

Débat Intersexe – 11 avril 12

Elsa et Anastasia

Résumé	1
Bibliographie	1
Définition / historicité / réassignation et traitements médicaux	2
Définition Intersexe – intersexué-e-s	2
Chiffres et fréquences	2
Formes d'intersexuation les plus connues	2
Historicité de l'intersexuation	5
Réassignation – normalité	7
Traitements	9
Binarité des sexes remise en cause	11
Lowy	11
Dorlin :	11
A. Entkel	13
Mouvements Intersexes, Féminisme et Queer, Trans	14
Division entre les différents mouvements intersexué-e-s	14
Prise en charge par les mvt trans	14
Oppositions	14
3e genre au pakistan	14
Sexe et sport	16

Résumé

Intersexes : une remise en question de la binarité des sexes Femmes/Hommes

Mercredi 11 avril à 19h au local rue Taine

Les enfants naissant intersexe (cad avec un sexe ne pouvant être strictement défini comme fille ou garçon) sont plus nombreux qu'on ne le pense, ils constituent environ 2% des naissances. Actuellement, l'intersexualité est considérée comme pathologique par les médecins, qui ne se privent pas de décider du sexe de ces enfants et de façonner à coups de scalpels et de traitements hormonaux ce qu'ils considèrent comme un sexe « standard », et ce, sans l'avis de l'enfant ni le consentement éclairé des parents. Comment accepter cette domination médicale du corps de ces enfants et adolescents ? Comment définir un sexe « normal » ? Et si l'on comprenait l'intersexualité comme un produit de la hiérarchie rigide binaire hétérosexiste ; que l'on acceptait de voir ces sexes comme autant de multiples variantes d'anatomies saines ; alors on ouvre la possibilité de remettre en cause ce système normatif binaire du sexe et du genre et de s'y opposer.

Nous vous proposons une présentation de la question (historicité du traitement de l'intersexualité, rapport à la normalité, traitement de la question par les mouvements féministes et queers...) suivie d'un débat !

Bibliographie

- "Ambiguous Sex": Or Ambivalent Medicine? Ethical Issues in the Treatment of Intersexuality Alice Domurat Dreger , *The Hastings Center Report*, Vol. 28, No. 3. (May - Jun., 1998), pp. 24-35
- **Sexe, genre et intersexualité : la crise comme régime théorique**, Elsa Dorlin , 2005
- **Mâle, Femelle ne sont pas si faciles à définir**, Par Eric Vilain. : <http://asso.orfeo.free.fr/ericvilain/index.html>
- **Femme. Homme. Elle. Il**, par Lucile Bayre, <http://asso.orfeo.free.fr/lucilebayre/index.html>
- **De la violente construction binaire du sexe**, Antke Engel, <http://asso.orfeo.free.fr/antkeengel-philolo/index.html>
- **Intersexe et transsexualités : Les technologies de la médecine et la séparation du sexe biologique du sexe social**, Ilana Lowy, 2003
- **Pakistan : la revanche du 3^e sexe**, article libé
- Alice Dreger, "Sex Typing for Sport," *Hastings Center Report* 40,no.2 (2010) : 22-24
- Hermaphrodites, Curtis Hiinkle (recueil de textes)

Définition / historicité / réassignation et traitements médicaux

Définition Intersexe – intersexué-e-s

On qualifie d'intersexué-e les personnes naissant avec un sexe ne correspondant pas aux 2 modèles de sexes Homme ou Femme.

Un-e intersexué-e est une personne qui n'a pas clairement le corps d'un homme ou d'une femme, et présente souvent des caractéristiques des deux ou n'étant ni à l'un, ni à l'autre. Cette ambiguïté n'est pas forcément visible à la naissance.

Le terme couramment utilisé est intersexualité. Cependant, à cause des amalgames que cela provoque (sexualité faisant penser à tort à certain que c'est lié à l'orientation sexuelle), les intersexué-e-s préfèrent le mot intersuasion.

Un-e intergenre est quelqu'un ne s'identifiant ni comme étant un homme, ni comme étant une femme. Cette définition inclut certain-e-s intersexué-e-s ainsi que certain-e-s trans. (Même si dans le dernier cas, on utilise aussi le terme transgenre, mais ce dernier terme n'est pas toujours utilisé dans ce sens, ce qui peut compliquer certains débats).

Chiffres et fréquences

Il y a des difficultés à donner un vrai chiffre sur le nombre d'intersexué-e-s. Un chiffre qui a été longtemps avancé est de 1 sur 1000. Mais ce chiffre est faux.

Une étude montre qu'il y aurait environ 2% de personnes présentant un développement sexuel non-dimorphique. Sharon Preves indique que selon les différentes estimations, il y a entre 1 et 4% de personnes présentant une ambiguïté sexuelle, cette différence s'expliquant par l'absence de consensus sur la définition de ces ambiguïtés.

Fréquence : Traduction d'un tableau de fréquence

(Source : ISNA, Traduction : Curtis E. Hinkle)

Ni XX ni XY	1 enfant sur 1 500
XXY	1 enfant sur 1 000
Le syndrome d'insensibilité aux androgènes	1 enfant sur 13 000
Le syndrome d'insensibilité partielle aux androgènes	1 enfant sur 130 000
L'hyperplasie congénitale des surrénales (classique)	1 enfant sur 13 000
L'hyperplasie congénitale des surrénales à révélation tardive ...	1 personne sur 66
Syndrome de Rokitansky ou MRKH (née sans vagin).....	1 enfant sur 6 000
Enfants possédant à la fois un tissu testiculaire ovarien	1 enfant sur 83 000
Idiopathique (de cause connue).....	1 enfant sur 110 000
iatrogénique *	La fréquence est inconnue
Déficit en 5-alpha réductase.....	La fréquence est inconnue
Dysgénése gonadique mixte	La fréquence est inconnue
Dysgénése gonadique pure	1 enfant sur 150,000
L'hypospadias	3 enfants sur 1 000
Totale des personnes	environ 1%

* iatrogénique (indique que ce sont les traitements médicaux qui en sont la cause, comme la progestine, un médicament que prenaient souvent les mères pour éviter les fausses-couches)

Formes d'intersexuation les plus connues

Il existe différentes origines de l'intersexuation : Certains cas d'intersexualité sont d'origine

- chromosomique — le syndrome de Turner (femelles XO) ou le syndrome de Klinefelter (males XXY) —,
- d'autres sont des anomalies du développement fœtal — l'hermaphrodisme vrai —,
- d'autres encore sont d'origine hormonale — l'hyperplasie adrénalo-congénitale ou le syndrome d'insensibilité à la testostérone.

Syndrome Klinefelter

Une fois sur 1 000 naissances, certains enfants mâles héritent d'un **chromosome X supplémentaire**. Il s'agit de l'une des anomalies génétiques les plus fréquentes.

Traitements proposés (souvent sans le consentement éclairé)

* Androgènes

* **Chirurgie plastique (correction de la gynécomastie : seins)**

* **Exérèse (retrait) des testicules atrophiques et Mise en place de prothèses testiculaires**

Syndrome de Turner (XO)

le phénotype est féminin (l'aspect extérieur est celui d'une fille) puisqu'il n'y a pas de chromosome Y mais il n'y a pas d'ovaire puisqu'il n'y a pas de deuxième chromosome X.

Traitements proposés (souvent sans le consentement éclairé) : **Les traitements utilisés pour augmenter la taille sont l'hormone de croissance (GH) et les oestrogènes**. Le traitement par GH conduit à une taille adulte supérieure à 150 cm dans plus de 50% des cas. Les oestrogènes sont utilisés pour induire un développement des caractères sexuels secondaires et une accélération pubertaire de la vitesse de croissance. Un traitement oestro-progestatif est ensuite entrepris. La stérilité est en principe définitive mais l'appareil génital est normal et permet une vie sexuelle satisfaisante. Les progrès de la fécondation in vitro ont rendu possible des grossesses chez ces femmes.

Hyperplasie congénitale des surrénale (HCS)

déficit de la synthèse du cortisol, déficit de la 21-hydroxylase responsable de la transformation de la progestérone en désoxycorticostérone : **signes virilisation à la naissance ou à la puberté, anomalies organes génitaux externes à la naissance**

Traitements : **chez sexes féminins : baisser le taux d'androgènes + intervention chirurgicale** dès la 1^{ère} année de vie puis de nouveau à la puberté

AIS : syndrome d'insensibilité aux androgènes

(testicules féminisants ou syndrome de Morris) est caractérisé par des **organes génitaux externes de type féminin et des testicules avec un caryotype masculin normal. La présence d'un «pseudo-vagin» hypoplasique et court** est l'une des caractéristiques de ce syndrome. **En cas d'absence totale de récepteurs des androgènes, la différenciation sexuelle est une différenciation féminine. Les organes génitaux externes sont typiquement féminins avec absence d'utérus.** Les anomalies de fonctionnement de ces récepteurs se traduisent par une grande variété d'expressions cliniques: de « l'ambiguïté » sexuelle à la naissance à une azoospermie découverte lors de l'exploration d'un couple infertile.

Traitements proposés (souvent sans le consentement éclairé) :

Gonadectomie prophylactique (les médecins conseillent aux parents de la faire faire afin d'éviter un cancer des testicules)

Hormones – oestrogènes

Vaginoplastie ou chirurgie vaginale cosmétique - pour créer un vagin de longueur typique

Le Syndrome de Rokitansky

Le syndrome de Rokitansky qui est appelé aussi MRKH n'est en général **diagnostiqué qu'à l'adolescence**. Le syndrome touche un nouveau-né de sexe féminin 1 fois sur 4000 ou 1 fois sur 4500 naissances. **La jeune fille n'a jamais de règles mais a quand même une poitrine normalement développée et tous les signes de féminité extérieurs. Après de nombreux examens, les médecins remarquent alors qu'elle a des ovaires et des trompes mais n'a ni utérus ni vagin développé.**

Traitements proposés (souvent sans le consentement éclairé) : Il faudra alors qu'elle choisisse entre une opération chirurgicale pour créer un vagin ou des dilatations qu'elle fera par elle-même.

Déficit en 5-alpha réductase

pseudo-hermaphrodisme masculin, défini par une différenciation incomplète des organes génitaux chez une personne de caryotype XY. ambiguïté sexuelle à la naissance, associant bourgeon génital, hypospadias, scrotum bifide et sinus urogénital avec présence d'une cavité postérieure (reliquat vaginal). Cependant, l'aspect des organes génitaux externes s'étend selon les patients d'un phénotype féminin à un

aspect masculin avec hypospadias et/ou micropénis. Les testicules sont palpés dans les grandes lèvres ou dans les canaux inguinaux. **A la puberté, en l'absence de gonadectomie, des signes de virilisation se développent,**

Traitements proposés (souvent sans le consentement éclairé)

Si le sexe féminin est choisi, une génitoplastie féminisante et une gonadectomie doivent être réalisées. Un diagnostic prénatal est possible si les mutations ont été caractérisées chez le cas index de la famille.

Si le sexe masculin est choisi, des traitements de virilisation doivent souvent être réalisés.

Autres :

- La **dysgénésie gonadique** pure à 46 XY, ou syndrome de Swyer, est une anomalie du déterminisme sexuel caractérisée par l'association d'un phénotype féminin à un caryotype 46 XY avec des gonades fibreuses, indifférenciées. Elle est le plus souvent révélée par une aménorrhée primaire.
- **Ovotestis** : tissu testiculaire et ovarien
- **Hypospadias** : urètre face inférieure du pénis

Historicité de l'intersexuation

- Au cours du **18e siècle**, l'hermaphrodisme (qu'un individu présente des caractéristiques biologiques masculines et féminines.) est progressivement considéré comme une imposture et les **hermaphrodites sont jugé-es à l'aune d'une transgression de genre**. Ils/elles ne respectent pas le lien, dit naturel, entre le sexe biologique, le sexe social et l'hétérosexualité. (Dorlin).
- **Au 19e siècle**, les scientifiques hommes ont consolidé les frontières entre F et H. Ils se sont focalisé sur les gonades : **les ovaires et les testicules** comme les indices principaux de l'identité sexuelle : ainsi enfant avec testicules mais autres signes anatomiques ambigus sera considéré comme un « vrai homme » (homme pseudo-hermaphrodite) et inversement pour une femme. **Pratique de détermination assez ambiguë, qui ne pouvaient déterminer tous les cas, et impossibilité de vérifier car la biopsie n'existe pas** encore pour vérifier les gonades donc souvent ce n'était qu'après l'autopsie qu'on pouvait qualifier de vrai ou non hermaphrodite !
- **Arrivée de la laparotomie et de la biopsie, anesthésie, antisepsie dans les années 1910, les médecins se rendent compte que la concordance n'est pas du tout si évidente** (En particulier le cas des personnes avec le syndrome d'insensibilité aux androgènes (AIS) (caryotype XY, testicules, mais toutes les caractéristiques féminines et organes génitaux externes féminin)), et **découvrent lien entre organes externes et internes et le cas de gonades mixtes (ovotestis-** organes présentant des caractères de testicule ET d'ovaire, (ovocytes et spermatozoïdes fonctionnels)). **Exit donc le sexe gonadique** : ovaires et testicules ne peuvent constituer un critère infaillible en matière d'identité sexuée.
- Médecins prennent conscience des dégâts sociaux considérables de réassigner des AIS en hommes, alors qu'elles ont l'apparence extrêmement féminine et se vivent femmes
- **À la fin du 19e et au début du 20e siècle, les hormones** sont apparues comme ce fondement naturel tant recherché de la bi-catégorisation sexuée. Pourtant, très rapidement, la recherche biomédicale s'aperçoit que les hormones dites « sexuelles » ont des fonctions bien plus complexes que la simple sexuation des corps ; que les hormones dites « masculines » et « féminines » sont présentes chez les femmes comme chez les hommes ; enfin, que les hormones « masculines » peuvent avoir des effets féminisants dans certaines circonstances et inversement. **On passe alors de la théorie du sexe déterminé strictement par les gonades au concept pragmatique de genre et les médecins concentrent leur attention sur la 'reconstruction' du genre via des traitements chirurgicaux et hormonaux** grace auxquels les médecins peuvent rendre l'anatomie sexuelle plus crédible, plus typique du genre assigné par le médecin lui-même.
- Puis **20e siècle, le critère chromosomique semble apporter une solution mais s'avère très faillible** : près de 10% des individus sont des hommes qui possèdent une formule chromosomique XX ou des femmes XY
- **A partir des années 1940**, les médecins, endocrinologues et chirurgiens plastiques, ont adopté une **politique de traitement précoce des enfants à la sexualité indéterminée**. Ils assignaient rapidement un sexe à l'enfant et intervenaient pour mettre son corps en conformité avec le sexe attribué, ils étudiaient ensuite les effets des paramètres biologiques et de l'éducation sur le comportement et sur le désir sexuel.
- **Années 1950**, les psychologues entreprennent **recherches sur les intersexes sur les liens entre identité profonde, structures anatomiques, formule chromosomique et effets hormonaux**.
 - Les terme genre fut introduit pour la première fois dans le cadre de ces recherches par Moeny en 1955 pour différencier le sexe biologique d'un enfant de son identité sexuelle, cad le fait de se percevoir homme ou femme et d'adopter un comportement conforme à cette identité. L'approche médicale sur l'intersexualité est basée sur la théorie psychosociale de l'identité de genre, anatomiquement stricte (John Money) : l'identité de genre est construite d'abord par l'éducation psychosociale et pas directement par la biologie. Tous les enfants doivent avoir

une identité de genre fixée très tôt pour pouvoir se former une identité de genre cohérente et réussie. **Ainsi très jeune l'anatomie de l'enfant doit correspondre au standard anatomique de son genre (pour former psychosocialement un garçon il faut un pénis standard et pas de vagin et vice versa)**. Cette théorie présume donc qu'il y ait des rôles définis pour les garçons et pour les filles. De nombreux parents, particulièrement ceux non familiarisés avec le développement du genre, sont démunis par l'intersexualité de leur enfant et très réceptifs à offrir des traitements médicaux de normalisations

- Pour les critiques féministes des travaux de Money et Ehrhardt, leur évaluation du comportement des filles CAH démontre que ces chercheurs confondent systématiquement l'identité sexuelle (se sentir un garçon **ou une fille**), **le rôle sexuel (jouer avec des camions ou avec des poupées ; aimer les robes ou les pantalons) et le désir sexuel (homo-, hétéro- ou bisexuel)**, puisqu'ils mettent l'accent sur les comportements masculins et féminins (pour eux c'est essentiel pour la santé mentale des enfants), et valorisaient les comportements stéréotypés

La plasticité et la singularité des corps, la multiplicité naturelle de leurs conformations sexuées – soit au niveau des caractères dits « secondaires », comme les poils, la voix, les seins, la taille, la corpulence, les organes génitaux externes etc., soit au niveau des caractères « primaires » et des appareils génitaux eux-mêmes – **est telle que tout fondement naturel de la bi-catégorisation sexuée semble donc introuvable ou nécessairement approximatif. (Dorlin)**

Réassignation – normalité

- Aujourd'hui aux US, **quand un enfant naît intersexe, une équipe de médecins (généticiens, pédiatres endocrino, urologue...) se réunissent et décident du sexe à assigner, et mettent tout en œuvre pour cela (chirurgie, hormones...) et convainquent la famille et l'entourage que l'enfant est bien de ce sexe là** (c'est juste que son sexe n'a pas fini de se développer et ils vont tout faire (chirurgie) pour permettre le développement du sexe), pour qu'il soit élevé dans ce sens. **L'idée c'est que l'enfant est bien né avec un sexe déterminé, mais que les médecins ont du mal à savoir lequel. Il y a un bien un sexe naturel, en dehors du rôle que eux peuvent jouer.**
- **Recommandations de 2006 : pas de réparation systématique à la naissance.** Leur demander plus tard s'ils veulent une chirurgie. Mais **chirurgiens qui témoignent de la demande des parents qui reviennent au bout de 6 mois** (la famille ne supporte pas, la crèche non plus, etc.). (cours Lowy)
- Cependant, aujourd'hui, malgré ce qu'on pourrait croire, seul une minorité des intersexués subissent une telle opération, **beaucoup d'hôpitaux n'ont ni les spécialistes, ni le matériel, pour mener une telle opération.** Aussi, si c'était peut-être vrai dans les années 60, aujourd'hui, les intersexués sont plus aussi réassignés comme femme, et il y a autant de chance d'avoir une réassignation dans un sens que l'autre.
- Réassignation :
 - Intersexe avec Y : si possible reconstruction d'un pénis, ou si verge trop petite (moins de 2,5cm) réassignation en femme. **Variabilité/subjectivité du concept de normalité** : pour certains chirurgiens un pénis est viable aussi à 1,5 cm ou à n'importe quelle taille, c'est l'attitude des parents (bien informés et ouverts) vis à vis de l'enfant qui permet la confiance (théorie psychosocial).
 - **Intersexe XX : TOUJOURS réassignée en femme** (qq soit l'apparence des organes génitaux, même si ils sont plutôt masculins) -> tout un travail pour maintenir la capacité reproductive et donner forme à un vagin de taille assez grande pour recevoir un pénis standard -> traitement hormonal en plus de la chirurgie pour aider à la transformation et fertilité
 - Traitement asymétrique de la masculinité et féminité :
 - **les médecins vont bp plus loin pour préserver l'appareil reproductif de l'enfant né avec des ovaires que pour un enfant né avec des testicules.** (Alors que les intersexe Y ont souvent des testicules infertiles, des hommes avec un micropénis pourrait père si il pouvait garder leurs testicules)
 - **les chirurgiens sont plus exigeants pour les pénis que pour les vagins,** bp plus d'attente sur la taille et la fonctionnalité (taille, couleur, flexibilité, uretre tout en haut..) du pénis que du vagin (il suffit d'un trou assez grand pour recevoir une verge, pas d'attention sur la lubrification, les sensations, pas de réactivité lorsque la femme est stimulée sexuellement).
 - A la question « comment définissez vous une réussite, combien de ces femmes ont un orgasme ? une réussite est définie par une pénétration vaginale réussie. Un vagin c'est un trou réceptacle insensible donc il peut être créé artificiellement sur n'importe qui. C'est donc bp plus simple de réassigner en femme qu'en homme
 - parce qu'il était plus facile de "faire des filles" que de faire des garçons, les opérations de réassignation vers fille était plus courantes. À noter qu'à l'époque, on **niait la possibilité pour les femmes d'avoir du désir et des orgasmes**, et les médecins ne se préoccupaient pas du fait que l'opération pouvait détruire les tissus essentiels au plaisir lors des relations sexuelles, seulement de sa capacité à satisfaire son

futur partenaire homme. [Lynn Conway]

- **traitement hétérosexiste de l'intersexualité** et de la normalité vers laquelle tendre (il y a une façon d'être un vrai homme ou une vraie femme et d'avoir des relations hétérosexuelles)
- **Traitement raciste** : Il est beaucoup trop évident que les médias féministes ne sont pas intéressés à la mutilation génitale en tant que pratique quotidienne médicale dans les sociétés modernes occidentales; alors que – et fréquemment avec une pointe de racisme - les contributions sur **la pratique "barbare" de circoncision clitoridienne (excision)** et la mutilation dans quelques pays africains sont bien établies dans les écrits féministes. Le traitement chirurgical des intersexes (dont l'excision du clitoris) est en contradiction avec les lois US contre l'excision.
- En réalité le sexe n'est pas aussi simple. **Prenons les testicules comme une caractéristique restrictive d'un homme**. Les hommes avec seulement une testicule sont-ils de vrais hommes ? la règle des "deux testicules" disqualifierait environ 3 pour cent des mâles nouveaux nés par an – environ 4,5 millions d'américains au total. Avons-nous besoin de produire du sperme actif ou des œufs pour être considérés comme un homme ou une femme? Ajouter un critère de fertilité éliminerait des millions de plus de chaque catégorie.

Traitements

Mensonge et sans consentement ou non éclairé

- Aujourd'hui encore, ce type d'opérations est courante et **se fait sans l'avis du/de la patient-e, et parfois même, sans le consentement éclairé des parents**, c-à-d, sans qu'on leur donne les informations de manière objective ainsi que le temps de réfléchir, la « nécessité » de l'opération étant souvent présenté sous l'urgence
- **On ment aux patients**, des procédures risquées sont réalisées sans suivi à long terme, le consentement n'est pas éclairé, l'autonomie et la santé sont mis en jeu en raison de peurs non prouvés (et même dont le contraire a été prouvé) qui voudrait qu'une anatomie atypique cause des dégâts psychologiques.
- **les intersexes questionnent le fait que personne ne devait avoir à risquer sa santé physique et son plaisir à jouir sans son consentement** juste parqu'on considère leur clitoris/penis/vagin, déviants du standard.
- Une personne atteinte de l'AIS est une personne qui dispose des gènes XY, mais qui présente cependant une insensibilité aux hormones masculines. De fait, en pratique, des testicules embryonnaire se développent, mais leur développement est très vite interrompu pour laisser place à un développement des organes externes féminins, sans avoir un développement des organes internes féminins (empêché par une hormone sécrétée par les testicules). **La plupart des cas, les médecins et parents mentent à leur enfants, se contentant de dire qu'elle sont stériles**, et lors de la découverte la vérité (par exemple, dû au repérage d'incohérences, et de vérification sur des bibliothèques médicales), le choc psychologique est terrible. De plus, la question de certaines interventions pourtant nécessaires sont esquivées.

Considérés comme des monstres/maladie par les médecins

- **Les médecins traitent l'intersexualité comme une maladie alors qu'il s'agit de s'identifier à une norme culturelle** (même si certaines formations intersexes peuvent à terme résulter des risques médicaux plus importants)
- **les intersexes sont considérés comme des monstres par leurs médecins, ce qui les pousse à se croire monstrueux-ses**. Très peu et mauvais counselling des parents. Souvent pas de consentement éclairé. Les médecins souvent mentent aux patients (lors de chirurgie) et aux parents

Absence d'études

- **absence d'études à long terme sur les conséquences des chirurgies** (sur les clitoris ou les vagins)
- Vis à vis de ces opérations, il n'y a eu que très peu d'études concernant leur réussite ou efficacité et ces opérations sont de plus en plus critiquées. De plus, la politique de non-divulgence est de vigueur et beaucoup d'intersexués-e-s sont laissés dans l'ignorance des vrais diagnostics. Dans les rares études faites, on peut citer deux. **Une est centrée sur 25 personnes XY** n'ayant pas de pénis à la naissance, et qui ont été réassignées comme fille, et élevées comme tels. Tous ont développé une identité sexuelle d'homme. L'autre a montré que sur 44 adolescents-e-s ayant subi cette opération, **43 ont besoin d'une autre opération, dû au ratage de la première**.

Culture vs nature

Dans le cas d'un bébé qui échappe à ces deux cas de figure, un bébé de « sexe ambigu », les autorités médicales décident souvent d'assigner à l'enfant un des deux sexes qu'ils ont définis selon leurs critères. **Les tristesses de la pensée sexiste opèrent ainsi régulièrement des bébés intersexués, pliant la nature pour la conformer à une culture sur ce point stupide**. Cela a des conséquences désastreuses pour bien des personnes dont on a

supprimé le sexe de naissance. L'autre conséquence, c'est qu'elles sont rendues invisibles.

Si on pensait « on est plutôt homme ou plutôt femme », si on n'assimilait pas le genre au sexe, alors ces personnes n'auraient pas à subir un autre corps que le leur pour vivre dans notre société. Et les trans et intergenres ne feraient plus tant figure d'ovni. Je crois même que de plus en plus de personnes seraient beaucoup plus décontractées par rapport à leur position dans le paysage nuancé de la différence sexuelle.

Ces idées ont cependant du mal à être acceptées. Pourtant, quel est le moins acceptable : tailler dans la culture ou tailler dans les corps ?

Binarité des sexes remise en cause

Notre société fonctionne sous un modèle hétéro-patriarcal, qui veut qu'il n'existe deux sexes et genres distincts et indépassable qui sont l'homme et la femme, que l'homme est supérieur à la femme et qu'un couple ne peut être composé que d'un homme et une femme. **De fait, tout ce qui peut remettre en cause ce système est considéré comme un danger pour la société. Le corps étant la principale justification de ce système, les intersexué-e-s, représente la plus grande menace pour ce système, et sont encore plus invisibilisé-e-s et rejeté-e-s que les autres.**

Lowy

- En 1972, Oakley définit le terme « sexe » comme décrivant les différences biologiques entre les mâles et les femelles, et le terme « genre » comme lié à la classification sociale — le « masculin » et le « féminin ». **La variation des normes physiologiques à l'intérieur de chaque sexe est beaucoup plus grande que les différences observées entre les deux groupes « homme » et « femme ».** Cependant, la société s'attache exclusivement aux différences entre ces groupes. Et Oakley de conclure que les classements sociaux qui attribuent aux individus des rôles sociaux fixes, sans faire attention à leurs attributs ni à leurs capacités individuelles, peuvent donc être comparés à un système de caste

Division sexe biologique et sexe social :

- À partir des années 1970, certains historiens et sociologues des sciences ont affirmé que **la science n'est pas uniquement un système d'énoncés et une somme de connaissances, mais aussi une pratique, ou plutôt une somme de pratiques disciplinaires souvent très variables, et une activité collective solidement ancrée dans le temps et dans l'espace** (Pickering 1992 ; Pestre 1995 ; Hacking 1999). Une telle approche a déstabilisé la perception de la science comme « point de vue de nulle part » et a ouvert la voie à un examen critique des « faits scientifiques ». Les différences biologiques entre les sexes devinrent un objet d'étude pour les historiens, les sociologues et les anthropologues de la science
- (p98) Selon les nouvelles approches de l'étude de la science, sexe biologique et genre (ou sexe social) sont co-construits. **Notre perception des différences sociales et culturelles entre hommes et femmes affecte la perception des corps sexués, tandis que celle des corps sexués modifie la culture**
- L'affirmation que le sexe biologique n'est pas un « simple fait naturel », mais est construit par les scientifiques, n'implique cependant pas la nécessité de faire disparaître toute distinction entre sexe et genre. **Ni sexe ni genre ne peuvent exister hors d'une société ou d'une culture**, mais les cultures qui les façonnent ne sont pas nécessairement identiques. **De nos jours, le sexe biologique est appréhendé à la lumière d'une culture spécifique : celle de la science et de la biomédecine contemporaines**

Dorlin :

- L'histoire de cette fabrique médicale des corps sexués, montre que **les normes de genre président à un type d'interventions savantes sur les corps, dont la finalité est littéralement l'incorporation du sexe biologique (mâle ou femelle)**. Les traitements hormonaux témoignent du maintien de deux corps sexués typiques et bien distincts.
- Jusqu'à l'introduction des techniques anti-conceptionnelles chimiques, on pouvait soutenir communément, et selon un raisonnement finaliste, que la reproduction sexuée attestait sans conteste qu'il existait bien « par nature » deux sexes. Or, **à partir du moment où la reproduction devient, pour une partie des femmes, un choix, et non plus une tâche à laquelle elles sont inexorablement condamnées, les identités sexuées doivent être maintenues techniquement, naturalisées en l'absence**

même d'une normativité naturelle impérieuse.

- Le paradoxe réside dans le fait que c'est la recherche médicale qui a provoqué une crise des identités sexuées : **en voulant les maintenir absolument, elle n'a fait qu'exhiber la technicité qui préside à la fabrication du sexe.** Le corps sexué « en soi » n'est jamais accessible. Le corps pris en dehors de la culture appartient encore à la culture. Ainsi, le sexe peut être défini comme l'expression naturalisée d'un rapport de pouvoir, l'expression biologisée du genre.
- Dans ces conditions, en partie grâce aux recherches sur l'intersexualité, **les théories actuelles sur le « sexe » parlent désormais, non plus de l'identité sexuée mâle ou femelle des corps, mais plutôt du PROCESSUS DE SEXUATION PROGRESSIVE DES CORPS ; ou du développement progressivement différencié d'un même appareil génital.** On considère que ce processus de sexuation est polarisé, au sens où il participe à la reproduction sexuée, c'est-à-dire à une fonction physiologique requérant des appareils génitaux dotés de caractéristiques distinctes. Toutefois, compte tenu du fait que cette fonction n'est pas vitale pour les individus, comme l'est par exemple la respiration, et qu'elle est très ponctuelle (les individus ne passent pas leur vie au coït reproducteur), on peut considérer que le sexe « biologique » n'est pas réductible à la reproduction sexuée. Ainsi, scientifiquement parlant, il y a des conformations sexuées, des sexes, et non pas deux « sexes » mâle ou femelle. (Anne Fausto-Sterling, *Sexing the Body*, New York, Basic Books, 2000. Biologiste américaine de grande renommée, Anne Fausto-Sterling considère qu'on peut parler d'au moins cinq sexes.¹)
- Ainsi, la bi-catégorisation sexuée des individus doit être comprise comme un obstacle épistémologique dont la science ou, plus précisément, les théories sur la sexuation se sont progressivement affranchies. **La bi-catégorisation est alors du côté de la connaissance immédiate, de l'expérience première, alors que le processus de sexuation polarisée est du côté de l'esprit, de l'expérience scientifique** – indirecte et féconde, comme la qualifie Bachelard 20. Le schéma explicatif peut donc se résumer ici à la relation historique entre discours scientifique et connaissance vulgaire. *Et cela ne change pas, on continue de réassigner les intersexes à 2 sexes, car le sexe n'est rien d'autre qu'une norme sociale : le genre*
- Or, le risque est inévitable : soit on accepte qu'il n'y ait pas de critère infaillible fondé en nature, c'est-à-dire que **tous les critères dits « naturels » sont faillibles et approximatifs, soit on choisit un critère social infaillible**, mais dont la valeur normative est considérablement affaiblie du fait de son caractère social et donc arbitraire. Ainsi, en 1995, une enquête est menée par une équipe de médecins allemands, publiée dans le très sérieux *Journal of Urology* 27, **sur 500 hommes génitalement « normaux »** – c'est-à-dire déclarés mâles à la naissance et vivant pleinement comme des hommes – ayant effectué un passage à l'hôpital entre novembre 1993 et septembre 1994 pour un traitement bénin à l'urètre ou pour un cancer superficiel de la vessie n'ayant pas nécessité une intervention chirurgicale. L'enquête montre que 275 d'entre eux, soit 55 % des hommes pouvaient être labellisés « normaux » selon les critères médicaux de normalité pénienne appliqués aux enfants intersexués. Le reste, soit **45 % des hommes**, témoignait, entre autres, de ce que les experts en intersexualité appellent une « hypospadie » ou hypospadias, c'est-à-dire une conformation anormale du canal de l'urètre (l'ouverture du canal, appelé chez l'homme le « méat » urinaire, pouvant se situer sur une ligne menant de l'extrémité de la verge – ce que nous définirons comme son siège « normal » –, jusqu'au scrotum), pouvant être symptomatique, toujours pour ces mêmes médecins, d'une ambiguïté sexuelle nécessitant une intervention chirurgicale
- Les critères socialement définis par les protocoles de réassignation de sexe mis en place lors de la naissance d'enfants intersexués, par exemple ceux qui définissent les normes de la virilité, **sont donc à ce point drastiques et caricaturaux que, appliqués à l'ensemble de la population, ils jettent dans l'anormalité, non pas naturelle mais bien sociale, près de la moitié de la population, en l'occurrence masculine.**

¹ Dans un article intitulé « The Five Sexes »^[4], Fausto-Sterling a formulé une expérience de pensée où elle propose un modèle alternatif du genre en définissant cinq « sexes » : mâle, femelle, « merm », « ferm », et « herm ». Elle dit elle-même, à propos de cet article : « J'avais l'intention de provoquer, mais j'écrivais aussi sur un mode franchement ironique » (« I had intended to be provocative, but I had also written with tongue firmly in cheek »)^[5]. Cette expérience de pensée fut interprétée par certains comme une proposition sérieuse ou même comme une théorie; Dans un texte ultérieur ("The Five Sexes, Revisited"^[6]) elle a pris en compte ces griefs.

A. Entkel

La pathologisation peut être comprise comme un mécanisme rhétorique et pratique qui sert à empêcher toute remise en cause du système binaire du sexe. La conception du phénomène de l'intersexualité en tant que maladie ou difformité sert à revaloriser la normalité au moyen de traitements et d'autres supposées remèdes. **Des mécanismes contrôlant l'ambiguïté sexuelle ne sont pas du tout dans l'intérêt de ceux et celles qui la vivent dans leurs corps, mais plutôt dans l'intérêt de ceux qui veulent maintenir intacte la hiérarchie présente qui déterminent les rapports de pouvoir entre les sexes afin d'éviter toute incertitude dans ce même système.**

Une nouvelle façon de penser et de vivre devient possible si on commence par la prémisse que le système binaire du sexe et du genre est « un idéal » social que seule une petite minorité peut atteindre et que la nécessité d'un tel idéal est déterminé socialement.

L'invisibilisation de l'intersexualité par la société n'est pas le résultat de l'embarras ou de l'incertitude que l'on ressent quand on est confronté à un « autre » dans un contexte social où il doit être intégré en tant qu'« autre » sans déranger l'ordre établi de façon sérieuse. **Et s'il devenait clair que la « certitude » de l'identité de chacun est basée sur la marginalisation d'autres identités ? La confrontation avec l'intersexualité déstabilise l'identité qui est enracinée dans le système binaire.**

Si on comprend l'intersexualité comme un produit de la hiérarchie rigide binaire, tout en l'acceptant comme une expérience concrète individuelle et une façon d'être historique, on ouvre la possibilité de remettre en cause le système rigide normatif binaire du sexe et du genre et de s'y opposer.

Mouvements Intersexes, Féminisme et Queer, Trans

Division entre les différents mouvements intersexué-e-s

Il y a de nombreuses divisions au sein du mouvement intersexué. En effet, certains intersexué-e-s développent eux/elles même des amalgames. Par exemple, certain-e-s pense que la réassignation se fait toujours « dans le bon sens » et considèrent que ceux et celles qui s'identifie au genre opposé sont des malades mentaux (au même titre que les trans). D'autre nient les intergenre, etc...

ISNA vs OII

Un exemple précis est que les organisation internationales les plus importante, l'ISNA et l'OII ont des divergences très importantes. L'ISNA considère que le seul véritable problème des intersexué-e-s est celui d'ordre médical, et notamment l'opération chirurgicale. Les fil conducteur de l'ISNA sont :

- L'intersexualité est avant tout un problème de stigmatisation et de traumatisme, pas de genre
- La détresse des parents de doit pas être traité par une opération sur l'enfant
- Un traitement professionnel de la santé mental (Professional mental health) est essentiel
- L'honnêteté, et une mise au courant sur tout est un bon médicament
- Tout enfant devrait être assigné-e comme garçon ou fille, sans opération précoce

Si l'OII est d'accord sur le fait qu'il faut travailler sur l'aspect de la gestion médical, elle considère que le genre a aussi une grande importance alors que l'ISNA le nie. Aussi l'ISNA semble nier les intersexué-e-s, contrairement à l'OII.

D'ailleurs, l'ISNA n'existe plus depuis 2008. Elle s'est dissoute après avoir réussi à mettre en place l' "accord alliance", considérant qu'elle a fait ce qu'elle avait à faire et n'avait plus de raison d'être. L'accord alliance (je sais pas quel type de structure c'est) s'occupe de l'intersexuation, mais uniquement du point de vue médical.

Prise en charge par les mvt trans

Il est courant que les mouvements trans parlent de l'intersexualité. Cela est dû au fait qu'un certain nombre de trans sont sensible à cette question, voyant plus facilement le lien entre les deux. De plus, les intersexué-e-s réassigné-e-s s'identifiant souvent au sexe/genre opposé, certain-e-s militent aussi directement dans le mouvement trans.

Cependant, certains mouvements essentialistes et/ou binaires ont peu de considération pour les intersexué-e-s. (Et oui ! Malheureusement, les mouvements trans essentialistes, ça existe !)

Débat transsexuels vs transgenre / intersexe. Pour les uns, identité sexuelle très importante puisqu'elle cause une telle souffrance quand elle est erronée, pour d'autre secondaire. Groupes sociaux différents avec les mêmes techniques et des visions différentes. Question qui est ouverte. Dans une vision féministe classique : revendication de féminité d'un transsexuel peut paraître conformiste.

Une perspective féministe queer postule que la binarité des sexes et des genres n'est ni une donnée naturelle, ni une nécessité.

Oppositions

En ce qui concerne les stratégies de représentation publique, deux approches peuvent être distinguées : ceux qui se servent de la politique minoritaire et **qui revendiquent la reconnaissance des intersexué-e-s en tant que groupe spécifique opprimé socialement et ceux qui cherchent à déstabiliser la construction d'un idéal en attirant l'attention sur l'ambiguïté, la variabilité et les contradictions inhérentes au genre et à la "normalité" sexuelle. Entre ces deux stratégies existe une tension**, sinon une incompatibilité, parce que la première crée une autre catégorie d'identité - un résultat, qui est critiqué par la deuxième stratégie comme une homogénéisation problématique.

→ 2 genres et éventuellement un 3^e pour les intersexes vs le queer/continuum

3e genre au pakistan

Les Hijras très opprimés : castrats, regroupe les travestis, les transgenres, les hommes castrés par choix personnel et les hermaphrodites. Au nombre de plus d'un demi-million (sur 177 millions

d'habitants)

Carte d'identité du 3^e genre permettant de voter comme Hijras et non plus homme.

→ un 3^e genre pour ne pas les accepter dans la catégorie femmes ?

Sexe et sport

Vilain : le cas des sportives :

- **seules les femmes passent des tests de féminité**
- **en 1966 comité olympique : si pas XX** : disqualification

D'une manière générale, la présence d'un corpuscule de Barr dans les cellules signe le sexe femelle, ce qui a conduit à utiliser ce test comme test de féminité pour les épreuves sportives. Il a fait éliminer des femmes au caryotype atypique (XY au lieu de XX, ou maladie du testicule féminisant). C'est pourquoi il a été abandonné. Des personnes avec syndrome de Turner étaient considérées comme des hommes, des personnes avec syndrome de Klinefelter étaient considérées comme des femmes (dans les deux cas c'est maintenant l'inverse aujourd'hui). **De nombreuses intersexuées ont été disqualifiées (et humiliées).**

- **en 1990, découverte du gène SRY sur le chromosome Y** (qui fait devenir les fœtus en garçon) -> détection gène SRY en 1992 par comité olympique
- **Tout expert en génétique sait qu'il y a des exceptions aux règles des chromosomes.** Il y a des femelles avec un chromosome Y; il y a des mâles sans gène SRY.
- Aux Jeux Olympiques de Sydney en **2000**, le Comité International Olympique a décidé "d'arrêter de pratiquer des tests de genre," concédant qu'aucun test unique n'apporta de réponse complète.
- qu'en **2003** que le comité a reconnu la possibilité aux trans et intersexués-e-s la possibilité de participer aux jeux olympiques.

Est-ce idiot de déterminer si l'individu est un homme ou une femme dans le sport ? Devrait-on catégoriser selon le type de forme corporelle, la masse musculaire. Mais faire une chose pareille est très fort dans notre société : division homme/femme.

Sex typing for sport – Dreger, 2010

- Exemple de Caster Semenya, sud africaine, 2010, tout le monde apprend dans la presse, son soi-disant sexe réel ou Santhi Soundarajan en 2006 qui tente de se suicider après avoir « échoué » à un test. -> **besoin de définir en amont les règles, mais très difficiles**
- **Qu'est-ce qu'un avantage naturel acceptable ?**
- Aujourd'hui, le consensus de l'IAAF (association internationale des fédérations d'athlétiques) indique que les femmes avec CHA, tumeurs adrénales et AIS peuvent compétitionner comme femmes. Mais le règlement ne précise pas les conditions disqualifiantes.
- **Le point central c'est le niveau fonctionnel de testostérone** (pas uniquement combien on produit, mais l'effet qu'il a sur les cellules)
- Or **impossible pour l'IAAF de fixer ça comme ligne de démarcation car trop de remise en question** (et si les hommes passaient alors dans la catégorie femme ?), ou encore les hommes auraient le droit de se booster à la testostérone pour atteindre le niveau « homme » (ce qui se fait déjà, alors que chez les femmes on fait la chasse aux boostés de testostérone)
- La solution pour Dreger et d'autres serait que le sex testing ne soit qu'une vérification du genre, et on accepterait de voir les inévitables et nombreuses variations physiologiques dans la catégorie femmes
- Le **consensus de stockholm sur la transexualité** permet aux trans de compétitionner dans leur post-transition genre, avec une surveillance médicale très importante : pr les M to F : testicules retirés depuis 2 ans, prise d'hormone femme, changement anatomique chirurgical terminé (comme si le fait d'avoir une vulve changeait qq chose à la compétition) (très onéreux pour les F to M), reconnaissance légale de la réassignation (discriminant pour ceux/celles de nations byzantines) -> **démonstration de l'imposition d'une norme hétérosexiste absurde**