

À qui appartient-il de déterminer les modes d'intervention auprès des personnes intersexuées ?

Janik Bastien Charlebois, Ph.D.

Volume 28, Number 1, Spring 2016

De l'intervention à l'action : nouvelles avenues d'inclusion des communautés LGBTQI

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1039174ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1039174ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Université du Québec à Montréal

ISSN

1703-9312 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Charlebois, J. B. (2016). À qui appartient-il de déterminer les modes d'intervention auprès des personnes intersexuées ? *Nouvelles pratiques sociales*, 28(1), 66–86. <https://doi.org/10.7202/1039174ar>

Article abstract

Intersex people stand in the midst of tensions around the orientation of medical treatment of their body and the determination of “their own good”. The will for self-determination relayed by politicised social actors and the critiques they level at doctors are dealt with minimized credibility. Examining the strongest grounds for maintaining medical primacy, this text submits the answers the intersex community developed to them. This reflection builds up on Young’s philosophical perspectives on self-determination and on Fricker’s concept of epistemic injustice.



DOSSIER

À qui appartient-il de déterminer les modes d'intervention auprès des personnes intersexuées?

Janik BASTIEN CHARLEBOIS, Ph.D.
Département de sociologie
Université du Québec à Montréal

Les personnes intersex(u)ées sont au cœur de tensions dans l'orientation des pratiques médicales sur leur corps et la détermination de leur « propre bien ». La volonté d'autodétermination relayée par les acteurs sociaux politisés et les critiques qu'ils formulent à l'endroit des médecins se heurtent au déficit de crédibilité que celle-ci leur accorde. En isolant certains des motifs les plus solides du maintien de la primauté médicale sur l'orientation des pratiques, nous relevons les arguments développés par la communauté intersexe pour y répondre. Cette réflexion est menée à partir des perspectives philosophiques de Young sur l'autodétermination et du concept d'injustice épistémique de Fricker.

Mots-clés : intersexuation, autodétermination, savoirs situés, droits humains, médecine

Intersex people stand in the midst of tensions around the orientation of medical treatment of their body and the determination of “their own good”. The will for self-determination relayed by politicised social actors and the critiques they level at doctors are dealt with minimized credibility. Examining the strongest grounds for maintaining medical primacy, this text submits the answers the intersex community developed to them. This reflection builds up on Young’s philosophical perspectives on self-determination and on Fricker’s concept of epistemic injustice.

Keywords: intersex, empowerment, situated knowledge, human rights, medicine

DE L’IMPOSITION MÉDICALE DU « PROPRE BIEN » À LA REVENDICATION INTERSEXE DE L’AUTODÉTERMINATION¹

L’existence des personnes intersex(ué)es² et la teneur des interventions médicales non consenties et non thérapeutiques auxquelles elles sont soumises demeurent largement ignorées dans nos sociétés. Il en va de même des mobilisations intersexes entamées depuis vingt ans pour réclamer l’arrêt de ces interventions ainsi que le respect des droits humains de toute personne intersex(ué)e à l’intégrité, à l’autodétermination et à la dignité (Troisième forum international intersexe, 2013). Cette ignorance, qui est un dérivé de la prise en charge intersexe et de ses pratiques d’effacement de la différence corporelle, produit de formidables obstacles à surmonter pour être entendu (Guillot, 2008). En amont se trouve d’abord la rareté des scripts permettant aux personnes intersex(ué)es d’identifier leur propre trajectoire comme correspondant à l’expérience intersexe. S’ajoutent ensuite l’inexistence de services de soutien psychosocial adapté pour guérir des blessures physiques et psychiques léguées par la prise en charge médicale et la stigmatisation (Alexander, 1997; Hester, 2006; Tamar-Mattis, 2014), la difficulté de colliger les

-
1. Nous remercions le FRQSC pour son soutien financier de notre recherche sur l’émergence de la parole des personnes intersex(ué)es, dont émane cet article.
 2. Cette formule sert à inclure deux positionnements différents. Les « personnes intersexuées » désignent l’ensemble des personnes dont le corps de naissance combine des caractéristiques sexuelles dérogeant aux normes médicales délimitant les « mâles » et les « femelles ». Elles sont l’objet ou sont sujettes à des modifications chirurgicales ou hormonales non consenties de leur corps. Quant aux « personnes intersexes », elles regroupent les personnes intersexuées qui adoptent un positionnement d’affirmation de soi positive. Elles estiment qu’elles partagent une expérience commune d’invalidation médicale et rejettent la pathologisation de leur corps.

connaissances pratiques et critiques nécessaires à l'action, puis celle de rendre ses propos audibles, intelligibles et crédibles³. Ce dernier obstacle est d'autant plus grand que les pratiques d'une institution tenue en haute estime dans nos sociétés sont ciblées (Holmes, 2011). Étant reconnue pour son adhésion à un code de déontologie et à une culture de professionnalisme, la possibilité qu'elle cause des torts institutionnalisés est difficilement concevable.

Depuis le milieu du 20e siècle jusqu'à aujourd'hui, l'institution médicale imprègne le vécu des personnes intersexuées par le truchement d'équipes réunissant les domaines doublement spécialisés de l'endocrinologie, l'urologie et la psychiatrie pédiatriques, ainsi que la génétique. Des psychologues peuvent aussi en faire partie. Sous l'impulsion de l'Unité psychohormonale de la prestigieuse université médicale Johns Hopkins, ces domaines envisagent les corps intersexués comme des pathologies et estiment nécessaire sinon préférable de les modifier pour les rendre conformes à ses standards normatifs « mâle » et « femelle » (Kraus *et al.*, 2008). L'absence de consentement est justifiée par l'idée que ces modifications visent le « propre bien » de l'enfant (Holmes, 2002; Karkazis, 2008; Kessler 1998; Money, 1994). Or, cette prise en charge se déploie dans un contexte où cette institution dispose désormais non seulement du privilège juridique de déterminer ce en quoi les meilleures pratiques consistent, mais également de celui d'en instaurer sans faire la démonstration préalable de leur nécessité (Karkazis, 2008; Sauvé, 2015). On lui accorde en somme des capacités et des prérogatives d'autorégulation, tout particulièrement dans le domaine de la prise en charge de l'intersexuation.

Bien que la première organisation intersexe, l'Intersex Society of North America (ISNA), ait émis des critiques sévères à l'égard des pratiques médicales, elle s'est rapidement investie dans des démarches de sensibilisation et des échanges avec les professionnels médicaux, allant jusqu'à inclure des médecins sur son comité d'administration. Elle fait malgré tout initialement confiance à la capacité de l'institution médicale de s'autoréguler. Grand nombre de professionnels de ces équipes reçoivent cependant mal la remise en question de leurs pratiques, ainsi que l'appel à l'arrêt des

3. Cette difficulté se manifeste jusque dans l'écriture de ce texte, où l'enchaînement d'éclaircissements nécessaires à la compréhension de la question requiert beaucoup de développement dans un espace très restreint. De plus, certains propos ou termes paraîtront plus « chargés » ou subjectifs parce que les personnes intersexuées ne jouissent pas encore d'une pleine (re)connaissance sociale. À titre d'exemple, employer « mutilation génitale intersexe » choque là où la mention de « mutilation génitale féminine » sera considérée par plusieurs comme neutre et apolitique.

interventions non consenties et non thérapeutiques (Beck, 1997; Bastien Charlebois et Guillot, 2014; Holmes, 2008; Karkazis, 2008; Morland, 2009). Devant la persistance des équipes médicales à refuser de remettre en question la pathologisation des corps intersexués, l'ISNA adopte alors une position de compromis et appuie la création en 2005 d'une nouvelle terminologie remplaçant les « (pseudo)hermaphrodite » et « intersexe » utilisés dans la littérature médicale par « anomalie du développement du sexe », de l'anglais : *disorders of sex development* ou *DSD* (Dreger *et al.*, 2005). Son adoption survient lors de la rencontre du Consortium de Chicago, réunissant des spécialistes s'investissant dans la prise en charge intersexe afin de réviser les protocoles. Les quelques membres de l'ISNA et les professionnels médicaux ayant promu le terme DSD font valoir qu'il contribuerait à la mise en place de « soins centrés sur les patients », ainsi qu'à la cessation ou à la réduction des interventions non consenties et non cruciales au maintien de la santé (Dreger, 2007; Dreger *et al.*, 2005; Lee *et al.*, 2006). Des spécialistes éminents ayant participé au Consortium publient ensuite la déclaration de consensus sur le traitement des personnes « atteintes d'un DSD » (cf. Lee *et al.*, 2006). Présentée comme une démarche d'autorégulation, elle invite à plus de transparence dans les interventions, de même qu'au report de certaines d'entre elles. Cette initiative ne propose cependant pas la cessation de toutes les interventions non consenties et non cruciales au maintien de la santé des enfants intersexués, ni n'est contraignante. Aujourd'hui, elles sont toujours prévalentes (Creighton *et al.*, 2014; Davis, 2011; Davis et Murphy, 2013).

Depuis, les tentatives de collaboration sont considérées par un nombre grandissant d'activistes intersexes comme infructueuses, risquées, voire douloureuses. Lors de leurs trois rassemblements internationaux soutenus par l'Internation Lesbian, Gay, bisexual, trans, and intersex Association (ILGA) en 2011, 2012 et 2013, une majorité d'organisations intersexes ont souligné l'importance d'être les actrices des changements sociaux, politiques et législatifs qui les concernent. Elles s'engagent dans la reconnaissance de leurs droits humains et l'adoption de lois interdisant formellement les interventions non consenties et non cruciales au maintien de la santé.

Les revendications de personnes intersexes deviennent alors audibles, intelligibles et crédibles aux yeux des acteurs sociaux, organisations et institutions œuvrant pour le respect des droits humains. Parmi la trentaine de prises de position institutionnelles en leur faveur, nous retrouvons celle du Rapporteur spécial de l'Organisation des nations

unies sur la torture et les autres traitements inhumains et dégradants, Charles E. Méndez (2013), considérée comme un moment décisif⁴:

77. Children who are born with atypical sex characteristics are often subject to irreversible sex assignment, involuntary sterilization, involuntary genital normalizing surgery, performed without their informed consent, or that of their parents, “in an attempt to fix their sex”, [107] leaving them with permanent, irreversible infertility and causing severe mental suffering.

76. [...] These procedures [genital-normalizing surgeries] are rarely medically necessary,[106] can cause scarring, loss of sexual sensation, pain, incontinence and lifelong depression and have also been criticized as being unscientific, potentially harmful and contributing to stigma (A/HRC/14/20, para. 23). [...]

88. The Special Rapporteur calls upon all States to repeal any law allowing intrusive and irreversible treatments, including forced genital-normalizing surgery, involuntary sterilization, unethical experimentation, medical display, “reparative therapies” or “conversion therapies”, when enforced or administered without the free and informed consent of the person concerned. He also calls upon them to outlaw forced or coerced sterilization in all circumstances and provide special protection to individuals belonging to marginalized groups.

À ce jour, aucune équipe ou association médicale ne s'est prononcée en faveur de la reconnaissance des droits humains des personnes intersexuées, de même que l'adoption de lois interdisant les interventions non consenties et non thérapeutiques. Elles font reposer le maintien de leurs pratiques sur les arguments suivants. Ne pas modifier le corps : 1) peut compromettre la production d'un lien d'attachement de la part des parents, et donc du bien-être de l'enfant (p. ex. Deal et Houle, citées dans Gravel, 2013); 2) peut faire obstacle à la construction d'une identité de genre positive chez les enfants (p. ex. Fékété, citée dans Vincent, 2009); 3) expose les enfants à la discrimination ainsi qu'à des mauvais traitements de la part de leurs pairs (p. ex. Deal et Houle, citées dans Gravel, 2013); 4) expose dans certains cas les enfants à des troubles de santé physique (Lee *et al.*,

4. Les autres prises de position d'agences de l'ONU, d'institutions des droits humains et d'entités politiques s'adressent également aux États pour les enjoindre à faire cesser ces pratiques. Dans le cas d'agences de l'ONU liées à des traités ratifiés, ces injonctions doivent être suivies. Il est possible de consulter une liste non à jour des prises de position institutionnelles en faveur du respect de l'intégrité physique et de l'autodétermination des personnes intersexuées sur le site suivant : <http://oifrancophonie.org/nos-revendications/declarations/>

2006). De toute façon : 5) les techniques chirurgicales se sont améliorées depuis et entraînent moins sinon aucune complication ou de perte de sensibilité sexuelle (p. ex. American Academy of Pediatrics, cité dans Beck, 1997; Fékété, citée dans Vincent, 2009; Deal, citée dans Tremblay, 2014); et 6) une majorité de patients sont satisfaits des interventions non consenties et non thérapeutiques qu'ils ont subies (p. ex. Gearhardt, cité dans Angier, 1996; Meyer-Bahlburg *et al.*, 2004; Tremblay, 2014). Une particularité commune à ces positions est l'invalidation des connaissances sur lesquelles les personnes intersex(ué)es font reposer leur critique des pratiques médicales. Tel qu'avance Deal (citée dans Gravel, 2014) :

Quand j'entends les groupes de défense de l'intersexe dire qu'il ne faut pas toucher à l'anatomie de ces enfants et qu'il faut attendre qu'ils puissent choisir eux-mêmes à l'âge adulte, on ne se rend pas compte des conséquences d'une telle attitude sur la relation parent-enfant, laquelle aura des impacts sur le développement psychologique de l'enfant. Ce n'est pas aussi simple que ne le prétendent ces gens. Cette attitude peut avoir diverses répercussions.

Les désaccords entre la perspective médicale et celle des personnes intersex(ué)es s'exprimant en public sont marqués et socialement irrésolus. Les professionnels médicaux estiment que la primauté de la détermination de l'orientation des soins leur revient, tandis que les personnes intersex(ué)es sont d'avis qu'elles devraient l'exercer sur la base de leurs droits humains. *La sauvegarde de la santé physique et mentale des personnes intersex(ué)es est-elle mieux assurée par l'autorégulation des pratiques médicales ou par la reconnaissance de l'autodétermination des personnes intersex(ué)es?*

L'AUTODÉTERMINATION ET LA CAPACITÉ DE JUGEMENT AU PRISME DE L'ÉCONOMIE DE LA CRÉDIBILITÉ

Répondre à cette question nécessite de déterminer quelle institution ou quel groupe social est en meilleure position de se faire le médiateur des besoins et aspirations des personnes intersex(ué)es, et ainsi d'orienter les pratiques pour les satisfaire. Les ramifications de cette capacité de médiation sont multiples. On peut l'explorer sur le plan du droit à l'autodétermination individuelle, et donc à l'exploration et à l'« erreur ». Dans ce cas de figure, on peut se faire le médiateur de soi-même et de ses propres aspirations sans que ceci ne fasse l'objet d'approbations préalables extérieures. Comme ce qui inquiète les professionnels médicaux sont les possibles effets négatifs d'absences d'interventions sur

des enfants qui n'ont pas la capacité cognitive et la maturité de formuler leurs propres aspirations, le nœud de la question touche la capacité de se faire les médiateurs de besoins et d'aspirations d'autrui, de surcroît de personnes ne pouvant encore parler pour elles-mêmes. Cette capacité se décline en : 1) les ressources pour accéder à une population représentative et la représenter éventuellement; 2) les outils cognitifs pour cerner adéquatement et comprendre les besoins potentiellement diversifiés qu'elle éprouve.

Ce questionnement n'est pas unique à la situation des personnes intersexuées vis-à-vis du milieu médical. Il se fait l'écho de débats semblables engageant des groupes sociaux invalidés à l'égard de ceux qui détiennent l'autorité pour déterminer les actions qui les concernent. Ainsi s'est-on interrogé sur la pertinence d'accorder ou non l'autonomie aux femmes, de même qu'aux groupes sociaux colonisés, aux personnes pauvres, aux personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles ou encore trans de déterminer leur « propre bien ». Ces interrogations ne se limitent pas à la sphère politique, mais traversent toutes les sphères sociales, y compris universitaire et de santé. Telles que le relèvent Young (1990, 2000) ou Fricker (2007), celles-ci s'arriment à des évaluations sur la capacité cognitive ou de jugement des acteurs respectifs, où divers construits tels que l'objectivité, l'expertise, la subjectivité ou le politique sont mobilisés. Se déploie une économie de la crédibilité peu réfléchie dans les milieux de la recherche (post)positiviste, selon laquelle les analyses de membres de groupes marginalisés ou opprimés sont davantage limitées par la subjectivité et le politique, là où les membres de groupes dominants auraient une meilleure prise sur le « réel », n'étant pas motivés par le politique et pouvant observer la situation en surplomb (Young, 1990, 2000). L'expertise, lorsque portée par des membres de groupes dominants, serait plus garante de production de savoirs valides, y compris la détermination des besoins adéquats aux groupes sociaux marginalisés ou opprimés. Seulement, cet apriori est contesté par les développements épistémologiques sur la position située, qui reconnaissent à ceux-ci une prise privilégiée sur leur expérience et ainsi une capacité d'arriver collectivement à en tirer des analyses plus fécondes et fidèles (Harding, 2008; Young, 1990, 2000). Tandis que la mise en doute – certes souvent inconsciente – de la validité des analyses de personnes sur la base de leur appartenance à un groupe marginalisé constitue une injustice épistémique aux effets déshumanisants (Fricker, 2007).

C'est à partir de ces perspectives sur la production de connaissances, de même que l'affirmation de l'importance de l'autodétermination de groupes sociaux telle que

défendue par Young (1990, 2000) et par la pratique du travail social anti-oppressif (Pullen Sansfaçon, 2013) que nous entamons cette réflexion. Nous y joignons également notre position située de personne intersexe ayant développé des savoirs expérientiels construits à partir de notre vécu ainsi que celui du réseau de personnes intersex(ué)s au sein duquel nous nous inscrivons.

Faute d'espace, déterminer la capacité de saisir les besoins de personnes intersexuées ne peut se faire en examinant l'ensemble des arguments respectifs de personnes intersexuées et de professionnels médicaux. Ceci ne nous apparait cependant pas nécessaire, puisque certains d'entre eux sont centraux dans la détermination de la légitimité de la médiation intersexuée ou médicale, soit les arguments quatre et six⁵. Relever une inadéquation des perspectives médicales sur certains plans constituerait déjà une démonstration des limites de l'autorégulation et de la primauté médicales.

CONSIDÉRATIONS ET DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUES

Malgré les entraves à l'émergence des personnes intersex(ué)es en tant que sujets sociaux producteurs de savoirs, certaines ont pu s'engager dans la recherche universitaire. Elles rejoignent quelques chercheurs non-intersexes des sciences sociales qui étaient entrés dans un rapport de collaboration avec des personnes et des organisations intersexes pour mener des études sur la situation des personnes intersexuées, sur celle de leurs parents, ainsi que sur les pratiques et raisonnements médicaux. Nous nous appuyons sur elles pour examiner les deux arguments retenus. En voici un court tableau synthèse.

5. André Wilcox (2015), travailleur social investi dans les services de protection de l'enfance depuis plus de vingt-cinq ans, a déjà offert une réponse au premier argument.

TABLEAU 1
**Résumé synthèse des recherches empiriques
sur l'intersexuation en sciences sociales**

Recherche	Sujet de recherche	Méthodologie
(Kessler, 1998)	Motivations médicales des interventions sur les personnes intersexuées	Entrevues semi-dirigées avec six cliniciens (1985)
	Modes d'évaluation des chirurgies génitales	Analyse de contenu de 12 études d'impact entre 1974 et 1995
	Perceptions des parents de la prise en charge médicale de leur enfant	Entrevues avec un nombre indéfini de parents et échanges écrits avec un parent en contact avec une centaine d'autres
	Perception des personnes intersexuées de leur prise en charge	Entrevues et échanges écrits auprès de 19 personnes entre janvier 1993 et septembre 1997
(Karkazis, 2008)	Perception médicale de la prise en charge intersexe	Entrevues semi-dirigées avec 19 spécialistes (2000-2002), dont plusieurs sont des sommités Observation participante de rencontres médicales
	Perception des parents de la prise en charge intersexe	Entrevues en profondeur (1 à 4 heures) avec 15 parents de personnes intersexuées entre 2000 et 2002
	Perception des personnes intersexuées de la prise en charge intersexe	Entrevues en profondeur (1 à 4 heures) avec 15 personnes intersexuées entre 2000 et 2002. Entrevues additionnelles avec trois personnes intersexes publiquement activistes
(Davis, 2011; 2015; Davis et Murphy, 2013)	Perception médicale de la prise en charge intersexe	Entrevues semi-dirigées avec 10 cliniciens (2008-2010)
	Rapport des personnes intersexes au milieu médical et à l'auto-identification	Entrevues avec 36 personnes intersexuées entre 2009 et 2010 Observations ethnographiques au sein d'organisations intersexes (300 heures)
	Rapport des parents avec la prise en charge médicale	Entrevues avec 17 parents entre 2009 et 2010
(Tamar-Mattis, 2014)	Synthèse d'écrits sur les impacts des interventions non consenties	Synthèse critique de 48 textes médicaux, juridiques et de sciences sociales. Certains des textes médicaux nomment certains effets négatifs, mais n'en tirent pas nécessairement la conclusion que les interventions doivent cesser.
(Machado, <i>et al.</i> , 2015)	Méta-analyse des recherches d'impact psychologique menées par le milieu médical	Analyse des procédés méthodologiques d'un échantillon exhaustif de recherches médicales de suivi publiées après le Consensus Statement (Lee <i>et al.</i> 2006), recherche parmi les bases de données SCOPUS et Web of science. Échantillon de 106 articles
(Jones, <i>et al.</i> , 2016)	Recherche sur l'impact psychosocial des interventions non consenties. Orientation et indicateurs sélectionnés par des contributeurs intersexués	Questionnaire en ligne avec questions fermées et ouvertes distribué en 2015, 272 répondants intersexués.

UNE ANALYSE D'ARGUMENTS PRODUITS PAR LE MILIEU MÉDICAL DANS LE CADRE D'UNE PRATIQUE AUTORÉGULATRICE

Nous nous appliquons dans les deux cas à rendre le cœur de l'argument. Cependant, chacun pourrait être davantage développé.

Plusieurs interventions sont nécessaires au maintien de la santé physique.

Cet argument est probablement celui qui pourrait le plus justifier l'ascendance de l'expertise médicale. Il est d'ailleurs davantage évoqué depuis la rencontre du Consortium, où l'abandon du terme « intersexe » a contribué à estomper l'accent mis sur la conformation d'un corps dérogeant à des normes pour développer celui de la correction de pathologies localisées (Davis, 2011; Davis et Murphy, 2013). Si les personnes intersex(ué)es critiques des interventions médicales non consenties ne s'opposent pas à celles qui sont nécessaires au maintien de la vie ou cruciales pour la santé, elles sont en désaccord avec la catégorisation de certaines interventions comme étant thérapeutiquement nécessaires.

Un exemple de motif thérapeutique souvent avancé par les professionnels médicaux mais étant l'objet d'un contentieux est le risque de développement d'un cancer chez des personnes ayant des gonades/testicules internes, qu'ils présentent comme étant élevé. Ils justifient alors le retrait rapide de ces gonades/testicules par une logique préventive ou prophylactique (Lee *et al.*, 2006). Cependant, les personnes intersex(ué)es qui ont subi un retrait des gonades/testicules sans que le cancer n'y soit développé sont troublées voire traumatisées par cet acte auquel elles n'ont pas consenti (Davis, 2015; Hester, 2006; Jones *et al.*, 2016; Karkazis, 2008; Tamar-Mattis, 2014). Qui plus est, certaines d'entre elles avaient des gonades/testicules en capacité de produire des hormones initiant le développement de caractéristiques sexuelles secondaires et d'autres, nécessaires au développement des os, sans compter un potentiel de fertilité (Australian Senate Committee, 2013; Hester, 2006; Tamar-Mattis, 2014). Les hormones de remplacement ne peuvent répondre à l'ensemble de ces fonctions ou besoins, peuvent entraîner des effets secondaires négatifs ou être difficiles à doser adéquatement (Hester, 2006; Tamar-Mattis, 2014).

Parmi les personnes touchées par cet enjeu se trouvent celles à qui on appose le diagnostic d'insensibilité partielle ou complète aux androgènes (communément PAIS et CAIS dans la littérature médicale) et qui subissent pour la plupart ces retraits

prophylactiques (Hester, 2006; Tamar-Mattis, 2014). Or, les données sur les risques de cancer s'appuient sur peu d'études et fluctuent d'une méta-analyse à l'autre, où certaines études sont retirées du bassin sans que cette décision soit explicitée ou motivée (Australian Senate Committee, 2013). Dans le cas du PAIS, on passe d'une évaluation de risque de 15 % lorsque les trois études (80 patients) réalisées à ce sujet sont réunies, à 50 % lorsque l'on retire l'une de ces études (24 patients). Quant au CAIS, l'estimation passe de 0,8 % de risque (3 études, 120 patients) à 2 % (2 études, 55 patients). C'est pourtant sur l'estimation la plus élevée que s'appuient formellement les médecins dans leur décision de retirer les gonades des personnes à qui ils apposent le diagnostic de PAIS. Même chez les personnes ayant le diagnostic de CAIS, le risque de cancer sera évoqué comme motivation principale du retrait (Australian Senate Committee, 2013).

Pour obtenir des éclaircissements sur ces données contradictoires et sur les motivations du retrait prophylactique, le Comité sénatorial australien a interrogé les équipes médicales ayant publié les articles et soumis un mémoire. Il obtint des réponses ambivalentes parmi lesquelles figuraient des motivations non thérapeutiques. Ces décisions demeurent influencées par l'assignation de genre :

The committee is concerned that other matters such as “sex of rearing” or “likelihood of gender dysphoria” are interpolated into the discussion of cancer risk. This confusion between treatment options to manage cancer risk and treatment options to manage intersex could undermine confidence in the neutrality of those advocating for surgical interventions. (p. 88)

Le comité, de même que les personnes intersexuées, recommande plutôt un suivi qui prend en considération la diversité interne des corps des personnes intersexuées, même à l'intérieur d'un même diagnostic. Il invite à distinguer traitement du cancer et traitement pour un risque possible de cancer, et ainsi à surveiller l'état des gonades plutôt que de procéder à une intervention précipitée (Australian Senate Committee, 2013).

Une majorité de personnes soumises aux interventions non consenties et non thérapeutiques en est satisfaite.

Les professionnels médicaux avancent souvent que la majorité des personnes intersex(ué)es soumises aux interventions non consenties et non thérapeutiques serait satisfaite. Pour soutenir ce point, ils s'appuient alternativement sur leur compréhension de l'activisme intersexe, sur leur expérience clinique ou sur quelques recherches d'impact.

La compréhension de l'activisme intersexe n'est pas le fruit d'une analyse systématisée et aucun texte médical ne l'a pris pour objet. Il ne se trouve que brièvement mentionné dans la littérature médicale, sans référence directe ou indirecte aux écrits et argumentaires développés par des personnes intersexuées⁶. Les rassemblements importants entre personnes intersex(ué)es tels que les trois forums internationaux soutenus par l'ILGA sont ignorés, de même que les modes par lesquels les personnes intersex(ué)es qui s'expriment en public estiment représenter adéquatement les aspirations de plusieurs qui ne prennent pas la parole. Ils ne mobilisent non plus aucune grille de compréhension des dynamiques des mouvements sociaux ou des processus de subjectivation politique pour étayer leurs déductions. Alors que les suivis à long terme indépendants ne sont pas institués, ils postulent que la majorité est satisfaite à partir du silence public de cette dernière (Bastien Charlebois et Guillot, 2014; Hester, 2006; Holmes, 2008; Karkazis, 2008).

Certains professionnels médicaux procèdent à d'occasionnels suivis et tirent leurs conclusions à partir d'échanges non formalisés avec d'anciens patients. Les « indicateurs » spontanés sont souvent le maintien de l'identité assignée ainsi que la conjugalité. L'adéquation des interventions non consenties et non thérapeutiques est convenue lorsque les patients affirment être en couple, particulièrement avec une personne de « l'autre sexe ». (Karkazis, 2008)

Sans nécessairement citer d'étude précise, d'autres professionnels médicaux font référence à des études de suivi qui affirmeraient l'adhésion de la majorité des répondants aux protocoles de prise en charge intersexe médicale. Des études de suivi existent depuis longtemps, mais n'ont souvent eu qu'un bassin restreint de personnes intersexuées et se sont rarement centrées sur les effets psychosociaux. Dans leur recension de ces études, Machado *et al.* (2015) relèvent que toutes les recherches menées à ce jour se sont centrées sur des orientations et des indicateurs déterminés par les professionnels médicaux. Ils effectuent également la collecte de données, leur qualification et leur interprétation, et tirent seuls les conclusions quant à la désirabilité des approches ou non. Les critères d'évaluation sont d'ailleurs très rarement établis. Lorsqu'ils le sont, c'est en l'absence des personnes concernées. Ainsi, les indicateurs récurrents sélectionnés par les

6. Holmes (2008, p. 2011) offre une analyse critique de la mésinterprétation que font Meyer-Bahlburg *et al.* (2004) et d'autres praticiens des revendications intersexes. Nous remarquons également, dans nos lectures de la littérature médicale, que les textes de personnes intersexes sont rarement cités même lorsqu'ils sont évoqués. Ils ne renvoient pas non plus à des articles qui en auraient fait la synthèse.

chercheurs de ces équipes sont les suivants : 1) le résultat esthétique; 2) la fonctionnalité sexuelle; 3) le succès de l'assignation identitaire (Karkazis, 2008; Kessler, 1998; Machado *et al.*, 2015; Raz, 2016).

Est donc un signe de succès une apparence cosmétique jugée « satisfaisante » par le médecin suite aux opérations, la capacité de recevoir une pénétration et d'être en couple (hétérosexuel), de même que le maintien de l'identité assignée à la naissance. Si de nouvelles recherches récemment lancées par des consortiums médicaux européens et étatsuniens accordent plus de place au volet psychologique et aux réponses de participants aux questions, elles n'annoncent pas une rupture avec la primauté médicale dans la détermination du sens à donner aux expériences des personnes intersex(ué)es, de même qu'aux modes d'agir à envisager. Un filtre minorant est présent dans l'interprétation des témoignages de ces personnes. À titre d'exemple, les personnes intersexuées qui présentent les symptômes traumatiques d'agressions à caractère sexuel sont à risque de s'en faire refuser la reconnaissance, une telle description étant absente de la littérature ou présentée en fin de liste de symptômes ou d'expériences désagréables⁷. Quelques allusions par des termes indirects (« insulte psychologique »; « apparence d'abus nocosomial », « fantasme de viol », « effets iatrogéniques », etc.) sont effectuées, mais on en conclut soit à l'erreur d'interprétation de la part des personnes intersex(ué)es, soit au manque d'évidence⁸. Dans les mots de Gueniche *et al.* (2008) :

Parfois, certaines se souviennent de scènes traumatiques de leur petite enfance où s'associe à la passivité un imaginaire sexuel violent et cru; en témoigne l'émergence dans l'après-coup *de ce fantasme de viol* réalisé avec la complicité d'une mère éplorée : « C'est sûr, une petite fille de trois ans l'emmener chez le gynécologue, toute nue, sur un drap en papier avec heu... des bougies de pénétration, non de dilatation, des gants de pénétration, je suis en train de pleurer, ma mère qui me tient, tout ça... je me dis que pour elle, ça a dû être douloureux » (2008, p. 383, notre emphase)

Les effets possibles du rapport d'autorité sur les réponses offertes par les personnes participantes ne sont pas envisagés dans ces recherches, ce qui signifie

7. Nous n'affirmons pas que les médecins désirent délibérément agresser les personnes intersexes, mais que leurs gestes et leurs effets constituent des agressions.

8. Money (1994), à titre d'exemple, parle d'une « grossière erreur d'interprétation » de la part des personnes intersex(ué)es.

qu'aucune mesure n'est prise pour y remédier. Or, divers témoignages partagés entre personnes intersex(u)ées font état de situations où elles ont répondu être satisfaites des interventions (non-)consenties, mais ne le ressentent pas ainsi pour une variété de motifs. Walcut (1995/1996) en est un des premiers exemples, consigné par écrit :

Occasionally she [la psychologue médicale participant à l'étude de suivi] would tell me, "we want to know what you're experiencing, what you're feeling". But there just wasn't a space there to talk about these kinds of things. She's talking about "when you get married..." I guess I could talk with these counselors more than anybody else, but I just couldn't open up. I was sometimes suicidally depressed, especially with the hormone pills, but I just answered "fine", when they asked how I was. (p. 11)

S'il n'est pas impossible que certaines personnes intersex(u)ées n'éprouvent pas de difficulté avec les interventions qu'elles ont subies, aucune d'elles n'a témoigné jusqu'ici dans les médias ou pris la parole pour s'opposer aux revendications réclamant l'arrêt des interventions non consenties et non thérapeutiques, de même que la reconnaissance des droits humains des personnes intersex(u)ées au respect de leur intégrité, de leur autodétermination et de leur dignité. Considérant que tout mouvement social comporte des tensions ou suscite des oppositions de membres du groupe qu'il entend représenter, cette absence est indicatrice du consensus partagé sur ce plan⁹. Ceci est en adéquation avec les observations faites par les personnes intersex(u)ées prenant la parole, qui s'inscrivent dans un rhizome de personnes intersex(u)ées partageant leur opposition aux interventions non consenties en (semi)privé, de façon directe ou par le biais des réseaux sociaux (Davis, 2015; Holmes, 2008; Gosselin, 2011). Seulement, la honte et le stigma font en sorte que la plupart des personnes intersexuées ne révèlent pas publiquement son intersexuation, ce qui rend empiriquement indémontrable la représentativité numérique des personnes qui prennent la parole en public. Dans le contexte de stigmatisation, d'accès médical exclusif aux dossiers médicaux, ainsi que de déséquilibre dans l'attribution structurelle de la crédibilité, cette exigence délégitime la parole et réduit au *statu quo*. Pourtant, les revendications portées par les activistes des droits humains maintiennent le droit à l'autodétermination et donc à la possibilité de procéder à des interventions pour celles qui le désirent (Troisième forum intersexe international, 2013). Considérant que les interventions sont irréversibles, les torts

9. Les désaccords sont certes présents, mais ils s'expriment sur d'autres axes.

hypothétiques causés par l'attente de la capacité de consentir sont moindres que ceux d'enfreindre le consentement.

L'ENCADREMENT LÉGISLATIF DES PRATIQUES MÉDICALES COMME MEILLEURE PRATIQUE À L'ÉGARD DES PERSONNES INTERSEX(UÉ)ES

L'examen des prémisses et de la validité des observations sur lesquelles ils ancrent ces trois arguments indique que le jugement des professionnels médicaux s'investissant dans la prise en charge intersexe peut être imprégné de présupposés non fondés ou d'aprioris culturels. Bien que ceci ne soit pas une démonstration de l'inadéquation de l'entièreté des arguments qu'ils mobilisent, le fait que certains soient invalidés souligne la faillibilité de leur jugement et leur susceptibilité d'adopter des approches inappropriées et dommageables.

Il demeure certes possible d'avancer la capacité future des professionnels médicaux à reconnaître l'invalidité de ces arguments et à apporter des rectificatifs permettant d'assurer des services garantissant le bien-être des enfants intersexués. Cependant, avaliser la primauté médicale sur la base d'une probabilité non garantie revient à exiger des personnes intersexuées qui critiquent les pratiques médicales à faire un acte de foi devant l'urgence de faire cesser des violations des droits humains. Ceci revient à s'en remettre au bon vouloir d'acteurs d'une institution qui n'a pas à soumettre l'instauration de ses bonnes pratiques à l'approbation préalable d'autres institutions, et encore moins de celles des acteurs concernés. À l'inverse, entreprendre des démarches politiques pour encadrer la pratique médicale et protéger les personnes intersexuées des traumatismes et des effets négatifs des interventions non consenties et non thérapeutiques par le biais de leur interdiction légale est une avenue qui, même si elle ne donne pas de résultats immédiats, permet par ses mécanismes démocratiques un meilleur contrôle sur l'ensemble du processus.

On peut rétorquer que rien ne garantisse la validité de tous les arguments sur lesquels les activistes intersexes font reposer leurs revendications. C'est ici qu'émergent à nouveau les enjeux de distribution de la crédibilité, mais surtout, les dimensions axiologiques présentes dans la création des savoirs scientifiques utilisés pour l'orientation de pratiques. Certes, une personne intersexuée prise individuellement ne peut être infaillible dans la construction de toutes ses réflexions. Toutefois, remettre en question la qualité des réflexions collectives produites par les membres d'une communauté qui, au-

delà des différents diagnostics qu'ils reçoivent, sont marqués par des expériences semblables d'invalidation et d'interventions non consenties et non thérapeutiques consiste à remettre en question la capacité de produire des savoirs adéquats sur leurs vécus et les systèmes qui les modèlent. Les membres de groupes marginalisés et opprimés ont souvent entrepris des démarches pour accéder à des savoirs institutionnalisés les concernant, y compris l'acquisition d'outils méthodologiques et épistémologiques. À l'inverse, des chercheurs faisant partie de groupes dominants ne peuvent avoir qu'une prise partielle sur le vécu et l'expérience des membres de groupes marginalisés, dont les expériences ne jouissent pas de la même exposition sociale que les leurs.

Si cette évocation des perspectives défendues par l'approche de la position située ne constitue toujours pas en soi une démonstration de la validité des argumentaires développés par les personnes intersexes réclamant la reconnaissance de leurs droits humains, elle devrait au moins inviter le lecteur à une certaine prudence épistémique dans la caractérisation des positions critiques portées par des acteurs sociaux politisés comme étant infondées et plus subjectives que celles des acteurs disposant de titres institutionnels et appartenant au groupe dominant. Le grand écart paradigmatique existant entre les perspectives défendues par les équipes médicales s'investissant dans la prise en charge intersexe et les personnes intersexuées faisant connaître leurs critiques en public ne peut être franchi à l'intérieur d'un seul texte universitaire.

Peut-être que l'inconfort le plus grand que crée la question que nous posons tient au fait qu'elle ne puisse être résolue par un simple recours à des données probantes. L'invocation de droits humains appartient à un registre autre que celui de la démonstration scientifique. Seulement, la communauté scientifique et médicale développe bel et bien des pratiques et des recherches universitaires sur la base de convictions culturelles, de principes et de valeurs. Il est difficile de les rendre visibles puisque les personnes les plus touchées par la dévaluation de leur existence ou de leur différence sont précisément celles qui appartiennent à des groupes marginalisés et opprimés. Or, les invitations qu'elles lancent à voir les aprioris propres aux positions dominantes sont souvent refusées par leur caractérisation de subjectives et seules à avoir une portée politique. Les processus scientifiques par lesquels les praticiens chercheurs reconnaissent la primauté de l'autodétermination de groupes sociaux dans la définition de « leur propre bien » demeurent donc absents et invisibles, même si plusieurs réflexions universitaires et médicales sur l'orientation des soins tiennent cette autodétermination pour acquise lorsqu'il est question de membres de groupes dominants. Les chercheurs

n'ont pas jugé nécessaire que les personnes descendantes de la colonisation de la Nouvelle-France, blanches, économiquement aisées, hétérosexuelles ou cisgenres fassent la démonstration préalable de la légitimité de leur autodétermination dans la définition de « leur propre bien » et l'orientation des soins qui en découlent. Si elles peuvent être soumises à l'autorité médicale, ce ne sera pas sur la base de ces appartenances.

S'engager dans une démarche de production de savoirs qui insiste sur l'importance de la rigueur intellectuelle et la réflexivité exige pourtant de prendre acte du déploiement de ces doubles standards. Accroître la portée de cette réflexivité requiert toutefois de réfléchir ouvertement aux modes par lesquels la recherche répond aux critiques de membres de groupes marginalisés et opprimés, de même qu'aux processus par lesquels elle qualifie des perspectives de subjectives ou politiques, ainsi qu'à ce qu'elle entend par chacun de ces concepts. Ainsi pourrait-elle se saisir de questions délicates et se demander directement si la reconnaissance de l'autodétermination doit obéir à une logique : 1) de droits humains, suivant laquelle la présence d'effets négatifs d'une pratique non consentie sur quelques individus suffit à la remettre en question; ou 2) quantitative, suivant laquelle il doit être établi empiriquement que 50 % + 1 des personnes soumises à cette pratique en souffrent pour la remettre en question. En amont, ceci nous invite à répondre à la question suivante : les réflexions scientifiques sur la détermination du « propre bien » de groupes sociaux sont-elles solubles dans les droits humains?

BIBLIOGRAPHIE

- ANGIER, N. (1996, 4 février). Intersexual healing : An anomaly finds a group. *The New York Times*. Récupéré de <http://www.nytimes.com/1996/02/04/weekinreview/ideas-trends-intersexual-healing-an-anomaly-finds-a-group.html>
- ALEXANDER, T. (1997). *The medical management of intersexed children : An analogue for childhood sexual abuse*. Intersex Society of North America. Récupéré de <http://www.isna.org/articles/analog>
- AUSTRALIAN SENATE, COMMUNITY AFFAIRS REFERENCES COMMITTEE. (2013). *Involuntary or coerced sterilization of intersex people in Australia*. Canberra : Senate Printing Unit, Parliament House.

- BASTIEN CHARLEBOIS, J. ET GUILLOT, V. (2014). Medizinische Widerstände gegenüber der Kritik von Intersex Aktivist_innen [Résistances médicales aux critiques d'activistes intersexes]. Dans E. Schneider et C. Baltes-Löhr (dir.), *Normierte Kinder : Effekte der Geschlechternormativität auf Kindheit und Adoleszenz* (p. 277-293). Bielefeld, Allemagne : Transcript Verlag.
- BECK, M. (1997). Hermaphrodites with attitude take to the streets. *Chrysalis: The Journal of Transgressive Gender Identities*, 2(5), 45-46, 50.
- CREIGHTON, S. M., MICHALA, L., MUSHTAQ, I., ET YARON, M. (2014). Childhood surgery for ambiguous genitalia : glimpses of practice changes or more of the same? *Psychology & Sexuality*, 5(1), 34-43.
- DAVIS, G. (2011). « DSD is a perfectly fine term » : Reasserting medical authority through a shift in intersex terminology. Dans P.J. McGann et D. J. Hutson (dir.), *Sociology of Diagnosis* (p. 155-182). New York : Emerald Group Publishing.
- DAVIS, G. (2015). *Contesting intersex*. New York : New York University Press.
- DAVIS, G. ET MURPHY, E. L. (2013). Intersex bodies as states of exception : An empirical explanation for unnecessary surgical modification. *Feminist Formations*, 25(2), 129-152.
- DREGER, A. D. (2007). *Why « disorders of sex development »? (On language and life)*. Récupéré de <http://alicedreger.com/dsd.html>
- DREGER, A.D., CHASE C., SOUSA A., GRUPPUSO, P. A. ET FRADER, J. (2005). Changing the nomenclature/taxonomy for intersex : A scientific and clinical rationale. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 18, 729-733.
- FRICKER, M. (2007). *Epistemic injustice: power and the ethics of knowing*. Oxford, N.Y. : Oxford University Press.
- GOSSELIN, L. (2011). Internet et l'émergence du mouvement intersexe : Une expérience singulière, celle de l'Organisation internationale des intersexué-e-s (OII). Dans J. J. Lévy (dir.), *Minorités sexuelles, internet et santé* (p. 199-209). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- GRAVEL, P. (2013, 14 septembre). Entre le X et le Y, des êtres humains. *Le Devoir*. Récupéré le 27 décembre 2013 de <http://www.ledevoir.com/societe/science-et-technologie/387482/entre-le-x-et-le-y-des-etres-humains>
- GUENICHE, K., JACQUOT, M., THIBAUD, E. ET POLAK, M. (2008). L'identité sexuée en impasse : À propos de jeunes adultes au caryotype XY nées avec une anomalie du développement des organes génitaux et élevées en fille. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 56(6), 377-385.

- GUILLOT, V. (2008). Intersexes : Ne pas avoir le droit de dire ce qu'on ne nous a pas dit que nous étions. *Nouvelles Questions Féministes*, 27(1), 37-48.
- HARDING, S. (2008). *Sciences from below : Feminisms, postcolonialities and modernities*. Dunham, N.C. : Duke university press.
- HESTER, D. J. (2006). Intersex and the rhetorics of healing. Dans S. E. Sytsma (dir.), *Ethics and intersex* (p. 47-71). Dordrecht, Pays-Bas : Springer.
- HOLMES, M. (2002). Rethinking the meaning and management of intersexuality. *Sexualities*, 5(2), 159-180.
- HOLMES, M. (2008). *Intersex : A perilous difference*. Selinsgrove, Pa. : Susquehanna University Press.
- HOLMES, M. (2011). The intersex enchiridion : Naming and knowledge. *Somatechnics*, 1(2), 388-411.
- JONES, T., HART, B., CARPENTER, M., ANSARA, G., LEONARD, W. ET LUCKE J. (2016). *Intersex : Stories and statistics from Australia*. Cambridge: Open book publishers.
- KARKAZIS, K. (2008). *Fixing Sex : Intersex, Medical Authority, and Lived Experience*. Durham, N.C. : Duke University Press.
- KESSLER, S. J. (1998). *Lessons from the intersexed*. New Brunswick, N.J : Rutgers University Press.
- KRAUS, C., C. PERRIN, S. REY, L. GOSSELIN ET V. GUILLOT. (2008). Démédicaliser les corps, politiser les identités : convergences des luttes féministes et intersexes. *Nouvelles questions féministes*, 27(1), 4-15.
- LEE, P. A., HOUK, C. P., AHMED, F. ET HUGHES, I. A. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *Pediatrics*, 118, e488-e500.
- MACHADO, P. S., COSTA, A. B., NARDI, H. C., FONTANARI, A. M. V., ARAUJO, I. R. ET KNAUTH, D. R. (2015). Follow-up of psychological outcomes of interventions in patients diagnosed with disorders of sexual development : A systematic review. *Journal of Health Psychology*, 1-12.
- MÉNDEZ, J. (2013). *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment (A/HRC/22/53)*. United Nations, General Assembly.
- MEYER-BAHLBURG, H. F. L., MIGEON, C. J. , BERKOVITZ, G. D., GEARHART, J. P., DOLEZAL, C. ET WISNIEWSKI, A. B. (2004). Attitudes of adult 46, XY intersex persons to clinical management policies. *The Journal of Urology*, 171, 1615-1619.

- MONEY, J. (1994). *Sex errors of the body and related syndromes : a guide to counseling children, adolescents, and their families* (2e éd). Baltimore, Md. : P.H. Brookes Pub. Co.
- MORLAND, I. (2009). Between critique and reform : Ways of reading the intersex controversy. Dans M. Holmes (dir.) *Critical Intersex* (p. 191-214). Burlington, Vt. : Ashgate.
- PULLEN SANSFAÇON, A. (2013). La pratique anti-oppressive. Dans H. Dorvil et E. Harper (dir.), *Le travail social: théories, méthodologies et pratiques* (p. 353-373). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- RAZ, M. (2016). Qualité de vie et fertilité dans les études de suivi des personnes intersexuées. *Cahiers du genre*, 60, 145-168.
- SAUVÉ, J-S. (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 V. Caron, G.-A. Berthold, C. Deslauriers-Goulet et J. Torres-Ceyte, (dir.), *Les oubliés du Code civil du Québec* (p. 165-191). Montréal : Thémis.
- TAMAR-MATTIS, A. (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, D.C. : Washington College of Law - Center for Human Rights and Humanitarian Law.
- TROISIÈME FORUM INTERNATIONAL INTERSEXE. (2013, décembre). *Déclaration du troisième forum intersexe international*. ILGA-Europe, [trad. française], Récupéré le 26 avril 2016 de <http://oii francophonie.org/318/conclusion-du-3eme-forum-international-intersexe-de-lilga-manifeste-du-troisieme-forum-international-intersexe-du-1er-decembre-2013/>
- TREMBLAY, M. (novembre 2014). Intersexualité – Rencontre du troisième sexe. *Châtelaine*, 82.
- VINCENT, C. (2009, 8 août). Ni lui ni elle, alors qui? *Le Monde*. Récupéré le 28 avril 2016 de http://www.lemonde.fr/vous/article/2009/08/08/ni-lui-ni-elle-alors-qui_1226800_3238.html
- WALCUT, H. (1995/1996). Physically screwed by a cultural myth : the story of a buffalo children's hospital survivor. *Hermaphrodites with attitude, Fall/Winter 1995-96*, 10-13.
- WILCOX, A. (2015). L'enfant intersexué : dysphorie entre le modèle médical et l'intérêt supérieur de l'enfant. *Intervention*, (142), 65-77.
- YOUNG, I. M. (1990). *Justice and the politics of difference*. Princeton, N.J. : Princeton University Press.

YOUNG, I. M. (2000). *Inclusion and Democracy*. New York : Oxford University Press.