <i>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.</i> »</p>
27	GUILLLOT (a), 2008, p. 5-8 ; GILLIARD, 2012, p. 45-47.
28	COMMISSION NATIONALE D’ETHIQUE POUR LA MEDECINE HUMAINE (NEK-CNE, Suisse), 2012, p. 10 et suiv.
29	GUILLLOT (b), 2012.

94. La loi argentine établissant le droit à l’identité de genre ³⁰ prévoit quant à elle un mécanisme visant à garantir le consentement éclairé de l’enfant à la fois aux traitements hormonaux et aux traitements chirurgicaux (intervention d’un avocat de l’enfant pour les traitements hormonaux et d’un juge pour les traitements chirurgicaux). Il est souhaitable que la loi argentine fasse l’objet d’un débat au Luxembourg.

Recommandations



- Veiller à ce que les professions de santé reçoivent, dans le cadre de leur formation initiale et continue, des informations non pathologisantes sur l’intersexuation et à ce qu’elles soient formées à l’annonce de l’intersexuation.
- Soutenir l’élaboration de protocoles médicaux précisant les procédures à suivre en cas de naissance d’enfants aux organes génitaux non conformes aux standards généralement admis :
 - › garantissant que l’annonce de l’intersexuation est effectuée d’une façon positive, en dehors d’un cadre pathologisant, par des professionnel-le-s spécifiques ;
 - › garantissant que l’annonce de l’intersexuation reflète l’état actuel des connaissances scientifiques ;
 - › précisant les informations à fournir aux parents et notamment :
 - » que l’intersexuation en elle-même ne met pas en cause la santé ou la survie de l’enfant ;
 - » que l’enfant peut rester en bonne santé sans traitement ;
 - » que personne ne peut prédire quelle sera l’identité de genre de l’enfant ;
 - » que l’assignation d’un sexe sur le plan juridique est indépendante de tout traitement médical et que l’enfant peut être élevé en ayant lui-même le choix.
 - › garantissant que l’enfant reçoit des informations appropriées à son âge.
 - › Informant sur les possibilités d’accompagnement psychologique ou socio-éducatif à l’extérieur en milieu non hospitalier
 - › garantissant que les dossiers médicaux soient conservés pendant 30 ans à partir de la majorité de l’enfant.

³⁰ Article 11 de la loi n° 26.743, du 23 mai 2012. Voir traduction en français en annexe.

- Engager une réflexion sur l’adaptation au Luxembourg des garanties instaurées par la loi argentine établissant le droit à l’identité de genre pour protéger l’intégrité physique des mineur-e-s intersexes.

EDUCATION, LOISIRS ET ACTIVITÉS CULTURELLES (ART. 29)

Article 29

95. Un changement de perspective est nécessaire dans les programmes scolaires quant à la présentation erronée de l’humanité divisée en deux sexes séparés. Des affirmations telles que « Tout être humain vient au monde soit en tant que garçon, soit en tant que fille »¹ ou « Dès la naissance, on peut distinguer les petites filles des petits garçons par leurs caractères sexuels primaires »² ne sont pas conformes à la réalité et ne peuvent que donner un sentiment d’exclusion à de jeunes intersexes. En outre, l’énonciation « Dès la naissance, on peut distinguer les petites filles des petits garçons par leurs caractères sexuels primaires » passe sous silence la naissance d’enfants aux organes génitaux atypiques alors qu’une information adéquate, en amont, ne peut qu’aider à amortir le choc, voire le traumatisme des parents souvent décrit à la naissance d’enfants intersexes. Par ailleurs, dans une optique de prévention du harcèlement à l’école et des discriminations pendant la vie adulte, la présentation de l’intersexuation dans une optique non pathologisante devrait faire partie intégrante de l’enseignement scolaire.

Recommandations



- Interpréter la notion d’égalité entre les sexes figurant à l’article 29, paragraphe d), CIDE comme incluant tous les sexes, et pas seulement les deux sexes féminins et masculins.
- Diffuser auprès des enfants et adolescent-e-s d’âge pré-scolaire et scolaire des informations présentant sous un jour positif et non pathologisant l’intersexuation, de façon appropriée à leur âge, par le biais des programmes scolaires, de matériel didactique et de dépliants.
- Soutenir la formation initiale et continue des enseignant-e-s, des éducatrices/teurs³ et des assistantes sociales sur le thème de l’intersexuation.

1 *Mensch und Natur*, 6. Schuljahr, Education Nationale, Luxembourg, MEN (Hrsg.), 2005, p. 30. Il s’agit de la première phrase de la partie sur la puberté.

2 *Bio 3,4, Référentiel*, éd. Vanin, 2011, p. 127. Alors même que ce même livre aborde, p. 131, la question de l’intersexuation, ce qui est un début. Reste à le faire d’une façon non pathologisante.

3 Éducatrices/teurs diplômé-e-s du Lycée technique des professions éducatives et sociales (LTPES) et éducatrices/teurs gradué-e-s titulaires d’un Bachelor en Sciences sociales et éducatives (anciennement éducatrices/teurs gradué-e-s)

- Encourager les écoles :
 - › à élaborer des lignes directrices sur l’accueil des enfants et adolescent-e-s intersexes à l’école ;
 - › à désigner des personnes de référence formées aux problématiques rencontrées par les enfants intersexes et les enfants dont l’anatomie, l’identité ou le comportement ne correspondent pas à ce qui est socialement attendu des filles ou garçons⁴, et faire connaître le nom de ces personnes (aux élèves, aux parents, au corps enseignant, aux institutions extra-scolaires accueillant des enfants).

4 <http://www.intersexuelle-menschen.net/Publikationen/Lila.pdf>

CONCLUSION

96. Notre société se trouve à un tournant : elle peut, pour la toute première fois, reconnaître l’existence des personnes intersexes avec les droits qui en découlent.
97. Comment faire de notre société une société vivable pour les enfants intersexes et respectueuse de leur droits ? Des dispositions juridiques garantissant leur intégrité physique et mentale existent mais sont écartées lorsque des traitements médicaux de « normalisation » des enfants intersexes sont envisagés, pour des raisons ne reposant pas sur une base scientifique mais liées à des pratiques traditionnelles liées à un système de représentation binaire.
98. Le peu de données disponibles sur le Luxembourg ne doit pas justifier l’inaction. Au contraire, l’invisibilité des enfants intersexes les expose à toutes sortes de violations de leurs droits. Seule la transparence sur les traitements médicaux qu’ils subissent permettra d’y remédier, ainsi que les actions de formation dans tous les secteurs, en particulier dans ceux de la justice, de la santé, de l’éducation, de l’aide sociale. Au-delà, c’est l’ensemble du droit qui doit être revu pour que les droits des personnes intersexes soient respectés.
99. La première étape doit être la réalisation d’études permettant de connaître leur situation.
100. Le comité Radelux propose au comité des droits de l’enfant d’organiser une journée de discussion générale sur les droits des enfants et adolescent-e-s intersexes.

GLOSSAIRE

DSD

Sigle signifiant à l’origine « Disorders of Sex Development », désignation médicale pathologisante renvoyant à certaines formes de variation des caractères sexués. Pour limiter son caractère pathologisant, elle est parfois utilisée actuellement dans le sens de « Différences of Sex Development » ¹.

Expression de genre

Ensemble de signes, visibles pour l’entourage, associés à l’appartenance à un genre. 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 extérieur. L’expression de genre peut coïncider avec l’identité de genre, mais pas forcément. Par exemple, lorsqu’un enfant trans’ dont le sexe biologique est mâle et dont l’identité de genre est féminine n’est pas autorisé par ses parents à porter des vêtements de fille, sont expression de genre ne correspond pas à son identité de genre.

L’expression de genre peut s’inscrire dans un cadre de référence fondé sur un modèle binaire du genre ou se situer en dehors.

Genre

Terme polysémique dont la définition n’est pas consensuelle. Deux définitions, parmi d’autres, sont reproduites ici

1. Dans un premier temps, le ‘genre’ a été distingué de la notion commune de ‘sexe’ pour désigner les différences sociales entre hommes et femmes qui n’étaient pas directement liées à la biologie ². Dans cette acception, « genre » est synonyme de « sexe social ».

2. A l’heure actuelle, le terme « genre » peut aussi être utilisé dans le sens de : « système de catégorisation hiérarchisé entre les sexes (hommes/femmes) et entre les valeurs et représentations qui leur sont associées (masculin/féminin) ».³

Identité de genre

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 ⁴.

Intersexe

Personne dont les caractères sexués sont atypiques ou non conformes aux normes généralement admises.

Intersexuation (chez l’être humain)

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. Par exemple, 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 chromoso-miques 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 claire-ment 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 ⁵.

Modèle binaire du genre

Système de représentations normatif fondé sur l’idée simpliste d’une dichotomie de deux sexes définis biologique-ment, qui s’excluent mutuellement, auxquels différents rôles et comportements sont attribués traditionnellement ⁶.

RÉFÉRENCES

Logo de la campagne de sensibilisation de la ville de Luxembourg

Actes du congrès « La normativité de genre et ses effets sur l’enfance et l’adolescence », organisé par l’Université du Luxembourg et Transgender Luxembourg, 24-29 septembre et 26 octobre 2012, à Luxembourg. A paraître.

Logo de la campagne de sensibilisation de la ville de Luxembourg

Annuaire statistique de Luxembourg, 2011, Statec http://www.statistiques.public.lu/fr/publications/series/annuaire-stat-lux/index.html (30/10/2012).

BEH, Hazel Glenn, et DIAMOND, Milton : *Variations of Sex Development Instead of Disorders of Sex Development* [réponse à la publication du “Consensus statement on management of intersex disorders”], 2006, http://adc.bmj.com/content/91/7/554/reply#archdischild_e1_246o?sid=452f32a2-e64a-44a5-a7c7-eabe7aec3157 (02/11/1012)

Logo de la campagne de sensibilisation de la ville de Luxembourg

BEH, Hazel Glenn, et DIAMOND, Milton : *An Emerging Ethical and Medical Dilemma: Should Physicians Perform Sex Assignment on Infants with Ambiguous Genitalia?*, 2000, http://www.hawaii.edu/PCSS/biblio/articles/200oto20o4/20oo-emerging-ethical-dilemma.html

Logo de la campagne de sensibilisation de la ville de Luxembourg

BOHUON, Anaïs : *Le test de féminité dans les compétitions sportives. Une histoire classée X ?*, Editions iXe, 2012.

Logo de la campagne de sensibilisation de la ville de Luxembourg

BOUVATTIER, Claire : *Communication Détermination tu sexe chez l’humain: aspect hormonal*, au colloque « Mon corps a-t-il un sexe ? Détermination du sexe et contraintes du genre », 22-23 juin 2011, *Paris , organisé par l’Institut Emilie du Châtelet*, http://www.institutemilieduchatelet.org/Colloques/colloque-sexe.html.

Logo de la campagne de sensibilisation de la ville de Luxembourg

Brochure *NON aux Mutilations Génitales des Femmes*, réalisée par le Conseil National des Femmes du Luxembourg (CNFL), l’Initiativ Liewensufank, le ministère de la Santé et le ministère de l’Egalité des chances.

Logo de la campagne de sensibilisation de la ville de Luxembourg

CANADIAN CENTRE FOR ETHICS IN SPORT : *Sport in Transition. Making Sport in Canada More Responsible For gender Inclusivity. The Report of a Conversation of Discovery, Clarification & Implications Among Axperts*, 2012

Logo de la campagne de sensibilisation de la ville de Luxembourg

COMMISSION NATIONALE D’ETHIQUE POUR LA MEDECINE HUMAINE (NEK-CNE, Suisse) : *Attitude à adopter face aux variations du développement sexuel. Questions éthiques sur l’« intersexualité »*. Prise de position n° 20/2012, Berne, 2012, http://www.bag.admin.ch/nek-cne/o4229/o4232/index.html?lang=fr (12.11.2012).

Logo de la campagne de sensibilisation de la ville de Luxembourg

« CONSEIL D’ETHIQUE ALLEMAND » : DEUTSCHER ETHIKRAT, *Intersexualität. Stellungnahme* [Intersexualité. Avis]. Berlin, 2012 ;] http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-intersexualitaet.pdf. Paru initialement en allemand, cet avis sera traduit en français et en anglais.

Logo de la campagne de sensibilisation de la ville de Luxembourg

DECLARATION D’HELSINKI : WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects, World Medical Association, Séoul, 2008, http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage], 31/10.2012.

Logo de la campagne de sensibilisation de la ville de Luxembourg

Logo de la campagne de sensibilisation de la ville de Luxembourg

http://www.bundesaeztekammer.de/downloads/deklHel-sinkizoo8.pdf

Logo de la campagne de sensibilisation de la ville de Luxembourg

GILLIARD, Charlotte : *Intersexuation & droits de l’enfant. De la gestion d’une pathologie à la reconnaissance d’une identité*, mémoire – orientation recherche, présenté Sous la direction de Frédéric Darbellay à l’Unité d’Enseignement et de Recherche en Droits de l’enfant de l’Institut Universitaire Kurt Bösch pour l’obtention du grade de Master of Arts Interdisciplinaire en droits de l’enfant, Sion, Suisse, 2012, http://doc.rero.ch/record/29681.

Logo de la campagne de sensibilisation de la ville de Luxembourg

GRONEBERG, Michael et ZEHNDER, Kathrin (dir.) : « *Intersex* ». *Geschlechtsanpassung zum Wohl des Kindes ? Erfahrungen und Analysen*, Academic Press Fribourg, 2008.

Logo de la campagne de sensibilisation de la ville de Luxembourg

GUILLLOT, Vincent (a) : « Intersexes : ne pas avoir le droit de dire ce que l’on ne nous a pas dit que nous étions », in ; *Nouvelles Questions Féministes (NQF), revue internationale francophone : A qui appartiennent nos corps ?* *Feminisme et luttes intersexes*, Antipodes, Vol. 27, n° 1/2008.

Logo de la campagne de sensibilisation de la ville de Luxembourg

GUILLLOT, Vincent (b) : communication écrite destinée au workshop pour sages-femmes/accoucheurs et pédagogues curatifs dans le cadre du Congrès « La normativité de genre et ses effets sur l’enfance et l’adolescence », 24-29 septembre 2012 et 26 octobre 2012, Luxembourg.

Logo de la campagne de sensibilisation de la ville de Luxembourg

INTERNATIONAL COMMISSION OF JURISTS (ICJ) : Sexual Orientation, Gender Identity, and Justice : A Comparative Law Casebook, 2011.

Logo de la campagne de sensibilisation de la ville de Luxembourg

INTERSEXUELLE MENSCHEN E. V : *Was ist es denn, Ratgeber für Hebammen, Intersexualität/DSD*, Hambourg, 2009, http://www.intersexuelle-menschen.net/Publikationen/Hebammenbroschuere.pdf.

Logo de la campagne de sensibilisation de la ville de Luxembourg

INTERSEXUELLE MENSCHEN E. V / XY-Frauen : *Parallel Report to the 5th National Report of the Federal Republic of Germany on the Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CAT)*, 2011

Logo de la campagne de sensibilisation de la ville de Luxembourg

KESSLER, Suzanne J. : *Lessons from the Intersexed*, New Brunswick, 1998.

Logo de la campagne de sensibilisation de la ville de Luxembourg

« KLINISCHE EVALUATIONSSSTUDIE IM „NETZWERK DSD » : NETZWERK INTERSEXUALITÄT : *Erste Ergebnisse der Klinis-chen Evaluationsstudie im Netzwerk Störungen der Ges- chlechtsentwicklung/Intersexualität in Deutschland, Öster- reich und Schweiz Januar 2005 bis Dezember 2007, Für Studienteilnehmerinnen und –teilnehmer und für Eltern*, Autorinnen : Eva Kleinemeier, Martina Jürgensen, Statis- tische Auswertungen: Anke Lux, Grit Hambruch, 2008

Logo de la campagne de sensibilisation de la ville de Luxembourg

KLÖPPEL, Ulrike : *XXOXY ungelöst. Hermaphroditismus, Sex und Gender in der deutschen Medizin. Eine historische Studie zur Intersexualität*, transcript, Bielefeld, 2010.

Logo de la campagne de sensibilisation de la ville de Luxembourg

KOLBE, Angela : *Intersexualität, Zweigeschlechtlichkeit und Verfassungsrecht. Eine interdisziplinäre Untersuchung*, Nomos, 2010.

Partie 2 : Les droits des enfants intersexes

Logo de la campagne de sensibilisation de la ville de Luxembourg

Logo de la campagne de sensibilisation de la ville de Luxembourg

Partie 2 : Les droits des enfants intersexes

Logo de la campagne de sensibilisation de la ville de Luxembourg

Logo de la campagne de sensibilisation de la ville de Luxembourg

^[1] CONSEIL D’ÉTHIQUE ALLEMAND, 2012, p. 12.

^[2] Bereni, Laure, Chauvin, Sébastien, Jaunat, Alexandre, Revillard, Anne, Introduction aux Gender Studies, Manuel d’études sur le genre, éd. de boeck, Bruxelles, 2008, p. 16.

^[3] Bereni, Laure, Chauvin, Sébastien, Jaunat, Alexandre, Revillard, Anne, Introduction aux Gender Studies, Manuel d’études sur le genre, éd. de boeck, Bruxelles, 2008, p. 7. Voir le chapitre 1 de cet ouvrage, intitulé «sexe et genre».

^[4] Principes de Jogjakarta, p. 6, http://www.yogyakartaprinciples.org.

KRIEGLER, Julia Marie, représentante du groupe de parents des femmes XY : *Communication sur la perspective des parents*, audition publique sur le thème de l’intersexualité devant la commission de la famille, des séniors, des femmes et de la jeunesse, (langue originale : allemand), 25 juin 2012, référence

LEMBKE, Ulrike : *Zur Situation von Menschen mit Intersexualität in Deutschland. Stellungnahme*. Deutscher Ethikrat, 2011.

LOURENÇO, Diana, BRAUNER, Raja, RYBCZYN´SKA, Magda, NIHOUL-FÉKÉTÉ, Claire, McElreavey, Ken, and BASHAMBOO, Anu : « Loss-of-function mutation in GATA4 causes anomalies of human testicular development », in : Maria I. New, Mount Sinai School of Medicine, New York, NY, 2011.

MORON-PUECH, Benjamin: *Les intersexuels et le droit*, dir. Dominique Fenouillet, Mémoire Université Paris II, février 2011.

http://www.u-paris2.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw?ID_FICHIER=79168.

MÜHLEND AHL, Karl Ernst von : « Intersexuelles Genital beim Neugeborenen », in : STEINIGER, Udo et MÜHLEND AHL, Karl Ernst von (dir.) : *Pädiatrische Notfälle*, Jena, p. 21.

NOUVELLES QUESTIONS FEMINISTES (NQF), revue internationale francophone : *A qui appartiennent nos corps ? Feminisme et luttes intersexes*, Antipodes, Vol. 27, n° 1/2008.

PICQUART, Julien : Ni homme ni femme. *Enquête sur l’intersexuation* ; La Musardine, 2009.

PLETT, Konstanze : « Das Finden und Erkennen der eigenen geschlechtlichen Identität », in : *Dokumentation : Intersexualität im Diskurs*, Conseil d’éthique allemand, 2012, p. 35.

PREVES, Sharon A. : « For the Sake of the Children : Destigmatizing Intersexuality », in : DREGER, Alice Domurat (dir.) : *Intersex in the Age of Ethics*, Maryland 1999, p. 51.

SCHWEIZER, Katinka : « Intersexualität anerkennen statt auszulöschen », in : Dokumentation : Intersexualität im Diskurs, Conseil d’éthique allemand, 2012, p. 29-30.

SCHWEIZER, Katinka et RICHTER-APPELT, Herta (dir.) : *Intersexualität kontrovers*, Psychosozial-Verlag, 2012

THYEN, Ute, LANZ, Kathrin, HOLTERHUS, Paul-Martin et HIORT, Olaf : « Epidemiology and Initial Management of Ambiguous Genitalia at Birth in Germany », in : *Hormone Research*, Vol. 66, 2006, p. 195.

VOSS Heinz-Jürgen : *Intersexualität – Intersex. Eine Intervention*, unrast transparent, 2012.

WOWERIES, Jörg : *Réponses aux questions du Bundestag allemand*, audition publique sur le thème de l’intersexualité devant la commission de la famille, des séniors, des femmes et de la jeunesse, (langue originale : allemand), 25 juin 2012, référence : 18(13)181c.

WOWERIES, Jörg : communication « Qui est intersexes : qui est malade, qui le décide » au congrès « La normativité de genre et ses effets sur l’enfance et l’adolescence », 24-29 septembre 2012 et 26 septembre 2012, Luxembourg.

WOWERIES, Jörg : « Hinter unterschieden versteckt sich die Normalität », in : *Dokumentation : Intersexualität im Diskurs*, Conseil d’éthique allemand, 2012, p. 71.

PARTIE 3 : LOI ÉTABLISSANT LE DROIT À L'IDENTITÉ DE GENRE (ARGENTINE)

Loi n° 26.743, du 23 mai 2012, établissant le droit à l'identité de genre (Argentine) ¹

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 ².

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.

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 avocat 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.

¹ Publiée au Bulletin officiel de la République d'Argentine n° 32.404, du 24 mai 2012, p. 2. Traduction non officielle réalisée par Transgender Luxembourg.

² Ndt : La formulation littérale est : «identité de genre autoperçue».

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 1er 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.



