



**Fédération
Protestante
de France**

LES PERSONNES TRANSGENRES

**RÉFLEXIONS ET RECOMMANDATIONS
PROTESTANTES SUR LES INCONGRUENCES
DE GENRE**

Commission éthique et société



Préface

Depuis 120 ans, la Fédération protestante de France construit, incarne et porte l'esprit et la parole du protestantisme français.

Cette mission est à la fois exigeante et profondément féconde. Elle consiste à faire vivre, dans la durée, un cadre fédératif capable de tenir ensemble des Églises, des unions d'Églises et des œuvres aux traditions, aux sensibilités théologiques et aux approches éthiques diverses. Le protestantisme français est pluriel par nature. Cette pluralité, qui fait sa richesse, rend parfois la recherche d'une parole commune complexe et exigeante. Le consensus est rarement donné d'emblée ; il se construit patiemment, dans un parcours fait d'écoute, de respect mutuel et d'une volonté partagée de ne pas renoncer trop vite au dialogue.

La Fédération protestante de France n'a jamais eu pour vocation d'effacer les différences ni d'imposer une uniformité de pensée. Elle se veut un lieu de confiance, où les désaccords peuvent être exprimés sans rompre la communion ; un lieu où la diversité des lectures théologiques devient une ressource pour le discernement collectif et le cheminement de chacun. C'est dans cet esprit, profondément protestant, que s'inscrit le présent travail de la commission éthique et société.

La publication de ce document consacré à la transidentité constitue une illustration particulièrement significative de cette capacité à se tenir ensemble dans l'énoncé d'un texte tout en assumant ses dissensus. Sur un sujet sensible, parfois clivant, et qui touche à l'intime comme à l'éthique, la production d'un texte commun n'allait pas de soi. Elle a mis en lumière des compréhensions différentes et des approches éthiques parfois opposées. Que des protestants issus de la multiplicité des familles ecclésiales fédératives aient néanmoins pu élaborer ensemble un texte partagé témoigne de la vitalité du protestantisme fédératif et de sa capacité à persévérer dans la recherche d'une parole commune.

Ce travail est né de questions très concrètes, portées par des familles et des communautés confrontées à la réalité de la transidentité. Quel regard porte le

protestantisme sur le sujet de la transidentité ? Avez-vous des éléments de réflexion pour mieux appréhender la situation que nous vivons ? Il aura fallu trente mois de rencontres avec des personnes concernées, d'écoute attentive, de documentation, de débats, de reformulations et de cheminement collectif pour faire émerger un texte qui rende compte, avec justesse et retenue, de la diversité des approches théologiques présentes au sein de la Fédération. Ce temps long n'est pas un signe d'hésitation ; il est l'expression d'un choix assumé : celui de ne pas simplifier ce qui est complexe, celui de considérer avec le sérieux qu'elles méritent, les réalités humaines rencontrées ainsi que celui de respecter la diversité d'opinions au sein de la famille fédérative.

La commission éthique et société a cherché à produire un texte qui puisse aider les Églises et les unions d'Églises à mieux appréhender une réalité à laquelle elles sont concrètement confrontées, notamment dans leurs pratiques pastorales. Il ne s'agit ni d'un énoncé normatif, ni de l'établissement d'une doctrine éthique s'imposant à tous. Fidèle à l'esprit protestant, ce document se présente comme un outil de réflexion et de discernement, destiné à accompagner les Églises dans leur propre cheminement. Il ne prétend pas non plus formuler une parole protestante sur les personnes en transidentité, mais offrir des repères pour penser leur accueil, leur écoute et notre responsabilité ecclésiale.

Tout en étant conscient du caractère sensible du sujet, le Conseil de la Fédération protestante de France a adopté ce texte lors de sa session du 11 décembre 2025. Il l'a fait avec la conviction que la grande qualité du travail accompli en fait une ressource précieuse pour les Églises. Il l'a fait aussi avec la confiance que le protestantisme fédératif saura prolonger, au sein de ses instances et de ses communautés, l'esprit d'écoute respectueuse et de dialogue qui a animé la commission. Car c'est bien là que réside le véritable enjeu de ce travail aujourd'hui. Comment le fruit d'un cheminement de trente mois peut-il être accueilli et reçu par celles et ceux qui n'y ont pas participé ? De ce fait, le Conseil invite les membres de la FPF à se saisir de ce texte dans une démarche de réception, en prenant le temps de comprendre le chemin parcouru, de rencontrer des personnes concernées et de dialoguer avec des Églises animées par d'autres approches théologiques et éthiques. À cette fin, un temps d'échange est proposé à l'automne 2026 pour partager questions, réactions et approfondissements.

Les protestants aiment rappeler que l'esprit de débat et l'éthique du dialogue sont constitutifs de leur héritage spirituel. Ils expriment par là leur conviction que l'écoute respectueuse d'autrui et le dialogue argumenté, fondé sur leurs lectures des Écritures, permettent d'accéder collectivement, de manière synodale, à une intelligence toujours plus fine de Dieu et du monde. Le protestantisme n'a pas peur d'assumer le dissensus, car son unité ne repose pas sur un accord parfait qu'il faudrait élaborer, mais sur le salut reçu en Christ, unité première qu'il s'agit de reconnaître et que nos divergences sur une question éthique ne sauraient remettre en cause. Spirituellement, c'est cette conviction qui nous permet avec une même sérénité d'énoncer nos visions convergentes et d'assumer nos divergences.

C'est dans cette perspective spirituelle que le travail mené aborde également la question de la souffrance, apparue comme un enjeu central et aux multiples facettes. La question de la souffrance, présente ou passée, vécue par la personne concernée, tout comme celle de son entourage, mobilise à la fois notre propre rapport à la souffrance, ainsi que, sur un plan éthique, la question de l'accueil de la souffrance d'autrui. Vouloir accueillir le souffrant est une démarche noble. Conditionner l'accueil d'autrui à sa souffrance, c'est réduire une personne à une dimension exclusive de son être. Et qu'en est-il des personnes qui ne souffrent plus dans leur for intérieur après une transition, mais paradoxalement continuent de souffrir du regard sociétal porté sur leur démarche ? Le texte proposé en annexe par Christian Galtier, fort de son expérience à la Fondation John Bost, éclaire avec justesse ces questions et ouvre des perspectives théologiques et spirituelles précieuses, appelées à nourrir la réflexion des Églises.

J'exprime ma profonde gratitude à la commission éthique et société, à son président et à chacun de ses membres, pour l'engagement, la rigueur et la qualité du travail accompli. Ce document fait date dans l'histoire du protestantisme français. Puisse-t-il contribuer à une meilleure compréhension d'une réalité encore trop souvent méconnue et encourager, au sein des Églises, des chemins de réflexion, de dialogue et de fidélité à l'Évangile.

Christian Krieger
Président de la Fédération protestante de France

Préambule

*« Il nous faut même risquer de dire des choses contestables
pourvu que les questions vitales soient soulevées.¹ »*

Dietrich Bonhoeffer

Le texte que vous allez lire a été rédigé sur une période de 30 mois, soit deux ans et demi. Ce temps a été nécessaire pour nous permettre de nous écouter les uns les autres, de prendre connaissance des sensibilités diverses qu'il existait entre nous sur le plan individuel, mais aussi entre les différentes Églises, communautés, œuvres et mouvements de la Fédération protestante de France que nous représentons.

Avant tout, nous avons mesuré l'importance, pour écrire sur un sujet aussi délicat, de nous documenter, mais aussi d'aller à la rencontre des personnes concernées. Ensemble, nous avons lu une trentaine d'ouvrages, en français, anglais et allemand, ainsi que des articles de journaux et de revues thématiques et scientifiques abordant le sujet de façon très variée. Nous avons procédé, en commission ou lors d'entretiens individuels, en France ou en Allemagne, à des auditions de personnes transgenres et de pasteurs trans, ainsi que d'un professionnel d'une association catholique accompagnant des personnes trans ou en transition. L'un d'entre nous est allé rencontrer des personnes trans à l'antenne inclusive de l'Église protestante de Genève. Nous avons aussi auditionné, en commission, une psychologue clinicienne très réservée par rapport à la transidentité, au nom de sa foi et de son expérience professionnelle. Enfin, plusieurs d'entre nous se sont entretenus avec des personnes trans, dans le cadre de leurs relations familiales, amicales proches ou professionnelles. Certaines de ces personnes ont accepté d'écrire leur témoignage afin qu'il soit partagé dans ce document. D'autres ont souhaité garder leur anonymat, ce que nous avons respecté.

Nous reconnaissons que la partie concernant les traitements médicaux et chirurgicaux, rédigée par les médecins de notre commission, est très longue : il

1 Dietrich Bonhoeffer, *Résistance et Soumission*, Lettre du 3 juillet 1944, Genève, Labor et Fides, 1967, p. 177.

nous a été difficile de la réduire. Elle représente les réalités actuelles auxquelles sont confrontées les personnes qui souhaitent subir une transition médicamenteuse et/ou chirurgicale. Nous avons eu le souci de fournir à nos lecteurs une information aussi complète et objective que possible, n'occultant pas les effets secondaires, voire les complications, entraînés par ces traitements.

Rédiger la partie théologique a été pour nous un véritable défi. Nous avons mis environ six mois à écrire ce que nous pouvions dire ensemble, mais aussi nos points de divergence. Le texte final est un texte de compromis, qui démontre que le protestantisme est en mesure de se saisir d'un sujet éthique difficile, d'en montrer les enjeux sans chercher à assener à autrui une vérité dont nous serions détenteurs face à la société civile dans laquelle nous vivons. Il se veut être une base de réflexion à destination des membres de la Fédération protestante de France. Nous avons la conviction que ce n'est pas à la commission éthique et société de définir de façon pratique comment accueillir les personnes trans dans les Églises de la Fédération protestante de France, encore moins d'édicter des règles ou des recommandations concernant l'accueil et l'acceptation de ministres trans. C'est à chaque Église d'y réfléchir et de définir ce qui est, pour elle, l'accueil adapté pour ces personnes.

Lorsque nous avons débuté ce travail de réflexion, chaque membre de la commission est arrivé avec son regard personnel, son approche ecclésiale, son histoire de vie, son parcours professionnel, mais aussi ses certitudes... Nous nous sommes écoutés, nous avons dit nos limites, nous avons partagé nos certitudes, mais nous nous sommes aussi, chacun, laissé déplacer par les réflexions de l'autre. Et petit à petit, carreau par carreau, nous avons composé cette mosaïque. Nous avons écrit ce que nous pouvions dire ensemble, mais aussi les différences qui étaient les nôtres. C'est probablement ce qui rend ce travail fédératif si précieux : avoir pu écrire ensemble ce qui nous rassemblait, mais aussi nos points de divergence.

Les membres de la commission éthique et société

Sommaire

TÉMOIGNAGES	9
« Maman, papa : je suis trans »	9
« Pourquoi dois-je tout le temps expliquer mon identité ? »	12
« Oser davantage être moi-même »	15
« Mon enfant reste mon enfant, en plus heureux »	18
« J'ai détruit mon corps en pensant que ça irait mieux »	20
RÉFLEXIONS	23
Introduction	23
Avant d'aller plus loin...	25
I. Deux développements sexuels atypiques	26
1. L'intersexuation	26
2. L'embryogénèse atypique	27
II. Les incongruences de genre	28
1. L'incongruence de genre du petit enfant	28
2. La « dysphorie de genre à apparition rapide » chez les adolescents	30
3. L'incongruence de genre à l'âge adulte	33
III. La prise en charge psychologique, médicamenteuse et chirurgicale	35
1. L'incongruence de genre du petit enfant	35
2. L'incongruence de genre à l'adolescence	36
3. A l'âge adulte : des possibilités chirurgicales	42
IV. Cadre légal de la transition de genre	47
1. Le changement de prénom et l'accompagnement social	48
2. L'école	48
3. L'état civil	49
4. Les thérapies de conversion	51
5. Le parcours de transition médicale en France	52

V. Réflexions théologiques et éthiques	53
1. La binarité en question	53
2. Prendre en compte la souffrance	56
3. Le respect dû au corps	57
4. Le donné : entre liberté, acceptation et lutte contre la fatalité	58
5. Plus qu'un corps et plus qu'un genre : enfants de Dieu	58
6. Liberté et responsabilité	59
AFFIRMATIONS ET RECOMMANDATIONS	61
Amour et accompagnement	61
Respect et prudence vis-à-vis du corps	62
Identité en mouvement	63
Reconnaissance de la souffrance et accueil dans l'Église	64
BIBLIOGRAPHIE	66
RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES	74
ANNEXE	76
La souffrance a-t-elle un sens ? Un regard protestant sur le sujet	76

Témoignages¹

Nous avons voulu introduire cette réflexion par des témoignages et récits de vie : celui d'une mère, de parents, de personnes ayant réalisé une transition, qui le regrettent ou qui s'en réjouissent. En effet, il ne s'agit pas ici d'un sujet théorique, mais d'histoires de vie.

Premier témoignage « Maman, papa : je suis trans »²

Enfant, Sven est toujours avec d'autres garçons au jardin d'enfants. Ses parents lui laissent la liberté d'être ce qu'il veut être. Sven peut choisir lui-même ses vêtements et ses jouets. Mais en entrant au collège, au début de sa puberté, Sven prend vraiment conscience de qui il est. Son corps d'enfant commence à développer des rondeurs. « J'ai réalisé pour la première fois que j'étais biologiquement une fille », dit-il. Il se laisse alors pousser les cheveux, achète des vêtements de fille avec sa mère, décide d'aller à l'école pour filles. « Je pensais que c'était ainsi que je devais être »...

À l'adolescence, Sven se rend compte qu'il est attiré par les filles. Il fait son coming-out en tant que lesbienne à l'âge de 13 ans. « C'était le premier pas pour m'accepter », dit-il. Il se met à porter plus souvent les vêtements dans lesquels il se sent à l'aise : t-shirts larges, casquettes... Il se fait couper les cheveux courts. Mais, dit-il, « quand j'étais nu devant le miroir, je me demandais : est-ce que c'est bien moi ? La réponse me faisait très peur ». C'est pourquoi, pendant longtemps, Sven met de côté ses réflexions sur son identité de genre.

En faisant l'amour avec sa petite amie, Sven réalise qu'il ne veut pas être une femme avec elle. « Au fond de moi, il me manquait quelque chose pour être vraiment heureux », dit-il. Il est jaloux des autres hommes qui ont un pénis. Mais ce n'est que lorsqu'un ami lui révèle qu'il est trans que Sven prend conscience que lui non plus n'est pas bien dans son corps. C'est lorsqu'il a 16

1 Afin de préserver l'anonymat des personnes concernées, les prénoms de tous les témoignages ont été modifiés.

2 Adaptation française d'un article du journal *Zeit* : "Mama, Papa, ich bin trans" (Rückl, 2023)

ans que, après huit mois de relation, il révèle à sa petite amie qu'il est trans : il lui demande alors de l'appeler Sven. « Quand elle m'appelait ainsi toute la journée, j'étais la personne la plus heureuse du monde ». Avec sa petite amie, il essaie sa nouvelle identité, son nom, les nouveaux pronoms. Au début, il n'est Sven que devant elle. Ses parents ne remarquent pas que leur enfant est en train de vivre un grand changement. « Je ne pouvais pas dire à mes parents que j'étais trans », dit Sven, « j'avais peur de leur première réaction ».

Il décide finalement de le leur dire en envoyant un message sur le groupe familial. Barbara, la mère de Sven, explique qu'elle a été contente de recevoir cette nouvelle par message. Si son fils avait fait son coming-out lors d'une discussion, elle aurait sans doute réagi de manière trop émotionnelle. Elle et son père se rendaient bien compte que Sven ne se comportait pas de manière typiquement féminine, mais, confie-t-elle, « je n'aurais jamais pensé, à l'époque, qu'il puisse avoir le sentiment d'être dans le mauvais corps ». « Ce qui a été le plus dur pour moi, c'est quand j'ai pris conscience du chemin difficile qui attendait Sven », dit-elle. « J'ai été très surpris », dit Paolo, le père de Sven, « légèrement choqué, même ». Avant le coming-out de Sven, il n'avait jamais envisagé que son enfant puisse être trans, il ne savait pas vraiment ce qu'était la transidentité. « Au début, j'ai eu le sentiment qu'un destin difficile l'attendait ». Puis il se met à faire des recherches. « Mon premier réflexe a été d'en apprendre le plus possible ». Sven se souvient que, lors de leur premier entretien après son coming-out, son père lui a dit qu'il aimait son nouveau prénom. Pourtant, au début, ses parents ont du mal à s'habituer à dire « il », et non pas « elle ». « Après tout, il a grandi avec un autre prénom », dit sa mère. Sven trouve compréhensible que ses parents aient besoin de temps pour s'habituer à ne plus l'appeler par son « dead name » (ancien prénom). Mais pour les parents de Sven, l'important est que chacun partage ce qu'il pense et ressent. Ils acceptent alors qu'il fasse son coming-out devant le reste de la famille : ils le défendent devant ses grands-pères, qui manifestent de grosses réticences concernant sa transition. « Cela m'a montré qu'ils me soutenaient », dit Sven.

Sven devient alors celui qu'il a toujours été, dit-il. Même s'il l'a caché à tout le monde, y compris à ses parents, pendant des années, Sven a toujours su qu'il était un garçon : « Je le savais déjà à l'âge de trois ans ».

Lorsque Sven fait son coming-out trans, sa puberté est déjà bien avancée. Ses parents exaucent son souhait de commencer l'opération de réassignation sexuelle le plus rapidement possible. Mais au début, Paolo a des doutes à ce sujet : quel soutien un père devrait-il apporter à son enfant trans ? Ne devrait-il pas le protéger contre des interventions irréversibles ? Parler de ses doutes avec d'autres parents à travers différents réseaux va beaucoup l'aider. Avec Sven, ils assistent ensemble à des conférences, à des séminaires. Ils parlent tous les deux de la transition de Sven. « J'ai compris à quel point il souffrait », dit son père, « mais au fond de moi, j'espérais qu'il ne suivrait que l'hormonothérapie et qu'il ne subirait pas d'autres opérations ».

Moins de trois mois après son coming-out, Sven commence une psychothérapie, condition préalable à sa transition médicale. Un an plus tard, il reçoit sa première injection de testostérone. Son père l'accompagne à tous ses rendez-vous médicaux et ses deux parents sont présents aux rendez-vous importants. L'hormonothérapie rend la voix de Sven plus grave, elle modifie sa structure corporelle et lui fait pousser des poils de barbe. Seuls restent ses organes sexuels féminins : « pour moi, il était clair dès le départ que je voulais faire tout ce qui était possible pour devenir un homme physiquement », dit Sven.

A 18 ans, Sven, désormais majeur, se fait enlever les seins. Après l'opération, il subit de fortes hémorragies postopératoires, ce qui nécessite une opération d'urgence et lui provoque des douleurs intenses. Mais la mastectomie lui apporte aussi une grande qualité de vie. « Je n'ai plus besoin d'attacher mes seins, je peux enfin nager torse nu et je n'ai plus besoin de porter des vêtements qui cachent ma poitrine », dit Sven. Les risques liés à d'autres interventions de réassignation sexuelle le font réfléchir. Son père a été très marqué par une conférence à laquelle ils ont assisté et lors de laquelle un médecin a montré aux enfants ce qui pouvait mal se passer lors d'une opération génitale. « J'ai été très choqué à l'époque », dit-il. Mais il était important pour lui que Sven connaisse les risques de ces opérations.

Aujourd'hui, quand Sven dîne avec son père, ils partagent des discussions profondes. Sven, autrefois si introverti, parle ouvertement de politique. Il évoque librement sa sexualité. Il assume ce qu'il est. Tout comme ses parents l'ont toujours fait.

Deuxième témoignage

« Pourquoi dois-je tout le temps expliquer mon identité ? »¹

Timo a 16 ans lorsqu'il s'enfuit de la maison parentale. Il ne supporte plus d'être considéré comme une fille alors qu'il se sent garçon depuis longtemps. Le seul endroit où il peut de réfugier alors est le centre de protection des jeunes filles. Il y reste deux mois, avant de pouvoir intégrer le centre d'hébergement mosaiQ*, accueillant des jeunes LGBTQIA+, c'est-à-dire des jeunes appartenant à une minorité en ce qui concerne leur orientation sexuelle ou leur identité de genre. Le centre mosaiQ* est situé à Bochum : il comprend un vieux bâtiment rénové de plusieurs étages abritant onze appartements individuels et un autre bâtiment hébergeant les bureaux des consultants en charge de ces jeunes. Le centre a été créé par une branche locale de la diaconie de l'Église protestante. Il est dirigé par une travailleuse sociale. Timo habite là avec sept autres jeunes.

Alors qu'il avait seulement sept ans, Timo vivait déjà mal de devoir aller dans les vestiaires féminins et d'être obligé de porter un maillot de bain de fille. Au début de sa puberté, il se rendait bien compte que les modifications de son corps ne correspondaient pas à ce qu'il souhaitait. Ses grandes sœurs essayaient alors de le rassurer : « tout cela n'est qu'une phase de ton développement ». Mais Timo savait bien que ce n'était pas cela. Cependant, il ignorait qu'un terme décrivait ce qu'il ressentait. S'il avait su, il aurait alors réalisé que d'autres jeunes que lui traversaient une situation analogue à la sienne et il aurait pu se dire : « je ne suis pas le seul à ressentir cela et c'est tout à fait acceptable d'être comme je suis ». Il sait maintenant que la transidentité est un terme signifiant que l'on ne s'identifie pas avec le sexe qui vous a été assigné à la naissance et que la dysphorie de genre qualifie la souffrance liée à cette transidentité.

A 15 ans Timo fait une tentative de suicide. Dans l'hôpital psychiatrique où il séjourne, le personnel ne comprend pas sa souffrance : « être trans n'est plus un problème à l'heure actuelle, il lui suffit de faire son « coming-out ». Mais Timo se rend bien compte que ces gens ne connaissent pas sa famille, une famille très religieuse. Chez lui, on suit les modèles sexuels classiques et les thématiques LGBTQI y sont toujours abordées et discutées de manière très négative. Après sa tentative de suicide, il confie à ses parents qu'il se sent gar-

1 Adaptation française d'un article de *Publik-Forum* : "Warum muss ich ständig meine Identität erklären ?" (Fleischmann, 2023)

çon. Ceux-ci ne peuvent pas ou ne savent pas gérer cette nouvelle : ils la passent sous silence. Le dernier recours de Timo sera alors le centre de protection des filles. Il rédige lui-même sa demande de retrait de l'autorité parentale : c'est une démarche qui lui est très difficile car, explique-t-il, il se sent mal quand il n'a pas de lien avec sa famille. Il rétablira le contact avec sa famille des années plus tard, lorsqu'il se sentira mieux dans sa peau.

Après la mise en place d'une tutelle légale, Timo entame rapidement les démarches qui lui tiennent à cœur. Il entreprend d'abord un traitement hormonal à base de testostérone. Puis, à l'âge de 18 ans, il sollicite la prise en charge par la caisse d'assurance maladie de sa première opération, une double mastectomie (ablation des deux seins) : deux expertises sont alors nécessaires, l'une réalisée par le psychiatre qui le suit, la deuxième par un autre psychiatre. Il subira un peu plus tard une seconde opération. Il sait qu'il existe encore d'autres possibilités mais il ne veut plus y avoir recours : « J'en ai fini avec ça », dit-il, satisfait. Dans la rue, on le prend maintenant pour un jeune homme.

Actuellement, il effectue un an de service volontaire fédéral. Il s'y est simplement présenté comme Timo : les responsables du service civique ne savent pas qu'il est trans.

Il était aussi important pour lui de pouvoir changer officiellement son nom et son sexe. En effet, alors qu'il n'avait pas encore effectué son changement d'état civil officiel, il avait, lors d'un entretien d'embauche, ouvertement évoqué sa transidentité. Sa candidature n'avait alors pas été retenue même s'il avait, lui avait-on dit, « un curriculum vitae intéressant ». La douleur d'avoir été rejeté à cause de son style de vie avait eu du mal à s'estomper. Il ne voulait pas s'infliger cela une nouvelle fois. Timo a donc fait modifier son identité, son nom et son sexe selon la procédure discriminatoire encore en vigueur. A l'époque, il fallait d'abord faire une demande auprès du tribunal d'instance et fournir un « curriculum vitae » trans, ainsi que deux expertises. Heureusement, son psychiatre traitant avait pu rédiger l'une d'entre elles... Puis un rendez-vous au tribunal était nécessaire. Les frais de procédure étaient à la charge du demandeur. Timo a dû payer 5000 euros. S'il a pu bénéficier de l'aide juridictionnelle, car il n'avait pas de revenus à l'époque, le remboursement de la somme allouée peut lui être réclamé lorsqu'il gagnera sa vie. Lorsque le tribunal d'instance a finalement rendu une décision positive, Timo a dû se présenter cinq fois au bureau d'état civil pour faire renouveler ses pièces d'identité : il a été ballotté d'un agent à l'autre, jusqu'à ce que l'une d'entre eux finisse par se renseigner sur la procédure à suivre.

La violence à l'encontre des personnes transgenres est également un sujet de préoccupation pour Timo. Depuis que son apparence physique a été adaptée au genre qu'il ressent, il se sent plus en sécurité et surtout plus satisfait. Il est arrivé là où il voulait aller... Mais il reste prudent et ne va pas sur des sites de rencontres : il est actuellement célibataire, mais a déjà été en couple avec un et une partenaire, tous deux issus de son cercle d'amis. Il est difficile pour une

personne transgenre de rencontrer quelqu'un qui lui convienne. Il n'est pas nécessaire que ce soit une autre personne trans. Cependant, il a eu un ami cisgenre qui n'a pas accepté de le considérer ou de le reconnaître comme garçon.

Timo souhaite rester dans le groupe d'habitation mosaiQ* jusqu'à l'âge de 21 ans. Ce n'est pas une famille de substitution, il est trop attaché à sa vraie famille. Mais il y est heureux. Après son service volontaire fédéral, il veut passer son baccalauréat dans un établissement de formation continue. Il a beaucoup travaillé pour devenir la personne qu'il veut être.

Troisième témoignage

« Oser davantage être moi-même »

J'ai réalisé ma transition de genre tardivement, entre 50 et 55 ans. Pourtant, je ressens les symptômes de la dysphorie de genre depuis mon enfance, mais à l'époque, personne ne parlait de cela, à part quelques films qui se moquaient de travestis. Avec une adolescence où je n'étais pas bien dans ma peau, j'ai trouvé refuge dans mes études, qui m'ont conduite, après les classes préparatoires, à intégrer l'École Polytechnique, puis l'École des Mines de Paris.

J'ai connu une conversion intérieure au christianisme vers 18 ans, qui m'a sauvée d'une forme de dépression en donnant un sens à ma vie et en me donnant de me savoir aimée. Je me suis rapprochée des communautés chrétiennes étudiantes des grandes écoles, et notamment des Jésuites qui les animaient. On ne parlait pas de ces choses-là, et malgré la joie de ma conversion, je sentais un mal-être qui me dérangeait. Je m'efforçais de réprimer les rêves que je tenais pour des fantasmes inappropriés.

Me conformant aux attentes de ce milieu et de ma famille, j'ai eu rapidement une femme et quatre enfants, ainsi qu'une carrière en grandes entreprises, pensant que cela me permettrait d'oublier totalement mon trouble. Or, malgré d'authentiques joies familiales, quelque chose en moi n'allait pas. Je parvenais à refouler mes troubles pendant plusieurs mois, puis ils revenaient en force, m'empêchant de dormir la nuit et rendant difficile la concentration le jour. J'ai pu « serrer les dents » jusqu'à 50 ans, où j'ai vécu une longue période de 6 mois environ sans pouvoir dormir, tant la pression était forte.

Je me suis décidée en 2015 à voir un psychiatre, spécialiste de dysphorie de genre, au CHU de Toulouse. Confirmant le diagnostic, il m'annonce que la seule chose à faire pour soigner cela est une transition transgenre. Pensant à ma femme et à mes quatre enfants, je lui ai dit que c'était impossible. Me renseignant sur Internet, j'ai trouvé le livre d'une psy trans américaine, Anne Vitale : *The Gendered Self*. J'y ai trouvé une explication à mon mal-être psychique mais aussi physique, la dysphorie de genre, qui est due à une inadéquation hormonale. J'ai alors décidé, avec l'aide d'un médecin endocrinologue de Toulouse, de substituer mes hormones masculines par des hormones féminines. Le but était de voir si cela me faisait du bien ou pas, de manière à confirmer le diag-

nostic, Anne Vitale étant formelle sur le fait que seules les personnes porteuses de dysphorie pouvaient trouver un mieux dans cette substitution hormonale. Il s'en est résulté un grand apaisement, et j'ai décidé de conserver ce traitement qui m'a réellement aidée à me sentir mieux. En outre, le traitement m'a permis de me désinhiber, d'oser davantage être moi-même.

Côté spirituel, j'ai poursuivi toutes ces années la pratique dans l'Église catholique et notamment dans le mouvement Communauté Vie Chrétienne (CVX) suivant l'inspiration d'Ignace de Loyola. Une spiritualité de liberté et d'attention à l'Esprit Saint, qui pousse au discernement personnel plus qu'à l'observance de règles morales normatives. C'est aussi la spiritualité de l'actuel Pape François, qui prône un accueil des personnes LGBTQ+, et surtout une attention à l'histoire de chacun, à ses souffrances, à l'image du Christ qui a soigné tant de personnes.

Quand j'ai parlé de mes démarches, j'ai bénéficié d'un accompagnement spirituel individuel bienveillant de la part de religieux et religieuses vivant de cette spiritualité ignacienne, même s'ils n'avaient jamais été confrontés à une telle situation.

J'ai aussi rencontré la dominicaine Véronique Margron, présidente des religieux et religieuses catholiques de France, qui a eu le courage d'accompagner des personnes trans. Elle a pris du temps pour me rencontrer, m'a encouragée à aller au bout de ma démarche de discernement : « vous prenez le temps de réfléchir, de vous renseigner, votre choix en conscience sera le bon et Dieu sera avec vous ».

En 2019, lors d'une retraite de 10 jours dans un centre de retraite jésuite, j'ai mené un discernement sur la question de la transition sociale, et j'ai décidé devant Dieu de la faire. Mon épouse a choisi de me quitter. Mes enfants, âgés de 19 à 29 ans à l'époque, ont reçu la nouvelle comme un vrai choc, mais ont conservé la relation avec moi et leur affection.

Mon curé, prêtre catholique à Blagnac, très humain, m'a accueillie les bras ouverts, et m'a même envoyée auprès de l'évêque de Toulouse, en me nommant comme déléguée au conseil diocésain de la pastorale. Au niveau du mouvement CVX, après une période un peu difficile où certains voulaient m'exclure, d'autres compagnons ont agi en ma faveur pour que je reste complètement intégrée.

Au niveau professionnel, j'ai fait le choix en 2017 de quitter les grandes entreprises pour rejoindre l'économie solidaire. J'ai intégré une entreprise adaptée qui emploie 75% de personnes avec handicap, favorisant leur inclusion. Et après ma transition sociale, en 2021, j'ai présenté ma candidature pour diriger une autre entreprise adaptée : bien que ma situation de transidentité soit connue, le conseil d'administration m'a préférée à huit autres candidats, ce qui démontre, je crois, une forte évolution de notre société. Je suis dans la 3^{ème} année à la tête de cette entreprise de 300 personnes, et je dois dire que je ne subis aucune discrimination d'aucune sorte. Je suis en relation quotidienne avec mes colla-

borateurs, des clients, des représentants de l'État, des partenaires divers... sans avoir la moindre question sur ma transidentité.

Au niveau spirituel, je poursuis dans la Communauté Vie Chrétienne (CVX). J'ai été élue récemment responsable de ma communauté locale, mais je dois encore me battre pour prendre certaines responsabilités comme l'accompagnement spirituel, qui ne m'est pas encore accordé. Et je sais que le curé de ma paroisse est particulièrement inclusif. Je sens l'Église catholique divisée comme jamais, les uns se réjouissant de l'ouverture du Pape François et appelant de leurs vœux des évolutions plus rapides et plus marquées. Et d'autres pour qui le Pape est un hérétique, notamment par ses positions sur les personnes LGBTQ+ ! Mais je fais le choix, au sein de mon Église, de demeurer au milieu des autres chrétiens, pour témoigner au quotidien de ma vérité existentielle et de ma foi en Christ.

Quatrième témoignage

« Mon enfant reste mon enfant, en plus heureux »

Ma fille avait 19 ans. Nous sortons faire les boutiques ensemble. Dans la conversation, elle me propose trois prénoms et me demande lequel je préfère. Je lui réponds Eloi. Elle me dit : « Alors à partir de maintenant, je m'appelle Eloi ». Autant vous dire qu'ensuite nous n'avons pas fait les magasins. Nous avons marché deux heures sous la pluie, ce qui évitait aux passants de s'interroger sur mon visage mouillé.

Je n'ai pas de mot assez fort pour décrire ce qui s'est passé ce jour-là en moi. Dans le même moment, on m'apprenait que ma fille était morte, la joie qu'elle manifestait était bouleversante de bonheur, et c'est comme si un voile se déchirait de devant mes yeux. Je comprenais tellement de choses, comme une évidence ! Mort, vie, vérité. Un tsunami existentiel.

Comment tenir en moi simultanément le deuil et la joie d'une nouvelle naissance ? Le premier pas, immédiat, spontané, a été de serrer mon enfant dans mes bras et de lui dire que je l'aimais et que je l'aimerai toujours. Le deuxième pas, dans les minutes qui ont suivi, a consisté à passer de « ma fille » à « mon enfant ». Mon enfant était heureux, rayonnant après des années très difficiles où il était mal sans que nous parvenions à l'aider, où il allait de psy en psy, de crises d'angoisse en rejet scolaire. Je découvrais un nouvel enfant, épanoui, joyeux, sûr de lui. Quel bonheur pour une maman de voir que son enfant va bien ! Pourtant, en moi, le travail de deuil a duré plusieurs mois. Je pleurais ma fille, j'en étais inconsolable, mais les pleurs étaient calmés par la reconnaissance. J'ai compris rapidement qu'il était impossible que je partage avec mon enfant ce deuil. Il ne lui appartenait pas. J'ai trouvé d'autres lieux où le déposer, notamment dans la prière.

Dans les premières semaines qui ont suivi cette nouvelle naissance, je tournais dans ma tête beaucoup de peurs : peur que cet enfant ne soit plus le mien, comme « un corps étranger », peur de ne pas le reconnaître, peur de ce qui allait venir comme souffrances s'il voulait être opéré, et surtout peur du rejet qu'il pourrait subir, peur des agressions. Je suis déjà mère-poule, mais là j'étais

tombée dans une véritable angoisse. S'il ne donnait pas de signe de vie pendant 24h, j'étais capable d'appeler toutes ses copines pour savoir s'il était encore vivant.

Parler de « mon garçon » a été plus long, comme la familiarisation avec son prénom (même si je l'avais choisi !). Le cheminement s'est fait tout en douceur, au fil des modifications physiques dues à la prise d'hormones. L'adoption de ce nouveau fils a été facilitée par sa ressemblance avec ses frères, stupéfiante, et sa voix tellement familière. Nous avons beaucoup parlé durant ces mois de passage. Il m'expliquait pas à pas ses démarches, ce qu'il souhaitait faire. Il me montrait les papiers à remplir pour changer de prénom. Et au fil de nos échanges, je découvrais comment il avait gardé pour lui les questionnements qu'il avait déjà à l'école maternelle, l'explosion du malaise au moment du collège, son impossibilité d'accepter son corps au moment de la puberté, au point qu'il changeait de trottoir pour ne pas voir son ombre féminine, et les terribles dernières années où il ne supportait plus d'être interpellé dans le métro « bonjour mademoiselle »... malgré les stratégies qu'il mettait en place pour que les hommes ne l'abordent pas (casque vissé sur la tête, tenues masculines, yeux rivés au sol). Il était tellement convaincu que toutes les filles vivaient leur corps comme cela, qu'il n'avait jamais pensé à en parler avec ses copines. Dans ces conversations, je découvrais que je ne savais rien de mon enfant, ou si peu.

Les semaines et les mois ont passé. De nombreuses peurs se sont envolées. Mon enfant reste mon enfant, en plus heureux. Il y a une permanence de la personne qui est très émouvante. Je vais toujours faire les magasins avec lui ! Je l'ai accompagné quand il a souhaité subir une mastectomie. J'ai eu mal dans ma chair ces jours-là. Et j'ai été soulagée qu'il ne souhaite pas subir d'autres opérations. La peur qui reste et qui malheureusement n'est pas près de disparaître, c'est celle de la violence et du rejet. La mère-poule que je suis n'a pas fini de se faire du souci.

Cinquième témoignage

« J’ai détruit mon corps en pensant que ça irait mieux »¹

L’époque où elle s’appelait « il » est révolue. À 26 ans, Mila a tourné la page de la transidentité. La jeune fille qui s’était transformée en homme est redevenue une femme. Un gars, une fille... Depuis un peu plus d’un an, Mila est ce que l’on appelle une « détransitionneuse ». Sa chevelure châtain, plaquée en arrière, encadre un visage aux traits fins. Sa voix a retrouvé des tonalités moins graves. À l’état civil pourtant, elle est encore un homme. Une étape qu’il lui reste à franchir car il faut le temps de prouver à la justice qu’elle ne reviendra pas une nouvelle fois en arrière. Aujourd’hui, elle déroule d’une voix posée les années où elle a vécu dans la peau d’un homme. Comme un souvenir déjà ancien. Mais après sept ans de testostérone et plusieurs opérations chirurgicales, le retour à la case départ ne peut pas être total. « J’ai détruit mon corps, mais on m’y a aidée. J’ai détruit mon corps en pensant que ça irait mieux. (...) Je n’ai plus de seins. Je n’ai plus d’utérus. Je n’ai plus d’ovaires. Je dois dealer avec les conséquences désastreuses de ma transition », écrivait-elle fin 2021, traversée par une « terrible colère ». Un an plus tard, la colère s’est atténuée. Mila a repris le fil de sa vie là où elle l’avait laissé, à l’adolescence. Comme si sa transition n’avait été qu’une parenthèse. « Je me suis refait la même coupe de cheveux qu’à l’époque. Je me suis enfin penchée sur les problèmes que j’avais occultés en transitionnant », explique-t-elle. Quel regard porte-t-elle cette période ? À l’adolescence, élève d’un collège catholique d’une petite ville de province, Mila comprend qu’elle est attirée par les filles. Au lycée, ses préférences se confirment. Mais être « une fille qui aime les filles » la met mal à l’aise. Elle en conclut qu’elle était destinée à être un garçon. D’autant qu’en pleine agitation du vote de la loi mariage pour tous, elle se fait traiter de « sale lesbienne ». Sur des forums dédiés à la communauté trans, sa conviction d’être née dans le mauvais corps se renforce. « Cela fait un peu bizarre au début. Il y a des moments de doute où l’on se demande si on n’est pas en train de s’inventer une vie. Mais à 16 ans et demi, le cerveau arrive facilement à s’accrocher à cette idée. Et puis une fois qu’on s’est lancé, il semble impossible d’en sortir », témoigne-t-elle. Arrivée à Paris, elle se tourne vers des associations trans où on lui conseille un médecin complaisant qui délivre des ordonnances de testostérone sans poser trop de questions. « Au premier rendez-vous, il m’a dit : “Quand je vous vois, je vois un homme”. Cela a été très rapide », rapporte Mila. Le jour de ses 18 ans,

1 Leclair, 2022

elle se fait sa première piqûre d'hormones. Pendant quelques années, ce traitement lui suffit car son corps se métamorphose rapidement. Sa voix mue. Elle devient « velue comme un ours ». Son visage et ses épaules s'épaississent. Et puis, peu à peu, Mila ne supporte plus son corps. « Mon sexe, mes seins me dérangeraient. Avec la "testo", j'ai pris du poids et un début de ventre est apparu. Je suis devenue obsessionnelle, je comptais toutes mes calories. J'étais au bord de l'anorexie », se souvient-elle. Amère, elle dénonce : « Pendant toute cette période, je n'ai eu aucun suivi psychologique. » « J'étais comme anesthésiée » Un peu avant ses 21 ans, elle subit une première opération - une hystérectomie - pour se débarrasser de douleurs gynécologiques et faciliter son changement de sexe. Certes, elle n'a « jamais voulu avoir d'enfants » mais savoir que l'on ne pourra jamais en avoir est « différent ». En 2018, un tribunal acte son changement de sexe à l'état civil. Mila, devenue Milo, commence sa vie d'adulte comme « Monsieur ». Pour faire correspondre complètement ses papiers à son identité, elle subit une mammectomie (ablation des seins) un an plus tard. Son dernier lien avec la féminité est rompu. Reste un torse « plat et balafré ». « À cette époque, j'étais clairement en dépression, décrypte-t-elle. Mon mal-être est allé crescendo. Après les régimes drastiques, j'ai développé une tendance à la boulimie. Je ne voyais plus personne en dehors de ma famille. Je n'avais plus de vie amoureuse. Ma vie sociale était détruite. Pourtant, à aucun moment je ne remettais en cause ma transidentité. J'étais comme anesthésiée, déconnectée de mes émotions. » C'est en poussant la porte d'un psy que Mila recommence à se poser des questions. Elle fait également une rencontre décisive avec une femme qui a suivi le même chemin qu'elle : « Ensemble, nous avons pu avancer, nous poser toutes les questions qui étaient trop difficiles à affronter seules. Sans son soutien, ce cheminement aurait été impossible ». Le retour en arrière ne se fait pas d'un coup. Pendant quelques mois, Mila se considère comme « non binaire ». « Une étape jusqu'au jour où j'ai compris que je n'étais pas et ne serai jamais un homme. Et surtout compris que j'étais une femme. » « Réveillée d'un long cauchemar. » Pour se retrouver, il ne suffit pas d'arrêter la testostérone. En l'absence d'ovaires, Mila doit prendre des œstrogènes pour renouer avec sa féminité. Il lui faut aussi accepter l'irréversible. « Aujourd'hui, je suis mutilée. Cela a été un gros deuil de me rendre compte que les médecins m'avaient laissée me stériliser à 21 ans et que j'avais ruiné mon corps, confie-t-elle. Heureusement, j'ai échappé à un début de calvitie. J'ai pu retrouver mon visage et ma peau n'a pas été trop abîmée. » Avec le recul, elle analyse ce passage vers un autre genre comme une forme de « misogynie intériorisée » qu'elle a finalement réussi à surmonter. Aujourd'hui, Mila éprouve le sentiment de s'être « réveillée d'un long cauchemar » et a accepté d'avoir fait fausse route. Elle refuse de laisser le désarroi altérer son grand sourire. Sa seule inquiétude est pour les enfants trans et les adolescents qui s'engagent dans une transition. « Avant 25 ans, le cerveau n'a pas fini de se développer. Souvent, les regrets apparaissent à partir de cette période de la vie, quand les tourments de l'adolescence ont fini de nous tirailler. Comment est-ce possible de laisser des mineurs prendre ce type de décision ? C'est une aberration totale », interpelle-t-elle. Alors, bien qu'il lui ait fallu du temps pour accepter de raconter son histoire, de faire confiance, elle juge important de faire entendre sa voix pour mettre en garde.

Réflexions

Introduction

La non-congruence de genre ou incongruence de genre ou trouble de l'identité de genre, se caractérise par un malaise profond et persistant vis-à-vis de son sexe anatomique et de son corps en général pouvant se manifester chez les enfants, les adolescents et les adultes. Dans notre texte, nous avons fait le choix de n'utiliser que le terme d'incongruence de genre. Parce que la commission fait le choix d'une approche non-médicale et vise à l'accompagnement pastoral de ces personnes, elle utilisera le terme d'incongruence de genre, plus neutre que le terme de dysphorie de genre. Cette incongruence de genre est à l'origine de profondes souffrances physiques (rejet et haine de son corps) et psychiques pouvant conduire certaines personnes trans à des automutilations ou au suicide. Ces souffrances sont regroupées sous le terme de dysphorie de genre, défini à la page suivante.

Nous pouvons considérer que nous vivons tous au croisement de trois « corps » : le corps-objet (le corps biologique, critères anatomiques), le corps-sujet (le corps tel que le sujet le perçoit lui-même, condition subjective, psychologique et émotionnelle), le corps social (le corps tel que l'environnement, la culture le perçoivent). Les personnes qui souffrent d'incongruence de genre vivent ce croisement de manière douloureuse.

L'incongruence de genre figurait autrefois dans la liste des troubles mentaux de la Classification Internationale des Maladies (CIM) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sous le terme transsexualité. En mai 2019, l'assemblée mondiale de la Santé a adopté une nouvelle classification, la CIM-11 : l'incongruence de genre a été supprimée des troubles mentaux et fait désormais partie d'un nouveau chapitre consacré à la santé sexuelle. Cette CIM-11 est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022 (Organisation Mondiale de la Santé, 2022).

Jusqu'au milieu des années 2010 un diagnostic de non-congruence de genre restait marginal chez les adultes et surtout chez les enfants. Après 2015, la plupart des pays, comme nous le verrons, ont assisté à une augmentation très importante de l'IG en particulier chez les jeunes filles adolescentes.

Le sujet de la transidentité et des incongruences de genre s'est imposé à la réflexion de la commission éthique et société. En effet, des membres des Églises, mais aussi des communautés, œuvres et mouvements de la Fédération protestante de France, jeunes, parents ou autres, interrogent leurs pasteurs et les instances ecclésiales et sollicitent parfois un accompagnement pastoral. Aujourd'hui, les personnes trans craignent moins de vivre au grand jour : certaines d'entre elles espèrent aussi être accueillies dans les communautés chrétiennes – et le sont effectivement dans certains lieux.

Le sujet est clivant ; il mobilise non seulement l'opinion publique mais aussi la communauté médicale et juridique. Il est parfois instrumentalisé par les partis politiques. Certains discours politiques « anti-trans » utilisent des arguments pseudo-théologiques pour inciter à l'exclusion, la haine et la discrimination des personnes trans. Ce texte souhaite dépasser les avis tranchés, les affirmations péremptoires : il a le souci d'apporter une parole protestante bienveillante, par un débat informé.

Il ne s'agit pas ici d'indiquer ce qu'il faut faire, mais plutôt d'apporter aux membres de la Fédération protestante de France, ainsi qu'à toute autre personne intéressée, des éléments d'information et de réflexion permettant une compréhension plus claire de la problématique afin que chacune et chacun puisse se faire une opinion. La commission éthique et société souhaite proposer par ce texte un éclairage éthique et biblique nuancé, reflétant la pluralité du protestantisme français.

Avant d’aller plus loin...

Il semble nécessaire de définir des termes parfois mal compris ou mal utilisés. Vous trouverez ci-après quelques définitions et explications qui vous permettront d’éclairer votre lecture.

Le genre désigne l’ensemble des caractéristiques relatives à la masculinité et à la féminité qui ne relèvent pas de la biologie mais d’une construction sociale qui peut varier selon les époques et les cultures.

L’identité de genre est « le sentiment interne d’être un homme, une femme ou autre chose, qui peut correspondre ou non au sexe d’un individu attribué à la naissance ou à des caractéristiques sexuelles »¹ (Brown & Hamnvik, 2025a).

La majeure partie des individus ont une identité de genre qui correspond au sexe qu’on leur a assigné à la naissance, sur la base de leurs organes génitaux. On dit qu’ils sont cisgenres. D’autres personnes ne se reconnaissent pas dans le sexe qu’on leur a attribué à la naissance sur la base de leurs organes génitaux : il s’agit des personnes transgenres, ou trans.

Trois expressions vont être employées dans ce document :

- Transidentité : fait d’avoir une identité de genre qui n’est pas en adéquation avec le sexe assigné à la naissance.
- Incongruence ou non-congruence ou incongruité de genre : « expérience marquée et persistante d’incompatibilité entre l’identité de genre d’une personne et le genre attendu en fonction du sexe de naissance. » (Brown & Hamnvik, 2025b)
- Dysphorie de genre : mal-être ou « détresse liés à une incongruence entre l’identité de genre d’un individu et le sexe attribué à la naissance. » (Brown & Hamnvik, 2025a)

1 Dans le contexte de cette définition, « autre chose » signifie non-binaire.

I. Deux développements sexuels atypiques

Avant d'envisager l'incongruence de genre, il est important de décrire deux anomalies anatomiques congénitales des organes sexuels chez les enfants qui ne posent en général pas de problèmes de santé majeurs mais qui peuvent être à l'origine de problématiques psychiques analogues à l'incongruence de genre : l'intersexuation et l'embryogénèse atypique.

1. L'intersexuation¹

La définition du sexe biologique d'une personne n'est pas toujours évidente. C'est notamment le cas pour les personnes intersexes. Elles naissent avec des caractères sexuels primaires et/ou secondaires, internes et/ou externes, qui ne correspondent pas aux définitions binaires types des corps dits masculins ou féminins. Le terme « intersexe » s'emploie pour décrire une large gamme de variations naturelles du corps (plus de 40 ont été recensées). Ces variations peuvent être visibles à la naissance, être détectées dans l'enfance, apparaître à l'adolescence, ou encore être découvertes à l'âge adulte » (Collectif Intersexe Activiste, 2018)².

Traditionnellement, trois types de variations sont à distinguer :

- Variation des organes génitaux : les organes sont atypiques (clitoris jugé trop grand ou pénis jugé trop petit, absence de vagin ou d'utérus...) ;
- Variation des hormones : taux de testostérone élevé pour une fille, par exemple ;
- Variation chromosomique : constitution génétique atypique (par exemple, XXY ou XO à la place de XX ou XY).

Selon une étude européenne, les enfants intersexes représentent 1,7% des naissances, soit environ 11 526 personnes en France en 2023³.

Jusqu'en 2021, certains parents d'enfants intersexes choisissaient, leur « assignaient » un sexe biologique (Paricard, 2021), en conscience, et sans la volonté de leur nuire. Mais ce choix, quand il avait des conséquences irréversibles, pouvait être vécu comme extrêmement violent et entraîner des souffrances phy-

1 Autrefois appelée hermaphrodisme, l'intersexuation n'a cependant rien à voir avec l'hermaphrodisme, qui désigne le fait de disposer de deux appareils génitaux fonctionnels. Ce qui n'est pas le cas des personnes intersexes.

2 Jusqu'en 2022, l'association se nommait *Collectif Intersexe et allié.e.s.*

3 Sur 678 000 naissances.

siques et psychiques aigües¹. Ce choix des parents pouvait être à l’opposé du ressenti de l’enfant qui, plus tard, cherchait alors une identité de genre perdue.

L’intersexuation ne dit rien du genre de la personne : « Les personnes intersexes peuvent être des femmes, des hommes et des personnes non-binaires » (*Fiche pratique - Le respect des droits des personnes intersexes*, s. d.) ; une personne non-binaire ne se reconnaît ni strictement homme ni strictement femme.²

2. L’embryogénèse atypique

Le développement sexuel commence à la période embryonnaire. Le développement embryologique des appareils génitaux comprend 2 stades. Le stade préparatoire indifférencié s’étend de la 3^{ème} à la 7^{ème} semaine quel que soit le sexe génétique de l’embryon. A partir de la 7^{ème} semaine débute le stade de différenciation masculine ou féminine en fonction du sexe génétique (à partir de ce moment, les organes génitaux mâles et femelles sont clairement différenciés). Lors de la différenciation féminine se forment les conduits génitaux internes (utérus) et les organes génitaux externes (clitoris, petites et grandes lèvres). La différenciation masculine résulte d’une forte sécrétion d’androgènes jusqu’au 4^{ème} mois de grossesse. Cette sécrétion est à l’origine des conduits génitaux internes et des organes génitaux externes (scrotum, où migreront les testicules).

La différenciation des organes génitaux apparaît bien avant la différenciation sexuelle du cerveau, qui fait l’objet d’une maturation sous dépendance hormonale et notamment de testostérone. La différenciation sexuelle du cerveau intervient plus tard au cours de la vie intra-utérine, vers les 3^{ème} - 4^{ème} mois de gestation. Il convient de préciser que cette maturation « sexuelle » du cerveau est non seulement différée par rapport à la constitution de l’appareil génital mais également étalée dans le temps puisqu’elle se poursuit après la naissance pour connaître un nouveau développement lors de l’inondation hormonale de la puberté. Pour certains chercheurs, cette constatation pourrait expliquer neuro-biologiquement l’origine de l’incongruence de genre et une partie des différentes formes cliniques qu’elle peut revêtir, mais l’hypothèse ne fait pas encore l’unanimité. Étant donné que les deux processus de différenciation ne sont pas synchrones, il est possible qu’en lien avec des niveaux d’imprégnation androgénique différents à ces deux temps, les organes sexuels se développent vers le phénotype féminin, et le cerveau vers le phénotype masculin, ou vice-versa. Toutefois, ces hypothèses ne prennent pas en compte l’extraordinaire plasticité du cerveau. Le cerveau reste perméable à de nombreux stimuli extérieurs.

- 1 Dans son rapport « Violations des droits humains contre les personnes intersexes », publié en 2015, le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l’homme assimile ces interventions chirurgicales à des actes de torture. (*Violation des droits humains contre les personnes intersexes - Note d’information*, 2015.)
- 2 Pour aller plus loin, voir le chapitre de Serge Hefez « Intersexes. 50 nuances de genres » dans son ouvrage *Transitions. Réinventer le genre* (Hefez, 2022, pp.99-117).

II. Les incongruences de genre

L'incongruence de genre a longtemps été qualifiée de maladie mentale et figurait comme telle dans le DSM¹. Aujourd'hui, elle n'est plus considérée comme un trouble mental mais comme une condition liée à la santé sexuelle². La « dé-psychiatisation » de l'incongruence de genre a notamment permis une nouvelle compréhension des personnes trans prévenant ainsi leur stigmatisation. Mais il ne faudrait pas que cette dé-psychiatisation entraîne une non prise en compte des difficultés psychologiques des personnes concernées (automutilations, troubles de l'attention, hyperactivité...).

Aujourd'hui, la non-congruence de genre est polyforme. Il convient en effet de différencier chez les mineurs, d'une part, l'incongruence de genre des petits enfants et d'autre part, l'incongruence de genre des adolescents, et de distinguer ces deux incongruences de genre touchant les mineurs de l'incongruence de genre adulte.

1. L'incongruence de genre du petit enfant

a. Présentation

L'incongruence de genre du petit enfant se constate principalement chez des petits garçons autour de 3-4 ans et se résout spontanément dans 70% des cas (Quillon, 2022)³.

Le DSM-V liste huit critères permettant de diagnostiquer ce qu'il nomme « dysphorie de genre du petit enfant », le diagnostic pouvant être posé si ≥ 6 critères sont retenus (Brown & Hamnvik, 2025a) :

- Désir marqué d'appartenir à l'autre genre, ou insistance du sujet sur le fait qu'il est de l'autre genre ;
- Forte préférence pour le travestissement et les vêtements typiques du sexe opposé ;

1 Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ou DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) est le manuel dans lequel sont classifiés les troubles psychiatriques et psychiques. Réalisé et publié par l'Association américaine de psychiatrie (American Psychiatric Association), c'est une référence mondiale dans le champ de la santé mentale. La dernière version, le DSM-V, date de 2013 et a été révisée en 2022.

2 La définition de la santé sexuelle, datée de 2006, de la chaire Santé sexuelle et droits humains de l'UNESCO est donnée par les trois auteurs Mae, Bannerman et Burton et suppose « la réunion de trois conditions fondamentales :
- être capable de jouir, en ayant la pleine maîtrise d'un comportement sexuel et reproducteur en harmonie avec une éthique sociale et personnelle.
- être exempt de sentiments de crainte, de honte et de culpabilité, de fausses croyances et autres facteurs psychologiques qui inhibent la réaction sexuelle et perturbent la relation sexuelle ;
- être exempt de troubles, maladies et déficiences organiques qui interfèrent avec les fonctions sexuelles et reproductrices. (*Santé sexuelle - Chaire UNESCO Santé Sexuelle & Droits Humains*, 2020).

3 Dans son ouvrage, Pauline Quillon indique que K. Zucker, psychologue à Toronto, Canada, avance même le chiffre de 88%.

- Dans les jeux d’imagination ou de fantaisie, forte préférence pour incarner l’autre sexe ;
- Forte préférence pour les jouets, jeux ou activités typiquement de l’autre sexe ;
- Préférence marquée pour les camarades de l’autre sexe ;
- Fort rejet des jouets, des jeux et des activités typiquement associés au genre assigné à la naissance ;
- Forte aversion pour sa propre anatomie sexuelle ;
- Et désir marqué d’avoir les caractéristiques sexuelles primaires et / ou secondaires qui correspondent au genre que le sujet vit comme sien.

Cette incongruence de genre est rare. Les études portant strictement sur les enfants manquent. Les chiffres proposés par le DSM-5 parlent, en fait, de la prévalence de la dysphorie de genre chez l’adulte en précisant que ces taux sont vraisemblablement sous-estimés : « Pour les adultes nés de sexe masculin, la prévalence varie de 0,005 à 0,014 %, et pour les personnes nées femmes, de 0,002 à 0,003 %. Tous les adultes ne cherchant pas un traitement hormonal et chirurgical de réassignation dans des centres spécialisés, ces taux sont susceptibles d’être sous-estimés » (Crocq & Guelfi, 2015, p.597). On ne peut donc pas raisonnablement les appliquer aux enfants chez qui la prévalence de l’incongruence de genre n’a fait l’objet d’aucune étude. Seuls les ratios selon le sexe ont été étudiés.¹

b. Les questions qui font débat

Si l’incongruence de genre du petit enfant disparaît à l’adolescence dans une grande majorité des cas, elle produit parfois une telle souffrance chez les petits enfants que certains médecins préconisent de la prendre en charge. Parfois très tôt, comme le montre le documentaire *Petite fille*², diffusé sur ARTE en 2020. En France, cette prise en charge précoce suscite de vives critiques dont certaines sont fondées puisque, si l’incongruence de genre du petit enfant est rare, il est assez commun pour un garçon ou une petite fille de s’essayer dans des pratiques ou des comportements du sexe opposé (cf. les 6 premiers critères ci-dessus).

Le documentaire *Petite fille* pose toute la question de la réaction parentale à la demande de l’enfant. Nous y reviendrons (cf IV-1). Mais il est d’ores et déjà possible de dire que le, ou les parents, peuvent accompagner leur enfant dans ce jeu d’identité de genre (garçons-filles) : leur dire qu’il est possible de s’habiller selon leur genre opposé, de jouer aux jeux du sexe opposé... Il est possible aussi, si la demande de l’enfant est répétée, de l’accompagner sur un début de transition sociale. Mais cet accompagnement se fera en lien avec un pédopsychiatre, qui dirigera les parents vers un psychologue clinicien et un psychothérapeute spécialisés dans l’incongruence de genre. Le psychologue est là non pour encourager l’enfant dans ses désirs mais pour comprendre ce qu’il dit ou sous-entend. Car, comme l’a montré Jacques-Alain Miller dans l’ouvrage collectif *La solution trans* (Miller, 2022), il peut y avoir des raisons traumatiques (violences sexuelles), familiales, au désir d’un enfant de changer de sexe (Mirkovic & Ga-

1 Selon les études, « Les différences entre les sexes dans les taux de prise en charge dans les centres spécialisés varient selon l’âge. Chez les enfants, les ratios de garçons (genre de naissance) par rapport aux filles vont de 2/1 à 4,5/1. Chez les adolescents, le ratio selon le sexe est proche de la parité ; chez les adultes, le ratio selon le sexe est en faveur des garçons (genre de naissance) avec des ratios allant de 1/1 à 6,1/1. Dans deux pays, le ratio selon le sexe semble favoriser les femmes (genre de naissance) (Japon : 2,2/1 ; Pologne : 3,4/1). » (Crocq & Guelfi, 2015, p. 597)

2 Cf. les réactions de Caroline Eliacheff et Céline Masson dans leur ouvrage *La fabrique de l’enfant transgenre. Comment protéger les mineurs d’un scandale sanitaire ?* (Eliacheff & Masson, 2022)

tellier, 2022). La consultation est importante tout autant que le recul des médecins qui prennent en charge ces enfants afin de bien localiser la source de leurs souffrances. L'enfant ou l'adolescent anorexique, par exemple, croit que son poids est source de sa souffrance, or il n'en est rien. La perte de poids ne guérit nullement son mal-être (Shrier et al., 2022, p.237).

2. La « dysphorie de genre à apparition rapide » chez les adolescents

a. Présentation

Depuis 2015, le DSM-V estime que ce qu'il nomme « dysphorie de genre » chez les adolescents et les adultes peut se manifester de six manières et que le diagnostic de dysphorie de genre peut être posé lorsqu'au moins deux critères sont présents :

- une incongruité marquée entre le genre ressenti ou exprimé et les caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires ;
- un désir intense de se débarrasser des caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires (ou, chez les jeunes adolescents, d'empêcher leur développement) ;
- une envie prononcée d'acquiescer les caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires correspondant au genre ressenti ;
- un profond désir d'appartenir à un autre genre (ou à un genre alternatif différent de celui assigné) ;
- une forte volonté d'être perçu et traité comme une personne appartenant à un autre genre ;
- une conviction intime d'éprouver des sentiments et des réactions typiques de l'autre genre.

Mais une nouvelle forme d'incongruence de genre est décrite depuis quelques années. En 2018, la médecin américaine Lisa Littman, spécialisée en médecine préventive et en gynécologie obstétrique, décrit ce phénomène en parlant de Rapid Onset Gender Dysphoria (ROGD) ou « dysphorie de genre à apparition rapide ». Ses études sont relayées dans le grand public par la journaliste Abigail Schrier¹, qui a elle-même mené sa propre enquête auprès de médecins, d'adolescentes souffrant d'incongruence de genre, de « détransitionneurs » et de parents. Pour elles, cette incongruence de genre n'a rien à voir avec celle du petit enfant. D'abord, parce qu'elle touche essentiellement des filles, et plus précisément des adolescentes. Selon Lisa Littman, la ROGD toucherait aujourd'hui, aux États-Unis, 2% des adolescentes (Johns et al., 2019). Ensuite, parce que le phénomène est soudain et rapide : l'adolescente se revendique trans sans avoir forcément manifesté auparavant un attrait pour le travestissement, les jeux ou les activités de l'autre sexe. Enfin, cette non-congruence de genre est différente car les pairs y jouent un rôle prépondérant : autour de cette

1 En France, ce sont les psychologues Céline Masson et Caroline Eliacheff, co-directrices de l'Observatoire de la petite sirène, qui ont repris et diffusé les hypothèses de Lisa Littman.

adolescente qui se déclare trans, nombre de ses amies l’ont fait avant elle. Lisa Littman parle de « contagion sociale » dont les smartphones (quasi-généralisés chez les adolescents) et les réseaux sociaux, au sein desquels évoluent des influenceurs, sont la cheville ouvrière. Ces adolescentes ont en commun un même comportement : elles pensent que des symptômes non spécifiques à l’incongruence de genre doivent être considérés comme révélant leur incongruence de genre, que le seul chemin vers leur bonheur est d’être attentives à leurs symptômes d’incongruence de genre et qu’il leur faut prendre leurs distances par rapport à toute personne (professeurs, amies, parents) qui s’oppose à cette incongruence de genre (Shrier et al., 2022, p.97).

A cause de ces trois éléments (filles adolescentes, soudaineté et rôle des pairs et du smartphone), Lisa Littman fait l’hypothèse que la ROGD est un mécanisme d’adaptation sociale pour des adolescentes mal dans leur corps et leur esprit.

b. Les questions qui font débat

Les hypothèses de Lisa Littman ont été critiquées par les associations LGBTQIA+¹ mais aussi par nombre d’associations de médecins. Les chiffres avancés par Lisa Littman ont également été remis en cause par certaines études récentes (*Transidentités : une étude française contredit une théorie antitrans*, 2025). Les associations américaines de psychologie et de psychiatrie notamment se refusent à employer le concept de ROGD dans leurs approches (l’American Psychiatric Association, l’American Psychological Association, la Society of Behavioral Medicine, l’Association for Behavioral and Cognitive Therapies et la National Association of School Psychologists)².

Les conclusions de Lisa Littman rejoignent et expliquent les constatations du psychologue américain Jonathan Haidt (Haidt, 2025 ; JRE Clips, 2019 ; Lukianoff & Haidt, 2018) qui relève chez les adolescentes américaines un niveau record d’anxiété, de dépression et d’automutilations (tentatives de suicide, scarifications, brûlures...). Il en rend responsable, au moins partiellement, la quasi-généralisation du smartphone et des réseaux sociaux chez les adolescents.

Les hypothèses de Lisa Littman prennent aussi en compte l’intrusion d’internet dans la vie des adolescents et la manière dont les réseaux sociaux bousculent leur vie. Ceux-ci peuvent les conduire à un repli sur eux-mêmes et à des comportements identitaires extrêmes pour appartenir au groupe.

Enfin, les hypothèses de la gynécologue américaine pourraient expliquer le nombre croissant de détransitionneurs, qui, peu de temps après leur transition, décident de faire « machine arrière », estimant qu’ils se sont trompés, qu’ils ont été influencés, voire manipulés. C’est le cas de Keira Bell. A 23 ans, elle saisit la justice de Londres parce qu’elle estime qu’on lui a laissé faire des choix graves concernant sa transition, alors qu’elle était trop jeune et pas suffisamment bien dans sa peau

1 LGBTQIA+ : Lesbienne, Gay, Bisexuel-le, Transgenre, Queer, Intersexe, Asexuel-le. Le + concerne des personnes qui s’identifient différemment.

2 En 2021, la Coalition pour l’avancement et l’application des sciences psychologiques a publié une déclaration appelant à l’abandon du concept de ROGD pour un usage clinique et diagnostique, car « il n’y a pas d’études empiriques solides sur le ROGD et il n’a pas été soumis à des examens par les pairs rigoureux, processus qui sont standard pour la science clinique. » (ROGD Statement, 2021)

pour prendre les bonnes décisions. Elle accuse les médecins qui l'entouraient à l'époque de ne pas l'avoir assez questionnée sur ses choix et d'avoir trop rapidement cédé à ses demandes de traitements. Elle gagne son procès : la Haute Cour de Londres fait alors édicter un décret qui ne reconnaît plus aux jeunes de moins de 16 ans la capacité de discernement et leur impose d'obtenir le consentement d'un juge pour avoir accès à l'hormonothérapie. Mais ce décret est invalidé par la Cour d'appel qui estime que c'est aux cliniciens et non aux juges de rendre un verdict quant à l'autorisation de prescrire des bloqueurs de puberté. Aux États-Unis, le nombre « ne cesse de croître. En 2020, le chiffre concédé -à contrecœur- par les militants 'trans-affirmatifs' était de 1%. En 2021, il était de 4% (compte-rendu de la deuxième séance du 5 octobre 2021, www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/comptes-rendus/seance/session-ordinaire-de-2021-2022/deuxieme-seance-du-mardi-05-octobre-2021). Certains estiment que la réalité pourrait être bien supérieure : en effet, la plupart des détransitionneurs n'informent pas les médecins qui les ont fait transitionner de leur décision d'arrêter les traitements. Leur nombre pourrait donc être de plus de 20% (sexchangeregret.com) selon l'une des associations créées pour les défendre » (Sarton, 2022, p.46).

D'autres auteurs, comme Aline Alzetta-Tatone (Alzetta-Tatone & Medico-Ver-griete, 2022, p.81), ont une autre lecture de la détransition (Quillon, 2022). Elle cite une étude néerlandaise (Wiepjes et al., 2018), dans laquelle le nombre de détransitionneurs serait de 0,6% chez les femmes trans et de 0,3% chez les hommes trans. Les raisons avancées concernant ces détransitions sont les suivantes : le manque de soutien social, les mauvais résultats chirurgicaux, une prise en charge trop tardive et, surtout, une transition trop normative.

Mais les théories de Lisa Littman mériteraient d'être confirmées par d'autres études scientifiques, sociologiques et psychologiques. Pour cela, il serait nécessaire que les sociétés savantes américaines actuellement critiques sur les hypothèses de la gynécologue, notamment sur l'incongruence de genre comme « mécanisme d'adaptation sociale » cachant des troubles psychologiques, publient des travaux de recherche validant ou infirmant l'intuition. Il faudrait également que des sociologues américains reprennent le questionnaire élaboré par Lisa Littman (certaines questions étant jugées orientées) et élargissent le panel des personnes interrogées (non plus les seuls parents mais aussi les jeunes et les accompagnateurs). Des sociologues français pourraient faire de même afin de vérifier si la théorie de la « contagion sociale » se vérifie en France : cette hypothèse est d'ailleurs contestée aux États-Unis même par une étude scientifique publiée dans la revue *Pediatrics* de septembre 2022 (Turban et al., 2022).

3. L'incongruence de genre à l'âge adulte

a. Présentation

Le XX^{ème} siècle et le début du XXI^{ème} sont émaillés de cas d'adultes connus pour avoir entamé une transition chirurgicale. On se souvient notamment de Dora Richter¹, Lilli Elbe² et Christine Joergensen³. Plus récemment, Caitlyn Marie Jenner a fait la une des journaux.

Même si la transition médicale ne concerne pas toutes les personnes trans, certains adultes y ont recours. Comme le rapporte Juliette Marchet (Marchet, 2023), après des années de souffrance, ces personnes savent ce qu'elles veulent⁴ : changer de prénom, s'habiller dans l'autre genre, peut-être accéder à une prise d'hormones et parfois aller vers une transition chirurgicale (cf III ci-dessous).

Les cliniques réalisant ce type d'opérations se sont multipliées ces dernières années. En France, une dizaine d'établissements proposent des vaginoplasties ou / et des phalloplasties, parmi lesquels le CHU de Rennes et la clinique lyonnaise Jean Mermoz (il en existe aussi à Bordeaux, Marseille, Paris, Limoges, Lille, Amiens, Berck...). Aux États-Unis, le nombre de ces cliniques est passé de quelques dizaines au début des années 2000 à plusieurs centaines aujourd'hui. Mais ces opérations chirurgicales (vaginoplasties et phalloplasties) « concernent une minorité des personnes trans. Selon un rapport de 2018, il y avait eu 3 250 chirurgies génitales aux États-Unis en 2016 (tous patients confondus) pour une population trans adulte estimée à 1 397 150 personnes » (Lexie, 2024, p.95).

b. Un difficile accueil des personnes trans

La plupart des personnes qui débute une transition adulte ne se « découvrent » pas trans du jour au lendemain. Elles l'ont ressenti très souvent depuis leur enfance. Mais elles n'ont pu faire leur « coming out » qu'une fois adultes. Bien souvent, comme le montrent les témoignages (cf témoignage *Chantal, 58 ans, directrice générale d'une entreprise adaptée*), ces personnes ont dit leur mal-être sans avoir pu être écoutées. Elles ont dû construire leur vie en faisant comme si de rien n'était. Elles ont refoulé leurs aspirations, leurs sentiments, leurs ressentis, leurs émotions. Certaines personnes ont porté des enfants, leur ont donné vie.

- 1 Dora Richter a été la première personne connue à bénéficier d'une chirurgie de réattribution sexuelle masculin-féminin complète. Tôt dans l'enfance, elle se comporte de manière féminine. Elle a été suivie par Magnus Hirschfeld, à l'Institut de sexologie de Berlin où elle a subi une orchidectomie en 1922 et une pénectomie suivie d'une vaginoplastie en 1931. Les interventions ont été couronnées de succès.
- 2 Lilli Elbe né Einar Wegener commence à s'identifier en tant que femme à la suite d'un travestissement lors d'une séance de pose pour son épouse. En 1930, Wegener se rend en Allemagne pour bénéficier en deux ans d'une série de cinq opérations chirurgicales de réattribution sexuelle. L'orchidectomie se fait sous la supervision du sexologue Magnus Hirschfeld à Berlin. L'opération est un succès. Einar prend le nom de Lilli Elbe, fait annuler son mariage et mourra l'année suivante des complications infectieuses de la vaginoplastie, dernière des opérations subies.
- 3 Christine Joergensen, actrice et chanteuse à succès, est née garçon sous le nom de George William Joergensen en 1926. Très jeune déjà, elle ne se sent pas homme. Incorporée dans l'armée de terre américaine, elle se retrouve de ce fait dans un milieu très masculin qui ne lui convient pas. Elle entend parler de chirurgie de réattribution sexuelle et se fait opérer à Copenhague en 1951, après avoir reçu une thérapie de substitution hormonale. L'ablation des testicules a été suivie de l'ablation du pénis quelques mois plus tard. Les médias se sont emparés de l'affaire et plusieurs journaux en ont fait leurs titres en première page comme celle du New York Daily News : en date du 1^{er} décembre 1952 « Un ex-GI devient une ravissante blonde ». Quelques années plus tard Joergensen se fait faire une vaginoplastie aux États-Unis qui est un succès.
- 4 Selon une étude de 2014, l'âge auquel une personne prend clairement conscience de son identité de genre, différente de celle qui lui a été attribuée, est en moyenne de 8,5 ans, tandis que l'outing vis-à-vis de la famille n'a lieu en moyenne que dix ans plus tard, une fois adulte (Evers, 2019)

Un jour, ces adultes s'autorisent à être eux-mêmes : après une mûre réflexion, souvent ponctuée de moments de doute, ils font leur « coming out ». C'est un événement intense qui signe officiellement le commencement d'une nouvelle vie. Ce « coming out » n'est pas sans conséquences. Être soutenu par des proches, et éventuellement par la communauté LGBTQIA+¹, est vital à ce moment. Les tentatives de suicide et les suicides sont fréquents durant cette période (Charbonnier & Graziani, 2011). Les associations qui accompagnent et accueillent ces personnes le confirment (*Le risque de suicide parmi les personnes LGBT*, s. d.). La personne trans est confrontée à ce que sa condition crée chez l'autre. Elle doit souvent faire face au harcèlement, elle subit les moqueries, les insultes, voire le rejet, tant dans sa vie personnelle (violence intrafamiliale) que professionnelle. Cette violence verbale et psychologique débouche parfois sur des violences physiques, jusqu'à l'homicide. Leur récente visibilité, tant au cinéma qu'à la télévision, jusque dans les émissions en prime time grand public, les exposent à de multiples discriminations, s'appuyant parfois sur des théories complotistes : « Les personnes trans sont qualifiées de dégénérées vouées à perturber l'équilibre de la société et anéantir la civilisation » (Mottin & Bontemps, 2024, p.32). Le choix de la visibilité les exclut parfois du monde du travail, les précarisant au niveau social et familial. Certaines personnes ont même « dû recourir à [leur] "deadname" [ancien prénom] et se poser "la question de la détransition par pression sociale" » (Raxhon, 2024) pour recouvrer un emploi².

Le chemin est encore long entre la visibilité sociale et la bienveillance sociétale.

1 Les personnes en transition sont soumises « à un mécanisme projectif qui les désigne comme différents, à la fois inférieurs et menaçants. Ces autres ne constituent un groupe, une "communauté", que dans la mesure où c'est le mécanisme d'exclusion en lui-même qui les unifie. » (Hefez, 2022, p.78)

2 D'après *Une histoire de genres. Guide pour comprendre et défendre les transidentités* (Lexie, 2024, p.47), une étude de 2018 auprès de 1000 patrons révèle qu'un tiers d'entre eux ne seraient pas prêt à embaucher une personne trans et que 47% hésiteraient.

III. La prise en charge psychologique, médicamenteuse et chirurgicale

Selon les âges, la prise en charge est fort différente.

1. L'incongruence de genre du petit enfant

Les parents sont souvent démunis, voire en souffrance, devant les paroles de leur enfant qu'ils considèrent comme surprenantes ou carrément saugrenues. Comment réagir quand une fille / un garçon dit : « *j'aimerais être un garçon / une fille* » ? Ce n'est pas la même chose que de dire : « *je suis un garçon / une fille* » ou « *je me sens garçon / fille* ». Il est important que les parents distinguent ces formulations. La première « expression indique plutôt un souhait qui peut être lié à un rôle, analogue » (Alzetta-Tatone & Medico-Vergriete, 2022, p.93) à celui de pompier ou hôtesses de l'air. La seconde, « en revanche, dénote déjà une forme d'exploration identitaire » (Alzetta-Tatone & Medico-Vergriete, 2022, p.93).

Les parents peuvent profiter des demandes de leur enfant pour approfondir ce qu'il entend par les mots garçon et fille, les différences qu'il fait entre les deux et les raisons qui le poussent à désirer une autre identité. Les parents peuvent s'appuyer aussi sur l'aide d'un psychologue ou d'un psychothérapeute formés en incongruence de genre.

Le seul accompagnement souhaitable et légalement possible pour ces enfants manifestant un questionnement sur leur identité est psychologique. Aucun traitement médicamenteux (hormonal) ne peut et ne doit être donné à cet âge.

Ces enfants peuvent s'essayer dans le genre auquel ils se sentent appartenir. Jouer avec des jeux du genre désiré, s'habiller avec les vêtements de ce genre, endosser les rôles qui lui sont attribués... Il est possible aussi, si l'enfant le demande à de multiples reprises, d'essayer un autre prénom, dans la sphère pri-

vée. A cet âge, cela peut rester de l'ordre du jeu. Nous rappelons que dans la majorité des cas (70%), l'incongruence de genre du petit enfant disparaît avant la puberté.

Quel que soit le positionnement des parents sur les transitions de genre, il est important que l'enfant grandisse dans la certitude qu'il est aimé, inconditionnellement, qu'il a le droit de se tromper, de s'exprimer et de questionner les paroles qu'il entend concernant son identité.

2. L'incongruence de genre à l'adolescence

a. Les différents types de transitions possibles

La transition sociale

Elle commence quand l'adolescent ou l'adolescente demande à être appelé par un autre prénom, souvent d'abord à son cercle d'amis où il se sent en confiance, puis à son cercle familial quand il ou elle s'en sent prêt ou prête. C'est un acte décisif pour celui-ci ou celle-ci. En France, cette transition est encouragée, en milieu scolaire, par la circulaire Blanquer (cf IV-2-a). Comme le souligne Aline Alzetta-Tatone, « le choix du nouveau prénom, se fait parfois avec l'aide de la famille ou des proches, quand cela est possible. Il peut être la version masculine ou féminine du prénom d'assignation ou encore le prénom que les parents avaient choisi avant ou durant la grossesse pour un bébé de sexe opposé. Mais il peut tout à fait être un choix personnel sans lien avec ces éléments » (Alzetta-Tatone & Medico-Vergriete, 2022, p.55), en lien avec une personne admirée, par exemple. Il peut être difficile pour la famille d'adopter le prénom choisi : parfois, elle n'accepte pas de l'employer, ce qui est douloureux pour la personne trans qui se voit refuser la reconnaissance de son identité. La solidité de l'intégration sociale de l'adolescent au moment de son « *coming out* » revêt une importance décisive pour la suite. Parfois les personnes testent plusieurs prénoms durant un parcours de transition ce qui démontre que la personne réfléchit à ce qui est bien pour elle et qu'elle n'hésite pas à modifier ce qui la rend inconfortable.

La transition médicale

Les opérations chirurgicales ne sont possibles qu'exceptionnellement en France pour les adolescents (mastectomies bilatérales). Sur le plan médical, les médecins peuvent :

- Prescrire aux garçons ou aux filles en transition des inhibiteurs de puberté, après une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) réunissant no-

tamment un endocrinologue, un psychologue clinicien ou un pédopsychiatre, et un chirurgien.

Ces traitements visent à inhiber tout développement de caractère sexuel secondaire tels que les menstruations ou le développement des testicules. Les médecins peuvent aussi prescrire des hormones de transition de genre pour activer le développement des attributs masculins ou féminins : voix, pilosité...

Les bloqueurs de puberté administrés, de type Leuprolide¹⁸ ou Lupron[®], sont déjà utilisés chez l'enfant, en cas de puberté précoce mais aussi chez les adultes pour les cancers hormonodépendants et pour certains fibromes utérins. Ils sont administrés en cas d'incongruence de genre hors Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) aux alentours de 8-12 ans chez les filles, et de 10-13 ans (âge moyen de 13,6 ans) (Quillon, 2022, p.52) chez les garçons.

- Avoir recours à l'hormonothérapie croisée :

L'hormonothérapie féminisante (« MtF » pour Male to Female en anglais) associe un antiandrogène (comme l'acétate de cyprotérone) et des hormones féminisantes (comme l'oestradiol, et éventuellement de la progestérone)¹. Les effets attendus, outre un mieux-être corporel et psychique, sont une croissance des seins, une dépilation, un affinement de la peau, un amincissement des muscles et une modification de la répartition des graisses. Les effets indésirables sont connus : stérilité, impuissance, ostéoporose, risques de phlébite, d'embolie pulmonaire, d'infarctus du myocarde et d'accidents vasculaires cérébraux².

L'hormonothérapie masculinisante (« FtM » pour Female to Male) consiste en l'administration de testostérone (Androtardyl), de façon à permettre à la personne concernée de se sentir mieux dans son corps. Elle permet de faire croître le clitoris (pour ressembler davantage à un pénis), de développer la pilosité et la masse musculaire, et de rendre la voix plus grave. Les effets indésirables sont là-aussi connus : atrophies des seins et du vagin (avec parfois des douleurs utérines), ostéoporose, hypertension artérielle, accident vasculaire cérébral et risque d'infarctus du myocarde.

L'hormonothérapie croisée peut débuter dès la puberté (15-17 ans : âge moyen 16,7 ans) (Quillon, 2022, p.52). S'il s'agit d'enfants traités par bloqueurs de puberté, l'hormonothérapie croisée peut être débutée dès l'âge de 13-14 ans. Ce traitement substitutif devra être pris à vie, par des gens bien portants. L'arrêt du traitement entraîne un retour en arrière, certes partiel, mais avec certains effets irréversibles : la modification de la voix, de la carrure et des organes génitaux externes. Si l'enfant souffre de son phénotype masculin ou féminin, il est probable que l'accentuation de son phénotype à la puberté va accentuer sa souffrance.

Pour que le traitement hormonal soit remboursé, il faut qu'il fasse l'objet d'une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM). Ce n'est pas le cas actuellement en France pour les enfants.

En France, l'endocrinologue, et à plus forte raison le chirurgien, demandent au patient souffrant d'une incongruence de genre un courrier signé d'un psychologue ou psychiatre avant d'entamer tout traitement ou de procéder à tout acte chirurgical. Mais le suivi psychologique n'est pas imposé durant la transition,

1 Les injections ne sont pas possibles. Seuls des gels ou des pilules sont à disposition. (Lexie, 2024, p.118)

2 Pour le détail concernant les risques, voir l'article de Katie Glenn (Glenn, 2023) et l'article de N. Johnson et N. Chabbert-Bufferet. (Johnson & Chabbert-Bufferet, 2022)

même s'il ne peut qu'être vivement conseillé, tant pour les adolescents que pour leurs proches, parents et frères ou sœurs (cf ci-dessous III-2-b).

b. Bloqueurs de puberté et hormonothérapies : des sujets très discutés

En 2011, des cliniciens néerlandais ont publié une étude établissant que les jeunes souffrant d'incongruence de genre pouvaient éviter leur puberté naturelle à l'aide de bloqueurs de puberté. Ainsi, en recevant ensuite des hormones de sexe opposé, ils pourraient commencer à vivre leur vie de transgenre plus tôt, et de manière plus crédible. C'est ce qu'on a appelé le « protocole néerlandais ».

Au début de leur utilisation, les médecins et les adolescents trans étaient persuadés de l'innocuité des inhibiteurs de puberté. Ils constataient que ces traitements pouvaient améliorer le bien-être psychologique d'adolescents qui souvent auparavant s'automutilaient ou avaient des pensées suicidaires. Ils pensaient également que ces traitements anodins pouvaient éviter, par la suite, de lourdes et longues opérations chirurgicales (la chirurgie faciale par exemple mais aussi les opérations de phonochirurgie ; cf III ci-dessous) (Alzetta-Tatone & Medico-Vergriete, 2022, pp.135,145), si l'incongruence de genre se confirmait. Ils estimaient enfin que ces traitements étaient réversibles.

Mais l'utilisation des bloqueurs de puberté et de l'hormonothérapie est un sujet qui fait polémique, pour différentes raisons :

Des troubles psychiatriques constatés chez les patients

La pédopsychiatre finlandaise, Rittakerttu Kaltiala, rapporte que 90 % des patients venus en consultation chez elle étaient des filles, principalement âgées de 15 à 17 ans, présentant des troubles psychiatriques graves et des difficultés scolaires. Elles souffraient de dépression, d'anxiété, de troubles de l'alimentation et de troubles du spectre autistique (TSA). 7,8% de ces adolescents atteints d'incongruence de genre avaient des problèmes psychiatriques, soit dix fois le taux de la population normale (entre 0,6 et 1%). Par ailleurs, certains de ces enfants ou adolescents avaient manifesté des Troubles du Déficit de l'Attention et Hyperactivité (TDAH). Cette vulnérabilité pourrait donner raison aux psychologues qui préconisent de ne pas prendre la demande de l'enfant ou de l'adolescent « au pied de la lettre » (Flavigny, 2022, p.99). Mais il n'est pas impossible non plus que tous ces troubles soient à considérer comme des symptômes du mal-être profond qui habitait les personnes souffrant d'incongruence de genre. Dans ce cas, l'hypothèse des partisans du protocole néerlandais, donnant accès à des bloqueurs de puberté ou des traitements hormonaux tôt, serait à reconsidérer (Quillon, 2022, p.54)¹.

1 Serge Hefez, dans le chapitre sur l'homophobie de son ouvrage *Transition : réinventer le genre*, parle des conséquences désastreuses de l'intériorisation de la honte (anxiété, dépression, tentative de suicide), des conséquences valables aussi pour les personnes trans. (Hefez, 2022, p.94)

Les effets négatifs des bloqueurs de puberté sur le plan cognitif et émotionnel

Pour de nombreux pédopsychiatres européens, à l’instar de la pédopsychiatre finlandaise Rittakerttu Kaltiala, ces médicaments sont aujourd’hui à proscrire car « il existe en effet des preuves d’effets négatifs de ces médicaments, en particulier sur le plan cognitif et émotionnel. Le blocage de la maturation sexuelle a pour conséquence que les organes restent à l’état infantin. Ce blocage induit aussi un trouble de la maturation osseuse. Le fait d’empêcher la puberté laisse l’enfant rester un enfant y compris sur le plan intellectuel, avec risque de limitation du QI » (Kaltiala, 2023). Une étude de la pédiatre britannique Hilary Cass va dans le même sens : après s’être penchée sur les activités de la clinique londonienne *Gender Identity Development Service (GIDS)*, traitant les enfants en incongruence de genre, elle « a conclu que les bloqueurs pourraient interrompre de manière permanente le développement cérébral (...) et obliger les adolescents à s’engager dans des traitements hormonaux correctifs irréversibles » (*Mineurs transgenres*, 2024).

Des traitements hormonaux aux conséquences irréversibles

L’une des questions les plus délicates est celle des traitements hormonaux à base d’œstrogènes et d’antiandrogènes pour les Male to Female (MtoF) / Male to X (le X désignant les personnes non-binaires) et à base de testostérone pour les Female to Male (FtoM) / Female to X¹. Ces traitements sont irréversibles et permanents (modification de la voix, de la carrure et des organes génitaux externes). Ils permettent, pour les unes, de développer la poitrine, de modeler les hanches, et pour les autres, d’accentuer la pilosité, de développer les muscles, de faire muer la voix et d’arrêter les menstruations. Il est à relever que certaines études ont pointé que la prise de testostérone augmentait le risque de casier judiciaire (Dhejne et al., 2011). Quoi qu’il en soit, dans un cas comme dans l’autre, ces traitements impliquent que la personne trans « ne pourra jamais avoir d’enfant biologique » (Russo, 2018). Il est donc impératif de proposer la conservation des gamètes avant de débiter tout traitement hormonal (Alzetta-Tatone & Medico-Vergiete, 2022, p.131) (cf III ci-dessous).

La santé mentale des adolescents traités

Les médecins néerlandais préconisaient les bloqueurs de puberté et les hormones car ils constataient un mieux-être grâce à leur administration. Mais, ces résultats n’ont pas pu être reproduits. Peu après le début de l’administration des hormones, les médecins de l’équipe du Docteur Rittakerttu Kaltiala se sont rendu compte que le miracle promis ne se produisait pas. Les jeunes traités ne s’épanouissaient pas, se retiraient de toutes les activités sociales, ne se faisaient pas d’amis et n’allaient plus à l’école. Une étude de 2011 sur le long terme va même plus loin en constatant une élévation de la mortalité des FtoM en comparaison de la population générale. Cette augmentation de la mortalité est essentiellement due au suicide, aux maladies cardiovasculaires, au Sida et à l’usage

1 Le X indique la volonté de ne pas rentrer dans des catégories binaires.

de drogues et ne semble donc pas avoir de rapport avec la prise du traitement hormonal (Asscheman et al., 2011).

La question de l'accompagnement psychologique

Le protocole établi par la Société Française d'Etudes et de prise en Charge de la Transidentité (SoFECT¹) en 2017 impose une rencontre avec un psychiatre ou un psychothérapeute. Un certain nombre d'adolescents trans contestent cette obligation, contraire à la dépathologisation ou dépsychiatriation de l'incongruence de genre, d'une part, et opposée à leur droit à l'autodétermination, d'autre part. Mais cet accompagnement psychologique, en amont et pendant la prise en charge médicale, peut se révéler utile « pour aider [la personne en transition] à restaurer, voire à découvrir où se loge sa propre estime, à irriguer un amour de soi qui lui permette un accès plus authentique à l'autre » (Hefez, 2022, p.26), ce que certaines personnes trans reconnaissent d'ailleurs :

- Tout d'abord, le suivi psychologique, dès les Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP), « permet parfois de faire la différence entre l'urgence réelle et le sentiment d'urgence que peuvent ressentir les personnes trans après un coming out. Il ne s'agit pas de freiner le parcours de la personne mais de lui permettre d'identifier ses ressentis tout en élaborant son parcours de transition de manière individualisée » (Alzetta-Tatone & Medico-Vergriete, 2022, pp.41-42). Il permet aussi de poser un diagnostic différentiel (pour écarter le diagnostic de trouble schizophrénique, notamment).
- Ensuite, la consultation psychologique peut également être intéressante pour déceler deux écueils : les adolescents qui, d'une part, veulent entamer une incongruence de genre pour correspondre au parent idéalisé (ou pour ne pas ressembler au parent décevant) et ceux qui, d'autre part, veulent l'initier afin de correspondre mieux aux attentes parentales ou fuir les injonctions sociétales. Il faut distinguer ici deux phénomènes : la volonté de se conformer aux dits ou non-dits parentaux, d'un côté (« tu as l'air d'une fille habillé de cette manière » ou « pourquoi on n'a pas eu une fille ? On n'aurait pas tous ces problèmes ! » ...), et la volonté de fuir des « rôles de genre », trop angoissants, de l'autre : fuir, par exemple, l'injonction à la soumission, pour les filles, qui s'accompagnent souvent de discriminations, de harcèlements, voire d'agressions sexuelles, et fuir l'injonction à la domination, à la puissance, à la virilité, pour les garçons. Ces deux écueils, s'ils ne sont pas décelés, peuvent pousser à entamer une transition pour de mauvaises raisons et conduire à une détransition par la suite.
- La consultation psychologique peut permettre, pendant la prise en charge médicale, de surmonter les angoisses liées au changement d'apparence : « la crainte que l'image du soi fantasmé ne corresponde » (Alzetta-Tatone & Medico-Vergriete, 2022, p.96) pas au soi transformé par les hormones et / ou la chirurgie. La consultation permettra également de reprendre pied dans la vie sexuelle, en s'appropriant et en intégrant ce nouveau corps. En parallèle de cet accompagnement psychologique, l'accompagnement d'un psychomotricien peut être une aide pour se réapproprier son corps, après la transition.

1 Depuis 2022, l'organisme s'appelle Trans-Santé ou FPATH (French Professional Association for Transgender Health).

- Toujours pendant la prise en charge, le suivi psychologique s'avèrera utile pour accompagner l'adolescent en transition dans ses difficultés psychosociales : les discriminations, les insultes, les violences de genre (mégenrage, emploi du « dead name ») et les violences physiques auxquelles il est confronté. Le psychologue veillera à mettre une protection, notamment en milieu scolaire, pour éviter la dépression et la déscolarisation. Rappelons que, « entre 2016 et 2017, le nombre de signalements d'agressions de personnes transgenres auprès de l'association SOS Homophobie a augmenté de 53%. Les victimes qui appellent la plateforme dénoncent en majorité des menaces, puis des agressions physiques, perpétrées principalement par des hommes. Mais il y a également les insultes, la discrimination. Pour 47% de ces appels, il s'agit de personnes âgées entre 20 et 25 ans, 9% sont des adolescents » (*Être transgenre : un combat du quotidien pour fuir les violences transphobes*, 2019).
- L'accompagnement psychologique peut permettre de s'assurer que l'incongruence de genre ne dissimule pas un inceste ou une agression sexuelle (Hefez, 2022, pp.40,45). Il est en effet avéré que, pour le garçon comme pour la fille, l'incongruence de genre s'appuie parfois sur le désir de ne plus être confronté à un nouveau prédateur. Le garçon peut, par l'incongruence de genre, exprimer aussi sa peur de devenir lui-même un futur agresseur sexuel (Roucy, 2022, pp.103-106).
- La consultation psychologique devra enfin être proposée à l'ensemble de la cellule familiale. La révélation de la transidentité peut être vécue comme un véritable choc, tant pour les parents que pour les frères et / ou sœurs. Cette révélation peut entraîner des conflits importants entre parents, entre les parents et la personne en transition et aussi au sein de la fratrie. Ce suivi psychologique sera un espace de liberté où chacun pourra poser ses questions et faire part de ses angoisses, concernant les discriminations et les violences dont pourrait être victime leur enfant, par exemple, ou ayant trait aux décisions que les parents prennent pour leur enfant. Cet espace de parole sera nécessaire également pour lutter contre tout sentiment de culpabilité des parents. Ce n'est pas leur faute, et d'ailleurs ce n'est la faute de personne, si leur enfant se sait appartenir à un autre genre que celui dans lequel il est né. Ensuite, l'accompagnement psychologique permettra aux parents de faire le deuil de la représentation qu'ils avaient de leur enfant, de son prénom de naissance (ou « deadname » selon la personne en transition) et des projections qu'ils avaient faites, en termes de filiation ou en termes de carrière professionnelle.
- Enfin, l'accompagnement permettra d'apporter aux parents des informations claires et sûres sur la transidentité et les traitements possibles, selon l'âge de leur enfant, permettant ainsi une prise de décision éclairée (cf. Témoignage « Maman, papa : je suis transsexuel »).

Prescription, médication et prise en charge par la Sécurité Sociale

La polémique concerne enfin la prescription des hormones (bloqueurs de puberté, testostérone et œstrogènes) par les médecins. Actuellement, l'incongruence de genre n'est pas une indication courante de la prescription de ces

hormones et elles ne sont pas remboursées par la Sécurité sociale, ne bénéficiant pas d'une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM). Si l'État voulait ouvrir une possibilité de remboursement, l'extension de l'AMM sur la base d'un « usage bien établi » pourrait être envisageable. Cela réduirait les pratiques d'automédication (Alzetta-Tatone & Medico-Vergriete, 2022, p.177).

3. A l'âge adulte : des possibilités chirurgicales (Lexie, 2024, pp.111-13)

Si les possibilités de traitements hormonaux rejoignent celles énoncées plus haut concernant les adolescents, différentes interventions chirurgicales, non autorisées aux adolescents, sont possibles pour les adultes. La Haute Autorité de Santé a publié, en juillet 2025, ses recommandations de prise en charge des personnes majeures souhaitant s'engager dans une transition de genre (HAS, 2025).

En parallèle des traitements médicamenteux et des interventions chirurgicales, l'épilation définitive fait partie des interventions proposées chez les personnes effectuant une transition d'homme à femme. Selon la pilosité, la procédure peut durer plusieurs mois et nécessite une grande régularité.

a. Les opérations « du haut »

- **La mastectomie bilatérale** : pour la plupart des personnes qui y recourent, la mastectomie bilatérale (ablation chirurgicale des seins) permet une réduction significative de l'incongruence de genre en améliorant souvent le bien-être psychologique et la qualité de vie des personnes (Piette et al., 2022). Cette intervention est prise en charge par l'Assurance Maladie, dans le cadre de l'ALD31¹. L'âge de la majorité est théoriquement requis. Cependant, dans des cas bien particuliers, l'ablation des seins peut être réalisée plus tôt, généralement entre 16 et 18 ans, après une année de traitement par testostérone. Aux États-Unis, de janvier 2013 à juillet 2020, le nombre de mastectomies a été multiplié par dix chez les jeunes filles âgées de 12 à 17 ans. Les effets secondaires sont nombreux : douleurs fantômes (comme si cette partie du corps était encore présente), séromes ou lymphocèles (accumulation de liquide sous la peau), douleurs, saignements ou suintement de lambeaux cutanés...
- **L'augmentation mammaire** : la plupart des femmes trans ont recours à l'augmentation mammaire afin de rendre leur silhouette conforme à leur souhait. Elle est réalisée par l'introduction d'implants soit sous le muscle pectoral (rétromusculaire), soit au-dessus (rétroglandulaire)².
- **Les phonochirurgies** : en général les hommes trans et les femmes trans ont une prise en charge orthophonique dès le début de leur transition. La voix est l'un des aspects les plus sensibles chez les personnes trans. Souvent elle reste l'élément traître les renvoyant douloureusement au genre dans lequel

1 Reste souvent à la charge du patient le ticket modérateur (parfois pris en charge par la mutuelle, en totalité ou en partie) et les dépassements d'honoraires, fréquents pour les mastectomies (une partie peut être prise en charge par la mutuelle). Il faut compter au moins 1500€ à la charge de la personne opérée, le montant variant selon les chirurgiens. (Lexie, 2024, p.127)

2 Dans le cadre de l'ALD31, la mammo-plastie est remboursée. Le coût moyen d'une augmentation mammaire est de 3800€. (Lexie, 2024, p.128)

elles ne se reconnaissent pas et / ou occasionnant un outing trans non désiré. Chez les hommes trans le ton de la voix descend irréversiblement dans les six mois après la prise de testostérone. Les hommes trans surveillent souvent leur façon de parler pour rendre leur voix plus grave ou cacher des intonations qu'ils estiment plus féminines. Si les résultats de l'orthophonie ne sont pas convaincants malgré les efforts entrepris, il est possible d'avoir recours à une opération de phonochirurgie (allongement ou rétrécissent des cordes vocales, glottoplastie...)

- **La chirurgie de féminisation faciale (FFS : facial feminization surgery) :** comme le visage est constamment exposé au regard des autres, l'objectif principal de la chirurgie de féminisation du visage est que la personne puisse se sentir à l'aise avec ce dernier.

Certaines caractéristiques osseuses font partie des typicités masculines corrigibles :

- Correction de l'os frontal (des sourcils) souvent plus saillant au-dessus des yeux ;
- Avancement du scalp ;
- Remodelage des pommettes, du nez et du menton ;
- Correction de la proéminence de la pomme d'Adam ;
- Lifting si besoin.

Cette chirurgie peut être complétée par l'injection d'acide hyaluronique, de toxine botulinique ou la pose d'implants capillaires.

b. Les opérations « du bas »

Les opérations « du bas » sont une chirurgie lourde, aboutissant à une stérilité définitive. C'est pourquoi, avant toute prise en charge hormonale et toute chirurgie, la question de la préservation des gamètes doit impérativement être évoquée. Les personnes trans peuvent se prévaloir de la Loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique (1), sur le recueil et la conservation des gamètes par les CECOS par cryoconservation « permettant aux personnes envisageant de s'engager dans un parcours de transition de l'homme vers la femme de se prévaloir de ces dispositions » (Alzetta-Tatone & Medico-Vergriete, 2022, p.131)¹. Le matériel génétique ainsi préservé pourra être utilisé lors d'une future Fécondation In Vitro (FIV) ou insémination de spermatozoïdes. Mais la compagne légale devra impérativement être la bénéficiaire de ce matériel génétique pour que la FIV ou l'insémination ne soit pas considérée comme une Gestation Pour Autrui.

Par ailleurs, la formulation de la Loi n°2011-814 passe sous silence le fait qu'il est également possible, en France, pour les femmes, de conserver leurs ovocytes (aussi par cryoconservation). L'utilisation de ceux-ci ne peut se faire dans un utérus tiers, au grand désespoir des couples de lesbiennes. En effet, ceux-ci souhaitent généralement recourir à la Réception des Ovocytes de la Partenaire (ROPA) car elle permet la participation active des deux membres du couple. La ROPA « peut aussi convenir à une personne trans assignée fille à la naissance et en couple avec une personne cisgenre. Ainsi, les deux parents participent

1 Voir aussi le complément donné par Serge Hefez. (Hefez, 2022, p.235)

biologiquement à la conception de l'enfant (...). Un homme trans qui garde son utérus et ses ovaires peut également être inséminé avec les spermatozoïdes d'un donneur, ou avoir un bébé naturellement » (Alzetta-Tatone & Medico-Vergriete, 2022, p.132).

Pour les femmes qui veulent devenir hommes (« FtM »)

Tous les organes sexuels féminins sont d'abord ôtés. Puis il existe deux possibilités :

- **La phalloplastie** ou fabrication d'un pénis. C'est une intervention délicate car pour créer une verge, le chirurgien doit prélever un lambeau de peau ailleurs, le plus souvent sur toute l'épaisseur de l'avant-bras. Ce greffon musculo-cutané est enroulé sur lui-même pour créer un semblant de pénis. Créer la fonction d'uriner et la capacité érectile est un défi. Lui permettre une érection suffisante pour pénétrer en est un autre. Une opération ultérieure est d'ailleurs nécessaire pour implanter une prothèse érectile dans le phallus greffé afin de produire un effet semblable à celui d'une érection.
« La phalloplastie dure environ 8 ou 9 heures et est menée par un urologue. Elle coûte environ 35000 euros mais peut être prise en charge jusqu'à 30000 euros » (Lexie, 2024, p.131).
Les risques de thromboses (caillot provoquant une mauvaise circulation sanguine) sont fréquents, tout comme les risques de fuites internes et / ou externes dans le nouvel urètre.
- **La métaïdoïoplastie** est une intervention plus simple. Un traitement par testostérone permet de faire grossir le clitoris. Une fois qu'il a grossi, il est possible de le tirer vers l'avant pour qu'il ressemble à un pénis. Néanmoins, ce néo-pénis n'est pas érectile, ni conçu pour la pénétration.
La métaïdoïoplastie « coûte moins cher et est prise en charge intégralement avec une ALD » (Lexie, 2024, p.133).

Peu d'hommes trans vont jusqu'à la chirurgie du bas. Alors que 36% des femmes biologiques s'identifiant comme des « hommes trans » ont subi une chirurgie du haut et que 61% souhaitent le faire selon l'étude US Transgender Survey de 2015, seulement 3% d'entre elles ont subi une phalloplastie et 13% souhaitent le faire.

Pour les hommes qui veulent devenir femmes

Il faut d'abord pratiquer l'ablation des testicules et du pénis puis créer un vagin (vaginoplastie). L'intervention consiste à créer une cavité (avec la peau du pénis et du prépuce que l'on inverse). Le gland du pénis peut être utilisé pour sculpter un clitoris. Le scrotum va être transformé pour faire des grandes lèvres : c'est la labiaplastie. La vaginoplastie est entièrement prise en charge par l'ALD (Lexie, 2024, p.135).

Cette cavité artificiellement créée a tendance à se rétracter, en se cicatrisant. Il faut donc l'entretenir par des dilatations quotidiennes. Il faut aussi la lubrifier

et faire des lavements vaginaux pour éviter les infections à répétition et les mauvaises odeurs.

Les complications sont nombreuses et fréquentes : 30% d'infections, 10-15% de sténoses (rétrécissement des artères), 20% d'incontinence... Les patients sont souvent opérés à de multiples reprises.

Une alternative à la vaginoplastie, encore peu pratiquée en France, est la vulvoplastie. Elle permet de diminuer les problèmes de cicatrisation ainsi que les mauvaises odeurs, mais empêche toute pénétration pénienne (Lexie, 2024, p.135).

En résumé, la chirurgie du bas féminisante permet un résultat assez correct en surface. Mais, si on regarde en profondeur, les organes créés semblent à la fois dysfonctionnels et inconfortables. Certaines personnes transformées d'homme en femme disent qu'elles se réveillent avec l'impression que leur pénis est toujours là (sensation d'un pénis fantôme). Les dix établissements hospitaliers français ayant le plus fort volume d'actes chirurgicaux pelviens d'affirmation ont réalisé, en 2020, 411 interventions au total, contre 210 en 2011 (*Parcours de transition des personnes transgenres*, 2022). Cette augmentation de l'activité sur le territoire national ne suffit cependant pas à répondre à une demande elle aussi en forte croissance. Ainsi, les équipes chirurgicales de ces établissements signalent des délais d'attente de plusieurs années pour une vaginoplastie (entre 2 ans à Paris à l'hôpital Tenon et 5 ans à Lyon) et des listes d'attente importantes (au CHU de Lille, 150 personnes sont en liste d'attente).

c. Les opérations chirurgicales : un sujet controversé

Depuis leur commencement, les opérations de réassignation sexuelle ont fait l'objet de nombreuses questions. Certaines personnes interrogent le fait d'intervenir sur des corps sains. Des corps qui subissent des modifications profondes, pour lesquelles les personnes sont contraintes de prendre des médicaments à vie. Sans compter que ces opérations, risquées et compliquées, s'accompagnent souvent de douleurs fantômes et multiplient les risques de comorbidité (AVC, complications thromboemboliques, hypertension artérielle...). Une étude de 2011 consacrée aux personnes trans, après réassignation sexuelle fait apparaître, en comparaison avec une population témoin du même âge, un risque considérablement plus élevé de mortalité, de comportement suicidaire et de troubles psychiatriques. L'étude suggère que la réassignation sexuelle, bien que censée soulager l'incongruence de genre, ne suffit pas à la traiter, et doit être accompagnée d'une prise en charge accrue tant psychiatrique que somatique (Dhejne et al., 2011). En outre, pour les opérations du bas, elles rendent les personnes opérées infertiles. A ces critiques, notamment celle sur le corps sain, certains répondent qu'elles concernent plus généralement la chirurgie esthétique, notamment la chirurgie de la silhouette (opération

visant à augmenter le volume du muscle fessier, en améliorer les contours ou encore retendre des peaux relâchées), la chirurgie esthétique mammaire, celles des lèvres voire des petites lèvres (nymphoplastie), celle du nez... Pourtant, la chirurgie esthétique dans son ensemble est bien admise. Les partisans de ces opérations chirurgicales de réassignation soulignent qu'une partie des personnes qui y recourent ne le font que pour « obtenir un cispassing »¹. Elles tentent par là de se fondre dans la masse, cherchent à être acceptées, à être « normalisées ». Les opérations, aussi douloureuses et risquées qu'elles puissent être, constituent souvent, pour ces personnes, un choix contraint en vue d'un plus grand épanouissement.

C'est cette question de l'épanouissement, du bénéfice de ces opérations qui fait également l'objet d'intenses discussions. Pour ceux qui font le choix de ces chirurgies (et ils sont peu nombreux), c'est certain : « c'est choisir la vie » (Marchet, 2023, p.47)². Probablement car les opérations de réassignation sexuelle alignent leur corps et leur esprit et permettent aux personnes trans, outre une vie sociale plus apaisée, de renouer avec une vie affective avec laquelle elles avaient un certain nombre de difficultés (Alzetta-Tatone & Medico-Vergriete, 2022, pp.181-193).

Enfin, ces opérations chirurgicales sont critiquées par certains pour leur coût. Les prix des opérations de réassignation sexuelle varient selon les actes. Si les personnes qui en ont les moyens peuvent, le cas échéant, se faire opérer à leurs frais à l'étranger, l'accès à une offre de soins publique reste, pour beaucoup, la seule solution accessible. En France, il faut compter 2 000 euros environ pour une mastectomie et plus de 35 000 euros pour une phalloplastie. D'autres critiquent le coût pour la société. En France, en effet, la chirurgie de réassignation sexuelle peut être prise en charge par l'Assurance Maladie au titre de l'Affection Longue Durée 31, Transidentités. Si l'incongruence de genre est reconnue par l'Assurance Maladie, le remboursement est de 100 %. En France, le *Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans*, remis à Olivier Véran, ministre des Affaires sociales et de la Santé, en janvier 2022 (Picard & Jutant, 2022) indique que 9000 personnes bénéficiaient de cette ALD 31 en 2020, dont 6300 personnes entre 18 et 35 ans et 294 personnes de moins de 18 ans)³. En 2016, la Sécurité sociale comptait 165 chirurgies génitales (Lexie, 2024, p.95).

- 1 Le cispassing est la manière dont une personne trans « passe » en société sans se faire remarquer, pour éviter les insultes, les moqueries, les discriminations.
- 2 Les transitions chirurgicales visent « à amener une structure de relations entre soi et les autres, perçue comme fondamentalement disproportionnée, à un état aussi proche que possible de ce qui est perçu non seulement comme 'juste', mais même comme 'originel' » (d'après Matern Harald). (Marchet, 2023, p.21)
- 3 Il s'agit peut-être une estimation basse, dans la mesure où elle ne tient pas compte des personnes trans suivant une transition médicale hors ALD ou à l'étranger (en Belgique notamment).

IV. Cadre légal de la transition de genre

En 2006, en Indonésie, à l'initiative de la Commission internationale de juristes et du Service international pour les droits de l'Homme, un groupe d'experts internationaux des droits humains se met d'accord sur 29 principes, les Principes de Jogjakarta (*Les Principes de Jogjakarta*, 2006), concernant le respect de l'orientation sexuelle des personnes ou de leur identité de genre (droit à l'égalité et à la non-discrimination, droit à la sécurité, droit à la liberté d'opinion et d'expression...). L'observation de ces principes est recommandée par l'ONU et le Conseil de l'Europe.

En avril 2015, le Conseil de l'Europe adopte une résolution contre : « la discrimination à l'encontre des personnes transgenres en Europe » (*Résolution 2048 (2015) - La discrimination à l'encontre des personnes transgenres en Europe*, 2015). L'assemblée appelle les États membres à « instaurer des procédures rapides, transparentes et accessibles, fondées sur l'autodétermination ». Il invite ainsi les États membres « à abolir la stérilisation et les autres traitements médicaux obligatoires, ainsi que le diagnostic de santé mentale ».

Depuis, la tendance globale, en Europe occidentale, est à l'adoption de lois d'autodétermination : la reconnaissance légale du genre n'est plus soumise à des conditions médicales. C'est le cas, par exemple, de l'Allemagne et de l'Espagne depuis 2023. Il existe toutefois des différences selon les pays concernant les mineurs : l'Espagne se singularise en autorisant l'autodétermination pour les mineurs de plus de 16 ans sans accord parental, tandis que le Portugal demande l'accord parental et un certificat d'un médecin ou d'un psychologue attestant du consentement libre et éclairé du mineur (*Loi n° 38/2018 du 7 août*, 2018). D'autres, notamment la France, ont assoupli leur législation en démedicalisant, mais en Europe de l'Est, on observe plutôt un maintien, voire un durcissement de conditions restrictives : en Hongrie par exemple, depuis un amendement de décembre 2020, seul le « sexe déterminé à la naissance » peut figurer sur le registre d'état civil des Hongrois (*Changer de sexe civil dans l'UE*, 2023).

Depuis 2006, la France a voté plusieurs textes de loi sur la transition de genre.

1. Le changement de prénom et l'accompagnement social

a. Le changement de prénom

En France, depuis 2016, l'article 60 du Code civil indique que « toute personne peut demander à l'officier de l'état civil à changer de prénom. (...) S'il s'agit d'un mineur, la demande est remise par son représentant légal. (...) Si l'enfant est âgé de plus de treize ans, son consentement personnel est requis ». Si l'officier d'état civil estime que cette demande nuit à l'intérêt de l'enfant, il en informera le procureur de la République, pouvant seul s'opposer à la demande. Donc, dans le cadre d'une transition sociale d'un mineur trans, les parents ou le parent ayant seul la charge de l'autorité parentale, peuvent demander ce changement de prénom. En cas de désaccord entre les parents sur ce point et conformément à l'article 387 du Code civil, le juge aux affaires familiales pourra être saisi (Mir-kovic & Gatellier, 2022, pp.113-147). Lorsque le prénom a été modifié à l'état civil, il doit être utilisé tant par l'intéressé que par les tiers, y compris l'administration, l'assurance maladie et les établissements scolaires.

b. Une loi méconnue

La loi de 2016 est encore méconnue, même par les services de l'État. Ainsi, dans certaines municipalités, les agents de l'état civil exigent des preuves médicales afin d'enregistrer le changement de prénom d'une personne trans¹. Une pratique contraire à la lettre et à l'esprit de la loi. En outre, ces demandes sont soumises à ce qui est jugé par les personnes trans à de l'arbitraire. En effet, l'article 60 du Code civil appelle l'officier de l'état civil à discerner « l'intérêt légitime » de la demande.

2. L'école

a. La circulaire Blanquer

En 2021, le ministre de l'Éducation, Jean-Michel Blanquer, publie une circulaire intitulée : Pour une meilleure prise en compte des questions relatives à l'identité de genre en milieu scolaire (Circulaire du 20 juin 2023 relative à la prise en compte de la diversité des familles et au respect de l'identité des personnes

1 Le guide *Droits et libertés des personnes transgenres - Guide pratique et modèles d'actes* estime que sur 1000 demandes, 90% sont acceptées. (*Guide Droits et libertés des personnes transgenres - Guide pratique et modèles d'actes*, s. d.)

transgenres dans la fonction publique de l'État, 2023)¹. Le document donne la possibilité, aux enfants et adolescents qui le souhaitent, et à condition que leurs parents soient d'accord, d'être appelés du prénom de leur choix², en classe et sur tous les documents internes à l'établissement (listes d'appel, cartes de cantine, bulletin, etc.). Le personnel de l'établissement doit veiller à ne pas mégenrer ces enfants ou adolescents. La circulaire est plus vague sur les « espaces d'intimité » (toilettes, vestiaires, douches, dortoirs des internats ou lors des voyages scolaires). Faut-il laisser les enfants et adolescents en transition utiliser les toilettes du sexe opposé ? Faut-il leur ouvrir un espace à part (un espace utilisé auparavant par les adultes) ? Ou leur laisser des horaires particuliers ? La circulaire invite les établissements scolaires à définir des solutions personnalisées, en dialogue avec les enfants et adolescents dans la recherche d'un consensus, et toujours en accompagnant les personnes (Pour une meilleure prise en compte des questions relatives à l'identité de genre en milieu scolaire, 2021, 2.b).

b. Une circulaire en question

Pour les uns, le texte ne va pas assez loin, en ne supprimant pas, par exemple, l'autorisation des parents. Pour d'autres, ce texte crée des complexités administratives (double dossier scolaire, par exemple) et détourne clairement l'institution scolaire de sa finalité première (éducative), laissant craindre que l'institution s'arroge le droit de faire pression sur les familles en cas de refus de leur part d'accompagner leur enfant sur le chemin de la transition (Mirkovic & Gatellier, 2022, p.180).

3. L'état civil

a. La mention du sexe à l'état civil

Si certains pays européens proches de la France, comme l'Allemagne, ont introduit dans leur droit la possibilité de faire figurer sur l'état civil une troisième possibilité (« divers » en Allemagne, par exemple), la France s'y refuse. Le sexe figurant à l'état civil est binaire, masculin ou féminin. Si la personne est insatisfaite, « le Code civil permet le changement de la mention du sexe, mais uniquement pour les majeurs ou les mineurs émancipés » (Mirkovic & Gatellier, 2022, p.119). (Cf. 4-b ci-dessous)

b. Des recours devant les tribunaux

Après un avis favorable du tribunal de Tours, en 2015, pour que soit inscrit sur son acte de naissance « sexe neutre », et un avis défavorable du tribunal d'Or-

1 Circulaire de 2021 validée par le Conseil d'État le 29 décembre 2023. Plusieurs associations avaient demandé son retrait. Voir aussi le chapitre « La demande d'affirmation sociale dans les établissements scolaires » du livre *Questionnements de genre chez les enfants et les adolescents. Analyse, enjeux... Les spécialistes répondent.* (Mirkovic & Gatellier, 2022)

2 La circulaire appelle ainsi la communauté éducative à aller « au-delà » de la lettre de la loi. (Mirkovic & Gatellier, 2022, p.172)

léans en 2016, une personne intersexe a porté un recours devant la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) (Mesnil, 2023). La CEDH a donné raison à la France sur ce point, reconnaissant que c'est un choix qui a des conséquences sociétales importantes et que chaque État est libre de prendre ses décisions en ce domaine (*Refus de la mention « sexe neutre » sur l'état civil : la CEDH conforte la France*, 2023). En 2024, il est donc impossible à un intersexe de faire apposer sur son acte de naissance la mention « sexe neutre » ou « intersexe ». Cette mention ne fait de toute façon pas l'unanimité au sein de la communauté trans : « certaines personnes la refusent, car elles craignent que la différence facilite la transphobie et la surveillance ; d'autres l'envisagent comme un outil de visibilisation et de pédagogie » (Lexie, 2024, p.284).

c. Le changement de sexe à l'état civil

La possibilité d'un changement de sexe est entrée dans le Code civil avec la loi du 18 novembre 2016. Cette loi ne conditionne plus le changement de sexe à l'état civil à une intervention chirurgicale¹ : « Toute personne majeure², ou tout mineur émancipé, qui démontre par une réunion suffisante de faits que la mention relative à son sexe dans les actes de l'état civil ne correspond pas à celui dans lequel elle se présente et dans lequel elle est connue peut en obtenir la modification. Le demandeur fait état de son consentement libre et éclairé à la modification de la mention relative à son sexe dans les actes de l'état civil et produit tous éléments de preuve au soutien de sa demande » (art. 61-6 du Code civil). Les « faits » évoqués à l'article 61-6 sont précisés au paragraphe précédent (art. 61-5 du Code civil) : « Les principaux de ces faits, dont la preuve peut être rapportée par tous moyens, peuvent être : 1° Que [la personne] se présente publiquement comme appartenant au sexe revendiqué ; 2° Qu'elle est connue sous le sexe revendiqué de son entourage familial, amical ou professionnel ; 3° Qu'elle a obtenu le changement de son prénom afin qu'il corresponde au sexe revendiqué ».

La loi ne pose aucune limite au nombre de changements de sexe et, dès lors qu'elle n'exige pas de traitements irréversibles, elle ouvre la possibilité d'allers-retours d'un sexe à l'autre... La procédure est toutefois longue : entre 6 et 30 mois (Lexie, 2024, p.107).

d. Une procédure qui connaît des limites

Certaines personnes trans contestent la procédure du changement de la mention de leur sexe à l'état civil. Elles refusent que la reconnaissance du changement de sexe sur l'état civil dépende d'un juge. Elles souhaitent que cela puisse se faire sur simple déclaration, comme en Allemagne (*La loi sur l'autodétermination de genre adoptée en Allemagne*, 2024) depuis novembre 2024, ou dans d'autres pays européens.

1 Il s'agit donc plus désormais d'un changement de genre que de sexe mais la démarche officielle n'a pas changé de nom.

2 En 2022, la demande d'un mineur a été acceptée (Carayon & Marguet, 2022).

Ces demandes restent par ailleurs peu ou pas accessibles aux personnes étrangères n'ayant acquis ni la nationalité ni un statut de réfugié, ainsi qu'aux personnes sans domicile fixe.

4. Les thérapies de conversion

a. La protection contre les « thérapies de conversion »

Dans le cadre d'une meilleure protection de la vie et des droits des personnes homosexuelles, la loi du 31 janvier 2022 vient réprimer les « thérapies de conversion » (LOI n° 2022-92 du 31 janvier 2022 interdisant les pratiques visant à modifier l'orientation sexuelle ou l'identité de genre d'une personne (1), 2022). Cette expression vient désigner toutes les formes de soi-disant thérapies (y compris les électrochocs)¹ visant à modifier l'orientation sexuelle ou l'identité de genre des personnes. Certaines Églises et / ou associations ont pratiqué des thérapies de conversion, aujourd'hui condamnées par l'ensemble des Églises. Les personnes menant de telles thérapies peuvent être condamnées à deux ans de prison ferme et 30 000 euros d'amende (3 ans et 45 000 euros quand la tentative de modification ou d'altération est menée sur un mineur, une personne vulnérable, ou par un ascendant ou une personne ayant sur la victime une autorité de droit).

b. Des formulations ambiguës

On peut regretter un certain flou dans la formulation du texte de loi (Darsonville, 2022). La condamnation vise des « *pratiques, des comportements et des propos* » répétés. Si la mention de la répétition de propos est pertinente, pourquoi exiger la répétition de pratiques, comme celles des stages ? Les journalistes Jean-Loup Adénor et Timothée de Rauglaudre, lors de leur infiltration, ont assez bien documenté les dégâts causés chez les personnes qui assistent à une de ces thérapies de conversion (Rauglaudre & Adénor, 2019).

Un certain nombre de médecins se sont élevés contre cette loi. Ils craignent qu'elle ne soit brandie par les personnes trans pour faire taire toute remarque, invitation à la prudence ou même opposition de la part des médecins, notamment lorsqu'une transition médicale ou chirurgicale est envisagée (Mirkovic & Gatellier, 2022, p.143). Cependant, la loi, dès son article premier, vient rassurer à ce sujet : « L'infraction prévue au premier alinéa n'est pas constituée lorsque les propos répétés invitent seulement à la prudence et à la réflexion, eu égard notamment à son jeune âge, la personne qui s'interroge sur son identité de genre et qui envisage un parcours médical tendant au changement de sexe ».

1 « Des traitements par électrochocs ont été recensés en Chine, Australie, États-Unis, Russie, Inde, Malaisie, Indonésie, mais aussi en Europe et notamment dans une clinique privée du sud de la France » (*Rapport sur les liens entre thérapies de conversion et dérives sectaires*, 2021)

5. Le parcours de transition médicale en France

En France, les opérations de transition (poitrine, sexe, visage...) sont ouvertes uniquement aux personnes majeures, sauf exception médicalement justifiée. Seule l'hormonothérapie peut être prescrite dès l'âge de 16 ans, ou avant, selon les cas et les contextes.

Lors du premier contact, le médecin traitant (l'endocrinologue ou le chirurgien) demande un courrier de la part d'un psychologue ou psychiatre avant d'entamer les démarches de transition.

Mais un suivi psychologique n'est nullement obligatoire durant le parcours médical de transition. Cela ne signifie pas qu'il est inutile (cf III-2-b). Bien au contraire, il est recommandé tant pour l'intéressé, que pour ses proches.

En France, l'article 16-3-1 du Code civil indique qu'« il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale ou dans l'intérêt thérapeutique d'autrui » et avec son consentement. Certaines personnes contestent le caractère thérapeutique de la prise en charge médicale des personnes trans, demandant alors que ces interventions tombent sous le coup de la loi (peine pour les parents et les médecins) et / ou qu'elles ne soient plus remboursées.

Les parents ne peuvent s'appuyer seulement sur le consentement de leur enfant. Il y a une différence entre la notion de « consentement éclairé » en médecine et la capacité à consentir, notamment pour de jeunes enfants. « *Lorsqu'un petit garçon affirme qu'il est une fille, il y a là une conviction mais cela ne suffit pas à caractériser un consentement juridiquement valable.* » (Mirkovic & Gattellier, 2022, p.136) (cf. le cas de Keira Bell décrit plus haut)

D'autres personnes critiquent la prise en charge par la Sécurité sociale. L'acceptation de la demande varie fortement d'une caisse d'assurance maladie à l'autre, certaines exigeant encore un certificat psychiatrique pour l'accès à l'ALD31 (comme en 2010, quand la transidentité était classifiée ALD23)¹. Des problèmes de codages ont aussi été relayés : « les logiciels ne permettent pas l'enregistrement des frottis vaginaux des hommes trans, ou des analyses du taux sanguin de PSA des femmes trans, pour celles et ceux ayant mis leur état civil en conformité avec leur genre »². Certains dysfonctionnements administratifs, dangereux, ont enfin été remontés : l'appel au dépistage du cancer du col de l'utérus oublie les hommes trans, par exemple, de même que celui du cancer de la prostate oublie les femmes trans.

1 Pour plus de détails, voir l'article « Parcours médical et juridique transidentitaire » publié en 2023 dans la revue Médecine/Sciences (Denaes, 2023).

2 Voir « Parcours médical et juridique transidentitaire » (Denaes, 2023).

V. Réflexions théologiques et éthiques

Sur un sujet aussi débattu et controversé que l'incongruence de genre, nous ne pouvons avancer qu'avec craintes et tremblements, et surtout avec humilité et prudence.

Avant de proposer nos réflexions théologiques sur le sujet, nous vous invitons d'abord à faire un détour pour examiner quelques théories concernant la binarité des sexes.

1. La binarité en question

D'abord une évidence : Jésus n'a jamais rien dit concernant les personnes trans. Cela n'a pas empêché certains croyants, d'une part, d'utiliser des versets bibliques pour s'opposer à la transidentité, et, d'autre part, le mouvement LGBTQIA+, et plus généralement queer¹, de chercher des textes bibliques pour la légitimer.

À la suite des théologies féministes, le mouvement queer tentait ainsi de s'opposer aux principales anthropologies théologiques protestantes formulées au XX^{ème} siècle, notamment par Dietrich Bonhoeffer et Karl Barth :

- Dans son interprétation des trois premiers chapitres de la Genèse, publiée en 1933 sous le titre *Création et chute* (Bonhoeffer, 1999), Bonhoeffer avance l'idée que la notion de l'homme crée à l'image de Dieu indique que l'homme est un être *relationnel*, marqué par la liberté de se tourner vers autrui. Cette capacité relationnelle serait une *analogia relationis*, c'est-à-dire une analogie sur le plan des relations : la relation humaine reflète l'être relationnel de Dieu. Karl Barth reprend cette notion dans sa *Dogmatique*. Il souligne le lien direct entre l'exhortation divine, formulé au pluriel, « Faisons l'homme à notre image » (Gen 1, 26), et l'affirmation « Dieu créa l'homme à son image, il le créa à l'image de Dieu. Il créa l'homme et la femme » (Gen 1, 27). L'imago Dei se réalise en effet sur le plan relationnel : comme Dieu lui-même est un être de relation, l'homme l'est aussi. L'être humain est « le vis-à-vis de Dieu,

1 Le mot queer, signifiant étrange, différent, bizarre en anglais, est originellement une insulte à l'égard des personnes trans ou se reconnaissant d'une minorité sexuelle ou de genre. Cette insulte a très vite été reprise par ces minorités pour s'auto-désigner.

en sorte que la rencontre qui a lieu en Dieu lui-même se reproduit et se reflète dans la relation de Dieu avec l'homme. Et il l'est aussi en étant lui-même le vis-à-vis de son semblable, et en trouvant dans son semblable son propre vis-à-vis, de sorte que la communion d'être et d'action qui se trouve en Dieu lui-même se répète dans les relations d'homme à homme. » (Barth, 1960, p.197)

- Pour Barth, cette relation intra-humaine se réalise, de façon fondamentale, dans la relation entre l'homme et la femme. Il parle d'une « dignité particulière » qui est « attribuée ici à la relation entre les sexes », et il considère que cette relation est « la forme première (...) de toute relation entre les êtres humains » et qu'elle caractérise « à la fois l'*humain* et l'*image de Dieu* au niveau de la créature » (Barth, 1960, p.199).

Pourtant, cette interprétation barthienne a été critiquée. Le théologien Henri Blocher propose de nuancer le propos : la différenciation des sexes n'explique pas la notion de l'image de Dieu, mais sa mention juste après celle de l'*image Dei* témoigne de l'importance de l'altérité homme-femme (Blocher, 2019).

Actuellement, de nombreux versets ou figures bibliques sont cités ou évoqués par le mouvement queer.

C'est le cas notamment du Joseph de l'histoire des patriarches qui a particulièrement retenu l'attention de la théologie queer. Pour certains de ses interprètes, il apparaît dans les textes de la Genèse sous les traits d'un jeune homme efféminé dont le comportement n'est pas en adéquation avec les normes dominantes de la masculinité¹. La tradition midrashique le relevait déjà : « il (Joseph) avait 17 ans, mais tu dis qu'il était encore un garçon ? Cela signifie qu'il se comportait comme tel – il se maquillait les yeux, soulevait ses talons, et frisait ses cheveux » (Hess, 2024, p.26). Certains théologiens queer l'ont identifié à une personne trans.

L'éthicien Gerhard Schreiber, de Hambourg, à la suite d'interprétations plus anciennes, s'est élevé contre la dualisation des théologies de l'ordre de la Création. Il considère l'intersexualité et la transsexualité comme « une preuve de la multiplicité et de la diversité de la nature humaine ». Comme le souligne Ruth Hess, « pour lui toute tentative de standardiser le genre représente une présomption humaine qui soumet l'action créatrice autonome de Dieu au pouvoir de définition humain » (Hess, 2024, p.26-27).

Dans cette théologie, le passage de Genèse 1,27 est interprété dans le sens d'un 'mérisme', c'est-à-dire d'une figure rhétorique dans laquelle deux termes contradictoires ne décrivent pas une opposition, mais sont représentatifs d'un ensemble. Par exemple, Dieu a créé non seulement la lumière et l'obscurité, mais aussi le crépuscule et l'aube entre les deux, non seulement la terre et la mer, mais aussi les marées et les marécages. De même, « Dieu les créa mâle et femelle » peut signifier un continuum : en plus des femmes et des hommes dans leur diversité, il y a aussi tous les modes d'existence genrés entre ces deux pôles.

1 Joseph de l'histoire des patriarches est décrit comme ayant « une belle apparence », comme sa mère Rachel. Le vêtement coloré que Jacob lui offre, à lui, son enfant préféré, est interprété par certains comme une robe de princesse, une robe à manches longues, comme en portaient les filles de roi non mariées (comme Tamar, violée par son frère Ammon) (cf. Genèse 37.3 avec 2 Samuel 13,18 s.).

La création de l'humain comme mâle et femelle a été réinterprétée dans la littérature rabbinique. Selon Ruth Hess, « suivant les traces du mythe de l'homme sphérique du banquet de Platon, l'idée surgit que Dieu n'a pas créé le premier Adam d'une manière différenciée selon le sexe, mais au sens littéral du mot bisexuel. Rabbi Jirmija ben Elazar a dit : « Quand le Saint, béni soit-Il, créa le premier homme, Il le créa androgyne, comme il est dit : mâle et femelle, Il les créa. ». Rabbi Shmouel bar Na'hman a dit : « Quand le Saint a créé le premier homme, il l'a fait à double face, puis il l'a scié en deux, et a fait un dos pour les deux moitiés. » (Midrasch BerR8,1 en référence à Genèse 1,27). Loin de corrompre l'humain et avec lui la création et l'alliance, l'intersexuation et la transsexualité apparaissent dans ce modèle plutôt comme une « affirmation » du fait que tous les êtres humains représentent des phénomènes exceptionnels – en vertu de leur ressemblance avec Dieu. » (Schreiber, 2018)

Les textes bibliques concernant les eunuques ont également été particulièrement étudiés. Dans l'Ancien Testament, diverses malédictions concernant les eunuques (Lv 21,20 ; 22,24 ; Dt 23,1-2) n'ont pourtant pas empêché les prophètes de leur faire une place dans le Royaume (Es 56,3-6). Il est intrigant que le premier baptême d'une personne – et non d'un groupe – rapporté au livre des Actes des Apôtres soit celui d'un eunuque, qui plus est étranger. Du point de vue religieux, il cumule tous les obstacles qui l'empêchaient d'entrer dans le Temple. Pourtant rien n'empêche qu'il soit baptisé par Etienne. Comme s'il incarnait ces derniers qui deviennent premiers dans le Royaume.

Aujourd'hui, cette approche consistant à chercher des figures bibliques est quelque peu abandonnée au profit d'une réflexion fondamentale, qui a des conséquences politiques et sociales. Marcela Althaus Reid, par exemple, parle dans ses ouvrages d'un Dieu qui, en Christ, s'est révélé bizarre, étrange, différent, autrement dit queer (Tonstad & Thromas, 2022, p.135). N'hésitant pas à recourir à un langage provoquant, elle insiste ainsi sur un Dieu « orgiastique » ; une image pour dire que Dieu n'est pas enfermé dans l'hétéronormativité. Elisabeth Stuart (Lavignotte, 2020) se concentre sur la critique des identités, toutes les identités, en s'appuyant sur les versets de Paul en Galates 3,26-28a¹. Pour elle, l'identité donnée et reçue en Christ bouleverse et subvertit toutes les autres identités.

Le sujet est en débat et loin d'être terminé. Concernant l'affirmation de la Genèse (1,27), « Il créa l'homme et la femme », Marie-Noëlle Yoder souligne que dans « une perspective biblique, le mâle et la femelle établissent le fondement de la catégorisation humaine » (Yoder, 2023, p.23). Même lorsqu'on avance l'idée d'un continuum continu entre le masculin et le féminin, il n'en reste que « le continuum continue à s'inscrire entre deux pôles qui reflètent une sexuation binaire. Malgré tous les efforts, il est difficile de s'affranchir de la bicatégorisation des sexes » (Yoder, 2023, p.27)². Dans cette perspective, Yoder affirme que l'Église « est appelée à présenter la binarité sexuelle comme intention initiale de Dieu. » (Yoder, 2023, p.62)

1 « 26 Car, par la foi en Jésus-Christ, vous êtes tous fils et filles de Dieu. 27 Car vous tous qui avez été baptisés pour Christ, vous vous êtes revêtus de Christ. 28 Il n'y a plus ni Juifs ni non-Juifs, il n'y a plus ni esclave ni homme libre, il n'y a ni homme ni femme. »

2 Se réfère à un article de la sociologue Michal Raz.

La réflexion biblique et théologique ci-dessous, enracinée dans les multiples traditions du protestantisme, a été développée en gardant à l'esprit que la Bible ne fournit jamais de réponses toutes faites, et encore moins sur un sujet qu'elle n'évoque pas. Nous croyons qu'elle n'est pas pour autant disqualifiée pour fournir des repères éthiques et nous aider à porter un regard critique sur nous-mêmes, les autres et le monde.

2. Prendre en compte la souffrance¹

Toute réflexion éthique nécessite d'entendre, de reconnaître et de prendre en compte la souffrance des personnes concernées. Sans cela, la réflexion éthique n'est que pure théorie, vains mots. Or, la souffrance psychique, peut-être plus encore que la souffrance physique, n'est guère objectivable, au sens où des indicateurs externes fiables permettraient d'en mesurer l'intensité. Elle n'en est pourtant pas moins réelle. La souffrance psychique, comme la douleur physique, sont et restent ce qu'en disent ceux qui les subissent ou qui vivent avec : il en est ainsi de la souffrance ressentie par les personnes trans. Cette subjectivité ne doit pas être disqualifiante. Elle est le rappel de la fragilité, de la singularité et de la vulnérabilité de notre humanité. La commission éthique et société ne peut qu'encourager les Églises, communautés, œuvres et mouvements de la FPF à écouter et prendre en compte la souffrance des personnes trans.

Comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, l'incongruence de genre et la souffrance qu'elle provoque ne sont souvent pas reconnues et entendues par l'entourage. Les personnes trans sont d'autant plus en souffrance qu'elles doivent la taire ou pire, faire comme si de rien n'était. Cette négation de la souffrance met les personnes trans dans une situation semblable à celle de Baruch. Ce scribe de Jérémie avait l'impression que Dieu se plaisait à ajouter « *peine à sa souffrance* » (Jr 45,3 « *yalon ral makeobi* »). Ils pourraient dire, avec les mots du Psalmiste, que la « *buée* (hébel) » de l'existence est devenue irrespirable (Ps 144,1-4). Et c'est cette souffrance rendant la vie irrespirable qui conduit certaines et certains à des automutilations ou à des suicides.

L'attention portée aux personnes qui souffrent est fondamentale en protestantisme. Elle prend sa source dans les actions de Jésus, telles qu'elles sont décrites dans les évangiles. Il y est présenté comme un homme à l'écoute des personnes qui souffrent de douleurs corporelles ou psychiques, comme à celles qui ne peuvent pas se défendre ou qui sont rejetées par la société. Nombreux sont les textes bibliques qui racontent ces rencontres de Jésus avec des hommes ou des femmes qui le supplient de les guérir, eux ou un de leurs proches. Jésus guérit et réintègre dans la société humaine celles et ceux que la maladie avait exclus. Sur la croix, il porte toutes les souffrances humaines, jusqu'à crier vers le Père : « Mon Dieu, mon Dieu, pourquoi m'as-tu abandonné ? » (Ps 22).

1 Certains éléments de ce chapitre sont repris du texte sur la souffrance en annexe (cf. 76).

Parfois, les personnes en souffrance continuent de voir ou de chercher un sens à la souffrance ; aujourd’hui on sait surtout que les souffrances physique, psychique ou spirituelle altèrent et mettent à mal nos capacités à être en relation avec ceux qui nous entourent. La souffrance nous centre sur nous-même. Elle mobilise ainsi tout notre être sur cette étrangeté lancinante qui envahit notre espace vital. La notion d’étrangeté souligne parfaitement l’écart qui se développe entre l’idée que je me fais d’une vie bonne et normale et la réalité d’une vie difficile à vivre ou à supporter d’un point de vue physique ou psychique.

Comme nous l’avons vu dans les chapitres précédents, les personnes en transition de genre ressentent profondément cette étrangeté. Elle est d’une grande violence pour elles et pour leur entourage ; nos Églises et nos communautés peuvent et doivent être un lieu où cette souffrance est entendue et partagée. Accompagner la personne en souffrance, soulager, réduire cette souffrance, quand cela est possible, c’est redonner, à l’instar du Christ, une vraie et pleine place dans la communauté humaine en aidant celui qui souffre à retrouver ses capacités relationnelles avec ceux qui l’entourent et avec Dieu.

3. Le respect dû au corps

Sans être la seule, la foi chrétienne se caractérise par une estime particulière du corps. Cette remarque peut étonner, étant donné qu’il y a eu également, dans l’histoire du christianisme, des courants hostiles au corps. Pourtant lorsqu’on lit les textes bibliques, on y découvre que le corps n’est pas dévalorisé. Dans l’Ancien Testament, la santé du corps se trouve au centre de la relation entre Dieu et le croyant. De nombreux psaumes décrivent les douleurs physiques, la souffrance comme un temps d’épreuve et celui qui prie attend de Dieu le soulagement, la guérison, l’apaisement. La lecture du livre de Job met en scène un homme éprouvé, d’abord par la perte de tous ses biens, puis la perte de ses enfants et enfin de sa santé.

Dans le Nouveau Testament, étonnamment, Jésus, ce Messie qui apporte le Salut, y est constamment au contact des corps dont il s’occupe et qu’il guérit. Au centre du message chrétien se trouve l’affirmation de l’incarnation : Dieu lui-même assume la condition humaine jusque dans la chair.

Une éthique en dialogue avec la foi chrétienne, s’inscrivant dans cette tradition, honore le corps humain et incite à son respect. L’être humain n’a pas seulement un corps, comme disait Rudolf Bultmann : il est un corps¹ ! Dans cette perspective, Dietrich Bonhoeffer² reconnaissait un « droit à la vie corporelle », et il ouvre cette réflexion en soulignant que le « droit originel de la vie naturelle est la préservation du corps contre toute lésion intentionnelle, toute violation et tout homicide ». Ainsi il affirme qu’il « appartient à la corporéité, forme de l’existence humaine voulue de Dieu, d’être considérée comme un but en elle-même. »

1 Cf. Rudolf Bultmann, *La théologie du Nouveau Testament*, p. 195 cité par Simon Buttica, *Avant le péché originel. La naissance d’un malentendu* (Essais bibliques 61), Genève, Labor et Fides, 2022, p. 55.

2 Cf. Dietrich Bonhoeffer, *éthique*, nouvelle édition traduite de l’allemand par Bernard Lauret avec la collaboration de Henry Mottu, Genève, Labor et Fides, 2019, 164s.

Cette importance du corps et le respect qu'on lui doit ouvrent différentes interprétations en protestantisme. Pour certains, le corps ne doit pas être mutilé, et on ne peut intervenir sur le corps que pour restaurer ses capacités, en respectant l'intentionnalité du Créateur. Dans le cadre de l'incongruence de genre, cette interprétation refusera tant les traitements hormonaux aux effets secondaires en partie irréversibles, que les interventions chirurgicales.

Pour d'autres, le respect dû au corps pourrait comporter des « exceptions éthiques ». Comme Dietrich Bonhoeffer reconnaissait « un état anormal de nécessité » qui pouvait justifier le recours à la violence, il serait possible de reconnaître une telle exception pour l'incongruence de genre. Une souffrance intense justifierait les traitements sur le corps pour le bien-être de la personne.

Pour d'autres encore, les opérations chirurgicales sont une forme de réponse tout à fait acceptable pour que les personnes trans puissent vivre épanouies. La commission d'éthique de la Fédération protestante de France est réservée sur cette dernière position.

4. Le donné : entre liberté, acceptation et lutte contre la fatalité

L'être humain est à la fois un être de liberté, de choix, et un être qui doit faire « avec ce qui lui est donné ».

Le *sexe biologique* fait partie de ce qui nous est donné, en tout cas sur le plan *génétique* : personne ne peut changer ses chromosomes. Certains protestants considèrent dès lors que les individus sont appelés à accepter leur sexe de naissance, même si cela est douloureux.

D'autres protestants reconnaissent dans le ressenti des personnes trans un donné équivalent au sexe biologique : il y a des femmes au-delà des femmes de sexe biologique, il y a des hommes au-delà des hommes de sexe biologique. Aux yeux de ces protestants, cette reconnaissance légitime de suivre un chemin anti-fataliste ; elles vivent leur transition de genre comme un chemin de résurrection. Elles liront l'ordre donné par Dieu à Abraham comme un encouragement à aller « pour elles-mêmes » (« Va, Va pour toi » Gn 12,1).

5. Plus qu'un corps et plus qu'un genre : enfants de Dieu

Le *genre*, qui relève du social et de l'attribution de certains rôles, a été pendant longtemps un facteur d'oppression des femmes. Aujourd'hui on le conçoit comme relevant de la liberté humaine : une personne peut ne pas faire sienne

les images et rôles liés à un sexe biologique, dans une société donnée, et elle est libre de se comporter autrement. Sur ce plan, la liberté peut être totale : les rôles et les images de ce qui est « masculin » ou « féminin » ne sont pas de l'ordre du donné, ni par la nature ni par le Créateur.

Le croyant est un corps mais il n'est pas qu'un corps, de même qu'il a un genre, mais qu'il est plus qu'un genre ! L'être humain devant Dieu ne saurait se réduire ou être réduit à quoi que ce soit. Ni à son corps, ni à son genre, ni à son statut social, ni à son travail, ni à sa couleur de peau, ni à sa sexualité, ni à rien d'autre. Devant Dieu, en Christ, comme le disait Paul, « il n'y a plus ni Juif ni Grec, ni esclave ni libre, ni mâle ni femelle » (Ga 3,28). Les croyants sont toutes, tous, de nouvelles créatures en Christ.

Cette conviction a son corollaire : l'identité donnée, celle d'enfants de Dieu, conduit les croyants à considérer comme secondes toutes les autres identités. Vivre en Christ, c'est pouvoir garder une distance vis-à-vis de nos convictions, de nos appartenances, de toutes ces identités partielles qui font notre vie, mais qui restent secondes, sans jamais être secondaires.

Comme le sexe biologique est une réalité seconde, certains en tirent comme conclusion éthique la légitimité d'une transition de genre, et d'autres en tirent la conclusion contraire : l'identité en Christ comble toutes les attentes.

6. Liberté et responsabilité

En Christ, les hommes et les femmes sont appelés à agir, en liberté et en responsabilité. Cela ne signifie nullement que « tout est permis » (1 Co 6,12 ; 10,23). Bien au contraire. Les croyants sont mis en garde contre l'illusion de la toute-puissance. Ils ne sont pas maîtres de leur vie, et encore moins de celle des autres. Ils doivent veiller sur la création et en prendre soin.

Le souci de vouloir dépasser, voire corriger une situation génératrice de souffrance, est légitime. Toutefois, cette liberté s'inscrit dans une tension entre, d'une part le risque de l'orgueil de se prendre pour Dieu et décider de ce qui est bon pour nous, jusqu'à se 'recréer soi-même' et, d'autre part la vocation qui nous a été confiée quant à la gestion de la création à laquelle notre corps appartient.

Pour certains, il y a là une légitimité à intervenir sur un corps générateur de souffrance. Ils estiment que les personnes trans demeurent, tout au long de leur parcours de transition, et quelle que soit sa forme, dans le registre d'une liberté « utile », de celle qui « construit », « édifie », pour reprendre les mots de Paul (1 Co 10,23).

Pour d'autres, cette liberté peut être invoquée dans le cadre de l'exception de nécessité évoquée plus haut.

D'autres encore estiment que la transition chirurgicale dépasse les limites de la liberté humaine devant Dieu. Elle devient un prétexte pour assouvir ses passions et ses envies (Ga 5,13).

Affirmations et recommandations

Amour et accompagnement

Ensemble, nous disons que les relations auxquelles nous sommes invités en Christ doivent être marquées par l'amour ; une personne éprouvant une incongruence de genre ne doit pas être jugée, condamnée ou rejetée pour ce qu'elle est et ressent être.

Ensemble, nous soulignons également qu'un accompagnement spirituel aux personnes concernées et/ou à leur entourage devrait être proposé dans l'Église par des personnes formées à l'accueil de cette souffrance. Nous encourageons nos Églises, communautés, œuvres et mouvements à indiquer à leurs pasteurs et leurs différents acteurs des personnes ou associations ressources.

Ensemble, nous pensons que l'amour doit nous conduire à accueillir la parole existentielle de la personne en souffrance et/ou celle de sa famille, pour accompagner chaque cheminement propre, aussi difficile que soit cette écoute.

L'amour conduit *certaines* à vouloir accompagner la personne concernée vers l'acceptation de son corps sexué reçu à la naissance. Pour *d'autres*, l'amour réside dans l'acceptation du chemin de cette personne vers sa nouvelle identité.

Respect et prudence vis-à-vis du corps

Ensemble, nous affirmons que le respect pour le corps qui traverse la Bible nous incite à la prudence quant aux interventions sur un corps en bonne santé, surtout quand celles-ci sont irréversibles. Avant toute intervention hormonale ou chirurgicale définitive, il est important que la personne concernée puisse en mesurer toutes les conséquences, explorer les autres prises en charge possibles, notamment psychologiques ou médicamenteuses, et prendre le temps de la réflexion et de la maturation du projet.

Certaines personnes trans estiment qu'une prise en charge hormonale ou chirurgicale, est pour elles la meilleure, voire la seule solution pour sortir de leur souffrance et arriver à une vie suffisamment épanouie. Face à ce choix, *certaines protestants*, tout en reconnaissant la souffrance, pensent que chercher à réduire l'incongruence de genre par des interventions sur le corps constitue une forme de violence. Ils rappellent également le respect pour le corps qui nous est donné et affirment que ce respect inclut la préservation de son intégrité. Ils considèrent que la médecine sort de son rôle quand elle prétend transformer ou créer un corps sexué. *D'autres protestants* pensent que la foi chrétienne n'empêche nullement les personnes souffrant d'incongruence de genre de conduire leur transition, y compris par des interventions médicamenteuses et/ou chirurgicales. Ils pensent que les progrès de la médecine peuvent soulager la souffrance liée à l'incongruence de genre et peuvent être une voie qui permette de réduire l'écart entre le corps reçu et la perception de ce corps. Ils considèrent cela comme une possibilité bienvenue. Certains, notamment parmi les personnes concernées, peuvent l'interpréter comme une bénédiction de Dieu.

Identité en mouvement

Ensemble, nous reconnaissons l'importance du prénom des personnes.

Ensemble aussi, nous recommandons l'accueil de la personne telle qu'elle souhaite être nommée, même si nous avons conscience que ce changement peut être troublant, voire déchirant pour les proches.

Pour *certains*, cet accueil avec le nouveau nom n'exclut pas la possibilité et l'espoir, si la personne concernée le souhaite, qu'elle puisse, à l'avenir, se réconcilier avec son identité reçue à la naissance. Certains d'entre eux considèrent même que la rupture entre corps et esprit qui marque l'incongruence de genre ne devrait pas se manifester par un nouveau prénom, opposé au sexe biologique. *D'autres* pensent que le changement de prénom des personnes transgenres manifeste la joie et le soulagement de ne plus se sentir hors de soi, emprisonnées dans un corps étrange et étranger.

Ensemble, nous soulignons également l'importance de l'écoute des enfants manifestant une incongruence de genre, tout en invitant à la prudence et la patience dans l'accompagnement, tel que le cadre de la loi nous y invite. Concernant les adolescents, le changement de prénom et d'habillement devraient être essayés avant tout traitement irréversible, afin de préserver la liberté de l'adulte en devenir.

Reconnaissance de la souffrance et accueil dans l'Église

Ensemble, nous souhaitons rappeler que les Églises, les communautés, les œuvres et les mouvements de la Fédération protestante de France sont des lieux d'écoute et de soutien fraternel inconditionnels pour les personnes concernées mais aussi pour leurs proches. La souffrance provoquée par l'incongruence de genre doit être entendue et prise en compte avec le plus grand sérieux par les membres de la Fédération protestante de France. En effet, c'est aussi vers ces personnes en souffrance que le Christ est venu.

Ensemble, nous encourageons les Églises, ainsi que les communautés, les œuvres et les mouvements à s'ouvrir à la réflexion autour de l'incongruence de genre et à approfondir les questions pratiques liées à l'accueil des personnes trans.

Ensemble, nous soulignons qu'il est d'autant plus important d'être dans un accueil et une écoute véritable des personnes concernées qu'il est presque impossible aux personnes qui ne l'éprouvent pas de comprendre cette souffrance. Nous recommandons donc que la famille et l'entourage puissent partager, échanger et dire souffrance ou désarroi dans l'Église, sans crainte d'être jugés.

Ensemble, nous affirmons que, humanité créée à l'image de Dieu, les êtres humains sont rendus dignes par la mort et la résurrection du Christ, par la grâce, indépendamment de leurs caractéristiques physiques, leur sexe, leur genre... Toutes et tous doivent être respectés et aucune personne ne doit être dénigrée ou agressée pour quelque raison que ce soit.

Ensemble, nous refusons aussi bien la guerre des sexes, que la guerre des sexualités et la guerre des genres. Nous condamnons la haine que peuvent subir les minorités sexuelles ou de genre. Elle est contraire à l'amour chrétien. Avec humilité, nous reconnaissons cependant que, bien souvent dans l'Église, les personnes trans font l'expérience du rejet et de la réprobation.

Ensemble, nous affirmons que l'accueil est premier : toute personne devrait pouvoir bénéficier d'un accueil inconditionnel de l'Église, qu'elle soit transgenre,

cisgenre, non-binaire, homosexuelle, hétérosexuelle... Les questions relatives à l'engagement, aux ministères et à l'accès aux sacrements relèvent de la discipline ou organisation de chaque Église. Nous encourageons les Églises à clarifier leur position sur ces sujets.

Ensemble, nous affirmons que nous tous, quelle que soit notre identité de genre, sommes aimés de Dieu.

Bibliographie

Alzetta-Tatone, A., & Medico-Vergriete, D. (2022). *Transidentités, les clés pour comprendre : Enjeux et richesses des parcours trans**. Éditions In press.

Article 16-3-1 du Code civil. Consulté le 21 septembre 2025, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006419297

Article 60 du Code civil. Consulté le 20 septembre 2025, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045291312

Article 61-5 du Code civil. Consulté le 21 septembre 2025, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033437637

Article 61-6 du Code civil. Consulté le 21 septembre, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000039367731

Article 387 du Code civil. Consulté le 21 septembre 2025, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031345293

Asscheman, H., Giltay, E. J., Megens, J. A. J., De Ronde, W. (Pim), Van Trotsenburg, M. A. A., & Gooren, L. J. G. (2011). A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *European Journal of Endocrinology*, 164(4), 635-642. <https://doi.org/10.1530/EJE-10-1038>

Blocher, H. (2019). L'image de Dieu et l'altérité homme-femme. *La Revue réformée - La revue de théologie de la Faculté Jean Calvin*, LXX (292). <https://larevuereformee.net/articlerr/n292/limage-de-dieu-et-lalterite-homme-femme>

Bonhoeffer, D. (1999). *Création et chute : Exégèse théologique de Genèse 1 à 3. Bergers et les Mages*.

Brown, G. R., révisé par Hamnvik, O.-P. R. (2025a, février). *Incongruence et dysphorie de genre—Troubles psychiatriques*. Le Manuel MSD - Version pour professionnels de la santé. <https://www.msmanuals.com/fr/professional/>

troubles-psychiatriques/incongruence-et-dysphorie-de-genre/incongruence-et-dysphorie-de-genre

Brown, G. R., révisé par Hamnvik, O.-P. R. (2025b, avril). *Incongruité de genre et dysphorie de genre—Troubles mentaux*. Le Manuel MSD - Version pour le grand public. <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/troubles-mentaux/incongruité-de-genre-et-dysphorie-de-genre/incongruité-de-genre-et-dysphorie-de-genre>

Carayon, L., & Marguet, L. (2022, mars 28). *Changement de la mention du sexe à l'état civil pour un mineur trans*. Dalloz Actualité - Le quotidien du droit. <https://www.dalloz-actualite.fr/node/changement-de-mention-du-sexe-l-etat-civil-pour-un-mineur-trans>

Changer de sexe civil dans l'UE : Formalité ou parcours du combattant ? (2023, janvier 17). Euronews. <http://fr.euronews.com/2023/01/17/changer-de-genre-civil-dans-les-pays-de-lue-formalite-ou-parcours-du-combattant>

Charbonnier, E., & Graziani, P. (2011). Vécu émotionnel et tentatives de suicide lors du coming-out. *La Revue Française et Francophone de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*. <https://hal.science/hal-01623621>

Circulaire du 20 juin 2023 relative à la prise en compte de la diversité des familles et au respect de l'identité des personnes transgenres dans la fonction publique de l'État. (2023, juin 20). <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=45452>

Collectif Intersexe Activiste. (2018, juillet 3). Intersexe, c'est quoi ? *Collectif Intersexe Activiste - OII France*. <https://cia-oiifrance.org/intersexe-cest-quoi-2/>

Crocq, M.-A., & Guelfi, J.-D. (avec American psychiatric association). (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd). Elsevier Masson.

Darsonville, A. (2022, février 11). *Loi du 31 janvier 2022 : Mettre fin aux thérapies de conversion - Atteinte à la personne* | Dalloz Actualité. Dalloz Actualité - Le quotidien du droit. <https://www.dalloz-actualite.fr/flash/loi-du-31-janvier-2022-mettre-fin-aux-therapies-de-conversion>

Denaes, B. (2023). Parcours médical et juridique transidentitaire : Le point de vue des personnes transgenres sur les avancées et les progrès attendus. *médecine/sciences*, 39(1), 53-57. <https://doi.org/10.1051/medsci/2022199>

Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L. V., Långström, N., & Landén, M. (2011). Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery : Cohort Study in Sweden. *PLoS ONE*, 6(2), e16885. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0016885>

Eliacheff, C., & Masson, C. (2022). *La fabrique de l'enfant-transgenre*. Éditions de l'observatoire.

Être transgenre : Un combat du quotidien pour fuir les violences transphobes. (2019, avril 10). France Culture. <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/le-reportage-de-la-redaction/etre-transgenre-un-combat-du-quotidien-pour-fuir-les-violences-transphobes-2378860>

Fiche pratique—Le respect des droits des personnes intersexes. (s. d.). Consulté 19 septembre 2025, à l'adresse <https://www.dilcrah.gouv.fr/files/2024-01/Fiche-pratique-Le-respect-des-droits-des-personnes-intersexes-Focus-Sport.pdf>

Flavigny, C. (2022). Une approche anglo-saxonne. Dans A. Mirkovic & C. de Gattellier (dirs). *Questionnements de genre chez les enfants et les adolescents : Analyses, enjeux, les spécialistes répondent* (pp.95-102). Artège.

Fleischmann, C. (2023, septembre 8). *Warum muss ich ständig meine Identität erklären ?* Publik-Forum. <https://www.publik-forum.de/politik-gesellschaft/warum-muss-ich-staendig-meine-identitaet-erklaeren>

Glenn, K. (2023, février 23). *Hormone Therapy for Gender Dysphoria May Raise Cardiovascular Risks*. American College of Cardiology. <https://www.acc.org/About-ACC/Press-Releases/2023/02/22/2029/http%3a%2f%2fwww.acc.org%2fAbout-ACC%2fPress-Releases%2f2023%2f02%2f22%2f20%2f29%2fHormone-Therapy-for-Gender-Dysphoria-May-Raise-Cardiovascular-Risks>

Guide Droits et libertés des personnes transgenres—Guide pratique et modèles d'actes. (s. d.). Consulté 20 septembre 2025, à l'adresse <https://www.flagasso.com/images/documents/Guide-Droits-et-libertes-des-personnes-transgenres.pdf>

Haidt, J. (2025). *Génération anxieuse : Comment les réseaux sociaux menacent la santé mentale des jeunes*. Les Arènes.

Haute Autorité de Santé. (2022). *Parcours de transition des personnes transgenres*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/reco454_cadrage_trans_mel.pdf

Haute Autorité de Santé. (2025). *Transidentité : prise en charge de l'adulte*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-07/transidentite_prise_en_charge_de_ladulte_-_recommandations.pdf

Hefez, S. (2022). *Transitions : Réinventer le genre*. Le Livre de poche.

Hess, R. (2024). Heilvoll verwandelte Schöpfung. Theologische Überlegungen zur geschlechtlichen Vielfalt. *Zeitzeichen*.

Johns, M. M., Lowry, R., Andrzejewski, J., Barrios, L. C., Demissie, Z., McManus, T., Rasberry, C. N., Robin, L., & Underwood, J. M. (2019). Transgender Identity and Experiences of Violence Victimization, Substance Use, Suicide Risk, and Sexual Risk Behaviors Among High School Students—19 States and Large Urban School Districts, 2017. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 68(3), 67–71. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6803a3>

Johnson, N., & Chabbert-Buffet, N. (2022). Hormonothérapies de transition chez les personnes transgenres. *médecine/sciences*, 38(11), 905–912. <https://doi.org/10.1051/medsci/2022151>

JRE Clips (Réalisateur). (2019, janvier 7). *Joe Rogan & Jonathan Haidt—Social Media is Giving Kids Anxiety* [Enregistrement vidéo]. <https://www.youtube.com/watch?v=Cl6rX96oYnY>

Kaltiala, R. (2023, octobre 30). 'Gender-Affirming Care Is Dangerous. I Know Because I Helped Pioneer It.' <https://www.thefp.com/p/gender-affirming-care-dangerous-finland-doctor>

Krannich, L.-C., Reichel, H., & Evers, D. (Éds.). (2019). *Menschenbilder und Gottesbilder : Geschlecht in theologischer Reflexion*. Evangelische Verlagsanstalt.

La loi sur l'autodétermination de genre adoptée en Allemagne. (2024, novembre 1). Le Monde. https://www.lemonde.fr/international/article/2024/11/01/la-loi-sur-l-autodetermination-de-genre-adoptee-en-allemande_6371385_3210.html

Lavignotte, S. (2020, juin 22). *Questions de genre dans le protestantisme français et européen*. Encyclopédie d'histoire numérique de l'Europe. <https://ehne.fr/fr/encyclopedie/th%C3%A9matiques/genre-et-europe/les-religions-en-europe-le-sacre-du-genre/les-questions-de-genre-dans-le-protestantisme-fran%C3%A7ais-et-europ%C3%A9en>

Le risque de suicide parmi les personnes LGBT. (s. d.). Consulté 19 septembre 2025, à l'adresse https://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Fachtreffen/06-Publications_STOP_Suicide_et_LGBT.pdf

Leclair, A. (2022, mai 30). *J'ai détruit mon corps en pensant que ça irait mieux : Le regret de Mila, redevenue femme après un changement de sexe.* Le Figaro. <https://www.lefigaro.fr/actualite-france/j-ai-detruit-mon-corps-en-pensant-que-ca-irait-mieux-le-regret-de-mila-redevenue-femme-apres-une-transition-20220530>

Les Principes de Jogjakarta. (2006). <https://yogyakartapriniples.org/principles-fr/>

Lexie. (2024). *Une histoire de genres : Guide pour comprendre et défendre les transidentités.* Marabout.

Loi n° 38/2018 du 7 août. (2018). https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2926&tabela=leis&ficha=1&pagina=1&so_miolo

Loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique (1). Consulté le 21 septembre 2025, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000024323102#:~:text=Est%20autoris%C3%A9e%20la%20ratification%20de,Oviedo%20le%204%20avril%201997.>

Loi n° 2022-92 du 31 janvier 2022 interdisant les pratiques visant à modifier l'orientation sexuelle ou l'identité de genre d'une personne (1), 2022-92 (2022).

Lukianoff, G., & Haidt, J. (2018). *The coddling of the American mind : How good intentions and bad ideas are setting up a generation for failure.* Penguin Random House.

Marchet, J. (2023). *Pour une éthique chrétienne face à la transidentité* [Mémoire de Master].

Mesnil, M. (2023, février 16). *Pas de mention « sexe neutre », ni « intersexe » en droit français : Un mal pour un bien ?* Dalloz Actualité - Le quotidien du droit. <https://www.dalloz-actualite.fr/node/pas-de-mention-sexe-neutre-ni-intersexe-en-droit-francais-un-mal-pour-un-bien>

Miller, J.-A. (2022). *La solution trans.* Navarin éditeur.

Mineurs transgenres : Comment le débat sur les bloqueurs de puberté a évolué au Royaume-Uni. (2024, mars 29). https://www.lemonde.fr/societe/article/2024/03/29/mineurs-transgenres-comment-le-debat-sur-les-bloqueurs-de-puberte-a-evolué-au-royaume-uni_6224894_3224.html

Mirkovic, A., & Gatellier, C. de. (2022). *Questionnements de genre chez les enfants et les adolescents : Analyses, enjeux, les spécialistes répondent*. Artège.

Mottin, V., & Bontemps, P. (2024, février 2). Complotisme et transphobie : L'alliance des haines. *La Déferlante*. <https://revueladeferlante.fr/complotisme-et-transphobie-lalliance-des-haines/>

Organisation Mondiale de la Santé. (2022). *CIM-11*. <https://icd.who.int/fr/>

Paricard, S. (2021, septembre 13). *La loi bioéthique encadre la situation des enfants intersexes*. Dalloz Actualité - Le quotidien du droit. <https://www.dalloz-actualite.fr/flash/loi-bioethique-encadre-situation-des-enfants-intersexes>

Picard, D. H., & Jutant, S. (2022). *Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans*.

Piette, E., Jaumotte, M., Gilon, Y., & Nizet, J. L. (2022). [Mastectomy, the initial surgical procedure in transgender patients]. *Revue Medicale De Liege*, 77(2), 118-123.

Pour une meilleure prise en compte des questions relatives à l'identité de genre en milieu scolaire. (2021, septembre 29). Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. <https://www.education.gouv.fr/bo/21/Hebdo36/MENE2128373C.htm>

Quillon, P. (2022). *Enquête sur la dysphorie de genre : Bien comprendre pour aider vraiment les enfants*. Mame.

Rapport sur les liens entre thérapies de conversion et dérives sectaires. (s. d.). Consulté 21 septembre 2025, à l'adresse <https://www.cipdr.gouv.fr/wp-content/uploads/2021/12/PRESSE-Rapport-sur-les-liens-entre-therapies-de-conversion-et-derives-sectaires-1.pdf>

Rauglaudre, T. de, & Adénor, J.-L. (2019). *Dieu est amour : Enquête infiltrés parmi ceux qui veulent guérir les homosexuels*. Flammarion.

Refus de la mention « sexe neutre » sur l'état civil : La CEDH conforte la France. (2023, janvier 31). La Croix. <https://www.la-croix.com/France/Refus-mention-sexe-neutre-letat-civil-CEDH-conforte-France-2023-01-31-1201253090>

Résolution 2048 (2015) - La discrimination à l'encontre des personnes transgenres en Europe. (2015, avril 22). <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-FR.asp?fileid=21736&lang=FR>

ROGD Statement. (2021, juillet 26). Coalition for the Advancement & Application of Psychological Science. <https://www.caaps.co/rogd-statement>

Roucy, R. de. (2022). Explorer l'origine du mal-être de l'enfant. Dans A. Mirkovic & C. de Gatellier (dirs). *Questionnements de genre chez les enfants et les adolescents : Analyses, enjeux, les spécialistes répondent* (pp.103-112). Artège.

Rückl, C. (2023, avril 23). *Mama, Papa, ich bin trans*. Zeit. <https://www.zeit.de/zett/queeres-leben/2023-04/transgeschlechtlichkeit-kinder-eltern-sexualitaet-identifikation>

Russo, F. (2018). Comment aider les enfants transgenres ? *Cerveau & Psycho*, 98, 74-83.

Santé sexuelle—Chaire UNESCO Santé Sexuelle & Droits Humains. (2020, novembre 8). <https://santesexuelle-droitshumains.org/sante-sexuelle-definitions/>

Sarton, O. (2022). Quelques rappels historiques et précisions terminologiques. Dans A. Mirkovic & C. de Gatellier (dirs). *Questionnements de genre chez les enfants et les adolescents : Analyses, enjeux, les spécialistes répondent* (pp.11-68). Artège.

Schreiber, G. (2018). Geschlecht ausser Norm. Zur theologischen Auseinandersetzung mit geschlechtlicher Vielfalt. *Diverse Identitäten. Interdisziplinäre Annäherungen an das Phänomen Intersexualität*, 27-45.

Shrier, A., Sabran, A., & Braunstein, J.-F. (2022). *Dommages irréversibles : Comment le phénomène transgenre séduit les adolescentes*. le Cherche midi.

Tonstad, L. M., & Thomas, A. (2022). *Théologie queer*. Labor et Fides.

Transidentités : Une étude française contredit une théorie antitrans. (2025, mars 18). https://www.lemonde.fr/sciences/article/2025/03/18/transidentites-une-etude-francaise-contredit-une-theorie-antitrans_6583008_1650684.html

Turban, J. L., Dolotina, B., King, D., & Keuroghlian, A. S. (2022). Sex Assigned at Birth Ratio Among Transgender and Gender Diverse Adolescents in the United States. *Pediatrics*, 150(3), e2022056567. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-056567>

Violation des droits humains contre les personnes intersexes—Note d'information. (s. d.). Consulté 10 septembre 2025, à l'adresse https://www.ohchr.org/sites/default/files/2022-12/BackgroundNoteHumanRightsViolationsagainstIntersexPeople_FR.pdf

Wiepjes, C. M., Nota, N. M., De Blok, C. J. M., Klaver, M., De Vries, A. L. C., Wensing-Kruger, S. A., De Jongh, R. T., Bouman, M.-B., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P., Gooren, L. J. G., Kreukels, B. P. C., & Den Heijer, M. (2018). The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972–2015) : Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(4), 582-590. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.016>

Yoder, M.-N. (2023). *Quand genre, culture et foi s'entrechoquent : 20 questions sur le genre*. Éditions mennonites.

Ressources complémentaires

Braunstein, J.-F. (2018). *La philosophie devenue folle. Le genre, l'animal, la mort*. Grasset.

Commission d'éthique protestante évangélique. (2024). *Troublants troubles dans l'identité de sexe et de genre : Qu'en penser ? Que dire ? Que faire ?* https://commission-ethique.com/wp-content/uploads/2024/10/Troublants-troubles-dans-lidentite-de-sexe-et-de-genre_Quen-penser_Que-dire_-Que-faire.pdf

Guillard, A. & Sharkey, L. (dir.). (2023) *Dieu.e Christianisme, sexualité et féminisme*. Éditions de l'Atelier.

Laufer, L., & Hefez, S. (2022). *Questions de genre. Un dialogue entre Laurie Laufer et Serge Hefez* Éditions Ithaque.

Legrand, H. & Raison Du Cleuziou, Y. (dir.). (2016). *Penser avec le genre. Sociétés, corps, christianisme*, Éditions Artège Lethielleux.

Lenzen-Schulte, M. (2024). Transformation ist ein Euphemismus, Operationen zur Geschlechtsangleichung haben ihre Risiken, sie sollten beachtet werde. *Zeitzeichen*.

Massarini, B. (2021). *Homosexuels et transgenres en Église : Une éthique repensée*. Nouvelle Cité.

Melman C. & Lebrun J. (2022). *La dysphorie de genre. A quoi se tenir pour ne pas glisser ?*, Erès Éditions.

Miller, J. (dir.). (2022). *La solution trans*. Navarin Éditeur.

Pralong, J. (2024). *Homo, trans et Dieu les bénit*. Saint-Augustin.

Prower, T. (2022). *Mythologies et légendes Queer*. Améthyste Éditions.

Ramadier, M. (2022). *Vivre fluide : Quand Les Femmes S'émancipent de L'hétérosexualité*. Éditions du Faubourg.

Sprinkle, P. (2021). *Embodied. Transgender Identities, the Church and What the Bible Has to Say*. David C Cook. (A paraître en français en 2025 : *Être un corps. Les identités transgenres, l'Église et ce que la Bible en dit.*, aux Éditions HET-PRO).

Walker, A. (2021). *Dieu et le débat transgenre. Que dit vraiment la Bible sur l'identité de genre ?* BLF Éditions.

Winckler, M. (2024). *La vie, c'est risquer : Itinéraire d'un médecin écrivain*. Seuil.

Woeldgen, S. (2022) *Génération fluide. Enquête sur le genre*, Labor et Fides.

Annexe

La souffrance a-t-elle un sens ? Un regard protestant sur le sujet

La souffrance : un héritage théologique ambivalent

Le christianisme en général, et le protestantisme dans son sillage, ont longtemps eu un rapport ambivalent à la souffrance. Cette ambivalence s'est exprimée de manière particulière dans l'histoire de la pensée chrétienne.

Jusqu'au milieu du XX^{ème} siècle, la pensée théologique chrétienne a prêté à la souffrance un sens qui allait souvent au-delà du sens commun selon lequel la souffrance construit un homme, l'aguerrit et lui permet de se dépasser. La vision chrétienne s'inscrivait dans le prolongement de l'action du Christ qui a accepté de souffrir pour le salut du monde. Le Symbole des Apôtres l'exprime en englobant le ministère du Christ dans la formule : « Il a souffert [...], il est mort, le 3^{ème} jour il est ressuscité des morts ». Dans une sorte de chemin d'imitation de son Seigneur, le chrétien est appelé à accepter de souffrir. Sur un autre versant de l'imitation de son Seigneur, le chrétien est également appelé à soutenir et à soulager ceux qui souffrent comme le Christ a accueilli, guéri, relevé, pardonné ceux qui se tournaient vers lui ou qui l'approchaient.

Cette double compréhension de la souffrance est largement soutenue par les textes des Actes des Apôtres mais aussi par les auteurs des Épîtres, sans doute en écho aux martyrs et aux persécutions que connaissaient les premiers chrétiens.

Ce cadre théologique ne resta pas abstrait : il fut renforcé, parfois contraint, par les grandes fractures de l'histoire. On peut penser que les persécutions et les guerres de religion ont contribué à entretenir ces mêmes compréhensions chez les protestants français, ou du moins qu'elles les ont empêchés de remettre en question la lecture salvatrice de la souffrance, longtemps promue comme normative par le Magistère catholique romain.

Le XX^{ème} siècle : rupture et relecture par les sciences humaines

Une rupture interprétative se dessina cependant au milieu du siècle XX^{ème} siècle. Sous l'éclairage des sciences humaines, et à rebours de la pensée dominante, les thématiques de la souffrance et de la douleur ont été réinterrogées. Des pistes de réflexion ont été ouvertes qui résonnent au moins aussi largement avec le message évangélique.

Alors que certains courants continuent de chercher un sens à la souffrance, des théologiens questionnent le bienfondé de cette approche. Aujourd'hui on sait que la souffrance comme la douleur altèrent et mettent à mal nos capacités à être en relation avec ceux qui nous entourent. La souffrance, qu'elle soit physique ou psychique, nous centre sur nous-mêmes. Elle mobilise tout notre être sur cette étrangeté lancinante qui envahit tout notre espace vital. La notion d'étrangeté à soi est centrale, en ce sens que la souffrance est le fruit d'un écart qui se développe entre l'idée que je me fais d'une vie bonne et normale, et plus précisément de « ma vie », et la réalité d'une vie difficile à vivre ou à supporter d'un point de vue physique ou psychique.

Cet écart entre le corps et l'esprit, entre la réalité et la vision que j'ai de ma vie nous confronte au cœur de la représentation classique de la maladie. L'esprit considère que le corps doit être à son service, en tout cas au service des projets qu'il conçoit. Avec la maladie apparaît une forme d'autonomie du corps qui n'est plus le serviteur docile des ambitions de l'esprit, mais qui au regard de sa dynamique bio-physiologique résiste, parfois même déclare forfait ou jette l'éponge. La maladie nous fait découvrir que nous ne sommes pas totalement maîtres de notre corps et qu'il lui arrive de devenir étranger au sens où sa dynamique bio-physiologique lui donne une forme d'autonomie sur laquelle nous n'avons pas ou que peu de prise.

Cette réalité d'une dynamique étrangère du corps par rapport à l'esprit est connue depuis longtemps dans le champ du somatique. Aujourd'hui on sait qu'elle concerne autant le champ psychique. La souffrance psychique est une réalité qu'on a longtemps sous-estimée, plus encore qu'on ne négligeait la douleur physique. Aujourd'hui l'une comme l'autre font l'objet, dans le champ médical, de plans et de protocoles de lutte contre la douleur ou la souffrance pour favoriser le rétablissement de la personne concernée ou tout au moins apaiser ses souffrances.

La souffrance : une réalité subjective, non objectivable

Une des réalités difficiles à appréhender dans la souffrance et la douleur, qu'elles soient physique ou psychique, c'est qu'elle n'est pas objectivable au sens où des indicateurs fiables permettraient de mesurer l'intensité de ma-

nière externe. La souffrance comme la douleur sont et restent ce qu'en dit celui ou celle qui les subit ou qui vit avec. Cette subjectivité ne doit pas être disqualifiante, elle est le rappel de la fragilité, de la singularité et de la vulnérabilité de notre humanité.

Soulager le prochain : un appel évangélique à restaurer le lien

Sans faire d'amalgame malheureux entre « souffrance, maladie, médicalisation et guérison », qui serait surtout un raccourci hors de propos, la souffrance de notre prochain ne peut pas nous laisser indifférent du point de vue de l'Évangile. Nous ne pouvons pas tout résoudre, mais nous ne pouvons pas nier l'expression d'une souffrance dont nous ne comprenons pas toujours les tenants et les aboutissants, ni les étrangetés vécues qui naissent dans les écarts qu'ils engendrent.

Accompagner, soulager, réduire quand c'est possible, la souffrance c'est redonner à l'instar du Christ une vraie et pleine place dans la communauté humaine en aidant celui qui souffre à retrouver ses capacités relationnelles avec ceux qui l'entourent et avec Dieu.

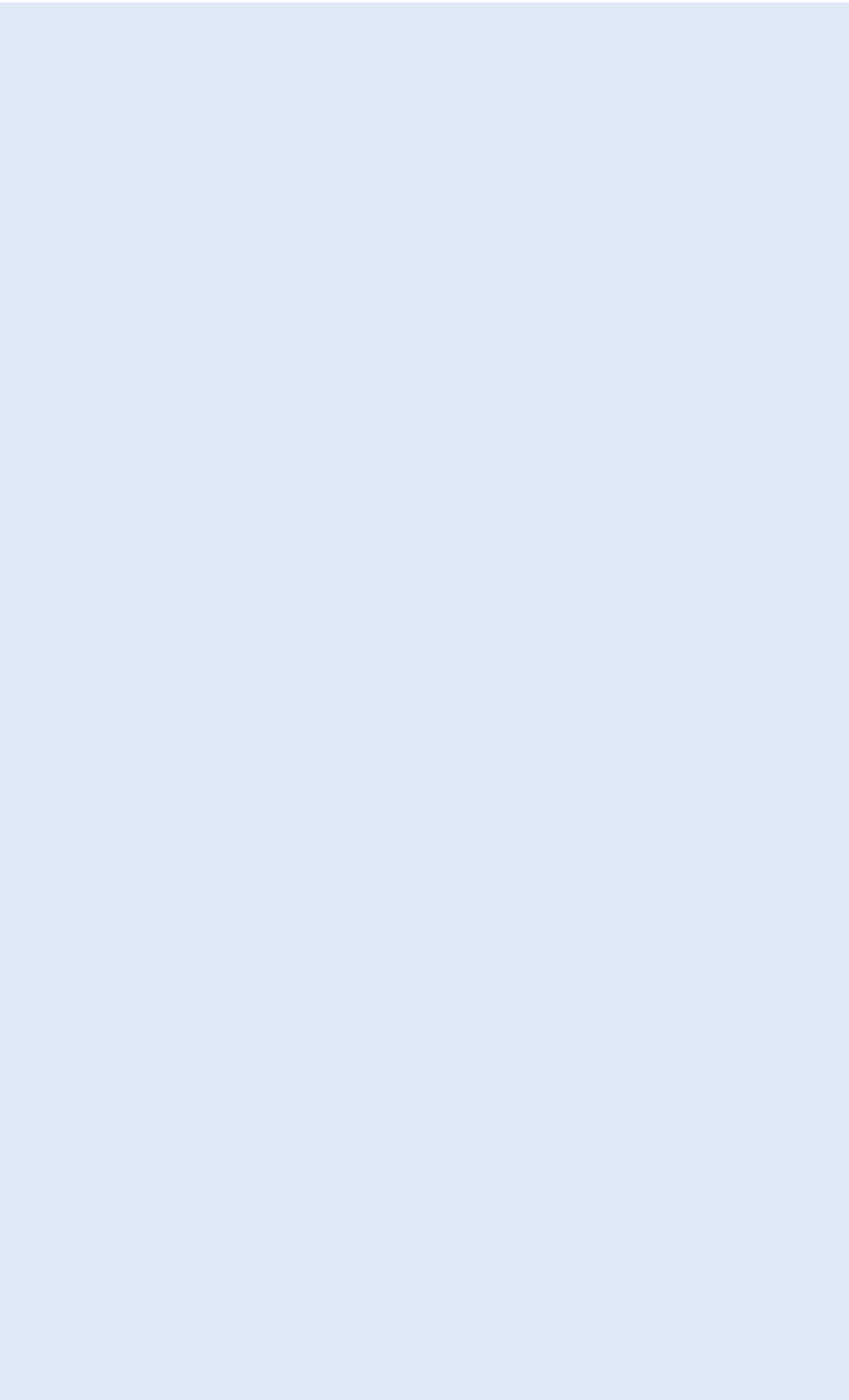
Il existe ici un paradoxe : si la souffrance altère nos capacités relationnelles, elle peut aussi devenir un appel adressé à l'autre, dans l'attente d'une présence qui soulage voire restaure.

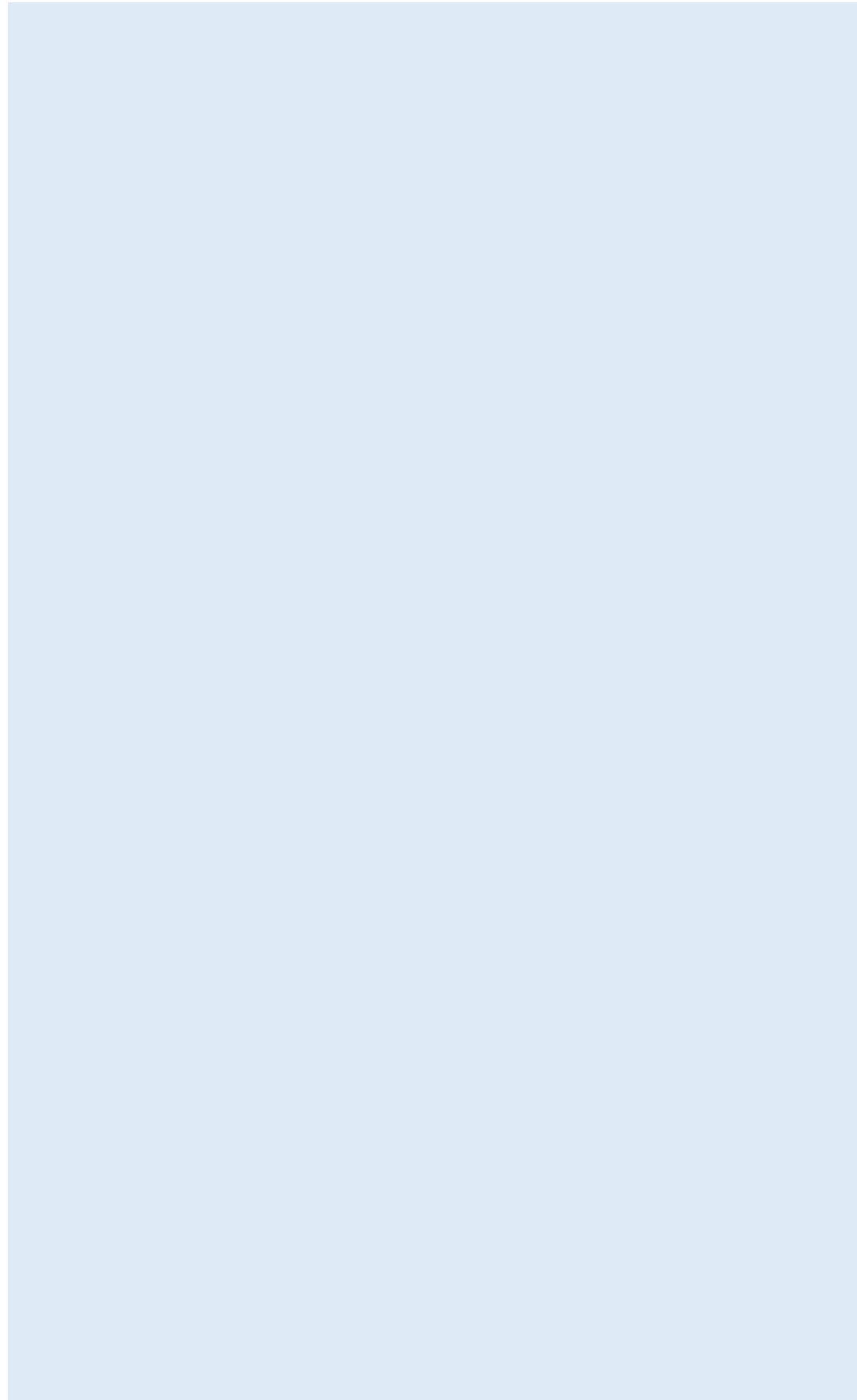
Certains voient là l'illustration de l'affirmation de Paul « C'est quand vous êtes faibles que vous êtes forts ». Ce serait insultant pour Paul de considérer qu'il pouvait se satisfaire de la souffrance des autres. Paul affirme que quand nous comptons sur nos seules forces, « que quand nous pensons être forts », nous sommes en réalité faibles, car nous avons la vanité de penser que nous n'avons pas besoin de la Grâce de Dieu ; alors que quand nous sommes faibles, nous nous appuyons naturellement sur la Grâce de Dieu qui est l'expression de sa présence et de son amour à nos côtés en toute circonstance.

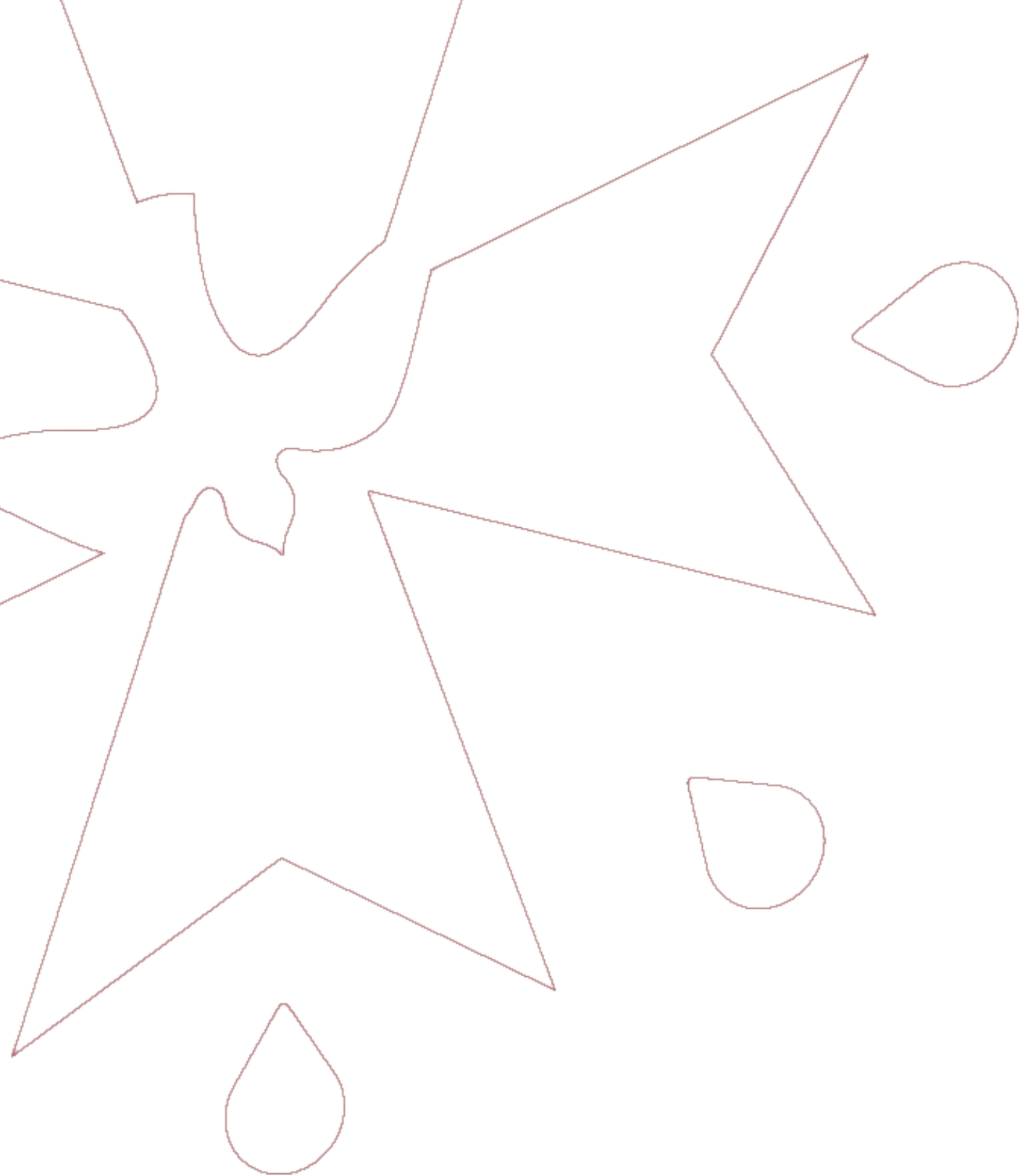
Dieu ne se satisfait pas de nos souffrances, il est à nos côtés lorsque nous souffrons et il nous appelle à être aux côtés de ceux qui souffrent pour essayer de réduire, d'atténuer ce qui les empêche d'être pleinement et sereinement eux-mêmes. Être celui ou celle que Dieu leur donne et ordonne d'être « témoin et serviteur sur la route de ceux qu'il met sur nos chemins. »

Christian Galtier

Directeur général de la fondation John Bost de 2001 à 2022







© Fédération protestante de France – janvier 2026

Rédaction : Dr Jean-Gustave Hentz, pasteure Emmanuelle Seyboldt, Bernard Brillet, Pascal Godon, pasteur Christophe Jacon, professeur Karsten Lehmkuhler, pasteur Luc Olekhnovitch, Dr Joël Petitjean, Karine Rouvière, .Soeur Marie-Pierre, Rolande Ribeaucourt-Paille, Joël Mikaëlian

Imprimé par Le Réveil de la Marne.

LES PERSONNES TRANSGENRES

RÉFLEXIONS ET RECOMMANDATIONS PROTESTANTES SUR LES INCONGRUENCES DE GENRE

Commission éthique et société

La commission éthique et société est une commission du conseil de la FPF. Elle a pour mission de mettre à disposition des membres des éléments de réflexion sur les questions sociétales relevant soit d'une actualité où le protestantisme français est sollicité par la société civile ou les pouvoirs publics, soit de questionnements plus récurrents et fondamentaux qui se posent dans un monde en mutation.

Elle est composée de personnalités disposant d'informations et de compétences diverses afin de proposer un regard varié et éclairé dans des champs tels que l'économie, l'écologie, la politique, l'éthique sociale, la bioéthique... Elle organise régulièrement des colloques et publie des actes afin d'approfondir certains sujets sociétaux.



protestants.org



47 rue de Clichy - 75009 Paris



@Fédération protestante de France