
COMITÉ VISIBILITÉ INTERSEXE

[Centre de lutte contre l'oppression des genres/Centre for Gender Advocacy]



Et OII-francophonie



Quel est ce «sexe» que l'on mentionne ? :

Quelques implications du projet de règlement encadrant les
demandes de changement de mention de sexe pour les personnes
intersex(ué)es

Mémoire présenté à la Commission des institutions pour le projet de Règlement pour le
changement de nom et d'autres qualités de l'état civil pour les personnes transsexuelles
ou transgenres

Janik Bastien Charlebois

Sunny Dagenais

Lucie Gosselin

Le 24 avril 2015

TABLE DES MATIERES

Sommaire exécutif.....	3
Introduction : Pourquoi des personnes intersexes prennent-elles la parole à propos du projet de règlement sur la loi 35?.....	4
Présentation	5
L'intersexuation et les personnes intersex(ué)es.....	5
L'OII-francophonie, le comité Visibilité intersexe et les auteur-e-s du mémoire	8
Compréhension des enjeux intersexes.....	10
La prise en charge intersexe en occident et au Québec.....	10
Les effets de la prise en charge intersexe.....	15
La reconnaissance des droits humains des personnes intersex(ué)es	18
Implications des interprétations du sexe pour les personnes intersex(ué)es	20
La «mention de sexe» et le corps	21
Les périls de fixer la mention de sexe à la «structure de l'appareil génital du nouveau-né»	22
Cas #1	23
Cas #2	24
Cas #3	25
Les bienfaits d'une lecture nuancée et inclusive des corps, des identités et des affinités de genre	26
Conclusion : Pour l'autodétermination et la dignité	27
Références.....	30

SOMMAIRE EXÉCUTIF

Le mémoire suivant soumet les perspectives entretenues par des personnes intersex(uées) au sujet du projet de Règlement pour le changement de nom et d'autres qualités de l'état civil pour les personnes transsexuelles ou transgenres. Organisées au sein de l'OII-francophonie et du comité Visibilité intersexe du Centre de lutte contre l'oppression des genres, elles soulignent en quoi le projet de règlement les affecte.

Les personnes intersex(uées) sont des personnes dont le corps sexué à la naissance ou à la puberté ne répond pas aux définitions médicalement établies des sexes «femelles» et «mâles». On disait autrefois «hermaphrodites», mais cette formule ne rend pas bien les traits des personnes intersex(uées), qui ne sont pas «deux sexes» dans un corps, mais bien une gamme de possibilités «intermédiaires». Ces personnes *sont cependant exposées à des modifications de sexe non consensuelles qui portent atteinte à leurs droits humains au respect de leur intégrité physique, de leur autodétermination, ainsi que de leur dignité.* Les effets de ces modifications sont hautement dommageables, s'échelonnant de la perte de sensibilité sexuelle au traumatisme d'agression à caractère sexuel, en passant par la perte ou la fragilisation du lien parental, ainsi que d'une rupture du lien de confiance avec le milieu médical.

Nos expériences d'invalidation médicale nous offrent le regard suivant sur le projet de règlement :

- Nous appuyons une interprétation de la «mention de sexe» à l'état civil centrée sur l'identité de genre et non sur le corps sexué («sexe»). Le fonder sur le corps soutient l'idée qu'il y ait deux sexes «mâle» et «femelle» distincts plutôt qu'approximatifs, ce qui invalide les personnes intersex(uées).
- Nous appuyons une affirmation autonome de l'identité par déclaration sous serment, sans nécessité d'attente de deux ans et témoignages de personnes externes. Plusieurs personnes intersex(uées) doivent entamer un processus de transition.
- Nous appuyons une modification facilitée de la mention de sexe pour les enfants. Ceci touche tout particulièrement les enfants intersexués qui, dans une plus grande proportion que chez les enfants non-intersexués, affirment des identités qui ne correspondent pas à l'assignation faite à la naissance.
- Nous espérons que les réflexions nées autour du projet de règlement sensibilise le législateur à agir rapidement pour protéger les droits humains des personnes intersex(uées)

INTRODUCTION : POURQUOI DES PERSONNES INTERSEXES PRENNENT-ELLES LA PAROLE À PROPOS DU PROJET DE RÈGLEMENT SUR LA LOI 35?

Depuis le début des séances de la *Commission des institutions sur le projet de règlement relatif au règlement sur le changement de nom et d'autres qualités de l'état civil pour les personnes transsexuelles ou transgenres*, les personnes intersex(ué)es ont été évoquées par quelques intervenant·e·s invité·e·s à présenter leur mémoire¹. S'il est fort probable que le règlement nous touche également, les conditions matérielles et organisationnelles dans lesquelles nous nous trouvons ont restreint les possibilités d'en examiner tous les tenants et aboutissants. Néanmoins, nous pouvons affirmer avec assurance que nous sommes directement concerné·e·s par les interprétations du « sexe » étant mobilisées autour de la « mention de sexe ». Et nous pensons que ce règlement a des répercussions directes sur la trajectoire de certaines personnes intersex(ué)es, au premier chef des enfants, ainsi que des personnes adolescentes et adultes engagées dans une transition.

Nous sommes conscient·e·s que notre existence et nos réalités demeurent méconnues et nécessitent d'être présentées d'entrée de jeu. Nous le ferons brièvement, tout en soulignant comment elles peuvent difficilement être résumées de façon exhaustive, satisfaisante et suffisamment nuancée au sein de ce mémoire². Ceci constitue d'autant plus un défi que le développement d'un regard inclusif sur nos expériences fait compétition avec des notions et des aprioris profondément ancrés circulant avec vigueur au sein de nos sociétés. Comme nous employons des perspectives non-pathologisantes pour lesquelles notre langue n'est pas ou peu préparée, nous devons parfois recourir à des paraphrases qui peuvent paraître lourdes ou complexes pour la personne qui lit, mais nous sommes d'avis que ceci est un passage obligé et que l'exercice deviendra plus facile avec le temps. Nous avons par ailleurs espoir que cette transformation du regard surviendra, le nombre de personnes touchées par nos récits croissant chaque jour.

¹ C'est notamment le cas de Gabrielle Bouchard, du Centre de lutte contre l'oppression des genres, de Caroline Miriel Trottier-Gascon, du Groupe d'action trans de l'Université de Montréal, de Sophie Labelle, de la Coalition jeunesse montréalaise de lutte à l'homophobie ainsi que de La Réclame, de même que de Jean-Sébastien Sauvé, avocat. Nous leur en sommes très reconnaissant·e·s. Le groupe Pour le droit des femmes a également fait mention des personnes intersexes dans son mémoire.

² Le nombre de références que nous employons, cependant, est élevé. Ceci est dû au fait que nous sommes conscient·e·s que plusieurs des éléments que nous amenons puissent susciter l'incrédulité.

PRÉSENTATION

Pour bien situer les personnes concernées par ce mémoire, nous allons d'abord présenter quelques notions autour de l'intersexuation, de même qu'une définition des personnes intersexuées et intersexes. Ensuite, nous introduirons le Comité de visibilité intersexe, au sein duquel nous organisons nos mobilisations au Québec. Nous terminerons avec une brève présentation des auteur·e·s.

L'INTERSEXUATION ET LES PERSONNES INTERSEX(UÉ)ES

Beaucoup de personnes sont si intimement persuadées que les corps sexués se limitent à l'existence de sexes «femelle» et «mâle» distincts que la possibilité d'apparition de personnes dont le corps n'y correspond pas est absente de leur esprit. À titre d'exemple, rares sont les parents qui envisagent une autre déclaration que «c'est un garçon» ou «c'est une fille» au moment de la naissance de leur enfant. Ceci n'est pas tant l'expression d'une faute individuelle que le reflet de structures sociales et de processus institutionnels. Si toutes et tous ont entendu parler de la figure de l'«hermaphrodite», celle-ci s'est dissoute dans le mythe depuis que la médecine a systématisé la prise en charge et l'instauration de modifications du sexe sur les enfants intersexués. La quasi-totalité des naissances au Québec survenant dans le milieu hospitalier, ce processus d'effacement des traits intersexes est devenu singulièrement hermétique³.

Néanmoins, s'il y a une parenté entre la figure de l'hermaphrodite et les personnes intersex(ué)es – ne serait-ce que dans le fait qu'elles ont déjà été juridiquement identifiées comme telles par le passé, et longtemps catégorisées comme «pseudo-hermaphrodites» ou «hermaphrodites vrais» au sein de la médecine (Dreger, 1998; Karkazis, 2008; Kolbe, 2009) –, nos corps sont loin de correspondre à l'imaginaire mythique de la personne combinant les deux appareils génitaux associés aux «mâles» et aux «femelles». Ils expriment plutôt une composition de caractères sexuels primaires et secondaires intermédiaires entre les standards socialement et médicalement établis. Dans certains

³ Statistiques Canada, dans ses données de 2008, établit le pourcentage de naissances en milieu hospitalier à 99,6%

cas, cette différence se manifeste à la naissance, dans d'autres, à la puberté. Le vocabulaire employé pour le décrire varie grandement, notamment entre le milieu médical et les personnes intersex(ué)es elles-mêmes. Voici comment nous comprenons les principaux termes employés :

Personnes intersexuées : « désigne l'ensemble des personnes qui dérogent aux figures développementales normatives « mâle » et « femelle » créées par la médecine, et susceptibles d'être « corrigées » par celle-ci durant la tendre enfance ou à l'adolescence » (adapté de Bastien Charlebois, 2014, p. 237).

Personnes intersexes : « désigne les personnes intersexuées ayant conscience de faire partie d'une groupe de personnes ayant subi la même invalidation médicale, adoptant une vision positive et non-pathologisante de leur corps et affirmant une identité politique. »

Il est très important de ne pas confondre ces définitions avec des identités de genre. Ce qui caractérise d'abord et avant tout les personnes intersex(ué)es, c'est l'expérience d'invalidation sur la base du corps sexué. Les identités de genre que nous avons sont plurielles. S'il est vrai qu'un certain nombre d'entre nous avons une identité intergenre ou « ni homme, ni femme » (le terme en émergence est « herma »), beaucoup se sentent plutôt femmes ou hommes. Nous estimons qu'il serait malvenu d'imposer une identité intergenre – ou toute identité de genre - à une personne intersexuée suivant la présomption que certaines identités sont conditionnelles à certains corps. Comme il serait irrespectueux d'imposer une identité politique à l'ensemble des personnes intersexuées qui, dans plusieurs cas, ne connaissent même pas ou partiellement l'historique de modifications de sexe qu'elles ont subies, ne disposent pas des outils pour établir des liens entre ce qu'elles ont vécu et ce que d'autres ont également connu, et ne connaissent pas le positionnement politique intersexe et les analyses qu'il a développées. À l'inverse, les personnes adoptant l'identité politique « intersexe » apprécient généralement peu d'être renvoyées à la désignation « intersexué », puisque celle-ci donne prise à une interprétation naturalisante et passive, comme si l'intersexuation était une réalité indépendante du regard social et médical. Elles mettront notamment de l'avant l'idée que l'expérience d'invalidation varie selon l'endroit où la médecine décide de tracer les frontières du sexe⁴.

⁴ Pour aider à comprendre cette perspective, nous pouvons nous interroger sur la longueur maximale que « devrait prendre » un clitoris. Si nous l'établissons à 0,8 cm, les personnes assignées femmes qui se trouvent sous la limite sont considérées normales, tandis que celles qui se trouvent au-dessus sont anormalisées et

Par ailleurs, il est important de connaître ce qui distingue et rapproche les personnes intersex(ué)es des personnes trans. Les personnes intersex(ué)es ne luttent pas toutes pour se faire reconnaître une identité autre que celle assignée à la naissance, puisque certaines l'estiment en adéquation avec comment elles se sentent. D'autres, cependant, doivent s'engager dans un processus de transition et combinent ainsi une expérience intersex(ué)e et une trajectoire trans. Elles vivent alors des défis redoublés. Cependant, il est crucial de comprendre que dans un cas comme dans l'autre, indépendamment de l'adéquation de l'identité ou non avec l'assignation, les modifications de sexe non consentuelles sont vécues comme des violences et entraînent des traumatismes. *Ainsi, une personne peut maintenir l'identité femme lui ayant été assignée par les médecins, mais regretter amèrement qu'on ait procédé à une vaginoplastie ou à une clitoridectomie/récession clitoridienne/réduction clitoridienne sans l'expression de son consentement pleinement et librement éclairé.*

Nous nous interrogeons souvent sur le nombre ou la proportion de personnes intersex(ué)es au sein de nos sociétés. Les chiffres à ce titre sont difficiles à établir, mais nous en soumettrons quelques-uns, suivis quelques nuances de rigueur. Selon Fausto-Sterling (2000), le nombre de personnes intersexuées dont la différence corporelle est relevée à la naissance est d'*environ* une sur 2000. Si l'on inclut les différences perçues à la puberté, il s'élève minimalement, selon Blackless *et al.* (2000), à 1,7%. Ces estimations, cependant, dépendent de ce qu'on fait entrer dans l'intersexuation. Suivant les contextes, certains médecins réduiront ce nombre, estimant que certains diagnostics n'y correspondent pas⁵. À l'inverse, les groupes intersexes y incluent toutes les personnes

subissent le processus d'invalidation qui s'enclenche. Si nous la déplaçons plutôt à 1,2 cm, le regard invalidant et tout ce qu'il entraîne n'affecte plus les mêmes personnes. Celles qui, selon le standard antérieur, étaient anormalisées avec un clitoris de 0,9 à 1,1 cm se trouvent désormais normalisées et ne subissent pas l'invalidation. Si la médecine ne procède pas à la mesure systématique de tous les organes génitaux des nouveaux-nés, ceci met en relief le jugement subjectif qui s'exerce, et qui diffère selon le regard de chaque accoucheur. Le rapport du «Community Affairs Reference Committee» du Sénat australien (2013) effectué sur la stérilisation involontaire ou forcée des personnes intersexuées d'Australie cite deux études révélant la part d'arbitraire dans l'attribution d'anormalité à des corps sexués. Tout d'abord celle de Hutson (2012), qui affirme que les clitoris de personnes «intersexuées» doivent être construits dans une position adéquate et correspondre à une taille «adéquate», sans préciser par quels critères nous pouvons identifier cette inadéquation. Ensuite celle de Reitsma *et al.* (2011), qui interroge plusieurs médecins sur les jugements qu'ils portent à des clitoris de tailles différentes. Or, leur évaluation de ce qui est «anormal» et de ce qui ne l'est pas varie de l'un à l'autre.

⁵ C'est le cas, notamment, des diagnostics d'«hypospade» et d'«hyperplasie congénitale des surrénales».

dont le diagnostic traduit une invalidation de leur corps en fonction des normes médicales utilisées pour définir les catégories «femelle» et «mâle»⁶.

Nous ne dresserons pas ici la liste de tous les diagnostics associés à l'intersexuation puisque nous ne sommes pas de grands enthousiastes de la pathologisation. Cependant, si nous désirons identifier et situer les pratiques médicales, nous devons connaître certains cadres terminologiques qu'elle emploie. Si, pendant longtemps, elle nous a catégorisés comme «pseudo-hermaphrodites mâles ou femelles» ou comme «hermaphrodites vrais», elle a également employé le terme «intersexe» ou «intersexuel» (Holmes, 2008a; Karkazis, 2008; Kessler, 1998). Depuis 2005, à la suite de la rencontre du Consortium de Chicago réunissant des spécialistes de la prise en charge intersexe, la médecine met plutôt de l'avant le terme «Disorders of Sex Development», traduit en français par «Trouble du développement sexuel» ou par «Anomalie du développement sexuel» (Davis, 2011; Lee, 2006). Quelques médecins sensibles à la stigmatisation contenue dans la formule «désordre» ont plutôt mis de l'avant le terme «Variations du développement du sexe», quoiqu'il soit rarement usité dans la communauté médicale. Bien que nous employions plus souvent «intersexuation», nous préférons «variations» à «désordre» et «trouble», qui sont vivement contestés au sein de la communauté.

L'OII-FRANCOPHONIE, LE COMITÉ VISIBILITÉ INTERSEXE ET LES AUTEUR·E·S DU MÉMOIRE

Tandis que l'activisme intersexe a débuté en 1993 en Occident avec la création de l'Intersex Society of North America (Holmes, 2008a; Karkazis, 2008), c'est en 2005 que de premières mobilisations ont lieu au Québec, notamment avec la création de l'Organisation internationale des intersexes (OII). Des activistes intersexes sont présents aux Outgames et la Déclaration de Montréal (2006) qui les clôture est la première du genre à inclure leurs revendications. Les mobilisations intersexes, cependant, sont irrégulières et souffrent d'obstacles structurels. Non seulement plusieurs personnes intersexuées ne disposent pas des éléments d'information nécessaires à la compréhension de leur passé, les blessures qu'elles portent les placent dans une position

⁶ En outre, la présence de certaines formes d'intersexuation varie selon les populations et les bassins génétiques. La pratique d'avortements sélectifs de fœtus intersexués (Holmes, 2008b) et les modifications de sexe in utero par le biais de la dexaméthasone (Dreger, 2012) interfère également avec les estimations.

de grande vulnérabilité qui complique les efforts de mobilisation (Kraus *et al.*, 2008; Guillot, 2008). Plusieurs sont trop fragiles pour investir de l'énergie dans un activisme qui commande souvent de se mettre à nu – si ce n'est symboliquement - et de confronter l'institution médicale qui jouit d'un tel prestige que leurs propos sont difficilement audibles ou recevables. Ceci est une des raisons, par ailleurs, pour lesquelles le réseautage d'activistes s'est d'abord déployé sur le plan international avant de se développer de façon locale. L'OII-francophonie, qui regroupe des personnes intersexes de France, de Belgique et du Québec, est engagée dans la défense des droits humains des personnes intersex(ué)es, de même que dans la dépathologisation de l'intersexuation. Elle était présente aux forums intersexes internationaux et s'est récemment impliquée dans la sensibilisation aux enjeux intersexes auprès du Conseil de l'Europe, qui a abouti à l'adoption de la résolution 1952 défendant (notamment) le droit des enfants intersexués à la protection de leur intégrité physique. Quant au comité Visibilité intersexe, qui est un groupe d'action soutenu par le Centre de lutte contre l'oppression des genres, il puise dans les richesses de l'activisme international et vise à stimuler le développement local, qui en est encore à ses premiers pas⁷.

Le but du comité est de : *«soutenir les personnes intersexes, de défendre la validité de notre existence, de même que de réclamer la reconnaissance de nos droits humains»*. Bien qu'il reprend à son compte les revendications internationales centrées sur la reconnaissance des droits humains des personnes intersex(ué)es au respect de leur intégrité physique, de leur autodétermination et de leur dignité, il doit faire face aux tâches impératives de sensibilisation sociale et de mise sur pied de ressources de soutien psychosocial non-pathologisantes pour les personnes intersex(ué)es et leur famille. Pour l'instant, elles sont inexistantes, malgré qu'elles fassent cruellement défaut.

Les membres du comité Visibilité intersexe sont intersexes et non-intersexes. Ce sont trois membres, dont deux personnes intersexes, qui ont composé ce rapport, soit :

Janik Bastien Charlebois : est professeure au département de sociologie à l'Université du Québec à Montréal (UQAM) et chercheuse invitée au Centre transdisciplinaire des

⁷ L'activisme international se découpe surtout par sphère linguistique, quoique les partenariats soient fréquents. Les principaux réseaux sont ceux constitués à travers les rassemblements internationaux tels que les Universités d'été des intersexes et des intergenres d'Europe (Paris, août 2006), de même que les Forums internationaux intersexes organisés par l'ILGA (Bruxelles, 2011; Stockholm, 2012; Malte, 2013), ou encore le Forum européen intersexe de l'ILGA (Riga, 2014).

recherches sur les sexualités de l'Université Humboldt. Elle est cochercheuse au sein du groupe partenarial Cultures du témoignage, de même que membre de la Chaire de recherche sur l'homophobie, ainsi que de l'Institut de recherche et d'études féministes (IREF). Son projet de recherche actuel porte sur l'émergence de la parole des personnes intersex(ué)es. Elle est impliquée dans l'activisme international intersexe, ayant participé aux Second et Troisième forum international intersexe de l'ILGA.

Sunny Dagenais : a participé à l'élaboration du documentaire québécois *Herma XXY : L'intersexuation*, réalisé par Mélanie P. Pelletier, à travers laquelle il a eu l'occasion de rencontrer diverses personnes intersexes à travers le monde. Il en est lui-même un des protagonistes et en assume la narration. Il a entamé des séances de projection-discussion au Québec autour du documentaire.

Lucie Gosselin : est impliquée solidairement depuis 2005 dans l'activisme intersexe. Elle a participé à la fondation de l'OII-francophonie et a donné plusieurs présentations de sensibilisation aux réalités intersexes. Elle a produit un mémoire de maîtrise sur les parcours de personnes intersexes, intitulé «Des sexes en question dans les sociétés occidentales» (2012). Il s'agit de la toute première recherche universitaire produite sur le sujet au Québec.

COMPRÉHENSION DES ENJEUX INTERSEXES

Nous avons déjà jusqu'ici entrouvert quelques dimensions du vécu intersexe, ainsi que des aspirations portées par l'activisme. Nous allons maintenant nous attarder quelque peu sur les façons dont l'expérience des personnes intersex(ué)es est conditionnée en soumettant d'abord les modalités de la prise en charge des enfants intersexués, puis en exposant ses effets. Nous terminerons par une brève introduction aux avancées effectuées dans la reconnaissance des droits humains des personnes intersex(ué)es.

LA PRISE EN CHARGE INTERSEXE EN OCCIDENT ET AU QUÉBEC

Si la sphère juridique a préalablement pris en charge les personnes intersexuées [hermaphrodites] dans différents pays d'Occident, c'est la médecine qui a pris le relai

depuis le XIXe siècle, alors qu'elle gagnait en influence au sein de nos sociétés⁸. La systématisation de cette prise en charge s'est cependant instaurée après la seconde guerre mondiale, de façon concomitante avec l'ascendance de la médecine dans la gestion des naissances, de même qu'avec le développement d'hormones de synthèse et de techniques chirurgicales sur les enfants (Karkazis, 2008; Klöppel, 2010).

C'est au cœur de la Psychohormonal Research Unit de l'Université médicale Johns Hopkins, sous la direction de John Money, que l'«Optimal Gender Policy» [La politique de genre optimale] fut développée. Bien que ses recherches doctorales sur les personnes intersexuées demeurées intactes l'aient conduit, à son grand étonnement, à conclure qu'elles ne souffraient pas de déséquilibre sur le plan de leur identité de genre (1952), ses résultats suscitèrent de profonds doutes et résistances chez ses collègues (Klöppel, 2010). Quelque trois années plus tard, il développa un discours opposé insistant sur l'importance de modifier le sexe des enfants intersexués pour assurer leur équilibre psychique. Il défendit fortement l'idée qu'une personne ne pourrait développer d'identité homme ou femme si leur corps n'était pas en adéquation avec les standards sociaux et médicaux développés respectivement autour des sexes «mâle» et «femelle». Ainsi, une personne ne pourrait s'identifier adéquatement comme garçon ou homme si son pénis n'était pas en mesure d'uriner debout ou d'effectuer une pénétration vaginale, tandis qu'une personne ne pourrait développer d'identité femme positive si elle ne parvenait pas à obtenir de partenaire mâle, ce qui serait impossible si elle conservait un clitoris plus grand que la moyenne. Il estimait cependant que le corps comme l'identité étaient malléables, pourvu que les transformations soient initiées et complétées avant l'âge de deux ans. Ainsi serait-il possible de faire table rase et de construire à la fois un corps «mâle» et «femelle» sur lequel s'édifierait une identité garçon/homme et fille/femme, à la condition de renforcer ces identités à travers l'éducation et de taire le corps d'origine ainsi que le traitement subi (Dorlin, 2005; Holmes, 2008; Karkazis, 2008; Kessler, 1998).

⁸ Nous anticipons l'intérêt à propos du traitement juridique des personnes intersexuées [«hermaphrodites»]. Ceci dépasse malheureusement nos sphères de spécialisation ainsi que nos connaissances. Mais des auteur-e-s telles que Dreger (1998), Klöppel (2010) et Kolbe (2009) l'évoquent. Dans certains cas, il semblerait que la personne soit catégorisée selon le jugement du médecin sans que des modifications de sexe soient requises – c'est ce qui est notamment survenu avec Herculine Barbin -, dans d'autres on laisse le choix de la mention de sexe à la personne intersexuée une fois la majorité atteinte, choix auquel elle doit ensuite se tenir.

L'Université Johns Hopkins étant une université médicale réputée, ces perspectives se diffusèrent rapidement dans les établissements médicaux d'Occident. Pendant quelques décennies, elles orientèrent les pratiques d'équipes médicales ayant émergé à sa suite et développé une spécialisation dans la prise en charge intersexe. Ce n'est qu'à partir de 2005 que de nouvelles orientations furent adoptées, bien qu'elles conservent une majorité des pratiques antérieures. Comme les champs médicaux impliqués sont des doubles spécialisations (urologie pédiatrique, endocrinologie pédiatrique, pédopsychiatrie, etc.), il s'agit d'une petite communauté de pratique connaissant peu de variations internes dans ses protocoles. Au Québec, trois équipes médicales assument la prise en charge des enfants intersexués, situées respectivement au CHUL, à Sainte-Justine, ainsi qu'au Montreal's Children.

Les modifications du corps sexué sont diverses et nous vous en soumettons ici que quelques exemples. Si les techniques et les modalités par lesquelles certaines de ces chirurgies sont effectuées ont changé à travers le temps, l'absence de consentement libre et pleinement éclairé est toujours d'actualité (Creighton *et al.*, 2013; Davis, 2011; Davis et Murphy, 2013; Dreger *et al.* 2012; Holmes, 2008b)⁹. De plus, il n'y a toujours pas eu de reddition de compte pour les personnes exposées à ces pratiques et parvenues à l'âge adulte. Pour les enfants que la médecine transforme en filles [femelles], ceci peut consister en (Fausto-Sterling, 2000; Holmes, 2008a; Kessler, 1998; Karkazis, 2008):

- Une clitoridectomie, une récession clitoridienne ou une réduction clitoridienne; ainsi qu'une labioplastie
- Une vaginoplastie, où la cavité vaginale est approfondie (lorsqu'elle est déjà présente, mais plus courte que la moyenne) ou créée; ainsi que/ou une introitoplastie
- Des dilatations vaginales;
- Un retrait des gonades, notamment lorsqu'il s'agit de testicules internes, qui s'accompagne alors d'hormonothérapie de substitution, bien que l'ensemble des hormones produites naturellement par les gonades ne s'y retrouve pas.
- Une prescription d'hormones pour augmenter la taille de l'utérus et provoquer une croissance des seins.

⁹ Au Québec, de multiples prises de parole de médecins assumant la prise en charge intersexe confirment la poursuite de ces pratiques (Allard 2009; Gravel, 2013; Poulin-Chartrand, 2013, 2014; Tremblay, 2014).

Pour les enfants que la médecine transforme en garçons [mâles], ceci peut consister en :

- La création d'un méat urinaire qui débouche à l'extrémité du gland et la clôture des parois entourant la sortie initiale du méat.
- Le retrait de gonades
- La prescription d'hormones
- Le retrait des seins.

Dans tous les cas, la prise en charge s'effectue dans l'isolement si ce n'est le silence. Plusieurs personnes intersex(ué)es n'ont pas été informées des modifications effectuées sur elles ou de leur nature. Bien que le protocole dominant insistait – et insiste encore, dans certains cas - sur l'importance d'effectuer des transformations avant deux ans, les chirurgies et l'hormonothérapie doivent souvent être répétées et se prolongent au-delà de cet âge. Les enfants ont alors une mémoire claire de ce qu'ils subissent, mais plusieurs personnes intersex(ué)es témoignent du fait qu'on leur ait menti ou qu'on soit demeuré évasif sur la nature des opérations, affirmant par exemple qu'elles consistaient en des interventions pour des appendicites. D'autres personnes intersex(ué)es témoignent d'exams réguliers chez le médecin où elles étaient mises à nu et touchées, ainsi que soumises à des séances de photographie médicale. Certaines encore font part d'exams collectifs précédant ou suivant les opérations, où les médecins spécialistes introduisent le sexe de l'enfant à un groupe de résidents. Dans d'autres cas, certaines ont subi des tests de sensibilité où les médecins demandent ce qu'elles ressentent lorsque leur sexe est stimulé (Gosselin, 2012; Hester, 2006; Karkazis, 2008; Lahood, 2012, Pelletier, 2015)¹⁰.

Aujourd'hui, la croyance en une parfaite plasticité de l'identité de genre est désavouée par le milieu médical. Il tend davantage à essayer de reconnaître les signes d'une identité à partir de paramètres biologiques tels que les chromosomes ou la nature des hormones ayant imprégné le développement foetal, mais demeure influencé par des aprioris hétérosexistes, estimant notamment que la présence d'un utérus est indicateur d'une future identité femme. Plusieurs médecins estiment en outre que la politique du silence devrait être remplacée par une approche d'information progressive. Les enfants intersexués sont davantage exposés au diagnostic qu'on leur a apposé, mais demeurent

¹⁰ Concernant les tests de sensibilité et leur manquement à l'éthique, voir notamment : <https://ailegal.wordpress.com/presscenter/update-cornell-responds-to-criticism-of-%E2%80%9Cgenital-sensitivity%E2%80%9D-testing-federal-agency-continues-inquiry/>

néanmoins souvent isolés les uns des autres. Les personnes ayant un caryotype 46,XX et recevant le diagnostic d'hyperplasie congénitale des surrénales sont presque systématiquement assignées filles et transformées en femelles. Celles dont le «phallus»¹¹ est situé entre 3 et 6 sur l'échelle de Prader subissent aussi automatiquement une réduction «clitoridienne».

Si nous ne pouvons décrire de façon exhaustive et détaillée les pratiques ayant cours dans nos hôpitaux, nous pouvons affirmer avec assurance que les modifications de sexe sans consentement ont encore lieu. Les docteurs Deal et Houle de Sainte-Justine, notamment, ont maintenu qu'il était idéal d'effectuer des opérations en bas âge, puisque les enfants guériraient mieux (Tremblay, 2014). Comme bon nombre d'autres docteurs, elles avancent également les argumentaires suivants (Gravel, 2013; Poulin-Chartrand, 2013) :

- Dans certains cas, les modifications de sexe seraient nécessaires à la production d'un lien d'attachement parental¹²
- S'abstenir de procéder à des modifications de sexe sur l'enfant serait dommageable pour lui/elle, puisqu'il/elle serait exposé à la discrimination de la part de ses pairs.

Nous en sommes sinon encore à l'étape de collecte de données sur ce plan, qui représente énormément d'investissements en temps et en énergie.

Il importe cependant de mentionner que l'orientation des protocoles en matière de prise en charge intersexe se fait sans la démonstration préalable de leur nécessité et de leur qualité (Karkazis, 2008). Aucune étude longitudinale, de large échelle, et constituée de données probantes n'est sollicitée pour fonder les pratiques. Qui plus est, en raison du prestige et de la crédibilité dont jouit la médecine dans l'établissement des critères par

¹¹ Nous adoptons ici cette expression pour désigner le continuum des organes génitaux externes s'étendant du clitoris au pénis normatifs.

¹² Les modifications de sexe non consensuelles produisent l'effet contraire de celui postulé par les docteurs. Les enfants rendus à l'adolescence ou à l'âge adulte se sentent trahis par leurs parents (Karkazis, 2008). Qui plus est, et nous remercions André Wilcox (2015), travailleur social cumulant plus de 27 années de travail au sein des services à la protection de l'enfance, de nous avoir partagé ce point, qui est exposé dans un article sous presse : l'imposition de transformations corporelles sur l'enfant pour favoriser le lien d'attachement du parent envers l'enfant est une vision perversifiée du processus d'attachement. On ne peut s'attendre à ce que l'enfant soit responsable de la production d'un lien d'attachement sécurisant puisque c'est au parent qu'incombe ce travail, bien qu'il doive bénéficier d'un accompagnement pour ce faire. André Wilcox mène justement une recherche de maîtrise sur le sujet, à l'UQO.

lesquels on reconnaît le sain et le malsain, elle n'est pas confrontée à des garde-fous extérieurs. Sur le plan juridique, on s'en remet à son expertise pour établir les meilleures pratiques (Tamar-Mattis, 2006).

LES EFFETS DE LA PRISE EN CHARGE INTERSEXE

Depuis sa systématisation, les médecins spécialistes de la prise en charge intersexe sont persuadés d'adopter la meilleure pratique à l'endroit des enfants intersexués. Dès ses débuts et ce jusqu'à aujourd'hui, cette conviction s'est exprimée de façon paradoxale, où l'on affirme à la fois avoir enfin atteint les pratiques idéales, mais dépassé le stade imparfait des pratiques précédentes (Kessler, 1998). De plus, cette conviction est alimentée par des observations cliniques et quelques rares études de suivi fonctionnant à circuit fermé¹³, où les médecins décident seuls des questions de recherche, des indicateurs pertinents, des critères d'évaluation (lorsqu'ils le font), des modes de cueillette des données, de la qualification des données et de leur interprétation, ainsi que des conclusions finales (Creighton *et al.*, 2013; Karkazis, 2008; Machado *et al.*, 2015). Ainsi, les critères de succès pour les modifications de sexe étaient – et demeurent encore dans une large mesure: 1) l'esthétique; 2) le maintien de l'assignation de genre; 3) la fonctionnalité sexuelle.

Or, les jugements esthétiques sont généralement le fait des docteurs, et ce immédiatement après l'opération. Quant au maintien de l'assignation de genre, il fait l'impasse sur le fait qu'une personne pourrait certes conserver l'identité attribuée, mais souffrir et regretter les modifications non consensuelles qu'elle a subies. Finalement, la fonctionnalité sexuelle s'est souvent résumée à l'observation ou non de l'entrée en couple hétérosexuel du patient (Karkazis, 2008; Machado *et al.*, 2015). Une personne assignée femme et fabriquée femelle trouvant mari était alors signe de succès, la clé étant sa capacité à être pénétrée vaginalement (Kessler, 1998; Karkazis, 2008). Encore aujourd'hui, il y a une confusion entre la capacité d'avoir une vie sexuelle (satisfaisante) et celle d'être vaginalement pénétrée lorsque l'on évoque leur sexualité potentielle¹⁴.

¹³ Une fois la majorité atteinte, les spécialistes de la prise en charge intersexe ne revoient généralement pas leurs patients. Le suivi qu'ils connaissent est alors généralement de très court terme (Karkazis, 2008; Machado *et al.*, 2015).

¹⁴ Ce lapsus lourd de sens a été commis lors de l'émission *Les docteurs* consacrée à l'intersexuation, le 9 avril 2013, sur les ondes de Radio-Canada : « [Ces personnes] ont vraiment des seins, une vulve, mais un

C'est avec l'émergence des mobilisations intersexes et l'appui de chercheurs dans les sciences sociales – de même que quelques médecins sensibles à la situation des personnes intersexes – que des informations plus exhaustives sur les effets des chirurgies et de l'hormonothérapie non consensuelles ont été recueillies. Dans son article accompagnant le rapport du Rapporteur spécial sur la torture de l'ONU, dans lequel les interventions non consensuelles sont dénoncées, Tamar-Mattis (2013) expose plusieurs effets négatifs, tant sur le plan physique que psychologique. Si l'on fait une synthèse de ses écrits, ainsi que de ceux d'autres chercheurs (Alexander, 1997; Creighton *et al.*, 2103; Fausto-Sterling, 2000; Gosselin, 2012; Guillot, 2008; Hester, 2006; Holmes, 2008a; Karkazis, 2008; Kessler, 1998, Tosh, 2013) nous retrouvons notamment:

- La perte de sensibilité sexuelle et l'anorgasmie;
- Les douleurs récurrentes dues aux infections et aux tissus de cicatrices découlant des chirurgies, souvent répétées;
- Les infections urinaires;
- La stérilisation, l'ostéoporose et la prise de poids;
- Le trauma d'agressions à caractère sexuel et le sentiment de dépossession du corps;
- Les difficultés d'attachement parental¹⁵;
- Les comportements autodestructeurs;
- Les difficultés relationnelles et sexuelles;
- La rupture de confiance envers le corps médical;
- Les trajectoires socioéconomiques vulnérabilisées et compromises¹⁶

À cette liste non exhaustive d'effets, les médecins assumant la prise en charge intersexe répondent souvent que les techniques se sont améliorées et que les critiques formulées par les personnes intersexes ne sont ainsi plus pertinentes, voire même farfelues ou

tout petit vagin, vraiment une toute petite ouverture qui ne permet habituellement même pas une relation sexuelle. Il faut qu'elles soient opérées ces personnes-là pour créer un vagin qui serait capable d'avoir une relation sexuelle. »

¹⁵ Voir la note de bas de page #12

¹⁶ Des personnes intersexes témoignent de la trajectoire de désinsertion scolaire et sociale découlant des multiples chirurgies subies. Celles-ci requièrent de longues périodes de convalescence au moment des vacances alors que leurs camarades goûtent aux plaisirs des sorties et des voyages, de même qu'au cours des périodes scolaires lorsque des chirurgies d'urgence sont prévues (particulièrement suite à des complications)

irrecevables (Ahmed *et al.*, 2013; Karkazis, 2008; Tremblay, 2014)¹⁷. Ceci témoigne d'un refus d'entendre le fond du propos de ces dernières, qui soulignent que le trauma qu'elles subissent découle d'abord de l'absence de consentement libre et pleinement éclairé, en plus de correspondre aux effets d'agressions à caractère sexuel auxquelles s'ajoute la dimension de perte définitive de composantes corporelles¹⁸.

De plus, ils font souvent mention de l'existence d'une majorité silencieuse qui serait satisfaite des modifications de sexe non consensuelles qu'elles auraient subies. Ceci est problématique à plusieurs égards. Premièrement, les personnes qui sont en âge de se prononcer aujourd'hui ont presque toutes été soumises au protocole où le silence était de mise, faisant en sorte que plusieurs ne savent pas exactement ce qu'elles ont subi ou ne détiennent pas tous les éléments en main donner un sens à leur vécu. Deuxièmement, les médecins ne disposent pas d'études à long terme permettant d'en faire la démonstration. Rappelons-nous qu'ils n'assurent pas de suivi auprès des patients une fois qu'ils sont rendus à l'âge majeur. Troisièmement, ils ont souvent plaqué leur propre interprétation de ce en quoi la satisfaction constitue sur les récits des personnes intersex(ué)es. Quatrièmement, ils n'examinent pas les effets possibles de leur autorité sur les réponses que les patients leur donnent¹⁹. Cinquièmement, ils font preuve d'une

¹⁷ Les Dre Houle et Deal, de l'hôpital Sainte-Justine, vont jusqu'à qualifier les activistes intersexes d'égo-centriques (voir Tremblay, 2014), parce qu'ils et elles feraient passer la protection de leur intégrité physique avant la résignation à des modifications de sexe non consensuelles visant prétendument à soulager la détresse de parents.

¹⁸ Sur ce plan, nous tenons à souligner les points suivants. Nous n'affirmons pas que les docteurs sont portés par l'intention de commettre des agressions à caractère sexuel sur les enfants intersexués, mais bien que les gestes posés et leurs effets en possèdent les traits. Ces modifications de sexe agressent, car elles sont non consensuelles et ont un caractère sexuel, car elles touchent aux organes génitaux. Ce qui est plus troublant est le refus d'écoute lorsque nous abordons cette dimension. Nos témoignages seront alors qualifiés de mauvaises interprétations (e.g. Money, 1994), de fantasmes de viol (e.g. Gueniche, 2008) ou d'insultes psychologiques. S'ajoute à cette expérience d'agression celle de l'insertion régulière de dilateurs nécessaire au maintien de la cavité vaginale. La vaginoplastie effectuée sur des enfants requerrait qu'un parent insère le dilateur dans le vagin créé de son enfant, expérience considérée comme traumatisante à la fois pour l'enfant et pour le parent. Les examens réguliers et les touchers qu'ils impliquent sont quant à eux vécus comme des attouchements sexuels. La prise de photo et l'examen par des équipes de résidents entre aussi dans la catégorie générale des expériences d'agression à caractère sexuel.

¹⁹ À titre d'exemple, une des personnes ayant rédigé ce mémoire a déjà répondu qu'elle était «satisfaite» des résultats de l'opération subie lors de la seule rencontre de suivi prévue, un an après. Ceci est notamment dû au fait d'avoir intériorisé l'idée que son corps ne lui appartenait pas totalement et qu'il fallait qu'elle se résigne à subir une opération. C'est également attribuable à l'apprentissage du respect du professionnalisme et de l'expertise médicale, transférant ses doutes vers ses propres incapacités psychologiques, et confirmant l'impression que les formuler serait un affront au respect des compétences du médecin.

méconnaissance des processus sociaux d'émergence de groupes marginalisés en présumant que la présence d'un petit nombre d'activistes est indicative de celle d'une majorité de personnes satisfaites. Non seulement ceci fait-il l'impasse sur les points précédents, mais la présence d'une majorité satisfaite est douteuse pour les raisons suivantes. Tout d'abord, depuis l'émergence des mobilisations intersexes en 1993, aucune personne intersexuée n'a pris la parole dans l'espace public pour contredire les revendications portées par les activistes et affirmer que les modifications de sexe non consensuelles sont tout indiquées. Pourtant, si l'on se fie au raisonnement selon lequel les personnes satisfaites ne seraient pas aussi endommagées que les personnes intersexes politisées, elles disposeraient de plus de ressources et d'une plus grande facilité à se mobiliser, d'autant plus qu'elles seraient en plus grand nombre (Bastien Charlebois et Guillot, 2014)²⁰.

LA RECONNAISSANCE DES DROITS HUMAINS DES PERSONNES INTERSEX(UÉ)ES

Si les revendications intersexes comportent diverses facettes, la plus urgente et celle faisant consensus est l'abandon des chirurgies et de l'hormonothérapie de modification de sexe non cruciales pour le maintien de la santé et auxquelles les personnes intersex(ué)es n'auraient pas donné leur consentement personnel, libre, préalable et pleinement éclairé²¹. Les activistes intersexes estiment également important que du soutien psychologique indépendant et non-pathologisant soit offert aux parents, ainsi qu'à l'enfant elle-même ou lui-même. L'adoption d'une troisième forme de mention de sexe ne fait pas partie des revendications consensuelles, et représente encore moins une priorité, quoique la facilité du changement de mention de sexe soit réclamée, entre autres pour les enfants. Les personnes souhaitant en savoir plus sur la teneur des revendications

²⁰ Cheri Deal/Bo Laurent partage dans le documentaire *Intersexion* une métaphore percutante à ce sujet. Pour illustrer la vacuité de l'idée de l'existence d'une majorité silencieuse, elle prend comme exemple les discours sociaux sur l'opération à cœur ouvert. Si une personne ayant subi cette opération exprimait sur la place publique que celle-ci devrait être abolie, d'autres, qui en ont bénéficié, prendraient immédiatement la parole. Ceci n'est cependant pas survenu pour les personnes intersex(ué)es.

²¹ Nous ne opposons donc pas, il va sans dire, aux traitements cruciaux pour le maintien de la santé (ex. possibilité d'écoulement de l'urine – compromise dans quelques cas inférieurs; le traitement contre la perte de sel; le retrait de gonades à risque véritablement élevé de cancer).

faisant consensus peuvent cliquer sur le lien suivant, qui présente la version originale de la Déclaration publique du Troisième forum international intersexe²² :

<http://oiiifrancophonie.org/318/conclusion-du-3eme-forum-international-intersexe-de-lilga-manifeste-du-troisieme-forum-international-intersexe-du-1er-decembre-2013/>

Un des leviers principaux d'obtention des revendications est la reconnaissance des droits humains des personnes intersexuées au respect de leur intégrité physique, de leur autodétermination et de leur dignité. Depuis tout récemment, plusieurs organisations s'étant penchées sur la situation des personnes intersex(ué)es en ont reconnu et affirmé la légitimité, en plus de critiquer comme atteintes à ces droits les traitements médicaux non consensuels. Parmi les organisations, nous comptons :

1. la Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine de Suisse (2012);
2. Le Rapporteur spécial sur la torture et les autres punitions et traitements cruels, inhumains et dégradants (A/HRC/22.53; 2013);
3. Le Conseil de l'Europe à travers sa résolution 1952 sur le droit des enfants à l'intégrité physique (2013);
4. Le Community Affairs References Committee du sénat australien (2013);
5. L'Organisation mondiale de la santé, l'Office du haut commissaire pour les droits humains, l'ONU-femmes, l'ONUSIDA, le Programme de développement des Nations-Unies, ainsi que le Fond de la population des Nations-Unies dans le cadre de leur déclaration interinstitutionnelle «Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization» (2014);
6. Le Comité sur les droits des enfants de l'ONU (CRC/C/CHE/CO/2-4; 2015)
7. Le Comité sur les droits des personnes en situation de handicap de l'ONU (CRPD/C/DEU/CO/1; 2015)

Jusqu'à aujourd'hui, seuls deux États dans le monde ont adopté des mesures visant à protéger les personnes intersexuées. L'Australie fut le premier, en 2013, avec l'inclusion du «statut intersexe» comme motif prohibé de discrimination au sein de sa charte des droits humains. Malte, cependant, est allée plus loin en interdisant les traitements

²² Les forums intersexes de l'ILGA sont les rencontres ayant réuni le plus grand nombre de groupes intersexes provenant de chaque continent. Au sein des réseaux intersexes présents sur les médias sociaux, les revendications que les forums ont produites sont généralement acceptées. Les zones de désaccord tiennent davantage à la pertinence ou non de s'associer à des groupes LGBT, d'adopter ou non des perspectives pathologisantes, d'employer ou non des analyses féministes.

médicaux non consensuels sur les enfants intersexes, à l'article 14 de sa «Loi sur l'identité et l'expression de genre, ainsi que les caractéristiques sexuelles»²³.

Sinon, certaines personnes ont pris la voie des tribunaux. Les cas les plus connus sont ceux de Christiane Völling, en Allemagne, qui a gagné son procès contre les médecins, de M.C vs Aaronson²⁴, lancé par les parents adoptifs étatsuniens d'un jeune ayant subi des modifications non consensuelles initiées par les services de protection de l'enfance, puis de Michaela R.²⁵, en Allemagne encore une fois. Si plusieurs personnes mentionnent leur désir de faire reconnaître leurs droits en justice, peu s'y lancent ou ne le peuvent.

IMPLICATIONS DES INTERPRÉTATIONS DU SEXE POUR LES PERSONNES INTERSEX(UÉ)ES

Les personnes intersex(ué)es ne sont pas toutes affectées de la même façon par le règlement. Si un dénominateur commun d'invalidation du corps est vécu par toutes, ce n'est pas l'ensemble d'entre elles qui entreprend de trajectoire de transition. Nous estimons cependant que le processus de changement de mention de sexe à l'état civil devrait être facilité autant pour les enfants que pour les personnes majeures.

Même si plusieurs d'entre nous sommes critiques des stéréotypes de genre, nous ne réclamons pas que les enfants soient élevés dans un «non-genre»²⁶. Nous proposons plutôt une assignation d'essai de garçon (M) ou fille (F), tout en insistant sur l'importance de demeurer à l'écoute des affinités de l'enfant et de la façon dont il/elle préfère s'identifier. Dans certains cas, les enfants maintiendront cette identité. Dans d'autres, ils exprimeront une autre préférence et il sera alors important de s'ajuster en conséquence. Dans le contexte social actuel, ceci implique une modification de M à F ou inversement. Comme les identités intergenres existent vraiment, il serait idéal d'y être ouvert. Toutefois, nous

²³ Il est possible d'obtenir un résumé de cette loi ainsi que des modalités de son application au site suivant : <https://oii.org.au/28592/we-celebrate-maltese-protections-for-intersex-people/>

²⁴ Pour en savoir plus sur cette poursuite : <http://aiclegal.org/tag/m-c-v-aaronson/>

²⁵ Nous ne connaissons malheureusement pas de source en français faisant état de cette poursuite : <http://www.merkur-online.de/bayern/intersexuelle-klagt-gegen-uniklinik-beweisaufnahme-geht-weiter-4914435.html>

²⁶ Nous sommes conscient·e·s que peu de parents sont disposés à éduquer leur enfant sans lui attribuer de genre, et qu'exiger une telle entreprise en plus d'apprendre à l'accueillir dans sa différence corporelle représenterait pour plusieurs un défi énorme.

ne faisons pas la promotion de la reconnaissance d'une troisième mention de sexe à l'état civil. Nous estimons qu'à moyen ou long terme, l'abandon de cette mention sera plus profitable que la création d'une troisième case qui ne protège pas en soi de la discrimination.

Nous sommes aussi d'avis que les personnes adultes devraient pouvoir changer leur mention de sexe par le biais de l'assermentation et non celui de la confirmation par un tiers d'une identité vécue au quotidien depuis au moins deux ans. Les motifs pour une telle position sont les mêmes que ceux exposés par les groupes trans tels que le Centre de lutte contre l'oppression des genres, le groupe ASTTeQ, la coalition jeunesse montréalaise de lutte à l'homophobie, la Réclame, ainsi que le Groupe d'action trans de l'Université de Montréal.

LA « MENTION DE SEXE » ET LE CORPS

D'autres intervenants ont déjà souligné le fait que ce que la « mention de sexe » désigne au terme de la loi n'est pas clair. Doit-il s'agir de l'identification du corps sexué? D'une « identité sexuelle » [ou de genre] entendue comme découlant d'un corps sexué? D'une « identité de genre » tout court? D'une position sociale attribuée en fonction d'un corps sexué? Les échanges actuels mettent en lumière le fait que nous avons jusqu'à présent peu réfléchi à cette question sur le plan juridique, sinon même social. Ainsi la question est-elle lancée : « Quel est ce sexe que l'on entend mentionner » ?

Répondre à cette question n'est pas de l'ordre de l'amusement théorique. Certaines personnes sont préoccupées par les effets sociaux d'une déliaison ou d'un lien approximatif entre l'identité, le comportement et le corps – et nous pourrions ajouter, encore aujourd'hui, la sexualité ou l'orientation sexuelle. D'autres le sont par une lecture du sexe qui amalgame et fait se fondre en un tout : 1) un corps sexué normatif; 2) une identité femme ou homme normatifs; 3) des comportements de genre normatifs; 4) de même qu'une sexualité hétérosexuelle.

Nous savons déjà que les comportements non normatifs existent chez les personnes assignées garçons et filles à la naissance, bien que nous ayons tendance à les taire lorsque nous discutons d'une « nature profonde » qui serait propre à chaque « sexe ». Nous savons aussi que les personnes ne sont pas toutes hétérosexuelles, bien que nous ayons tendance à l'oublier lorsque nous évoquons la « nature humaine », qui appellerait par

défaut chaque être humain à se «reproduire» avec un ou des individus de l'autre sexe. Mais le corps est sans doute appréhendé comme le bastion d'une «irréductibilité absolue», d'une certitude de division et de distinction. Rares sont les personnes qui connaissent même l'existence des personnes intersex(ué)es, et celles qui sont au courant de notre existence peuvent être tentées de nous placer en état d'exception afin de maintenir saine et sauve l'idée d'une vérité du sexe. La plupart des médecins spécialistes de la prise en charge intersexe, par exemple, nous décrivent comme des maladies plutôt que comme des variations, comme si nous n'avions pas dû apparaître au monde²⁷. D'autres seront tentés d'invoquer notre faible nombre pour éviter d'adopter un regard plus inclusif et flexible. C'est ici qu'une erreur de logique commune sera commise, soit d'invoquer cette idée selon laquelle «l'exception confirme la règle». Pourtant, dès qu'un principe est présenté comme universel, tout contre-exemple lui fait perdre ce statut. On doit se contenter alors de parler de traits majoritaires et réviser les définitions absolues.

LES PÉRILS DE FIXER LA MENTION DE SEXE À LA «STRUCTURE DE L'APPAREIL GÉNITAL DU NOUVEAU-NÉ»

Décider de fixer la mention de sexe à la «structure de l'appareil génital du nouveau-né» est une proposition dangereuse. Des personnes trans ont déjà fait part des risques que ceci comporte pour elles, mais les personnes intersex(ué)es en connaissent aussi. Si le législateur s'engageait dans cette veine et formalisait une distinction du sexe en lui désignant des paramètres normatifs mâle/femelle, ceci accroîtrait la pression aux modifications de sexe non consensuelles, puisqu'elles seraient requises pour inscrire l'enfant dans une case M ou F à l'état civil. Et obliger, tel qu'en Allemagne, une non-inscription à l'état civil dans les cas particuliers d'intersexuation maintiendrait toujours l'enfant dans une position de vulnérabilité²⁸.

²⁷ À titre d'exemple cette affirmation du Dr. Berkowitz «The genitalia aren't finished (...) Nature hasn't finished the job», cite dans Hendricks, Mélissa. Novembre 1993. «Is it a boy or a girl?». Johns Hopkins Magazine, p. 10.

²⁸ Cette disposition, affichée dans les médias comme un gain pour les personnes intersex(ué)es, suscite davantage l'inquiétude dans les communautés intersexes. Le statut intersexe est rarement un motif prohibé de discrimination, ce qui rend la personne vulnérable aux mauvais traitements. De plus, certains États limitent l'accès au mariage et à l'adoption aux personnes enregistrées comme «M» et «F» à l'état civil. Finalement, obliger une non-inscription dans les cas d'intersexuation ajoute à la représentation

Décerner la mention de sexe avec le sous-entendu qu'il doive se fixer sur la structure de l'appareil génital du nouveau-né demeure également problématique, même lorsque les paramètres du sexe ne sont pas stipulés par la loi. Dans le contexte actuel où cette position se déploie, nous comprenons que cette structure fait référence aux standards normatifs «mâle» et «femelle» établis par la médecine. Non seulement valide-t-on alors ces standards, mais on délégitime les mentions F ou M de personnes dont les corps ne s'y conforment pas. Une véritable sensibilité aux personnes intersex(ué)es implique donc de ne pas réclamer que soient maintenus les paramètres par lesquels elles subissent des modifications sexuelles non consensuelles – que plusieurs parmi nous identifions d'ailleurs comme des mutilations génitales²⁹.

Pour bien en saisir les implications, nous soumettons ici trois cas de figure :

CAS #1

Une personne qui détient des chromosomes XX et qui naît avec un phénotype généralement identifié comme garçon/homme. Son phallus a l'apparence d'un pénis normatif, mais elle détient un petit utérus et des ovaires. À la puberté, sa poitrine se développerait peu et elle posséderait une abondante pilosité. L'insère-t-on dans M ou dans F? Devra-t-elle être soumise à des modifications du sexe pour avoir droit à une mention?

La pratique médicale associée à ces personnes, de même qu'à toutes celles qui, regroupées sous le même diagnostic, ont un «phallus» de taille diverse, mais plus grand que la moyenne normative chez les femmes, est de les assigner systématiquement au sexe femelle³⁰ (Gravel, 2013; Hester 2006). On leur impose une réduction du phallus lorsque celui-ci se situe à 3 et plus sur l'échelle de Prader et on les soumet à une hormonothérapie féminisante intense (Lee *et al.*, 2006).

marginalisante de l'enfant, ce qui peut accroître la pression à la normalisation du corps de la part des parents. <http://oiieurope.org/bluff-package-for-inter-leaving-sex-entry-open-is-not-an-option/>

²⁹ Nous sommes à cet égard stupéfaits de la position de sensibilité affirmée à notre endroit par le groupe «Pour les droits des femmes» dans son mémoire, puisque l'ensemble de leurs propositions sont incompatibles avec le respect des droits humains des personnes intersex(ué)es.

³⁰ Cette variation est désignée par la médecine sous le diagnostic «Hyperplasie congénitale des surrénales» ou Congenital Adrenal Hyperplasia en anglais.

Les docteurs assumant la prise en charge intersexe affirment que ces personnes sont fondamentalement des femmes en «besoin de correction», allant même jusqu'à dire qu'il ne s'agit pas d'une forme d'intersexuation. Il semblerait que ce jugement soit ancré dans la croyance que l'utérus détermine la femme («tota mulier in utero»?), puisque des recherches médicales sur l'identité de ces personnes font elles-mêmes ressortir un pourcentage s'identifiant comme garçons/hommes plus élevé que la moyenne des personnes ayant un caryotype 46,XX (Dreger *et al.*, 2012). Les récits des personnes concernées confirment également la présence d'une diversité identitaire. Certaines se sentent femmes – et il semblerait que ce soit la majorité –, d'autres hommes, d'autres ni un ni l'autre. Au-delà de l'identité, les modifications de sexe non consensuelles qu'elles subissent sont vécues comme des violences (Hester, 2006). Même lorsqu'elles s'identifient comme filles/femmes, subir sans leur consentement une réduction du phallus pour lui faire prendre une taille clitoridienne normative est une source de trauma. Il en va de même pour l'hormonothérapie non consensuelle, plus insidieuse, car elle frappe moins l'imaginaire. Pourtant, il s'agit d'une forme de dépossession du corps³¹.

CAS #2

Une personne qui détient des chromosomes XY et qui naît avec un phénotype généralement identifié comme fille/femme, mais a des testicules internes, un «phallus» de la taille d'un clitoris moyen, un vagin plus court que la moyenne ou absent, et ce sans avoir d'utérus³²... l'insère-t-on dans M ou dans F? Si cette personne s'identifie comme fille/femme – tel que c'est le cas de plusieurs – s'attendra-t-on à ce que ses testicules internes soient retirés et que son vagin soit approfondi pour recevoir le pénis d'un futur partenaire que l'on présume mâle (normatif)? Devra-t-elle sinon se soumettre plus tard à ce prérequis pour valider le F qu'on inscrirait à son état civil? Pourtant, certaines de ces femmes ne voient aucun problème avec le fait de conserver leurs testicules internes. Nous

³¹ Qui plus est, le dosage massif auquel on soumet ces personnes peut entraîner des conséquences nocives pour la santé. Nous connaissons notamment le cas de cancers déclenchés à sa suite. Paradoxalement, tandis que plusieurs personnes intersex(ué)es se sont vu imposer un dosage trop élevé – et parfois sans leur consentement –, des personnes trans éprouvent de la difficulté à en obtenir un qui ne soit pas minimaliste.

³² Le diagnostic employé par la médecine pour désigner ces personnes est le «syndrome d'insensibilité complète aux androgènes».

en avons par ailleurs un témoignage dans la vidéo suivante, produite par des jeunes personnes intersexes³³ : <https://www.youtube.com/watch?v=cAUDKEI4QKI>

Or, dans la pratique actuelle, la médecine a une forte propension à retirer les testicules sans le consentement libre et pleinement éclairé des personnes³⁴. Celles-ci doivent ensuite recourir à de l'hormonothérapie de remplacement, qui ne fournit pas toutes les hormones que ses testicules produisaient, et qui sont néanmoins nécessaires au corps³⁵. Et jusqu'à tout récemment, la médecine imposait également l'approfondissement de la cavité vaginale sur l'enfant par la vaginoplastie. Ces traitements sont source de traumatismes.

CAS #3

Une personne qui détient des chromosomes XXY, et qui naît avec un phénotype généralement identifié comme garçon/homme. Elle a un pénis et des testicules, bien qu'ils soient plus petits que la moyenne des mâles normatifs. Elle s'identifie plutôt comme fille/femme. À la puberté, la pilosité se déploie peu, mais des seins se développent³⁶. L'insère-t-on dans M ou dans F? Devra-t-elle être soumise à des modifications du sexe pour avoir droit à une mention?

Si une majorité de personnes ayant des chromosomes XXY s'adonnent à s'identifier comme hommes, une bonne minorité s'identifie comme femme, et certains comme ni un ni l'autre. Comme dans les autres cas, certaines peuvent souhaiter des modifications corporelles, d'autres non. Ou alors, elles peuvent désirer exercer un meilleur contrôle sur ces modifications, tel que le dosage d'hormones, parfois considéré trop élevé.

Nous pourrions poursuivre l'exposition de cas, mais nous estimons que ceux-ci offrent un portrait suffisant des périls associés à l'idée qu'il n'y aurait que deux « vrais sexes » érigés en modèles normatifs. Il semblerait plus salubre d'adopter une vision approximative des

³³ La personne qui fait ce témoignage est impliquée au sein du groupe intersexe jeunesse «InterAct Youth» : <http://interactyouth.org/>

³⁴ Le Community Affairs References Committee du Sénat australien en fait une excellente analyse dans son rapport «Involuntary or coerced sterilisation of intersex people in Australia» (2013).

³⁵ Nous tenons à souligner ici que c'est la stérilisation (forcée) qui induit le problème. Une personne qui conserve ses gonades et qui suit une hormonothérapie volontaire et équilibrée ne sera sujette aux carences - à moins de se retrouver devant le cas de figure de gonades qui ne les produisent pas.

³⁶ La médecine désigne cette variation sous le terme de «syndrome de Klinefelter».

corps sexués, où l'on soit conscient qu'il n'existe pas de critère absolu pour établir des sexes «mâles» et «femelles»³⁷.

LES BIENFAITS D'UNE LECTURE NUANCÉE ET INCLUSIVE DES CORPS, DES IDENTITÉS ET DES AFFINITÉS DE GENRE

La reconnaissance de la validité des corps des personnes intersex(ué)es implique celle d'une diversité d'autres corps sexués. Nous ne sommes pas les seul·e·s à être stigmatisés sur la base de notre différence. Bien des femmes et des hommes qui entrent dans les standards médicaux des sexes «femme» et «mâle» dérogent néanmoins des critères esthétiques sociaux qui sont érigés autour d'eux. Beaucoup de femmes craignent d'être considérées comme «moins femmes» si elles ont plus de pilosité que la moyenne, ou si leur poitrine se développe moins que la moyenne, ou si leur taille est moins affinée. Même si les critères de beauté et de normativité corporelle atteignent globalement moins les hommes, plusieurs craignent d'être considérés comme «moins hommes» s'ils sont plus petits que la moyenne ou présentent une musculature moins développée – pour ne nommer que ces exemples.

Sinon, les personnes intersex(ué)es font déjà partie du tissu social. Nous ne sommes pas toujours reconnues puisque notre apparence extérieure apparaît souvent comme normative (nous ne nous baladons pas nus en public, la plupart du temps). Certes, ceci est aussi le résultat des modifications de sexe, mais même les personnes demeurées intactes ne soulèvent pas toutes des interrogations quant à la forme de leur corps sexué. À l'inverse, les personnes d'entre nous qui suscitent l'interrogation et la suspicion sont souvent identifiées comme personnes trans. Et certaines d'entre nous effectuent bel et bien une transition, parfois dans l'espoir de retrouver le corps d'origine.

Certaines personnes parmi nous sommes déjà impliquées depuis longtemps dans les milieux féministes et avons marché aux côtés de personnes dont le corps sexué est normativement «femme». Indépendamment de nos identités, les personnes parmi nous qui furent fabriquées «femelles» connaissons intimement la socialisation femme, puisque ses fondements hétérosexistes sont marqués dans notre chair. Plusieurs personnes parmi

³⁷ Les personnes qui aimeraient en savoir plus peuvent consulter les excellents documentaires «Herma XXY : L'intersexuation»; «Orchids : My Intersex Adventure»; puis «Intersexions».

nous fréquentons déjà des espaces ségrégués sur la base du « sexe » tels que les toilettes, sans que ceci ne cause de commotion. Si, comme tout autre groupe de la population, nous ne sommes pas toutes féministes, ou n'adhérons pas toutes à des lunettes développées au sein des communautés de la diversité sexuelle, certaines parmi nous ont toutes ces luttes à cœur et établissent des liens entre elles. Pour ces dernières, une chose est claire : arrêter la lutte aux stéréotypes à ceux associés aux comportements de genre est tourner à vide. On se heurtera toujours au pilier du corps, avec les normes qu'il produit.

CONCLUSION : POUR L'AUTODÉTERMINATION ET LA DIGNITÉ

Nous appuyons les personnes trans dans l'obtention d'un règlement qui respecte leur autonomie et leur dignité³⁸. Les violences qu'elles subissent doivent cesser. Par solidarité, mais aussi parce que certaines personnes intersex(ué)es doivent elles-mêmes entamer un parcours de transition. Du même souffle, nous annonçons notre volonté de voir nos droits humains au respect de notre intégrité physique, de notre autodétermination et de notre dignité être également reconnus. Les personnes intersex(ué)es devraient avoir la possibilité de décider comment disposer de leur corps. Le conserver tel quel – ou lui apporter des modifications selon les modalités désirées, dans un contexte où l'on peut assurer qu'elles aient exercé un consentement personnel, libre, préalable et pleinement éclairé. La dépathologisation et l'offre de soins psychosociaux indépendants sont un prérequis pour cette condition, puisque la transmission d'un regard négatif induit de faux consentements. De plus, il faut s'assurer de l'absence d'une limite d'âge à l'offre de transformations corporelles gratuites, puisque celle de 18 ans induit également de faux consentements.

Il faut aussi se garder de n'être préoccupé que par les opérations en bas âge. L'affirmation d'une identité de genre n'est pas le signe que l'enfant désire (immédiatement) des transformations corporelles, ou du moins qu'il désire que son corps corresponde à l'ensemble des standards médicaux. L'enfant en absence de modèles qui reçoit une image négative de son corps par le biais des autorités médicales – en qui il a appris à

³⁸ Notamment les positions affirmées dans les mémoires du Centre de lutte contre l'oppression des genres, de l'ASTTeQ, de la Coalition jeunesse montréalaise de lutte contre l'homophobie, du Groupe action trans de l'UdeM, de la Réclame, ainsi que du Groupe Parents d'enfants transgenres.

accorder une absolue confiance – ne sera pas en mesure d'exercer un consentement pleinement éclairé. Nous cumulons malheureusement les témoignages à cet égard.

Les enfants intersexués ont droit au même amour et au même respect que n'importe quel autre enfant. Procéder à des modifications de sexe pour le normaliser lui envoie le message qu'il était si indésirable que nous étions incapables d'attendre qu'il prenne sa propre décision avant d'aller de l'avant. Nous lui envoyons le message que notre amour est conditionnel. Et si nous le faisons par désir de protection de la discrimination qu'il vivra plus tard, c'est accomplir en fait la commande des intimidateurs en s'assurant que disparaisse en lui ce que ceux-ci refusent de voir – avec le tranchant du scalpel ou la charge des hormones non désirées. Nous aurions espéré qu'à ce stade, la leçon fut déjà apprise. Transformer de force les jeunes des Premières Nations pour leur faire soi-disant épargner la marginalisation sociale dans une société dite civilisée, faire entrer de force les femmes dans le carcan de la conformité pour les empêcher de souffrir de l'impitoyabilité du vaste monde (patriarcal), envoyer des adolescents gais, lesbiennes ou bisexuels dans des thérapies de conversion forcées, soumettre les enfants au genre non conforme à des thérapies «réparatrices», a toujours produit l'inverse que la protection, soit la destruction de l'estime de soi et de l'amour-propre. Plusieurs d'entre nous parlons en fait de mutilations génitales intersexes. Nous savons bien que la formule choque, parce qu'elle s'applique à nos propres sociétés et non à d'autres que nous aimons pointer du doigt et éduquer. Elle atteint également une institution jouissant d'un tel prestige au sein de notre société qu'il est difficile de concevoir qu'elle puisse se tromper. Et pourtant, ici comme ailleurs, la logique mise de l'avant pour justifier ces mutilations est la même : s'il reste intact, l'enfant ne sera pas accepté par ses parents, par sa communauté, de même que par de futurs partenaires³⁹. Il ne peut suffire de brandir la différence du « rituel » lorsque la logique, le geste et les conséquences sont les mêmes.

Nous espérons que le Québec – et le Canada – emboîtera bientôt le pas sur l'initiative adoptée par l'Australie et par Malte. Le Sénat australien de même que le gouvernement maltais ont reconnu que la situation des personnes intersex(ué)es ne doit pas être d'abord comprise sous un angle médical, mais bien sous celui des droits humains. C'est avec l'implication de spécialistes de ce dernier domaine qu'il est possible de démêler les traitements médicaux cruciaux au maintien de la santé de ceux qui sont entachés de

³⁹ Sauvé (2015) le relève également dans son article «Les oublié·e·s du régime de catégorisation du sexe aux fins de l'état civil».

jugements sociaux. Car c'est seulement dans la pleine reconnaissance de la valeur de notre intégrité physique, de notre autodétermination et de notre dignité que nous pouvons nous épanouir.

Nous vous remercions d'avoir pris connaissance de ce mémoire qui, nous l'espérons de tout coeur, vous sensibilisera aux enjeux que connaissent les personnes intersex(ué)es.

RÉFÉRENCES

- Ahmed, Faisal S., Anna Nordenstrom, Charmian A. Quigley, Gary Butler, Fernando Cassorla, Sten Drop, Christa Fluck, et al. 2013. « Letter to Mr JE Mendez Special Rapporteur on Torture Office of the High Commissioner for Human Rights on the A/HRC/22/53 – Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment ».
- Alexander, Tamara. 1997. « The Medical Management of Intersexed Children: An Analogue for Childhood Sexual Abuse | Intersex Society of North America ». Intersex society of North America. En ligne. <<http://www.isna.org/articles/analog>>. Consulté le 18 novembre 2014.
- Allard, Sophie. 2009. « Entre deux sexes: opérer ou pas? ». La Presse, 18 septembre 2009. En ligne. <<http://www.lapresse.ca/vivre/societe/200909/18/01-903057-entre-deux-sexes.php>>. Consulté le 3 juillet 2013.
- Assemblée parlementaire. 2013. *Résolution 1952 : Le droit des enfants à l'intégrité physique. Conseil de l'Europe* (version finale). En ligne : <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/X2H-Xref-ViewPDF.asp?FileID=20174&lang=fr> (consulté le 23 avril 2015)
- Bastien Charlebois, Janik. 2014. « Femmes intersexes: Sujet politique extrême du féminisme ». *Recherches féministes*, vol. 27, no 1, p. 237-256.
- Bastien Charlebois, Janik et Vincent Guillot. 2014. « Medizinische Widerstände gegenüber der Kritik von Intersex Aktivist_innen » [Les résistances médicales aux critiques d'activistes intersexes : quelques opérations sur le front de la crédibilité]. Dans *Normierte Kinder : Effekte der Geschlechternormativität auf Kindheit und Adoleszenz*, sous la dir. de Erik Schneider et Christel Baltes-Löhr, p. 277-293. Transcript Verlag. Bielefeld.
- Blackless, Melanie, Anthony Charuvastra, Amanda Derryck, Anne Fausto-Sterling, Karl Lauzanne et Ellen Lee. 2000. « How sexually dimorphic are we? Review and synthesis ». *American Journal of Human Biology*, vol. 12, no 2, p. 151-166.
- Brauer, Susanne. 2012. *Attitude à adopter face aux variations du développement sexuel: Questions éthiques sur l'intersexualité*. Prise de position. Berne : Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine NEK/CNE (Suisse).
- Community Affairs References Committee. 2013. *Involuntary or coerced sterilisation of intersex people in Australia*. Canberra, Australia : Australian Senate.
- Committee on the Rights of the Child. 4 février 2015. *Concluding observations on the combined second to fourth periodic reports of Switzerland CRC/C/CHE/CO/2-4* (version avancée non éditée). Convention des droits de l'enfant. Nations Unies.
- Committee on the Rights of Persons with Disabilities. 17 avril 2015. *Concluding observations on the initial report of Germany CRPD/C/DEU/CO/1* (version avancée non-éditée). Convention des droits des personnes en situation de handicap. Nations Unies.

- Creighton, Sarah M., Lina Michala, Imran Mushtaq et Michal Yaron. 2014. « Childhood surgery for ambiguous genitalia: glimpses of practice changes or more of the same? ». *Psychology & Sexuality*, vol. 5, no 1, p. 34-43.
- Davis, Georgiann. 2011. « DSD is a Perfectly Fine Term”: Reasserting Medical Authority through a Shift in Intersex Terminology ». Dans *Sociology of Diagnosis*, sous la dir. de P.J. McGann et David J. Hutson., p. 155-182. Coll. « Advances in Medical Sociology ». New York : Emerald Group Publishing.
- Davis, Georgiann et Erin L. Murphy. 2013. « Intersex Bodies as States of Exception: An Empirical Explanation for Unnecessary Surgical Modification ». *Feminist Formations*, vol. 25, no 2, p. 129-152.
- Dorlin, Elsa. 2005. « De l’usage épistémologique et politique des catégories de «sexe» et de «race» dans les études sur le genre ». *Cahiers du genre - Féminisme(s): penser la pluralité*, p. 83-105.
- Dreger, Alice D. 1998. *Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex*. Cambridge, MA.: Harvard University Press.
- Dreger, Alice, Ellen K. Feder et Anne Tamar-Mattis. 2012. « Prenatal Dexamethasone for Congenital Adrenal Hyperplasia ». *Journal of Bioethical Inquiry*, vol. 9, no 3, p. 277-294.
- Fausto-Sterling, Anne. 2000. *Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality*. New York : Basic Books.
- Gosselin, Lucie. 2012. *Intersexualité: Des sexes en question dans les sociétés occidentales*. Mémoire, Québec : Université Laval.
- Gravel, Pauline. 2013. « Entre le X et le Y, des êtres humains ». *Le Devoir*. En ligne. <<http://www.ledevoir.com/societe/science-et-technologie/387482/entre-le-x-et-le-y-des-etres-humains>>. Consulté le 27 décembre 2013.
- Gueniche, K., M. Jacquot, E. Thibaud et M. Polak. 2008. « L’identité sexuée en impasse... À propos de jeunes adultes au caryotypeXY nées avec une anomalie du développement des organes génitaux et élevées en fille ». *Neuropsychiatrie de l’Enfance et de l’Adolescence*, vol. 56, no 6, p. 377-385.
- Guillot, Vincent. 2008. « Intersexes: Ne pas avoir le droit de dire ce qu’on ne nous a pas dit que nous étions ». *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 27, no 1, p. 37-48.
- Hester, David J. 2006. « Intersex and the rhetorics of healing ». Dans *Ethics and intersex*, sous la dir. de Sharon E. Sytsma, p. 47-71. Coll. « International library of ethics, law, and the new medicine v. 29 ». Dordrecht : Springer.
- Holmes, Morgan. 2008a. *Intersex: A Perilous Difference*. Selinsgrove : Susquehanna University Press.
- _____. 2008b. « Mind the Gaps: Intersex and (Re-productive) Spaces in Disability Studies and Bioethics ». *Journal of Bioethical Inquiry*, vol. 5, no 2-3, p. 169-181.
- Hudson, John M. 2012. «Surgical Treatment in Infancy», dans *Disorders of Sex Development: An Integrated Approach to Management*, sous la dir. de John M. Hudson, Garry L. Warne et Sonia R. Grover. Berlin: Springer-Verlag, p. 174

- Karkazis, Katrina. 2008. *Fixing Sex: Intersex, Medical Authority, and Lived Experience*. Durham (NC) : Duke University Press.
- Kessler, Suzanne J. 1998. *Lessons from the intersexed*. New Brunswick, N.J : Rutgers University Press.
- Klöppel, Ulrike. 2010. *XXOXY ungelöst: Hermaphroditismus, Sex und Gender in der deutschen Medizin: eine historische Studie zur Intersexualität*. Coll. « GenderCodes Bd. 12 ». Bielefeld : Transcript.
- Kolbe, Angela. 2009. « Intersex, a Blank Space in German Law? ». Dans *Critical Intersex*, sous la dir. de Morgan Holmes, p. 147-170. Burlington : Ashgate.
- Kraus, Cynthia, Céline Perrin, Séverine Rey, Lucie Gosselin et Vincent Guillot. 2008. « Démédicaliser les corps, politiser les identités: convergences des luttes féministes et intersexes ». *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 27, no 1, p. 4-15.
- Lahood, Grant. 2012. *Intersexion: A documentary about being intersex*. 68 min.
- Lee, Peter A., Christopher P. Houk, Faisal Ahmed et Ieuan A. Hughes. 2006. « Consensus Statement on Management of Intersex Disorders ». *Pediatrics*, vol. 118, p. e488-e500.
- Machado, P. S., A. B. Costa, H. C. Nardi, A. M. V. Fontanari, I. R. Araujo et D. R. Knauth. 2015. « Follow-up of psychological outcomes of interventions in patients diagnosed with disorders of sexual development: A systematic review ». *Journal of Health Psychology*. En ligne. <http://hpq.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/1359105315572454> Consulté le 23 avril 2015.
- Méndez, Juan E. 2013. Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. A/HRC/22/53. Nations Unies, Assemblée générale, Conseil des droits humains, par. 88. En ligne : http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf (consulté le 23 avril 2015)
- Money, John. 1951. « A Paradox Examined » dans *Hermaphroditism: An Inquiry Into the Nature of a Human Paradox*. Thèse de doctorat inédite: Harvard University, p. 185-204.
- Money, John. 1994. *Sex errors of the body and related syndromes: a guide to counseling children, adolescents, and their families*. 2nd ed. Baltimore : P.H. Brookes Pub. Co.
- Outgames Montréal. 2006. Déclaration de Montréal. Conférence internationale sur les droits humains des LGBT. Montréal.
En ligne : <http://www.declarationofmontreal.org/DeclarationdeMontrealFR.pdf> (consulté le 23 avril 2015).
- Pelletier, Mélanie P. 2015. *Herma XXY : L'intersexuation*.
- Poulin-Chartrand, Sarah. 2013. « Un sexe de force ». *Gazette des femmes*. En ligne. <http://www.gazettedesfemmes.ca/6976/un-sexe-de-force/> Consulté le 23 décembre 2013.
- _____. 2014. « Naître un peu garçon et un peu fille ». *Enfants Québec*. En ligne. <http://enfantsquebec.com/2014/02/05/ambiguite-sexuelle-peu-garcon-peu-fille/> Consulté le 27 février 2014.

- Reitsma, W., M. J. Mourits, M. Koning, A. Pascal et B. van der Lei. 2011. «No (Wo)man is an island – the influence of physician’s personal predisposition to labia minora appearance on their clinical decision making: a cross-sectional survey». *The Journal of Sexual Medicine*, vol. 8, n. 8, p. 2377-2385.
- Sauvé, Jean-Sébastien. 2015. «Les oublié·e·s du régime de catégorisation du sexe aux fins de l’état civil : regard sur la situation juridique des personnes intersexes et trans*». Dans *Les oubliés du code civil du québec*, sous la dir. de Vincent Caron, Gabriel-Arnaud Berthold, Charlotte Deslauries-Goulet et Jérémie Torres-Ceyte. Montréal : Éditions Thémis, p. 165-191.
- Statistiques Canada. 2008. Tableau 12.2 : «Naissances vivantes et morts foetales (mortinaissances), selon la géographie – Lieu de naissance (en milieu hospitalier et ailleurs qu’en milieu hospitalier)». En ligne : <http://www.statcan.gc.ca/pub/84f0210x/2008000/t026-fra.htm> (consulté le 23 avril 2015)
- Tamar-Mattis, Anne. 2006. « Exceptions to the rule: Curing the law’s failure to protect intersex infants ». Berkeley J. Gender L. & Just., vol. 21, p. 59.
- _____. 2014. « Medical Treatment of People with Intersex Conditions as Torture and Cruel, Inhuman, or Degrading Treatment or Punishment ». Dans *Torture in healthcare settings: Reflections on the special rapporteurs on torture’s 2013 thematic report*, p. 91 - 104. Washington (DC) : Washington College of Law - Center for Human Rights and Humanitarian Law.
- Tosh, Jemma. 2013. «The (In)Visibility of Childhood Sexual Abuse: Psychiatric Theorizing of Transgenderism and Intersexuality». *Intersectionalities: A Global Journal of 2013 Social Work Analysis, Research, Polity, and Practice*, vol. 2, p. 71-87.
- Tremblay, Mylène. 2014. « Intersexualité – Rencontre du troisième sexe ». *Châtelaine*, novembre 2014, p. 82.
- Wilcox, André, Isabel Côté et Geneviève Pagé. 2015. «L'enfant intersexué : dysphorie entre le modèle médical et l'intérêt supérieur de l'enfant». *Intervention*, n. 142 (sous presse).