

Faculté de droit et de criminologie

Droits fondamentaux des mineurs intersexes face à la normalisation médicale : quelle posture la Belgique doit-elle endosser à l'aune des lignes directrices supranationales ?

De la naissance à l'adolescence

Autrice : Luna DONATO

Promoteur : Geoffrey WILLEMS

Année académique 2024-2025

Master en droit à finalité spécialisée en justice civile et pénale

Plagiat et erreur méthodologique grave

Le plagiat, fût-il de texte non soumis à droit d'auteur, entraîne l'application de la section 7 des articles 107 à 114 du règlement général des études et des examens.

Le plagiat consiste à utiliser des idées, un texte ou une œuvre, même partiellement, sans en mentionner précisément le nom de l'auteur et la source au moment et à l'endroit exact de chaque utilisation*.

En outre, la reproduction littérale de passages d'une œuvre sans les placer entre guillemets, quand bien même l'auteur et la source de cette œuvre seraient mentionnés, constitue une erreur méthodologique grave pouvant entraîner l'échec.

* A ce sujet, voy. notamment <http://www.uclouvain.be/plagiat>.

Engagement d'intégrité – Travaux écrits et mémoires d'étudiant.e.s

Je reconnais avoir pris connaissance des règles d'or de l'honnêteté intellectuelle ainsi que des Lignes directrices sur l'usage responsable des outils d'intelligence artificielle de l'UCLouvain (disponibles sur le site www.uclouvain.be/drt - page "règlements") et je m'engage à respecter les valeurs d'intégrité et d'honnêteté qui fondent les règles et recommandations adoptées au sein de la communauté universitaire.

En particulier :

Engagement sur l'authenticité de mon mémoire/travail écrit

- Je déclare sur l'honneur que j'ai préparé et rédigé moi-même ce mémoire/travail écrit.

Reconnaissance du plagiat comme faute

- Je suis conscient·e que le plagiat consiste à réutiliser d'autres documents et sources, même partiellement, sans mentionner le nom de l'auteur ni/ou de la source. Reproduire littéralement des passages d'un autre document, éventuellement traduits, sans les placer entre guillemets, même si l'auteur et la source de cette œuvre sont mentionnés, constitue également un plagiat.
- Je reconnais que le plagiat constitue une faute grave qui entraîne l'application de la section 7 des articles 87 à 90 du Règlement général des études et des examens (RGEE).
- Je m'engage à ce que mon mémoire/travail ne constitue pas une reprise, même partielle, d'un autre document publié ou non, attribué à une personne ou anonyme.

Engagement à citer mes sources

- Je m'engage à attribuer à leur(s) auteur(s) toutes les idées, informations, données sur lesquelles je m'appuie. Je m'engage à référencer tous les emprunts intégrés au mémoire/travail (sous la forme de phrases, graphes, cartes, schémas, tableaux, etc.). Les références (par exemple, en note de bas de page) sont conformes aux exigences académiques et scientifiques (telles que présentées dans les cours de méthodologie, les séances de formation liées au Séminaire d'accompagnement des mémoires en Master et les guides de citation).

Engagement quant à l'usage d'outils d'intelligence artificielle (IA) générative

- Je m'engage à utiliser les outils d'IA générative, en particulier les générateurs de textes, de manière responsable, comme complément de mon apprentissage et sans chercher à contourner les exigences académiques.
- Je m'engage à respecter les Lignes directrices relatives à l'usage responsable de l'IA générative. Elles m'obligent notamment à référencer adéquatement les outils d'IA lorsque je reprends de manière littérale les contenus qu'ils ont générés. En revanche, certains usages de ces outils, par exemple comme assistant linguistique (pour corriger l'orthographe, la syntaxe ou le style), ne doivent pas être mentionnés.
- Je suis conscient·e que les contenus générés par ces outils d'IA ne reflètent pas nécessairement les faits/sources et je m'engage donc à toujours vérifier l'exactitude de ces contenus dans une démarche scientifique.
- Je m'engage à respecter toutes les consignes spécifiques pour le travail/mémoire, ainsi que les exigences de transparence et de documentation du processus ayant abouti au travail/mémoire, notamment en sauvegardant les conversations avec ces outils d'IA.
- Je m'engage à fournir, sur demande, des explications sur la manière dont j'ai utilisé ces outils.
- Je reconnais que le non-respect de ces exigences et de l'intégrité académique peut constituer un abus et être considéré comme une irrégularité au titre des articles 107 et suivants du RGEE et entraîner des sanctions telles que prévues aux articles 111 et suivants du RGEE.

Remerciements

À Geoffrey Willems, mon promoteur, pour son accompagnement attentif, ses conseils et sa disponibilité, qui ont guidé ma réflexion avec rigueur.

À vous, mes parents, pour votre soutien indéfectible, vos encouragements et cette confiance silencieuse qui m'a portée tout au long de mes études.

À toi, ma sœur, pour ton écoute bienveillante et tes mots rassurants.

À toi, mon compagnon, pour ta patience, ton humour et ta capacité à rendre les jours plus légers, même quand la rédaction se faisait lourde.

Aux intervenants, pour ces échanges francs, vivants et éclairants, qui ont donné à ce mémoire une profondeur humaine que je n'aurais su imaginer seule.

À Emma, pour sa relecture méthodologique minutieuse.

Et puis, à toutes celles et ceux qui, de près ou de loin, ont ponctué ce parcours par leur présence et leur soutien : merci.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
CHAPITRE PRÉLIMINAIRE. Comprendre l'intersexuation.....	9
Section 1. Contexte historique.....	9
§1. Des sociétés antiques aux influences chrétiennes : entre mythe et marginalisation	9
§2. L'emprise croissante de la médecine : déploiement des logiques correctrices	9
§3. Émergence du mouvement intersexe : remise en question des pratiques	11
Section 2. Cadre terminologique	12
§1. Genèse des termes employés : une construction stigmatisante.....	12
§ 2. Définir l'intersexuation : de la diversité des corps à l'unification des termes.....	13
§3. Classifications médicales	15
Section 3. Paysage juridique.....	16
§1. À l'échelle internationale.....	16
§2. À l'échelle de l'Europe	18
§3. À l'échelle nationale	19
CHAPITRE 1. Interventions de normalisation précoces	21
Section 1. Cadre juridique	21
§1. Cadre juridique supranational : instruments internationaux et européens	21
§2. Cadre juridique national : la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.....	22
Section 2. Pratiques médicales	24
§1. Stade prénatal.....	24
A. <i>Diagnostic préimplantatoire et diagnostic prénatal : vers un eugénisme sexué ?</i>	<i>24</i>
B. <i>Agir sur le fœtus : la dexaméthasone en débat.....</i>	<i>27</i>
§2. Stade néonatal et petite enfance.....	28
A. <i>Naissance et sexe juridique : quand la loi précède le corps</i>	<i>28</i>
B. <i>Intervenir tôt : graver l'assignation sur le corps</i>	<i>29</i>
§3. L'arrêt M. c. France.....	30
A. <i>Faits et procédure</i>	<i>30</i>
B. <i>Position de la Cour européenne des droits de l'homme</i>	<i>31</i>
Section 3. Consentement	32
§1. Absence de consentement personnel de l'enfant	32
A. <i>L'incapacité juridique du mineur : un frein à l'exercice personnel des droits.....</i>	<i>32</i>
B. <i>Le mécanisme de représentation : un relais pour l'exercice des droits.....</i>	<i>33</i>

§2. Consentement parental dans le contrat médical.....	34
A. Une décision à double portée : entre engagement juridique et corporel	34
B. Une décision fragilisée : entraves à un choix libre et éclairé	35
Section 4. Responsabilité.....	38
§1. Responsabilité civile	38
A. L'action intentée par les parents au nom de l'enfant	38
1. Sur le fondement contractuel	38
2. Sur le fondement extracontractuel	40
B. L'action intentée par l'enfant devenu majeur en son nom propre.....	40
C. Parents responsables ?	41
§2. Responsabilité pénale.....	42
Section 5. Réflexions conclusives	43
§1. Le droit belge et ses failles : les enfants intersexes en danger	43
§2. Expériences étrangères et initiatives belges : des pistes pour renforcer la protection	44
§3. Garantir l'effectivité des droits de l'enfant : vers un consentement différé ?	46
CHAPITRE 2. Interventions de normalisation sur le patient adolescent	48
Section 1. Cadre juridique	48
§1. Cadre juridique supranational : instruments internationaux et européens	48
§2. Cadre juridique national : la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.....	49
Section 2. Pratiques médicales	51
§1. Variation préexistante : quel suivi ?	51
A. Sans intervention précoce : décision différée	51
B. Avec intervention(s) précoce(s) : continuité, rupture ou réorientation	52
§2. Variation émergente : du constat aux décisions	54
§3. L'arrêt du 7 février 2023 : un jalon jurisprudentiel.....	55
Section 3. Consentement	56
§1. Autonomie décisionnelle du mineur discernant.....	57
A. De l'incapacité relative à la capacité propre : élargissement du pouvoir décisionnel	57
B. La représentation parentale : un frein partiel à l'exercice des droits	58
§2. Consentement personnel dans le contrat médical	59
A. Un accord déterminant : portée et exigences de validité	59
B. Un accord précaire : vulnérabilité et pressions décisionnelles.....	61
Section 4. Responsabilité.....	63

§1. Responsabilité civile	63
<i>A. Capacité d'estimer en justice.....</i>	<i>63</i>
<i>B. Sur le fondement contractuel</i>	<i>64</i>
<i>C. Sur le fondement extracontractuel.....</i>	<i>65</i>
§2. Responsabilité pénale.....	66
Section 5. Réflexions conclusives	67
§1. Le droit belge et ses failles : les adolescents intersexes peu encadrés	67
§2. Droit comparé et initiatives belges : des pistes pour renforcer l'autonomie.....	68
§3. Garantir l'effectivité des droits de l'adolescent : vers un consentement plus encadré ?	69
CONCLUSION.....	71
BIBLIOGRAPHIE.....	73
ANNEXES.....	87
Annexe 1. Interview de Madame M., mère d'une enfant présentant une VDS, réalisée le 21 juillet 2025	87
Annexe 2. Interview de Sacha Gilles, ancien membre du conseil d'administration de l'association « Face à toi-même » et du conseil d'administration de la Fédération Prisme, réalisée le 1er août 2025	100

INTRODUCTION

« La société est binaire et tout le monde pense que ça a toujours été comme ça ! Cette ignorance est toujours présente parce qu'elle est maintenue par les autorités médicales et gouvernementales. J'ai toujours pensé que je n'étais pas désiré·e comme j'étais parce qu'on m'a transformé·e par des chirurgies et des injections d'hormones. »¹, confie anonymement une personne intersexe. Chaque jour en Belgique, cinq enfants naissent avec une variation des caractéristiques sexuées². En marge de la bicatégorisation imposée par les normes médicales et sociales, ces individus sont le plus souvent exposés à des pratiques de « normalisation » du corps³, dès la période prénatale lors de la détection d'une variation, pendant l'enfance et/ou l'adolescence, parfois à la suite d'une découverte plus tardive.

Sauf dans des cas très particuliers, l'intersexuation est rarement associée à des risques pour la santé physique ou mentale. Les individus intersexes sont donc tout à fait capables de composer avec leur variation. Ainsi, les actes médicaux ne se révèlent pas indispensables pour le bien-être, le développement, la vie intime ou la fertilité de l'enfant. Conformer le mineur à « une norme sociale binaire et hétéronormative, fondée sur les concepts de masculinité et de féminité » se révèle alors être l'unique objectif⁴.

Souvent irréversibles, les conséquences s'y rapportant perdurent tout au long de la vie, se traduisant par des infirmités physiques ou des traumatismes psychologiques profonds. Les effets physiques peuvent inclure la stérilisation, les cicatrices très marquées, les infections des voies urinaires, la diminution ou la perte totale des sensations sexuelles, l'arrêt de la production d'hormones naturelles, la dépendance aux médicaments et bien d'autres⁵. Quant

¹ OII Europe, « #MonHistoireIntersexe. Témoignages personnels de personnes intersexes habitant en Europe », Henrich Böll Foundation, 2021, p. 13.

² INSTITUT POUR L'ÉGALITÉ DES FEMMES ET DES HOMMES, « Personnes intersexes », disponible sur www.igvm-iefh.belgium.be, s.d., consulté le 12 août 2025.

³ Cette notion exprime la « systématisation des intervention chirurgicales et hormonales tout au long de l'enfance et de l'adolescence pour les conformer à une norme binaire ». Voy. M. RAZ, « Vers la normalisation précoce du sexe », *Intersexes - Du pouvoir médical à l'autodétermination*, M. Raz et L. Petit (dir.), Paris, Le Cavalier Bleu, 2023, p. 53.

⁴ PRISME, « Stop aux mutilations sur les personnes intersexes », disponible sur www.federation-prisme.be, 17 avril 2023.

⁵ Commissaire aux droits de l'Homme du Conseil de l'Europe, « Droits de l'homme et personnes intersexes », Document thématique, 2015.

aux séquelles psychologiques, il s'agit fréquemment de dépression, d'anxiété, de comportements autodestructeurs ou encore de stress post-traumatique⁶.

Au vu des effets alarmants engendrés par ces pratiques, il apparaît clairement qu'il s'agit d'atteintes considérables aux droits fondamentaux des mineurs intersexes. Elles compromettent non seulement la santé de ces individus mais aussi leur sécurité, leur intégrité physique et mentale ainsi que leur protection contre la torture et les mauvais traitements. Basées sur des stéréotypes de genre, elles violent également les principes d'égalité, de non-discrimination de même que la vie privée et l'autodétermination⁷.

Face à ce constat, le présent mémoire se donne pour objectif d'analyser, dans une approche chronologique, de la naissance à l'adolescence, comment les actes normalisateurs pratiqués sur les mineurs intersexes doivent être envisagés au prisme des droits fondamentaux et à la lumière des recommandations internationales.

Le chapitre préliminaire établit les bases nécessaires à la compréhension en présentant le contexte médical et social de l'intersexuation, la terminologie employée et les principaux textes normatifs de référence. Les deux chapitres qui suivent adoptent une structure similaire articulée autour de quatre axes : cadre juridique, pratiques médicales, consentement et responsabilité. Le premier est consacré aux interventions précoces, depuis la détection prénatale jusqu'aux premières années de vie, et s'attache à examiner la manière dont les décisions médicales sont prises, encadrées et contestées à ce stade. Le second se concentre sur l'adolescence, moment charnière où la capacité de discernement du mineur devient déterminante, et analyse les situations dans lesquelles une variation préexiste ou se révèle à la puberté, ainsi que les droits et protections spécifiques qui en découlent.

Ce choix méthodologique permet de mettre en évidence, à chaque moment clé, les convergences et divergences dans le traitement juridique et médical des mineurs intersexes, de pointer les incohérences et lacunes persistantes ainsi que d'identifier des pistes d'évolution conformes aux standards de protection des droits humains.

⁶ PRATIQ, « Impacts des interventions médicales sur la vie quotidienne », disponible sur www.pratiq.be, *s.d.*, consulté le 4 mars 2025.

⁷ L. GUILLAUME et J. CAPOULADE, « Garantir le droit des personnes intersexes : un défi pour la Belgique », disponible sur www.amnesty.be, 2 septembre 2024.

Section 1. Contexte historique

§1. Des sociétés antiques aux influences chrétiennes : entre mythe et marginalisation

En Occident, la connaissance des variations sexuées est longtemps restée limitée en raison de l'interdiction des opérations chirurgicales et des autopsies, rendant les corps inaccessibles à la médecine⁸.

Dès l'Antiquité, les sociétés patriarcales divisaient l'humanité en deux catégories distinctes basées sur les organes génitaux visibles à la naissance. Le terme « sexe », issu du latin *sectus* signifiant « séparation », illustre cette vision binaire. À cette époque, les personnes dont le sexe biologique présentait des ambiguïtés étaient considérées comme des anomalies ou des malédictions. Elles étaient dès lors fréquemment abandonnées ou mises à mort, bien que sous l'influence des stoïciens, certaines avaient fini par obtenir le droit de vivre. Ce rejet social s'est prolongé au Moyen-Âge, où ces différences étaient non seulement perçues comme une déviance biologique mais également comme une menace spirituelle. Ancrée dans une vision chrétienne binaire du monde, la société percevait ces individus comme des créatures diaboliques, justifiant ainsi leur persécution et leur exclusion⁹.

§2. L'emprise croissante de la médecine : déploiement des logiques correctrices

Avec la généralisation des dissections dès le XIII^e siècle et un intérêt grandissant pour l'anatomie au XVI^e siècle, l'« hermaphrodisme » a émergé comme un véritable objet d'étude scientifique¹⁰. En ce temps-là, les personnes présentant une ambiguïté sexuelle n'étaient pas soumises à un impératif de correction physique. Leur place dans la société était définie par le sexe « dominant » observé chez elles, en s'appuyant sur ses comportements, son corps et son auto-identification. Selon le contexte, notamment pour des questions légales comme le mariage ou l'héritage, il fallait choisir un sexe et s'y conformer. Le plus souvent, ce choix se

⁸ M. RAZ, « L'intersexuation dans l'histoire occidentale (le prisme de l'« hermaphrodisme ») », *Intersexes - Du pouvoir médical à l'autodétermination*, M. Raz et L. Petit (dir.), Paris, Le Cavalier Bleu, 2023, p. 39.

⁹ G. HIERNAUX, « Approche de la transsexualité en droit belge », *Droit des familles, genre et sexualité*, N. Gallus (dir.), Limal, Anthemis, 2012, p. 35 et 36.

¹⁰ M. RAZ, *op. cit.* (voir note 8), p. 39 et 40.

portait sur la catégorie masculine, jugée plus avantageuse socialement¹¹. Cependant, dès les XVIIe et XVIIIe siècle, l'autorité médicale s'est imposée comme l'unique référence pour définir le « vrai sexe », remplaçant progressivement les anciennes approches sociales et marginalisant peu à peu les témoignages des personnes concernées¹².

À la fin du XIXe siècle, le modèle binaire du sexe est renforcé par l'émergence du capitalisme bourgeois, reposant sur la structuration sociale autour du mariage hétérosexuel et de la transmission légitime des biens. La médecine établit les gonades comme critère principal de différenciation sexuelle, bien que leur analyse soit souvent post-mortem¹³. Au XXe siècle, l'approche évolue grâce à la diffusion à grande échelle des sciences médicales¹⁴. Les médecins, désormais arbitres exclusifs de l'identification du sexe, cherchent à déceler une vérité biologique. Le développement de l'endocrinologie dans les années 1930 déplace encore le diagnostic et ne s'intéresse non plus à la seule morphologie sexuelle mais aux hormones dites sexuelles. Les atypies sont toujours considérées comme une pathologie. Cette nouvelle approche conduit à des techniques réparatrices utilisées à des fins de correction des corps¹⁵.

À partir des années 1950, à l'essor des sciences médicales, des théories déterministes américaines émergent. Celles-ci prescrivent une « réparation » du corps qui vise à normaliser selon les critères binaires des standards médicaux¹⁶. John Money, psychologue et sexologue, et Lawson Wilkins, inventeur de l'endocrinologie pédiatrique, établissent ensemble un protocole selon lequel les opérations et traitements ont pour objectif de stabiliser le développement identitaire et psychologique. Selon le psychologue, cette identité de genre se construit avant l'âge de deux ans. Ce protocole nommé Hopkins est très largement diffusé et justifie des interventions avant même la puberté. Il repose essentiellement sur des arguments psychologiques, largement influencé par des impératifs sociaux et reproductifs. L'objectif est d'opérer avant tout questionnement corporel et d'imposer aux parents le silence sur ces pratiques¹⁷.

¹¹ L. PETIT, « Intersexuation », *Dictionnaire du fouet et de la fessée - punir et corriger*, I. Poutrin et E. Lusset (dir.), Paris, Presses Universitaires de France, 2022, p. 405.

¹² M. RAZ, *op. cit.* (voir note 8), p. 39 et 40.

¹³ L. PETIT, *op. cit.* (voir note 11), p. 407.

¹⁴ C. DERAIVE, A.-C. RASSON et I. RORIVE, « La Cour d'appel de Bruxelles met un coup d'arrêt à la normalisation des corps des enfants intersexués », obs. sous Bruxelles (4^e ch.), 7 février 2023, *J.T.*, 2024, n°18, p. 311.

¹⁵ L. PETIT, *op. cit.* (voir note 11), p. 407.

¹⁶ C. DERAIVE, A.-C. RASSON et I. RORIVE, *op. cit.* (voir note 14), p. 311.

¹⁷ L. PETIT, *op. cit.* (voir note 11), p. 408.

§3. Émergence du mouvement intersexe : remise en question des pratiques

Dès 1990, les premières générations concernées atteignent la majorité et découvrent ce qu'elles ont subi. Cette prise de conscience agit comme un catalyseur. Des groupes se forment pour remettre en cause la légitimité des traitements imposés¹⁸. Leur action s'inscrit dans une dynamique plus large, portée par les mouvements LGBTQIA+ ainsi que par les mobilisations citoyennes autour des droits des patients, du handicap et de la santé. Internet joue un rôle déterminant en rompant l'isolement et en permettant le partage d'expériences, la construction de réseaux transnationaux et la structuration progressive d'un mouvement intersexe¹⁹.

Rapidement, des collectifs s'organisent à l'échelle européenne et internationale. Ces derniers dénoncent la persistance d'interventions médicales non consenties et appellent à un changement de paradigme. Leurs revendications portent alors sur l'arrêt des opérations précoces, le respect du droit à l'autodétermination, la fin de la pathologisation mais aussi la reconnaissance des violences passées. En 2005, la conférence de Chicago marque une tentative de réponse de la part du corps médical avec l'adoption d'un nouveau protocole. Celui-ci recommande davantage de prudence, une meilleure communication avec les familles et une prise en charge pluridisciplinaire. Ce consensus est souvent présenté comme un tournant rompant avec le paradigme Hopkins. Pourtant, les critiques ne manquent pas. Seules deux personnes sont invitées à participer²⁰ et le cadre général reste inchangé : les corps continuent d'être perçus comme des anomalies à corriger et le pouvoir de décision demeure largement entre les mains des médecins²¹.

Aujourd'hui encore, malgré une atténuation progressive de la culture du secret, l'emprise médicale et l'invisibilisation persistent. Les échanges d'informations entre médecins, familles et mineurs concernés restent lacunaires et les approches non pathologisantes peinent à émerger²². La persistance des pratiques normalisantes s'explique aussi par les termes et classifications toujours en usage qui maintiennent une lecture médicalisée des corps atypiques.

¹⁸ C. DERAIVE, A.-C. RASSON et I. RORIVE, *op. cit.* (voir note 14), p. 312.

¹⁹ PRATIQ, « Plateforme Inter - Historique », disponible sur www.pratiq.be, *s.d.*, consulté le 11 février 2025.

²⁰ Pour plus d'informations sur la participation de ces activistes, voy. A. AEGERTER, « Enjeux et controverses quant à la participation d'activistes intersexes au Consensus de Chicago (2005) », *Santé Publique*, vol. 34, 2022, p. 59 à 67.

²¹ PRATIQ, « Plateforme Inter - Historique », disponible sur www.pratiq.be, *s.d.*, consulté le 11 février 2025.

²² PRATIQ, « Plateforme Inter - Historique », disponible sur www.pratiq.be, *s.d.*, consulté le 11 février 2025.

Section 2. Cadre terminologique

À la lumière de l'évolution historique du regard porté sur l'intersexuation, il convient d'examiner les transformations terminologiques qui l'ont accompagnée (§1), de préciser les définitions actuellement en usage (§2) et d'analyser les classifications qui en découlent (§3).

§1. Genèse des termes employés : une construction stigmatisante

Historiquement, les personnes présentant des caractéristiques sexuelles atypiques étaient désignées sous le terme « hermaphrodite », emprunté au mythe d'Hermaphrodite relaté par Ovide²³. D'abord employé dans les discours juridiques et religieux, ce terme a été repris par le langage médical, où il est resté dominant jusqu'au XXe siècle²⁴. Sa définition biologique, étroitement binaire, a engendré une perception uniformisante et stigmatisante. C'est pourquoi il est désormais largement considéré comme inapproprié et chargé de connotations négatives, bien qu'il soit encore parfois employé dans certains contextes militants²⁵.

En 1917, le biologiste allemand Richard Goldschmidt a introduit la notion d'« intersexualité » dans le but d'étendre le champ d'application de l'ancienne catégorie d'hermaphrodisme pour y inclure les « états intersexuels psychiques »²⁶. Malheureusement, cela a nourri un amalgame entre intersexualité et sexualité en suggérant, même involontairement, un lien entre les caractéristiques sexuelles et l'orientation sexuelle. Cette assimilation erronée a conduit de nombreux activistes à rejeter ce terme au profit de celui d'« intersexuation »²⁷. Pourtant, la confusion persiste encore, comme en témoigne la définition donnée par le Larousse²⁸.

Tandis que le terme « intersexualité » est progressivement abandonné, le discours médical connaît lui aussi un tournant lexical avec la conférence de Chicago de 2005 (cfr. *supra*). Le nouveau protocole adopté recommande d'utiliser l'expression « troubles du développement sexuel ». Participant à la pathologisation des variations sexuées, cette désignation suscite de vives critiques. En les qualifiant de troubles, elle ne se contente pas de les désigner comme

²³ E. CANTARELLA, « L'hermaphrodite et la bisexualité à l'épreuve du droit dans l'antiquité », *Diogène*, 2004, n°4, p. 3.

²⁴ M. RAZ, *op. cit.* (voir note 8), p. 48.

²⁵ Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, « Violations des droits humains contre les personnes intersexes », Note d'information, 2019, p. 5.

²⁶ M. RAZ, *op. cit.* (voir note 8), p. 48.

²⁷ COLLECTIF INTERSEXE ACTIVISTE – OII FRANCE, Brochure « Visibilité intersexe : informations de base », disponible sur www.genrespluriels.be, 29 octobre 2017, modifié le 14 novembre 2023.

²⁸ Voy. LAROUSSE, « Intersexualité », disponible sur www.larousse.fr, *s.d.*, consulté le 14 février 2025.

des écarts à la norme biologique mais contribue à alimenter « l’attitude de certains chirurgiens selon laquelle ‘tous les troubles qui peuvent être corrigés devraient l’être’ »²⁹. En réaction, d’autres termes sont proposés, tels que « variations intersexes » ou « caractéristiques intersexuées », jugés plus respectueux de l’autodétermination des personnes concernées³⁰. De son côté, une reformulation plus récente du sigle *DSD (Disorders of Sex Development)*, remplaçant « troubles » (*disorders*) par « différences » (*differences*), a également émergé dans certains milieux médicaux, sans pour autant marquer un véritable changement de paradigme³¹.

À l’heure actuelle, le vocabulaire pathologisant reste largement dominant. La révision du langage médical est une des conditions majeures à l’amélioration des pratiques de soin³². Or, quand l’Organisation mondiale de la santé reprend les différentes formes d’intersexuation dans sa Classification internationale des maladies³³ et que le Larousse évoque des anomalies et une norme biologique pour définir l’hermaphrodisme³⁴ ou le pseudo-hermaphrodisme³⁵, difficile d’y voir les signes d’une dépathologisation.

§ 2. Définir l’intersexuation : de la diversité des corps à l’unification des termes

Concept clé à la croisée de la biologie et des normes sociales, l’intersexuation soulève un enjeu définitionnel en raison de la diversité des variations qu’elle recouvre, compliquant l’identification des personnes concernées. Beaucoup peinent à se reconnaître sous le terme « intersexe », en raison de leur socialisation médicale ou parce qu’elles le jugent trop restreint pour refléter leur vécu³⁶. Certaines se définissent comme intersexes tandis que d’autres privilégient les termes « variation intersexe », « attribut intersexué » ou « nées avec une variation des caractéristiques sexuelles »³⁷. Il en résulte une tension entre une classification fondée sur des critères objectifs et une approche basée sur l’auto-identification³⁸.

²⁹ A. DREGER, « Twenty Years of Working toward Intersex Rights », *Bioethics in Action*, F. Baylis et A. Dreger (dir.), Cambridge University Press, 2018, p. 70.

³⁰ Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l’homme, *op. cit.* (voir note 25), p. 4 et 5.

³¹ A. DREGER, *op. cit.* (voir note 29), p. 70.

³² I. MAYSTADT, « Mécanismes biologiques et génétiques du développement sexuel », *Les droits des personnes intersexes*, S. Wattier et al. (dir.), Bruxelles, Larcier-Intersentia, 2024, p. 16.

³³ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Classification Internationale des Maladies*, 11^e révision, 4 avril 2019.

³⁴ LAROUSSE, « Hermaphrodisme », disponible sur www.larousse.fr, s.d., consulté le 14 février 2025.

³⁵ LAROUSSE, « Pseudohermaphrodisme », disponible sur www.larousse.fr, s.d., consulté le 14 février 2025.

³⁶ M. RAZ, « L’émergence du mouvement intersexe », *Intersexes - Du pouvoir médical à l’autodétermination*, M. Raz et L. Petit (dir.), Paris, Le Cavalier Bleu, 2023, p. 123.

³⁷ A. DREGER, *op. cit.* (voir note 29), p. 70.

³⁸ M. RAZ, « Définir, dénombrer et visibiliser les variations intersexes », *Minorités de genre et de sexualité*, W. Rault et M. Trachman (dir.), Paris, Ined Éditions, 2023, p. 85.

Dans cette continuité, la subjectivité liée aux choix terminologiques peut conduire à distinguer les personnes « intersexuées » de celles dites « intersexes ». Les premières sont définies comme « l'ensemble des personnes qui dérogent aux définitions normatives 'mâle' et 'femelle' créées par la médecine, et susceptibles d'être 'corrigées' par celle-ci durant la tendre enfance ou à l'adolescence ». Les secondes, quant à elles, concernent « les personnes intersexuées ayant conscience de faire partie d'un groupe de personnes ayant subi la même invalidation médicale, adoptant une vision positive et non-pathologisante de leur corps et affirmant une identité politique »³⁹. Cette diversité apparaît d'ailleurs dans les textes internationaux, qui oscillent entre les deux notions⁴⁰. Sans remettre en cause cette distinction, il est clair que ces deux termes reflètent une même réalité qu'il faut unifier en vue d'assurer une certaine sécurité juridique. À cela s'ajoute un souci de cohérence avec la littérature anglaise, utilisant le seul terme « *intersex person* », traduit par « personne intersexe »⁴¹. C'est dans cette perspective que ce travail privilégiera l'emploi de « personne(s) intersexe(s) » ou « variation(s) des caractéristiques sexuelles » (ci-après VDS).

Malgré ces tensions terminologiques et ces enjeux d'auto-identification, une définition tend à s'imposer sur la scène internationale. L'Organisation des Nations unies (ci-après ONU) définit les personnes intersexes comme celles « qui naissent avec des caractéristiques sexuelles telles que l'anatomie sexuelle, les organes reproducteurs, les profils hormonaux et/ou les schémas chromosomiques qui ne correspondent pas aux définitions typiques des corps masculins ou féminins »⁴². C'est la définition retenue par de multiples associations telles que OII Europe⁴³, Genre Pluriels⁴⁴, Intersex Belgium⁴⁵ ou encore Amnesty International⁴⁶.

³⁹ COLLECTIF INTERSEXE ACTIVISTE – OII FRANCE, Brochure « Visibilité intersexe : informations de base », disponible sur www.genrespluriels.be, 29 octobre 2017, modifié le 14 novembre 2023.

⁴⁰ Pour « personnes intersexuées », voy. par exemple : Résolution 2878 du Parlement européen, RSP/2878, 14 février 2019 ; Résolution 1952 de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, S/RES/1952, 1^{er} octobre 2013. Pour « personnes intersexes », voy. par exemple : Résolution 2191 de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, S/RES/2191, 12 octobre 2017 ; Commissaire aux droits de l'Homme du Conseil de l'Europe, *op. cit.* (voir note 5).

⁴¹ C. DERAIVE, « Entre 'fille' et 'garçon', il faut choisir : les traitements médicaux normalisateurs des personnes inter* à l'épreuve de la Convention européenne des droits de l'Homme », *Rev. dr. U.L.B.*, vol. 5, 2021, p. 8.

⁴² Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, *op. cit.* (voir note 25), p. 2

⁴³ OII Europe, « Indicateurs pour une protection efficace des droits des personnes intersexes, en particulier la protection contre les MGI », 2025. p. 3.

⁴⁴ COLLECTIF INTERSEXE ACTIVISTE – OII FRANCE, Brochure « Visibilité intersexe : informations de base », disponible sur www.genrespluriels.be, 29 octobre 2017, modifié le 14 novembre 2023.

⁴⁵ INTERSEX BELGIUM, « Intersexe? », disponible sur www.intersexbelgium.be, *s.d.*, consulté le 28 février 2025.

⁴⁶ L. GUILLAUME et J. CAPOULADE, « Garantir le droit des personnes intersexes : un défi pour la Belgique », disponible sur www.amnesty.be, 2 septembre 2024.

Enfin, notons que si la distinction entre intersexuation et orientation sexuelle a déjà été soulignée, il importe également de ne pas la confondre avec l'identité de genre, entendue comme l'expérience intime et personnelle du sexe faite par chacun, qu'elle corresponde ou non au sexe assigné à la naissance, ou avec l'expression de genre, désignant la manière dont une personne présente son genre de par son apparence, ses manières ou son comportement⁴⁷.

§3. Classifications médicales

Si le mythe d'Hermaphrodite a longtemps figé les variations dans une représentation unique, la réalité est toute autre. Être intersexe ne signifie pas systématiquement posséder les organes sexuels des deux sexes. Ce qu'on appelait autrefois « hermaphrodisme véritable » ou « trouble ovotesticulaire de la différenciation sexuelle » apparaît comme l'une des variations les plus rares, ne représentant que 5% des cas⁴⁸. C'est en ce sens que l'on rencontre majoritairement ce que la médecine qualifiait de « pseudo-hermaphrodisme », concept désuet traduisant une diversité bien plus vaste des réalités biologiques⁴⁹. Le processus de différenciation sexuelle se déroule en plusieurs phases : le sexe génétique oriente le développement du sexe gonadique, lequel tend à différencier les organes génitaux internes et externes vers un phénotype sexuel masculin ou féminin. Des atypies peuvent se manifester au sein de chacune des étapes de cet enchaînement biologique, contribuant à la diversité des parcours intersexes⁵⁰.

Concrètement, l'intersexuation recouvre une quarantaine de variations des caractéristiques sexuelles⁵¹. Ces spécificités peuvent surgir tant sur les traits primaires (organes génitaux internes et externes, anatomie sexuée et reproductrice, gonades et structure hormonale) que secondaires (poitrine, pilosité, masse musculaire)⁵². Trois grandes catégories de variations sont identifiables. Premièrement, il peut s'agir d'une formule atypique des chromosomes sexuels, comme en témoignent le syndrome de Turner, le syndrome de Klinefelter ou les dysgénésies gonadiques mixtes. Ensuite, il y a également la variation « 46 XX ». Cette dernière regroupe les dysgénésies ovariennes, se traduisant par un développement partiel ou absent des ovaires, mais aussi les formes d'imprégnation androgéniques ou encore les

⁴⁷ G. WILLEMS, *Cours magistral « Individu, famille et État »*, année académique 2024-2025.

⁴⁸ M. IQBAL *et al.*, « True hermaphrodite : a case report », *APSP journal of case reports*, 2011, n°2, p. 1.

⁴⁹ G. HIERNAUX, *op. cit.* (voir note 9), p. 40.

⁵⁰ I. MAYSTADT, *op. cit.* (voir note 32), p. 12.

⁵¹ INSTITUT POUR L'ÉGALITÉ DES FEMMES ET DES HOMMES, « Personnes intersexes », disponible sur www.igvm-iefh.belgium.be, *s.d.*, consulté le 2 mars 2025.

⁵² C. DERAIVE, A.-C. RASSON et I. RORIVE, *op. cit.* (voir note 14), p. 311.

hyperplasies entraînant une production excessive des androgènes. Elles englobent par ailleurs les situations de non-développement des structures internes féminines, telles que l'utérus ou le vagin, à l'instar du syndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser. Enfin, il existe la variation « 46 XY » qui comprend les dysgénésies testiculaires, les altérations de la synthèse ou de l'action des androgènes ainsi que les cas des testicules évanescents⁵³.

Les étiologies à l'origine de chacune de ces configurations sexuelles sont multiples et complexes. Par souci de concision, nous renvoyons le lecteur à une analyse synthétique proposée par la professeure Isabelle Maystadt⁵⁴.

Section 3. Paysage juridique

Une fois le contexte posé et les termes précisés, force est de constater que la médicalisation imprègne durablement la réalité intersexe. Appliquée aux mineurs, cette emprise soulève de vives préoccupations quant au respect de leurs droits fondamentaux. C'est en ce sens qu'il convient à présent d'examiner le cadre juridique visant à garantir la protection effective de ces droits, aux niveaux international (§1), européen (§2) et national (§3).

§1. À l'échelle internationale

Parmi les instruments internationaux, les Principes de Yogyakarta revêtent une importance particulière. Ils visent à guider les États pour protéger les droits fondamentaux des minorités sexuelles et de genre⁵⁵. Par son principe 18, qui consacre la protection contre les abus médicaux⁵⁶, ce texte constitue la première déclaration internationale interdisant les pratiques de normalisation non consenties⁵⁷. D'un intérêt majeur pour la présente étude, le principe 32 affirme : « Tout le monde a le droit à l'intégrité corporelle et mentale, à l'autonomie et à se déterminer soi-même, quelque soit [...] ses caractéristiques sexuelles. Chacun a le droit de ne pas être soumis à la torture et à des peines ou traitements cruels, inhumains et dégradants à cause [...] de ses caractéristiques sexuelles. Personne ne doit être sujet à des procédures

⁵³ I. MAYSTADT, *op. cit.* (voir note 32), p. 17 et 18.

⁵⁴ I. MAYSTADT, *ibidem*, p. 18 à 20.

⁵⁵ AMNESTY INTERNATIONAL, « Les principes de Yogyakarta, document essentiel pour les droits des LGBT », disponible sur www.amnesty.ch, *s.d.*, consulté le 10 mars 2025.

⁵⁶ Principes de Yogyakarta, Principes sur l'application de la législation internationale des droits humains en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre, adoptés à Yogyakarta le 26 mars 2007, principe n°18.

⁵⁷ T. NÍ MHUIRTHILE, « The Legal Status of Intersex Persons in Malta », *The Legal Status of Intersex Persons*, J. Scherpe, A. Dutta et T. Helms (dir.), Cambridge, Intersentia, 2018, p. 366.

médicales invasives ou irréversibles qui modifient les caractéristiques sexuelles sans son consentement préalable, libre et informé, à moins que cela soit nécessaire pour éviter un dommage grave, urgent et irréparable à la personne concernée »⁵⁸.

Plusieurs organes des Nations unies se sont exprimés de manière ferme concernant les actes de normalisation. En 2015, le Comité contre la torture les a qualifiés de traitements inhumains⁵⁹ et le Comité des droits de l'enfant les a jugés contraires à la Convention relative aux droits de l'enfant (ci-après CIDE)⁶⁰. À ce jour, il existe plus de cinquante réprimandes⁶¹. La Belgique a expressément été visée en 2019⁶², 2020⁶³ et 2022⁶⁴, les comités onusiens recommandant l'interdiction de ces interventions lorsqu'elles ne présentent pas un caractère urgent et leur report jusqu'à ce que l'enfant y consente librement.

Plus récemment, le Conseil des droits de l'homme de l'ONU a adopté une résolution inédite visant à renforcer la lutte contre la discrimination, la violence et les pratiques préjudiciables envers les personnes intersexes⁶⁵. Le texte charge le Haut-Commissaire de présenter un rapport mondial recensant les lois et politiques discriminatoires, les actes de violence et leurs causes profondes ainsi que les bonnes pratiques en matière de protection juridique, de voies de recours et de garantie du droit à la meilleure santé physique et mentale possible⁶⁶.

En somme, ces initiatives témoignent d'un engagement international croissant en faveur des droits des mineurs intersexes. Bien que relevant souvent de la *soft law*, elles influencent les standards internationaux et servent de référence aux politiques nationales.

⁵⁸ Principes de Yogyakarta plus 10, Principes additionnels et obligations additionnelles des états au sujet de l'application du droit international des droits humains en matière d'orientation sexuelle, d'identité de genre, d'expression de genre et de caractéristiques sexuelles pour compléter les Principes de Yogyakarta, adoptés à Genève le 10 novembre 2017, principe n°32.

⁵⁹ Com. c. tort., *Observations finales concernant le septième rapport périodique de la Suisse*, 7 septembre 2015, CAT/C/CHE/CO/7, §20.

⁶⁰ Com. dr. enf., *Observations finales concernant les deuxième à quatrième rapports périodiques de la Suisse*, 26 février 2015, CRC/C/CHE/CO/2-4.

⁶¹ C. DERAIVE, A.-C. RASSON et I. RORIVE, *op. cit.* (voir note 14), p. 312.

⁶² Com. dr. enf., *Observations finales concernant le rapport de la Belgique valant cinquième et sixième rapports périodiques*, 28 février 2019, CRC/C/BEL/CO/5-6, §§ 25 et 26 ; Com. D.H., *Observations finales concernant le sixième rapport périodique de la Belgique*, 6 décembre 2019, CCPR/C/BEL/CO/6, §22.

⁶³ Com. D.E.S.C., *Observations finales concernant le cinquième rapport périodique de la Belgique*, 26 mars 2020, E/C.12/BEL/CO/5, §§ 54 et 55.

⁶⁴ Com. élim. discr. femm., *Observations finales concernant le huitième rapport périodique de la Belgique*, 1^{er} novembre 2022, CEDAW/C/BEL/CO/8, §24.

⁶⁵ Cons. D.H., *Lutte contre la discrimination, la violence et les pratiques préjudiciables à l'égard des personnes intersexes*, 8 avril 2024, A/HRC/RES/55/14.

⁶⁶ NATIONS UNIES, « Personnes intersexes - Le HCDH et les droits de l'homme des personnes LGBTI », disponible sur www.ohchr.org, *s.d.*, consulté le 14 mars 2025.

§2. À l'échelle de l'Europe

Au sein du Conseil de l'Europe, la question des pratiques de normalisation a été abordée dès 2013. Dans une première résolution, l'Assemblée parlementaire (ci-après APCE) dénonce « une catégorie particulière de violations de l'intégrité physique des enfants, que les tenants de ces pratiques présentent souvent comme un bienfait pour les enfants, en dépit d'éléments présentant manifestement la preuve du contraire »⁶⁷. Quatre ans plus tard, en 2017, une nouvelle résolution invite les États membres à « interdire les actes chirurgicaux de 'normalisation sexuelle' sans nécessité médicale ainsi que les stérilisations et autres traitements pratiqués sur les enfants intersexués sans leur consentement éclairé »⁶⁸.

Au sein de l'Union européenne, le Parlement européen a adopté en 2019 une résolution qui « condamne fermement les traitements et la chirurgie de normalisation sexuelle, salue les lois qui interdisent de telles interventions chirurgicales, comme à Malte et au Portugal, et encourage les autres États membres à adopter dès que possible une législation similaire »⁶⁹.

De son côté, la Cour européenne des droits de l'homme (ci-après CEDH) s'est prononcée pour la première fois concernant les actes de normalisation dans l'affaire *M. c. France* en 2022, au regard de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme (ci-après Convention)⁷⁰. Cet arrêt, au coeur de notre problématique, sera développé ultérieurement (cfr. *infra*). Un an après, dans *Y. c. France*, la Cour a examiné la question de la mention de sexe à l'état civil et jugé que l'impossibilité de remplacer la mention du sexe masculin par « neutre » ou « non-binaire » ne violait pas la Convention⁷¹. Très récemment, dans l'arrêt *Semenya c. Suisse*, elle a condamné la Suisse pour violation du droit à un procès équitable, sans toutefois se prononcer sur le traitement hormonal imposé à cette athlète hyperandrogène⁷². Ces deux autres affaires illustrent la diversité croissante des questions impliquant l'intersexuation.

En définitive, tout comme au niveau international, une tendance claire vers une protection accrue des mineurs intersexes se dessine en Europe. Six pays ont désormais légiféré

⁶⁷ Résolution 1952 de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, S/RES/1952, 1^{er} octobre 2013, §2.

⁶⁸ Résolution 2191 de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, S/RES/2191, 12 octobre 2017, §7.1.1.

⁶⁹ Résolution 2878 du Parlement européen, RSP/2878, 14 février 2019, §2.

⁷⁰ Cour eur. D.H., déc. *M. c. France*, 19 mai 2022.

⁷¹ Cour eur. D.H., arrêt *Y. c. France*, 31 janvier 2023, §90.

⁷² Cour eur. D.H. (gde ch.), arrêt *Semenya c. Suisse*, 10 juillet 2025.

concernant les pratiques de normalisation⁷³. De plus, des requêtes introduites à la suite de telles interventions commencent à être accueillies par certaines juridictions nationales⁷⁴.

§3. À l'échelle nationale

Le cadre juridique interne montre que certaines dispositions constitutionnelles et législatives peuvent être mobilisées. Les articles 10 et 11 de la Constitution consacrent l'égalité et la non-discrimination et l'article 22*bis* du même Code constitue une référence majeure en matière de droits de l'enfant. Dans sa version initiale, il garantit le respect de l'intégrité physique, psychique, morale et sexuelle du mineur⁷⁵. La révision de 2008 y a intégré des garanties issues de la CIDE⁷⁶ : le droit de s'exprimer sur toute question personnelle, l'obligation de tenir compte de cette décision selon l'âge et le discernement ainsi que la primauté de l'intérêt supérieur dans toute décision⁷⁷. Par ailleurs, la législation anti-discrimination intègre les « caractéristiques sexuelles » comme critère protégé depuis 2020⁷⁸, tandis que le Code pénal prévoit des circonstances aggravantes pour certaines infractions motivées par ce critère⁷⁹ et que le Code civil mentionne le « sexe ambigu » en matière d'état civil⁸⁰.

Cependant, ce cadre ne traite pas spécifiquement de la dimension médicale des VDS. Ce silence contraste avec le choix du législateur d'encadrer d'autres actes médicaux sensibles tels que l'euthanasie ou encore l'interruption volontaire de grossesse. En l'état, ce sont donc les dispositions générales de la loi du 22 août 2002 sur les droits du patient qui s'appliquent, ce qui explique qu'elles soient au cœur de l'analyse menée au sein de ce mémoire. En son article 2, cette loi définit le patient comme « la personne physique qui bénéficie de soins de santé, à sa demande ou non »⁸¹, formulation suffisamment large pour inclure les mineurs intersexes.

⁷³ Malte, Allemagne, Grèce, Islande, Portugal, Espagne. Voy. ILGA-EUROPE, « Intersex bodily integrity 2025 - Main Findings », disponible sur www.ilga-europe.org, s.d., consulté le 10 août 2025.

⁷⁴ Voy. par exemple : PRISME, « Portrait : Christiane Völling », disponible sur www.federation-prisme.be, 8 novembre 2023 ; STOPIGM, « Nuremberg hermaphrodite lawsuit : Michaela 'Micha' Raab wins damages and compensation for intersex genital mutilations ! », disponible sur www.stopigm.org, 17 décembre 2015.

⁷⁵ Const., art. 22*bis*, al. 1^{er}.

⁷⁶ M. VERDUSSEN, « Les droits constitutionnels subséquents », *Les droits constitutionnels en Belgique - Les enseignements jurisprudentiels de la Cour constitutionnelle, du Conseil d'Etat et de la Cour de cassation*, M. Verdussen et N. Bonbled (dir.), vol. 1, Bruxelles, Bruylant, 2011, p. 88.

⁷⁷ Const., art. 22*bis*, al. 2 et 4.

⁷⁸ Loi du 4 février 2020 modifiant la loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre la discrimination entre les femmes et les hommes, *M.B.*, 28 février 2020, art. 2, 2^o.

⁷⁹ C. pén., art. 405*quater*.

⁸⁰ An. C. civ., art. 48.

⁸¹ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.*, 26 septembre 2002, modifiée par la loi du 6 février 2024, *M.B.*, 23 février 2024, art. 2, 1^o.

Si les droits du patient sont garantis par cette loi, son caractère général laisse sans réponse les enjeux propres aux besoins spécifiques des mineurs intersexes. Nous le savons, ce manque de précision a été relevé à plusieurs reprises par les instances onusiennes, pointant l'insuffisance de l'encadrement belge en la matière. Cette lacune a d'ailleurs été mentionnée explicitement dans un communiqué de presse de l'ONU relayé par le collectif StopIGM⁸². Elle est régulièrement dénoncée par le tissu associatif belge, comme en témoigne la Plateforme régionale des associations Trans, Inter et Queer (PraTIQ) qui affirme que « les droits des personnes intersexuées ne sont actuellement pas garantis dans la législation belge »⁸³.

En réponse à ces alertes répétées, plusieurs initiatives ont vu le jour. En 2020, peu après les réprimandes onusiennes, Ecolo-Groen a déposé une première proposition de résolution visant à interdire les opérations non nécessaires, créer un organe consultatif, former spécifiquement les professionnels et renforcer l'accompagnement des familles concernées⁸⁴. Dans cette continuité, le véritable tournant intervient avec la résolution fédérale adoptée le 11 février 2021, qui représente à ce jour la prise de position la plus forte à ce sujet. Ce texte appelle à proscrire les traitements chirurgicaux et hormonaux irréversibles injustifiés et encourage la création de centres de référence pluridisciplinaires⁸⁵. Plus récemment, en février 2024, le Parlement flamand a adopté une résolution allant dans le même sens⁸⁶. Parallèlement, Ecolo-Groen a soumis une proposition de loi à la Chambre qui vise à inverser le paradigme en excluant, par principe, toute possibilité pour les représentants légaux de consentir à une intervention médicale sur un mineur intersexe⁸⁷.

Aussi ambitieuses soient-elles, dépourvues de force obligatoire, ces mesures restent insuffisantes. Faute d'un encadrement spécifique, la loi de 2002 demeure le socle juridique à partir duquel seront évalués, dans la suite du travail, tant les pratiques médicales que la question du consentement et celle de la responsabilité.

⁸² STOPIGM, « Belgique - Mutilations Génitales Intersexes : Communiqué de l'ONU souligne l'absence de protection législative », disponible sur www.stopigm.org, 27 janvier 2019.

⁸³ PRATIQ, « Cadre légal et reconnaissance juridique », disponible sur www.pratiq.be, *s.d.*, consulté le 24 juin 2025.

⁸⁴ Proposition de résolution visant à établir un cadre juridique en vue de garantir la protection des droits fondamentaux des personnes intersexes, *Doc.*, Ch., 2019-2020, n°55-0974/001.

⁸⁵ Résolution visant à reconnaître le droit à l'intégrité physique des mineurs intersexes, *Doc.*, Ch., 2020-2021, n°55-0043/008.

⁸⁶ Resolutie over de betere ondersteuning en een betere zorg voor mensen met een intersekseconditie, *Parl. St.*, Parl. fl., 2023-2024, n°1850.

⁸⁷ Proposition de loi visant à préserver l'intégrité physique et psychologique ainsi que l'autonomie corporelle des personnes présentant des variations des caractéristiques sexuelles, *Doc.*, Ch., 2024, n°56-0077/001.

CHAPITRE 1. Interventions de normalisation précoces

Après avoir posé les bases nécessaires à la compréhension de l'intersexuation, il convient de s'intéresser en premier lieu aux interventions de normalisation réalisées dans la petite enfance. Dès les premières années voire dès les premiers jours de vie, ces pratiques appellent une attention particulière en raison de leur caractère précoce et de leurs effets irréversibles. Ce chapitre examinera d'abord le cadre juridique (section 1), puis leur mise en œuvre concrète (section 2). Il s'intéressera ensuite à la place du consentement (section 3), aux questions de responsabilité (section 4) et à quelques pistes de réflexion conclusives (section 5).

Section 1. Cadre juridique

La suite du propos traite de l'application concrète de certaines normes déjà évoquées et met l'accent sur celles présentant un intérêt particulier dans le contexte de la petite enfance. L'étude se divise en un volet supranational (§1) et un volet national (§2).

§1. Cadre juridique supranational : instruments internationaux et européens

Au niveau international, outre les Principes de Yogyakarta déjà évoqués (cfr. *supra*), c'est surtout la CIDE qui retient notre attention, dont le champ d'application porte directement sur les droits des mineurs. Son article 3 consacre la primauté de l'intérêt supérieur de l'enfant dans toute décision le concernant, tandis que l'article 24 reconnaît son droit au meilleur état de santé possible. Ce dernier prévoit également que les États doivent adopter toutes les mesures efficaces et appropriées pour éliminer les pratiques traditionnelles nuisant à la santé infantile⁸⁸. Dans cette perspective, l'Observation générale n°7 du Comité des droits de l'enfant rappelle que les premières années de vie sont cruciales pour la santé, la sécurité affective, l'identité culturelle et personnelle ainsi que pour le développement de l'enfant⁸⁹.

Au niveau européen, quatre instruments présentent un intérêt particulier. La Convention consacre à son article 2 le droit à la vie, pertinent pour la question prénatale analysée *infra*, interdit à l'article 3 la torture et les traitements inhumains ou dégradants, garantit le respect de

⁸⁸ Art. 3 et 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant, adoptée à New York le 29 novembre 1989, approuvée par la loi du 25 novembre 1999, *M.B.*, 17 janvier 1992.

⁸⁹ Com. dr. enf., *Observation générale n°7 : Mise en œuvre des droits de l'enfant dans la petite enfance*, 20 septembre 2006, CRC/C/GC/7, §6.

la vie privée à l'article 8 et prohibe à l'article 14 la discrimination⁹⁰. La Convention d'Oviedo, bien que non ratifiée par la Belgique, exerce une influence indirecte. Il est probable que la CEDH tienne compte, dans ses décisions, de certains principes qui s'en dégagent⁹¹. Son article 6 précise qu'aucune intervention ne peut être pratiquée sur une personne dépourvue de capacité de consentement, sauf pour son bénéfice direct, et qu'en cas d'incapacité du mineur, l'autorisation de son représentant ou d'une instance désignée par la loi est requise⁹². La Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (ci-après CDFUE) prévoit elle aussi des garanties majeures : l'article 3 établit le droit à l'intégrité et proscriit les pratiques eugéniques, l'article 4 interdit lui aussi la torture et les traitements inhumains ou dégradants, l'article 7 assure à son tour la protection de la vie privée et les articles 20 et 21 consacrent respectivement l'égalité et la non-discrimination⁹³. Enfin, la Convention d'Istanbul prohibe les mutilations génitales féminines et les stérilisations forcées, certains de ces actes recouvrant des pratiques subies par des enfants intersexes⁹⁴.

Transposés à la réalité intersexe, ces principes offrent un cadre d'évaluation de la légitimité d'interventions médicales irréversibles pratiquées sur de très jeunes patients au regard de leurs droits fondamentaux. Reste à déterminer comment cela se traduit en droit belge.

§2. Cadre juridique national : la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient

Dans la continuité des dispositions éparses déjà évoquées, dont les articles 10, 11 et 22*bis* de la Constitution, il importe à présent de se pencher sur la loi relative aux droits du patient. Adoptée en 2002 et modifiée en 2024, cette législation de référence en droit médical belge consacre plusieurs garanties essentielles applicables aux soins de santé, telles que le droit à des prestations de qualité, au libre choix du praticien, à une information claire et adaptée ou encore au consentement libre et éclairé pour toute intervention⁹⁵

⁹⁰ Art. 2, 3, 8 et 14 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, signée à Rome le 4 novembre 1950, approuvée par la loi du 13 mai 1955, *M.B.*, 19 août 1955, *err.*, 29 juin 1961.

⁹¹ Proposition de résolution visant à établir un cadre juridique en vue de garantir la protection des droits fondamentaux des personnes intersexes, *Doc.*, Ch., 2019-2020, n°55-0974/001, p. 12.

⁹² Art. 6 de la Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine, signée à Oviedo le 4 avril 1997, *S.T.E.*, n°164.

⁹³ Art. 3, 4, 7, 20 et 21 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, adoptée à Nice le 7 décembre 2000, *J.O.C.E.*, C 364, 18 décembre 2000.

⁹⁴ Art. 38 et 39 de la Convention sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, signée à Istanbul le 11 mai 2011, approuvée par la loi du 1^{er} mars 2016, *M.B.*, 9 juin 2016.

⁹⁵ Loi du 22 août 2002 précitée, art. 5 à 8.

Néanmoins, ces prérogatives s'inscrivent dans une toute autre perspective lorsqu'elles s'appliquent à un patient mineur, en particulier dans les premières années de sa vie. C'est précisément ce que vient encadrer l'article 12 de cette même loi, instaurant une participation progressive du mineur à l'exercice de ses droits en fonction de son âge et de sa maturité. Cette disposition apparaît comme le point d'ancrage entre les situations d'incapacité totale propres à la petite enfance et l'émergence d'une autonomie décisionnelle à l'adolescence, enjeu central de ce mémoire. Tant que l'enfant n'est pas en mesure d'évaluer raisonnablement ses intérêts en matière de santé, l'ensemble de ses droits sont exercés par ses représentants légaux, en ce compris les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur⁹⁶. Notons que le législateur n'a pas fixé un âge précis pour établir cette « majorité médicale »⁹⁷, à la différence de certaines législations étrangères⁹⁸. Dans le cas de nourrissons ou d'enfants en bas âge, l'idée d'une quelconque autonomie ne peut être envisagée. En l'absence de discernement, ce sont généralement les parents qui se trouvent au cœur du processus décisionnel (cfr. *infra*).

Au même titre que l'article 12, l'article 8/3 de ladite loi mérite également une attention particulière en ce qu'il permet une dérogation à l'exigence de consentement. En situation d'urgence, le professionnel peut en effet réaliser l'intervention qu'il juge nécessaire dans l'intérêt du patient, moyennant une simple mention dans le dossier médical⁹⁹. Certains tentent de rattacher les pratiques de conformation à cette exception, en les présentant comme des urgences sociales¹⁰⁰. Toutefois, il est aujourd'hui établi que, dans la grande majorité des cas, ces chirurgies sur jeunes enfants intersexes ne présentent aucune nécessité urgente. En tout état de cause, cet article ne saurait être mobilisé pour fonder juridiquement de tels actes médicaux, et ce, bien que certains praticiens soutiennent que ces derniers seraient techniquement préférables en raison de la plasticité des tissus néonataux¹⁰¹.

⁹⁶ Loi du 22 août 2002 précitée, art. 12, §2.

⁹⁷ I. REUSENS, « La loi relative aux droits du patient. Les points cardinaux de la réforme du 6 février 2024 », *R.G.A.R.*, 2024, n°9, p. 555.

⁹⁸ Voy. par exemple, pour un âge minimal fixé à quatorze ans au Québec et à seize ans au Royaume-Uni : A. ROY, « Du statut juridique de l'adolescent en droit québécois : principes généraux et spécificités médicales », *Adolescent et acte médical, regards croisés - Approche internationale et pluridisciplinaire*, B. Feuillet-Liger et R. Ida (dir.), Bruxelles, Bruylant, 2011, p. 324 ; T. CALLUS, « L'autonomie relative du 'mineur mûr' en droit anglais », *Adolescent et acte médical, regards croisés - Approche internationale et pluridisciplinaire*, B. Feuillet-Liger et R. Ida (dir.), Bruxelles, Bruylant, 2011, p. 248.

⁹⁹ Loi du 22 août 2002 précitée, art. 8/3.

¹⁰⁰ I. LÖWY, « Intersexe et transsexualités : Les technologies de la médecine et la séparation du sexe biologique du sexe social », *Cahiers du Genre*, 2003, n°1, p. 82.

¹⁰¹ C. BOUVATTIER, « La détermination du sexe chez l'humain : aspects hormonaux », *Mon corps a-t-il un sexe ? : Sur le genre, dialogues entre biologies et sciences sociales*, E. Peyre et J. Wiels (dir.), Paris, La Découverte 2015, p. 87.

Finalement, appliquée à la réalité intersexe, la loi de 2002 est appréhendée comme articulant l'incapacité du jeune enfant, la représentation parentale et la substitution du consentement. Une telle approche mérite néanmoins d'être remise en question dès lors qu'elle légitime des décisions médicales lourdes et irréversibles sous couvert de la représentation parentale, alors même que l'enfant n'a pu exprimer la moindre volonté. Accompagner ce dernier dans sa différence jusqu'à ce qu'il soit en mesure de s'exprimer reste une difficulté pour bon nombre de parents et pour le corps médical¹⁰². Nous y reviendrons en section 3, avant de poursuivre par l'analyse des pratiques observées.

Section 2. Pratiques médicales

Les interventions de normalisation s'inscrivent souvent dans un parcours qui débute dès la détection d'une VDS, soit avant la naissance, soit dans les premiers instants de vie¹⁰³. La présente section adopte une approche évolutive : elle examine d'abord les pratiques observées au stade prénatal (§1), puis celles mises en œuvre après la naissance, en période néonatale et dans la petite enfance (§2). Elle se clôt par un cas jurisprudentiel permettant d'illustrer ces pratiques (§3). L'objectif est de mettre en lumière tant la continuité des décisions médicales que les spécificités propres à chaque étape.

§1. Stade prénatal

A. Diagnostic préimplantatoire et diagnostic prénatal : vers un eugénisme sexué ?

L'insuffisance protocolaire en matière d'accompagnement prénatal¹⁰⁴ laisse place à certaines pratiques dès les premières étapes de la gestation, dans une logique de prévention de l'ambiguïté sexuelle. Parmi elles, la sélection embryonnaire témoigne d'une prise en charge médicale extrêmement précoce. Avant même le développement du fœtus, un tri génétique peut être opéré via un diagnostic préimplantatoire (ci-après DPI). Initialement conçu pour éviter la transmission de maladies génétiques graves, il arrive que le DPI soit détourné de cette finalité pour écarter les embryons porteurs de caractéristiques sexuelles atypiques¹⁰⁵. Il est alors

¹⁰² C. BOUVATTIER, *ibidem*, p. 87.

¹⁰³ C. BOUVATTIER, « Naître avec un développement sexuel différent (DSD) », *Enfances & Psy*, 2016, n°1, p. 49.

¹⁰⁴ Voy. à cet égard : Á. LÓPEZ SOTO *et al.*, « Prenatal ambiguous/atypical genitalia : why are we still missing it and how can we improve diagnosis? », *Ultrasound Obstet Gynecol*, vol. 63, n°5, 2024, p. 582.

¹⁰⁵ M. CARPENTER, « Submission on the ethics of genetic selection against intersex traits », disponible sur www.interaction.org, 29 avril 2014.

question de motifs cosmétiques et non de nécessité médicale. Cette forme de rejet heurte à la fois le droit à la vie et les exigences fondamentales de non-discrimination, cités *supra*. Il ne saurait être confondu avec l'usage du DPI destiné à prévenir des pathologies sévères ou certains cancers héréditaires. Si ce second emploi fait également l'objet de débats bioéthiques, il repose, quant à lui, sur des critères médicaux cliniquement identifiables¹⁰⁶. En Belgique, le DPI est strictement encadré par la loi du 6 juillet 2007¹⁰⁷. L'article 67 interdit tout usage à des fins eugéniques ou de sélection du sexe, sauf pour prévenir une maladie génétique liée au sexe¹⁰⁸. Une dérogation est toutefois prévue en cas d'« intérêt thérapeutique d'un enfant déjà né du ou des auteurs du projet parental »¹⁰⁹. Le Comité consultatif de bioéthique cite plusieurs exemples d'affections génétiques graves admettant le recours au DPI. Néanmoins, il souligne qu'aucun texte n'établit de liste exhaustive des situations concernées afin d'éviter toute stigmatisation. Ce sont donc les centres agréés qui décident, au cas par cas, si l'emploi est autorisé¹¹⁰. Or, il est évident que cette absence de cadre clair laisse place à des interprétations sujettes à dérives, au risque d'assimiler les VDS à des anomalies justifiant un DPI.

Lorsque la grossesse est engagée, le diagnostic prénatal (ci-après DPN) peut lui aussi être mobilisé à des fins de sélection. À l'origine réservé aux grossesses à risque, il s'est progressivement généralisé à l'ensemble des suivis, incluant systématiquement l'examen du développement sexuel du fœtus. Cette banalisation a contribué à rendre visibles, et par conséquent à médicaliser, des variations jusque-là ignorées ou considérées comme anodines¹¹¹. Il en résulte que certains DPN aboutissent aujourd'hui à des avortements sélectifs, motivés par la non-conformité aux normes binaires¹¹². Cela s'observe dans des cas documentés, comme celui du syndrome 47 XXY, pour lequel le taux d'interruption volontaire de grossesse a pu atteindre 88%¹¹³. Comme en témoigne Arno, personne intersexe : « On a

¹⁰⁶ R. SPARROW, « Gender eugenics ? The ethics of PGD for intersex conditions », *American Journal of Bioethics*, vol. 13, n°10, 2013, p. 30.

¹⁰⁷ Loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, *M.B.*, 17 juillet 2007.

¹⁰⁸ Loi du 6 juillet 2007 précitée, art. 67.

¹⁰⁹ Loi du 6 juillet 2007 précitée, art. 68.

¹¹⁰ Comité consultatif de Bioéthique, Avis n°49 du 20 avril 2009 relatif à l'utilisation du diagnostic génétique préimplantatoire (DPI) pour détecter les porteurs sains d'une mutation causant une affection héréditaire grave qui peut entraîner un risque élevé pour les descendants, p. 15.

¹¹¹ C. KRAUS, « Diagnostiquer les fœtus intersexués : quoi de neuf docteurs ? », *Sciences sociales et santé*, 2015, vol. 33, p. 35.

¹¹² M. van der HAVE, *Misvattingen over intersekse : Op weg naar wettelijke regulering geslachtsbevestigende behandelingen intersekse personen*, 2^{de} ed., Nijmegen, Stichting NNID, 2023, p. 111 à 112 ; C. KRAUS, *ibidem*, p. 36.

¹¹³ Commissaire aux droits de l'Homme du Conseil de l'Europe, *op. cit.* (voir note 5), p. 20.

proposé à ma mère de m'avorter alors que mon pronostic vital n'était pas engagé »¹¹⁴. Un tel détournement du DPN n'a pas manqué de susciter des inquiétudes émanant d'instances officielles. C'est ainsi que l'APCE, dans sa résolution de 2011 sur la sélection prénatale en fonction du sexe, précise que « la pression sociale et familiale exercée sur les femmes afin qu'elles ne poursuivent pas leur grossesse en raison du sexe de l'embryon/fœtus doit être considérée comme une forme de violence psychologique et la pratique des avortements forcés doit être criminalisée »¹¹⁵. En outre, le Commissaire aux droits de l'homme a, quant à lui, demandé de proscrire ce procédé qu'il qualifie de « profondément discriminatoire »¹¹⁶.

Sur le plan éthique, ces pratiques soulèvent des questions fondamentales quant aux potentielles dérives eugéniques. Robert Sparrow démontre dans ses recherches que le recours au DPI visant à écarter la naissance d'enfants intersexes, y compris en l'absence de risques médicaux, constitue une forme d'eugénisme. Même si chaque choix parental semble relever de la sphère privée, leur répétition à grande échelle génère une pression normative et un effacement de la diversité¹¹⁷. De son côté, la professeure Miriam Bentwich critique la distinction opérée par Sparrow entre éthique individuelle et politique publique, estimant qu'elle minimise l'impact sociétal de décisions pourtant orientées par des normes collectives de genre et de normalité. La médicalisation des VDS, même issue d'une décision parentale, participe à une forme d'eugénisme privatisé, non imposé par l'État mais encouragé par une pression sociale intériorisée¹¹⁸. Dans une perspective convergente, Habermas met en lumière les effets d'une intervention sur un corps en devenir qui, sous couvert de liberté reproductive, altère le rapport de l'individu à son autonomie. Agir sans consentement, en posant des actes irréversibles et en prédéfinissant un corps, réduit la naissance à un modèle préconçu, compromettant les principes de liberté, d'égalité et de diversité¹¹⁹.

¹¹⁴ A. BRUERS, « Arno est intersexe : "On a proposé à ma mère de m'avorter" », disponible sur www.rtb.be, 18 août 2024.

¹¹⁵ Résolution 1829 de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, S/RES/1829, 3 octobre 2011, §5.

¹¹⁶ Commissaire aux droits de l'Homme du Conseil de l'Europe, « Les avortements sélectifs en fonction du sexe sont discriminatoires et doivent être interdits », *Carnet des droits de l'homme*, 2014.

¹¹⁷ R. SPARROW, *op. cit.* (voir note 106), p. 30.

¹¹⁸ M. BENTWICH, « On the Inseparability of Gender Eugenics, Ethics, and Public Policy : An Israeli Perspective », *The American Journal of Bioethics*, vol. 13, n°10, 2013, p. 43.

¹¹⁹ J. HABERMAS, *L'avenir de la nature humaine. Vers un eugénisme libéral ?*, Paris, Gallimard, 2001, p. 93 à 101.

B. Agir sur le fœtus : la dexaméthasone en débat

Alors que les pratiques susmentionnées ont trait à la sélection ou l'exclusion, d'autres consistent à agir directement sur l'évolution fœtale en vue d'empêcher l'émergence de caractéristiques sexuelles dites ambiguës. Tel est le cas de l'injection de dexaméthasone, un traitement proposé aux femmes portant un fœtus XX susceptible de développer une hyperplasie congénitale des surrénales¹²⁰. Utilisé pour prévenir la masculinisation génitale, ce procédé comporte des risques médicaux avérés tels que le diabète et les maladies cardiaques¹²¹, ainsi que des effets à long terme sur le métabolisme, la santé psychique et le développement cognitif et comportemental¹²². D'un point de vue éthique, l'attitude de certains représentants de l'industrie pharmaceutique suscite de vives critiques, et ce, en raison de la diffusion de supports promotionnels trompeurs minimisant les dangers encourus¹²³.

En Belgique, cette pratique reste marginale, voire absente. Selon une enquête récente menée auprès de trente-six centres européens spécialisés, seuls treize d'entre eux déclarent y avoir recours. Quant au centre belge interrogé, il indique n'avoir administré aucun traitement de ce type ces dernières années. Cette retenue semble s'inscrire dans une approche prudente. L'étude met cependant en évidence le manque de consensus tant sur le moment, la durée ou la dose du traitement que sur les modalités de suivi. Ainsi, une telle intervention reste théoriquement envisageable, à l'instar de certains pays voisins comme la France ou l'Allemagne¹²⁴.

En définitive, avant même sa naissance, le corps de l'enfant fait déjà l'objet de projections et de décisions, façonné par des attentes normatives. Mais ce processus ne se limite pas toujours à la période prénatale. Il peut aussi s'initier au premier regard posé sur le nouveau-né, lorsque l'examen révèle une variation jusque-là insoupçonnée. Ces instants marquent parfois une continuité avec ce qui a été envisagé avant la naissance ou amorcent une prise de décision totalement nouvelle.

¹²⁰ Variation génétique rare affectant le fonctionnement des glandes surrénales, entraînant une production excessive d'hormones mâles (androgènes) et pouvant provoquer une masculinisation des organes génitaux avant la naissance. Voy. J. LEGER, « Hyperplasie congénitale des surrénales », disponible sur www.orpha.net, *s.d.*, consulté le 25 mars 2025.

¹²¹ Commissaire aux droits de l'Homme du Conseil de l'Europe, *op. cit.* (voir note 5), p. 20.

¹²² B. McCANN-CROSBY *et al.*, « Challenges in Prenatal Treatment with Dexamethasone », *Pediatr Endocrinol Rev.*, septembre 2018, n°16, p. 8.

¹²³ B. McCANN-CROSBY *et al.*, *ibidem*, p. 6.

¹²⁴ H. NOWOTNY *et al.*, « Prenatal dexamethasone treatment for classic 21-hydroxylase deficiency in Europe », *European Journal of Endocrinology*, vol. 186, n°5, 2022, p. 18 à 22.

§2. Stade néonatal et petite enfance

A. Naissance et sexe juridique : quand la loi précède le corps

Moment charnière entre biologie et droit, la naissance représente un tournant majeur sur le plan juridique et administratif. Elle implique l'établissement de l'acte de naissance et de l'enregistrement à l'état civil, où le sexe de l'enfant doit être inscrit. Dans la plupart des États membres de l'Union européenne, les règles encadrant la déclaration de naissance partent du principe que tout individu appartient à l'un des deux sexes, le choix se limitant alors à « M » ou « F ». Les nouveau-nés intersexes ne font pas exception¹²⁵. En Belgique, il y a lieu de déclarer la naissance dans les quinze jours auprès de l'administration communale¹²⁶. En cas d'ambiguïté du sexe, « le père ou la coparente et la mère, ou l'un d'eux, peuvent déclarer le sexe de l'enfant dans un délai de trois mois, moyennant une attestation médicale »¹²⁷. Ce délai, bien que non assorti d'un traitement, reste soumis au regard médical. Notons qu'une rectification de l'acte reste possible par voie judiciaire mais suppose un certificat médical et, dans le cas du mineur, une initiative parentale¹²⁸.

Ces contraintes légales illustrent une attente sociale forte selon laquelle chaque enfant doit nécessairement être inscrit dans l'une des deux catégories¹²⁹. Sans alternative à la binarité juridique, les parents se trouvent contraints de présenter leur enfant comme « non-ambigu » tant sur le plan légal que physique¹³⁰. L'assignation à l'état civil devient indissociable d'une certaine lisibilité corporelle, nourrissant l'idée d'un besoin médical¹³¹. Or, cette pression occulte une distinction fondamentale : modifier une mention sur un document administratif est une démarche irréversible, alors que transformer irréversiblement le corps d'un enfant ne l'est pas. À cet égard, une mère allemande explique que « la pression exercée par le bureau d'enregistrement des naissances pour [...] assigner votre enfant à l'un ou l'autre des deux genres est démesurée et encore amplifiée lorsque les médecins en charge exigent, en même

¹²⁵ Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, « Protection contre la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle, l'identité de genre et les caractéristiques sexuelles dans l'UE », Analyse juridique comparative, 2015, p. 81.

¹²⁶ An. C. civ., art. 43.

¹²⁷ An. C. civ., art. 48, al. 1^{er}.

¹²⁸ N. CALLENS et J. MOTMANS (Centre de recherche pour la Culture et le Genre), « Brochure d'information à l'intention des parents d'enfants présentant des variations des caractéristiques sexuelles », Brochure d'information, 2020, p. 55.

¹²⁹ Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, *op. cit.* (voir note 125), p. 81.

¹³⁰ Commissaire aux droits de l'Homme du Conseil de l'Europe, *op. cit.* (voir note 5), p. 39.

¹³¹ Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, *op. cit.* (voir note 125), p. 81.

temps, que vous donniez votre consentement à des opérations prétendument urgentes. [...] Si l'on m'avait dit qu'il était possible de laisser la case sexe/genre vide pendant plusieurs années, j'aurais su que, d'un point de vue légal, il est parfaitement pertinent d'attendre dans une telle situation »¹³².

Si le débat sur la mention du sexe à l'état civil est pertinent, il dépasse le cadre du présent travail. Retenons simplement que la Cour constitutionnelle a envisagé deux pistes : dépasser la limite du choix binaire ou supprimer toute référence au sexe¹³³. Dans le premier cas, un enfant intersexe pourrait grandir avec un état civil alternatif et décider plus tard, à mesure qu'il acquiert son autonomie, de modifier ou non son corps et son identité civile. Dans le second, l'abolition pure et simple de la mention impliquerait des changements symboliques et pratiques considérables¹³⁴.

B. Intervenir tôt : graver l'assignation sur le corps

À la lumière des éléments exposés, il est clair que le droit belge ne conçoit l'intersexuation que comme un empêchement provisoire à l'attribution d'un sexe, limitant l'incertitude sexuelle à trois mois maximums¹³⁵. Ce laps de temps, bien qu'il puisse laisser croire à un temps de réflexion ou à une possible implication de l'enfant, suscite en réalité une pression à agir avant l'échéance¹³⁶. Il est dès lors fréquent de chercher à faire correspondre le « sexe physique » au « sexe juridique » choisi. Ces ajustements prennent la forme de traitements ou d'opérations, dits de masculinisation ou de féminisation¹³⁷. Schématiquement, les nouveau-nés qui présentent un pénis de moins de deux centimètres sont assignés au genre féminin et subissent une restructuration chirurgicale pour leur conférer une apparence féminine. De la même manière, les clitoris dépassant neuf millimètres sont, eux, jugés trop grands et réduits. Par ailleurs, un plus grand nombre d'enfants sont orientés vers le sexe féminin dans la mesure où il est plus facile d'élaborer un vagin fonctionnel qu'un pénis fonctionnel¹³⁸.

¹³² D.C. GHATTAS, *Human Rights between the Sexes : A preliminary study in the life of inter* individuals*, Henrich Böll Foundation, 2013, p. 24.

¹³³ C.C., 19 juin 2019, n°99/2019, B.7.3.

¹³⁴ G. WILLEMS, « Les personnes intersexes : à la croisée des genres », *L'étranger, la veuve et l'orphelin... Le droit protège-t-il les plus faibles ?*, G. Mathieu et al. (dir.), Bruxelles, Larcier, 2020, p. 490.

¹³⁵ G. MATHIEU, A.-C. RASSON et M. ROLAIN, « L'appréhension des violences subies par les personnes trans et intersexes au prisme des droits humains: une révolution douce », *Les violences de genre au prisme du droit*, S. Wattier (dir.), Bruxelles, Larcier, 2020, p. 58 et 59.

¹³⁶ Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, *op.cit.* (voir note 25), p. 36.

¹³⁷ G. MATHIEU, A.-C. RASSON et M. ROLAIN, *op. cit.* (voir note 135), p. 58 et 59.

¹³⁸ Commissaire aux droits de l'Homme du Conseil de l'Europe, *op. cit.* (voir note 5), p. 20.

Cela étant, cette description n'est qu'un aperçu simplifié. Les interventions sont bien plus nombreuses et techniques, et peuvent avoir lieu tant dans les premiers mois que plus tard au cours de la petite enfance. Ces deux périodes étant regroupées dans ce chapitre, inutile de préciser à quel moment exact chaque intervention peut être pratiquée. « Ablation de gonades ou d'utérus jugés en trop, construction ou dilatation de vagins jugés trop petits, réduction de clitoris jugés trop grands, redressement de pénis jugés tordus, prescription d'hormones sexuelles, hormonothérapie de substitution à vie, amputation d'organes »¹³⁹, tant d'exemples d'actes effectués sur des enfants bien trop jeunes pour consentir. Dans le cadre de ce mémoire, il n'est pas opportun de détailler l'ensemble des pratiques existantes, leurs dénominations précises ou leurs modalités. Pour un panorama complet, nous renvoyons le lecteur à l'article « Perspectives on conducting 'sex-normalising' intersex surgeries conducted in infancy : A systematic review », une étude menée sur des enfants de moins de dix ans qui analyse des cas concrets de vaginoplastie, penectomie, clitoroplastie, phalloplastie et bien d'autres¹⁴⁰.

§3. L'arrêt *M. c. France*

Si les pratiques sont multiples, rares sont celles portées devant les juridictions. C'est en ce sens que le cas de *M. c. France* nous intéresse tout particulièrement¹⁴¹. Cette affaire ouvre pour la première fois devant la CEDH la question des traitements imposés à une personne intersexe mineure, initiés dès la petite enfance et poursuivis durant sa croissance¹⁴².

A. Faits et procédure

Née le 27 novembre 1977, la requérante présente à la naissance un état d'intersexuation. Alors que ses variations ne mettent nullement sa santé en danger, elle subit deux « interventions chirurgicales d'exploration », et ce, à peine âgée de deux mois. Les docteurs requièrent alors son assignation au sexe féminin. S'ensuit une série d'actes invasifs : une castration bilatérale à deux ans, une clitoridoplastie et une vaginoplastie à trois ans ainsi que des interventions pour agrandir et dilater son vagin telles que des pénétrations à l'aide de bougies. Ces dernières se prolongent pendant plusieurs années avec des traitements réguliers jusqu'à l'adolescence. Les

¹³⁹ M.-X. CATTO, « La loi de bioéthique et les intersexes », *JDSAM*, 2020, n°1, p. 66.

¹⁴⁰ L. MUSCHIALLI *et al.*, « Perspectives on conducting "sex-normalising" intersex surgeries conducted in infancy : A systematic review », *PLOS Glob Public Health*, vol. 4, n°8, 2024.

¹⁴¹ Cour eur. D.H., déc. *M. c. France*, 19 mai 2022.

¹⁴² EQUALITY LAW CLINIC (E. BRIBOSIA *et al.*) et HUMAN RIGHTS CENTRE (E. BREMS *et al.*), obs. sous Cour eur. D.H., affaire communiquée *M. c. France*, 22 septembre 2020, Bruxelles, 24 février 2021, p. 1.

chirurgies réalisées durant l'enfance empêchent tout épanouissement sexuel en raison des douleurs persistantes auxquelles s'ajoutent des conséquences psychologiques importantes. Le 22 novembre 2015, la plaignante dépose une plainte contre X en se constituant partie civile¹⁴³.

Estimant que l'action publique est prescrite et qu'aucun obstacle insurmontable ne justifie une dérogation, les juridictions françaises refusent d'instruire ladite plainte. C'est pourquoi la demanderesse se tourne vers la Cour. Sur le fondement de l'article 3 de la Convention, elle soutient que les opérations de « féminisation » réalisées sans nécessité ni consentement constituent des traitements inhumains ou dégradants. Elle reproche également à l'État son inaction face à de telles atteintes touchant des individus vulnérables que sont les enfants¹⁴⁴.

B. Position de la Cour européenne des droits de l'homme

Malgré l'irrecevabilité de la requête pour non-respect du principe de subsidiarité, la Cour saisit l'occasion pour reconnaître « qu'un acte de nature médicale posé sans le consentement éclairé de la personne concernée ou de son·sa représentant·e et/ou sans nécessité thérapeutique et pouvant être de nature à entraîner sa stérilité est constitutif d'un acte contraire à l'article 3 de la Convention »¹⁴⁵. Elle précise également que les litiges relatifs à des actes médicaux entrent dans le champ d'application de l'article 8 de la Convention, y compris lorsque les requérants soutiennent que ces derniers ont été effectués sans consentement du patient¹⁴⁶.

Cette prise de position laisse entrevoir une remise en cause des pratiques de normalisation lorsqu'elles interviennent sans nécessité médicale et/ou sans consentement éclairé, qu'il émane de l'enfant lui-même et/ou de ceux exerçant l'autorité parentale¹⁴⁷. Sur ce second point, la plaignante souligne d'ailleurs à plusieurs reprises que ni ses parents, ni elle-même, n'ont reçu une information complète sur sa situation, celle-ci étant au contraire jugée parcellaire et fallacieuse¹⁴⁸. Cette absence d'information adéquate ne leur a pas permis de comprendre pleinement la nature des interventions réalisées, ce qui implique de s'interroger sur la portée réelle du consentement.

¹⁴³ Cour eur. D.H., déc. *M. c. France*, 19 mai 2022, §§4 à 16.

¹⁴⁴ Cour eur. D.H., déc. *M. c. France*, 19 mai 2022, §49.

¹⁴⁵ P. HUART, « Le droit à l'intégrité physique des personnes intersexes au regard des opérations de 'normalisation' pratiquées sur ces personnes lorsqu'elles sont encore mineures », note sous Cour eur. D.H., 19 mai 2022, *R.T.D.F.*, 2022, n°2, p. 500.

¹⁴⁶ Cour eur. D.H., déc. *M. c. France*, 19 mai 2022, §59.

¹⁴⁷ P. HUART, *op. cit.* (voir note 145), p. 498.

¹⁴⁸ Cour eur. D.H., déc. *M. c. France*, 19 mai 2022, §§20 et 56.

Section 3. Consentement

Dans le contexte de ces pratiques, la question du consentement occupe une place centrale. Avant d'en analyser la portée, il est nécessaire de rappeler certaines notions fondamentales afin de comprendre pourquoi, en l'absence de consentement personnel de l'enfant, il revient aux parents de prendre la décision dans le cadre des opérations de normalisation. Cette section examine donc d'abord le régime de l'incapacité et de la représentation parentale (§1), puis la portée du consentement parental dans le cadre du contrat médical, ainsi que ses limites (§2).

§1. Absence de consentement personnel de l'enfant

A. L'incapacité juridique du mineur : un frein à l'exercice personnel des droits

Bien que l'enfant dispose dès sa naissance de la personnalité juridique, force est de constater que sa vulnérabilité et son manque d'expérience justifient une protection particulière¹⁴⁹. En sa qualité d'individu, il est titulaire de droits, ce qui lui confère une capacité de jouissance. À cet égard, le concept de « droits personnels » retient notre attention. Ils se rapportent à la personne plutôt qu'à son patrimoine, incluant les droits de la personnalité, les droits de l'homme et les libertés fondamentales. Les actes médicaux susmentionnés affectent précisément cette catégorie puisqu'ils impliquent des droits tels que l'intégrité physique ou la dignité. Si l'enfant est bien titulaire de ces droits, sa qualité de personne vulnérable le rend par principe inapte à les exercer¹⁵⁰. Sans chercher à l'affaiblir, il s'agit de lui assurer une transition sécurisée vers l'âge adulte compte tenu de son « inaptitude naturelle à décider seul et raisonnablement de sa vie »¹⁵¹. C'est en ce sens que le droit prévoit le statut de mineur pour toute personne âgée de moins de dix-huit ans, ce qui va de pair avec le régime d'incapacité¹⁵².

L'incapacité juridique renvoie à l'« inaptitude à accomplir seul un acte juridique »¹⁵³. Conformément à l'article 5.41 du Code civil, le mineur est réputé incapable de contracter. Par conséquent, il ne peut donc réaliser lui-même aucun « acte de la vie civile », qu'il s'agisse

¹⁴⁹ F. KERNALÉGUEN, « Adolescent et acte médical en droit français : l'effacement de l'autorité parentale ? », *Adolescent et acte médical, regards croisés*, B. Feuillet-Liger et R. Ida (dir.), Bruxelles, Bruylant, 2011, p. 5.

¹⁵⁰ A. NOTTET, « Mineurs et droits personnels », *R.T.D.F.*, 2010, n°1, p. 15.

¹⁵¹ N. GALLUS, « L'enfant mineur et le droit médical », *Le statut du mineur en droit civil et les droits de l'enfant*, N. Massager (dir.), Bruxelles, Larcier-Intersentia, 2024, p. 431.

¹⁵² An. C. civ., art. 388.

¹⁵³ A. NOTTET, *op. cit.* (voir note 150), p. 17.

d'actes personnels ou patrimoniaux¹⁵⁴. En principe, ce régime s'applique sans distinction à tous les mineurs, englobant alors « le petit enfant, le jeune enfant, le grand enfant »¹⁵⁵. Cette incapacité d'exercice, qui se distingue de l'incapacité de jouissance, est temporaire dans la mesure où elle cesse à la majorité ou en cas d'émancipation. De plus, elle est générale puisqu'elle englobe tous les actes¹⁵⁶. Néanmoins, des exceptions viennent nuancer ce régime. La doctrine met en lumière cette réalité en distinguant trois degrés dans l'étendue de l'incapacité. Premièrement, cette dernière est dite « absolue » si le mineur n'a aucun pouvoir décisionnel. Ensuite, elle peut être « relative » lorsqu'une certaine autonomie lui est reconnue mais limitée. Enfin, une pleine capacité peut être admise pour certains actes déterminés¹⁵⁷.

C'est dans cette perspective que la loi de 2002, en particulier le second paragraphe de son article 12, s'inscrit comme une exception¹⁵⁸. Comme mentionné *supra* lors de l'analyse du cadre juridique, de par cette disposition, un mineur capable de comprendre la portée de l'acte médical peut être associé à la prise de décision. C'est alors le discernement qui est pris en considération. Toutefois, les nourrissons et jeunes enfants visés dans ce chapitre sont, par définition, trop jeunes pour faire preuve d'une telle maturité. Ne remplissant pas les conditions de l'article, l'exception ne peut jouer : il s'agit donc de l'incapacité absolue. C'est pourquoi nous n'aborderons pas encore les notions d'autonomie progressive ou de participation, qui feront l'objet du chapitre 2. Reste alors à se pencher sur le mécanisme de la représentation.

B. Le mécanisme de représentation : un relais pour l'exercice des droits

L'incapacité n'annule pas les droits, elle en transfère l'exercice. Ce transfert s'opère par le biais de la représentation qui habilite un tiers à agir au nom et pour le compte du mineur. La doctrine définit ce mécanisme comme « la substitution d'une personne capable à la personne incapable de l'exercice d'un droit »¹⁵⁹. Dans le cas d'un enfant, cette fonction est confiée aux titulaires de l'autorité parentale¹⁶⁰. Pour la Cour constitutionnelle : « L'autorité dite parentale est une institution qui vise en premier lieu à accorder une protection à l'enfant mineur qui, en

¹⁵⁴ J.-L. RENCHON, « L'autorité parentale et l'incapacité du mineur en droit belge. Exposé général », *Le statut du mineur en droit civil et les droits de l'enfant*, N. Massager (dir.), Bruxelles, Larcier-Intersentia, 2024, p. 183.

¹⁵⁵ F. KERNALÉGUEN, *op. cit.* (voir note 149), p. 5.

¹⁵⁶ K. JOLITON, « Les mineurs et les soins de santé », *J.D.J.*, n°225, 2003, p. 19.

¹⁵⁷ J.-L. RENCHON, *op. cit.* (voir note 154), p. 184.

¹⁵⁸ Loi du 22 août 2002 précitée, art. 12, §2.

¹⁵⁹ H. DE PAGE, *Traité élémentaire de droit civil belge*, t. II : *Les Personnes*, vol. II, 4^e éd. (par J.-P. MASSON), Bruxelles, Bruylant, 1990, p. 1107.

¹⁶⁰ An. C. civ., art. 372.

raison de sa vulnérabilité et de son immaturité physique et mentale, doit recevoir des soins spécifiques et bénéficier d'une protection particulière. Dans le but d'accorder cette protection et dans le souci de l'intérêt de l'enfant comme de sa socialisation, le législateur a confié cette autorité en premier lieu aux parents de l'enfant »¹⁶¹. Nous utiliserons donc le terme « parents » pour notre propos, sans ignorer que d'autres formes de représentation existent¹⁶². Il ne sera pas non plus question des hypothèses de déchéance ou de démembrement. Retenons simplement que les actes médicaux posés sur un enfant supposent, en principe, l'accord conjoint des deux parents¹⁶³.

Les articles 373 et suivants du Code civil précisent les modalités d'exercice de cette autorité. Si les textes ne définissent ni sa portée ni sa finalité¹⁶⁴, l'article 203 de ce même Code¹⁶⁵ en esquisse les contours. Il ressort surtout qu'il s'agit d'un véritable « droit-fonction », regroupant droits et devoirs exercés dans l'intérêt de l'enfant. Parmi ces prérogatives, révélatrices d'une emprise potentiellement significative, figure celle de faire réaliser des soins ou actes médicaux. Les parents concluent donc le contrat médical au nom de l'enfant¹⁶⁶.

§2. Consentement parental dans le contrat médical

A. Une décision à double portée : entre engagement juridique et corporel

Dans le prolongement du régime de représentation parentale, il convient de se pencher sur la portée du consentement exprimé au nom de l'enfant dans le cadre médical. La doctrine et la jurisprudence¹⁶⁷ s'accordent à reconnaître la formation d'un contrat médical dès qu'une demande de soins est formulée auprès d'un professionnel de la santé. Néanmoins, l'acte médical peut-il être réduit à une simple relation contractuelle ? Certes, nous pouvons d'ores et déjà mentionner qu'il comporte inévitablement une dimension quasi-délictuelle¹⁶⁸ (cfr. *infra*). Cela étant, c'est surtout la relation thérapeutique qui le distingue d'un simple contrat. Cette

¹⁶¹ C.A., 8 octobre 2003, n° 134/2003, B.2.

¹⁶² Voy. F. DRUANT, « L'autorité parentale », *J.D.J.*, n°251, janvier 2006.

¹⁶³ G. GENICOT, *Droit médical et biomédical*, 2^e éd., Bruxelles, Larcier, 2016, p. 237.

¹⁶⁴ N. MASSAGER, « Une réforme nécessaire de l'autorité parentale et du statut du mineur en droit civil », *Le statut du mineur en droit civil et les droits de l'enfant*, N. Massager (dir.), Bruxelles, Larcier-Intersentia, 2024, p. 467.

¹⁶⁵ An. C. civ., art. 203.

¹⁶⁶ A. NOTTET, *op. cit.* (voir note 150), p. 19, 20 et 33.

¹⁶⁷ Voy. à cet égard : Cass., 4 octobre 1973, *R.G.A.R.*, 1974, n°9171 ; Cass. fr., 20 mai 1936, *Rev. gén. dr.*, 1936, p. 6815.

¹⁶⁸ G. GENICOT, *op. cit.* (voir note 163), p. 125.

dernière repose non seulement sur un « consentement au sens ‘contractuel’ du terme mais également et surtout le consentement du patient à une atteinte à son intégrité physique »¹⁶⁹.

De toute évidence, pour les enfants en bas âge, ce sont les parents qui concluent ledit contrat. Le consentement parental se substitue à celui du patient qu’est l’enfant. Selon la CEDH, ils sont, en principe les mieux placés pour consentir à un traitement mais leurs intérêts propres ne sauraient primer sur l’intérêt supérieur de l’enfant¹⁷⁰. Cependant, nombreux sont les auteurs qui estiment que les actes juridiques à caractère éminemment personnel sont difficilement compatibles avec la représentation¹⁷¹. À cet égard, la professeure Nicole Gallus souligne que « si on peut imaginer, théoriquement, que le contrat médical pourrait être conclu par représentation, il est par contre difficile d’appliquer ce même mécanisme de la représentation à l’exécution de ce contrat, c’est-à-dire à l’acte médical qui porte atteinte à l’intégrité »¹⁷². Toujours est-il que c’est bien ce consentement parental qui se trouve au cœur du processus décisionnel. Or, déjà difficile à justifier face à des interventions aussi intimes, celui-ci devient d’autant plus préoccupant lorsqu’il se montre lui-même vulnérable.

B. Une décision fragilisée : entraves à un choix libre et éclairé

Si notre analyse s’est jusqu’ici centrée sur l’enfant, il est désormais opportun de se placer du point de vue du décideur. Se pose alors la question du caractère libre et éclairé de ce consentement parental, supposé servir l’intérêt de l’enfant¹⁷³. C’est dans cette perspective qu’est proposé un aperçu des principaux éléments susceptibles d’altérer la décision parentale.

Tout d’abord, comme nous avons pu le constater, une contrainte administrative s’exerce dès la naissance. En effet, la pression liée aux exigences de certification et d’enregistrement des naissances s’impose comme l’une des premières difficultés rencontrées par le parent. Cette obligation de clarification binaire réduit le temps de la réflexion et limite l’accès à d’autres options que la normalisation (cfr *supra*).

¹⁶⁹ K. JOLITON, *op. cit.* (voir note 156), p. 20.

¹⁷⁰ Cour eur. D.H., arrêt *Glass c. Royaume-Uni*, 9 mars 2004, §70 ; Cour eur. D.H., arrêt *Fretté c. France*, 26 février 2002, §42 ; Cour eur. D.H., arrêt *A.B. et autres c. France*, 12 juillet 2016, §151.

¹⁷¹ Voy. à cet égard : N. GALLUS, *op. cit.* (voir note 151), p. 432 ; T. Van HALTEREN, « La protection patrimoniale des mineurs », t. 1 : *Les personnes*, vol. 1 et 2, A.-C. Van Gysel (dir.), Bruxelles, Bruylant, 2015, p. 1049 ; Y.-H. LELEU, « Capacité juridique - Notions générales », *Rép. not.*, t. I : *Les personnes*, liv. V/1, Bruxelles, Larcier, 2004, p. 36.

¹⁷² N. GALLUS, *ibidem*, p. 432.

¹⁷³ Art. 3 de la Convention relative aux droits de l’enfant.

Par ailleurs, il apparaît clairement que le discours médical exerce une influence considérable sur la prise de décision. À cet égard, plusieurs études démontrent que les parents exposés uniquement à des informations d'ordre médical ont trois fois plus de chances de consentir à une intervention chirurgicale que ceux bénéficiant d'un accompagnement centré davantage sur les aspects psychologiques et sociaux. Le poids de la parole médicale, souvent perçue comme objective et experte, tend à orienter les choix parentaux vers ce qui est présenté comme la solution « rationnelle »¹⁷⁴.

Ensuite, il est évident que la vulnérabilité psychologique des parents altère leur capacité de discernement. « Après la mort périnatale, l'ambiguïté génitale est selon toute vraisemblance la situation la plus dévastatrice que peuvent avoir à affronter les parents d'un nouveau-né »¹⁷⁵. Une telle situation génère à l'évidence une détresse émotionnelle influençant *de facto* leur décision. Hélas, il arrive que le corps médical tire parti de cette anxiété parentale¹⁷⁶. En outre, cette fragilité est accentuée par le manque récurrent de soutien psychologique. Un tel accompagnement serait pourtant essentiel pour les aider à affronter la réalité de la situation et à mieux faire face aux pressions sociales et aux implications médico-légales¹⁷⁷. Au minimum, il serait souhaitable d'instaurer systématiquement un encadrement professionnel visant à aider les parents à gérer leurs réactions, à prévoir un climat propice au processus décisionnel, à présenter clairement les différentes options, à répondre à leurs questions et à assurer une compréhension éclairée du dispositif médical auquel il leur est demandé de consentir¹⁷⁸.

De plus, le manque d'accès à une information complète et fiable représente un autre obstacle. Certains témoignages soulignent l'existence de désinformation ou d'informations fallacieuses transmises aux parents¹⁷⁹. Dans l'affaire *M. c. France*, un certificat rédigé par un psychologue clinicien rapporte que « les médecins ont décidé de l'orienter vers le sexe féminin sans informer les parents de la situation réelle de leur enfant. Pire ils ont été induits en erreur. »¹⁸⁰.

¹⁷⁴ Commissaire aux droits de l'Homme du Conseil de l'Europe, *op. cit.* (voir note 5), p. 25.

¹⁷⁵ Y. LOW et J. HUTSON, « Rules for clinical diagnosis in babies with ambiguous genitalia », *Journal of Paediatrics and Child Health*, vol. 39, n° 6, 2003, p. 406.

¹⁷⁶ PRISME, « Stop aux mutilations sur les personnes intersexes », disponible sur www.federation-prisme.be, 17 avril 2023 ; B. McNAMARA, « Report calls for end to surgeries on intersex people without consent », disponible sur www.teenvogue.com, 26 juillet 2017.

¹⁷⁷ Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, *op. cit.* (voir note 125), p. 81.

¹⁷⁸ State of Victoria Department of Health, « Decision-making principles for the care of infants, children and adolescents with intersex conditions », Information brochure, 2013, p. 12.

¹⁷⁹ Commissaire aux droits de l'Homme du Conseil de l'Europe, *op. cit.* (voir note 5), p. 25 ; Human Rights Watch, « I Want to Be Like Nature Made Me », Information brochure, 2017, p. 11.

¹⁸⁰ Cour eur. D.H., déc. *M. c. France*, 19 mai 2022, §12.

Avant toute chose, les parents devraient être informés de manière complète sur la possibilité de reporter une intervention, voire d'y renoncer totalement en l'absence de nécessité ou d'urgence médicale. Cette information doit aussi inclure une présentation claire du diagnostic, des risques encourus, des options envisageables, des traitements disponibles ou encore des enjeux associés. Un consentement véritablement éclairé requiert d'avoir conscience tant des risques négatifs potentiels que des effets positifs des actes médicaux proposés¹⁸¹.

Enfin, par-dessus tous ces facteurs, c'est surtout l'emprise des normes socioculturelles qui oriente la décision. En façonnant les représentations parentales, la conformité au modèle binaire et hétéronormatif s'impose. Face à ces attentes, le libre arbitre est relégué au second plan. Ainsi, même quand le consentement parental est recueilli, les pressions sociales, familiales et médicales sont telles qu'elles compromettent l'autonomie décisionnelle¹⁸². Or, « pourquoi opérer le corps d'un enfant si le problème se situe dans la tête des adultes ? »¹⁸³.

Au delà de ces enjeux liés au consentement parental, la législation autorise, dans certains cas, une intervention sans celui-ci. En vertu de l'article 15 de la loi de 2002, le médecin peut, dans l'intérêt du patient mineur, déroger au choix des titulaires de l'autorité parentale lorsqu'il s'agit de prévenir une menace grave pour sa santé ou sa vie. Cela doit être dûment motivé dans le dossier médical et, si possible, faire l'objet d'une concertation pluridisciplinaire¹⁸⁴. Si cette exception se veut réservée aux situations d'urgence, elle interroge quand nous savons que l'urgence est souvent interprétée de manière extensive. De plus, l'article 8/3 de ladite loi contribue lui aussi à supplanter la volonté du parent. En cas d'urgence, il permet d'agir immédiatement sans consultation, ouvrant la voie à des décisions médicales unilatérales¹⁸⁵.

En filigrane, une question se dessine : pourquoi décider aujourd'hui de ce que l'enfant seul pourra pleinement comprendre demain ? Cette idée, qui invite à déplacer le centre de gravité du consentement vers la personne directement concernée, fera l'objet d'un examen approfondi dans la suite de notre propos (cfr. section 5).

¹⁸¹ State of Victoria Department of Health, *op. cit.* (voir note 178), p. 12.

¹⁸² EQUALITY LAW CLINIC (E. BRIBOSIA *et al.*) et HUMAN RIGHTS CENTRE (E. BREMS *et al.*), *op. cit.* (voir note 142), p. 9.

¹⁸³ Commissaire aux droits de l'Homme du Conseil de l'Europe, *op. cit.* (voir note 5), p. 26.

¹⁸⁴ Loi du 22 août 2002 précitée, art. 15, §2.

¹⁸⁵ Loi du 22 août 2002 précitée, art. 8/3.

Section 4. Responsabilité

Le droit de la responsabilité civile constitue un ensemble dense et technique, composé de régimes multiples (contractuel, extracontractuel, cumul) et de mécanismes variés, allant de la responsabilité du fait personnel ou du fait d'autrui à celle du fait des choses, en passant par les présomptions et causes exonératoires. Dans ce vaste ensemble, l'analyse qui suit se limite aux éléments les plus pertinents, en ciblant principalement la responsabilité du corps médical (§1). Elle ne prétend pas traiter de manière exhaustive toutes les hypothèses et laisse de côté les questions de dommage par ricochet pouvant être subi par les parents. L'étude adopte une logique chronologique : d'une part, les actions pouvant être intentées par les parents au nom de l'enfant, d'autre part, celles exercées par l'enfant devenu majeur. Elle se conclut par un aperçu de la responsabilité pénale, afin d'en cerner les contours et les spécificités (§2).

§1. Responsabilité civile

A. L'action intentée par les parents au nom de l'enfant

1. Sur le fondement contractuel

Nous avons pu constater que lorsqu'une demande de soins est formulée et acceptée, un contrat médical se forme. Celui-ci est conclu avec le médecin et/ou l'hôpital¹⁸⁶.

S'agissant du médecin, il y a lieu de démontrer une faute en lien causal avec un dommage. D'emblée, notons que la faute ne résidera pas nécessairement dans la réalisation de l'acte opératoire ou le dosage d'un traitement, comme c'est le cas pour n'importe quel patient. L'article 5.72 du Code civil distingue les obligations de moyen et de résultat. L'essentiel ici, c'est la manière dont le médecin a informé les parents et présenté l'opération¹⁸⁷. Cette faute peut découler de la violation d'une norme déterminée, comme les obligations issues de la loi de 2002¹⁸⁸, mais peut aussi être appréciée sur la base du comportement qu'aurait adopté un professionnel prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances¹⁸⁹. Pour cela, il faut avoir égard à l'état des techniques, des connaissances scientifiques et des bonnes pratiques¹⁹⁰.

¹⁸⁶ P. COLSON, « Les actes médicaux à l'égard des personnes intersexes sous le prisme de la responsabilité civile », *Les droits des personnes intersexes*, S. Wattier et al. (dir.), Bruxelles, Larcier-Intersentia, 2024, p. 31.

¹⁸⁷ Cour eur. D.H., déc. *M. c. France*, 19 mai 2022, §20 ; P. COLSON, *ibidem*, p. 38.

¹⁸⁸ Loi du 22 août 2002 précitée.

¹⁸⁹ C. civ., art. 6.6, §1^{er}.

¹⁹⁰ C. civ., art. 6.6, §2, al. 2, 3^o et 4^o.

Or, depuis les années 2000, un praticien peut difficilement invoquer son ignorance face aux enjeux liés à l'intersexuation¹⁹¹. Concrètement, les parents peuvent faire valoir que le médecin a omis de mettre en balance les risques et les bénéfices de l'intervention alors que les premiers n'étaient pas proportionnés à son utilité¹⁹². Ils peuvent aussi soutenir que, conscient d'un déséquilibre, le médecin n'a pas informé en temps utile et de manière adéquate¹⁹³. Une autre voie d'action consiste à reprocher au médecin de ne pas avoir proposé le report ou l'abstention malgré les risques et l'absence d'urgence¹⁹⁴. En toute hypothèse, dès que l'absence de consentement libre et éclairé est prouvée, le médecin commet une faute¹⁹⁵. En outre, le dommage à établir prend souvent la forme d'une atteinte à l'intégrité physique de l'enfant¹⁹⁶ et peut être accompagné de souffrances psychologiques et de séquelles durables¹⁹⁷. Enfin, un lien causal entre la faute et le dommage doit pouvoir être identifié. En considérant que la faute réside dans le vice de consentement, les parents doivent démontrer que s'ils avaient correctement été informés, ils se seraient opposés à l'intervention et le dommage ne se serait par conséquent pas réalisé¹⁹⁸. En somme, tout ceci relève de l'appréciation du juge.

S'agissant de l'hôpital, sa responsabilité contractuelle peut être engagée soit en raison d'une faute qui lui est propre, soit du fait des actes de ses auxiliaires. Dans le premier cas, il peut s'agir d'un défaut d'organisation interne, tel que le manque de consignes claires au personnel concernant l'abstention thérapeutique ou la communication des informations relatives au patient¹⁹⁹. Dans le second cas, l'article 5.229 du Code civil permet d'imputer à l'hôpital les fautes commises par les auxiliaires chargés d'exécuter ses obligations. Considérés comme tels, les médecins et infirmiers engagent l'établissement par leurs manquements, et ce, peu importe leur statut ou leur autonomie dès lors qu'un lien contractuel existe et qu'un dommage en découle. C'est une voie qui peut s'avérer utile pour les parents lorsque la pluralité d'intervenants complique l'identification précise de l'auteur de la faute²⁰⁰.

¹⁹¹ P. COLSON, *op. cit.* (voir note 186), p. 40.

¹⁹² Civ. Anvers, 13 mai 1993, *Rev. dr. santé*, 1996-1997, p. 190.

¹⁹³ P. COLSON, *op. cit.* (voir note 186), p. 44.

¹⁹⁴ P. CANNOOT, « Brussels hof van beroep veroordeelt kinderziekenhuis voor onzorgvuldige 'normaliserende' ingreep bij intersekse meisje », *T.J.K.*, 2024, p. 57 ; T. VANSWEEVELT, *La responsabilité civile du médecin et de l'hôpital*, Bruxelles, Bruylant, 1996, p. 201.

¹⁹⁵ P. COLSON, *op. cit.* (voir note 186), p. 45.

¹⁹⁶ C. DERAIVE, A.-C. RASSON et I. RORIVE, *op. cit.* (voir note 14), p. 312.

¹⁹⁷ P. COLSON, *op. cit.* (voir note 186), p. 51.

¹⁹⁸ B. DUBUISSON, *Cours magistral de « responsabilité civile approfondie »*, année académique 2024-2025.

¹⁹⁹ Civ. fr. Bruxelles, 5 novembre 2018, *R.G.A.R.*, 2019, n°15558 ; Civ. Gand, 14 avril 2006, *R.D.S.*, 2009-2010, p. 142.

²⁰⁰ P. COLSON, *op. cit.* (voir note 186), p. 35 et 36.

2. *Sur le fondement extracontractuel*

Le fait qu'un contrat médical ait été conclu n'exclut pas l'application des règles de la responsabilité extracontractuelle²⁰¹.

S'agissant du médecin, au regard des articles 5.225 et 5.237 du Code civil, le raisonnement reste identique à celui suivi en responsabilité contractuelle puisqu'il faut établir une faute en lien causal avec un dommage (cfr. *supra*). Néanmoins, il n'est évidemment plus question de qualifier la faute au regard d'un manquement aux obligations contractuelles telles que définies à l'article 5.72 du Code civil.

S'agissant de l'hôpital, sa mise en cause peut s'opérer sur le fondement de l'article 6.14 du Code civil, en tant que commettant. Le lien de subordination est généralement reconnu à l'égard du personnel infirmier, souvent qualifié de préposé. Il en va autrement pour les médecins, exerçant la plupart du temps comme indépendants²⁰². Cependant, les parents peuvent également se fonder sur l'article 30 de la loi sur les hôpitaux²⁰³, permettant de mettre en cause l'établissement pour les fautes commises par les praticiens sans exiger qu'ils aient la qualité de préposé²⁰⁴. Une exonération est toutefois prévue à l'article 4 de ladite loi²⁰⁵.

B. L'action intentée par l'enfant devenu majeur en son nom propre

En vertu de l'article 17 du Code judiciaire, l'enfant devenu majeur peut agir en son nom propre, ses intérêts étant directement en cause dès lors qu'il est lui-même la victime du dommage. Qui plus est, le préjudice peut s'aggraver avec le temps à mesure que la personne prend conscience des conséquences des actes subis durant l'enfance, que ce soit sa vie sexuelle ou son équilibre psychologique. Cette action s'inscrit dans le même ordre d'idées que celles fondées sur les naissances ou grossesses préjudiciables²⁰⁶.

N'étant pas partie au contrat médical initial, seule la responsabilité extracontractuelle peut être envisagée. La personne agit sur base d'un intérêt personnel juridiquement protégé au sens de

²⁰¹ P. COLSON, *ibidem*, p. 33.

²⁰² P. COLSON, *ibidem*, p. 36.

²⁰³ Loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, *M.B.*, 7 novembre 2008, art. 30.

²⁰⁴ Civ. Gand, 10 septembre 2012, *T.G.R.*, 2013, p. 10.

²⁰⁵ Loi du 10 juillet 2008 précitée, art. 4.

²⁰⁶ Voy. à cet égard : Liège (20^e ch.), 3 décembre 2020, *J.T.*, 2021, n°22, p. 413 ; N. COLETTE-BASECQZ, « Une affaire 'Perruche' en Belgique dix ans plus tard ! », *Rev. dr. santé*, 2010-2011, n°5, p. 380 et 381.

l'article 6.24 du Code civil. Il ne peut être reproché une absence de consentement personnel au moment des faits, dans la mesure où celui-ci a été juridiquement remplacé par le consentement parental, conformément au droit en vigueur. L'argumentation consiste donc à démontrer que ce consentement substitutif était vicié, notamment parce que l'intervention aurait pu être différée en l'absence de nécessité médicale urgente. C'est alors le même raisonnement que celui suivi par les parents dans le cadre d'une action délictuelle (cfr. *supra*). La principale différence se trouve dans le fait que l'enfant devenu adulte exerce le recours en tant que principal intéressé.

Reste à déterminer ce qu'il en est du régime de prescription. Les Principes de Yogyakarta plus 10 consacrent un droit à la vérité exempt de prescription pour les victimes de violations liées aux caractéristiques sexuelles²⁰⁷. L'article 2262*bis* du Code civil prévoit un délai de prescription de cinq ans à compter du jour où la personne lésée a eu connaissance du dommage, de son aggravation et de l'identité du responsable, avec un plafond de vingt ans à partir du fait générateur. Ce délai est cependant suspendu pendant la minorité, en vertu de l'article 2252 du même Code²⁰⁸. Il est ainsi possible d'agir à la majorité pour autant que l'action soit introduite dans les cinq ans suivant cette prise de conscience et dans la limite maximale de vingt ans après les faits. En pratique, beaucoup ignorent les opérations et traitements subis pendant l'enfance, retardant alors le délai²⁰⁹. Mais, si la loi indique un délai adapté à la découverte tardive, encore faut-il que la personne puisse accéder aux éléments médicaux nécessaires pour agir, ce qui fait fréquemment défaut²¹⁰. Comme l'illustre ce témoignage : « J'ai sollicité les autorités pour obtenir des informations sur ce qui m'est arrivé, mais le dossier médical des dix premières années de ma vie a soudainement disparu »²¹¹.

C. Parents responsables ?

En théorie, la responsabilité extracontractuelle des parents pour faute personnelle peut aussi être engagée. Il ne s'agit plus d'une faute médicale mais d'un manquement dans l'exercice de l'autorité parentale. Celle-ci impose de garantir le respect et l'effectivité des droits de l'enfant

²⁰⁷ Principes de Yogyakarta plus 10, principes n°37.

²⁰⁸ An. C. civ., art. 2252.

²⁰⁹ Commissaire aux droits de l'Homme du Conseil de l'Europe, *op. cit.* (voir note 5), p. 14.

²¹⁰ Cour eur. D.H., déc. *M. c. France*, 19 mai 2022, §20 ; Commissaire aux droits de l'Homme du Conseil de l'Europe, *ibidem*, p. 56.

²¹¹ AMNESTY INTERNATIONAL, « 'D'abord, ne pas nuire' : il faut garantir les droits des enfants nés intersexués », disponible sur www.amnesty.org, 9 mai 2017.

tenant compte de son intérêt supérieur²¹². La faute s'apprécie au regard de la conduite attendue d'un parent prudent et diligent dans l'exercice de son autorité. Cela étant, une telle voie semble fragile dans la mesure où les parents pourraient facilement s'exonérer en invoquant que leur consentement a été biaisé par le corps médical.

§2. Responsabilité pénale

Selon l'acte et le contexte, différentes qualifications pénales peuvent être envisagées : coups et blessures volontaires, administration volontaire de substances, torture et traitement inhumain ou dégradant, viol ou encore coups et blessures involontaires. Le droit pénal prévoit par ailleurs des circonstances aggravantes telles que la préméditation, la mutilation grave, la minorité, la vulnérabilité ou même le mobile discriminatoire fondé sur les caractéristiques sexuelles. S'agissant des interventions de normalisation, la qualification de coups et blessures volontaires avec mutilation grave semble la plus appropriée, d'autant que la vulnérabilité des enfants intersexes justifie un alourdissement de la peine. Par ailleurs, un concours d'infractions peut être envisagé, auquel cas seule la peine la plus élevée est retenue²¹³.

En vertu de l'article 70 du Code pénal, la cause de justification fondée sur l'autorisation légale d'un acte médical permet de rendre licites certains faits autrement qualifiables pénalement, à condition de respecter des critères stricts. L'intervention doit viser une finalité thérapeutique, être autorisée par un professionnel habilité et respecter les conditions de consentement, de nécessité et de proportionnalité²¹⁴. En ce sens, la loi de 2002 rappelle les exigences en matière d'information, de délai de réflexion et d'équilibre entre les risques et les bénéfices attendus²¹⁵. Pourtant, force est de constater que ce ne sont pas des motifs médicaux qui sous-tendent la majorité des interventions précoces mais bien des considérations esthétiques et/ou sociales. Ne relèvent donc pas des exceptions des arguments comme le renforcement du lien d'attachement parental, l'aide à la construction de l'identité de genre, la peur de la stigmatisation ou encore les progrès techniques censés limiter les séquelles²¹⁶. Il en

²¹² J.-L. RENCHON, *op. cit.* (voir note 154), p. 181.

²¹³ N. COLETTE-BASECQZ, « Les actes médicaux à l'égard des personnes intersexes sous le prisme de la responsabilité pénale », *Les droits des personnes intersexes*, S. Wattier *et al.* (dir.), Bruxelles, Larcier-Intersentia, 2024, p. 57 à 64.

²¹⁴ Bruxelles, 12 février 2014, *Rev. dr. pén.*, 2014, p. 717.

²¹⁵ N. COLETTE-BASECQZ, *op. cit.* (voir note 213), p. 65 à 68.

²¹⁶ J. BASTIEN-CHARLEBOIS, « À qui appartient-il de déterminer les modes d'intervention auprès des personnes intersexuées ? », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 28, n°1, 2016, p. 70 et 71.

va de même pour les justifications d'ordre culturel, religieux, économique ainsi que de l'idée selon laquelle intervenir tôt permettrait de garantir un meilleur résultat ou d'éviter un traumatisme lié au souvenir de l'opération²¹⁷.

Bien que la critique des pratiques précoces soit largement fondée, elle ne doit pas occulter certaines réalités cliniques. Nous ne pouvons exclure l'existence de situations exceptionnelles dans lesquelles il est nécessaire d'intervenir pour garantir la santé de l'enfant²¹⁸. Mais il est évident que cela suppose une véritable urgence thérapeutique, soulevant la difficulté d'en apprécier le degré en l'absence de critères clairs.

Somme toute, ces constats amènent à envisager l'opportunité d'une incrimination spécifique, examinée ci-après.

Section 5. Réflexions conclusives

§1. Le droit belge et ses failles : les enfants intersexes en danger

Tout au long de ce chapitre, l'analyse met en évidence que, si le droit belge offre un socle de garanties à travers la loi de 2002 et certaines dispositions éparses, ce cadre demeure inadapté aux réalités spécifiques des très jeunes enfants intersexes. Plusieurs fragilités structurelles se dégagent. L'absence d'encadrement spécifique du diagnostic préimplantatoire et prénatal ouvre la voie à des dérives eugéniques, certaines variations étant assimilées à des anomalies justifiant une sélection embryonnaire ou fœtale. L'administration prénatale de dexaméthasone reste également théoriquement possible en l'absence de consensus médical sur ses modalités. Les règles de l'état civil, en imposant un choix binaire, limitent les options disponibles à la naissance et exercent une forme de pression à agir. Surtout, la fragilité la plus préoccupante réside dans l'articulation entre l'incapacité juridique de l'enfant et la représentation parentale. Pour des actes aussi intimes et irréversibles, le recours au consentement parental apparaît d'autant plus contestable qu'il est souvent influencé, voire biaisé, par la pression sociale et/ou administrative, le poids du discours médical ou encore la désinformation, et ce, d'autant plus que l'urgence thérapeutique reste difficile à apprécier en l'absence de critères clairs.

²¹⁷ Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, *op. cit.* (voir note 25), p. 16 et 17.

²¹⁸ Pour plus de précisions concernant les seules causes urgentes de VDS, voy. C. BOUVATTIER, *op. cit.* (voir note 103), p. 51.

Ces carences révèlent qu'en l'état, le droit belge ne garantit pas une protection pleinement adaptée aux droits fondamentaux des enfants intersexes, en particulier à leur intégrité physique. Les condamnations répétées des comités onusiens invitent dès lors à examiner comment d'autres ordres juridiques ont tenté de combler ces lacunes, ainsi qu'à analyser les initiatives déjà esquissées en Belgique.

§2. Expériences étrangères et initiatives belges : des pistes pour renforcer la protection

À ce jour, six États membres des Nations Unies ont adopté des lois interdisant explicitement les interventions d'assignation sexuelle ou les traitements forcés sur les mineurs intersexes incapables de consentir. Malte a été le premier pays à légiférer en ce sens avec sa loi du 14 avril 2015, qui prohibe toute intervention différable jusqu'à ce que l'enfant puisse donner un consentement éclairé²¹⁹, excepté en cas de « circonstances exceptionnelles », entendues comme « une situation dans laquelle les variations physiques entraînent des inflammations à répétition qui mettent en péril la santé de l'enfant »²²⁰. Le Portugal a suivi en 2018 avec une loi sur l'autodétermination de l'identité de genre et la protection des caractéristiques sexuelles, interdisant toute modification corporelle jusqu'au moment où l'identité de genre est atteinte, sauf en cas de danger pour la santé²²¹. L'Islande, en 2019, a consacré le droit à l'intégrité physique des mineurs intersexes et précisé que, si l'enfant n'est pas en mesure de consentir, les modifications des caractéristiques sexuelles ne sont possibles que « pour des raisons de santé », les raisons sociales, psychosociales et liées à l'apparence n'étant pas considérées comme telles²²². En Allemagne, la loi du 21 mars 2021 interdit les opérations chirurgicales sur les caractéristiques sexuelles internes ou externes d'un enfant incapable de consentir présentant une VDS, et impose que toute opération d'assignation sexuelle dans ce contexte soit soumise à l'autorisation du juge, après avis d'une commission interdisciplinaire spécialisée²²³. La Grèce, en 2022, a interdit toute intervention avant l'âge de 15 ans, sauf autorisation expresse d'un tribunal lorsque l'acte ne peut être différé et qu'il ne présente pas

²¹⁹ Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics Act No. XI, 14 avril 2015, art. 14.1.

²²⁰ S. WATTIER et M. ROLAIN, « Le droit à l'intégrité physique des personnes intersexes : regard de droit comparé », *Les droits des personnes intersexes*, S. Wattier et al. (dir.), Bruxelles, Larcier-Intersentia, 2024, p. 125.

²²¹ Lei n°38/2018 de 7 de agosto, Direito à autodeterminação da identidade de género e expressão de género e à proteção das características sexuais de cada pessoa, *Diário da República*, 2018, p. 3922.

²²² Act on Gender Autonomy n°80/2019 as amended by Act n°159/2019, n°152/2020 et n°154/2020, art. 11a.

²²³ Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zum Schutz von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung, art. 1.

de risque de complications futures pour la santé du mineur²²⁴. Enfin, l'Espagne, en 2023, a interdit les interventions forcées sur les enfants de moins de douze ans, sauf nécessité médicale²²⁵. Notons que, dans la majorité de ces législations, l'absence de sanctions pénales ou de mécanismes de réparation civile demeure une faiblesse.

En Belgique, nous pouvons citer deux initiatives récentes qui témoignent d'une volonté d'encadrer plus strictement les interventions de normalisation précoces. La résolution adoptée en 2021 appelle à « mettre en place [...] un cadre législatif protégeant l'intégrité physique des mineurs intersexes en garantissant, sauf nécessité médicale et situation d'urgence rendant impossible le retardement de la décision, l'interdiction de toute décision de modification des caractéristiques sexuelles d'un mineur sans le consentement éclairé de celui-ci que ce soit pour des raisons sociales, psychosociales, culturelles ou esthétiques et, en cas de nécessité médicale grave, en vérifiant la capacité de discernement du mineur et en garantissant qu'il ait voix au chapitre s'il est constaté qu'il est doté de la capacité de discernement »²²⁶. Cela implique de « mener une réflexion avec les parties-prenantes sur les critères permettant de déterminer où se situent l'intérêt de l'enfant, le degré d'urgence, et la nécessité médicale grave dans les cas où une modification des caractéristiques sexuelles est envisagée »²²⁷. De son côté, la proposition de loi déposée en juillet 2024 prévoit l'interdiction des interventions non-urgentes sans consentement de la personne concernée, l'exclusion de la représentation parentale dans ce domaine, un encadrement strict des exceptions ainsi que l'instauration de sanctions pénales et l'obligation d'un accompagnement adapté²²⁸.

En plaçant au centre la notion de consentement de la personne concernée et en écartant la représentation parentale, cette approche met en lumière le nœud du problème : la place laissée aux parents pour décider d'interventions irréversibles sur le corps de leur enfant.

²²⁴ Loi n°4958/2022 du 19 juillet 2022 de réformes de la procréation médicalement assistée et autres réglementations urgentes, *Journal officiel*, 142/A/21 juillet 2022, p. 5041 à 5060, art. 17.

²²⁵ Ley n°4/2023 de 28 de febrero 2023, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI, *B.O.E.*, 1er mars 2023, art. 19.2.

²²⁶ Résolution visant à reconnaître le droit à l'intégrité physique des mineurs intersexes, *Doc.*, Ch., 2020-2021, n°55-0043/008, p. 5.

²²⁷ Résolution visant à reconnaître le droit à l'intégrité physique des mineurs intersexes, *Doc.*, Ch., 2020-2021, n°55-0043/008, p. 5 à 6.

²²⁸ Proposition de loi visant à préserver l'intégrité physique et psychologique ainsi que l'autonomie corporelle des personnes présentant des variations des caractéristiques sexuelles, *Doc.*, Ch., 2024, n°56-0077/001.

§3. Garantir l'effectivité des droits de l'enfant : vers un consentement différé ?

Les données disponibles soulignent l'ampleur de la difficulté : une enquête menée en 2020 révèle que 62% des personnes ayant subi une opération chirurgicale visant à modifier leurs caractéristiques sexuelles déclarent ne pas avoir donné, ni elles-mêmes ni leurs représentants, un consentement libre et éclairé²²⁹. Parallèlement, une autre étude montre que 25 à 50% des parents expriment *a posteriori* des regrets, qu'il y ait eu ou non des effets indésirables²³⁰. Ces observations questionnent plus largement la légitimité d'un système fondé sur la représentation parentale. Si celle-ci est conforme aux standards internationaux, elle ne garantit pas que les parents soient les mieux placés pour évaluer ce qui est préférable pour l'intégrité corporelle de leur enfant²³¹. Même si l'on parvenait à garantir un consentement réellement libre et éclairé de la part des parents, une critique fondamentale subsiste : « Dans un contexte de domination adultiste, les enfants subissent encore aujourd'hui de nombreuses discriminations et violations de leurs droits à cause de leur âge et de leur statut »²³². Le régime d'incapacité peut accroître la fragilité des enfants tandis que l'absence de contrôle réel sur l'autorité parentale expose à des atteintes importantes de leurs droits²³³.

Face à ces constats, il devient impératif de redéfinir les conditions entourant le consentement à ces actes médicaux. Une réponse largement soutenue consiste à faire du consentement libre, préalable, pleinement informé et personnel le principe directeur²³⁴. Ce dernier critère emporte des conséquences directes. Sur le plan civil, hors urgence médicale, toute intervention sans consentement propre serait en elle-même fautive, en raison du caractère éminemment personnel de l'acte. Une telle réforme mettrait fin aux débats probatoires sur la qualité du consentement parental et sur la prescription en cas de découverte tardive. Elle allégerait également la charge des parents et offrirait aux médecins un cadre plus clair et protecteur, dès lors qu'ils en respecteraient scrupuleusement les exigences. Sur le plan pénal, reconnaître le

²²⁹ Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, « A long way to go for LGBTI equality », Survey report, 2020, p. 54.

²³⁰ N. CALLENS et J. MOTMANS (Centre de recherche pour la Culture et le Genre), *op. cit.* (voir note 128), p. 48.

²³¹ P. CANNOOT, « Do parents really know best ? Informed consent to sex assigning and 'normalising' treatment of minors with variations of sex characteristics », *Culture, health & sexuality*, vol. 23, n°2, 2021, p. 577.

²³² G. MATHIEU, A.-C. RASSON et A. RASSON-ROLAND, « La refonte du statut du mineur en droit civil à travers le prisme des droits de l'enfant : l'apport de la CIDE et du Comité des droits de l'enfant », *Le statut du mineur en droit civil et les droits de l'enfant*, N. Massager (dir.), Bruxelles, Larcier-Intersentia, 2024, p. 68.

²³³ G. MATHIEU, A.-C. RASSON et A. RASSON-ROLAND, *ibidem*, p. 68.

²³⁴ D.C. GHATTAS (OII EUROPE), « Protéger les personnes intersexes en Europe : Guide pour les législateur-ice-s et les décideur-euse-s politiques », Guide politique, 2019, p. 19.

consentement personnel comme principe et non comme exception conduirait à envisager une incrimination spécifique au même titre que celles susmentionnées. Une partie de la doctrine y est favorable²³⁵. Car si le droit positif offre déjà certaines qualifications pénales, leur fragmentation ne permet pas de saisir pleinement la gravité et la singularité des atteintes infligées aux enfants intersexes. Pourtant, force est de constater que la réforme de 2026 ne saisit pas cette opportunité.

C'est en ce sens que nous appuyons les propositions de plusieurs auteurs plaçant pour un report systématique des interventions non urgentes jusqu'à ce que l'enfant soit suffisamment mûr et reconnu apte à formuler un choix autonome²³⁶. Changer la nature du consentement et en repenser la temporalité, telle est la voie à suivre pour garantir que les droits personnels du mineur lui restent propres, sans que son jeune âge ne constitue un frein à leur reconnaissance. D'où l'urgence d'adopter une *lex specialis* respectueuse de la vulnérabilité des enfants intersexes incapables de consentir, qui viendrait supplanter la *lex generalis* de 2002. Divers outils ont été créés en vue d'accompagner les décideurs dans l'élaboration de normes adaptées : la note technique publiée en 2023 par le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme²³⁷, les indicateurs établis par OII Europe destinés à orienter l'action législative²³⁸ ou encore le guide publié par ILGA-Europe²³⁹. À court terme, des ressources comme la brochure élaborée à l'initiative du gouvernement fédéral par des chercheurs de l'Université de Gand peuvent déjà contribuer à mieux accompagner les parents dans leur réflexion²⁴⁰.

Considérant que le report est l'ultime solution pour protéger les droits de l'enfant, une question subsiste : parvenu à l'adolescence, moment présumé du consentement différé, dispose-t-il réellement des conditions nécessaires pour exercer librement ce droit ?

²³⁵ Voy. à cet égard : M. CASTERMANS, « La responsabilité de médecins pour opérations de 'normalisation sexuelle' médicalement non nécessaires d'enfants intersexes », note sous Bruxelles (4^e ch.), 7 février 2023, *Rev. dr. santé*, 2024, n°3, p. 259 ; B. MORON-PUECH, « Mutilations génitales intersexuées : gare aux juges civils ! », obs. sous Bruxelles, 7 février 2023, *Forum de droit familial*, 2023, n°5, p. 49.

²³⁶ Voy. par exemple : P. CANNOOT, *op. cit.* (voir note 231), p. 570 ; G. MATHIEU, A.-C. RASSON et M. ROLAIN, *op. cit.* (voir note 135), p. 60 ; E. BRIBOSIA et I. RORIVE, « Human rights integration in action : making equality law work for trans people in Belgium », *Fragmentation and Integration in Human Rights Law. Users' Perspectives*, E. Brems et S. Ouald-Chaib (dir.), Cheltenham, Edward Elgar, 2018, p. 136 ; M. COOLS *et al.*, « Caring for individuals with a difference of sex development (DSD) : a Consensus Statement », *Nature Reviews Endocrinology*, 2018, n°14, p. 418 ; M.-X. CATTO, *op. cit.* (voir note 139), p. 68 ; B. MORON-PUECH, *op. cit.* (voir note 235), p. 50.

²³⁷ Office of the High Commissioner for Human Rights, « Human rights of intersex people : Human rights standards and good practices », Technical note, 2023.

²³⁸ OII Europe, *op. cit.*, (voir note 43).

²³⁹ D.C. GHATTAS (OII EUROPE), *op. cit.* (voir note 234).

²⁴⁰ N. CALLENS et J. MOTMANS (Centre de recherche pour la Culture et le Genre), *op. cit.* (voir note 128).

CHAPITRE 2. Interventions de normalisation sur le patient adolescent

Après avoir analysé les interventions de normalisation pratiquées dès les premières années de vie, il importe désormais de s'intéresser à la manière dont ces pratiques évoluent ou émergent à l'adolescence, terme entendu ici comme désignant un mineur doué de discernement²⁴¹. Dans un souci de cohérence, nous aborderons ce chapitre suivant la même structure que le précédent. Il s'ouvrira sur le cadre juridique applicable aux interventions pratiquées sur les adolescents intersexes (section 1), puis exposera les pratiques observées (section 2). Seront ensuite examinées les conditions dans lesquelles le consentement du mineur peut être valablement donné et reconnu (section 3), avant d'analyser la question de la responsabilité (section 4). Nous concluons avec quelques éléments de réflexion (section 5).

Section 1. Cadre juridique

À l'instar de la petite enfance, l'analyse du cadre juridique se divise en deux volets : supranational (§1) et national (§2).

§1. Cadre juridique supranational : instruments internationaux et européens

Au niveau international, les instruments déjà évoqués conservent leur pertinence mais certains revêtent une portée particulière à l'adolescence. C'est le cas de la CIDE, dont les articles 3 et 24 restent centraux et dont l'article 12 consacre le droit de l'enfant discernant à exprimer librement son opinion et à voir celle-ci dûment prise en considération²⁴². L'Observation générale n°12 du Comité des droits de l'enfant rappelle que les enfants « n'ont pas l'autonomie complète des adultes, mais [...] sont sujets de droits »²⁴³, dotés du droit de participer aux décisions ayant un impact sur leur vie, au-delà de leur simple vulnérabilité²⁴⁴. L'Observation générale n°14²⁴⁵ insiste sur le fait que la participation active de l'enfant

²⁴¹ G. SCHAMPS, « Le degré d'autonomie du mineur dans le domaine des soins médicaux en droit belge », *Adolescent et acte médical, regards croisés*, B. Feuillet-Liger et R. Ida (dir.), Bruxelles, Bruylant, 2011, p. 84.

²⁴² Art. 3, 12 et 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant.

²⁴³ Com. dr. enf., *Observation générale n°12 : Le droit de l'enfant d'être entendu*, 20 juillet 2009, CRC/C/GC/12, §1.

²⁴⁴ G. WILLEMS, « Le droit du mineur à l'autonomie et à la participation dans la jurisprudence de la cour européenne des droits de l'homme », *Le statut du mineur en droit civil et les droits de l'enfant*, N. Massager (dir.), Bruxelles, Larcier-Intersentia, 2024, p. 74.

²⁴⁵ Com. dr. enf., *Observation générale n°14 sur le droit de l'enfant à ce que son intérêt supérieur soit une considération primordiale* (art. 3, par. 1), 29 mai 2013, CRC/C/GC/14.

constitue un élément essentiel pour apprécier et déterminer ce qui correspond à son intérêt supérieur²⁴⁶. En outre, l'Observation générale n°20 précise que tout traitement ou toute procédure médicale devrait recueillir le consentement libre et éclairé de l'adolescent, indépendamment de l'exigence ou non d'un accord parental ou tuteur²⁴⁷.

Au niveau européen, les articles 3, 8 et 14 de la Convention demeurent les références principales²⁴⁸. Les décisions de la CEDH témoignent d'une ouverture progressive à la reconnaissance d'une autonomie accrue du mineur²⁴⁹. La Convention d'Oviedo conserve un intérêt particulier. Son article 5 impose le consentement libre et éclairé de la personne concernée avant toute intervention de santé, après information sur ses objectifs, sa nature, ses conséquences et ses risques, et permet de le retirer à tout moment. Son article 6 précise que l'avis du mineur doit être pris en compte de manière croissante en fonction de son âge et de sa maturité. L'article 10, enfin, garantit le respect de la vie privée en matière d'informations de santé²⁵⁰. La CDFUE consacre, à son article 3, le droit à l'intégrité physique et mentale, lequel inclut l'exigence d'un consentement libre et éclairé en matière médicale. Les articles 4, 7, 20 et 21, déjà présentés au chapitre précédent, peuvent également être mobilisés ici²⁵¹. Enfin, la Convention d'Istanbul reste applicable dans les mêmes termes²⁵².

§2. Cadre juridique national : la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient

Comme exposé précédemment, il n'existe à ce jour aucune législation spécifique encadrant les pratiques de normalisation réalisées sur les personnes intersexes, quel que soit leur âge. À défaut de cadre particulier, les règles générales du droit médical belge s'appliquent. C'est pourquoi la loi de 2002 constitue également le fondement juridique principal des droits du patient adolescent intersexe²⁵³.

²⁴⁶ G. WILLEMS, *op. cit.* (voir note 244), p. 74.

²⁴⁷ Com. dr. enf., *Observation générale n°20 sur la mise en œuvre des droits de l'enfant pendant l'adolescence*, 6 décembre 2016, CRC/C/GC/20, §39.

²⁴⁸ Art. 3, 8 et 14 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

²⁴⁹ Voy. à cet égard : Cour eur. D.H., arrêt *M. et M. c. Croatie*, 3 décembre 2015, §171 ; Cour eur. D.H., arrêt *P. et S. c. Pologne*, 30 octobre 2012, §109.

²⁵⁰ Art. 5, 6 et 10 de la Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine.

²⁵¹ Art. 3, 4, 7, 20 et 21 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne.

²⁵² Art. 38 et 39 de la Convention sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, signée à Istanbul le 11 mai 2011, approuvée par la loi du 1^{er} mars 2016, *M.B.*, 9 juin 2016.

²⁵³ Loi du 22 août 2002 précitée.

À la différence de la petite enfance, l'adolescence ouvre la possibilité pour le mineur d'être personnellement acteur de son parcours médical. Il peut désormais prétendre à l'application du second paragraphe de l'article 12 de ladite loi qui précise : « Suivant son âge et sa maturité, le patient est associé à l'exercice de ses droits. Les droits énumérés dans cette loi peuvent être exercés de manière autonome par le patient mineur qui peut être estimé apte à apprécier raisonnablement »²⁵⁴. Cette disposition marque un tournant important en ce qu'elle substitue à l'incapacité présumée une évaluation individualisée fondée sur le discernement. Il est ici question d'une autonomie progressive, s'inscrivant dans le sillage de l'article 22*bis*, alinéa 2, de la Constitution. Par ailleurs, il est à noter que ce principe de participation croissante se retrouve aussi dans d'autres champs du droit médical, comme l'euthanasie, le prélèvement d'organes ou de sang, l'avortement, la procréation médicalement assistée ou encore la recherche expérimentale²⁵⁵.

La logique observée à la petite enfance s'inverse. Les droits ne sont plus exercés par représentation mais potentiellement en nom propre. Le mineur peut désormais se prévaloir lui-même des prérogatives prévues par la loi ou, à tout le moins, y être associé. Il peut ainsi bénéficier d'un droit à des soins de qualité, à une information adaptée, au libre choix de son praticien, au respect de la vie privée et surtout à un consentement libre et éclairé pour toute intervention²⁵⁶. Il peut consulter son dossier médical et en obtenir une copie, sauf exceptions justifiées. Il lui est également loisible de désigner une personne de confiance pour l'assister sans que celle-ci ne puisse agir à sa place. Cette désignation ne suit aucune procédure stricte et peut viser toute personne de son entourage. Le patient peut par ailleurs refuser d'être informé, sauf en cas de risque grave pour sa santé ou celle d'autrui, ou même refuser un soin, y compris par anticipation. Dans les situations d'urgence, le médecin peut intervenir immédiatement si la volonté du mineur n'a pu être vérifiée à temps. Enfin, certaines mesures relatives au représentant restent d'application lorsque le patient n'est pas ou plus en mesure d'exercer ses droits. Dans ces cas, le praticien peut refuser de suivre la décision du représentant si elle nuit gravement à la santé du patient²⁵⁷.

²⁵⁴ Loi du 22 août 2002 précitée, art. 12, §2.

²⁵⁵ G. SCHAMPS, *op. cit.* (voir note 241), p. 87.

²⁵⁶ Loi du 22 août 2002 précitée, art. 5 à 11*bis*.

²⁵⁷ G. SCHAMPS, *op. cit.* (voir note 241), p. 97 à 102.

Si cette loi constitue le socle des droits reconnus au patient adolescent, son application reste entachée de plusieurs incertitudes. Dans un premier temps, le droit belge ne définit pas « l'adolescence » et aucune disposition générale ne l'aborde spécifiquement dans le domaine médical. La loi retient uniquement la notion de « mineur », modulée selon les législations particulières. Dans un second temps, aucun critère précis n'est prévu pour apprécier l'aptitude à consentir, créant une insécurité juridique et exposant le praticien à une éventuelle mise en cause de sa responsabilité (cfr. *infra*). Finalement, l'absence de position claire sur l'incapacité civile du mineur à conclure le contrat médical entretient une autre source d'incertitude²⁵⁸.

Fort de ce cadre juridique, il convient à présent d'examiner comment ces principes se traduisent ou non dans la réalité des pratiques médicales.

Section 2. Pratiques médicales

Marquée par l'apparition d'un corps sexué, l'adolescence émerge comme une étape clé du développement. Cette sexuation physique agit comme un moteur de transformations psychiques favorisant l'affirmation de l'orientation sexuelle, l'émergence de nouveaux comportements relationnels et la construction de l'identité sexuelle²⁵⁹. Dans ce contexte délicat, la manière dont une VDS est vécue, découverte ou prise en charge soulève des enjeux cruciaux. Selon les cas, la variation peut être déjà présente depuis l'enfance (§1) ou se révéler à la puberté (§2), une diversité de parcours qui invite à distinguer plusieurs situations types, parmi lesquelles figure une affaire portée devant les juridictions (§3).

§1. Variation préexistante : quel suivi ?

A. Sans intervention précoce : décision différée

Il existe des cas où aucun geste chirurgical n'est pratiqué pendant l'enfance. Si ces situations restent peu fréquentes, elles existent tout de même et amènent à reconsidérer la question d'une prise en charge à l'adolescence. Certains mineurs choisissent de ne pas se faire opérer, estimant que leur variation ne pose pas de gêne fonctionnelle ou identitaire. Une étude indique, par exemple, que la taille du clitoris peut diminuer avec l'âge, ce qui rend parfois la

²⁵⁸ G. SCHAMPS, *ibidem*, p. 86, 89 et 138.

²⁵⁹ A. CROCHELET *et al.*, « Enjeux de la sexuation à l'adolescence », *Louvain médical*, vol. 130, n°6, 2011, p.191.

chirurgie moins souhaitée, tandis que d'autres expriment des craintes quant aux effets de l'intervention sur leur sensibilité génitale²⁶⁰.

À l'inverse, d'autres envisagent une opération. Plusieurs éléments médicaux sont alors présentés comme favorables à une intervention plus tardive. Une meilleure maturité des tissus, une anatomie plus développée, une cicatrisation facilitée par la présence d'œstrogènes et un résultat souvent jugé plus stable figurent parmi les avantages régulièrement avancés. L'adolescent est également mieux placé pour assurer les soins postopératoires nécessaires, comme la dilatation vaginale, dont le défaut de réalisation est l'une des causes fréquentes de complications observées après des chirurgies pratiquées dans la petite enfance²⁶¹.

B. Avec intervention(s) précoce(s) : continuité, rupture ou réorientation

Si ces constats appuient l'idée qu'un report de la chirurgie est envisageable hors nécessité thérapeutique, ils restent encore peu traduits dans les pratiques. La plupart des enfants nés avec une ambiguïté sexuelle ont déjà subi des interventions avant l'adolescence, et ce, malgré les effets délétères documentés sur la sensibilité, la sexualité ou encore le fonctionnement génital²⁶². Certains ont conscience des actes médicaux passés. D'autres, comme nous l'avons déjà souligné, n'en ont que peu ou pas connaissance. C'est le cas de Sandra qui témoigne : « Je n'ai aucun souvenir des onze premières années de ma vie et je tente de découvrir ce qui s'est passé »²⁶³. Nous identifions trois attitudes envisageables : poursuivre, interrompre ou reconsidérer.

Poursuivre le suivi médical entamé dans l'enfance peut être un véritable choix ou, au contraire, s'imposer comme une nécessité. Les pratiques précoces ne sont que rarement ponctuelles. Elles s'inscrivent dans une médicalisation prolongée qui est souvent marquée par des gestes répétés tout au long de la croissance²⁶⁴. À l'adolescence, certaines personnes doivent encore subir de nouvelles opérations. Cela peut concerner le maintien d'une cavité vaginale avec des gestes médicaux quotidiens comme la dilatation, parfois exigés à vie. Cette

²⁶⁰ P. BOUGNÈRES *et al.*, « Deferring surgical treatment of ambiguous genitalia into adolescence in girls with 21-hydroxylase deficiency : a feasibility study », *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2017, n°3, p. 4.

²⁶¹ P. BOUGNÈRES *et al.*, *ibidem*, p. 4 et 5.

²⁶² P. BOUGNÈRES *et al.*, *ibidem*, p. 1.

²⁶³ AMNESTY INTERNATIONAL, « 'D'abord, ne pas nuire' : il faut garantir les droits des enfants nés intersexués », disponible sur www.amnesty.org, 9 mai 2017.

²⁶⁴ M.-X. CATTO, *op. cit.* (voir note 139), p. 65.

contrainte est lourde, surtout lorsque l'intervention initiale s'est faite sans consentement ou sans réelle information. Les conséquences des actes passés se prolongent souvent par des traitements à long terme. Par exemple, une gonadectomie impose une hormonothérapie substitutive à vie. Cela présente des risques, engendre des coûts et n'est pas toujours anticipé dès le départ. Certains se retrouvent seuls face aux effets secondaires ou aux soins correctifs indispensables. Le manque de soutien renforce alors le sentiment d'abandon médical et psychologique²⁶⁵.

Interrompre le parcours médical peut aussi faire partie des réactions observées. C'est une rupture qui peut résulter d'un mal-être persistant ou d'une défiance vis-à-vis du corps médical, souvent nourrie par une expérience antérieure vécue comme intrusive ou violente. Le manque d'information, l'absence de consentement ou la répétition de gestes médicaux imposés peuvent engendrer un rejet durable du système de soins²⁶⁶. En parallèle, la transition vers des services de santé pour adultes se montre souvent difficile. Le manque de structures spécialisées ou de professionnels formés peut amener les jeunes concernés à interrompre brutalement leur suivi. Dans certains cas, l'abandon des soins médicaux est aussi la conséquence directe d'un épuisement psychologique ou physique²⁶⁷. Ce retrait de suivi n'implique toutefois pas l'absence de souffrance²⁶⁸.

Reconsidérer l'assignation sexuelle initiale constitue une autre posture. Une dysphorie de genre peut apparaître à l'adolescence chez des personnes intersexes ayant fait l'objet d'interventions précoces. Cela suscite parfois une remise en question de l'assignation effectuée durant les premières années de vie. Dans ces situations, certains pourraient souhaiter adapter leur identité de genre au vécu personnel, à l'instar de ce qui peut être observé dans certains parcours de jeunes transgenres²⁶⁹. Notons que depuis l'affaire *A.P., Garçon et Nicot c. France*²⁷⁰ et l'adoption de la loi du 25 juin 2017²⁷¹, la modification de la mention du sexe à l'état civil n'est plus subordonnée à un traitement médical. Mais c'est ici le cas de ceux qui le

²⁶⁵ Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, *op. cit.* (voir note 25), p. 31.

²⁶⁶ Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, *ibidem*, p. 32.

²⁶⁷ M. COOLS *et al.*, *op. cit.* (voir note 236), p. 415.

²⁶⁸ Commissaire aux droits de l'Homme du Conseil de l'Europe, *op. cit.* (voir note 5), p. 22.

²⁶⁹ W. BYNE *et al.*, « Gender Dysphoria in Adults : An Overview and Primer for Psychiatrists », *Transgender health*, n°3, 2018, annexe 1.

²⁷⁰ Cour eur. D.H. (gde ch.), arrêt *A.P., Garçon et Nicot c. France*, 6 avril 2017.

²⁷¹ Loi du 25 juin 2017 réformant des régimes relatifs aux personnes transgenres en ce qui concerne la mention d'une modification de l'enregistrement du sexe dans les actes de l'état civil et ses effets, *M.B.*, 10 juillet 2017.

souhaitent qui nous intéresse. Dès les premiers signes pubertaires, vers dix-douze ans, des bloqueurs hormonaux peuvent être utilisés pour en suspendre le déroulement. Généralement accessible vers seize ans, l'hormonothérapie substitutive permet le développement des caractéristiques physiques correspondant au genre souhaité. Les procédures chirurgicales, quant à elles, sont habituellement reportées à l'âge adulte²⁷². Le Conseil de l'Ordre des médecins rappelle que toute prise en charge médicale d'un mineur présentant une dysphorie de genre exige une évaluation approfondie de sa capacité de discernement, ainsi qu'un consentement éclairé, obtenu au terme d'un processus d'information rigoureux²⁷³. Ces principes sont transposables, dans une certaine mesure, à la situation des adolescents intersexes confrontés à des décisions médicales similaires²⁷⁴.

§2. Variation émergente : du constat aux décisions

La découverte d'une VDS peut survenir tardivement, au moment même où le corps commence à se transformer. Celle-ci se manifeste fréquemment par des signes cliniques inattendus comme l'absence de règles, un développement mammaire insuffisant ou l'apparition de caractères sexuels jugés atypiques. Cela conduit généralement à la réalisation d'examens hormonaux et génétiques, révélant une variation jusque-là passée inaperçue. Il est alors question d'une prise en charge médicale débutant par une série d'investigations parfois perçues comme intrusives²⁷⁵. Rapidement, des options thérapeutiques sont évoquées. Celles-ci peuvent inclure des traitements hormonaux, des opérations chirurgicales ou encore des procédures mécaniques comme les dilatations néovaginales²⁷⁶. L'adolescence devient dès lors une période de rupture, marquée par une médicalisation nouvelle du corps et, dans certains cas, par une remise en cause de l'assignation sexuée jusque-là tenue pour acquise. Un choix se pose pour l'adolescent intersexe. Il peut décider de ne rien faire ou, du moins, de remettre sa décision à plus tard. Il peut aussi envisager de recourir à une intervention pour mieux

²⁷² S. CAP et G. WILLEMS, « La banque de données, le (pré)nom et les personnes transgenres : les réformes de l'état civil entre simplification administrative, évolutions sociétales et droits fondamentaux », *Actualités législatives en droit de la personne et de la famille*, J. Sosson (dir.), Bruxelles, Larcier, 2018, p. 45.

²⁷³ ORDRE DES MÉDECINS, « L'accompagnement médical du patient mineur qui présente une dysphorie de genre », disponible sur www.ordomedic.be, 9 décembre 2023.

²⁷⁴ Interview de Sacha GILLES, ancien membre du conseil d'administration de l'association « Face à toi-même » et du conseil d'administration de la Fédération Prisme, réalisée le 1^{er} août 2025, annexe 2.

²⁷⁵ R. GRINSPON, S. CASTRO et R. REY, « Up-to-Date Clinical and Biochemical Workup of the Child and the Adolescent with a Suspected Disorder of Sex Development », *Hormone research in paediatrics*, vol. 96, n°2, 2023, p. 122 à 125.

²⁷⁶ L. MUSCHIALLI *et al.*, *op. cit.* (voir note 140), p. 2.

s'approprier son corps, au même titre que ce que nous venons d'évoquer concernant les mineurs transgenres.

Même lorsqu'une option semble laissée, le caractère libre et éclairé du consentement reste à questionner. Comme pour les opérations pratiquées plus tôt dans la vie, il importe d'examiner avec attention les conditions dans lesquelles ces décisions sont prises. Le cas de Coralie, présenté au point suivant, en est une illustration parlante.

§3. L'arrêt du 7 février 2023 : un jalon jurisprudentiel

Longtemps confinées au silence médical, les pratiques visant à conformer le corps des adolescents intersexes à des normes sexuées binaires ont rarement été portées devant les juridictions. C'est en ce sens que l'arrêt rendu le 7 février 2023 par la cour d'appel de Bruxelles requiert une attention toute particulière²⁷⁷. Il s'agit de la première décision belge condamnant un hôpital pour des actes de normalisation réalisés sur une adolescente intersexe. L'affaire oppose une jeune femme, Coralie, et sa mère, à l'Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola (ci-après l'Hudorf).

En 2009, alors qu'elle n'a pas encore seize ans, la jeune fille consulte pour une aménorrhée primaire. Un syndrome de Rokitansky est diagnostiqué à l'Hudorf, révélant l'absence d'utérus et de deux tiers du vagin. Cette annonce brutale s'accompagne d'une dégradation psychologique et de deux hospitalisations. En septembre, un chirurgien lui propose une vaginoplastie. L'opération est programmée pour janvier 2010, soit à peine quatre mois plus tard, et ce, en l'absence de coordination avec l'équipe psychiatrique et d'encadrement pluridisciplinaire. Jugée complexe et peu fréquente, elle est filmée et diffusée en direct à des fins pédagogiques. S'en suivent de graves complications : fistule recto-vaginale, soins correctifs, douleurs persistantes, perte de mobilité et dilatations post-opératoires vécues comme intrusives et violentes. En 2012, Coralie engage avec sa mère une action en responsabilité contre l'hôpital et son assureur. Au terme d'une longue procédure, onze ans plus tard, la cour d'appel juge que l'équipe médicale n'a pas agi comme l'auraient fait des médecins normalement prudents et diligents placés dans les mêmes circonstances²⁷⁸.

²⁷⁷ Bruxelles (4^e ch.), 7 février 2023, *J.L.M.B.*, 2025, n°25, p. 1079.

²⁷⁸ C. DERAIVE, A.-C. RASSON et I. RORIVE, *op. cit.* (voir note 14), p. 310 et 311.

L'arrêt se distingue par la reconnaissance explicite du caractère fautif de l'intervention mais reste ancré dans une logique contentieuse classique. Le raisonnement repose sur l'évaluation du comportement médical, sans mobilisation explicite de la loi sur les droits du patient pourtant applicable au moment des faits. Plus encore, aucune référence n'est faite aux droits humains. Si ce silence peut s'expliquer par le contexte de 2010, époque à laquelle les instances supranationales ne s'étaient pas encore emparées de la question intersexe, rien n'empêchait pour autant la cour d'appel, statuant en 2023, d'adopter une lecture fondée sur les droits fondamentaux²⁷⁹. Ce constat est d'autant plus interpellant que la solution retenue semble reposer sur des exigences implicites désormais reconnues. Tout d'abord, l'opération est jugée précipitée au regard de l'âge, de l'absence d'expérience sexuelle et du mal-être psychologique de la patiente. Ensuite, il ressort que l'accompagnement psychologique s'est révélé inadéquat, limité à un suivi psychiatrique général sans préparation spécifique à l'acte envisagé. Enfin, l'option de l'abstention thérapeutique n'a pas été clairement exposée, viciant alors le consentement recueilli²⁸⁰.

Si ces éléments renforcent indirectement les standards encadrant le consentement libre et éclairé, le raisonnement reste tributaire d'un cadre médical binaire dans lequel une VDS demeure perçue comme une pathologie à corriger. En insistant sur la jeunesse de la patiente pour critiquer l'intervention, la décision semble en outre ignorer la capacité de discernement que peuvent démontrer certains mineurs²⁸¹.

Section 3. Consentement

Alors que les mineurs en bas âge sont juridiquement incapables de consentir aux actes médicaux les concernant, les adolescents peuvent se voir reconnaître une capacité décisionnelle propre. Cette section se propose d'analyser les modalités de la prise de décision médicale à l'adolescence, en analysant d'abord les contours de l'autonomie fonctionnelle du mineur (§1), puis la portée du consentement exprimé dans le cadre du contrat médical, avant d'aborder les obstacles susceptibles de compromettre l'effectivité de cette volonté (§2).

²⁷⁹ C. DERAIVE, A.-C. RASSON et I. RORIVE, *ibidem*, p. 312 et 313.

²⁸⁰ B. MORON-PUECH, *op. cit.* (voir note 235), p. 48.

²⁸¹ B. MORON-PUECH, *ibidem*, p. 49 et 50.

§1. Autonomie décisionnelle du mineur discernant

A. De l'incapacité relative à la capacité propre : élargissement du pouvoir décisionnel

Il ressort du chapitre précédent que le mineur, bien qu'ayant la personnalité juridique, est en principe frappé d'une incapacité d'exercice impliquant sa représentation par autrui. Ce régime peut être nuancé lorsqu'il est question de droits personnels, ainsi qu'en témoigne le domaine médical. Loin de relever du modèle de l'incapacité absolue qui concernait les enfants en bas âge, la situation des mineurs discernants invite à se pencher sur les deux autres degrés d'incapacité mis en évidence par la doctrine. Il s'agit désormais d'envisager les formes d'incapacité relative et de capacité pleine et entière (cfr. *supra*).

L'incapacité relative désigne une situation dans laquelle le mineur ne dispose pas du pouvoir décisionnel final mais se voit reconnaître un droit de participation au processus. La décision revient toujours aux titulaires de l'autorité parentale mais ceux-ci ont l'obligation d'associer le mineur à la réflexion. La volonté du mineur est prise en considération sans lui conférer une capacité juridique autonome²⁸². D'un point de vue médical, ce système de collaboration s'applique lorsque le mineur est capable de comprendre certaines informations relatives à sa santé et d'exprimer une opinion à leur sujet. Ses souhaits doivent être pris en compte dans l'exercice de ses droits de patient en fonction de l'âge et du degré de maturité dont il fait preuve²⁸³.

À un stade plus avancé, et particulièrement à l'adolescence²⁸⁴, il arrive que le mineur ne soit plus simplement associé à la décision mais reconnu comme titulaire d'une capacité propre lui permettant d'agir de manière autonome²⁸⁵. En matière médicale, cette autonomie est admise lorsque le mineur est considéré comme apte à apprécier raisonnablement ses intérêts, à se forger une opinion, à l'exprimer et à prendre des décisions quant à sa santé. Il peut donc refuser d'associer ses parents au processus décisionnel, formuler ses choix thérapeutiques ou encore s'opposer à une intervention²⁸⁶.

²⁸² J.-L. RENCHON, *op. cit.* (voir note 154), p. 186.

²⁸³ I. REUSENS, « L'accès aux soins de santé du patient mineur sous l'égide de la loi sur les droits du patient - Pouvoirs et limites de l'autorité parentale », *Revue belge du dommage corporel et de médecine légale*, 2022, n°4, p. 146.

²⁸⁴ G. SCHAMPS, *op. cit.* (voir note 241), p. 84.

²⁸⁵ J.-L. RENCHON, *op. cit.* (voir note 154), p. 188.

²⁸⁶ I. REUSENS, *op. cit.* (voir note 283), p. 146.

La loi ne détermine pas à qui il revient d'apprécier l'aptitude du mineur à être associé à une décision médicale ou à exercer seul ses droits de patient (cfr. *supra*). Elle ne fournit pas non plus de critères objectifs permettant d'évaluer cette aptitude²⁸⁷. En guise d'éclairage, les travaux préparatoires permettent tout de même de considérer que cette appréciation relève du praticien²⁸⁸. Le Conseil national de l'Ordre des médecins précise d'ailleurs que « le médecin associe le patient à l'exercice de ses droits autant que possible »²⁸⁹. Il s'agit d'une obligation qui s'inscrit dans le cadre de la relation thérapeutique et non d'une simple faculté²⁹⁰. En pratique, cette évaluation individualisée n'est pas toujours aisée lorsque le professionnel connaît peu l'adolescent. Il peut alors s'avérer utile de solliciter l'avis d'autres membres de l'équipe soignante ou d'une personne de confiance et de consigner les éléments justificatifs dans le dossier médical²⁹¹. Le médecin doit en tout état de cause s'adresser en priorité au mineur dans le cadre de la concertation. L'appréciation de son aptitude implique notamment de tenir compte de la nature de l'acte médical²⁹², de sa capacité de raisonnement, de compréhension, de mémoire, de projection ainsi que de sa capacité d'expression²⁹³. Si cette souplesse permet une adaptation fine aux situations, elle n'en demeure pas moins source d'insécurité juridique et de responsabilité potentielle en cas d'erreur d'appréciation²⁹⁴.

B. La représentation parentale : un frein partiel à l'exercice des droits

Bien qu'une autonomie soit reconnue à l'adolescent apte à apprécier raisonnablement ses intérêts, elle ne va pas sans limites. Certes, le mineur peut s'opposer à une intervention souhaitée par ses parents ou, au contraire, faire le choix d'un acte médical malgré leur désaccord²⁹⁵. Il bénéficie par ailleurs du secret médical au même titre qu'un adulte, excluant toute information aux parents sans son accord. Néanmoins, cette capacité décisionnelle n'emporte pas capacité civile. En effet, le mineur ne peut être juridiquement tenu au paiement des frais et honoraires pour les soins prodigués. Et le praticien, lié par le secret professionnel,

²⁸⁷ I. REUSENS, *ibidem*, p. 146.

²⁸⁸ Projet de loi relatif aux droits du patient, discussion des articles et votes, *Doc.*, Ch., 2001-2002, n°50-1642/012, p. 95.

²⁸⁹ ORDRE DES MÉDECINS, « Code de déontologie médicale - Article 18 », disponible sur www.ordomedic.be, 30 juin 2024.

²⁹⁰ I. REUSENS, *op. cit.* (voir note 283), p. 148 et 149.

²⁹¹ G. SCHAMPS, *op. cit.* (voir note 241), p. 89.

²⁹² ORDRE DES MÉDECINS, « Code de déontologie médicale - Article 18 », disponible sur www.ordomedic.be, 30 juin 2024.

²⁹³ J.-M. HAUSMAN, *Cours magistral de « droit médical et biomédical »*, année académique 2024-2025.

²⁹⁴ N. GALLUS, *op. cit.* (voir note 151), p. 440.

²⁹⁵ A. NOTTET, *op. cit.* (voir note 150), p. 27.

ne peut solliciter les parents pour couvrir ces frais que si le mineur accepte qu'ils soient informés. Sans l'aval de ce dernier, toute démarche impliquerait une violation du secret médical. Faute de relais juridique ou financier, la liberté ainsi reconnue risque d'être vidée de sa substance²⁹⁶. Une réelle autonomie suppose aussi les moyens de l'exercer²⁹⁷.

Cette réalité met en évidence la faiblesse du cadre posé par la loi de 2002²⁹⁸ qui ne clarifie pas comment articuler autonomie et règles de l'incapacité. Le texte repose sur des formulations floues, ambiguës et laisse au praticien une grande latitude dans l'évaluation de la maturité du patient, au risque de générer des conflits entre l'adolescent et ses parents²⁹⁹. Dans ce contexte d'autonomie fonctionnelle juridiquement incertaine, le consentement prend tout son sens. C'est à travers lui que s'exprime concrètement l'exercice de sa capacité à prendre part à la décision thérapeutique. Sa portée mérite d'autant plus d'attention lorsqu'il s'agit d'actes irréversibles, comme ceux pouvant être proposés à des mineurs intersexes à l'adolescence.

§2. Consentement personnel dans le contrat médical

A. Un accord déterminant : portée et exigences de validité

Le Conseil national de l'Ordre des médecins est très explicite : « Si le médecin estime qu'en l'espèce le patient mineur est apte à apprécier raisonnablement ses intérêts et à décider de manière autonome concernant les soins qui lui sont proposés, son consentement suffit »³⁰⁰. Lorsque le jeune ne dispose pas de cette aptitude, il doit au minimum être associé à l'exercice de son droit de consentir. Mais dans le cas d'un adolescent doué de discernement, la situation est fondamentalement différente. Ce dernier consent personnellement à l'acte médical après avoir été informé, et ce, quelle que soit la volonté de ses parents³⁰¹. Le chapitre précédent ne s'était pas attardé sur cette notion de consentement, celui-ci relevant exclusivement de la sphère parentale. Il apparaît désormais opportun de s'y arrêter plus en détail car c'est bien le consentement personnel du mineur dont il est question, plus particulièrement celui d'un

²⁹⁶ N. GALLUS, *op. cit.* (voir note 151), p. 446 à 448.

²⁹⁷ G. SCHAMPS, *op. cit.* (voir note 241), p. 141.

²⁹⁸ Loi du 22 août 2002 précitée.

²⁹⁹ N. GALLUS, *op. cit.* (voir note 151), p. 443.

³⁰⁰ ORDRE DES MÉDECINS, « Consentement du représentant du patient aux soins de santé », disponible sur www.ordomedic.be, 23 avril 2022.

³⁰¹ A. NOTTET, « Le mineur en droit médical », *Nouveaux dialogues en droit médical*, G. Genicot (dir.), Limal, Anthemis, p. 172 et 174.

adolescent dont la position dans le système de soins reste marquée par une certaine vulnérabilité.

Toute personne dispose seule de son corps et conserve la maîtrise de son intégrité corporelle³⁰². Dès lors, tout acte médical, par nature attentatoire à cette intégrité, suppose son accord préalable. Celui-ci doit être réitéré pour chaque acte distinct, sans exclure l'existence d'un contrat thérapeutique global³⁰³. Sans cette autorisation, toute intervention, qu'elle émane du médecin ou d'un tiers, est illégitime³⁰⁴. La loi ne précise pas de forme spécifique pour la validité du consentement. Il peut donc s'exprimer oralement, par écrit ou de manière tacite pour autant qu'il soit certain, libre et éclairé. La pratique fait toutefois une distinction entre les actes mineurs et usuels, et les interventions plus lourdes ou comportant un risque. Cette première catégorie se suffit d'un accord tacite si le comportement du patient permet raisonnablement de l'inférer. La seconde, quant à elle, requiert un consentement exprès et parfois formalisé par écrit, en particulier lorsqu'il s'agit d'actes irréversibles³⁰⁵. Un tel accord ne couvre que l'acte précis pour lequel il a été donné. S'il n'y a en général pas de difficulté quant au moment, au lieu ou à l'identité du praticien, l'ampleur de l'acte autorisé peut poser problème. En principe, un accord distinct est requis pour chaque intervention envisagée. Des adaptations peuvent être admises si elles sont raisonnables dans l'intérêt du patient mais cette marge reste délicate au regard du droit du patient à disposer de lui-même. Finalement, cela ne se justifie pleinement qu'en cas de danger grave et imminent après une mise en balance des intérêts en jeu³⁰⁶.

Parce qu'elle engage le corps dans sa dimension la plus intime, il est fréquemment soutenu qu'un accord personnel, préalable, libre et pleinement informé devrait précéder toute intervention en matière d'intersexuation. La dimension personnelle, déjà explorée dans le chapitre précédent, trouve naturellement sa place dans le cas de l'adolescent discernant. Le caractère préalable implique que cette expression intervienne avant tout acte médical. L'exigence de liberté vise à garantir une décision exempte de toute pression. Par ailleurs, le caractère pleinement informé suppose que soient transmises toutes les informations utiles, y

³⁰² G. GENICOT, *op. cit.* (voir note 163), p. 163.

³⁰³ G. GENICOT, *ibidem*, p. 158 et 159.

³⁰⁴ Cass. (1^{re} ch.), 14 décembre 2001, *Larc. Cass.*, 2002, n°2, p. 10.

³⁰⁵ G. GENICOT, *op. cit.* (voir note 163), p. 164 et 165.

³⁰⁶ G. GENICOT, *ibidem*, p. 179 à 184.

compris des éléments démedicalisés³⁰⁷. Nous insistons particulièrement sur ce dernier aspect. Le droit de consentir n'a de sens que s'il repose sur une information claire, complète et intelligible. À défaut, toute liberté de choix devient illusoire. Un adolescent ne peut exercer une volonté éclairée que s'il dispose réellement des moyens nécessaires pour y parvenir. Dans le cas des pratiques de conformation, il est attendu d'informer sur les différentes options médicales, les risques associés ainsi que les effets possibles à long terme, sur la base de données actualisées³⁰⁸. Cela suppose également, selon la doctrine, que les professionnels de la santé présentent la possibilité de ne pas intervenir et veillent à déconstruire les stéréotypes de genre susceptibles d'influencer la décision de la personne concernée³⁰⁹.

B. Un accord précaire : vulnérabilité et pressions décisionnelles

Présenté comme une garantie contre les décisions précipitées prises en bas âge, le report de l'intervention à l'adolescence repose sur l'idée d'un consentement désormais envisageable. Mais, encore faut-il que ce dernier soit effectif. C'est dans cette perspective qu'est proposé un aperçu des principaux facteurs susceptibles d'altérer la volonté du mineur intersexe. Notons que ces éléments s'appuient notamment sur un entretien réalisé avec un acteur associatif engagé dans l'accompagnement de jeunes.

Avant toute chose, il est opportun de rappeler que l'adolescence est synonyme d'une période marquée par de multiples transitions, qu'il s'agisse de l'évolution du cadre scolaire, des relations familiales ou encore de la pression exercée par les pairs. À cette instabilité s'ajoutent des préoccupations telles que les inquiétudes liées à la santé, la peur de la violence, les incertitudes professionnelles ou la précarité. Ces facteurs nourrissent un sentiment de vulnérabilité souvent sous-estimé dans lequel les jeunes ne perçoivent pas toujours correctement les risques auxquels ils sont confrontés. Certains les surestiment, d'autres les minimisent, ce qui peut conduire à prendre des décisions inadéquates potentiellement dommageables pour leur santé physique ou psychique³¹⁰.

³⁰⁷ D.C. GHATTAS (OII EUROPE), *op. cit.* (voir note 234), p. 19.

³⁰⁸ D.C. GHATTAS (OII EUROPE), *ibidem*, p. 20.

³⁰⁹ B. MORON-PUECH, *op. cit.* (voir note 235), p. 48.

³¹⁰ E. NIGHTINGALE et B. FISCHHOFF, « Adolescent Risk and Vulnerability : Overview », *Adolescent risk and vulnerability : concepts and measurement*, B. Fischhoff, E. Nightingale et J. Iannotta (dir.), Washington, National Academy Press, 2001, p. 1 et 2.

Cette vulnérabilité devient particulièrement inquiétante lorsqu'elle se combine à des pressions externes capables d'orienter la décision du mineur. L'environnement social et familial exerce une influence majeure. La crainte de la stigmatisation ou du harcèlement peut lourdement peser sur les choix, poussant parfois à formuler une demande d'intervention non par désir personnel mais pour se conformer aux attentes. L'entourage familial exerce également une pression souvent inconsciente dans la mesure où les projections liées au sexe assigné à la naissance créent un désir parental de cohérence pouvant influencer la décision du jeune. En outre, le contexte sociopolitique renforce ces pressions, certains adolescents craignant que leur non conformité aux normes restreignent leurs droits ou leur liberté de circulation³¹¹.

De surcroît, force est de constater que le contexte médical constitue un obstacle, et pas des moindres. La relation médecin-patient mineur demeure caractérisée par une forte asymétrie pouvant altérer l'expression de la volonté. Certaines formulations (« devenir une femme 'normale' »)³¹² véhiculent une contrainte subtile à la normalisation. De plus, il n'est pas rare que les équipes médicales entretiennent des craintes infondées quant aux risques de cancer et d'infertilité, face auxquelles les jeunes se résignent à l'intervention³¹³. Par ailleurs, le recours au formulaire de consentement peut également comporter des risques. À juste titre, certains auteurs redoutent une standardisation excessive de ce document. Il ne saurait se substituer au colloque singulier au cours duquel le consentement doit être réellement recueilli³¹⁴. C'est en ce sens que la cour d'appel de Liège précise que « l'existence d'un écrit, formulaire standardisé, dont la signature peut avoir été apposée mécaniquement, dans l'appréhension ou le stress de la future intervention chirurgicale, n'atteste pas en lui-même d'un consentement éclairé du patient lorsque le document [...] n'est pas suffisamment explicite, les termes n'en étant pas facilement compréhensibles pour un non-initié »³¹⁵. Enfin, si l'article 15, §2 de la loi de 2002 permet de passer outre la volonté des parents en cas de danger grave, il ne vise pas le refus du mineur apte. Pourtant, certains praticiens pourraient interpréter ce refus comme une

³¹¹ Interview de Sacha GILLES, ancien membre du conseil d'administration de l'association « Face à toi-même » et du conseil d'administration de la Fédération Prisme, réalisée le 1^{er} août 2025, annexe 2.

³¹² C. SMEERS, « Les médecins ont voulu faire de moi une 'vraie femme' » [audition du témoignage], disponible sur www.audio.rtbf.be, 27 mars 2023.

³¹³ PRISME, « Stop aux mutilations sur les personnes intersexes », disponible sur www.federation-prisme.be, 17 avril 2023.

³¹⁴ G. GENICOT, *op. cit.* (voir note 163), p. 166 ; I. REUSENS, « Du devoir d'information du médecin au devoir de collaboration du patient : plaidoyer pour un dialogue thérapeutique », *Revue belge du dommage corporel et de médecine légale*, 2016, n°2, p. 117 et 118.

³¹⁵ Liège, 30 avril 1998, *Rev. dr. santé*, 1998-1999, p. 139, note Th. Vansweevelt.

inaptitude et, ce faisant, qualifier la situation d'urgente³¹⁶. Or, nous le savons, la notion d'urgence fait souvent l'objet d'interprétations extensives visant à justifier les pratiques de normalisation (cfr. *supra*). Sans compter sur l'article 8/3 de ladite loi qui permet d'intervenir sans consentement en invoquant l'urgence³¹⁷.

En définitive, la vulnérabilité intrinsèque à l'adolescence, conjuguée aux pressions sociales, familiales et médicales ainsi qu'aux mécanismes permettant de contourner l'autonomie décisionnelle, invite à reconsidérer les garanties entourant le consentement de l'adolescent intersexe. Ces enjeux seront approfondis dans nos réflexions conclusives (cfr. *infra*).

Section 4. Responsabilité

§1. Responsabilité civile

Contrairement à la situation de l'enfance, l'adolescent ayant lui-même consenti à l'acte médical est partie au contrat³¹⁸. Il peut agir, y compris après sa majorité, tant sur le fondement contractuel qu'extracontractuel, alors que dans le cas d'une intervention précoce fondée sur le consentement parental, seule la voie extracontractuelle lui était ouverte. C'est pourquoi nous adopterons ici une approche fondée non sur la qualité du demandeur mais uniquement sur la nature de la responsabilité engagée. Il est à noter que lorsque l'action est intentée pendant la minorité, se pose la question de la capacité à ester en justice. Dès lors, dans le cas où l'action serait introduite à la majorité, le point qui suit (A) n'est pas pertinent.

A. Capacité d'ester en justice

D'emblée, il convient de rappeler que si un adolescent est reconnu apte à consentir lui-même à un acte médical, il n'en demeure pas moins juridiquement incapable d'agir seul en justice. En droit belge, l'incapacité du mineur est la règle, ce qui signifie qu'il ne peut introduire une action en responsabilité qu'au travers de ses représentants légaux³¹⁹. À défaut, un tuteur *ad hoc* peut être désigné lorsque ses représentants ne peuvent ou ne veulent pas agir³²⁰.

³¹⁶ A. NOTTET, *op. cit.* (voir note 301), p. 177 et 178.

³¹⁷ Loi du 22 août 2002 précitée, art. 8/3.

³¹⁸ A. NOTTET, « Le consentement du mineur », *Responsabilités autour et alentours du mineur*, J. Wildemeersch et J. Loly (dir.), Limal, Anthemis, 2011, p. 82.

³¹⁹ An. C. civ., art. 488.

³²⁰ An. C. civ., art. 378, al. 5, et 331sexies.

La CIDE a toutefois contribué à faire évoluer cette vision en proposant une conception renouvelée du statut juridique du mineur, complétant alors l'approche du Code civil³²¹. Elle ouvre la possibilité pour le mineur d'être entendu directement³²². Dans ce sillage, une certaine jurisprudence a reconnu à des mineurs doués de discernement la faculté d'agir seuls en justice pour faire valoir des droits dits personnels³²³. Il a par ailleurs été jugé que le mineur devait « être réputé avoir le plein exercice de sa capacité juridique pour les actions en justice en rapport avec les actes qu'il est juridiquement capable d'accomplir sans l'intervention de ses représentants légaux »³²⁴. Comme le souligne une partie de la doctrine, il serait incohérent d'admettre qu'un mineur puisse valablement poser un acte juridique tout en lui refusant l'accès à la justice pour contester les conséquences de cet acte³²⁵. Cette analyse nous paraît pleinement transposable au cas de l'adolescent intersexe reconnu apte à consentir.

Finalement, que l'action soit intentée par le biais de ses représentants légaux ou directement par lui-même, il importe désormais d'examiner les voies envisageables, les personnes susceptibles d'être mises en cause et surtout les éléments à démontrer.

B. Sur le fondement contractuel

Comme exposé ci-avant, un contrat médical se forme dès qu'une demande de soins est formulée et acceptée. En l'espèce, à la différence du chapitre précédent, c'est l'adolescent lui-même qui a consenti au traitement. Il est par conséquent cocontractant, ce qui lui permet d'agir en responsabilité contractuelle contre le médecin et/ou l'hôpital. Notons que les principes généraux du régime de responsabilité, les distinctions entre les obligations de moyens et de résultat, ainsi que les fautes susceptibles d'être reprochées au médecin et à l'hôpital ont déjà été développés au chapitre 1, auquel nous renvoyons. Tâchons alors de nous limiter aux éléments spécifiques au cas d'un mineur discernant.

³²¹ Défense des enfants, « Le droit de l'enfant d'agir en justice en matière familiale : le pour et le contre », Outil pédagogique, 2017, p. 10.

³²² Art. 12, §2 de la Convention relative aux droits de l'enfant.

³²³ C.E., 7 octobre 1988, *J.T.*, 1989, p. 25 ; J.P. Wavre, 23 novembre 1989, *Rev. trim. dr. fam.*, 1989, p. 51 ; J.P. Mons, 19 avril 1989, *J.D.J.*, 1989, p. 34.

³²⁴ C.E., 7 octobre 1998, *J.T.*, 1989, p. 25.

³²⁵ T. MOREAU, « Mineurs incapables, mineurs responsables. Quelques réflexions sur la place reconnue au mineur et à ses droits fondamentaux dans la réforme », *Réforme du droit de la jeunesse. Questions spéciales*, T. Moreau et S. Berbuto (dir.), Liège, Anthemis, 2007, p. 155.

Les conditions à réunir restent inchangées : il faut démontrer une faute en lien causal avec un dommage. Néanmoins, certaines obligations s'évaluent différemment car l'information doit à présent être adressée directement au mineur. L'obligation d'information conserve sa structure mais elle doit être individualisée en s'adaptant à l'âge, au degré de maturité et aux capacités de compréhension du jeune. Il faut aussi qu'elle soit délivrée en temps opportun afin de lui permettre de se préparer psychologiquement à l'intervention³²⁶. Le médecin doit avoir évalué de manière rigoureuse la capacité de discernement, sous peine d'engager sa responsabilité à ce titre³²⁷. La faute consiste en un manquement à cette information, une présentation biaisée des options ou encore l'omission de proposer un report ou une abstention. Comme pour les jeunes enfants, le dommage prend souvent la forme d'une atteinte à l'intégrité physique (cfr. *supra*). Seulement, les souffrances psychologiques peuvent s'avérer davantage marquées chez un adolescent, plus à même de comprendre les implications de l'acte³²⁸. Quant au lien causal, à supposer que la faute réside dans un vice de consentement, il faut établir que, dûment informé, l'adolescent n'aurait pas consenti et que le dommage ne se serait alors pas produit³²⁹. S'agissant de l'hôpital, les remarques formulées *supra* s'appliquent *mutatis mutandis*.

Somme toute, réaliser une intervention de normalisation irréversible, non urgente et non indiquée sans consentement éclairé représente une pratique dénoncée de longue date par les instances internationales. C'est pourquoi il est établi que « sur le plan de la responsabilité civile, une telle pratique est constitutive d'une faute »³³⁰. Le cas de Coralie le confirme³³¹.

C. Sur le fondement extracontractuel

Par analogie avec le régime contractuel, nous invitons le lecteur à se reporter à l'examen mené au chapitre précédent. La conclusion d'un contrat médical n'exclut pas l'action en responsabilité extracontractuelle et le schéma classique (faute, lien causal, dommage) reste identique, si ce n'est que les obligations s'apprécient en dehors du cadre contractuel (cfr. *supra*) et à la lumière des particularités évoquées ci-dessus pour apprécier la faute.

³²⁶ P. COLSON, *op. cit.* (voir note 186), p. 48.

³²⁷ N. GALLUS, *op. cit.* (voir note 151), p. 440.

³²⁸ Interview de Sacha GILLES, ancien membre du conseil d'administration de l'association « Face à toi-même » et du conseil d'administration de la Fédération Prisme, réalisée le 1^{er} août 2025, annexe 2.

³²⁹ B. DUBUISSON, *Cours magistral de « responsabilité civile approfondie »*, année académique 2024-2025.

³³⁰ P. COLSON, *op. cit.* (voir note 186), p. 49.

³³¹ S. WATTIER, « Intersexe – Responsabilité médicale », note sous Bruxelles (4^e ch.), 7 février 2023, *Act. dr. fam.*, 2024, n°3, p. 82.

§2. Responsabilité pénale

Si les qualifications pénales envisageables restent semblables à celles susmentionnées, la situation d'un jeune discernant modifie tout de même l'analyse. Son consentement personnel devient obligatoire et sans lui, l'acte médical perd toute légitimité. Toutefois, il importe de séparer deux aspects : la validité du consentement comme prérequis légal à l'intervention et son efficacité en tant qu'élément justificatif sur le plan pénal. Cela étant, le respect du consentement ne suffit pas à lui seul à justifier une atteinte à l'intégrité physique. Pour que l'article 70 du Code pénal puisse s'appliquer, la procédure doit également répondre à une finalité thérapeutique, être réalisée par un professionnel habilité et respecter les conditions de nécessité et de proportionnalité³³².

Partant de ce constat, nous proposons de nous inspirer du raisonnement développé en matière de mutilations génitales féminines. Dans ce cadre, le consentement de la victime est considéré comme inopérant, tant il heurte des principes fondamentaux tels que l'ordre public, la dignité de la personne ou l'intégrité de l'espèce humaine³³³. Même explicite, cet accord n'équivaut ni à un élément constitutif de l'infraction, ni à un fait justificatif³³⁴. Il nous semble pertinent d'envisager une transposition de cette approche aux actes de normalisation effectués sur les adolescents intersexes lorsqu'ils ne sont ni urgents ni médicalement nécessaires et répondent davantage à des pressions sociales, esthétiques et/ou parentales plutôt qu'à un besoin exprimé par le mineur lui-même.

Cela étant, une incrimination ne saurait être absolue. Certains cas pourraient en effet relever d'une zone grise, notamment lorsque le jeune revendique lui-même l'intervention hors urgence et pression. Ce type de demande soulève des interrogations similaires à celles posées en matière de chirurgie esthétique. Or, les travaux préparatoires de l'article 409 du Code pénal précise que cette disposition vise essentiellement la protection des enfants contre des pratiques traditionnelles ou rituelles néfastes et non les interventions librement sollicitées à des fins personnelles³³⁵.

³³² N. COLETTE-BASECQZ, *op. cit.* (voir note 213), p. 65 à 68 ; M.-X. CATTO, *op. cit.* (voir note 139), p. 67.

³³³ Y.-H. LELEU et G. GENICOT, « La maîtrise de son corps par la personne », *J.T.*, 1999, p. 594 et 595.

³³⁴ M. ALIÉ, « Mutilations génitales féminines - Examen d'une infraction encore trop méconnue », *Rev. dr. pén. crim.*, 2015, n°11, p. 1039.

³³⁵ M. ALIÉ, *ibidem*, p. 1040.

En définitive, au vu de ces considérations, il paraît judicieux d'apporter une précision à l'incrimination spécifique envisagée au chapitre précédent. Si une telle infraction devait voir le jour, elle devrait être strictement circonscrite aux actes dépourvus de justification médicale et imposés dans un contexte de vulnérabilité et/ou de pressions normatives. Une telle approche permettrait d'éviter de pénaliser les choix personnels mûrement réfléchis, bien que s'inscrivant dans une logique de conformité corporelle. Mais il est à présent établi qu'aucune disposition en ce sens ne figure à l'agenda de la réforme pénale attendue en avril prochain.

Section 5. Réflexions conclusives

§1. Le droit belge et ses failles : les adolescents intersexes peu encadrés

Les constats dressés ci-avant montrent que, si le droit belge reconnaît en théorie à l'adolescent discernant un ensemble de droits garantis par la loi de 2002, ce cadre se montre trop imprécis pour assurer un contrôle effectif sur les interventions de normalisation. Les fragilités tiennent à l'absence de définition légale de l'adolescence, au manque de critères d'évaluation du discernement, à l'incertitude entourant la capacité civile à conclure un contrat médical ou encore à la possibilité d'écarter un refus en invoquant l'urgence ou l'inaptitude. S'y ajoutent la continuité parfois contrainte des suivis, la transition difficile vers les soins adultes, l'emprise du corps médical sur l'appréciation de l'aptitude décisionnelle, les tensions liées à la confidentialité et surtout les obstacles fragilisant le consentement.

Sans réforme ciblée ou adoption d'une loi spécifique telle qu'envisagée au chapitre précédent, l'adolescent apte demeure exposé à des décisions médicales irréversibles prise dans un cadre juridique insuffisamment protecteur. Au cœur de l'enjeu se trouve son autodétermination, soit « le droit d'opérer des choix concernant son propre corps »³³⁶. En ce sens, il importe de « veiller à ce que les enfants intersexes [...] aient accès à des services adaptés de conseil et d'appui et à des recours utiles »³³⁷ et qu'ils soient « convenablement informés de toutes les options qui s'offrent à eux »³³⁸, conformément aux recommandations de l'ONU. L'examen du droit comparé et des initiatives belges déjà amorcées ouvre des pistes d'action.

³³⁶ Cour eur. D.H., arrêt *Pretty c. Royaume-Uni*, 29 avril 2002, §66.

³³⁷ Com. dr. enf., *Observations finales concernant le rapport de la Belgique valant cinquième et sixième rapports périodiques*, 28 février 2019, CRC/C/BEL/CO/5-6, §26.

³³⁸ Com. dr. enf., *Observation générale n°12 : Le droit de l'enfant d'être entendu*, 20 juillet 2009, CRC/C/GC/12, §25.

§2. Droit comparé et initiatives belges : des pistes pour renforcer l'autonomie

Si les législations étrangères évoquées précédemment ont été pensées avant tout pour protéger les enfants incapables de consentir, elles contiennent aussi, souvent de manière plus discrète, des dispositions applicables aux mineurs aptes. L'examen de ces règles permet de voir comment certains États encadrent concrètement la prise de décision à l'adolescence, lorsque la volonté de l'intéressé devient centrale.

À Malte, la loi de 2015 prévoit que lorsqu'un mineur exprime le souhait de subir une opération d'assignation sexuelle, les professionnels de santé doivent veiller à placer l'intérêt supérieur de l'enfant au premier plan³³⁹. Le consentement doit être éclairé et donné par l'intermédiaire de la personne exerçant l'autorité parentale ou du tuteur³⁴⁰. Au Portugal, la loi de 2018 consacre le droit de conserver ses caractéristiques sexuelles primaires et secondaires, affirmant ainsi une protection générale également applicable aux adolescents intersexes³⁴¹. En Islande, les modifications permanentes ne sont autorisées chez les moins de seize ans que si elles correspondent à leur volonté et, pour raisons médicales, après consultation adaptée à leur maturité, obligatoire dès douze ans³⁴². En Allemagne, la loi indique que, pour un adolescent capable de consentir, aucune intervention ne peut être réalisée sans son accord, le recours au juge n'étant envisagé que s'il est dans l'incapacité de s'exprimer ou en cas de danger grave³⁴³. En Grèce, la loi de 2022 autorise les interventions sur les mineurs intersexes à partir de quinze ans uniquement avec leur consentement libre et éclairé, auquel s'ajoute celui des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur³⁴⁴. En Espagne, la loi de 2023 encadre les pratiques de modification génitale pour les mineurs de douze à seize ans. Ces actes restent envisageables sur demande du patient mineur, à condition qu'il soit en mesure de donner un consentement libre et éclairé, garantissant ainsi sa participation aux décisions médicales le concernant³⁴⁵.

³³⁹ S. WATTIER et M. ROLAIN, *op. cit.* (voir note 220), p. 124.

³⁴⁰ Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics Act No. XI, 14 avril 2015, art. 14.1.

³⁴¹ Lei n°38/2018 de 7 de agosto, Direito à autodeterminação da identidade de género e expressão de género e à proteção das características sexuais de cada pessoa, *Diário da República*, 2018, p. 3922.

³⁴² Act on Gender Autonomy n°80/2019 as amended by Act n°159/2019, n°152/2020 et n°154/2020, art. 11a.

³⁴³ Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zum Schutz von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung, art. 1 ; S. WATTIER et M. ROLAIN, *op. cit.* (voir note 220), p. 133.

³⁴⁴ Loi n°4958/2022 du 19 juillet 2022 de réformes de la procréation médicalement assistée et autres réglementations urgentes, *Journal officiel*, 142/A/21 juillet 2022, p. 5041 à 5060, art. 17.

³⁴⁵ Ley n°4/2023 de 28 de febrero 2023, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI, *B.O.E.*, 1er mars 2023, art. 19.2 ; S. WATTIER et M. ROLAIN, *op. cit.* (voir note 220), p. 138.

En Belgique, la résolution parlementaire de 2021, déjà saluée pour son appel à interdire toute intervention sans consentement éclairé, présente également un intérêt dans le contexte adolescent. L'interdiction qu'elle préconise demeure pertinente pour un mineur apte puisqu'elle tend à écarter toute décision médicale irréversible sans son accord. Le texte prévoit en outre la transparence des pratiques, la délivrance d'une information préalable exhaustive ainsi que l'accès à une information sur les aspects médicaux et socioculturels des variations et à un accompagnement psychosocial respectueux des droits humains, par analogie avec le régime applicable aux personnes en transition³⁴⁶. La proposition de loi de juillet 2024, quant à elle, encadre spécifiquement le consentement des mineurs aptes en exigeant qu'il soit libre, éclairé, préalable et explicite. Ce dernier peut être exprimé de manière autonome, après qu'un pédopsychiatre ou un pédopsychologue atteste de sa capacité de discernement, sans que l'accord parental ne soit requis. Elle prévoit également un accès à une information complète sur les aspects médicaux, socioculturels et juridiques, les options thérapeutiques, la possibilité de reporter l'acte et les effets à long terme, ainsi qu'un soutien psychosocial adapté³⁴⁷.

L'ensemble de ces initiatives atteste que la reconnaissance du droit de consentir ne suffit pas : encore faut-il que des garanties concrètes permettent à ce pouvoir de décision de s'exercer dans des conditions réelles d'autonomie.

§3. Garantir l'effectivité des droits de l'adolescent : vers un consentement plus encadré ?

Dans le chapitre précédent, nous défendions la nécessité de différer les interventions non urgentes jusqu'à ce que le mineur soit en mesure de formuler un choix personnel. Cependant, ce report n'a de sens que si, une fois apte, le mineur peut exercer pleinement ce droit. L'enjeu n'est donc pas simplement de reconnaître juridiquement le consentement de l'adolescent mais d'en garantir la mise en œuvre concrète.

Les pressions sociales à la conformité binaire, les attentes familiales, l'autorité du corps médical et l'intériorisation des discours pèsent lourdement sur la décision. La reconnaissance du discernement peut même se traduire par un transfert de responsabilité, le mineur étant

³⁴⁶ Résolution visant à reconnaître le droit à l'intégrité physique des mineurs intersexes, *Doc.*, Ch., 2020-2021, n°55-0043/008, p. 5 et 6.

³⁴⁷ Proposition de loi visant à préserver l'intégrité physique et psychologique ainsi que l'autonomie corporelle des personnes présentant des variations des caractéristiques sexuelles, *Doc.*, Ch., 2024, n°56-0077/001, p. 28 et 29.

sommé de « trancher » dans une période de fragilité émotionnelle³⁴⁸. Or, consentir à une modification irréversible des organes génitaux suppose non seulement la fin de leur évolution pubertaire, mais aussi l'expérimentation du corps. Sans cette expérience, la renonciation à ses organes initiaux est difficilement assimilable à une décision pleinement informée³⁴⁹.

Afin que le droit au consentement personnel ne reste pas théorique, plusieurs conditions ont été identifiées et doivent, selon nous, être réunies. Il serait nécessaire que l'adolescent concerné reçoive une information complète sur l'intervention envisagée, bénéficie d'un accompagnement raisonnable pour en comprendre les enjeux, dispose d'un délai suffisant pour prendre sa décision, ne soit pas soumis à des pressions ou à des contraintes indues et que son consentement ne puisse en aucun cas être remplacé lorsqu'il est apte à l'exprimer³⁵⁰. Sur le plan civil, le respect de ces conditions s'imposerait comme un standard, dont la violation caractériserait automatiquement une faute. Sur le plan pénal, nous renvoyons à ce qui a été exposé plus haut, non seulement quant à l'opportunité d'une incrimination spécifique, mais aussi quant à la rédaction de cette dernière au regard des dispositions prévues pour les mutilations en matière de consentement.

Ces réflexions convergent vers la nécessité d'une protection sur mesure pour cette catégorie d'âge, qui n'est assimilable ni aux enfants incapables ni aux adultes pleinement autonomes. À court terme, cela suppose la mise en place d'un processus de transition structuré vers l'âge adulte, garantissant la continuité des soins, l'acquisition par le jeune adulte des compétences nécessaires à la gestion de sa santé et le développement de son autonomie décisionnelle, et ce, avec un accompagnement psychosocial adapté à ses besoins et à sa maturité³⁵¹. À plus long terme, cette protection pourrait se traduire par l'adoption de la *lex specialis* envisagée au chapitre 1, mais prenant en compte les spécificités de l'adolescent et encadrant strictement les conditions de validité du consentement, afin que la vulnérabilité propre à cet âge ne serve pas de porte d'entrée à de nouvelles atteintes.

³⁴⁸ Interview de Sacha GILLES, ancien membre du conseil d'administration de l'association « Face à toi-même » et du conseil d'administration de la Fédération Prisme, réalisée le 1^{er} août 2025, annexe 2.

³⁴⁹ B. MORON-PUECH, *op. cit.* (voir note 235), p. 50.

³⁵⁰ OII Europe, *op. cit.* (voir note 43), p. 10.

³⁵¹ M. COOLS *et al.*, *op. cit.* (voir note 236), p. 419.

CONCLUSION

Adapter ou adopter ?

Six ans déjà que l'ONU a mis en exergue les manquements du droit belge à l'égard des mineurs intersexes. Trente-cinq ans que les premières générations ont pris conscience des interventions subies, donnant naissance à un mouvement contestataire des pratiques normalisatrices. À ce jour, seulement six pays de l'ONU ont légiféré sur le sujet. En Belgique, nous semblons encore loin de pouvoir prétendre proposer un cadre adapté à chaque situation. Ce constat appelle à repenser la problématique dans une approche davantage centrée sur la sauvegarde des intérêts du mineur, en ce compris le respect de sa volonté propre, exempte de toute pression.

Le mineur est par essence vulnérable et nécessite une protection spécifique liée à son statut. Toutefois, cette réalité ne peut être appréhendée de manière uniforme. Elle doit être nuancée compte tenu de la vulnérabilité propre à chaque étape de son développement psychique et corporel, et ce, jusqu'à la transition vers l'âge adulte. C'est donc bien au travers d'une approche chronologique que nous avons choisi de mener cette étude.

L'examen des interventions précoces, dès la période prénatale et dans la petite enfance, a révélé l'ampleur des atteintes que ces actes peuvent engendrer lorsqu'ils sont pratiqués sans nécessité médicale urgente ni consentement du principal intéressé. Ces opérations, souvent irréversibles, compromettent durablement leurs droits. Les décisions médicales reposent largement sur le consentement parental, lui-même fragilisé par le poids des pressions sociales et médicales³⁵². Le consentement différé est-il la piste à suivre ou ne fait-il que postposer le problème ?

L'analyse du second moment clé, celui de l'adolescence, a confirmé que le critère du discernement constitue un tournant décisif. Néanmoins, la continuité des pratiques médicales contraste avec la discontinuité juridique : le mineur passe d'une incapacité totale à une autonomie reconnue mais encore compromise. Si le droit belge reconnaît cette capacité fonctionnelle au mineur apte à apprécier raisonnablement ses intérêts, sa mise en œuvre pratique se heurte à des obstacles considérables qui compromettent l'effectivité de la volonté

³⁵² Voy. Interview de Madame M., mère d'un enfant présentant une VDS, réalisée le 21 juillet 2025, annexe 1.

des adolescents intersexes. En l'absence de cadre spécifique, déléguer la décision finale au mineur discernant ne représente-t-il pas un risque ?

Pourtant, la Belgique a déjà démontré sa capacité à se prononcer sur des questions sensibles. Elle l'a fait dans d'autres domaines médicaux impliquant des mineurs. Plus encore, une jurisprudence récente en matière d'intersexuation atteste que les juridictions belges peuvent aller jusqu'à condamner un établissement de soins. Parallèlement, notre pays figure parmi les plus ouverts sur la majorité des questions qui concernent les droits LGBTQIA+, comme en atteste la dernière carte publiée par ILGA-Europe³⁵³. Pourquoi, dès lors, les mineurs intersexes devraient-ils se contenter du cadre général, alors que d'autres problématiques tout aussi controversées bénéficient d'une loi spécifique ? Outre les recommandations issues de la résolution fédérale et des propositions de loi, il faut maintenant pouvoir agir concrètement.

Non dénuée d'une certaine ouverture, la posture adoptée par la Belgique en la matière demeure conservatrice, s'appuyant inexorablement sur une logique binaire. Sous cette emprise, il est difficile d'imaginer une refonte du système et de ses valeurs à court terme.

Adapter le Code pénal ou **adopter** une loi spécifique afin de répondre à ces manquements semblent les seules voies à suivre. Sur le plan pénal, il faudra attendre de remettre la question à l'ordre du jour, ce qui, selon toute vraisemblance, n'est pas envisagé dans le cadre de la réforme attendue pour 2026. La perspective d'une *lex specialis* apparaît donc aujourd'hui comme la voie la plus rapide et la plus efficace pour assurer la protection des enfants intersexes et respecter enfin leurs droits fondamentaux. *De facto*, il revient au législateur de bousculer une nouvelle fois les codes en définissant un vrai statut pour les personnes intersexes à défaut de réduire systématiquement leurs caractéristiques sexuées à une pathologie voire une déviance.

Ce mémoire n'entend pas clore le débat, mais vise, en toute humilité, à définir les contours d'un cadre juridique sur base de l'ensemble de nos recherches.

³⁵³ ILGA-EUROPE, « 2025 Rainbow Map », disponible sur www.ilga-europe.org, *s.d.*, consulté le 17 août 2025.

BIBLIOGRAPHIE

Législation et réglementation

Internationale

- Art. 5, 6 et 10 de la Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine : Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine, adoptée à Oviedo le 4 avril 1997.
- Principes de Yogyakarta, Principes sur l'application de la législation internationale des droits humains en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre, adoptés à Yogyakarta le 26 mars 2007, principe n°18.
- Com. dr. enf., *Observation générale n°12 : Le droit de l'enfant d'être entendu*, 20 juillet 2009, CRC/C/GC/12, §1.
- Com. dr. enf., *Observations finales concernant les deuxième à quatrième rapports périodiques de la Suisse*, 26 février 2015, CRC/C/CHE/CO/2-4.
- Com. dr. enf., *Observation générale n°14 sur le droit de l'enfant à ce que son intérêt supérieur soit une considération primordiale (art. 3, par. 1)*, 29 mai 2013, CRC/C/GC/14.
- Com. c. tort., *Observations finales concernant le septième rapport périodique de la Suisse*, 7 septembre 2015, CAT/C/CHE/CO/7, §20.
- Com. dr. enf., *Observation générale n°20 sur la mise en œuvre des droits de l'enfant pendant l'adolescence*, 6 décembre 2016, CRC/C/GC/20, §39.
- Principes de Yogyakarta plus 10, Principes additionnels et obligations additionnelles des états au sujet de l'application du droit international des droits humains en matière d'orientation sexuelle, d'identité de genre, d'expression de genre et de caractéristiques sexuelles pour compléter les Principes de Yogyakarta, adoptés à Genève le 10 novembre 2017, principe n°32.
- Com. dr. enf., *Observations finales concernant le rapport de la Belgique valant cinquième et sixième rapports périodiques*, 28 février 2019, CRC/C/BEL/CO/5-6, §§ 25 et 26.
- Com. D.H., *Observations finales concernant le sixième rapport périodique de la Belgique*, 6 décembre 2019, CCPR/C/BEL/CO/6, §22.
- Com. D.E.S.C., *Observations finales concernant le cinquième rapport périodique de la Belgique*, 26 mars 2020, E/C.12/BEL/CO/5, §§ 54 et 55.
- Com. élim. discr. femm., *Observations finales concernant le huitième rapport périodique de la Belgique*, 1^{er} novembre 2022, CEDAW/C/BEL/CO/8, §24.

- Cons. D.H., *Lutte contre la discrimination, la violence et les pratiques préjudiciables à l'égard des personnes intersexes*, 8 avril 2024, A/HRC/RES/55/14.

Européenne

- Art. 2, 3, 8 et 14 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, signée à Rome le 4 novembre 1950, approuvée par la loi du 13 mai 1955, *M.B.*, 19 août 1955, *err.*, 29 juin 1961.
- Art. 3, 12 et 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant, adoptée à New York le 29 septembre 1989, approuvée par la loi du 25 novembre 1991, *M.B.*, 17 janvier 1992.
- Art. 3, 4, 7, 20 et 21 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, signée à Nice le 7 décembre 2000, *J.O.C.E.*, C 364, 18 décembre 2000.
- Art. 38 et 39 de la Convention sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, signée à Istanbul le 11 mai 2011, approuvée par la loi du 1^{er} mars 2016, *M.B.*, 9 juin 2016.
- Résolution 1829 de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, S/RES/1829, 3 octobre 2011, §5.
- Résolution 1952 de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, S/RES/1952, 1^{er} octobre 2013, §2.
- Art. 38 et 39 de la Convention sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, signée à Istanbul le 11 mai 2011, approuvée par la loi du 1^{er} mars 2016, *M.B.*, 9 juin 2016.
- Résolution 2191 de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, S/RES/2191, 12 octobre 2017, § 7.1.1.
- Résolution 2878 du Parlement européen, RSP/2878, 14 février 2019, §2.

Nationale

- Const., art. 10, 11 et 22*bis*.
- An. C. civ., art. 43, 48, 203, 331*sexies*, 372, 373, 378, 388, 488, 2252 et 2262*bis*.
- C. civ., art. 5.51, 5.72, 5.225, 5.237 6.6, 6.14 et 6.24.
- C. jud., art. 17.
- C. pén., art. 70 et 405*quater*.
- Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.*, 26 septembre 2002, modifiée par la loi du 6 février 2024, *M.B.*, 23 février 2024, art. 2, 5, 6, 7, 8, 8/3, 9, 10, 11, 11*bis*, 12 et 15.
- Loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, *M.B.*, 17 juillet 2007, art. 67 et 68.

- Loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, *M.B.*, 7 novembre 2008, art. 4 et 30.
- Loi du 25 juin 2017 réformant des régimes relatifs aux personnes transgenres en ce qui concerne la mention d'une modification de l'enregistrement du sexe dans les actes de l'état civil et ses effets, *M.B.*, 10 juillet 2017.
- Loi du 4 février 2020 modifiant la loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre la discrimination entre les femmes et les hommes, *M.B.*, 28 février 2020, art. 2, 2°.
- Projet de loi relatif aux droits du patient, discussion des articles et votes, *Doc.*, Ch., 2001-2002, n°50-1642/012, p. 95.
- Proposition de résolution visant à établir un cadre juridique en vue de garantir la protection des droits fondamentaux des personnes intersexes, *Doc.*, Ch., 2019-2020, n°55-0974/001.
- Résolution visant à reconnaître le droit à l'intégrité physique des mineurs intersexes, *Doc.*, Ch., 2020-2021, n°55-0043/008.
- Resolutie over de betere ondersteuning en een betere zorg voor mensen met een intersekseconditie, *Parl. St.*, Parl. fl., 2023-2024, n°1850.
- Proposition de loi visant à préserver l'intégrité physique et psychologique ainsi que l'autonomie corporelle des personnes présentant des variations des caractéristiques sexuelles, *Doc.*, Ch., 2024, n°56-0077/001.

Étrangère

- Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics Act No. XI, 14 avril 2015, art. 14.1.
- Lei n°38/2018 de 7 de agosto, Direito à autodeterminação da identidade de género e expressão de género e à proteção das características sexuais de cada pessoa, *Diário da República*, 2018, p. 3922.
- Act on Gender Autonomy n°80/2019 as amended by Act n°159/2019, n°152/2020 et n°154/2020, art. 11a.
- Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zum Schutz von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung, art. 1.
- Loi n°4958/2022 du 19 juillet 2022 de réformes de la procréation médicalement assistée et autres réglementations urgentes, *Journal officiel*, 142/A/21 juillet 2022, p. 5041 à 5060, art. 17.
- Ley n°4/2023 de 28 de febrero 2023, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI, B.O.E., 1er mars 2023, art. 19.2.

Jurisprudence

Européenne

- Cour eur. D.H., arrêt *Fretté c. France*, 26 février 2002, §42.
- Cour eur. D.H., arrêt *Pretty c. Royaume-Uni*, 29 avril 2002, §66.
- Cour eur. D.H., arrêt *Glass c. Royaume-Uni*, 9 mars 2004, §70.
- Cour eur. D.H., arrêt *P. et S. c. Pologne*, 30 octobre 2012, §109.
- Cour eur. D.H., arrêt *M. et M. c. Croatie*, 3 décembre 2015, §171.
- Cour eur. D.H., arrêt *A.B. et autres c. France*, 12 juillet 2016, §151.
- Cour eur. D.H. (gde ch.), arrêt *A.P., Garçon et Nicot c. France*, 6 avril 2017.
- Cour eur. D.H., déc. *M. c. France*, 19 mai 2022, §§4 à 16, 20, 49, 56 et 59.
- Cour eur. D.H., arrêt *Y c. France*, 31 janvier 2023, §90.
- Cour eur. D.H. (gde ch.), arrêt *Semenya c. Suisse*, 10 juillet 2025.

Belge

- C.E., 7 octobre 1988, *J.T.*, 1989, p. 25.
- C.A., 8 octobre 2003, n° 134/2003, B.2.
- C.C., 19 juin 2019, n°99/2019, B.7.3.
- Cass. (1^{re} ch.), 14 décembre 2001, *Larc. Cass.*, 2002, n°2, p. 10.
- Cass., 4 octobre 1973, *R.G.A.R.*, 1974, n°9171.
- Bruxelles (4^e ch.), 7 février 2023, *J.L.M.B.*, 2025, n°25, p. 1079.
- Liège (20^e ch.), 3 décembre 2020, *J.T.*, 2021, n°22, p. 413.
- Bruxelles, 12 février 2014, *Rev. dr. pén.*, 2014, p. 717.
- Liège, 30 avril 1998, *Rev. dr. santé*, 1998-1999, p. 139, note Th. Vansweevelt.
- Civ. fr. Bruxelles, 5 novembre 2018, *R.G.A.R.*, 2019, n°15558.
- Civ. Gand, 10 septembre 2012, *T.G.R.*, 2013, p. 10.
- Civ. Gand, 14 avril 2006, *R.D.S.*, 2009-2010, p. 142.
- Civ. Anvers, 13 mai 1993, *Rev. dr. santé*, 1996-1997, p. 190.
- J.P. Wavre, 23 novembre 1989, *Rev. trim. dr. fam.*, 1989, p. 51.
- J.P. Mons, 19 avril 1989, *J.D.J.*, 1989, p. 34.

Étrangère

- Cass. fr., 20 mai 1936, *Rev. gén. dr.*, 1936, p. 6815.

Doctrine

- AEGERTER, A., « Enjeux et controverses quant à la participation d'activistes intersexes au Consensus de Chicago (2005) », *Santé Publique*, vol. 34, 2022, p. 59 à 67.
- ALIÉ, M., « Mutilations génitales féminines - Examen d'une infraction encore trop méconnue », *Rev. dr. pén. crim.*, 2015, n°11, p. 1020 à 1059.
- BASTIEN-CHARLEBOIS, J., « À qui appartient-il de déterminer les modes d'intervention auprès des personnes intersexuées ? », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 28, n°1, 2016, p. 66 à 86.
- BENTWICH, M., « On the Inseparability of Gender Eugenics, Ethics, and Public Policy : An Israeli Perspective », *The American Journal of Bioethics*, vol. 13, n°10, 2013, p. 43 à 45.
- BOUGNÈRES, P., BOUVATTIER, C., CARTIGNY, M. et MICHALA, L., « Deferring surgical treatment of ambiguous genitalia into adolescence in girls with 21-hydroxylase deficiency : a feasibility study », *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2017, n°3, p. 1 à 5.
- BOUVATTIER, C., « La détermination du sexe chez l'humain : aspects hormonaux », *Mon corps a-t-il un sexe ? : Sur le genre, dialogues entre biologies et sciences sociales*, E. Peyre et J. Wiels (dir.), Paris, La Découverte, 2015, p. 78 à 88.
- BOUVATTIER, C., « Naître avec un développement sexuel différent (DSD) », *Enfances & Psy*, 2016, n°1, p. 48 à 57.
- BRIBOSIA, E. et RORIVE, I., « Human rights integration in action : making equality law work for trans people in Belgium », *Fragmentation and Integration in Human Rights Law. Users' Perspectives*, E. Brems et S. Ouald-Chaib (dir.), Cheltenham, Edward Elgar, 2018, p. 111 à 138.
- BYNE, W., KARASIC, D. H., COLEMAN, E., EYLER, A. E., KIDD, J. D., MEYER-BAHLBURG, H. F. L., PLEAK, R. R. et PULA, J., « Gender Dysphoria in Adults : An Overview and Primer for Psychiatrists », *Transgender health*, n°3, 2018, annexe 1, p 57 à 70.
- CALLUS, T., « L'autonomie relative du 'mineur mûr' en droit anglais », *Adolescent et acte médical, regards croisés - Approche internationale et pluridisciplinaire*, B. Feuillet-Liger et R. Ida (dir.), Bruxelles, Bruylant, 2011, p. 243 à 245.
- CANNOOT, P., « Brussels hof van beroep veroordeelt kinderziekenhuis voor onzorgvuldige 'normaliserende' ingreep bij intersekse meisje », *T.J.K.*, 2024, p. 54 à 61.

- CANNOOT, P., « Do parents really know best ? Informed consent to sex assigning and 'normalising' treatment of minors with variations of sex characteristics », *Culture, health & sexuality*, vol. 23, n°2, 2021, p. 564 à 578.
- CANTARELLA, E., « L'hermaphrodite et la bisexualité à l'épreuve du droit dans l'antiquité », *Diogène*, 2004, n°4, p. 3 à 15.
- CAP, S. et WILLEMS, G., « La banque de données, le (pré)nom et les personnes transgenres : les réformes de l'état civil entre simplification administrative, évolutions sociétales et droits fondamentaux », *Actualités législatives en droit de la personne et de la famille*, J. Sosson (dir.), Bruxelles, Larcier, 2018, p. 7 à 51.
- CARPENTER, M., « The OHCHR background note on human rights violations against intersex people », *Sexual and Reproductive Health Matters*, vol. 28, n°1, 2020, p. 13 à 16.
- CASTERMANS, M., « La responsabilité de médecins pour opérations de 'normalisation sexuelle' médicalement non nécessaires d'enfants intersexes », note sous Bruxelles (4^e ch.), 7 février 2023, *Rev. dr. santé*, 2024, n°3, p. 252 à 259.
- CATTO, M.-X., « La loi de bioéthique et les intersexes », *JDSAM*, 2020, n°1, p. 64 à 76.
- COLETTE-BASECQZ, N., « Les actes médicaux à l'égard des personnes intersexes sous le prisme de la responsabilité pénale », *Les droits des personnes intersexes*, S. Wattier, P. Colson, A.-C. Rasson et M. Rolain (dir.), Bruxelles, Larcier-Intersentia, 2024, p. 55 à 69.
- COLETTE-BASECQZ, N., « Une affaire 'Perruche' en Belgique dix ans plus tard ! », *Rev. dr. santé*, 2010-2011, n°5, p. 380 à 381.
- COLSON, P., « Les actes médicaux à l'égard des personnes intersexes sous le prisme de la responsabilité civile », *Les droits des personnes intersexes*, S. Wattier, P. Colson, A.-C. Rasson et M. Rolain (dir.), Bruxelles, Larcier-Intersentia, 2024, p. 23 à 53.
- COOLS, M., NORDENSTRÖM, A., ROBEVA, R., HALL, J., WESTERVELD, P., FLÜCK, C., KÖHLER, B., BERRA, M., SPRINGER, A., SCHWEIZER, K. et PASTERSKI, V., « Caring for individuals with a difference of sex development (DSD) : a Consensus Statement », *Nature Reviews Endocrinology*, 2018, n°14, p. 418 à 426.
- CROCHELET, A., ZDANOWICZ, N., JACQUES, D. et REYNAERT, C., « Enjeux de la sexuation à l'adolescence », *Louvain médical*, vol. 130, n°6, 2011, p.188 à 192.
- De BEVER, Y., GROENENBERG, I., KNAPEN, M., DESSENS, A., HANNEMA, S., WOLFFENBUTTEL, K., DIDERICH, K., HOESLOOT, M., SREBNIK, M. et BRUGGENWIRTH, H., « Prenatal ultrasound finding of atypical genitalia : counseling, genetic testing and outcomes », *Prenatal Diagnosis*, vol. 43, n°2, 2023, p. 162 à 181.
- DE PAGE, H., *Traité élémentaire de droit civil belge*, t. II : *Les Personnes*, vol. II, 4^e éd. (par J.-P. Masson), Bruxelles, Bruylant, 1990.

- DERAIVE, C., « Entre ‘fille’ et ‘garçon’, il faut choisir : les traitements médicaux normalisateurs des personnes inter* à l’épreuve de la Convention européenne des droits de l’Homme », *Rev. dr. U.L.B.*, vol. 5, 2021, p. 7 à 10.
- DERAIVE, C., RASSON, A.-C. et RORIVE, I., « La Cour d’appel de Bruxelles met un coup d’arrêt à la normalisation des corps des enfants intersexués », *J.T.*, 2024, n°18, p. 310 à 313.
- DREGER, A., « Twenty Years of Working toward Intersex Rights », *Bioethics in Action*, F. Baylis et A. Dreger (dir.), Cambridge University Press, 2018, p. 70.
- DRUANT, F., « L’autorité parentale », *J.D.J.*, n°251, janvier 2006.
- EQUALITY LAW CLINIC (E. BRIBOSIA *et al.*) et HUMAN RIGHTS CENTRE (E. BREMS *et al.*), obs. sous Cour eur. D.H., affaire communiquée *M. c. France*, 22 septembre 2020, Bruxelles, 24 février 2021.
- GALLUS, N., « L’enfant mineur et le droit médical », *Le statut du mineur en droit civil et les droits de l’enfant*, N. Massager (dir.), Bruxelles, Larcier-Intersentia, 2024, p. 429 à 456.
- GENICOT, G., *Droit médical et biomédical*, 2^e éd., Bruxelles, Larcier, 2016.
- GHATTAS, D.C., *Human Rights between the Sexes : A preliminary study in the life of inter* individuals*, Henrich Böll Foundation, 2013.
- GRINSPON, R., CASTRO, S. et REY, R., « Up-to-Date Clinical and Biochemical Workup of the Child and the Adolescent with a Suspected Disorder of Sex Development », *Hormone research in paediatrics*, vol. 96, n°2, 2023, p. 116 à 127.
- HABERMAS, J., *L’avenir de la nature humaine. Vers un eugénisme libéral ?*, Paris, Gallimard, 2001.
- HIERNAUX, G., « Approche de la transsexualité en droit belge », *Droit des familles, genre et sexualité*, N. Gallus (dir.), Limal, Anthemis, 2012, p. 35 à 36.
- HUART, P., « Le droit à l’intégrité physique des personnes intersexes au regard des opérations de ‘normalisation’ pratiquées sur ces personnes lorsqu’elles sont encore mineures », note sous Cour eur. D.H., 19 mai 2022, *R.T.D.F.*, 2022, n°2, p. 497 à 502.
- IQBAL, M., JAM, M.R., SALEEM, M. et AHMAD, M., « True hermaphrodite : a case report », *APSP journal of case reports*, 2011, n° 2, p. 1 à 16.
- JOLITON, K., « Les mineurs et les soins de santé », *J.D.J.*, n°225, 2003, p. 19 à 22.
- KERNALEGUEN, F., « Adolescent et acte médical en droit français : l’effacement de l’autorité parentale ? », *Adolescent et acte médical, regards croisés*, B. Feuillet-Liger et R. Ida (dir.), Bruxelles, Bruylant, 2011, p. 5 à 20.
- KRAUS, C., « Diagnostiquer les fœtus intersexués : quoi de neuf docteurs ? », *Sciences sociales et santé*, 2015, vol. 33, p. 35 à 46.

- LELEU, Y.-H., « Capacité juridique - Notions générales », *Rép. not.*, t. I : *Les personnes*, liv. V/1, Bruxelles, Larcier, 2004, p. 23 à 57.
- LELEU, Y.-H., « La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient », *J.T.*, 2003, n°31, p. 649 à 659.
- LELEU, Y.-H. et GENICOT, G., « La maîtrise de son corps par la personne », *J.T.*, 1999, p. 589 à 600.
- LÓPEZ SOTO, Á., VELASCO MARTÍNEZ, M., FERRÁNDEZ MARTÍNEZ, M., DÍAZ GARCÍA, A., GARCÍA IZQUIERDO, O. et MARÍN SÁNCHEZ, P., « Prenatal ambiguous/atypical genitalia : why are we still missing it and how can we improve diagnosis? », *Ultrasound Obstet Gynecol*, vol. 63, n°5, 2024, p. 581 à 585.
- LOW, Y. et HUTSON, J., « Rules for clinical diagnosis in babies with ambiguous genitalia », *Journal of Paediatrics and Child Health*, vol. 39, n°6, 2003, p. 406 à 413.
- LÖWY, I., « Intersexe et transsexualités : Les technologies de la médecine et la séparation du sexe biologique du sexe social », *Cahiers du Genre*, 2003, n°1, p. 81 à 104.
- MASSAGER, N., « Une réforme nécessaire de l'autorité parentale et du statut du mineur en droit civil », *Le statut du mineur en droit civil et les droits de l'enfant*, N. Massager (dir.), Bruxelles, Larcier-Intersentia, 2024, p. 459 à 540.
- MATHIEU, G., RASSON, A.-C. et ROLAIN, M., « L'appréhension des violences subies par les personnes trans et intersexes au prisme des droits humains: une révolution douce », *Les violences de genre au prisme du droit*, S. Wattier (dir.), Bruxelles, Larcier, 2020, p. 35 à 61.
- MATHIEU, G., RASSON, A.-C. et RASSON-ROLAND, A., « La refonte du statut du mineur en droit civil à travers le prisme des droits de l'enfant : l'apport de la CIDE et du Comité des droits de l'enfant », *Le statut du mineur en droit civil et les droits de l'enfant*, N. Massager (dir.), Bruxelles, Larcier-Intersentia, 2024, p. 27 à 65.
- MAYSTADT, I., « Mécanismes biologiques et génétiques du développement sexuel », *Les droits des personnes intersexes*, S. Wattier, P. Colson, A.-C. Rasson et M. Rolain (dir.), Bruxelles, Larcier-Intersentia, 2024, p. 11 à 22.
- MCCANN-CROSBY, M., PLACENCIA, F., ADEYEMI, O., DIETRICH, J., WILLS, R., GUNN, S., AXELRAD, M., TU, D., MANN, D., KARAVITI, L. et SUTTON, R., « Challenges in Prenatal Treatment with Dexamethasone », *Pediatr Endocrinol Rev.*, septembre 2018, n°16, p. 2 à 10.
- MOREAU, T., « Mineurs incapables, mineurs responsables. Quelques réflexions sur la place reconnue au mineur et à ses droits fondamentaux dans la réforme », *Réforme du droit de la jeunesse. Questions spéciales*, T. Moreau et S. Berbutto (dir.), Liège, Anthemis, 2007, p. 151 à 221.

- MORON-PUECH, B., « Mutilations génitales intersexuées : gare aux juges civils ! », obs. sous Bruxelles, 7 février 2023, *Forum de droit familial.*, 2023, n°5, p. 40 à 50.
- MUSCHIALLI, L., ALLEN, C.L., BOY-MENA, E., MALIK, A., PALLITTO, C., NIHLÉN, Å. et GONSALVES, L., « Perspectives on conducting "sex-normalising" intersex surgeries conducted in infancy : A systematic review », *PLOS Glob Public Health*, vol. 4, n°8, 2024.
- NIGHTINGALE, E. et FISCHHOFF, B., « Adolescent Risk and Vulnerability : Overview », *Adolescent risk and vulnerability : concepts and measurement*, B. Fischhoff, E. Nightingale et J. Iannotta (dir.), Washington, National Academy Press, 2001, p. 1 à 14.
- NÍ MHUIRTHILE, T., « The Legal Status of Intersex Persons in Malta », *The Legal Status of Intersex Persons*, J. Scherpe, A. Dutta et T. Helms (dir.), Cambridge, Intersentia, 2018, p. 357 à 367.
- NOTTET, A., « Le consentement du mineur », *Responsabilités autour et alentours du mineur*, J. Wildemeersch et J. Loly (dir.), Limal, Anthemis, 2011, p. 41 à 101.
- NOTTET, A., « Le mineur en droit médical », *Nouveaux dialogues en droit médical*, G. Genicot (dir.), Limal, Anthemis, p. 149 à 213.
- NOTTET, A., « Mineurs et droits personnels », *R.T.D.F.*, 2010, n°1, p. 15 à 43.
- NOWOTNY, H., NEUMANN, U., TARDY-GUIDOLLET, V., AHMED, F., BARONIO, F., BATTELINO, T., BERTHERAT, J., BLANKENSTEIN, O., BONOMI, M., BOUVATTIER, C., BRAC DE LA PERRIÈRE, A., BRUCKER, S., CAPPA, M., CHANSON, P., CLAAHSEN-VAN DER GRINTEN, H., COLAO, A., COOLS, M., DAVIES, J., DÖRR, H.-G., FENSKE, W., GHIGO, E., GIORDANO, R., GRAVHOLT, C., HUEBNER, A., HUSEBYE, E., IGBOKWE, R., JUUL, A., KIEFER, F., LÉGER, J., MENASSA, R., MEYER, G., NEOCLEOUS, V., PHYLACTOU, L., ROHAYEM, J., RUSSO, G., SCARONI, C., TOURAINE, P., UNGER, N., VOJTKOVÁ, J., YESTE, D., LAJIC, S. et REISCH, N., « Prenatal dexamethasone treatment for classic 21-hydroxylase deficiency in Europe », *European Journal of Endocrinology*, Volume 186, Issue 5, May 2022, p. 18 à 22.
- PETIT, L., « Intersexuation », *Dictionnaire du fouet et de la fessée - punir et corriger*, I. Poussin et E. Lusset (dir.), Paris, Presses Universitaires de France, 2022, p. 404 à 409.
- RAZ, M., « Définir, dénombrer et visibiliser les variations intersexes », *Minorités de genre et de sexualité*, W. Rault et M. Trachman (dir.), Paris, Ined Éditions, 2023, p. 83 à 98.
- RAZ, M., « Introduction. La progressive visibilisation d'une réalité effacée », *Intersexes - Du pouvoir médical à l'autodétermination*, M. Raz et L. Petit (dir.), Paris, Le Cavalier Bleu, 2023, p. 15 à 29.
- RAZ, M., « L'émergence du mouvement intersexe », *Intersexes - Du pouvoir médical à l'autodétermination*, M. Raz et L. Petit (dir.), Paris, Le Cavalier Bleu, 2023, p. 105 à 124.

- RAZ, M., « L'intersexuation dans l'histoire occidentale (le prisme de l'hermaphrodisme) », *Intersexes - Du pouvoir médical à l'autodétermination*, M. Raz et L. Petit (dir.), Paris, Le Cavalier Bleu, 2023, p. 35 à 50.
- RAZ, M., « Vers la normalisation précoce du sexe », *Intersexes - Du pouvoir médical à l'autodétermination*, M. Raz et L. Petit (dir.), Paris, Le Cavalier Bleu, 2023, p. 53 à 72.
- RENCHON, J.-L., « L'autorité parentale et l'incapacité du mineur en droit belge. Exposé général », *Le statut du mineur en droit civil et les droits de l'enfant*, N. Massager (dir.), Bruxelles, Larcier-Intersentia, 2024, p. 141 à 190.
- REUSENS, I., « Du devoir d'information du médecin au devoir de collaboration du patient : plaider pour un dialogue thérapeutique », *Revue belge du dommage corporel et de médecine légale*, 2016, n°2, p. 97 à 121.
- REUSENS, I., « L'accès aux soins de santé du patient mineur sous l'égide de la loi sur les droits du patient - Pouvoirs et limites de l'autorité parentale », *Revue belge du dommage corporel et de médecine légale*, 2022, n°4, p. 143 à 165.
- REUSENS, I., « La loi relative aux droits du patient. Les points cardinaux de la réforme du 6 février 2024 », *R.G.A.R.*, 2024, n°9, p. 537 à 559.
- ROY, A., « Du statut juridique de l'adolescent en droit québécois : principes généraux et spécificités médicales », *Adolescent et acte médical, regards croisés - Approche internationale et pluridisciplinaire*, B. Feuillet-Liger et R. Ida (dir.), Bruxelles, Bruylant, 2011, p. 315 à 329.
- SCHAMPS, G., « Le degré d'autonomie du mineur dans le domaine des soins médicaux en droit belge », *Adolescent et acte médical, regards croisés*, B. Feuillet-Liger et R. Ida (dir.), Bruxelles, Bruylant, 2011, p. 83 à 141.
- SPARROW, R., « Gender eugenics ? The ethics of PGD for intersex conditions », *American Journal of Bioethics*, vol. 13, no 10, 2013, p. 29 à 38.
- van der HAVE, M., *Misvattingen over intersekse : Op weg naar wettelijke regulering geslachtsbevestigende behandelingen intersekse personen*, 2^{de} ed., Nijmegen, Stichting NNID, 2023.
- Van HALTEREN, T., « La protection patrimoniale des mineurs », t. 1 : *Les personnes*, vol. 1 et 2, A.-C. Van Gysel (dir.), Bruxelles, Bruylant, 2015, p. 1044 à 1124.
- VANSWEEVELT, T., *La responsabilité civile du médecin et de l'hôpital*, Bruxelles, Bruylant, 1996.
- VERDUSSEN, M., « Les droits constitutionnels subséquents », *Les droits constitutionnels en Belgique - Les enseignements jurisprudentiels de la Cour constitutionnelle, du Conseil d'Etat et de la Cour de cassation*, M. Verdussen et N. Bonbled (dir.), vol. 1, Bruxelles, Bruylant, 2011, p. 78 à 90.
- WATTIER, S., « Intersexe – Responsabilité médicale », note sous Bruxelles (4^e ch.), 7 février 2023, *Act. dr. fam.*, 2024, n°3, p. 82 à 86.

- WATTIER, S. et ROLAIN, M., « Le droit à l'intégrité physique des personnes intersexes : regard de droit comparé », *Les droits des personnes intersexes*, S. Wattier, P. Colson, A.-C. Rasson et M. Rolain (dir.), Bruxelles, Larcier-Intersentia, 2024, p. 121 à 140.
- WILLEMS, G., « Le droit du mineur à l'autonomie et à la participation dans la jurisprudence de la cour européenne des droits de l'homme », *Le statut du mineur en droit civil et les droits de l'enfant*, N. Massager (dir.), Bruxelles, Larcier-Intersentia, 2024, p. 71 à 110.
- WILLEMS, G., « Les personnes intersexes : à la croisée des genres », *L'étranger, la veuve et l'orphelin... Le droit protège-t-il les plus faibles ?*, G. Mathieu, N. Colette-Basecqz, S. Wattier et M. Nihoul (dir.), Bruxelles, Larcier, 2020, p. 479 à 490.

Autres

- Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, « Protection contre la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle, l'identité de genre et les caractéristiques sexuelles dans l'UE », *Analyse juridique comparative*, 2015.
- Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, « A long way to go for LGBTI equality », *Survey report*, 2020.
- CALLENS, N. et MOTMANS, J., (Centre de recherche pour la Culture et le Genre), « Brochure d'information à l'intention des parents d'enfants présentant des variations des caractéristiques sexuelles », *Brochure d'informations*, 2020.
- Comité consultatif de Bioéthique, Avis n°49 du 20 avril 2009 relatif à l'utilisation du diagnostic génétique préimplantatoire (DPI) pour détecter les porteurs sains d'une mutation causant une affection héréditaire grave qui peut entraîner un risque élevé pour les descendants.
- Commissaire aux droits de l'Homme du Conseil de l'Europe, « Droits de l'homme et personnes intersexes », *Document thématique*, 2015.
- Commissaire aux droits de l'Homme du Conseil de l'Europe, « Les avortements sélectifs en fonction du sexe sont discriminatoires et doivent être interdits », *Carnet des droits de l'homme*, 2014.
- Défense des enfants, « Le droit de l'enfant d'agir en justice en matière familiale : le pour et le contre », *Outil pédagogique*, 2017.
- DUBUISSON, B., *Cours magistral de « responsabilité civile approfondie »*, année académique 2024-2025.
- GHATTAS, D.C. (OII EUROPE), « Protéger les personnes intersexes en Europe : Guide pour les législateur-ice-s et les décideur-euse-s politiques », *Guide politique*, 2019
- HAUSMAN, J.-M., *Cours magistral de « droit médical et biomédical »*, année académique 2024-2025

- Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, « Violations des droits humains contre les personnes intersexes », Note d'information, 2019.
- Human Rights Watch, « I Want to Be Like Nature Made Me », Information brochure, 2017.
- LUMEKA, K. et RICHARD, F. (SCMGF), « l'ABC du secret professionnel face à l'excision », Guide pratique, 2024.
- Office of the High Commissioner for Human Rights, « Human rights of intersex people : Human rights standards and good practices », Technical note, 2023.
- OII Europe, « #MonHistoireIntersexe. Témoignages personnels de personnes intersexes habitant en Europe », Henrich Böll Foundation, 2021.
- OII Europe, « Indicateurs pour une protection efficace des droits des personnes intersexes, en particulier la protection contre les MGI », 2025.
- Organisation Mondiale De La Santé, *Classification Internationale des Maladies*, 11^e révision, 4 avril 2019.
- State of Victoria Department of Health, « Decision-making principles for the care of infants, children and adolescents with intersex conditions », Information brochure, 2013.
- WILLEMS, G., *Cours magistral « Individu, famille et État »*, année académique 2024-2025.

Ressources internet

- AMNESTY INTERNATIONAL, « 'D'abord, ne pas nuire' : il faut garantir les droits des enfants nés intersexués », disponible sur www.amnesty.org, 9 mai 2017.
- AMNESTY INTERNATIONAL, « Les principes de Jogjakarta, document essentiel pour les droits des LGBT », disponible sur www.amnesty.ch, s.d., consulté le 10 mars 2025.
- BRUERS, A., « Arno est intersexe : "On a proposé à ma mère de m'avorter" », disponible sur www.rtbf.be, 18 août 2024.
- CARPENTER, M., « Submission on the ethics of genetic selection against intersex traits », disponible sur www.interaction.org, 29 avril 2014.
- COLLECTIF INTERSEXE ACTIVISTE – OII FRANCE, Brochure « Visibilité intersexe : informations de base », disponible sur www.genrespluriels.be, 29 octobre 2017, modifié le 14 novembre 2023.
- GENRES PLURIELS, « Résolution intersexe votée au parlement flamand », disponible sur www.genrepluriels.be, 27 février 2024
- GUILLAUME, L. et CAPOULADE, J., « Garantir le droit des personnes intersexes : un défi pour la Belgique », disponible sur www.amnesty.be, 2 septembre 2024.

- ILGA-EUROPE, « Intersex bodily integrity 2025 - Main Findings », disponible sur www.ilga-europe.org, *s.d.*, consulté le 10 août 2025.
- ILGA-EUROPE, « 2025 Rainbow Map », disponible sur www.ilga-europe.org, *s.d.*, consulté le 17 août 2025.
- INTERSEX BELGIUM, « Intersexe? », disponible sur www.intersexbelgium.be, *s.d.*, consulté le 28 février 2025.
- INSTITUT POUR L'ÉGALITÉ DES FEMMES ET DES HOMMES, « Personnes intersexes », disponible sur www.igvm-iefh.belgium.be, *s.d.*, consulté le 2 mars 2025.
- LAROUSSE, « Hermaphrodisme », disponible sur www.larousse.fr, *s.d.*, consulté le 14 février 2025.
- LAROUSSE, « Intersexualité », disponible sur www.larousse.fr, *s.d.*, consulté le 14 février 2025.
- LAROUSSE, « Pseudohermaphrodisme », disponible sur www.larousse.fr, *s.d.*, consulté le 14 février 2025.
- LEGER, J., « Hyperplasie congénitale des surrénales », disponible sur www.orpha.net, *s.d.*, consulté le 25 mars 2025.
- MCNAMARA, B., « Report calls for end to surgeries on intersex people without consent », disponible sur www.teenvogue.com, 26 juillet 2017.
- NATIONS UNIES, « Personnes intersexes - Le HCDH et les droits de l'homme des personnes LGBTI », disponible sur www.ohchr.org, *s.d.*, consulté le 14 mars 2025.
- ORDRE DES MÉDECINS, « Code de déontologie médicale - Article 18 », disponible sur www.ordomedic.be, 30 juin 2024.
- ORDRE DES MÉDECINS, « L'accompagnement médical du patient mineur qui présente une dysphorie de genre », disponible sur www.ordomedic.be, 9 décembre 2023.
- ORDRE DES MÉDECINS, « Le patient mineur », disponible sur www.ordomedic.be, 25 avril 2025.
- PRATIQ, « Cadre légal et reconnaissance juridique », disponible sur www.pratiq.be, *s.d.*, consulté le 24 juin 2025.
- PRATIQ, « Impacts des interventions médicales sur la vie quotidienne », disponible sur www.pratiq.be, *s.d.*, consulté le 4 mars 2025.
- PRATIQ, « Plateforme Inter - Historique », disponible sur www.pratiq.be, *s.d.*, consulté le 11 février 2025.
- PRISME, « Portrait : Christiane Völling », disponible sur www.federation-prisme.be, 8 novembre 2023.

- PRISME, « Stop aux mutilations sur les personnes intersexes », disponible sur www.federation-prisme.be, 17 avril 2023.
- SMEERS, C., « Les médecins ont voulu faire de moi une ‘vraie femme’ » [audition du témoignage], disponible sur www.audio.rtf.be, 27 mars 2023.
- STOPIGM, « Belgique - Mutilations Génitales Intersexes : Communiqué de l’ONU souligne l’absence de protection législative », disponible sur www.stopigm.org, 27 janvier 2019.
- STOPIGM, « Nuremberg hermaphrodite lawsuit : Michaela ‘Micha’ Raab wins damages and compensation for intersex genital mutilations ! », disponible sur www.stopigm.org, 17 décembre 2015.

ANNEXES

Annexe 1. Interview de Madame M., mère d'un enfant présentant une VDS, réalisée le 21 juillet 2025

L : Voilà, il faut juste par formalité voir si vous êtes ok pour que cela soit enregistré.

M : Oui.

L : Et est-ce que vous souhaitez que votre prénom ou celui de l'enfant soit anonymisé ?

M : Oui, je préfère.

L : Ok, pas de souci. Les initiales c'est ok ?

M : Oui, pas de souci.

L : Ok, super. Je rappelle aussi qu'on peut interrompre l'entretien à tout moment. Vous avez également la possibilité de pas répondre à une question ou de me signaler si celle-ci est trop sensible.

M : Non, il n'y a pas de souci, je vais tout t'expliquer, il n'y a pas de problème.

L : Ok, super. Ça vous convient alors ? Donc première question, est-ce que vous pouvez un peu vous présenter ? Avez-vous plusieurs enfants, quels sont leurs âges ? Quel âge a votre enfant qui présente la variation ?

M : Alors, j'ai trente-six ans à l'heure actuelle. J'ai cinq enfants. Donc, j'ai un fils qui a quinze ans. J'ai J. qui a onze ans et ça c'est elle qui a eu la variation. Et puis, j'ai encore trois autres filles qui ont sept, six et trois ans.

L : Ok, c'est quelque chose de facile pour vous de parler de ça aujourd'hui ?

M : Ça a toujours été facile pour moi.

L : D'accord. Est-ce que vous aviez connaissance de la possibilité de présenter cette variation-là avant d'accoucher de J ?

M : Non ! Enfin, ... oui, à la dernière minute, vraiment. Le jour où j'ai appris que j'étais enceinte, j'ai déjà fait une hémorragie. Donc pour eux, je n'allais pas garder l'enfant car l'hémorragie était impressionnante. Et de là, donc, j'ai dû aller à l'hôpital et on s'est rendu compte que le bébé restait accroché. Donc, on m'a alité jusqu'à quatre mois et demi - cinq mois. Je suis restée quasi alitée toute ma grossesse. En fait, j'étais enceinte de trois mois. Je suis restée alitée quasi jusqu'à six mois. Ils s'étaient rendu compte qu'en fait il y avait: humérus, fémur trop court. Il y avait également aussi un problème de croissance. Elle était beaucoup plus petite que la normale. Et à l'échographie, on voyait une petite fille. Sauf que, comme ils se rendaient compte qu'il y avait un problème... pour eux, c'était une trisomie ou quelque chose comme ça. Ils m'ont fait de nombreux examens. J'ai été piquée absolument tous les jours. J'ai eu une amniocentèse. J'ai eu des échographies tous les jours, etc. Et on s'est rendu compte à l'amniocentèse qu'elle avait le caryotype d'un garçon. Mais qu'il n'y avait pas de pénis. On ne voyait pas de pénis à l'échographie.

L : D'accord, donc c'est au niveau du caryotype. Mais le fait de présenter une variation en général, c'est un sujet qui restait tabou ? Sinon, avant que vous n'y soyez confrontée, ce n'est pas quelque chose que vous auriez imaginé ?

M : Non, c'est ça. Je n'en avais jamais entendu parler.

L : En fait, dans ma recherche, on voit souvent que c'est quelque chose d'assez tabou. C'est assez invisibilisé parce que forcément ça sort de la norme. Et dès que ça sort de la norme, c'est quelque chose dont on parle moins. C'est ce que je voulais savoir, si vous saviez que ça existait avant.

M : Pas du tout.

L : Qu'avez-vous appris avec l'écho ?

M : Au niveau de l'amniocentèse parce qu'à l'échographie on voyait vraiment une petite fille. Donc eux, ils ne se sont pas très intéressés.

L : Donc en fait, s'il n'y avait pas eu d'hémorragies et autres, c'était à la naissance, dans ce cas-là ? Quelles sont vos premières réactions et celles du coparent et de l'entourage proche ? Vous en aviez parlé directement après l'amniocentèse ?

M : Oui, j'en ai toujours parlé ouvertement.

L : Quelle est votre réaction au moment où, à l'amniocentèse, on vous dit qu'on voit un caryotype masculin ? Ce n'est peut-être pas si frais que ça dans votre esprit ?

M : Je m'en foutais. J'ai pleuré toutes les larmes de mon corps, durant toute ma grossesse pour que cet enfant arrive à terme. C'est le seul truc qui me tracassait. Le reste, je n'en avais rien à faire.

L : J'imagine fort bien. Quand il y a autant de complications, on veut juste un enfant qui arrive sain et sauf.

M : Voilà, exactement. C'était le seul truc qui me tracassait. Le reste, je me suis dit, on verra. La médecine évolue. On s'en fout, on verra.

L : De quelle façon l'équipe médicale, vous l'a-t-elle annoncé ?

M : C'était un peu compliqué pour eux étant donné que je suis tombée en dépression parce qu'on me disait que je n'allais arriver au terme de ma grossesse. Je ne dormais plus les nuits. Je ne mangeais plus. J'étais vraiment dans un état pitoyable. Et donc, à chaque fois que la porte s'ouvrait et qu'il y a un médecin qui arrivait près de moi, je me mettais à pleurer parce que j'avais toujours peur qu'on m'annonce quelque chose.

L : C'est ça. Au final, vous aviez un peu assimilé le corps médical à tous ces soucis-là aussi.

M : Voilà, c'est ça. Une fois que la porte s'ouvrait, j'étais en panique parce que je me demandais ce qu'on allait encore m'annoncer. Ils se sont assis au bout de mon lit et ils m'ont dit que pour l'instant, ils n'avaient pas encore décelé de trisomie. Ils n'avaient pas encore décelé de maladies graves qui pourraient nuire au bébé. Mais que c'était le caryotype d'un garçon et qu'on ne voyait pas de pénis. J'ai dit : ok, oui.

L: Et donc, l'équipe médicale, vous l'avez sentie assez compétente envers la chose ou pas de jugement dans ce qu'ils disaient par rapport à ça ?

M : Non, pas du tout. J'ai été à l'hôpital de Sainte-Élisabeth à Namur et ils ont été absolument exceptionnels avec moi. Exceptionnels. Les médecins venaient tout le temps me voir, tout le temps me réconforter. Ils étaient vraiment gentils avec moi parce qu'ils voyaient bien que j'étais vraiment au bout de ma vie. Franchement, j'étais dans un état pitoyable et ils ont été vraiment absolument super. Il n'y a qu'une infirmière à qui j'ai dit qu'il fallait qu'elle sorte de ma chambre avant que je me lève et que je ne la frappe parce qu'elle m'a demandé, alors que j'étais en train d'accoucher: on fait quoi du bébé s'il arrive à naître ? On en fait quoi de ce bébé ? Est-ce qu'on le réanime ? On fait quoi avec ? Et là, j'ai pété un câble. Je lui ai dit : toi, tu sors de ma chambre... parce que là, tu es en train de parler de mon enfant.

L : Mon Dieu !

M : On lui a dit de ne plus rentrer.

L : Je comprends fort bien.

M : Ce n'était déjà pas le meilleur moment du tout. J'étais en train d'accoucher. Là, je n'étais même pas dans un hôpital qui pouvait subvenir aux besoins de ma fille. Tout le monde était en catastrophe et elle nous a sorti cette phrase-là, comme ça. J'ai cru que j'allais la tuer. Elle a sorti ça avec un tel jugement. Qu'est-ce qu'on a en fait de ce bébé ? À ce moment, nous n'avions pas tous les résultats. Et moi, j'ai dit que quoi qu'il arrive, tant qu'on ne m'annonce pas que cet enfant n'est pas viable, c'est-à-dire que s'il allait vivre avec des séquelles lourdes, qu'elle allait mourir tôt... ou des choses comme ça, là, j'aurais pris sur moi et j'aurais fait le choix. Même si mon enfant était un enfant handicapé. Pour moi, c'était mon enfant. Donc, il fallait le réanimer et faire tout pour mon bébé. Juste s'il n'était pas viable, si elle allait vraiment souffrir et des choses comme ça. Ça, je ne l'aurais pas accepté. Mais que ce soit une trisomie, peu importe laquelle, etc.

L : Et au niveau des informations qu'on vous a données pendant l'amniocentèse ? On vous a déjà parlé de sa santé, du développement possible, que ça allait peut-être engendrer le fait d'avoir un caryotype masculin ?

M : Ils ne savaient rien. Ils ne sont pas spécialisés non plus là-dedans en fait. Pas du tout. Ils ne savaient rien du tout. Eux, ils étaient un peu dans le désarroi parce qu'ils ne savaient même pas quoi faire...

L : Et ils avaient déjà eu des cas similaires ? Était-ce la première fois ? (M effectue un signe de tête.) Ils étaient aussi pris au dépourvu, finalement ?

M : Ouais.

L : Ok. Au niveau de la commune, ça s'est passé comment pour déclarer la naissance à l'état civil ?

M : On l'a déclaré comme un garçon dans un premier temps. Ouvertement sur les réseaux parce qu'on était fiers. Notre bébé était né, donc elle s'appelait Divio à la base. (rires) Et en fait, quand elle est née, elle avait des testicules dans les lèvres et la testostérone qui ne fonctionnait pas. Donc elle s'est faite opérer rapidement, etc. Et moi, j'ai demandé au médecin

ce qui était le mieux pour cet enfant, que ce soit une fille ou un garçon, puisque clairement on pouvait choisir. Et ils nous ont dit que ce serait un garçon sans pénis, mais qu'après on pourrait lui en créer un. J'ai dit non, si la testostérone ne fonctionne pas, on retire ça et merci, au revoir.

L : Donc, les opérations ont eu lieu en Belgique. Mais dans notre pays, nous avons trois mois pour déclarer à l'état civil en cas d'ambiguïté du sexe. Donc est-ce que vous avez quand même déclaré la naissance dans les quinze jours ?

M : Non, elle a été déclarée comme fille.

L : Après avoir déjà réalisé une opération ?

M : Elle avait déjà eu une opération, oui.

L : Ok.

M : À même pas trois mois de vie, elle avait déjà eu une opération.

L : D'accord. Mais donc, quand vous dites d'abord masculin, c'était sur l'acte de naissance alors ?

M : Non, sur les réseaux sociaux.

L : Ah oui, ok. Dans ce sens-là. Mais je veux dire, sur papier, ça a toujours été F sur la carte d'identité ou autre ?

M : Oui.

L : Entendu. Passons un peu au parcours médical en lui-même. Donc vous m'avez indiqué qu'elle avait... Je peux dire elle alors ?

M : Aujourd'hui, c'est elle forcément.

L : Vous m'avez précisé qu'elle avait subi trois opérations. Quel était son âge lors de chaque opération, l'objectif et est-ce que surtout c'était discuté à chaque étape ? Ou alors est-ce que c'était plus une décision globale au début reprenant toutes les opérations ?

M : Ça, c'est un peu plus compliqué parce que je suis très fermée sur le sujet. Pour moi, une fille, c'est une fille. Un garçon, c'est un garçon.

L : D'accord.

M : Les médecins de maintenant sont très ouverts à ça alors que moi je ne suis pas adepte à ça. C'était un peu compliqué. Ils disaient que j'étais très fermée, mais comme je disais, c'était mon enfant, c'était à moi de décider. J'ai eu un peu du mal avec eux. Donc dans un premier temps, J avait le clitoris un petit peu plus développé que la normale.

L : Oui, c'est 9 millimètres, je pense... On dit 9 millimètres généralement sur papier et souvent alors c'est réduit, je suppose. C'était ça la première opération ?

M : Non, parce qu'ils ne voulaient pas chipoter. Dans un premier temps, elle avait les gonades, donc ce sont les testicules dans les lèvres et ça, on lui a retirées. Elle n'avait même pas encore trois mois. Ils l'ont laissée grossir un petit peu parce qu'elle est née à six mois. Elle faisait 789g. Préaturée, ils ne pouvaient pas opérer un si petit bébé. Il fallait qu'elle prenne un peu

de forces. Mais elle a été opérée vers un mois et demi, deux mois de vie. Ça s'est bien passé. Donc là, ils m'ont dit qu'il fallait la laisser grandir, etc. Donc elle en a eu quelques-unes, mais je ne sais plus exactement les âges. Mais en tout cas, elle était petite.

L : C'est plus ça qui m'intéresse. Est-ce que c'était vraiment en bas âge ?

M : Elle était petite. Elle en a eu une à peut-être trois ans. Elle en a eu également une il y a deux ans. Donc elle avait 9 ans, 8-9 ans. Ils ne voulaient pas toucher au clitoris parce qu'ils disaient qu'elle pouvait perdre de la sensibilité. Ils n'ont pas voulu y chipoter, donc ils ont en fait ouvert davantage les lèvres, mis le clitoris dedans et refermé. Sauf que ça a craqué. Donc elle s'est retrouvée avec une cicatrice comme ça mais son clitoris était toujours ressorti. C'était pire. C'était vraiment pire. Donc là, j'ai tapé du poing sur la table. J'ai dit : « Écoutez, maintenant, ça suffit. Vous arrêtez d'utiliser mon enfant comme un cobaye. Vous allez faire ce que je demande parce qu'à un moment donné, même elle, elle veut être une fille, donc il faut arrêter ». Pourtant, c'est une petite fille qui est très garçon manqué. Elle a tout le temps un ballon dans les pieds. Elle ne veut pas mettre de jupe. Elle est garçon manqué depuis quelques années. Mais j'étais un garçon manqué aussi quand j'étais petite.

L : C'est ça. Ça ne définit rien.

M : Rien du tout. Elle était exactement comme moi quand j'étais petite, en fait. Donc ils ont réduit le clitoris il y a deux ans.

L : Ok. Et les autres opérations, alors, c'était dans plus ou moins le même ordre d'idée ? C'était un peu pour rectifier aussi ce que ça avait engendré, en fait.

M : Voilà, ce qui n'allait pas, ouais.

L : Ok. Et donc, vous avez l'impression que c'était bien rediscuté à chaque étape ou c'était plus dans l'urgence, peut-être ?

M : Non, pas du tout. C'était bien discuté. Justement, moi, j'ai trouvé qu'il prenait beaucoup de temps pour ça. Justement, ils lui ont mis plein de trucs dans la tête, alors qu'en fait, en soi, elle se considérait comme une petite fille. Elle n'a jamais eu de problème à l'école. Elle a toujours eu ses copines. L'année passée, elle avait un petit copain. Maintenant, c'est une petite fille. J'émettais des doutes justement, à attendre.

L : D'accord. Et en fait, quand vous dites « se considérer comme... » quand elle le subit en très bas âge, presque près de la naissance, dans ce cas là, qu'est-ce qui a formaté votre choix aussi ? Parce que forcément, elle sait moins s'exprimer aussi à ce moment-là.

M : Moi, j'ai fait en fonction de ce que son corps faisait, c'est-à-dire que la testostérone qu'elle faisait ne fonctionnait pas. Donc ça n'aurait jamais été un garçon avec une voix, etc. Et donc, on a retiré directement ça. Et donc, en fait, elle ne produisait plus ni hormones féminines ni masculines, en fait.

L : Ok. Oui, c'est vraiment ça qui vous a conforté dans le choix aussi.

M : Oui.

L : Ok. Est-ce que l'équipe médicale vous accompagnait et informait clairement de ce que ça pouvait engendrer, des risques et autres ? Là, je vois qu'il y a eu complication, mais est-ce que

c'était quelque chose qui aurait déjà pu arriver et qui en amont, peut-être, avait été dit, que ça pouvait craquer ?

M : Non, ça, il ne m'avait pas prévenu. Je trouvais ça bizarre de ne pas vouloir faire l'opération tout de suite. Et ça m'a un peu énervée qu'il ne le fasse pas tout de suite. Après elle a grandi..., elle devait aller à la piscine, elle avait sa cicatrice, etc. Bon, certes, elle a eu de la chance. C'est une petite fille avec un fort caractère. Personne ne l'a jamais embêtée avec ça, elle n'a jamais vraiment été gênée de ça.

L : Ça, ça aide aussi.

M : Mais moi, je trouve qu'ils auraient dû faire ça bien plus vite au moment où elle ne réagissait même pas encore et qu'elle ne savait même pas pourquoi on l'opérait. Elle s'en foutait, elle y allait, elle aimait bien, parce qu'elle avait sa maman pour elle toute seule et qu'elle vivait sa meilleure vie à l'hôpital. En grandissant, elle a commencé à comprendre et j'ai trouvé ça un peu stupide de lui mettre un doute dans sa tête, en fait, clairement. Surtout que moi, ce n'est pas l'éducation que je donne. Après, il y a des familles qui sont très ouvertes et qui s'en foutent, mais moi, ce n'est pas l'éducation que je donne.

L : Entendu. Où les opérations ont-elles été effectuées ? Quel est cet hôpital spécialisé ?

M : À Uz Gent. L'hôpital universitaire de Gand.

L : Très bien. Est-ce que vous aviez consulté d'autres professionnels pour avoir un second avis ?

M : Il n'y en a quasi pas. En tout cas, moi, on m'a conseillé le docteur H parce qu'il est génial avec les enfants. Même si on n'est pas toujours d'accord sur les choses, il est vraiment bien avec les enfants.

L : Ok. Et donc c'est Sainte-Élisabeth qui vous a dirigé vers cet autre hôpital, alors ?

M : Non, non, parce que Sainte-Élisabeth, ils m'ont transférée à Liège et c'était à l'hôpital à Rocourt qui a été abattu il n'y a pas très longtemps.

L : Oui, oui, je vois.

M : C'est eux qui m'avaient conseillé parce que J, du coup, elle est née là-bas. J'ai été transférée en ambulance. Quand ils se sont rendus compte que j'ai accouché à Namur, ils m'ont transférée directement à Liège.

L : L'accouchement ne devait pas être de tout repos.

M : Ah oui, non, j'étais en ambulance et j'ai fait un trajet aller jusqu'à Liège direct.

L : Au niveau de l'impact des opérations sur le corps, vous me parliez de cicatrices, mais est-ce que ça s'est accompagné de douleurs aussi ?

M : Non, pas du tout de douleurs, elle ne l'a jamais manifesté. Elle a été sondée. Elle est courageuse comme jamais. Rien. Franchement, un plaisir. Rien du tout.

L : Oui, et au niveau émotionnel ? Si vous me dites qu'elle avait un fort caractère, était-ce pareil ?

M : Moi, elle me demande pour y aller à l'hôpital car elle se plaît bien.

L : Et ça n'a en rien changé votre relation avec elle ?

M : Non. Ça n'a rien changé.

L : Elle ne vous a pas assimilé aux hôpitaux, non plus ?

M : Non, non. Elle a eu un peu plus de mal parce qu'en fait, J, il faut savoir qu'elle a eu une machine pendant un an pour la respiration, etc., pour son coeur. Moi, j'ai arrêté de travailler pendant deux ans et demi parce qu'il était hors de question qu'on touche à mon enfant ou qu'on aille à un rendez-vous médical à ma place. C'était moi. Je ne voulais personne d'autre. C'était ma fille. Personne ne pouvait l'approcher. Personne ne pouvait la garder. Et donc, elle a eu l'habitude d'avoir sa mère H24 collée à elle. Et quand j'ai eu mes autres filles, ça lui a fait un peu bizarre quand même. Et donc, c'est juste ça qu'elle aime bien aller à l'hôpital parce qu'elle m'a pour elle toute seule.

L : Elle l'a assimilé finalement de manière positive aussi. Au niveau des frais que vous avez engagés, il y a eu un remboursement de la part de la mutuelle ?

M : Oui, je n'ai quasi jamais rien payé, honnêtement. À part, l'ostéopathie parce que ce n'était pas remboursé. Elle avait une déformation de la tête vu qu'elle était née beaucoup trop tôt.

L : Oui, mais donc rien à voir avec sa variation ?

M : Non. Sinon, ça ne m'a jamais rien coûté.

L : Ok. Tant mieux ! Mais alors, ils considéraient ça vraiment comme un soin de santé nécessaire ?

M : Je crois, parce que je n'ai jamais dû payer quoi que ce soit. Si, peut-être des petites factures d'hôpitaux, mais comme on paye pour n'importe qui.

L : Au niveau de votre entourage, vous avez ressenti leur soutien ou à l'inverse, pression de la part de votre entourage ? Que ce soit proche ou ailleurs, est-ce que certains ont émis un jugement ?

M : Non. J'ai un caractère beaucoup trop fort pour qu'on ose faire ça. (rires)

L : Oui, ça, ça doit jouer aussi. Vous vous êtes parfois remise en question par rapport à ces choix-là ou avez-vous éprouvé des regrets ? Ou au contraire, ça vous soulage à l'heure actuelle d'avoir fait ces choix ?

M : Je pense avoir fait les bons choix, oui.

L : Ok.

M : Et si jamais je ne les ai pas faits, je serai quand même là pour elle plus tard, ce n'est pas grave. Ensemble, quoi.

L : Vous en reparlez parfois, toutes les deux ? Ça ne revient jamais sur la table ?

M : Jamais. C'est vraiment un sujet sur lequel on ne parle pas, à part quand on doit aller à l'hôpital.

L : Ok. Ça, c'est bien. Finalement, tout coule de source, quoi.

M : Oui, elle ne se sent pas différente du tout. Franchement, on n'en parle jamais. Des fois, quand elle me dit: je ne veux pas porter ça ou ça. Je me dis, mais J, quand même, tu es une petite fille ! Fais un effort. Elle est vraiment fort garçon manqué, tout comme moi lorsque j'étais petite. Je lui ai demandé alors si elle aurait préféré être un garçon ? Elle me dit non, mais je ne veux quand même pas mettre une jupe ou mettre du rose. Je dis ok, ça va.

L : Oui, ok, donc ce sont même des phrases que vous savez sortir comme ça. Vous en parlez totalement ouvertement et elle est totalement au courant de la situation.

M : Plus parce que je lui ai toujours expliqué qu'on était tous différents, que ça ne faisait pas d'elle un extraterrestre, que ce n'était pas grave. Il y a des gens, ils arrivent sans doigts, ce n'est pas grave. On vit avec, c'est comme ça, l'être humain...

L : Oui, et puis elle est en bonne santé. Tout va bien.

M : Moi, c'est ce que je lui ai dit. Je lui ai dit, tu as deux jambes, deux bras, tu sais courir, tu sais vivre. En plus, c'est une beauté, elle est magnifique, donc... Franchement...

L : Non, c'est sûr. Et au niveau de l'avenir, comment vous le voyez ? Est-ce qu'il y a d'autres interventions qui pourraient être envisagées ? Les médecins vous ont parlé de devoir retraiter ? Est-ce que vous devez peut-être y retourner fréquemment ?

M : Là, je vais faire une prise de sang avec elle. On devait y retourner au début du mois, mais madame est partie en vacances. Elle est partie pour un mois et demi, donc on va aller la rejoindre. Mais j'ai laissé passer les vacances avant ce genre de truc. Donc on doit aller faire une prise de sang quand elle revient pour voir quelle hormone elle a, etc., pour lui donner son traitement hormonal. Et après son traitement hormonal, du coup, il va rectifier sa cicatrice, donc il va recouper, retirer la cicatrice et recoudre bien correctement.

L : Donc il y a une autre intervention qui est prévue déjà à ce niveau-là. Ce sont des traitements hormonaux qui peuvent peut-être alors durer jusqu'à la puberté, je suppose.

M : Ah oui, d'office.

L : Et pendant l'âge adulte, on vous en parle déjà ?

M : Elle va devoir, parce qu'elle a le vagin trop petit, donc on va devoir l'ouvrir un petit peu plus. C'est tout.

L : Oui, c'est forcément des interventions qui arriveront après, donc vous y réfléchirez en temps venu, je suppose aussi.

M : Exactement. Là, elle est encore petite. Il n'y a pas besoin d'ouverture de vagin maintenant, donc elle attendra, à mon avis, au moins 15-16 ans. Au moins je suis sûre que... parce que je ne veux pas que...

L : À cet âge-là, ce sera à elle de décider, par rapport à ces interventions ?

M : Voilà, oui, parce que c'est déjà elle qui décide.

L : C'est déjà elle qui décide, c'est ce que j'allais vous demander. Parce que, en fait, dans la loi, il n'y a pas de majorité médicale. On dit juste que lorsque l'enfant a le discernement et qu'on

estime qu'il est assez mature pour décider, c'est à ce moment-là. Mais donc, il n'y a pas d'âge, ça veut dire qu'elle est bien réfléchie et qu'elle sait bien ce qui se passe.

M : Ils lui font voir à un psychologue à chaque fois.

L : Oui, forcément.

M : Avant chaque opération.

L : Y a-t-il un suivi psycho à chaque fois en parallèle ?

M : oui.

L : Nous arrivons à la fin. S'il y avait un message... Enfin, c'est assez philosophique, mais je ne vous demande pas une phrase de philosophe. (rires) Que souhaiteriez-vous dire à des parents qui pourraient vivre la même situation ? Après,... chaque grossesse est différente, c'est certain. Mais si aujourd'hui, un parent en détresse, aimerait être rassuré parce qu'il voit la chose comme étant grave. Vous aimeriez lui dire quoi finalement ?

M : Pas de stress, toujours être là pour son enfant et tout va rouler.

L : Oui, j'ai bien compris votre philosophie.

M : C'est d'être là. Ben oui, c'est ça. Tant que nous sommes à côté d'eux, pour surmonter tout avec eux, en fait, ils surmontent. Moi, je vois bien, quand j'ai accouché, j'étais la seule des mamans dans l'hôpital. Je n'ai jamais compris ça. Il y avait des prématurés partout. Et moi, j'étais la seule à être là, H24, alors que j'avais déjà un enfant. Donc je passais la journée avec mon fils et la nuit, je la passais toute la nuit avec la petite peau à peau sur moi. Et les parents, ils abandonnaient leurs enfants dans l'hôpital tout seuls. Je n'ai jamais compris. On était deux mamans sur tous les services. Je leur signalais que la seringue de celui-ci était finie, qu'il fallait la changer. Ils m'ont déjà dit: « Vous ne voulez pas venir travailler avec nous, parce depuis le temps que vous êtes ici, vous connaissez tout ». Franchement, si, je voudrais bien parce que quand je vois qu'il y a tous les enfants qui sont à l'abandon, j'ai presque envie de les prendre tous en peau à peau sur moi. Je ne comprends pas. Et moi, J, à chaque fois, je disais, vous êtes sûre, vous pensez que ça va aller ? Ils me répondaient toujours, on ne peut pas vous le dire. Il y a des enfants, ils arrivent ici, ils font trois kilos et ils meurent quand même. Façon de parler quoi. Donc, on ne peut pas vous dire. Parce que J, c'est un état critique. Moi, elle ne respirait pas du tout toute seule. Elle avait trois semaines de retard au niveau de la croissance. Elle était microscopique. Elle était toute petite.

L : Je comprends qu'à côté de ça, une variation, ça n'est tellement rien.

M : C'est ça, en fait. Quand on voit tout ça... Mon enfant m'a fait deux arrêts cardiaques, elle a eu une transfusion sanguine. Quand on voit tout ça, on se dit, mais en fait, ça n'est rien du tout. Ce qu'il y a entre les jambes, on s'en fout. Si on arrive à passer le cadre de ça. Et moi, ça m'a traumatisée. J'avais toujours dit que je n'aurais plus jamais d'enfant. Je suis tombée enceinte avec la pilule parce que sinon..., j'étais traumatisée. Vraiment. Et d'ailleurs, j'ai eu un suivi bien plus sérieux. Le médecin me disait que mon enfant n'avait rien, qu'il allait bien, qu'il n'y avait pas besoin de venir toutes les semaines. Pour mes autres grossesses, mon gynécologue savait bien que lorsque j'appelais, il fallait me prendre. Dès que j'avais une petite question, j'étais en panique totale. Alors que le bébé allait bien.

L : Je comprends, c'est un traumatisme aussi.

M : Ah oui, j'étais traumatisée.

L : J'imagine. Donc, le message, c'est vraiment no stress finalement. Tant que l'enfant est en bonne santé.

M : Tant qu'on est là pour l'enfant, ça lui donne de la puissance. Moi, quand je vois tout ce que ma fille a fait, mais après, je n'ai jamais lâché. J'étais fatiguée, j'étais tout ce qu'on veut, mais j'ai toujours été là, H24, avec elle à côté. C'est le plus important, je pense.

L : C'est sûr. Et là forcément, on parlait du fait que la décision lui revenait déjà et que pendant l'adolescence, les choix peuvent changer et autres. Imaginons hypothétiquement qu'elle voudrait peut-être revenir au masculin. Comment est-ce que vous réagiriez finalement ?

M : Ça, j'aurais du mal, mais je serais là. J'aurais du mal, je ne vais pas mentir, parce que moi, j'ai été fort élevée comme ça. Donc, j'aurais du mal. J'aurais vraiment beaucoup de mal, mais je serais là parce que c'est ma fille. Maintenant, elle, elle ne peut pas avoir d'enfant vu qu'à l'intérieur d'elle, elle n'a pas les hormones d'un garçon, d'une fille.

L : Ça, elle s'en rend déjà compte ?

M : C'est une info qui lui a déjà été transmise depuis le départ. Il y a des moments où elle disait: oui, et quand je serai grande ? On lui a dit direct. Pour l'instant, tu ne sais pas avoir de bébé, mais il y a plein d'autres choses. Tu pourras faire comme maman. Par exemple, mon souhait, c'était d'adopter. Évidemment, j'en ai eu 5, donc forcément, je n'ai plus trop envie d'adopter. Tu pourras rendre un enfant super heureux parce qu'en fait, il n'a plus de parents. Toi, tu vas être cette maman, cette maman qu'il n'aurait jamais eue, si tu n'avais pas été là, c'est un geste magnifique et toi, ce sera ton bébé. C'est donnant, donnant. Tu peux faire ça et puis j'ai mes organes que je garde, justement, parce qu'ils fonctionnent très bien, les miens. Du coup, je garde mes organes parce que je sais qu'on peut transfuser.

L : C'est possible, ça, oui ?

M : Donc, je les garde. C'est pour ça que je ne me suis jamais faite opérer et que j'essaie de trouver tous les moyens possibles comme contraception parce que je ne les supporte pas. Mais pour garder mes organes et adienne que pourra, on verra ce que la vie, elle nous donne. En tout cas, ma fille, elle sait qu'elle ne sait pas avoir d'enfant, qu'elle a mille solutions. Après, c'est ce que je lui dis, tu n'es pas obligée d'avoir des enfants. Parce que moi, personnellement, j'adore voyager. Si tu veux voyager et ne pas t'encombrer, fais de même.

L : Ce sont tellement des choix qui ne se posent pas encore maintenant. Elle a encore toute la vie devant elle finalement.

M : Mais c'est ça que je lui dis. Comme ça, elle sait. Parce que je trouve ça tellement plus dur. Quand j'entends des couples qui essayent pendant des années d'avoir des enfants et qu'après on leur annonce, tu ne sais pas en avoir. Le choc ! Non ! Moi, ma fille, depuis qu'elle entend sait, comprend, elle sait qu'elle n'aura pas d'enfant. Peut-être que la médecine va évoluer. Peut-être qu'elle va adopter. Peut-être qu'elle n'en voudra pas. Elle connaît ses opportunités. Elle sait. Elle sait vers quoi elle va. Comme quelqu'un qui va naître avec une jambe en moins,

il sait qu'il n'aura pas de jambe. C'est autre chose que s'il avait eu un accident et qu'on lui coupe.

L : C'est ça, clairement. Là, elle en est consciente depuis le début.

M : Voilà, ma fille, elle sait tout. Je n'ai rien caché. Elle connaît toute sa vie depuis le départ. Elle sait quoi, pourquoi, comment et je ne lui cache rien.

L : Finalement, elle est bien débrouillarde aussi là-dessus, je suppose.

M : Voilà. Et ça l'aide bien. Elle sait tout. Moi, j'ai toujours voulu qu'elle sache qu'elle était quelqu'un. C'est tout. Parce que c'est quelqu'un. Parce qu'elle est hyper courageuse. Parce qu'elle a plein de qualités. Même son nez, au final, je lui dis toujours, tu as vu le nez magnifique que tu as ? Parce qu'en fait, son nez, il est déformé à cause des machines.

L : Ah oui ?

M : Ah oui. Mais elle a un nez magnifique. Et le truc, c'est que son nez, il n'était pas du tout comme ça, à la base. Mais en fait, avec la CPAP, le truc pour la faire respirer, ils lui ont modifié son nez en même temps.

L : C'est fou ça.

M : Ah oui, parce que j'ai des photos. Il faudrait que je les retrouve. Parce qu'évidemment, le papa n'a pas fait en sorte que je puisse les récupérer. Mais j'en avais, je pense, dans un des PC. Elle avait vraiment un nez de cochon quand elle était petite parce qu'en fait, la machine tirait sur son nez. Avec ça, ça lui a modifié tout son nez. Sauf qu'à l'heure actuelle, on dirait qu'elle a un nez fait avec la chirurgie, comme tout le monde se paye à l'heure actuelle pour avoir un nez un petit peu en trompette. Chaque fois, je lui dis: « Tu as vu, toi, grâce à tes machines, tu as un petit nez que tout le monde paye pour avoir ». Elle est belle. Elle est mate de peau. Elle a des longs cils, des longs cheveux très foncés. Elle est magnifique. Franchement, c'est une princesse. Donc, chaque fois, je la valorise. Elle sait qu'elle est belle.

L : C'est le plus important de la valoriser, d'être là pour elle, finalement. C'est vrai que là, on s'est beaucoup penchés de votre côté et j'entends que vous dites le papa. Alors, sans conclusion hâtive, je suppose que vous n'êtes plus avec le papa aujourd'hui ?

M : Le papa, c'était quelqu'un qui était très violent. Je me suis séparée de lui que la petite n'avait même pas deux ans.

L : Donc il a été à côté de vous pendant toutes ces opérations-là ?

M : Personne, c'était moi, toute seule. Il n'est jamais venu.

L : Il ne s'est jamais intéressé ?

M : Non.

L : Mais il devait donner son accord, forcément, pour les opérations ?

M : Ah ouais, non, j'ai toujours été toute seule. J'ai toujours fait tout toute seule. Il ne m'a jamais rien demandé. Il a été déchu de ses droits il y a trois ou quatre ans seulement.

L : Et donc, à la naissance, on ne lui a pas demandé son autorisation non plus ?

M : Mais il était avec moi à ce moment-là. Là, il était encore avec moi.

L : Parce que normalement, ils demandent quand même une autorisation conjointe et ce sont les deux parents qui doivent consentir. Mais c'est vrai que après, si ça a été considéré peut-être comme une urgence ou autre...

M : Ce n'était même pas en urgence. En tout cas, moi, j'ai toujours fait ce que je voulais de ma fille.

L : Sinon, simplement, c'est vrai qu'on a déjà beaucoup parlé du corps médical, mais s'il y avait eu quelque chose à faire autrement par rapport au corps médical, qu'est-ce que vous auriez aimé qu'il soit fait autrement ?

M : J'aurais préféré qu'on m'écoute plus, mais à côté de ça, je pense que je les comprends quand même. Moi, je suis normalement constituée, mais je pense que tous les parents ne sont pas normalement constitués. Je pense qu'ils sont obligés aussi de mener leurs enquêtes et faire des trucs comme ça. C'est frustrant parce que quand on est normalement constitué, on en a un peu marre d'avoir l'impression que l'enfant est un cobaye. Mais quelque part, je comprends parce que les gens sont tellement fous à l'heure actuelle. Je pense qu'ils sont obligés de faire ça et d'avoir un suivi quand même malgré tout. Mais c'est vrai que c'est frustrant parce que moi, il y a des opérations que j'aurais faites bien avant.

L : Et pourquoi vous les auriez faites bien avant ?

M : Parce que la petite, en fait, quand elle était petite, elle était très très petite fille, très très... Elle ne se rendait vraiment pas compte de ce qu'elle avait, elle ne s'en rendait pas compte du tout. Elle ne voyait aucune différence, mais vraiment aucune. Elle ne s'est jamais posée de questions. Et donc, j'aurais préféré qu'on fasse tout ça quand elle ne comprenait pas vraiment, plutôt que d'attendre qu'elle soit limite une petite ado et de commencer à lui faire subir des : « Tu préférerais être un garçon ? », alors qu'elle ne savait même pas... Moi, je n'en ai pas parlé avec elle tant qu'elle ne m'en a pas parlé en vérité. Je ne vois pas l'intérêt d'aller lui mettre un truc dans la tête si elle ne l'a pas. Si elle se sent bien dans sa peau, je ne voyais pas du tout l'intérêt d'aller lui parler de ça. Donc j'aurais préféré que ça se fasse plus vite. Après, ça ne s'est pas fait plus vite. Et voilà ! Maintenant, elle est consciente, je lui explique, on parle.

L : Et vous auriez préféré aussi avoir moins le sentiment d'avoir un cobaye dans les bras finalement ?

M : Ouais, ça, ça m'a saoulée vraiment. D'ailleurs, je me suis fâchée avec eux. Ils m'ont dit, mais vous êtes vraiment extrême. Moi, je ne vous dis pas comment vous devez élever vos enfants. Parce que la femme me disait : « Si jamais elle veut devenir un garçon ? ». À un moment donné, on élève chacun nos enfants comme on veut. Moi, une fille, ça a des cheveux longs, c'est féminin. Après, j'étais garçon manqué quand j'étais petite, donc je m'en fous. Ma fille, elle passe par toutes les étapes, il n'y a pas de problème. Parce que je n'ai jamais imposé quoi que ce soit à ma fille. Elle voulait mettre du vernis, je lui mettais du vernis. Elle veut jouer au ballon, elle joue au ballon. Ce n'est pas comme si je forçais. Moi, je voulais qu'on l'opère et qu'on lui foute la paix. Maintenant, elle a grandi, elle n'est plus du tout fifille. Boucle d'oreilles... on oublie ! Vernis... alors là, je n'en parle même pas. Il y a juste ses cheveux qu'elle ne veut pas couper et qu'elle veut garder super longs. Mais en fait, elle aime tellement le foot. Elle est tellement fan de foot qu'elle veut toujours des vêtements et des

chaussures adaptées pour pouvoir avoir un ballon dans les pieds. C'est ma fille, J. Elle a une petite tête de fille, mais c'est vrai qu'elle est un peu masculine.

L : Elle ne manifeste pas pour autant le fait de vouloir à ce stade se dire « là je repasse sur des opérations masculines » ?

M : Ça, elle ne le manifeste pas. Non, elle ne parle pas de ça. L'année passée, elle avait un petit copain. Elle a sa meilleure copine.

L : Oui, je veux dire au niveau de sa socialisation, ça n'a rien changé.

M : Non, jamais.

L : Tout à l'heure, vous me parliez de la piscine, elle n'a jamais eu de moqueries ?

M : Maintenant, elle veut quand même des maillots shorts.

L : Pour couvrir les cicatrices ou autres ?

M : Oui, à mon avis quand même. Du coup, elle a un maillot shorts. On ne se prend pas la tête, elle veut un maillot short, elle en a un. Après, j'écoute ses besoins. Là, pour l'instant, elle ne dit rien.

L : De toute façon, ça doit venir d'elle, forcément.

M : C'est ça. Moi, c'est comme je l'ai dit, je lui pose la question. Quand je mets du vernis à ses soeurs qui sont fans, je lui dis J du vernis ? Elle me dévisage d'une façon... Pareil pour les coiffures. Elle veut garder ses cheveux longs, mais elle veut un truc simple. Je lui fais des tresses de temps en temps. Mais ça ne lui plaît pas trop. Elle aime bien une queue. C'est tout.

L : Comme chaque enfant finalement qui a sa propre personnalité, qui change... il y a la puberté. On peut tellement avoir des préférences un jour, et en avoir d'autres le lendemain.

M : En fait, moi, je la vois tellement en moi, parce que je me rappelle de ma mère quand elle me mettait des trucs roses, des trucs comme ça. Je faisais exprès de les déchirer à l'école pour qu'elle ne me les remette pas. Pourtant, à l'heure actuelle, je me maquille, je me fais les ongles, je me coiffe tout le temps, j'adore les fringues, je suis hyper féminine. On ne dirait pas comme ça, mais si. Je la laisse grandir et s'épanouir comme elle le veut. Si elle a un problème, elle sait bien qu'elle peut m'en parler.

L : Le discours est très ouvert.

M : Complètement ! Si elle veut devenir un garçon, elle deviendra un garçon. Mais par contre, la dernière fois, il y a juste un truc qui m'a perturbée quand même. C'est qu'on lui a dit qu'elle allait avoir de l'hormone et que ça allait lui faire pousser les seins. Et là, elle a tiré une drôle de tête et elle m'a dit qu'elle n'avait pas envie de ça. Donc, ça me rassure.

L : Tant que c'est un dialogue ouvert. Parfait. Y a-t-il autre chose que vous souhaitez évoquer ?

M : Non.

L : Si ça vous convient, je vais couper l'enregistrement. Je vous remercie pour cet échange.

**Annexe 2. Interview de Sacha GILLES, ancien membre du conseil d'administration de
l'association « Face à toi-même » et du conseil d'administration de la Fédération Prisme,
réalisée le 1^{er} août 2025**

L : Ok, donc tout d'abord, je voulais juste savoir si c'était ok d'enregistrer la conversation et si tu veux fournir ton nom ou l'anonymat, comme tu préfères, comme ce sera annexé.

S : Non

L : Ok, super. Est-ce que tu peux me dire quelques mots sur ton parcours personnel, militant ou même professionnel en lien avec toutes ces questions ?

S : Du coup, mon parcours, d'un point de vue personnel, j'ai intégré plutôt le milieu, enfin le côté associatif, que ce soit LGBT ou trans vers l'âge de quatorze ans. Et puis vers seize - dix-sept ans à peu près, donc deux-trois ans plus tard, j'ai intégré du coup le milieu associatif trans principalement, plutôt pour venir en aide à d'autres. Et j'ai quitté ce milieu associatif il y a à peu près un an on va dire. Oui, je suis resté pendant cinq ans dans ce milieu-là.

L : Ok, et donc au niveau de l'association, dans quel cadre agit-elle ? Pour ce qui est des missions principales, elles s'occupent spécifiquement des questions trans, ou alors ça englobe parfois d'autres questions ?

S : Alors j'ai été dans deux associations différentes, donc j'ai été du côté de « Face à toi-même », où là j'étais d'une part dans le conseil d'administration, mais on n'avait pas d'employé, donc c'est nous qui agissions directement. Là c'est vraiment les personnes trans, leur entourage et toutes les personnes en questionnement sur la question du genre. Et on avait aussi du coup certaines personnes intersexes qui étaient en questionnement, mais c'était principalement intersexes, où il y avait un choix qui avait été fait, que ce soit par le corps médical parfois, que ce soit par la naissance, qui entamait une transition de genre au fur et à mesure de leur parcours. Et alors j'ai fait partie aussi du conseil d'administration de la Fédération Prisme. C'est la coupole associative wallonne des associations Queer en Belgique.

L : Ok. Donc si tu es surtout actif sur plus les questions trans, est-ce qu'il t'est quand même déjà arrivé de croiser, tu m'en as déjà parlé, mais d'accompagner des situations en lien avec l'intersexuation ? Est-ce que tu dis intersexuation comme terme ou ... ?

S : Oui, ou personne intersexe.

L : Ok.

S : Généralement voilà, c'est vrai que ce sont les termes que je vais utiliser naturellement, sinon je m'adapte aux personnes qui sont concernées.

L : Mais donc par rapport à ces questions, dans quel contexte est-ce qu'elles te sont apparues ? Il s'agissait d'enfants, d'ado, d'adultes, un petit peu tout ça ?

S : Alors enfants, j'ai principalement plutôt eu des parents. Des parents d'enfants intersexes, sinon ados oui, et adultes également. Ados, c'était principalement des personnes qui se questionnaient. J'ai le souvenir d'un ado en particulier qui n'était pas au courant et qui s'est posé pas mal de questions par rapport à son genre. Et du coup, on l'a accompagné autour de

son genre. Et dans le moment où on rencontrait les parents, en fait les parents disaient : « Ben oui, en fait, t'es né intersexe ». Ah !

L : Ah, donc eux le savaient en fait ?

S : Ça fait beaucoup d'éléments !

L : Eux le savaient et pas l'enfant alors.

S : Les parents le savaient mais pas l'enfant, c'est ça tout à fait.

L : Ça c'était quand même délicat. Et donc les problématiques principales, c'était dans le cadre d'un accompagnement ou autre et d'une transition alors, c'est ça ?

S : Ben là, ici, pour ce jeune en particulier, cet ado, il n'est pas encore question de transition. C'était plutôt une réflexion autour de son genre et de comment est-ce que ce jeune se situait dans la société. Sinon pour la matière des autres, oui c'était ça, c'était des personnes intersexes qui ont transitionné par la suite.

L : Ah oui ok. Et là je rentre un peu dans le vif du sujet de mon mémoire qui est forcément axée sur les opérations en elles-mêmes. Selon toi et par rapport à tes échanges et autres, pourquoi est-ce qu'on cherche encore à opérer des enfants intersexes aussi jeunes aujourd'hui ?

S : Voilà, ça c'est toujours une question de norme au sein de la société. On a d'un côté une société qui est encore très binaire à l'heure actuelle.

L : C'est clair.

S : Elle veut imposer cette binarité et puis, voilà, généralement je pense que ce qui ressort souvent du corps médical et même aussi très souvent des parents qui vont influencer, je pense, fort par le corps médical, c'est ce côté de : « Mais oui, mais qu'est-ce que l'enfant va pouvoir subir après ? » Que ce soit sur le plan psychologique, les risques de harcèlement ou autre, sur le plan social mais aussi ce qui ressort très souvent, et je pense à tort : « Mais il vaut mieux opérer maintenant plutôt que plus tard ».

L : C'est ce qui ressort souvent dans les témoignages et autres. Alors que finalement... oui, peut-être qu'il y a ce risque de discrimination ou de psycho après... mais il y a aussi un psycho derrière des opérations qui n'ont pas été consenties quoi.

S : Exactement !

L : Donc, tout ce qui est pression sociale à la binarité.

S : Vraiment ! Je pense que c'est principalement ça qui en ressort, et cette résistance au changement et à l'inconnu aussi, que l'étudiant a très très fort. On ne peut pas envisager le fait qu'il puisse y avoir un autre genre, un autre sexe que juste homme-femme et donc voilà c'est vraiment cette grosse résistance qui je trouve évolue mais voilà on est encore parti pour quelques années.

L : Et dans les parcours trans selon toi c'était quoi les éléments essentiels d'un bon accompagnement pour les jeunes au niveau psy, discernement ?

S : Pour moi, le plus pertinent, c'est toujours de se baser sur ce qu'on appelle l'autodétermination, de garder le principe d'autodétermination et le fait que personne n'est capable de pouvoir genrer la personne concernée, et surtout aussi de partir du principe qu'il n'y a pas un parcours-type. Ce qui a parfois été problématique dans le cadre de certains accompagnements. On a eu parfois certains bénévoles où on se rendait compte qu'on a dû soit un peu recadrer les choses ou parfois se séparer de certains d'entre eux parce que dans leur tête c'était un seul parcours-type où il faut que tout le monde rentre dans ce schéma, soit quand on n'était pas du tout d'accord, ou l'association aussi sur le côté, qui était vraiment dans ce principe-là, d'avoir un parcours-type et on n'en sort pas. Et donc, c'est cette pluridiversité des parcours et l'accompagnement aussi. En tout cas, il y a la possibilité de faire A, B, C, D ou de passer par 50 000 alternatives possibles. Donc je pense que c'est surtout ça le plus important dans l'accompagnement, surtout psychologique des personnes trans.

L : Et est-ce que tu penses que forcément il y a des éléments qui sont transposables à la situation des ados intersexes ?

S : Je pense que quasiment. En réalité, sur l'aspect psychologique, quasiment tous. Je pense que ce n'est pas la seule, mais une des grosses différences par contre, c'est à prendre en compte : l'aspect médical malgré tout. Dans le sens où, automatiquement, il y aura des risques différents au niveau hormonal, que ce soit au niveau opération ou autre, il y aura quand même d'autres risques. Après, sur le risque psychosocial, on est généralement sur quelque chose d'assez similaire.

L : Ok. Alors, est-ce que tu as l'impression que les jeunes intersexes, ils sont assez intégrés dans les dispositifs de soutien et d'accompagnement qui sont existants ?

S : J'ai envie de dire non, que ce soit pour l'un et pour l'autre. Dans les dispositifs généraux, c'est le vide et l'inexistence des personnes inter dans les dispositifs généraux. Même là, ici, moi, j'ai travaillé pendant 6 mois en planning familial. On en parle un peu, mais très très peu. On parle de plus en plus dans les plannings, donc dans tout ce qui est animation Evras, on parle de plus en plus des personnes trans. Les personnes intersexes, c'est encore compliqué.

L : Petit à petit.

S : C'est encore un level au-dessus, qu'il y ait encore des dispositifs de la communauté Queer, ça dépend vraiment des assos.

L : Et pourquoi ?

S : Des assos les intègrent vraiment, d'autres très très peu, et voir même parfois, et c'est ça qui est très dommage, c'est qu'on a tendance à se dire, oui, c'est une assos Queer, voilà, il y a une grande ouverture d'esprit, non.

L : Et parfois, même à l'intérieur, il y a aussi une invisibilité de certaines...

S : Tout à fait.

L : Au niveau des jeunes intersexes qui, à l'adolescence, ont remis en question une assignation. Ça, tu en as déjà rencontré, alors ? Quel était leur parcours ? Si tu sais un peu m'expliquer un cas concret, ou un exemple de quelqu'un.

S : Un exemple que j'ai en tête, généralement, au moment où ça se déclare, c'est le début de l'adolescence. Le corps qui commence à changer, et qui, généralement, ne change pas toujours, comme ici, c'est le cas d'un jeune homme qui a transitionné par la suite. Mais à la naissance, il a été assigné femelle, et donc petite fille. Puis, l'adolescence arrive, le corps commence à changer comme n'importe quel ado, sauf qu'il y a beaucoup d'effets qui ne sont pas comme toutes les autres adolescentes, notamment une voix qui commence petit à petit à être de plus en plus grave, une pilosité de plus en plus forte, et donc là, beaucoup de questions qui commencent à arriver, que ce soit de la part de ce jeune-là, ou de la part des autres jeunes aussi. Tu sais comment peuvent être les ados entre eux... Voilà, ce n'est pas toujours très agréable. Et donc, ce jeune-là commence à se renseigner beaucoup de son côté, et il tombe sur des vidéos, sur des témoignages de personnes trans. C'est la personne dont je te parlais tout à l'heure. Nous, on commence, on le rencontre, on parle aux parents, on lui propose d'intervenir auprès des parents directement, de pouvoir rencontrer les parents. C'est lors d'un entretien sans le jeune concerné que les parents nous disent : « Mais oui, en fait, il est né intersexe et on nous a demandé à la naissance ce qu'on faisait. Et nous, on a choisi que ce serait une petite fille, puisque le corps en a décidé autrement sur certains aspects ». Et donc là, ça a été du coup tout cet accompagnement aussi, d'accompagner les parents dans toute la forme, enfin dans tout ce qu'ils avaient imaginé pour leur enfant.

L : Mais je te coupe simplement, il y avait une opération qui avait été réalisée alors pendant la petite enfance ?

S : Il n'y a pas eu d'opération réalisée, parce qu'il n'y avait pas de... au niveau sexuel et au niveau physique...

L : C'était chromosomique ou autre ?

S : Voilà, mais c'était surtout au niveau...

L : Hormonal ?

S : Mais surtout très fort au niveau hormonal. Donc ils s'en sont rendus compte dès la toute petite enfance, mais rien n'était visible avant l'adolescence. C'est au moment de l'adolescence que là, ça s'est déclaré.

L : Je sais que ce sont des parcours qui peuvent être plus rares, mais est-ce que tu as déjà rencontré quelqu'un qui avait été opéré, et qui après souhaitait faire une transition sur l'opération ?

S : Alors, j'ai rencontré quelqu'un qui en effet a fait ça. Mais bien après son opération ! C'est une personne adulte, je crois qu'elle doit approcher les 60 ans maintenant. Donc là, il y a quand même beaucoup d'années de recul. Elle n'est pas originaire de Belgique. Dans mes souvenirs : la Tunisie...

L : J'avoue que je parle des pratiques à proprement parler dans le mémoire. J'essaie un peu d'envisager tous les cas possibles. Quand une variation est là à la naissance, j'ai un peu orienté mon mémoire en disant soit c'est un choix de continuer, et encore des fois ce n'est pas vraiment un choix, parce que ça peut être une nécessité, parce que des fois avec des dilatations ou autre, on n'a pas le choix de continuer, sinon les conséquences sont encore pires, soit il y a ce choix d'interrompre. Donc, je me demandais, et je n'ai pas vraiment trouvé

beaucoup de témoignages, s'il y avait un choix qui était possible de reconsidérer l'assignation, et donc si une opération a déjà été faite, mais je suppose qu'alors des témoignages existent quand même.

S : Il est tout à fait possible. En réalité, la majorité des opérations qui ont été effectuées, c'est de la reconstruction. Et donc, on sait qu'on peut travailler dessus. En réalité, le type d'opération qui va pouvoir être faite dans ce genre de cas, c'est le même principe que les opérations de personnes qui détransitionnent. On a un témoignage. Je ne sais pas si tu as vu passer le podcast qui est sorti récemment : LEGEND ?

L : Ça ne me dit rien.

S : Et du coup, il y a justement, si je ne me trompe pas, je ne l'ai pas regardé, mais si je ne me trompe pas, c'est une personne qui a été assignée femelle, qui a transitionné vers un genre masculin, puis qui a retransitionné vers un genre masculin. Et donc du coup, dans ce genre de cas, on a des personnes qui refont une opération de réassignation sexuelle, alors qu'il y en a déjà une qui a été faite. Donc là, je n'ai pas d'exemple concret en tête de personnes qui auraient eu ce genre de situation de personnes inters, mais j'ai envie de te dire qu'a priori, si c'est possible pour les personnes trans, je ne vois pas pourquoi ce ne serait pas possible pour les personnes inters.

L : Ok, oui, c'est bien ce qui me semblait. Et en fait, après, j'en ai fait une comparaison directement avec les personnes trans, parce que pour moi, ça rentre dans le même ordre d'idée, tu vois.

S : Le type d'opération est plus ou moins similaire, en fonction de ce qui est présent à la base et au moment de la naissance aussi, avoir un peu l'organe qui est présent initialement.

L : D'accord.. Je vais maintenant aborder des questions qui concernent plutôt l'adolescence. Tout simplement parce que c'est un peu là-dessus que je me pose davantage de questions. Au niveau discernement, consentement, autonomie médicale dans les parcours trans, comment est évaluée la capacité de discernement des jeunes et le rôle du médecin ? À quel point est-il central ?

S : Alors, ça, c'est une grosse question. Il y a différentes démarches. Il y a d'une part le discernement au niveau de tout ce qui concerne la carte d'identité, donc les modifications auprès de la commune. Là, donc, pour le prénom, c'est accessible à partir de 12 ans. On ne cherche pas trop à savoir la capacité de discernement à ce moment-là. On n'y fait pas trop attention. Par contre, pour la modification de l'enregistrement de la mention sexe, c'est accessible à partir de 16 ans. Et pour toutes les personnes mineures, il faut passer chez un pédopsychiatre. C'est la problématique à l'heure actuelle. Et donc là, du coup, le pédopsychiatre, lui, n'atteste pas que la personne, en effet, est réellement trans, mais va attester si la personne a la capacité de discernement pour pouvoir prendre ce type de décision. Après, on a la question des hormones. C'est un flou. C'est un réel flou à l'heure actuelle. Il n'y a besoin de rien. En fait, on n'a plus besoin de suivi psy ou autre. Un médecin accepte de le faire, d'autres pas. À force, dans la communauté, c'est un médecin qui accepte...

L : Oui, c'est ça, c'est au cas par cas.

S : Oui, c'est vraiment ça.

L : Tu me parlais d'une problématique niveau pédopsychiatre, dans quel sens ?

S : C'est plutôt, en réalité, la question : d'un côté, oui, c'est utile d'avoir un pédopsy qui vient attester la capacité de discernement. Et en même temps, c'est cet aspect de médicaliser de nouveau et de psychiatriser le parcours de transition.

L : Et donc, on le voit encore comme une pathologie, finalement ?

S : Voilà, tout à fait. Alors que ça a été retiré, très récemment du DSM. Mais malgré tout, oui, c'est encore très, très pathologisé. Et surtout, c'est réussir à trouver des psychiatres qui acceptent de faire ce document-là. Ça devient très, très compliqué. Et donc, il y a des assos qui militent quasiment tout le temps où leurs actions sont quasiment exclusivement de trouver des professionnels qui acceptent de faire ce genre d'attestation.

L : Tu me disais, ça a été retiré du DSM, c'est ça ?

S : Oui.

L : Parce qu'en fait, je confonds peut-être, mais je vois que l'OMS, c'est toujours considéré comme une maladie actuellement.

S : Alors, l'intersexuation auprès de l'OMS, oui, est toujours considérée. La transidentité a été retirée, si je ne me trompe pas, en 2018.

L : Seulement.

S : Oui, clairement ! Mais l'intersexuation est toujours considérée comme étant une pathologie. Parce que là, ils considèrent qu'on est pas sur quelque chose de psychologique.

L : On est sur quelque chose de physique.

S : Et donc, ils considèrent que oui, c'est toujours... Mais le DSM, du coup, ne reprend pas l'intersexuation, étant donné que le DSM, c'est vraiment tout ce qui est maladie mentale.

L : Ok, ok. Et donc, toujours en restant sur ces notions de discernement-consentement, quelles sont, selon toi, les principaux obstacles qui pourraient empêcher un adulte de donner un consentement assez libre et éclairé ? Et ça, c'est vraiment la grosse question un peu de cet entretien aussi, parce que je trouve qu'on manque d'infos là-dessus. Certes, on sait qu'il y a tout ce qui est côté médicalisation. Quand j'écoute les témoignages et que j'entends des choses du style « avec ça, tu seras une vraie fille », ou des choses comme ça, assez aberrantes, je vois tout ce côté-là. Mais est-ce que pour toi, tu as d'autres obstacles qui te viennent en tête, qui pourraient venir biaiser un consentement libre ?

S : Et moi, je pense qu'il y a une grosse question aussi, c'est de la famille. La famille qui parfois veut bien faire, mais ça n'empêche que c'est généralement une famille qui a envisagé une vie pour le jeune en question. Comme n'importe quel parent, au moment de la grossesse et au moment où l'enfant est encore petit, on envisage les années à venir.] Et puis là, ça vient un peu tout ébranler. Et donc généralement, je pense que la famille veut bien faire, mais la famille est très perdue dans ce style de parcours. Pour les jeunes, il y a vraiment cette question de l'adolescence. Cette question des adolescents entre eux. Comment ils agissent ? Et toute la question de la discrimination. J'ai eu une ou deux personnes inter qui a eu ce discours-là, mais principalement des personnes trans, c'était principalement le public que j'accompagnais, elle

se demandait si elle allait pouvoir continuer à voyager librement. On voit un contexte sociopolitique qui évolue et pas forcément toujours très positivement pour ces questions-là. Il est important de se dire aussi, tiens, est-ce que si j'entame ce type de parcours-là, est-ce que je serais toujours libre de pouvoir voyager, est-ce que je serais toujours libre de mes mouvements comme je le suis à l'heure actuelle ?

L : Et dans le sens contraire, tu vois, où là, ce serait vraiment plus un consentement qui n'est pas finalement libre et éclairé parce qu'une opération est faite et que peut-être l'ado inter ne voudrait pas la faire. Qu'est-ce qui pourrait biaiser son consentement à ce niveau-là, au niveau où il va se dire, en fait cette opération doit être faite finalement ?

S : Je pense que, oui, tu le disais, mais le principal pour moi, c'est vraiment le médical. Alors il y a cet aspect, et je pense, enfin il y a cet aspect où oui, tu seras un vrai homme, tu seras une vraie femme. Mais aussi, quand on entend parfois certains professionnels de santé qui peuvent expliquer certains phénomènes médicaux ou autres. Ok, on n'a pas les mêmes notions non plus. Je ne suis pas médecin, loin de là. Mais il y a parfois certaines choses aberrantes et parfois tu te demandes si certains professionnels n'essayent pas de se faire passer pour *safe* auprès d'une communauté Queer. Et au final, tout le contraire, pour essayer d'accepter une forme de norme d'une certaine façon, donc je pense que principalement, en effet, là dans ce genre de cas, c'est l'aspect médical.

L : Oui, en fait, c'est vrai que maintenant que je rebondis sur ce que tu disais avec la famille, simplement, même si on ne sait jamais, il peut toujours y avoir un risque de, pas chantage, mais dans le sens où si tu ne te fais pas opérer, tu ne seras pas renié, mais tu vois, c'est aussi faisable, je pense dans ce sens-là.

S : Ça pourrait arriver, j'ai jamais eu de témoignages, je n'ai jamais rencontré de personne dans ce genre de cas, mais oui, ça pourrait tout à fait arriver.

L : Parce que les parents n'accepteraient pas qu'il n'y ait pas d'opération qui soit faite.

S : J'ai envie de dire, à partir du moment où certains parents, parce que leur enfant est gay, et encore à l'heure actuelle, sont capables de le mettre à la porte, j'ose imaginer que pour une personne inter, oui, ça pourrait tout à fait se présenter comme genre de situation. Également, parce que ce sont des parents qui pourraient être influencés de par le corps médical, de par leur entourage, mais aussi parfois de par les témoignages qu'on peut voir en ligne. Je te parlais tout à l'heure, juste avant, de ce podcast LEGEND. J'en parlais il n'y a pas très longtemps avec une collègue, je disais : c'est génial qu'on puisse médiatiser ce genre de parcours de détransition. C'était tellement dommage de ne pas médiatiser. Ce média-là n'a jamais médiatisé de parcours de transition. C'est aller donner un peu raison à toutes les personnes transphobes ou interphobes qui vont aller dire : « Non, mais c'est honteux d'aller accepter ce genre de parcours de transition avec des personnes aussi jeunes. Elles ne savent pas ce qu'elles font, et donc ça c'est vraiment le genre de discours qui pourrait biaiser aussi un consentement.

L : Toujours en restant sur cette question de consentement... C'est vrai que la problématique est fort visible au niveau des enfants en bas âge, des nourrissons. C'est ça qui est le plus médiatisé dans le peu qu'il y a. C'est le fait d'opérer à la naissance voire en bas âge. Les revendications sont souvent dans le sens d'un report quand le consentement à ce moment-là sera vraiment éclairé, mais est-ce que finalement tu penses que c'est mieux garanti quand tu

revendiques le report en disant on va attendre qu'il ait le discernement ? Est-ce que finalement quand il l'a et quand on est à ce moment-là, est-ce que ce consentement est toujours mieux garanti à ce moment-là ? Ou est-ce qu'il est peut-être mieux garanti qu'à l'enfance, mais est-ce que c'est quand même mieux à l'adolescence ?

S : Alors mieux garanti qu'à l'enfance, ce n'est pas très compliqué en effet. Il y a l'enfance, pour un nourrisson ou en bas âge, il n'y a aucun consentement qui peut être demandé à ce moment-là. Après l'adolescence, il y a tellement d'éléments qui entrent en jeu, autre que peut-être la question de l'intersexuation. Je ne suis pas sûr que, en fait pour moi tout dépend de la situation. Tout dépend du jeune qui revient avec ces questions-là, où là pour moi, on peut estimer qu'en effet, il y a une forme de discernement et de consentement. C'est lui qui revient avec. Après le risque pour moi de demander un report trop long, et de se dire : ok, on a réussi à obtenir le report jusqu'au moment de l'adolescence... C'est une forme de pression sur l'ado qui est exercée. En disant : « ok, là, en fait, on a réussi à obtenir un report jusque là. Maintenant t'as pas le choix, tu prends une décision ». Or, la décision est hâtive, et à l'adolescence on sait que de manière générale c'est déjà pas une période facile. Alors en plus avec ces questions-là,... et des décisions à devoir prendre... ça devient d'autant plus compliqué. Et parfois, il peut y avoir un regret par la suite, et un regret qui peut être d'autant plus important, dans le sens où je pense que s'il y a une opération qui a été faite dès le plus jeune âge, ce que je ne préconise absolument pas, on est bien d'accord, mais au moment de l'adolescence ou pour un jeune adulte, il risque de se dire: en fait, c'est pas moi qui ai pris la décision, et donc la décision elle était bonne, elle était mauvaise, et je n'ai quand même rien su faire par rapport à ça . Un ado qui prend une décision, et puis quelques années après, c'était peut-être pas la meilleure des décisions à prendre. Ça a été pris sur un coup de tête, parce qu'en fait on m'a pas trop laissé de choix, et on m'a dit là maintenant tu dois prendre une décision, il peut y avoir une forme de regret qui peut être assez importante. Je pense que oui le report est important, ou en tout cas, il ne faut pas imposer un choix dès la naissance. En même temps, je ne suis pas sûr que l'adolescence soit la meilleure période. Après, je pense qu'ils militent vraiment dans ce sens là afin d'obtenir petit à petit ce qu'elles peuvent, en essayant de décaler, décaler, décaler, en espérant un peu par besoin de demander un report.

L : Non, non c'est clair, c'est quand les mentalités changent aussi que les questions sont différentes. Mais en fait, et dis-moi si je ne me trompe, on parle de vulnérabilité d'un jeune et d'un nourrisson, parce que forcément il est petit, il ne sait pas s'exprimer. Mais il y a toute une autre dimension de vulnérabilité à l'adolescence ? Ce qui fait que finalement, il est tout aussi vulnérable, parce qu'il y a plein d'autres choses autour.

S : Clairement !

L : Depuis la loi de 2017, on peut changer la mention sans se faire opérer. Tu sais s'il y a des personnes intersexes qui ont utilisé cette possibilité ?

S : Oui, que ce soit, généralement toujours dans le cadre d'une transition de genre. Et oui, j'ai connaissance ici de plusieurs personnes, dont notamment un bénévole intersexe qui a fait une transition de genre. Si jamais tu as besoin éventuellement d'entrer en contact avec, n'hésite pas.

L : Ok, super, franchement ça m'intéresserait d'avoir son contact.

S : On peut lui envoyer un message juste après, voir si c'est ok.

L : Mais donc au niveau des démarches admin, c'est tout aussi accessible que ce soit pour personnes intersexes ou trans finalement.

S : C'est exactement la même chose.

L : En fait la limite est quand même fine, je trouve sur le plan administratif et même le plan opération, traitement.

S : Oui, généralement les professionnels qui accompagnent, les personnes trans accompagnent très souvent aussi les personnes inter, parce qu'on n'a pas de professionnels spécialisés dans la question des personnes intersexe, ou en tout cas très très peu ou juste intersexe. Il y en a très très peu. Donc généralement ce sont les mêmes professionnels. Après voilà, que ce soit sur un plan hormonal, le taux doit être le même. Le taux d'une personne trans, d'un homme trans qui doit avoir de la testostérone, en réalité on se base sur les taux d'un homme cis. Du coup on fait exactement pareil pour une personne intersexe. Et la norme reste toujours les personnes cis. Donc l'accompagnement des personnes trans ou l'accompagnement des personnes inter reste assez similaire.

L : Oui. Ok, je pense que j'ai fait le tour. Y a-t-il un point que je n'ai pas abordé qui te semble pertinent ?

S : Je pense que l'analyse de l'ado et du fonctionnement psychosocial de l'ado. Ils font que pour moi un ado n'est pas apte sauf si c'est lui qui revient avec cette question-là, mais imposer à un ado de prendre ce type de décision-là, je pense qu'à la limite ça peut être encore pire que d'avoir une opération non consentie sur un enfant, parce que l'opération non consentie sur l'enfant... Après coup ça peut être très très dur, à encaisser. Mais ce n'est pas lui qui en est responsable, ce n'est pas lui qui a pris cette décision. L'ado qui prend cette décision, elle peut être très intense à assumer par la suite, et en termes de culpabilité elle peut être très...

L : Parce que forcément il sera acteur de son choix, donc...

S : C'est sûr.

L : Ok, s'il y a une idée ou un message que tu aimerais que je retienne dans le cadre du mémoire, peut-être ?

S : Moi je pense que c'est une thématique qui n'est pas encore assez connue, qui n'est pas encore assez étudiée, et qu'en même temps il y a plusieurs asso qui luttent en faveur des droits des personnes inters. Mais à l'heure actuelle, ces associations essaient juste de faire pour un mieux sans arriver à un monde idéal. On n'a pas encore les ressources pour qu'il soit atteignable. Et donc pour le moment on parle toujours de de report, de report... mais on en a assez. Et en plus, on voit bien la contradiction : pour un ado trans, on bloque, on dit que c'est trop jeune pour décider de sortir d'une case, mais, pour un ado inter, on décide à sa place qu'il faut sortir de sa case non-conforme aux attentes. On est ok de décider pour toi, mais trop jeune pour te laisser décider toi même.

L : C'est très clair. Merci beaucoup.

