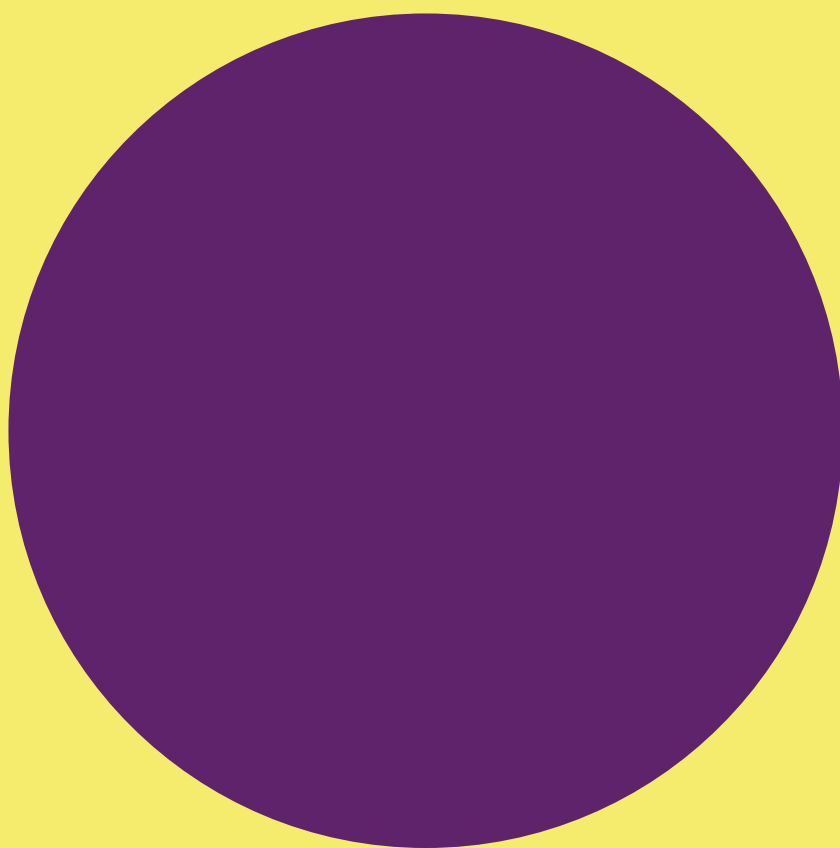


POUR UNE PLEINE RECONNAISSANCE DES RÉALITÉS DES PERSONNES INTERSEXES:



CONSEIL
QUÉBÉCOIS



guide
à l'attention
des professionnel·le·s

**Pour une pleine reconnaissance des réalités
des personnes intersexes: guide à l'attention
des professionnel·le·s**

Un projet du Conseil québécois LGBT

Ce projet a été financé par le programme de lutte
contre l'homophobie et la transphobie de ministère
de la Justice du Québec.

Comité aviseur

Lucie Gosselin

Alejandro Hernandez

Florence Marchand, travailleuse sociale

Nathalie Feirrer, intervenante

Supervision scientifique

Janik Bastien Charlebois

Direction artistique

Yarijey Techer

Graphisme et infographie

Samuel Alexis Communications

Révision linguistique

Catherine Lavarenne

Magali Guilbault

Traduction

Gersande La Flèche

Rédaction

Carolane Parenteau-Labarre

©2022 Conseil québécois LGBT

Tous droits réservés

Dépôt légal, 2022

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

Merci à toute l'équipe du CQLGBT et les gens qui y gravitent pour l'appui constant, le soutien émotionnel et les multiples discussions qui ont permis à ce guide d'exister. Merci à Ariane et Anne-Sophie de m'avoir donné l'occasion d'intégrer l'équipe du CQ et de travailler sur ce guide important. Merci également à Marion pour sa patience, son enthousiasme, ses capacités de vulgarisation extraordinaire et son soutien qui m'ont grandement aidé et sans qui ce projet ne serait pas aussi complet. Merci également à Yarijey pour son talent, ses recherches et son implication qui ont permis à ce guide d'avoir une identité visuelle qui, en plus d'être magnifique, est cohérente et réfléchie.

Table des matières

Introduction.....	07
Structure et utilisation du guide	08
Objectif du guide	09
Pertinence du guide	10
Définition de l’intersexuation	11
Définition médicale	13
Le langage à utiliser	13
Les interventions subies par les personnes intersexes	16
Bref historique de la prise en charge médicale.....	17
Contexte actuel d’intervention médicale	19
Les types d’intervention médicale.....	20
Les conséquences des interventions médicales.....	23
Les conséquences non reliées aux interventions	27
Pluralités des expériences	30
Personnes intersexes trans	31
Personnes intersexes vieillissantes ou âgées.....	32
Personnes intersexes racisées et autochtones	34
Les parents d’enfants intersexes	35
Besoins en termes de soutien et recommandations	37
Avoir un espace d’accueil et une méthode de travail inclusive.....	39
Intervenir avec sensibilité	39
Outils de travail – Recommandations	I
Outil de travail – Lexique.....	II
Outils de travail – Diagnostics courants	III
Outils de travail – Ressources.....	VI
Bibliographie	V

Intro- duction

STRUCTURE ET UTILISATION DU GUIDE



Le guide a été pensé de façon à retrouver facilement les informations pertinentes.



À cet effet, à la fin du guide sont rassemblés les outils de travail, qui comprennent les recommandations en termes d'intervention psychosociale, un lexique, une liste des diagnostics courants regroupés sous l'appellation « intersexuation », et une recension des ressources disponibles.



Les mots soulignés sont définis dans le lexique à la fin du guide.



Les termes **en gras** renvoient à **des encadrés** qui donnent des précisions sur un enjeu ou qui permettent d'approfondir brièvement un sujet.



Finalement, à la fin de chacune des sections, un court encadré met en relief les recommandations thérapeutiques en lien avec le sujet abordé dans cette section. Toutes les recommandations sont compilées à la fin du guide dans l'outil de travail « Recommandations ».

OBJECTIF DU GUIDE

Ce guide a pour objectif de démystifier les réalités des personnes intersexes et les particularités de leur cheminement au sein des institutions médicales québécoises.

Il s'adresse à toute personne pratiquant l'intervention psychosociale qui pourrait être amenée à travailler auprès d'une personne intersexe.

Il vise à leur fournir des outils de base nécessaires à une offre de services de soins adéquats en adoptant une perspective non pathologique et respectueuse des droits humains des personnes intersexes.

Ce guide remet en question plusieurs préconceptions souvent considérées comme des constats dans le milieu de la médecine. Comme dans bien d'autres milieux, l'histoire de la médecine est empreinte de discriminations, notamment envers les personnes racisées, les personnes autochtones, les femmes, les personnes trans, les personnes intersexes, ainsi que plusieurs autres. C'est pourquoi, lors de la lecture de ce guide, nous vous invitons à faire preuve d'esprit critique en prenant le temps de questionner vos propres **biais**, conscients ou **inconscients**, envers les personnes intersexes ; ainsi que les potentiels biais positifs qu'inspirent souvent les institutions médicales, qui ne sont pas exemptes des discriminations que l'on retrouve par ailleurs dans la société en général.



Les biais inconscients sont des idées préconçues, tels des préjugés ou des stéréotypes, que nous avons intégrés tout au long de notre vie, par exemple à travers notre éducation, et qui teintent notre vision des individus et de la société. Ces croyances sont assimilées de façon involontaire et reflètent notre positionnement social, nos privilèges, notre cheminement, etc. Bien que les biais inconscients diffèrent d'une personne à l'autre, tout le monde en entretient. Il est important de travailler à déconstruire ces biais, surtout lorsque l'on travaille auprès de personnes appartenant à des communautés marginalisées, et ce, pour permettre la création d'un climat propice à la confiance, à l'empathie et à l'alliance thérapeutique¹.

1. Pour en savoir plus sur les biais implicites des personnes blanches envers les personnes noires: <https://liguedesdroits.ca/peut-on-etre-raciste-sans-le-savoir/>, et sur les biais envers les personnes LGBTQIA+ (anglais): <https://www.lgbtqiatheducation.org/publication/learning-to-address-implicit-bias-towards-lgbtq-patients-case-scenarios/>

PERTINENCE DU GUIDE

Les personnes intersexes font face à plusieurs formes de discrimination dans la société et dans le réseau de la santé et des services sociaux. Bien qu'il soit difficile de déterminer la prévalence exacte de l'intersexuation, les estimations actuelles affirment qu'il y aurait 1,7 % de la population qui serait intersexe. En guise de comparatif, il y aurait autant de personnes rousses que de personnes intersexes! Il est donc impératif qu'elles aient accès à des ressources et du soutien qui soient adaptées à leur réalité et qui leur permettent de se sentir soutenues dans leur démarche.

Au Québec, les médecins effectuent toujours des interventions chirurgicales non essentielles, non consenties et irréversibles sur les enfants intersexes. Dans une enquête publiée par Les 3 sex*, c'est plus de 1385 chirurgies qui ont été pratiquées sur des enfants intersexes entre 2 ans et 14 ans entre le 1^{er} janvier 2015 et le 31 janvier 2020².

2. <https://les3sex.com/fr/news/2014/enquete-les-enfants-intersexes-sous-le-bistouri>

Définition de l'inter- sexuation

L'Organisation des Nations unies (ONU) utilise la définition suivante, qui est respectueuse des droits humains des personnes intersexes. Cette définition est acceptée par la majorité des groupes militants intersexes :

« Les personnes intersexuées [ou intersexes] sont celles dont les caractéristiques physiques ou biologiques, telles que l'anatomie sexuelle, les organes génitaux, le fonctionnement hormonal ou le modèle chromosomique, ne correspondent pas aux définitions classiques de la masculinité et de la féminité. Ces caractéristiques peuvent se manifester à la naissance ou plus tard dans la vie, souvent à la puberté. L'intersexa[tion]³ ne détermine ni l'orientation sexuelle ni l'identité de genre »⁴.

Ce n'est toutefois pas toutes les personnes présentant une variation corporelle qui emploient le terme « intersexe » pour se désigner. Ainsi, il est important de rester à l'écoute de la terminologie employée par la personne et de la respecter. En aucun cas, il ne faut imposer le terme « intersexe » à une personne.

Il est possible que des personnes utilisent le terme « intersexué·e » plutôt qu'intersexe. Toutefois, dans le cadre de ce guide, nous avons choisi d'employer le mot « intersexe », puisqu'il est plus couramment utilisé dans les communautés intersexes.

À l'heure actuelle, les mouvements intersexes internationaux demandent l'arrêt des interventions faites sur les personnes intersexes sans leur consentement. Au Canada, les principales revendications sont de faire retirer l'alinéa du Code criminel du Canada permettant les interventions sur les enfants intersexes ainsi que d'instaurer des structures de soutien adaptées.

3. Le terme initial employé est « Intersexualité ». Il s'agit d'un ancien mot utilisé pour parler d'intersexuation. Tout comme les termes renvoyant à « hermaphrodisme », ce vocabulaire est maintenant désuet.

4. unfe.org/. Pour une définition plus complète voir: [unfe-67-UNFE_Intersex_Final_FRENCH.pdf](#)

DÉFINITION MÉDICALE

Du côté des milieux médicaux, le langage employé renvoie souvent à la maladie ou à l'anomalie, et est donc pathologisant. L'appellation diagnostique officielle de l'intersexuation est « désordre du développement sexuel (disorder of sex development/DSD) »⁵. Autrement, plusieurs médecins utilisent des diagnostics précis et souvent déshumanisants vis-à-vis des personnes intersexes et de leur corps. Ce choix de vocabulaire vise également à justifier les modifications corporelles non consenties par la personne concernée et est à proscrire, en faisant plutôt référence au concept de variation corporelle.

LE LANGAGE À UTILISER

La meilleure terminologie à utiliser est celle que la personne emploie elle-même. Néanmoins, certaines terminologies médicales sont associées, pour la majorité des personnes intersexes, à des expériences négatives et devraient être évitées. Le langage pathologique peut raviver des traumatismes liés aux expériences en milieu médical. Son utilisation peut laisser entendre que les intervenant·e·s cautionnent ou minimisent ces expériences, et ainsi nuire à l'établissement d'un lien de confiance et d'une alliance thérapeutique, amplifiant le sentiment d'**isolement** que vivent les personnes intersexes.

5. Parfois, des dérivés peuvent être entendus tels que « anomalies du développement sexuel », « différences du développement sexuel », « variations du développement sexuel ».



Les personnes intersexes vivent beaucoup d'**isolement**. Cela peut être lié aux interventions chirurgicales qu'elles subissent et qui provoquent des absences scolaires. L'isolement peut aussi être dû au manque de ressources communautaires et de soutien, ou au caractère non visible de l'intersexuation. S'il est déjà extrêmement difficile pour les personnes intersexes blanches de sortir de cet isolement, les personnes racisées et autochtones se retrouvent dans une position encore plus vulnérable et sont d'autant plus isolées puisque les groupes de soutien ou militants sont majoritairement blancs.

Tout comme l'homophobie et la transphobie, les traitements que les personnes intersexes subissent se fondent sur des préjugés hétérosexistes. Un travail de coalition entre les communautés 2SLGBTQI+ et intersexes semble donc pertinent pour certaines personnes. Pourtant, plusieurs récits rapportent que les personnes intersexes se sentent exclues ou invisibilisées dans les communautés 2SLGBTQI+. De plus, la volonté d'être incluses dans les milieux 2SLGBTQI+ ne fait pas l'unanimité dans les communautés intersexes, car l'intersexuation ne détermine pas l'identité de genre ou l'orientation sexuelle d'une personne. Par exemple, dans les milieux où la diversité sexuelle et la pluralité des genres n'est pas bien acceptée, lorsque le rapprochement avec les communautés 2SLGBTQI+ est fait, s'afficher comme intersexe peut apporter des conséquences importantes pour la personne.

Du côté du langage, l'utilisation exclusive d'une terminologie médicale participe à l'isolement des personnes intersexes en complexifiant la recherche d'informations non médicales et en limitant ainsi leur accès à des perspectives diversifiées et non pathologisantes.

Ce que l'intersexuation n'est pas :

- Synonyme de non-binarité ou transidentité
- Une identité de genre
- Une expression de genre
- Une orientation sexuelle
- Une activité sexuelle ou un comportement sexuel
- Une maladie, une « anomalie » ou un « désordre »
- Un trouble de santé mentale

Recommandations :



- Employer la terminologie que la personne utilise pour parler de son corps et de ses expériences ;
- Éviter d'utiliser une terminologie médicale et pathologisante ;
- Respecter les expériences et n'invalidez pas les violences vécues ;
- Accompagner la personne vers une dépathologisation de son corps et de son expérience ;
- Ne pas imposer pas une identité intersexe sur la personne.

Les interventions subies par les personnes intersexes

Cette section vise à vous informer quant aux interventions médicales subies et imposées aux personnes intersexes dans le milieu médical afin de vous sensibiliser à leur expérience. Vous y trouverez :

- Un bref historique de la prise en charge médicale des personnes intersexes
- Une présentation des principales interventions médicales
- Un tableau-synthèse des interventions médicales et de leurs effets

BREF HISTORIQUE DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE

1955-2006

Dans les années 1950, une prise en charge médicale, connue sous le nom d'« approche du genre optimal », est promue par l'Hôpital Johns-Hopkins situé aux États-Unis. Cette approche prétend qu'il est possible de « façonner » le genre de l'enfant par :

1. la modification du corps de l'enfant afin de correspondre aux caractéristiques physiques associées au genre assigné (fille ou garçon) ;
2. une **socialisation genrée** constante visant à renforcer certains comportements et à en décourager d'autres en fonction du genre assigné (fille ou garçon).



La **socialisation genrée** consiste à éduquer différemment un·e enfant en fonction de son genre assigné. Cette éducation intègre des stéréotypes de genre marqués, tels que la préférence des garçons pour les voitures, ou celle des filles pour les poupées. Elle encourage ou décourage certains comportements en fonction du genre de l'enfant. Par exemple, la colère et l'impulsivité sont davantage découragées chez les filles que chez les garçons, alors que l'empathie et la sensibilité sont encouragées davantage chez les filles.

Cette approche soumet les personnes intersexes à des interventions médicales non consenties, irréversibles et non nécessaires pour la santé, sous prétexte qu'elles sont urgentes. Cette « urgence » s'explique par la croyance que les enfants prennent conscience de leur genre avant 2 ans et que leur construction identitaire ne peut se faire sans que leur corps soit conforme aux normes féminines ou masculines. On misera ensuite sur une socialisation genrée afin d'assurer le développement de l'identité de genre assumée, en corrélation avec le corps souvent modifié. De plus, on affirme que les traumatismes liés aux interventions seraient moindres pendant ces deux années. Or, les récits des personnes concernées affirment que les traumatismes sont bien présents peu importe l'âge des interventions. La sélection du genre se fait surtout selon les possibilités chirurgicales et hormonales qui rendront possible la construction d'organes génitaux permettant des activités sexuelles hétéronormatives (pénétration pénis-vagin). Dans le cas d'une assignation masculine, la possibilité d'uriner debout est également prise en compte. À cette époque, il était recommandé aux parents de ne pas divulguer l'intersexuation à leur enfant, alimentant ainsi une **culture du secret** dont les conséquences se ressentent encore aujourd'hui.



Un aspect important de la prise en charge initiale était la **culture du secret**, où les médecins allaient jusqu'à dissimuler des informations aux parents et à leur conseiller de cacher à l'enfant son intersexuation ainsi que les interventions pratiquées sur son corps. Bien que cette culture tende à se dissiper, certains de ses aspects perdurent dans la prise en charge actuelle.

Selon une étude de 2018 menée aux États-Unis sur la qualité de vie des personnes intersexes, l'âge médian auquel les participant·e·s ont appris leur intersexuation était de 20,6 ans. Certaines personnes, encore aujourd'hui, ont vécu et vivent toujours avec cette culture du secret et n'ont pas une compréhension complète des interventions subies ou même de leur intersexuation.

2006-aujourd'hui

En 2006, la prise en charge médicale a été révisée afin, notamment, de répondre aux critiques grandissantes. La nouvelle prise en charge rejette la possibilité de façonner le genre de l'enfant. Elle s'ancre dans une conviction qu'il existe un « vrai sexe » chez chaque personne. Influencée par cette conviction, l'assignation sexuée se fait dès lors en fonction du genre que les médecins pensent que l'enfant s'identifiera. Toutefois, les interventions médicales ne cessent pas pour autant, puisque la croyance de leur nécessité et de leur urgence persiste. Le milieu médical continue d'insister pour que les interventions soient faites rapidement, idéalement avant les deux ans de l'enfant. Les médecins, pour la majorité, restent convaincus qu'un·e enfant intersexe n'ayant pas subi de correction anatomique ou hormonale sera victime de discrimination et sera incapable de développer une identité de genre solide.

En 2022, les interventions sur les enfants intersexes, bien qu'elles tendent à diminuer en nombre, restent légales au Québec. La culture du secret, de moins en moins répandue, n'a pas tout à fait disparu. Les professionnel·le·s médicaux avancent que les interventions ne sont plus que rarement recommandées et que la décision appartient aux parents. Les

récits des familles et des personnes intersexes nous permettent toutefois de comprendre qu'il existe des écarts importants entre les positions officielles des institutions médicales et l'expérience vécue par les parents et les personnes intersexes en ce qui concerne la prise en charge. Ceci laisse entendre que les institutions et les médecins cherchent à minimiser leur responsabilité face aux violences médicales infligées aux personnes intersexes.

CONTEXTE ACTUEL D'INTERVENTION MÉDICALE

Les prémisses de la prise en charge médicale ont peu évolué depuis les années 1950 malgré la réforme de 2006. Même si les personnes pratiquant les interventions corporelles affirment prioriser le bien-être des personnes intersexes, ces dernières n'ont que rarement la possibilité de consentir. De plus, les interventions s'ancrent toujours dans les mêmes normes hétérosexuelles. En d'autres mots, ces interventions visent d'abord et avant tout à ce que la personne ait des organes génitaux correspondant aux standards sociaux et médicaux lui permettant de s'engager dans des relations sexuelles à visée

pénétrative, et préférablement à des fins reproductives lorsque possible. La prise en charge médicale actuelle, en s'appuyant sur la soi-disant « normalisation » des organes génitaux, accorde encore peu d'importance aux conséquences et aux effets secondaires potentiels de ces interventions, particulièrement sur le long terme.

La prise en charge médicale actuelle est dénoncée par l'Organisation des Nations unies (ONU), sous plusieurs instances⁶, et par plusieurs organisations de défense des droits de la personne qui considèrent que les interventions non consenties pratiquées sur les corps des personnes intersexes sont une violation des droits humains et devraient être abolies.

LES TYPES D'INTERVENTION MÉDICALE

Interventions chirurgicales

Les interventions chirurgicales consistent à modifier le corps, souvent les organes génitaux internes et externes, afin de les faire correspondre, de façon normative, à l'identité de genre assignée. Elles peuvent avoir lieu peu après la naissance, dans l'enfance, l'adolescence ou à l'âge adulte. Ajoutons que certaines interventions peuvent nécessiter des interventions subséquentes afin de rectifier des résultats « insatisfaisants » ou d'effectuer des « corrections ».

Interventions hormonales

L'hormonothérapie vise à stimuler le développement des caractéristiques sexuelles secondaires conformes aux normes du genre assigné, féminin ou masculin, et peut être prescrite autant aux enfants qu'aux adultes. Les types d'hormonothérapie peuvent différer en fonction des variations intersexes. Bien que l'hormonothérapie puisse, dans certains cas, s'avérer essentielle, la majorité du temps elle est prescrite pour renforcer la « normalisation » du corps.

Par son caractère moins spectaculaire, l'hormonothérapie est souvent perçue comme plus acceptable. Pourtant, elle reste une intervention médicale non consentie qui induit de profonds changements corporels, souvent irréversibles.

6. Le Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants de l'ONU est disponible en français: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G13/105/78/PDF/G1310578.pdf?OpenElement>

Résumé des types d'intervention

Dites féminisantes	Dites masculinisantes	Types d'intervention
Clitoridectomie, récession clitoridienne, réduction clitoridienne et clitoroplastie	« Correction » des hypospades et des voies urinaires	Chirurgicales
Vaginoplastie	Chirurgies du torse	
Gonadectomie	Gonadectomie	
Labioplastie	Chirurgie du scrotum	
Chirurgie du scrotum	Pose d'implants testiculaires	
Dilatations vaginales	Descente des testicules	
Blocage du développement d'une voix, d'une pilosité, d'une musculature, d'une ossature dites masculines.	Blocage du développement des seins, des hanches, d'une répartition de graisse jugée féminine, etc.	Hormonales
Développement d'une voix, de seins, d'une pilosité, d'une musculature, d'une répartition des graisses et d'une ossature jugées féminines.	Développement d'une voix, d'une pilosité, d'une musculature, d'une répartition des graisses et d'une ossature dites masculines	

En plus de ces interventions, les personnes intersexes sont sujettes à une suite de situations potentiellement négatives et contraignantes. On peut penser, par exemple, aux examens gynécologiques répétés pendant leur jeunesse ; aux prises de photos sans consentement valide ; aux hospitalisations suivant les interventions, etc. D'ailleurs, puisque les personnes intersexes sont souvent perçues comme des objets de curiosité dans le milieu médical, il n'est pas rare qu'elles doivent subir la présence des internes, externes et stagiaires lors de leur passage dans une institution médicale. Ainsi, un examen gynécologique de routine peut s'avérer (re)traumatisant pour les personnes intersexes.



Les interventions peuvent avoir lieu sur le fœtus pendant la grossesse (dexaméthasone, interruption de grossesse médicale), peu après la naissance, dans l'enfance, à la suite de la puberté ou en l'absence d'une puberté et à l'âge adulte.

Certaines variations intersexes peuvent maintenant être détectées pendant la grossesse. Par exemple, il est possible de détecter les combinaisons chromosomiques atypiques (XXX, XXY, X0/XY, etc.) ainsi que l'hyperplasie congénitale des surrénales. Des traitements peuvent ensuite être proposés, mais ils ne visent qu'à réduire les traits intersexes durant le développement fœtal et non à protéger la santé de l'enfant. De plus, il est possible qu'une interruption de grossesse soit proposée lors de la détection de certaines variations intersexes.

Les consé- quences des inter- ventions médicales

Les conséquences de ces interventions sont multiples et sont autant physiques, psychologiques que sociales. Cependant, il est important de préciser que ces conséquences peuvent s'influencer entre elles ; notamment, les conséquences physiques et sociales entraînent des répercussions sur la santé mentale. C'est le cas, par exemple, des douleurs chroniques qui sont connues pour exercer une influence considérable sur la santé mentale, d'autant plus si elles surviennent à la suite d'interventions non consenties.

En mettant l'accent sur les possibilités reproductrices des individus et sur la « normalisation » des organes génitaux, on accorde peu d'importance aux conséquences et aux effets secondaires possibles des interventions, et ce, particulièrement sur le long terme. Même si les discours médicaux mettent de l'avant l'évolution des pratiques chirurgicales qui seraient moins dommageables qu'avant, il reste impossible de connaître les conséquences réelles à long terme des techniques employées, puisque celles-ci changent rapidement.

Certains écrits scientifiques affirment que les effets psychosociaux reliés aux violences subies par les personnes intersexes rejoignent les conséquences des abus et violences physiques et sexuelles chez les enfants et chez les adultes⁷.

7. Pour plus d'information sur les parallèles (en anglais) : <https://isna.org/articles/analog/>

Effets des interventions

Conséquences sur le quotidien		Conséquences sur la sexualité
Sensation d'excitation sexuelle non désirée ou hors contexte	Dépression	Difficultés à entrer en relation
Obligation de faire des dilatations vaginales régulières	Anxiété	Difficultés à faire confiance en relation
Cicatrisation douloureuse, néoplastie	Trouble du comportement alimentaire	Honte de son corps
Infection urinaire chronique	Trouble du comportement	Douleurs cicatricielles
Haute pression	Agressivité	Anorgasmie
Chirurgie subséquente de « correction » ou de « retouche »	Automutilation	Perte de sensation au niveau des organes génitaux
Douleurs chroniques	Difficultés à faire confiance aux autres	Sténose vaginale
Fibromyalgie	Difficultés relationnelles familiales	Douleurs chroniques
Arthrite	Honte de son corps	Chute d'utérus
Prise de poids (causés par hormonothérapie)	Difficultés liées aux douleurs chroniques	Anxiété de montrer son corps

Incontinence	Difficultés à aller chercher de l'aide médicale	Difficultés à exprimer un consentement sexuel
Caillots sanguins	Difficultés à aller chercher de l'aide psychosociale	Plus à risque d'agressions et de violences sexuelles
(C-)PTSD/stress post-traumatique (complexe)	Problèmes de consommation	Difficultés à établir ses limites personnelles
Risques liés à l'anesthésie générale, notamment chez les enfants de moins de trois ans	Discrimination et stéréotypification en contexte de soins	Augmentation non désirée ou diminution de la libido (causée par l'hormonothérapie)
Absences scolaires pour cause de rendez-vous médicaux ou d'interventions chirurgicales	Invisibilisation de l'intersexuation en « éliminant » les traits intersexes	Diminution/absence de l'envie sexuelle
Ménopause en bas âge	Infections postopératoires	(C-)PTSD/stress post-traumatique complexe
Apparence modifiée de l'organe sexuel à la suite des chirurgies et/ou due aux cicatrices	Sensation de devoir justifier l'apparence de son corps à ses partenaires	Anxiété sexuelle

Les consé- quences non reliées aux inter- ventions

En plus des conséquences des interventions en elles-mêmes, plusieurs conséquences psychologiques résultent de la perception que la société entretient vis-à-vis l'intersexuation et les personnes intersexes.

Les personnes intersexes font face à plusieurs discriminations, invisibilisations et instrumentalisations de leurs réalités, en plus de faire régulièrement face à la **fétichisation** de leur corps. L'ensemble de ces facteurs participe à entretenir et à développer le **stress minoritaire** chez les personnes intersexes. Jumelée au manque de ressources et de services spécialisés, cette situation alimente le sentiment de solitude et l'isolement des personnes intersexes face à leur expérience.



La **fétichisation** implique un intérêt sexuel prononcé sur un objet ou une caractéristique spécifique qui ne sont pas nécessairement sexuels. La fétichisation des personnes intersexes est souvent alimentée par une curiosité malsaine de savoir ce à quoi les organes génitaux d'une personne intersexe ressemblent. La fétichisation des personnes intersexes est déshumanisante et les met à risque de subir des violences sexuelles. Pour s'en protéger, plusieurs personnes ne voudront pas s'affirmer comme intersexe ou dévoiler leur intersexuation à leur partenaire. Cette fétichisation renforce les stéréotypes et préjugés concernant les personnes intersexes.



Le **stress minoritaire** est un modèle théorique qui permet de comprendre l'expérience de certaines formes de stress chez des groupes minoritaires. Les personnes intersexes constituent un groupe minoritaire. On affirme que ces groupes vivent des facteurs de stress sociaux (comme la stigmatisation, la discrimination, l'intersexophobie, etc.) directement causés par leur statut de minorité au sein de leur société. Ce stress, lié à l'identité ou aux traits de la personne, est constant, continu et spécifique à la réalité de celle-ci, puisqu'elle ne peut cesser d'être qui elle est. Cet état de stress continu est alors intériorisé et peut mener à la dévalorisation de soi et à des conséquences psychologiques négatives. Cette approche permet aussi d'inclure une perspective intersectionnelle, puisqu'il est possible d'appartenir simultanément à plusieurs groupes minoritaires. Par exemple, les personnes intersexes noires vivront des facteurs de stress différents de ceux d'une personne intersexe blanche. Les personnes touchées peuvent ensuite appréhender des situations qui augmentent les risques de discrimination et développer des mécanismes de protection comme éviter d'aller consulter les médecins.

Recommandations :



- S'informer sur les approches d'intervention auprès de personnes vivant des douleurs chroniques ;
- Ne minimiser jamais les douleurs et l'anxiété qu'une personne peut vivre.

Pluralités des expé- riences

PERSONNES INTERSEXES TRANS

Il est estimé qu'entre 8 % et 15 % des personnes intersexes ont un parcours trans. L'intersection de ces deux réalités font en sorte qu'elles ont un parcours et des expériences singulières.

Contrairement à certaines croyances, l'intersexuation n'explique pas la transidentité et ne protège pas contre la transphobie médicale ou sociétale. Elle est même un facteur de risque supplémentaire⁸.

Les personnes intersexes ayant un parcours trans, particulièrement si la transidentité se manifeste durant l'enfance, sont à risque de subir un acharnement médical. Motivé par la conviction qu'il est possible et souhaitable « d'effacer » la transidentité, le milieu médical peut en effet insister pour effectuer rapidement des modifications corporelles en plus d'imposer une socialisation genrée encore plus forte à la personne. Les personnes nées entre 1955 et 2006, lorsque l'approche de genre optimal avait préséance, sont celles ayant potentiellement le plus souffert de cette approche en raison l'accent important mis sur la socialisation. Bien que depuis 2006, la prépondérance accordée à la socialisation genrée tende à perdre de son influence, les récits des personnes intersexes permettent de constater qu'elle est toujours présente.

Outre les pressions médicales accrues, les personnes intersexes trans qui souhaitent avoir des chirurgies d'affirmation peuvent se trouver dans une situation où les interventions subies dans la jeunesse les en empêchent, par exemple en raison de la cicatrisation des tissus.

8. Certaines personnes pensent que les personnes intersexes ont plus de facilité à transitionner puisqu'elles sont intersexes. Au contraire, l'intersexuation peut ajouter plusieurs complexités dans une transition médicale ou sociale. Pour plus d'informations concernant les transidentités et les parcours trans, voir ce guide: https://www.conseil-lgbt.ca/wp-content/uploads/2020/11/Guide-mieux-comprendre-enjeux-trans_CQLGBT.pdf

Recommandations :



- Adopter une approche transinclusive⁹ et encourager l'exploration de genre chez les personnes en questionnement.

PERSONNES INTERSEXES VIEILLISSANTES OU ÂGÉES

Les personnes vieillissantes ou âgées intersexes font face à plusieurs enjeux. Elles ont encore à composer avec les conséquences de la culture du secret, des examens humiliants réguliers et des effets de chirurgies qui étaient beaucoup plus radicales jusque dans les années 1970, comme les clitoridectomies et les vaginoplasties dans l'enfance.

Il n'est pas rare que les personnes intersexes n'aient pas accès à leur dossier médical ou qu'elles n'aient accès qu'à un dossier incomplet ou erroné, faisant en sorte qu'elles ne trouvent pas de réponse à plusieurs de leurs questions. L'accompagnement psychologique que certaines personnes ont vécu expliquait leurs malaises et leurs traumas par des maux imaginaires ou un refus de coopération de leur part. Pour couronner le tout, les professionnel·le·s d'aujourd'hui invalident souvent leur détresse en leur intimant de ne pas formuler de critique publique à propos de la prise en charge et de leur expérience et en attendant d'elles qu'elles

9. Pour plus d'information sur l'approche transinclusive, voir l'ouvrage collectif suivant: Pullen Sansfaçon, Annie et Denise Medico. 2020. *Jeunes trans et non binaires. De l'accompagnement à l'affirmation*, Montréal: Remue-ménage.

soient reconnaissantes. En raison de la conviction médicale que les interventions menées dans l'enfance réglaient l'intersexuation en l'effaçant, les médecins n'ont pas été enclin·e·s à sonder les effets des interventions non consenties, de même que la situation et les besoins d'une population intersexe vieillissante. Du côté des communautés intersexes, les recherches sont à leur balbutiement, faute de ressources adéquates. On sait que les personnes éprouvent des difficultés à trouver un suivi adapté, les médecins se spécialisant dans la prise en charge intersexe étant souvent des pédiatres.

Finalement, les personnes intersexes vieillissantes ou âgées craignent de revivre le jugement et la discrimination pour leur différence corporelle dans les résidences pour personnes âgées ou d'hébergement de longue durée. De plus, les interactions avec les professionnel·le·s pour leur hygiène peuvent les rendre très vulnérables. De façon générale, les personnes intersexes vieillissantes ou âgées peuvent également manquer de confiance envers les professionnel·le·s de la santé en général, y compris dans les domaines psychosociaux, considérant les multiples violences vécues.

Recommandations :



- Prendre connaissance des inégalités d'accès aux soins et des difficultés propres aux personnes intersexes vieillissantes ou âgées ;
- Prendre en considération que plusieurs personnes vieillissantes ou âgées n'ont pas connaissance de leur intersexuation ni des interventions qu'elles ont subies (culture du secret) ;
- Accompagner les personnes dans la récupération de leur dossier médical lorsque possible.

PERSONNES INTERSEXES RACISÉES ET AUTOCHTONES

Bien qu'il n'existe que peu d'écrits portant spécifiquement sur les enjeux vécus par les personnes intersexes racisées et autochtones, celles-ci font face à de multiples difficultés particulières, propres à leurs réalités.

Par exemple, puisque les personnes racisées et autochtones sont davantage judiciarisées, la peur d'être arrêtées et de devoir divulguer son intersexuation, ou encore de devoir subir une fouille à nu, ajoute des peurs propres à leurs expériences. Le système judiciaire étant scindé de façon binaire, les personnes qui ne correspondent pas aux normes médicales de cette catégorisation stricte des corps risquent de se retrouver d'autant plus stigmatisées et discriminées. De plus, les milieux judiciaires peuvent entretenir des discriminations raciales, ajoutant aux violences physiques et symboliques.

Une autre réalité propre aux personnes racisées concerne l'histoire de la médecine. Le traitement des personnes racisées par ce milieu entraîne déjà une méfiance face au système de santé (il suffit de penser à la gynécologie où les « découvertes » ont été faites sur des femmes noires esclavagisées). De plus, les préjugés et les discriminations véhiculées dans les centres de soins peuvent rendre difficile l'accès aux soins pour les personnes racisées. Les expériences peuvent empêcher certaines personnes d'aller chercher des soins au besoin, par peur de vivre ces violences.

D'ailleurs, puisque les communautés intersexes organisées sont majoritairement blanches et qu'elles manquent de ressources et de soutien, il leur est plus difficile de développer une approche intersectionnelle intégrant les expériences vécues par les personnes intersexes racisées ou autochtones. Leurs réalités sont donc souvent méconnues, ce qui peut renforcer leur isolement en rendant difficile l'accès à du soutien adapté et à des personnes partageant les mêmes expériences.

Recommandations :



- Prendre en compte les potentiels traumas générationnels ;
- Être à l'écoute quant aux difficultés vécues par des personnes non blanches en contexte médical ;
- S'informer sur les stratégies d'intervention intersectionnelle ;
- Adopter une approche critique des services policiers, particulièrement dans leurs interventions auprès des personnes racisées et autochtones ;
- S'informer sur les différentes formes d'oppression et de discrimination vécues par les personnes racisées et travailler activement afin de réduire celles-ci.

LES PARENTS D'ENFANTS INTERSEXES

L'expérience des parents est importante, puisque le consentement aux interventions médicales sur l'enfant leur revient. De plus, les discours médicaux actuels affirment que ce sont les parents qui demandent de faire les interventions ou encore qu'elles sont effectuées pour le bien-être psychologique de l'enfant. Ainsi, les parents peuvent, de par la prise en charge médicale et les

décisions à prendre, vivre différentes difficultés qui exercent une influence sur la santé mentale de la personne concernée.

Jusqu'en 2006, le dévoilement de l'intersexuation à l'enfant par les parents était plutôt découragé. Maintenant, il leur est recommandé d'aborder l'intersexuation avec leur enfant de façon continue et adaptée en fonction de l'âge. Pourtant, les recherches actuelles montrent que les parents ont de la difficulté à discuter d'intersexuation avec l'enfant. L'utilisation d'un jargon médical pathologisant, les

informations incomplètes fournies par les professionnel·le·s, la persistance d'une éducation genrée et la peur des répercussions sociales participent à dissuader les parents de divulguer l'intersexuation à l'enfant. De plus, le manque de ressources non pathologisantes s'adressant aux parents entretient une compréhension souvent partielle et alimente leur inconfort à en discuter ouvertement.

D'autre part, la crainte de prendre ou d'avoir pris de mauvaises décisions peut être source de culpabilité chez les parents. Les enfants peuvent aussi entretenir du ressentiment

envers les parents pour leur accord à des interventions sur leur corps et auxquelles le consentement de l'enfant n'a pas été donné. La culpabilité, les désaccords et les ressentiments peuvent se répercuter sur les relations familiales et influencer négativement le bien-être de la personne intersexe.

Finalement, en cachant l'intersexuation ou en ne discutant pas de la diversité des corps avec son enfant, on risque d'entretenir une honte et une relation malsaine chez les enfants face à leur corps.

Recommandations :



- Offrir des ressources éducatives axées sur la présentation positive de la diversité des corps aux parents ;
- Accompagner les parents afin de discuter d'intersexuation de façon adaptée à l'âge de l'enfant ;
- Renseigner les parents sur les droits des personnes intersexes concernant l'accès aux informations médicales.

Besoins en termes de soutien et recom- manda- tions

Les besoins en termes de soutien dépendent du contexte d'intervention, du contexte familial ainsi que du processus de guérison de la personne. Il est important, en tant qu'intervenant·e, de s'informer sur l'intersexuation et d'être à l'écoute des besoins réels des personnes intersexes. Il est primordial d'adopter une approche sensible qui assure le respect des droits humains des personnes intersexes.

Les enjeux récurrents à considérer concernent, notamment, l'isolement, les douleurs chroniques, les difficultés de confiance et le vécu des violences qui sont liés au fait d'avoir subi, sans son consentement, des modifications sur son corps. C'est l'autonomie corporelle et l'intimité sexuelle des personnes intersexes qui est brimée. Des parallèles peuvent être établis avec les approches d'intervention sur les violences sexuelles, les violences obstétricales, ainsi que les violences parentales. Il est aussi recommandé d'adopter une approche anti-oppressive, une approche de réduction des méfaits, une approche en contexte de traumatismes et traumatismes générationnels¹⁰, ainsi qu'une approche qui mise sur l'*empowerment* et l'autonomie des individus. Ces approches favorisent la création d'une alliance thérapeutique sensible aux réalités plurielles des personnes intersexes. De plus, il est important de se rappeler que peu importe l'approche utilisée, la consultation psychosociale entraîne intrinsèquement une situation de vulnérabilité chez la personne qui consulte.

10. Pour plus d'information sur l'approche sensible aux traumatismes, voir (anglais) : https://ncsacw.acf.hhs.gov/userfiles/files/SAMHSA_Trauma.pdf.

AVOIR UN ESPACE D'ACCUEIL ET UNE MÉTHODE DE TRAVAIL INCLUSIVE

Le premier contact que la personne a avec vous est primordial. Il est donc aussi impératif de s'assurer que l'espace où l'on reçoit la personne soit réellement inclusif. Ceci aidera à établir un lien de confiance plus rapidement. Pour rendre l'accueil plus inclusif, il est possible, par exemple, d'utiliser des formulaires précisant les prénoms d'usage et les pronoms, d'utiliser un langage neutre et épïcène et d'éviter de demander le sexe lorsque possible. Ces quelques exemples d'adaptation peuvent favoriser le confort de la personne et faciliter le développement d'un lien de confiance.

INTERVENIR AVEC SENSIBILITÉ

Le savoir-être est primordial dans vos interventions auprès des personnes intersexes compte tenu des expériences souvent traumatisantes qu'elles ont vécues dans les milieux médicaux et psychosociaux. Le partage d'information peut mettre les personnes intersexe en position de vulnérabilité émotionnelle, notamment lorsqu'il est question d'éléments aussi intimes que l'identité, la sexualité, les interventions chirurgicales ou encore l'isolement.

Le savoir-être nécessite de fournir un effort constant pour trouver les mots appropriés afin de communiquer que vous comprenez le vécu qui vous est partagé, même si vous ne le vivez pas personnellement. Pour y parvenir, il est recommandé de préconiser une écoute active où vous intervenez minimalement, pour vous permettre d'en apprendre davantage sur le vécu particulier et unique de la personne.

Bien que l'expérience particulière de la personne doive primer, il reste important de vous informer de façon autonome sur l'intersexuation afin que la personne puisse se confier sans ressentir l'obligation d'être responsable de faire votre éducation. **À l'inverse, cette charge de travail mise sur la personne implique un grand travail émotionnel et peut rendre la personne réticente à s'ouvrir à vous.**

Recom- manda- tions

L'ensemble des recommandations qui ont été faites tout au long du guide ainsi que quelques recommandations supplémentaires se trouvent dans les outils de travail du guide. Vous pouvez donc vous y référer facilement.

APPROCHES À PRIVILÉGIER

Même s'il n'existe aucune approche thérapeutique universelle, les approches suivantes mettent de l'avant un pouvoir d'agir et une inclusivité :

- Approche anti-oppressive
- Approche sur les violences à caractère sexuel chez les enfants
- Approche sur les violences familiales
- Approche de réduction des méfaits
- Approche sensible aux traumatismes personnels et générationnels
- Approche sur les douleurs chroniques
- Approche transinclusive

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

Intervenir avec sensibilité et professionnalisme

- Employer la terminologie que la personne utilise pour parler de son corps et de ses expériences et éviter l'utilisation de termes pathologisants ;
- S'abstenir d'imposer une identité intersexe sur la personne ;
- Reconnaître que la personne est spécialiste de son propre corps ;
- Préconiser une écoute active où vous respectez les expériences de la personne, sans invalider les violences ou les douleurs vécues ;
- Éviter de défendre le milieu médical ou de chercher à légitimer leurs actions ;
- Prendre le temps de vérifier systématiquement le consentement de la personne en lui rappelant son droit de refus ;
- Prendre en considération que plusieurs personnes n'ont pas connaissance de leur intersexuation ou des interventions qu'elles ont subies ;
- Ne pas poser de questions sur les organes génitaux ou sur leurs aspects sans que la personne ne l'aborde en premier ;
- Reconnaître que les expériences des personnes intersexes ne se limitent pas à leur intersexuation en évitant de présumer que les motifs de consultation y sont automatiquement associés.

Informier et avoir une approche dépathologisante

- Accompagner la personne dans une démarche de dépathologisation de son corps et de son expérience ;
- Se renseigner de façon autonome sur l'intersexuation pour ne pas imposer cette responsabilité aux personnes intersexes ;
- Proposer des ressources éducatives axées sur la présentation positive de la diversité des corps ;
- Informer les parents et les personnes intersexes de leurs droits concernant l'accès aux informations et aux dossiers médicaux, et de leur droit de refuser des traitements ou interventions ;
- Informer et accompagner les parents afin d'avoir des discussions sur l'intersexuation et la diversité des corps avec leur enfant en fonction de son âge.

Avoir conscience des inégalités sociales et de la pluralité des expériences

- Prendre connaissance des inégalités d'accès aux soins et des difficultés propres aux populations marginalisées et travailler activement à les réduire (racisme, transphobie, âgisme, etc.) ;
- Considérer les potentiels traumatismes générationnels lors de ses interventions ;
- Adopter des stratégies d'intervention intersectionnelle en suivant des formations sur celles-ci ;
- Adopter une approche critique des services policiers, particulièrement dans leurs interventions auprès des personnes racisées et autochtones ;
- S'informer sur les différentes formes d'oppression et de discrimination vécues par les personnes racisées et travailler activement afin de les réduire ;
- S'informer sur les différentes formes d'oppression et de discrimination vécues par les personnes autochtones et travailler activement afin de les réduire ;
- Reconnaître ses biais inconscients et travailler à les déconstruire activement.

OUTILS DE TRAVAIL

Lexique

Caractéristique sexuelle primaire :

Caractéristique sexuée qui est généralement présente à la naissance (gonades, organes génitaux internes et externes).

Caractéristique sexuelle secondaire :

Caractéristique sexuée qui apparaît généralement à la puberté avec les hormones (testostérone et œstrogène) telles que la pilosité, la musculature, la voix, etc.

Chirurgie d'affirmation : Chirurgie visant à modifier le corps d'une personne afin de favoriser l'affirmation de son identité de genre.

Combinaisons chromosomiques :

Chaque personne a une combinaison chromosomique (combinaison entre les chromosomes X et Y). Généralement, les personnes assignées femmes ont une combinaison chromosomique XX et les personnes assignés hommes XY. Toutefois, il existe une multitude de combinaisons possibles.

Dexaméthasone : Corticostéroïde utilisé, notamment, dans les cas d'hyperplasie congénitale des surrénales lorsqu'elle est détectée en cours de grossesse.

Expression de genre : Renvoie à la façon dont une personne exprime socialement et physiquement son genre (habillement, cheveux, gestuelles, langage, etc.).

Identité de genre : Il s'agit de l'expérience vécue de son genre par une personne, ce qui ne peut être déterminée que par la personne elle-même. Que ce soit homme, femme, non-binaire, aucun ou toute autre possibilité.

Genre assigné ou genre assumé : Le genre assigné ou assumé est celui que les médecins vont assumer que l'enfant développera. Celui-ci est assigné à la naissance.

Hétéronormativité : Réfère à l'idée que l'hétérosexualité est l'orientation sexuelle « par défaut » qui devrait dicter les normes que la société véhicule. Ces normes sont ensuite renforcées par l'hétérosexisme.

Hétérosexisme : Réfère à l'idée que l'hétérosexualité est supérieure et préférable aux autres orientations ou modèles relationnels ou sexuels. Il permet aussi de renforcer l'hétéronormativité en soutenant les normes sociales associées à l'hétérosexualité comparativement aux autres orientations ou préférences sexuelles et relationnelles.

Intersexophobie : Discrimination envers les personnes intersexes en raison de leur intersexuation.

Judiciarisation : Renvoie au processus judiciaire dans son ensemble, de l'arrestation à l'incarcération.

Pathologique : Qui est relatif ou dû à une maladie.

Pathologisant : qui attribue un caractère maladif à quelque chose (sans que ce soit nécessairement justifié).

Sténose vaginale : Rétrécissement du vagin

Stéréotypification : Application des stéréotypes envers un groupe ou une personne.

Transidentité : Renvoie à l'identité d'une personne dont l'identité de genre n'est pas la même que le sexe assigné ou assumé à la naissance. Il peut autant s'agir de personnes s'identifiant comme trans, mais aussi de personnes non-binaires, agenres, bigenres, etc. Ce n'est toutefois pas toutes les personnes non-binaires, agenres, bigenres, etc. qui s'identifient comme personnes trans.

Violence médicale : Généralement, il s'agit d'expériences en contexte médical entraînant des traumatismes chez les personnes. Les interventions non urgentes et non consenties sur les enfants intersexes font parties des violences médicales.

Pour avoir plus de définitions relativement au vocabulaire relevant de la diversité sexuelle et de la pluralité des genres, consultez le « Lexique de la diversité » créé par l'organisme Interligne pour leur plateforme Alix : www.alix.interligne.co/vocabulaire-diversite.

OUTILS DE TRAVAIL

Diagnos- tics courants

- Syndrome de Klinefelter
 - Syndrome de Turner
 - Hyperplasie congénitale des surrénales (HCS)
(avec ou sans perte de sel)
 - Hypospades/hypospadias
 - Différences/désordres/anomalies/variations
du développement sexuel
 - Ambiguïtés sexuelles
-
- Dysgénésie gonadique/Syndrome de Swyer
 - Insensibilité partielle ou complète aux androgènes
 - Ovaires polykystiques sévères
 - Déficit en 5 alpha réductase
 - Agénésie vaginale
 - Agénésie pénienne

OUTILS DE TRAVAIL

Ressources

www.cia-oiifrance.org

www.intersexemontreal.wixsite.com/groupe

www.interligne.co/espace-intersexe

www.egale.ca/awareness/soutenir-votre-enfant-intersexe

www.inter-action-suisse.ch

www.interactadvocates.org

www.hrc.org/resources/understanding-the-intersex-community

www.unfe.org/fr/intersex-awareness

www.amnesty.org/fr/latest/campaigns/2017/05/intersex-rights

www.isna.org

www.oiiinternational.com

www.oii francophonie.org

Ouvrage : A comprehensive guide to intersex par Kyle J. Peterson
(Jessica Kingsley Publishers.)

Blog francophone : www.temoignagesetsavoirsintersexes.wordpress.com

The National LGBTQIA+ Health Education Center, associé au Fenway Institute (États-Unis) offre plusieurs outils et formations créditées portant sur les enjeux de la DSPG en contexte de soins, incluant les personnes intersexes :

www.lgbtqiahealtheducation.org

Leur guide sur les soins pour les personnes intersexes est disponible ici :
www.lgbtqiahealtheducation.org/wp-content/uploads/2020/08/Affirming-Primary-Care-for-Intersex-People-2020.pdf

Biblio- graphie

Beale, J. M. et Creighton, S. M. (2016). Long-term health issues related to disorders or differences in sex development/intersex. *Maturitas*, 94, 143-148. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.10.003>

Danon, L. M. et Krämer, A. (2017). Between Concealing and Revealing Intersexed Bodies: Parental Strategies. *Qualitative health research*, 27(10), 1562-1574, 28728528. <https://doi.org/10.1177/1049732317697100>

Davis, G., Feder, E., Liao, L.-M., Baratz, A. B., Karkazis, K. et Frader, J. (2015). Normalizing Intersex. VOICES: Personal Stories from the Pages of NIB (Narrative Inquiry in Bioethics). VOICES. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.24391.70569>

Hester, J. D. et von Humboldt-Stiftung, A. (2006). Intersex(es) and the rhetorics of healing. Dans S. E. Systma (dir.), *Ethics and Intersex*. Springer.

Jones, C. (2022). The harms of medicalisation: intersex, loneliness, and abandonment. *Feminist Theory*, 23(1), 39-60. <https://doi.org/10.1177/14647001211062740>

Jones, T. (2018). Intersex Studies: A Systematic Review of International Health Literature. *SAGE Open*, 8(2), 2158244017745577. <https://doi.org/10.1177/2158244017745577>

Jones, T., Hart, B., Carpenter, M., Ansara, G., Leonard, W. et Lucke, J. (2016). *Intersex. Stories and statistics from Australia*. Open Book Publishers.

Latham, J. et Barrett, C. (2015a). Appropriate bodies and other damn lies: Intersex ageing and aged care. *Australasian Journal on Ageing*, 34(S2), 19-20. <https://doi.org/10.1111/ajag.12275>

Latham, J. R. et Barrett, C. (2015b). «As we age»: An evidence-based guide to intersex inclusive aged care. Australian research center in sex, health and society.

Latham, J. R. et Holmes, M. M. (2017). Intersex Ageing and (Sexual) Rights. Dans C. Barrett et S. Hinchliff (dir.), *Addressing the Sexual Rights of Older People* (1re éd., p. 84-96). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315641751-7>

McGlynn, N., Browne, K., Sherriff, N., Zeeman, L., Mirandola, M., Gios, L., Davis, R., Donisi, V., Farinella, F., Rosińska, M., Niedźwiedzka-Stadnik, M., Pierson, A., Pinto, N. et Hugendubel, K. (2020). Healthcare professionals' assumptions as barriers to LGBTI healthcare. *Culture, Health & Sexuality*, 22(8), 954-970. <https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1643499>

Morland, I. (2011). Intersex Treatment and the Promise of Trauma. Dans J. A. Fisher (dir.), *Gender and the Science of Difference* (p. 147-163). Rutgers University Press. <http://www.jstor.org/stable/j.ctt5hj2h3.11>

National LGBTQIA+ Health Education Center. (2020). *Affirming primary care for intersex people*. Fenway Institute. <https://www.lgbtqiahealtheducation.org/wp-content/uploads/2020/08/Affirming-Primary-Care-for-Intersex-People-2020.pdf>

Peterson, J. K. (2021). How professionals can help. Dans *A comprehensive guide to intersex* (p. 118-186). Jessica Kingsley Publishers.

Roen, K. (2019). Intersex or Diverse Sex Development: Critical Review of Psychosocial Health Care Research and Indications for Practice. *Journal of Sex Research*, 56(4-5), 511-528. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1578331>

Rosenwohl-Mack, A., Tamar-Mattis, S., Baratz, A. B., Dalke, K. B., Ittelson, A., Zieselman, K. et Flatt, J. D. (2020). A national study on the physical and mental health of intersex adults in the U.S. *PLOS ONE*, 15(10), e0240088. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240088>

Streuli, J. C., Vayena, E., Cavicchia-Balmer, Y. et Huber, J. (2013). Shaping Parents: Impact of Contrasting Professional Counseling on Parents' Decision Making for Children with Disorders of Sex Development. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(8), 1953-1960. <https://doi.org/10.1111/jsm.12214>

Témoignages et savoirs intersexes. (2017, 23 mars). La pathologisation des intersexes par les psys. *Témoignages et savoirs intersexes*. <https://temoignagesetsavoirsintersexes.wordpress.com/2017/03/23/la-pathologisation-des-intersexes-par-les-psys/>

Tosh, J. (2013). The (In)Visibility of Childhood Sexual Abuse: Psychiatric Theorizing of Transgenderism and Intersexuality. *Intersectionalities: A global journal of social work analysis, research, polity, and practice*, 2, 71-87.

Zeeman, L. et Aranda, K. (2020). A Systematic Review of the Health and Healthcare Inequalities for People with Intersex Variance. *International journal of environmental research and public health*, 17(18), 32911732. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186533>

Avec la participation financière de :



