

MASTER DE SPECIALISATION EN ETUDES DE GENRE

Pala

Sabiha

La construction de l'identité de genre chez les personnes intersexuées

Emilie Moget, Université Catholique de Louvain

Je déclare qu'il s'agit d'un travail original et personnel et que toutes les sources référencées ont été indiquées dans leur totalité et ce, quelle que soit leur provenance. Je suis conscient-e que le fait de ne pas citer une source, de ne pas la citer clairement et complètement constitue un plagiat et que le plagiat est considéré comme une faute grave au sein de l'Université. J'ai notamment pris connaissance des risques de sanctions administratives et disciplinaires encourues en cas de plagiat comme prévues dans le *Règlement des études et des examens de l'Université catholique de Louvain* au Chapitre 4, Section 7, article 107 à 114.

Au vu de ce qui précède, je déclare sur l'honneur ne pas avoir commis de plagiat ou toute autre forme de fraude.

Nom, Prénom : Pala, Sabiha

Date : 21/05/2023

Remerciements

Je remercie mes amie.es avec qui j'ai pu partager mes réflexions et mes doutes, en particulier
Quentin et Gauthier.

Merci à l'équipe de Genres Pluriels et en particulier, à Aurore Dufrasne pour la relecture de ce travail, sa bienveillance ainsi que pour ses conseils avisés. Merci également à ma promotrice,
Madame Emilie Moget, pour sa disponibilité et ses judicieuses remarques.

Enfin, je remercie de tout mon cœur mes participantes pour leur collaboration sans laquelle ce travail n'aurait pas été possible. Nos échanges ont été riches en savoirs et en émotions. Je ressens
beaucoup d'affection à leur égard en relisant ce travail.

Résumé :

L'objet de ce travail porte sur le rapport qu'entretiennent les personnes intersexuées dont les caractéristiques sexuées varient de la norme, avec leur identité de genre. C'est dans les années 1950, en étudiant le cas des enfants intersexués que le terme de « genre » apparaît et est depuis lors, utilisé en sciences sociales pour décrire les rapports sociaux. Le corps médical distingue alors le sexe biologique du sexe social et tentera, encore aujourd'hui, d'aligner le sexe, le genre et l'orientation sexuelle des personnes intersexuées à l'aide de diverses techniques de correction des corps que la communauté intersexe politisée nomme des mutilations génitales. En effet, le consentement libre et éclairé des personnes intersexuées est souvent bafoué et, qu'il y ait eu ou pas des mutilations, la structure sociale actuelle ne permet pas aux personnes concernées de se développer dans un environnement épanouissant. De plus, des accompagnements sont rarement proposés et les services de santé mentale ne sont pas qualifiés pour soutenir ces personnes qui sont alors stigmatisées. L'enjeu de ce travail est d'entendre ce que disent les personnes intersexuées de leur identité de genre via la méthode de récit de vie afin de contribuer à une clinique plus à l'écoute des minorités. Le thème concerne l'identité de genre car c'est le moteur des violences perpétrées à l'encontre de ces personnes. Les théories psychanalytiques de Jean Laplanche sont utilisées pour analyser les récits de vie des participant.es. Enfin, ce travail tente de mettre en lumière les parcours différents des participant-es tout en s'alignant à une vision de la psychanalyse au plus près de la singularité du sujet.

Table des matières

Introduction :.....	7
1. Revue de littérature :.....	10
1.1. Qu'est-ce que l'intersexuation :	10
1.1.1. Au niveau biologique :.....	10
1.1.2. Au niveau historique :	11
1.1.3. Au niveau du vocabulaire :	11
1.1.4. Au niveau juridique :.....	12
1.2. Enjeux politiques et sociaux autour des intersexuations :.....	14
1.2.1. La procédure médicale :.....	14
1.2.2. Enjeux politiques et sociaux des discours médicaux sur les corps intersexués :	16
1.2.3. La convergence des luttes féministes avec l'inclusion des personnes intersexuées : ..	17
1.3. Les théories sur la construction de l'identité de genre :.....	20
1.3.1. Terminologie :.....	20
1.3.2. L'apport des théories laplanchiennes dans la conception de l'identité de genre :	21
1.4. Pistes pour comprendre la construction de l'identité de genre chez les personnes intersexuées :	24
1.4.1. La réaction parentale face au diagnostic d'intersexuation :.....	24
1.4.2. Les études sur la construction de l'identité de genre chez les personnes intersexuées : 25	
1.4.3. Perspectives futures :	26
2. Questions de recherche :.....	27
3. Méthodologie :.....	28
3.1. Position et engagement :.....	28
3.2. Echantillon et recrutement :	29
3.3. Méthode :.....	29
4. Résultats :.....	31
4.1. Analyse du recrutement :.....	31
4.1.1. Déroulement de l'étude :.....	31
4.1.2. Eléments de réflexivité :	32
4.2. Présentation des actrices de la recherche :	33

4.2.1.	Résumé du récit de vie de Rosalie :	33
4.2.2.	Résumé du récit de vie de Catherine :	36
4.2.3.	Résumé de mon vécu via le thème de l'identité de genre :	38
4.3.	Présentation des résultats :	39
4.3.1.	Parcours médical :	39
4.3.2.	Identité de genre :	42
4.3.3.	Rapport au corps et à la sexualité :	45
4.3.4.	Militantisme et identité intersexe :	47
5.	Discussion :	49
5.1.	Fluidité dans l'identité de genre ? :	50
5.2.	Subversion dans l'identité de genre féminine :	51
5.2.1.	Être femme sans les caractéristiques sociales associées :	51
5.2.2.	Retour sur les théories laplanchiennes :	53
5.3.	Présentation de soi aux autres et féminisme phénoménologique :	54
5.3.1.	Rôle de l'expression de genre :	54
5.3.2.	Apports du féminisme phénoménologique actuel :	55
5.3.3.	Présentation de soi aux autres :	55
5.4.	Limites de l'étude :	56
5.4.1.	Recrutement :	56
5.4.2.	Méthode :	57
5.4.3.	Participant.es :	57
5.5.	Nouvelles perspectives et psychanalyse émancipée :	58
	Conclusion :	60
	Glossaire :	61
	Bibliographie :	65
	Annexes :	71
	Annonce de recrutement 1 :	71
	Annonce de recrutement 2 :	71
	Résumé long de Rosalie	72
	Résumé long de Catherine :	81
	Arbre généalogique de Rosalie :	90

Arbre généalogique de Catherine :	90
Ligne de vie de Rosalie :	91
Ligne de vie de Catherine :	92
Questions posées durant le troisième entretien :	93

Introduction :

Dans les années 1990, une nouvelle lutte à l'encontre des discriminations envers les minorités, propulsée par les mouvements féministes de la deuxième vague, voit le jour : c'est le combat des personnes intersexuées, engagé par la biologiste Anne Fausto-Sterling. En effet, celle-ci écrit un article en expliquant qu'il n'y a pas deux sexes, mais cinq si nous prenons en compte les personnes intersexuées. L'article, faisant grand bruit, donne l'idée à Cheryl Chase de créer l'ISNA, l'Intersex Society of North America. De là, débute une longue remise en question sur la prise en considération des personnes dont le développement sexué varie de la norme habituellement observée. Les traitements médicaux prescrits pour les personnes intersexuées sont questionnés par les scientifiques et les personnes elles-mêmes se manifestent en faisant état des violences qu'elles ont subies, qu'elles soient physiques ou psychologiques (Picquart, 2009).

La question qui taraude est posée : pourquoi opérer des corps qui vont bien ? Car depuis les années 1950, c'est bien ce qu'il se passe dans les hôpitaux occidentaux, notamment l'hôpital John Hopkins qui est le point d'origine. En effet, l'hôpital crée une équipe de recherche regroupant des spécialistes des intersexuations comme le célèbre psychologue John Money (Raz, 2015). Celui-ci tente de développer une théorisation du genre et participera à l'avènement du paradigme John Hopkins. Ce protocole préconise d'orienter le choix du sexe d'un·e enfant intersexué·e en fonction de plusieurs facteurs comme « l'anatomie des organes génitaux externes et des possibilités chirurgicales qu'elle offre, en particulier de la taille du phallus ou de la présence d'un vagin utilisable » (Raz, 2015). C'est à ce moment-là que le terme « gender » émerge car l'équipe souhaite aligner le mieux possible le sexe de l'enfant à son rôle social. Money déclare que le comportement sexué n'est pas inné et invente alors le terme de genre. Celui-ci sera popularisé par Robert Stoller qui fonde la Gender Identity Research Clinic en 1954 et distingue le sexe biologique de l'« identité sexuelle » (qui correspond dans les termes actuels à « identité de genre »). Cette dernière correspond au fait de se percevoir homme ou femme et de se comporter en tant que tel (Dorlin, 2008).

C'est dans les années 1970 que le concept de genre sera repris par les féministes. En effet, Ann Oakley rédige un livre en 1972 dans lequel elle distingue le sexe du genre à partir de la clinique de Money. Elle y démontre que les identités de genre ne sont pas dépendantes de la biologie et que les rôles sociaux attribués aux sexes sont donc arbitraires. Le concept de genre sera, à partir de là, utilisé en science sociales pour définir « les identités, les rôles (tâches et fonctions), les valeurs, les représentations ou les attributs symboliques, féminins et masculins, comme les produits d'une socialisation des individus et non comme les effets d'une nature ». Le lien de causalité entre sexe et genre est alors rompu (Dorlin, 2008).

Malgré l'apparition de la lutte intersexe dans les années 1990, les opérations chirurgicales visant à corriger les corps des personnes intersexuées ont toujours lieu et ce, engendrant alors des difficultés psychologiques tout au long de la vie. Et il est nécessaire d'ajouter qu'aucun accompagnement psychologique n'est proposé, ni aux parents lorsque l'opération a lieu à la naissance ou avant l'âge adulte, ni aux personnes concernées (Picquart, 2009). C'est ici l'enjeu de ce travail car si d'une part, les personnes ne sont pas accompagnées, d'autre part, la pratique clinique semble avoir du mal à soutenir décemment les personnes qui s'éloignent d'une norme établie (Ayouch, 2019). Dans son livre, *Contre la normativité en psychanalyse*, Susan Heenen-Wolff (2017) critique l'interprétation et la pratique de la psychanalyse de manière trop normative. En effet, notre société fait état de changements profonds et rapides et utiliser les concepts théorisés par Freud il y a une centaine d'années de façon rigide revient à tout pathologiser (Laufer, 2022). Ce résultat ne permet pas une écoute compréhensive des nouveaux sujets. Néanmoins, beaucoup de penseurs et penseuses queer ont tenté une réinvention de la psychanalyse, notamment Gayle Rubin qui considère cette discipline comme une théorie féministe manquée qu'il serait suicidaire d'écarter tant elle est, au fond, une théorie du genre. En effet, elle explique que la psychanalyse décrit la manière dont les enfants, bisexuel·le·s et androgynes, sont transformés en garçons et en filles. Si ceci fait référence au sexuel infantile, pervers et polymorphe de Freud, Rubin ajoute que pour s'émanciper de ces carcans binaires, il nous faut considérer la variété sexuelle comme anodine.

Un autre penseur mobilisé par Heenen-Wolff (2017) pour proposer de nouveaux fondements à la psychanalyse est Jean Laplanche. Traducteur de Freud, il propose une théorie originale de la construction psychique de l'enfant dans laquelle il inclut le concept de genre. Pour lui, l'enfant traduit les messages d'assignation de genre envoyés par l'adulte et une plus grande souplesse dans les rôles de genre permettrait alors une plasticité potentielle des identifications à un genre et des désirs. Cette théorie utilisée pour comprendre l'organisation psychique de l'être humain pourrait amener à une déhiérarchisation des identités et comportements variants de la norme comme le propose Rubin.

Ce travail propose de s'inscrire dans cette lignée en s'intéressant à la situation décrite plus haut des personnes intersexuées. Si le début des opérations à la chaîne a été accompagnée par la naissance du concept de genre, les personnes concernées par ces mutilations sont souvent confrontées à l'amalgame entre leur sexe d'assignation et leur identité de genre. Nous verrons ici comment l'histoire de l'individu peut être marquée par les rapports sociaux. Dans ce mémoire, nous tenterons d'abord de comprendre ce qu'est l'intersexuation et pour ce faire, nous utiliserons une description biologique, historique, linguistique et juridique. Nous essaierons ensuite d'exposer la réalité des personnes intersexuées en développant les enjeux politiques et sociaux qui circonscrivent la condition intersexe. La procédure médicale ainsi que les discours des médecins sur les corps intersexués seront analysés

et nous évoquerons également l'inclusion des intersexes dans la lutte féministes. Ensuite, les théories sur la construction de l'identité de genre sera un passage incontournable dans ce travail. Nous parlerons de la terminologie qui a pu poser certains questionnements dans la rédaction de ce mémoire ainsi que des théories de Jean Laplanche présentées précédemment. Nous arriverons petit à petit en présentant les travaux effectués sur la construction de l'identité de genre chez les personnes intersexuées.

La question de recherche vise à comprendre comment les personnes intersexuées s'inscrivent-elles dans leur identité de genre, comment celle-ci se construit et comment évolue-t-elle au cours du temps. La partie présentant la méthodologie proposera un détour sur nos positions et engagements et décrira la méthode du récit de vie qui sera utilisée pour acquérir les données. Après avoir collecté les informations nécessaires via la narration de la vie des participantes recrutées, nous tenterons de mettre en exergue les différents axes retenus dans leur parcours de vie qui seront pertinents pour répondre à notre question de recherche. Le parcours médical des participantes, leur rapport à l'identité de genre et au corps ainsi que leur positionnement politique seront les axes principaux analysés dans la partie traitant les résultats. S'ensuivra enfin la discussion où des éléments de réponses seront apportés.

Je note pour le lectorat que ce mémoire est rédigé en écriture inclusive. De plus, un glossaire est attaché à la fin du texte pour mieux comprendre certains termes. Ceux-ci seront accompagnés d'une astérisque lors de leur première rencontre.

1. Revue de littérature :

1.1. Qu'est-ce que l'intersexuation :

1.1.1. Au niveau biologique :

L'intersexuation correspond à la variation du développement sexué* classique que l'on trouve chez l'espèce humaine (Picquart, 2009). Le développement sexué est le moment où se forment les organes génitaux chez l'embryon dans un premier temps et celui de l'apparition des caractères sexuels secondaires chez l'adolescent·e dans un second temps. Nous parlons de variation car les personnes intersexuées s'écartent des normes sexuées habituellement conçues. Il existe un certain nombre d'intersexuations mais il est actuellement difficile de toutes les recenser étant donné l'imprécision de la définition médicale du sexe. Dufrasne & Vico (2020) le définissent comme l'ensemble de caractéristiques biologiques utilisées pour scinder certaines espèces animales, dont les êtres humains, en deux catégories (mâles et femelles).

Les personnes intersexuées présentent des caractéristiques sexuées ne correspondant pas à la définition-type des sexes « mâle » ou « femelle », notamment en ce qui concerne leurs taux hormonaux et/ou leurs chromosomes et/ou leurs organes reproducteurs et/ou autres caractéristiques sexuelles secondaires (Dufrasne & Vico, 2020). Elles ont donc la particularité de s'inscrire hors du schéma classique du développement sexué. Cette condition concerne approximativement 1.7% de la population mais ce chiffre varie selon les auteur·e·s (Fausto-Sterling, 2001).

Les médecins utilisent trois sous-catégories pour désigner les intersexuations en fonction des gonades : l'«hermaphrodisme vrai* », le « pseudo-hermaphrodisme* masculin » et le « pseudo-hermaphrodisme féminin ». Si ces termes sont considérés comme injurieux pour la communauté intersexe, il est important d'également souligner qu'il est réducteur. En effet, sur les 46 intersexuations reconnues par la médecine, les trois sous-catégories précitées, centrées uniquement sur l'expression génitale des personnes, ne concernent que 0,05% des intersexuations. D'autres formes de variations du développement sexué peuvent s'exprimer au niveau des caractéristiques sexuelles secondaires, au niveau hormonal ou chromosomique (Picquart, 2009).

Nous pouvons déjà constater la complexité de la définition du terme de sexe biologique qui peut à la fois être déterminé par les caractéristiques chromosomiques, anatomiques, gonadiques, phénotypiques, psychologiques, hormonales, etc. de l'individu (Jacquot, 2020).

1.1.2. Au niveau historique :

En Europe, de l'Antiquité au vingtième siècle, les personnes intersexuées étaient considérées comme une « bizarrerie de l'espèce humaine » et celles-ci suscitaient la curiosité en étant exposées comme bêtes de foire. Le cas des « femmes à barbe » en est un exemple célèbre (Picquart, 2009).

La reconnaissance des personnes intersexuées est fortement liée au concept de genre* inventé dans les années 1950 par les médecins. En effet, ceux-ci n'étaient pas toujours capables d'attribuer à première vue, un sexe mâle ou femelle aux enfants intersexué·e·s et les assignaient donc à un sexe d'élevage (Dorlin, 2008). Ce sont le psychologue John Money et le psychiatre Robert Stoller qui sont les plus cités car ils ont établi la dissociation entre le sexe biologique et le « sexe social ou psychologique », en partant du principe que nous naissons avec un sexe mais que notre genre se construit et que celui-ci se rapporte au sentiment d'être homme ou femme. Vers deux ans, l'enfant commencerait à se ressentir dans l'un des deux genres et c'est pourquoi les médecins prennent rapidement la décision du sexe d'élevage de l'enfant intersexué·e (Picquart, 2009).

Lors de la deuxième vague du féminisme qui débuta dans les années 1960, la sociologue Ann Oakley marque l'intégration du concept de genre dans la théorie féministe, en 1972. En effet, elle distinguera le sexe du genre en définissant ce dernier comme : « les identités, rôles, valeurs, représentations ou attributs symboliques féminins et masculins produits par la socialisation des individus et non comme les effets d'une nature ». Un travail de déconstruction commence alors : les stéréotypes sexistes à l'égard des femmes ne dépendent plus de leur sexe biologique (Dorlin, 2008).

Enfin, nous voyons apparaître dans les années 1990, des mouvements intersexes qui militent pour leurs droits, soutenus par la biologiste féministe Fausto-Sterling (Picquart, 2009).

1.1.3. Au niveau du vocabulaire :

La littérature concernant les intersexuations utilise des mots différents selon les auteur.es pour les nommer. En voici quelques-uns : intersexué*, intersexe*, intersexuel*, intergenre*, hermaphrodite*, pseudo-hermaphrodite*, ambiguïté*, désordre du développement sexuel*, troisième sexe, pathologie, syndrome, etc. (Picquart, 2009). Certains de ces termes, utilisés de manière populaire ou médicale, ne sont pas adéquats pour nommer la condition des personnes intersexuées, étant inappropriés (lorsqu'ils confondent sexes et genres, ou sexes et sexualité par exemple), voire injurieux et/ou pathologisants pour celles-ci.

Le terme « intersexualité » voit le jour sous la plume du généticien et embryologiste Goldschmidt (1878-1958) au début du vingtième siècle. Celui-ci est en partie connu pour ses travaux sur les « monstres prometteurs » et publie un article sur l'« intersexualité » en 1917. C'est dans les années

1950 que le terme « intersexuel » s'est réellement fait connaître, via les travaux sur les traitements médicaux des personnes intersexuées. En fait, ce terme n'est pas adéquat en raison de sa terminaison en « sexuel » qui fait référence à la sexualité. Le terme intersexuation correspond mieux à la réalité : « *sexuation* fait référence à un processus physique de définition des organes génitaux et *inter* renvoie à un état intermédiaire entre une sexuation mâle et une sexuation femelle » (Picquart, 2009). Si même ce terme est critiquable car partant du principe qu'il n'y a que deux sexes – et que l'intersexué serait entre les deux - c'est, à ce jour, le plus adapté. Kraus et al. (2017) distinguent le terme intersexué du terme intersexe : intersexué désigne les personnes présentant une intersexuation alors qu'intersexe se rattache aux personnes qui revendiquent la dimension de l'identité liée au fait d'être une personne intersexuée. Nous choisirons d'utiliser le terme intersexué·e tout le long de l'étude, celui-ci étant plus englobant par définition.

L'appellation « troisième sexe », quant à lui, est pensée sous un mode hiérarchique, le premier sexe étant le mâle. « Hermaphrodite » fait référence à un mythe et peut sembler décrédibilisant, voire faux tandis que « pseudo-hermaphrodite », comme on l'a vu précédemment, donne l'impression qu'en plus d'être anormal, la personne intersexuée est « fautive ». Ces appellations populaires sont donc considérées comme blessantes pour la communauté intersexe. Il est néanmoins à nuancer que, comme le montrent les témoignages provenant du livre de Picquart (2009), toutes les personnes présentant une intersexuation ne rejettent pas systématiquement tous ces termes (Picquart, 2009).

De plus, le vocabulaire pour décrire la condition intersexe est surtout utilisé dans le domaine médical, notamment via le terme « désordre » ou « ambiguïté ». Les activistes, et notamment l'Organisation internationale des personnes intersexuées (OII) (Picquart, 2009), se placent contre le terme « désordre » proposé en 2006 par la société des endocrinologues européens et américains (Disorder of sex development ou DSD) car jugé pathologisant alors même que la vie des personnes présentant une intersexuation n'est pas forcément en danger ni même altérée au niveau fonctionnel ou médical (Fausto-Sterling, 2001). Les personnes concernées proposent plutôt la terminologie « variation du développement sexué » qui permet de les libérer de la connotation péjorative renvoyée par les mots utilisés pour les catégoriser (Fortier, 2017).

1.1.4. Au niveau juridique :

Laufer (2015) déclare que « recevoir un nom, c'est aussi recevoir la possibilité d'exister socialement ». Nous l'avons vu, les personnes intersexuées ont été invisibilisées en raison de la terminologie qui leur a été associée. Le terme « désordre » utilisé par les médecins les renvoie au milieu médical : les personnes intersexuées sont associées à la maladie et non vues comme des personnes à part entière. Ceci est lié à la vision binaire que nous avons des sexes. Si, comme nous le

verrons, le sexe est imbriqué à l'identité, celle-ci n'en découle pas par essence et notre vision binaire des sexes ne permet pas de considérer les personnes intersexuées en tant que sujet·te·s sexué·e·s et les associe, de fait, à un « syndrome » plutôt qu'à un sexe différent du sexe mâle ou femelle. Ce fait même ne permet pas aux personnes concernées de s'identifier à la catégorie « intersexe » (Kraus, 2008).

Moron Puech (2017), fondateur de l'association GISS - qui lutte pour rendre effectifs les droits fondamentaux des minorités sexuées et sexuelles - explique que les personnes intersexuées sont touchées par certains aspects sociétaux comme le fait de ne pas être reconnues juridiquement pour ce qu'elles sont. Il indique également que l'identification à l'état civil du « sexe neutre » est un droit qui a été refusé par la Cour de Cassation française en 2016. Pour Fajnwaks (2017), le « sexe neutre », bien que critiquable car maintenant un ordre binaire de la sexualité semble néanmoins être la solution actuelle la plus adaptée à la situation des personnes intersexuées. Il est important de signaler que ce n'est pas le point de vue de l'association de soutien aux personnes intersexuées, Genres Pluriels car « neutre » sous-entend inexistant. Cela renforce alors la vision qu'il n'y a que les sexes dyadiques* qui soient valables. Leur revendication concerne cependant le retrait de la mention de sexe ou de genre sur la carte d'identité car relevant du droit de la vie privée en tant que donnée biologique (Otez votre sexe de notre carte d'identité, 2020).

Nous constatons ici que les lois permettent de maintenir un ordre sexué binaire et ceci depuis l'Antiquité. En effet, Paturet (2014) nous rapporte que les personnes intersexuées romaines devaient choisir un « genre » et y rester, qu'elles avaient le droit de se marier mais avec une personne « d'un rôle inverse ». Nous voyons donc que l'impossibilité de déterminer un sexe hors de l'ordre binaire engendre des difficultés à deux moments : d'abord, lors de la déclaration de naissance étant donné l'absence d'un « troisième sexe » dans la majeure partie du monde, ensuite, lors du mariage, car si la binarité des sexes se doit d'être maintenue, l'hétérosexualité au sein du couple qui s'unit doit également être respectée (Jacquot, 2020). Ce dernier point n'est, bien entendu, plus d'actualité pour certains pays comme la Belgique, qui a autorisé le mariage pour les personnes du même sexe en 2003 (Wikipédia, 2022).

Les lois établies autour de l'identité de genre* des individus ne sont pas les seules liées à l'intersexualité. Il existe également des lois concernant les interventions chirurgicales sur les parties génitales. Nous ne ferons que les citer car la partie qui suit développera plus en détail cette question, mais d'un point de vue juridique, il existe une première initiative importante en faveur des personnes intersexuées : en 2005, « la Commission des Droits de l'Homme à San Francisco demande la suspension des interventions de normalisation génitale sur les enfants et le retardement du traitement jusqu'à leur consentement » (Descarpentries, 2016). Comme nous le verrons, les personnes

intersexuées sont assignées à un genre, mais sont également opérées pour « correspondre anatomiquement à celui-ci » depuis les années 1950. En 2021, la Belgique a voté une résolution en faveur des personnes intersexuées demandant la mise en place d'un cadre législatif dans le but de protéger l'intégrité physique des enfants intersexués (Résolution inter* au parlement fédéral belge, 2021).

Il est nécessaire de mentionner les principes de Jogjakarta qui font référence à l'application de la législation internationale des droits humains en matière d'orientation sexuelle* et d'identité de genre. Dans ce texte de 2007, le principe 18 se nomme « protection contre les abus médicaux » et stipule que les Etats devront veiller à « prendre toutes les dispositions législatives et administratives, ainsi que toute autre mesure, nécessaires pour garantir qu'aucun enfant ne voie son corps irréversiblement altéré par des pratiques médicales visant à lui imposer une identité de genre sans le consentement total, libre et averti de l'enfant, conformément à son âge et à sa maturité, et suivant le principe selon lequel, dans toutes les situations impliquant des enfants, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale » (Principes de Jogjakarta, 2007). Les interventions chirurgicales sur les parties génitales à visée de normalisation sont donc interdites car allant contre le droit à l'intégrité corporelle et à la procréation.

Il existe également des associations comme le GISS dont nous avons parlé, qui utilisent les textes de loi pour défendre les droits des minorités sexuelles (Moron Puech, 2017).

1.2. Enjeux politiques et sociaux autour des intersexuations :

1.2.1. La procédure médicale :

Il est présent temps d'aborder les procédures médicales se rapportant au traitement des personnes intersexuées. Celui-ci débute à la naissance de l'enfant et plus particulièrement, au moment de déclarer le sexe du bébé. Si le médecin ne peut déterminer le sexe de l'enfant à première vue, s'en suivra une batterie d'exams pour déterminer le « sexe véritable » du/de la nouveau/elle-né-e (Jacquot, 2020). L'idée, problématique car excluante, est donc que derrière l'intersexuation se cacherait un « vrai sexe » (Picquart, 2009).

Les exams effectués pour prédéterminer le genre de l'enfant, son sexe d'élevage ou son sexe praticable évaluent en partie les capacités reproductives de l'individu (Piazza, 2013). Lorsque le diagnostic est posé, la chirurgie génitale corrective peut être réalisée. Pour savoir s'il faut corriger le corps de l'enfant en fille ou en garçon, les médecins vont utiliser, entre autres, l'échelle de Prader* qui permet de classer le type d'intersexuation en fonction de la taille de l'appareil génital. La taille

3 se situe, par exemple, entre le clitoris et le gland. Ainsi, l'enfant est assigné femme si son clitoris est « hypertrophié » (par rapport à une norme arbitraire) mais semble à ce stade précoce trop petit pour pénétrer à l'avenir. Le but est de réduire la taille de son clitoris et/ou de lui créer un vagin qui devra ensuite être régulièrement dilaté avec un dilateur vaginal pour maintenir l'entrée du vagin ouverte (Picquart, 2009). Si l'appareil génital « est assez grand pour pénétrer et que les organes internes ne permettent pas la gestation », l'enfant sera assigné homme (Charlebois, 2014). On voit également que face à cette situation, les médecins auront plus tendance à « créer » des filles plutôt que des garçons en partant du principe qu'il est plus simple de créer un trou que de façonner un pénis (Picquart, 2009).

Selon Hird (2003), ces chirurgies « correctrices » sont imprégnées des théories freudiennes qui donnent plus d'importance à la capacité de pénétration d'un vagin plutôt qu'à la capacité de stimulation du clitoris. Pour « créer » une fille, il faut donc fabriquer une entrée de vagin suffisamment grande pour qu'ait lieu une pénétration mais également exciser le clitoris hypertrophié. Les médecins suivent les personnes intersexuées tout au long de leur vie en leur administrant des hormones qui aideront au maintien de l'assignation* et ceux-ci considèrent qu'un rapport sexuel est réussi si la pénétration vaginale a eu lieu. Ces opérations peuvent occasionner des risques comme des cicatrices, une perte de sensibilité sexuelle, des infections ou sténoses*, des risques de troubles psychiatriques et traumatismes psychologiques (Picquart, 2009). Si les personnes intersexuées sont accompagnées par un thérapeute durant ces lourdes épreuves, le but de la thérapie est bien souvent de faire accepter son assignation à l'enfant (Hird, 2003).

Avant de discuter des enjeux sociaux que ces interventions provoquent, il est important d'également considérer la prise en charge des parents, souvent déroutés par la nouvelle. Kraus (2008) détermine quatre aspects du discours médical adressé aux parents : le premier aspect consiste à expliquer comment se développent les organes génitaux d'un fœtus normal et l'enjeu psychologique que supposerait ce développement. Les médecins expliquent aux parents que le pénis et le clitoris ont la même origine et qu'il faut opérer leur enfant. Mais ce discours ne laisse pas toujours le choix aux parents de décider s'il est vraiment nécessaire d'opérer étant donné que les experts inscrivent les parents dans une urgence médicale. En effet, si au niveau de la loi le sexe peut être déclaré définitivement jusque deux ans, les médecins conseillent trois jours avant de décider le sexe qu'aura leur enfant. C'est en fait une urgence psychologique car selon eux, l'enfant ne pourra pas s'identifier en tant que fille ou garçon si ses parties génitales sont atypiques. On voit que cette situation d'urgence désoriente les parents qui vont adhérer aux dires du/de la médecin, iel-même en position de pouvoir car détenteur/trice des connaissances (Picquart, 2009). La courte durée de décision laissée par les médecins ne permet pas non plus aux parents de s'informer plus amplement,

de collecter des avis médicaux différents. Le deuxième aspect mis en évidence par Kraus (2008) concerne le discours pathologisant énoncé par les médecins pour décrire la condition intersexuée de leur enfant. Nous l'avons vu, l'intersexuation est associée à un trouble, une pathologie et l'emploi de ces termes rend alors l'opération indispensable. L'assignation de l'enfant par l'opération génitale permet en quelque sorte de se débarrasser du trouble, ce qui a pour conséquence le secret médical et familial. Dans les années 1950, il existait des protocoles médicaux qui conseillaient aux médecins et à la famille de ne pas parler de sa condition à l'enfant et aux proches. Ceci a eu pour conséquence une invisibilisation de la condition intersexuée sur toute une génération (Coburn, 2017). Le troisième aspect définit la variation comme une incomplétude du développement, ceci contribuant à la fois à la pathologisation mais aussi à l'idée qu'il y aurait un modèle à adopter. Enfin, le quatrième et dernier aspect relève les contradictions des discours médicaux sur les intersexuations : le genre se construit mais les médecins cherchent tout de même à attribuer le genre le plus probable et faisable selon les parties génitales de l'enfant (Kraus, 2008).

Nous constatons que la condition intersexuée entraîne d'une part une série d'examen, de diagnostics et d'opérations très peu de temps après la naissance de l'enfant, et d'autre part un sentiment d'urgence que subissent les parents, rendant le diagnostic d'intersexuation particulièrement violent. Les parents, nous l'avons vu, sont pressés par le corps médical concernant la décision finale. Ils acceptent l'opération chirurgicale par peur d'exclusion sociale et de traumatismes que les opérations tardives peuvent engendrer (Picquart, 2009). Les conséquences psychologiques de l'intersexuation et plus précisément les discours médicaux concernant cette condition seront examinés plus loin dans l'étude ; il convient à présent de se pencher sur les enjeux politiques et sociaux des discours médicaux sur les corps intersexués.

1.2.2. Enjeux politiques et sociaux des discours médicaux sur les corps intersexués :

Les corps intersexués posent question. Piazza (2013) stipule que les organes génitaux servent de support représentationnel. La difficulté de classer les organes génitaux intersexués provoque donc des questionnements autour de la norme de sexe constituée de deux catégories. Nous avons vu que les opérations visaient à « corriger » les corps intersexués, à les modifier pour qu'ils correspondent à une des catégories dyadiques mâle ou femelle. Fausto-Sterling (citée par Morin, 2016) considère que ce qui importe le plus dans la création d'une masculinité ou féminité conventionnelle est ce qui est visible, c'est-à-dire les organes génitaux externes et les caractéristiques sexuées secondaires. La raison de cette priorité du visuel s'explique par le signal qu'il envoie. En fait, le visuel informe la personne du comportement à adopter pour se conformer au genre qui lui a été assigné. Ainsi, un clitoris hypertrophié perturbe l'idée traditionnelle des rôles sociaux que les femmes sont censées remplir (Charlebois, 2014) et est perçu comme offensif et donc incompatible avec ces rôles (Hird,

2003). De la même manière, un micropénis est également en désaccord avec les normes de masculinité présentes au sein de notre système social (Picquart, 2009). Nous opérons donc des enfants afin de les faire correspondre à un idéal prescrit.

Nous pouvons nous poser la question de pourquoi vouloir à tout prix discipliner les corps ? En fait, la chirurgie effectuée sur les personnes intersexuées « se justifie par l'argument de la construction d'un équipement anatomique performant pour le coït » (Jacquot, 2020). Nous en reparlerons, mais ceci implique souvent un moindre crédit accordé au plaisir sexuel. En effet, Picquart (2009) met en évidence le rapport gynécologique qu'ont les femmes intersexuées avec leur appareil génital. Celles-ci ont parfois un vagin qui ne leur sert à rien, voire qui sont la source de souffrances chroniques à la suite des opérations chirurgicales. Ombredanne (cité par Jacquot, 2016) propose un accompagnement des traitements médicaux afin de rendre plus praticable la sexualité génitale. Ceci nous amène à nous questionner sur les sujets de l'assignation, de l'exercice de la sexualité et de l'identité de genre, termes souvent amalgamés entre eux. Une partie sera prévue pour la distinction entre ces termes mais nous retenons ici que les médecins opèrent les personnes intersexuées afin d'uniformiser l'identité, le rôle dans la sexualité et le désir sexuel (Löwy, 2003).

Nous constatons ici que le traitement médical des corps intersexués est basé sur une logique de reproduction, elle-même démontrant l'existence inéluctable des deux sexes (Dorlin, 2008). Certains auteur·e·s considèrent que l'on ne peut pas réduire le sexe à la reproduction sexuée et que sortir d'une vision bi-catégorisée des corps permettrait de donner une place au corps intersexué (Charlebois, 2017). Nous allons voir plus en détail les liens entre les théories féministes qui postulent que le sexe biologique et le genre sont en fait construits (Löwy, 2003) et le pouvoir de la norme sur les corps des personnes intersexuées, sujettes, au même titre que les personnes transgenres*, à des questions inappropriées sur leur corps, celui-ci étant considéré comme suspect car hors-catégorie (Coburn, 2017).

1.2.3. La convergence des luttes féministes avec l'inclusion des personnes intersexuées :

La condition intersexuée subvertit l'ordre binaire de la différence des sexes (Jacquot, 2020). En effet, elle pose la question d'un troisième sexe, voire d'une multitude de sexes comme le propose Fausto-Sterling (2001) dans son essai qu'elle a d'ailleurs intitulé « les cinq sexes ». Cette interrogation est souvent utilisée par les théoriciennes féministes pour démontrer que le sexe est une construction, au même titre que le genre (Charlebois, 2014). C'est ce que Löwy (2003) veut signifier lorsqu'elle dit que « notre perception de la différence sociale entre homme et femme affecte la perception des corps sexués et les corps sexués modifient la culture ». Nous avons construit des catégories, elles-mêmes

basées sur nos capacités reproductives pour établir un ordre sexué que nous avons utilisé comme base pour fonder des rôles sociaux. Ce découpage binaire naturalisé est le pilier ultime des rapports de domination (Charlebois, 2014), que ce soit entre hommes et femmes ou entre hommes et minorités sexuées. Cet ordre ne laisse pas de place aux personnes intersexuées (Coburn, 2017) et postule également une idéalisation de l'invulnérabilité (Laufer, 2015) : être différent·e de la norme établie bouleverse cet ordre et le rend fragile. Or, deux solutions sont possibles face à la diversité : l'accepter et modifier l'ordre et la norme pour inclure cette donnée, comme on pourrait le faire dans le domaine de la recherche, la deuxième solution consistant en un déni de la diversité, qui donne lieu, dans le cas des personnes intersexuées, à un contrôle de leur corps.

En effet, l'intersexuation représente la « transgression ultime de l'ordre et de la norme » car elle incarnerait la fusion des deux sexes. C'est d'ailleurs ce qui a rendu curieux/ses les scientifiques du 17^{ème} et 18^{ème} siècle (Piazza, 2013). Après les avoir étudiés, la médecine s'est penchée sur la manière dont on pourrait corriger les corps intersexués, considérés comme une erreur. La chirurgie sur leurs organes génitaux et les traitements hormonaux sont les témoins de cette nécessité à maintenir deux corps typiques et radicalement différents l'un de l'autre (Dorlin, 2008). En fait, l'intersexuation permet à la fois de remettre en question la binarité des corps (Charlebois, 2017), tout en permettant également, via l'invisibilisation de cette condition, de mettre au jour la normalisation insidieuse des corps (Moron Puech, 2017).

Comme nous l'avons vu, il faut contenir les corps qui dérangent (Coburn, 2017) et le droit occupe la même fonction que la médecine dans le maintien de cet ordre binaire en ne permettant pas de d'identifier un autre sexe que mâle ou femelle sur la carte d'identité, par exemple. Nous pouvons voir que cette idée est associée à la culture occidentale (Fausto-Sterling, 2001) : par exemple, les cultures amérindiennes adoptaient cette différence en accordant une place dans la société aux personnes présentant une variation. Cette considération a été étouffée par l'arrivée des colons et du système binaire qu'ils utilisaient (Coburn, 2017).

Non seulement il est demandé d'avoir un sexe et un genre binaire, mais il existe également une injonction à l'hétérosexualité (Coburn, 2017) que l'opération des personnes intersexuées met également en évidence. L'enfant intersexué·e va être opéré·e en fonction du rôle qu'il/elle devra remplir dans la reproduction (Fausto-Sterling, 2001) et le rapport hétérosexuel. Nous l'avons vu, les chirurgien·ne·s créent des vagins capables d'accueillir un organe génital mâle et des pénis capables de pénétrer, négligeant l'aspect du plaisir sexuel. Nous retrouvons ici l'imprégnation des théories freudiennes qui considéraient les pratiques sexuelles qui dévient de la reproduction comme perverses (Hird, 2003). Il y a donc cette idée que la reproduction peut démarquer ce qui est normal de ce qui est pathologique (Drescher, 2007). L'intersexuation n'est donc pas bienvenue si elle ne se plie pas à

la convention des relations hétérosexuelles (Coburn, 2017). Jacquot (2016) met également en évidence la nécessité de préserver l'institution du mariage en transformant les corps intersexués : en rentrant dans l'ordre binaire, ils permettront de garantir une union hétérosexuelle.

Mais comment s'articule alors la lutte intersexe ? Si la revendication des personnes intersexuées politisées pourrait se résumer à : « je veux être intégré·e à la norme tout en étant reconnu·e comme différent·e » (Linhares, 2010), elles se retrouvent souvent bloquées par des politiques institutionnalisées (Coburn, 2017). Ce qui ressort de la littérature sur le sujet concerne deux pôles. Le premier est la mobilisation des activistes intersexué·e·s pour l'arrêt des opérations chirurgicales sur leurs corps alors même que les personnes concernées ne sont pas en âge de consentir. Ils/elles/iels considèrent en effet ces opérations comme des mutilations effectuées dans l'unique but de les faire correspondre aux modèles binaires dont nous avons parlé (Moron Puech, 2017). Ceci paraît être la demande la plus urgente étant donné l'atteinte hostile portée à leur corps. Le second concerne la création d'une troisième catégorie. L'OII demande la création d'une identité intersexe (Jacquot, 2016), tandis que l'association de soutien aux personnes transgenres et/ou intersexuées Genres Pluriels met en garde contre la stigmatisation potentiellement subséquente. Nous voyons que dans les pays où cette alternative est présente, cette stigmatisation y est rencontrée (Otez votre sexe de notre carte d'identité, 2020). L'argument pour une identité intersexe est qu'elle permettrait de donner lieu à une démarche de subjectivation politique. Charlebois (2017) la définit comme une capacité à se penser intersexe, à être en soi, un sujet social, ce qui n'est pas permis partout actuellement, réduisant la présence des voix intersexes dans l'espace public. Nous voyons que dans la littérature médicale, l'intersexuation est toujours nommée en tant que syndrome divisé en plusieurs affections. Guillot (2008) avance que ce morcellement de la condition intersexe en catégories médicales sans la création d'une catégorie juridique intégrative est un acte politique qui ne permet pas de faire émerger une collectivité intersexe car il invisibilise leurs corps.

Les personnes intersexuées sont alors freinées par des conditions structurelles qui perpétuent une oppression à leur égard. Leur but est alors de créer une expérience intersexe collective qui leur permettra de les rendre visibles et de militer contre les inégalités, souvent mises en cause par l'hétérosexisme (Charlebois, 2014).

Pour conclure cette partie, voici une citation de Fausto-Sterling (2001) qui résume bien notre propos : « En quoi est-ce un problème si une personne avec poitrine, vagin, utérus, ovaires et menstruations possède un clitoris suffisamment grand pour pénétrer le vagin d'une autre femme ? En quoi est-ce un problème si le bagage biologique de certaines personnes leur permet d'avoir naturellement des relations sexuelles aussi bien avec des hommes qu'avec des femmes ? Les réponses résident dans

notre besoin culturel de maintenir des distinctions claires entre les sexes. La société rend obligatoire le contrôle des corps intersexes parce qu'ils estompent et ignorent cette grande division ».

1.3. Les théories sur la construction de l'identité de genre :

Le travail ci-présent s'intéresse à la construction de l'identité de genre chez les personnes intersexuées d'un point de vue psychanalytique. Pour commencer, nous tenterons une présentation des différents termes utilisés portant parfois à confusion concernant l'identité de genre. Nous aborderons ensuite les théories laplanchiennes sur la construction de l'identité de genre qui nous permettront de développer notre sujet d'intérêt.

1.3.1. Terminologie :

La littérature psychanalytique qui se penche sur l'identité de genre n'est pas toujours au clair avec ce terme. En effet, les termes d'identité sexuelle*, identité sexuée* et identité de genre, voire orientation sexuelle sont parfois confondus ou définis différemment selon les auteur·e·s. Vouillot (2002) définit l'« identité sexuelle » comme « un sentiment d'appartenance au sexe biologique assigné à la naissance ». L'identité sexuée, quant à elle, rend compte d'un « sentiment d'appartenance à son sexe culturellement défini par les normes sociales de féminité et de masculinité prescrites à chacun des deux sexes biologiques ». Nous voyons ici une nuance : alors que l'identité sexuelle ne fait allusion qu'au biologique, l'identité sexuée prend en compte la part culturelle qui s'inscrit dans notre identité. Vouillot (2002) rajoute que ces définitions sont interdépendantes dans le sens où notre sentiment d'appartenance à une catégorie culturelle féminine ou masculine s'appuie sur ce que l'on perçoit de nos organes génitaux externes, eux-mêmes assimilés à des rôles de genre.

Lors de la recherche d'articles avec les termes « identité de genre », « identité sexuelle » et « identité sexuée », il s'est avéré que le terme d'identité de genre n'est pas beaucoup ressorti, les auteur·e·s en psychanalyse préférant utiliser le terme d'identité sexuelle ou identité sexuée. Pouvons-nous assimiler ces différentes terminologies ? Il paraît difficile de répondre à cette question, tant celle-ci relève d'un questionnement épistémologique qui se situe au-delà des limites de ce travail. Jean Laplanche, dont nous développerons plus loin les théories, s'est également posé la question d'un déplacement de l'identité sexuelle à l'identité de genre (Trapin, 2005).

Quoiqu'il en soit, nous avons choisi d'utiliser le terme d'identité de genre, non seulement utilisé dans les travaux de recherche féministe dans lequel ce travail s'inscrit, mais également préféré par la communauté intersexe contrairement au terme « identité sexuée » dont la définition est proche de celle de l'identité de genre. Aussi, lors de ma participation à des conférences sur la condition

intersexe, les représentant·e·s souhaitent utiliser l'expression « identité de genre » plutôt qu'« identité sexuelle », qualifiée d'expression fourre-tout. Dorlin (2008) définit le genre comme « les normes, les rôles, les expériences, les assignations sociales qui sont censées correspondre au genre qui nous a été assigné à la naissance en fonction de notre sexe biologique ». L'identité de genre se réfère alors au sentiment d'appartenir (ou non, ou en partie) à ces normes prescrites en fonction du genre (femme / homme) assigné à la naissance lui-même déterminé en fonction de notre sexe biologique (femelle / mâle).

En fin de compte, nous constatons que notre identité est tout à fait intriquée à notre genre. Comme le dit Chiland (1998, citée par Vouillot, 2002), le « Je » que nous sollicitons pour penser n'est pas neutre, nous ne cessons de nous sentir rattaché à un genre.

1.3.2. L'apport des théories laplanchiennes dans la conception de l'identité de genre :

Les travaux en psychanalyse se penchant sur l'« identité sexuelle » qualifient celle-ci de reconnaissance par soi et par l'autre comme appartenant à un sexe. Ce processus identitaire se construit en relation avec l'autre. En effet, l'enfant va traduire les messages que lui adressent son entourage, en particulier ses parents (Jacquot, 2014). Selon Gueniche (2009), l'« identité sexuelle » se formerait en deux temps : tout d'abord, lorsque l'enfant a accès à la différence des sexes en partant de l'observation de son corps et des règles inconscientes qui diffèrent selon la sexuation qui lui est attribuée, ensuite par l'identification effectuée par les parents, eux-mêmes sexués, qui considèrent leur enfant comme fille ou garçon, donc, sexués leur enfant. Il y aurait donc deux éléments constitutifs de l'« identité sexuelle » : le regard des parents sur l'enfant et l'interprétation que l'enfant en fait (Kreisler, cité par Gueniche, 2009). Construire son « identité sexuelle » est donc un processus constamment en mouvement car il nécessite de renouveler, recréer notre rôle de genre face aux autres. En ce sens, l'« identité sexuelle » se place dans une dynamique intersubjective (Jacquot, 2010). Avec Laplanche, nous utiliserons le terme d'identité de genre. En effet, en introduisant le concept de genre dans ses théories sur la construction psychique de l'enfant, il a permis à la psychanalyse d'articuler le genre et le sexe à la formation de l'inconscient (Laplanche, 2016) .

Jean Laplanche (1924-2012) est un psychanalyste français qui s'est intéressé à la traduction des travaux de Freud (de l'allemand au français) pour ensuite intégrer le concept de genre aux théories psychanalytiques. Sa pensée nous intéresse tout particulièrement car elle complète les travaux en psychanalyse en y ajoutant le concept de genre ; elle est également pertinente car élargissant le champ des possibles sans se concentrer sur la normalité psychique des sujet·te·s, comme nous le verrons (Cinello, 2016). Ainsi, ses travaux traitent de la manière dont l'enfant élabore le genre (Gueniche, 2009). Selon lui, le genre est différent du concept de la différence des sexes qui se base sur la

perception de l'anatomie. Cependant, c'est cette différence des sexes qui structure le genre. Elle agit comme un code, comme nous allons le voir (Dejours, 2015).

Laplanche (2014) conceptualise la « situation anthropologique fondamentale » qui est la relation universelle entre un·e enfant et un·e adulte qui prend soin de celle/celui-ci. L'adulte est sexué·e, est pourvu·e d'un inconscient et considère l'enfant comme être sexué également. L'inconscient de l'adulte est constitué de représentations, de fantasmes et d'affects qui vont accompagner son attitude envers l'enfant. Cette relation avec l'enfant réactive l'inconscient sexuel de l'adulte et les soins qu'il apporte à l'enfant vont émettre des messages préconscients et inconscients que l'enfant devra traduire, interpréter. C'est ici que nous voyons les liens qu'a pu faire Laplanche, en tant que traducteur, avec la psychanalyse.

Il élabore ensuite la théorie de la séduction généralisée qui s'inspire en partie de la théorie de la séduction de Freud. Ici, Laplanche (2016) considère la « séduction originaire comme situation où l'adulte propose à l'enfant des signifiants non-verbaux aussi bien que verbaux, voire comportementaux, imprégnés de significations sexuelles inconscientes ». L'enfant, confronté·e aux messages énigmatiques de l'adulte, tentera de traiter ces informations et s'il/elle ne parvient pas à interpréter ces messages, ce sont justement ces échecs qui constitueront son identité. En effet, la traduction est toujours incomplète, ce qui produit un reste non traduit. De même, on ne peut pas dire que l'inconscient de l'enfant équivaut à l'inconscient de l'adulte car le message subit une double déformation : à la fois venant de l'adulte et de l'enfant qui remanie les informations reçues (Laplanche, 2016). Donc, l'enfant est confronté·e à l'inconscient de l'adulte et développe le sien en tentant de décoder les messages qui lui sont adressés. Comment savoir alors dans quelle direction ces interprétations se dirigeront-elles ?

En fait, les messages de l'adulte comprennent un langage basique inconscient qui va constituer un code (Laplanche, 2016). Ce code assure la traduction en aidant l'enfant à diriger sa compréhension. Ces codes de compréhension ont une origine culturelle et dans ce travail, le meilleur exemple de code est la différence anatomique perceptive. Elle structure le code en lui donnant un squelette, ce qui aidera l'enfant à symboliser les messages de l'adulte. Lorsque l'enfant reçoit le message d'assignation, il va donc utiliser le code binaire de la différence anatomique entre les sexes fourni par la culture pour traduire le genre. La compréhension de la différence des genres précède donc celle de la différence anatomique entre les sexes (Dejours, 2016). Il aurait également une identité de genre avant de découvrir cette différence et avant de pouvoir s'identifier à son sexe biologique (Heenen-Wolff & Hefez, 2017).

Cette séduction généralisée permet à l'enfant de développer son inconscient et, via le code de la différence des sexes, son identité de genre. Ici, Laplanche (2014) nous explique que les messages que reçoit l'enfant sont des messages d'assignation de genre, imprégnés de la sexualité infantile du parent, réactivée par l'enfant. L'adulte fait face aux représentations qu'il a du sexe auquel appartient son enfant. Les messages transmis par l'adulte seront donc compromis par ce que signifie, pour lui, être un homme ou une femme (Heenen-Wolff, 2016).

L'assignation désigne ici un « ensemble complexe d'actes qui se prolonge dans le langage et dans les comportements significatifs de l'entourage ». Dejours (2015) considère que cette assignation par l'entourage se poursuit tout au long de la vie.

L'enfant est donc assigné à un genre à sa naissance et Laplanche (2014) parle d'une véritable prescription de genre tant l'enfant est bombardé de messages. Il met également en évidence le fait que l'enfant ne s'identifie pas à quelqu'un·e mais est plutôt identifié·e par quelqu'un·e et identifié·e à un certain genre. Le genre correspond ici à « l'ensemble des déterminations physiques ou psychiques, comportements, fantasmes, etc. reliés à la distinction du masculin et du féminin » (Linhares, 2010).

C'est ici que Laplanche (2014) développe la notion de sexual qui fait référence à la sexualité élargie basée sur l'infantile. Il le décrit comme multiple, polymorphe et comme étant, en fait le fruit du processus de symbolisation de son genre, que l'enfant a effectué lorsqu'il a découvert son sexe. Le genre traduit le sexe : c'est en voyant son appareil génital et en comprenant qu'il en existe un différent du sien que l'enfant associera les attributs genrés de son identité à ses parties génitales. Le sexual est présent avant la différence des sexes, il est non-procréatif et non-sexué. Cette notion est en résonance avec le sexuel pervers infantile de Freud qui est une période préalable au complexe d'Œdipe. Pour résumer : le genre est antérieur au sexe mais est organisé par lui, et ce processus de traduction du genre par le sexe produira un résidu, un reste non-refoulé dans l'inconscient qui constitue ce sexual. Les messages traduits vont produire un reste qui ne sera plus relié au genre car intraduit, formant alors l'inconscient sexuel de l'enfant (Dejours, 2016). Ce sexual est polymorphe et indistinctement masculin et féminin (ou les deux en même temps).

Nous voyons ici qu'il existe des codes pour découper le sexe en catégories. Ce code est binaire car en lien avec la procréation qui nécessite un mâle et une femelle. Ces catégories binaires sont elles-mêmes associées à des attributs sociaux qu'il convient de reproduire dès la naissance afin d'être intégré·e au monde social. Ceci amène les parents à prescrire un genre à leur enfant, par des messages inconscients que l'enfant traduira à sa manière. Ce genre qui lui est assigné sera mis en lien avec son sexe par l'enfant. Celui-ci symbolisera les messages transmis par le parent et cette traduction laissera

un reste dans l'inconscient que l'on a nommé sexual. S'il y a une infinité de décalages possibles entre les messages reçus et la traduction - et donc un large éventail de genres possibles, la différence anatomique perceptive va poser un code binaire sur ces traductions afin de les rendre plus lisibles. Cette aide à la traduction se base sur la « logique phallique » de la présence/absence (Dejours, 2015).

On peut se poser plusieurs questions : si nous acceptons un troisième terme pour désigner le sexe intersexué, si nous levons l'interdit d'une sexualité non-binaire*, le sexual sera-t-il plus flexible ? Qu'en est-il des personnes intersexuées ? Comment symbolisent-elles le genre qui leur est assigné en fonction de leur sexe ?

1.4. Pistes pour comprendre la construction de l'identité de genre chez les personnes intersexuées :

1.4.1. La réaction parentale face au diagnostic d'intersexualité :

Lorsqu'un·e enfant naît, la première réaction de la/du médecin est souvent d'annoncer le sexe de celle/celui-ci à ses parents. Prononcer le sexe de la/du nouveau/elle-né·e permet de l'inscrire dans la relation à ses parents (Jacquot, 2014). Nous pourrions nous poser la question de pourquoi est-il si important que l'enfant soit reconnu·e comme appartenant à l'un des deux sexes aux yeux des parents, et une des réponses réside dans le fait que le/la nouveau/elle-né·e arrive dans un monde où la sexualité des personnes est fondamentale pour reconnaître l'individu. Nous avons également des représentations liées à ces sexualités ainsi que des manières différentes d'agir en fonction de celles-ci. Sans questionner les raisons pour lesquelles notre monde s'organise sur cet ordre, nous constatons, dans un premier temps que le sexe de l'enfant permet aux parents de se le représenter (Jacquot, 2014). Et ces représentations, affects et attentes vont amener l'enfant à se sentir, plus tard, garçon ou fille par le processus de socialisation (Chapellon & Gontier, 2016). Comment réagissent alors des parents dont le sexe de l'enfant n'est pas catégorisable par les médecins ? Car si le parent est sexué et imprégné de représentations concernant le sexe femelle ou mâle (Gueniche, 2009), ne pas savoir où classer son enfant peut parfois être déstabilisant.

Gueniche (2008) met en évidence que pour reconnaître quelqu'un·e comme humain·e, il faut pouvoir l'identifier en homme ou en femme. Il est nécessaire de connaître le sexe de l'enfant, ne fut-ce que pour le/la nommer, afin de rentrer en relation avec celle/celui-ci. Dans le cas de l'intersexualité, l'indétermination d'un sexe distinct peut entraver le processus d'identification, « l'indifférencié étant invivable car impensable » (Rajon, 1998). C'est ce que Jacquot (2010) appelle l'interruption de naissance qui désigne l'incapacité du parent à s'identifier à son enfant en raison de son intersexualité.

Ceci entraîne alors une carence d'identification ou parfois un excès d'identification (Gueniche, 2009). Le parent va sexualiser toutes les situations liées à l'enfant (Rajon, 1998) et, accompagné par les discours des médecins, va être à la recherche du « vrai sexe » de l'enfant.

Quelles peuvent-être les stratégies d'adaptation des parents face à cette situation, qui peut être vécue comme un réel traumatisme ? Rajon (1998) dégage une défense spécifique qui est celle de la conviction. En effet, la conviction du sexe de l'enfant donne accès à des représentations permettant aux parents de penser l'enfant. C'est une défense anti-traumatique mais qui peut être organisatrice car elle permet aux parents d'éviter des représentations confuses de leur enfant (Michel, 2008). Donner un sexe à son enfant, peu importe son « vrai sexe », donne accès à la nomination de l'enfant ainsi qu'à sa naissance psychique. Ce processus peut néanmoins entraver la flexibilité au niveau de l'identité de genre de l'enfant comme le montre l'exemple de ce père dans l'étude de Gueniche (2009) dont la fille était toujours habillée en rose, qui prenait peur lorsqu'il la voyait jouer au ballon. Le risque ici est alors de prescrire un genre de manière trop rigide, ce qui signifierait à l'enfant qu'il doit constamment devoir prouver son genre.

Pour conclure ce point, nous remarquons que l'annonce de l'intersexuation de l'enfant peut être traumatisante pour l'entourage de l'enfant. Ceci peut alors entraver la relation entre parents et enfant. Comme nous le verrons dans la prochaine partie, l'enfant traduit ces messages qui lui sont adressés et cette carence d'identification peut alors l'impacter dans son sentiment d'identité (Jacquot, 2016).

1.4.2. Les études sur la construction de l'identité de genre chez les personnes intersexuées :

Charlebois (2014) met en évidence que si l'on tente d'étudier l'identité de genre d'une personne intersexuée, on ne trouvera pas souvent une identité non-binaire, à l'image de son sexe, comme on pourrait l'imaginer.

Les travaux de Jacquot (2014, 2016) se sont intéressés à cette question. En effet, elle a étudié l'organisation psychique de personnes intersexuées dans le but de comprendre comment elles concevaient leur identité, et ce d'un point de vue psychanalytique. Jacquot (2014) pointe certains éléments : elle décèle dans une population de femmes intersexuées une certaine fragilité dans leur identité de genre.

Tout d'abord, elle remarque l'importance majeure du doute dans la constitution de leurs identités. En effet, les femmes étudiées semblent présenter une certaine insécurité par rapport au regard de l'autre qu'elles utilisent pour combler ce doute concernant leur identité (Jacquot, 2014). Être femme

représente un doute et Jacquot (2020) interprète cette incertitude comme la raison pour laquelle ces femmes sont en quête de reconnaissance de leur identité par l'autre. En se sachant intersexuées, elles doutent sur la question de si elles sont bien des femmes ou non. Les relations interpersonnelles sont alors marquées par cette crainte.

Ensuite, Jacquot (2014) associe également cette fragilité identitaire à « une représentation d'être une femme qui s'aborde du côté de l'avoir ». Les femmes intersexuées, dans son étude, se représentent alors du côté « erroné » de la réalité anatomique, si l'on s'inscrit dans la logique binaire phallique/castré, présence/absence. Ici, Jacquot (2010) pose la question de la castration – considérée comme organisatrice de la psycho-sexualité de l'enfant - effective liée à l'opération chirurgicale.

Enfin, elle remarque également que lorsque les femmes intersexuées découvrent plus tôt leur condition, elles auront davantage de mal à organiser une construction identitaire sexuée basée sur cette logique phallique binaire qui fait référence aux oppositions absence/présence. Si ce code est une aide à la traduction comme nous l'avons vu avec Laplanche, on peut remettre en cause la part structurante de la différence des sexes basée sur une binarité immuable, particulièrement dans le cas des personnes intersexuées. Lorsque notre corps ne permet pas de s'inscrire dans les catégories binaires proposées, l'intégration de la différence des sexes binaires semblerait être plus difficile à mettre en place.

Les théories laplanchiennes, notamment la théorie de la séduction généralisée, peuvent apporter des explications concernant la fragilité identitaire présente chez les participantes de l'étude de Jacquot (2010). Apprendre que son enfant est intersexué peut relever de l'impensable pour les parents (Michel, 2008). Il y a alors une perturbation dans les messages d'assignation du genre produits par les parents. Nous l'avons vu précédemment, la connaissance de la condition intersexuée peut entraîner un manque d'identification à leur enfant chez les parents. Le problème se trouve alors au niveau de la séduction parentale qui est évitée en raison du caractère trop stimulant que provoque l'intersexuation (Jacquot, 2010). Cette gêne que peuvent ressentir les parents donnera lieu à une impression diffuse auquel l'enfant ne pourra rien rattacher, souvent ignorant de sa condition. La découverte de son intersexuation peut alors soulager la personne intersexuée aux prises avec des sentiments confus et inidentifiables qu'elle peut enfin faire coïncider (Michel, 2008).

1.4.3. Perspectives futures :

Pour conclure cette revue de littérature, nous mettrons en lien le potentiel avènement de l'identité intersexuée avec les mentalités de plus en plus favorables à l'intégration de nouvelles identités. De Paula (2014) pose la question de comment le sujet choisit son sexe lorsque son corps ne permet pas d'indiquer l'appartenance à l'un des sexes dyadiques. Elle avance qu'il serait imprudent de

« laisser l'enfant sans sexe jusqu'à ce qu'on puisse lui en attribuer un » étant donné la difficulté à définir le sexe. Elle considère également que le langage ne permet pas d'inclure une identité intersexuée à celles déjà existantes (De Paula, 2015).

Heenen-Wolff & Hefez (2017) présupposent une plus grande flexibilité au niveau de l'identification sexuée, l'identité de genre et l'orientation sexuelle. En effet, si les codes que nous utilisons sont moins rigides, la traduction que nous ferons des messages d'assignation seront plus variés, donnant lieu à une identité plus flexible ou en tout cas, moins définitive. Heenen-Wolff (2016) l'exprime ainsi : « Moins les codes sont rigidifiés, plus cette assignation sera indéterminée ». Pour reprendre la théorie de Laplanche, les parents sexués leurs enfants avec une palette d'identification plus larges, permettront à l'enfant de traduire leurs messages dans des directions diversifiées en comparaison à la logique binaire proposée actuellement. Nous pouvons peut-être avancer alors l'idée d'un sexual plus malléable.

2. Questions de recherche :

Après avoir passé en revue la place sociale des intersexuations dans notre culture, la manière dont se construit l'identité de genre chez l'enfant sous la lumière des théories laplanchiennes pour enfin arriver à se questionner sur comment se construit l'identité de genre chez les personnes intersexuées, nous allons à présent, tenter de clarifier les interrogations auxquelles nous souhaitons répondre dans ce travail.

Nous l'avons vu avec Charlebois (2014), nous pouvons imaginer que les personnes intersexuées acquièrent « naturellement » une identité intersexuée. Ce n'est évidemment pas nécessairement le cas : les témoignages recueillis par Picquart (2009) dans son ouvrage « Ni homme, ni femme » nous le démontrent assez bien. Cependant, nous trouvons également ce sentiment de doute ou de gêne face à son identité de genre lorsque les personnes ont connaissance de leur condition intersexuée comme nous l'expliquait Jacquot (2014). Si nous pouvons imaginer, selon les théories laplanchiennes sur le sexual, que l'enfant intersexué·e se sente appartenir à son sexe à la vue de son appareil génital et acquiert par conséquent, une identité intersexuée, ceci relève plutôt d'une idée théorique de ce à quoi pourrait ressembler notre société dans quelques dizaines d'années. Les opérations chirurgicales à visée correctrice auxquelles font face les personnes intersexuées encore aujourd'hui ainsi que les lois n'admettant encore que deux sexes lors des déclarations de naissance ne permettent pas à l'enfant de s'identifier comme intersexué.

C'est ici que notre travail se situe : il s'intéresse tout particulièrement à comment les personnes intersexuées se ressentent comme personnes sexuées (ou non) dans ce contexte hostile à leur condition, comment se sentent-elles appartenir à un genre ou l'autre, ou aucun ? Quelles sont leurs trajectoires de vie ?

Comme dit précédemment, le diagnostic d'intersexuation à la naissance peut être déstabilisant pour les parents, conduisant ceux-ci à perturber les messages d'assignations de genre adressés à l'enfant (Jacquot, 2016). Nous nous intéresserons alors aux étapes importantes dont ont connaissance les personnes intersexuées de notre échantillon ainsi que leurs affects qui y sont liés.

Nous nous questionnerons donc sur la manière dont les personnes intersexuées intègrent leur identité de genre et si elles se situent parmi toutes les possibilités que l'on peut retrouver aujourd'hui grâce aux mouvements queer, ou si justement elles préfèrent adopter une identité de genre plutôt conventionnelle et donc basée sur notre système binaire. Enfin, grâce à la méthode développée ci-après, nous répondrons aux questions suivantes : Comment les participant·e·s s'inscrivent-ils dans les normes binaires prescrites, comment se situent-ils par rapport à ces repères ? Comment ce sentiment a-t-il évolué au cours de leur vie ?

Sur base de ces narrations, nous tenterons de lier leurs expériences aux théories laplanchiennes explicitées précédemment, à savoir, le sexual. A travers le récit de leur histoire, en particulier en se basant sur nos questions d'étude, il conviendra de comprendre comment nos participant·e·s ont symbolisé le genre par le sexe.

3. Méthodologie :

3.1. Position et engagement :

Pour cette courte partie, je parlerai en « je » afin d'établir une image claire de mon positionnement dans cette recherche. Tout d'abord, l'étude qui va suivre demande beaucoup d'attention, de bienveillance et de compréhension à l'égard des participant·e·s. Il ne s'agit pas d'une recherche distante avec un recul neutre. Je me situe donc dans une position clairement engagée en faveur du militantisme féministe et intersexe. Ici, je m'inspire de certains concepts établis par les chercheuses féministes comme celui d'objectivité forte de Harding (Dorlin, 2008). Il n'est pas question de considérer la science comme un ensemble de points de vue nuancés qu'il faudrait interpréter chacun à sa façon, mais plutôt comme une initiative qui tient compte des positionnements politiques de la personne qui conduit la recherche. En effet, pour ces théoriciennes, il est indispensable de réfléchir

aux potentielles interférences que nos engagements produisent sur la recherche effectuée. Si les positivistes appellent à la neutralité et demande aux chercheur·euses de s'éloigner de toutes valeurs sociales, les théories féministes, quant à elles, partent du principe que la neutralité scientifique est également une posture politique. C'est pourquoi intégrer le point de vue de l'expérimentateur·ice permet une analyse plus complète des processus relationnels au sein de la recherche de la même façon qu'en anthropologie avec la notion d'observateur·ice participant·e. Le but n'est donc pas d'éviter les biais, mais d'en tenir compte (Harding, 1987). Ce concept d'objectivité forte a deux principes : celui d'étrangeté qui consiste à partir des positions minoritaires comme il est convenu de le faire dans cette recherche, mais également le principe de réflexivité qui comprend l'objectivation du/de la sujet connaissant·e, à savoir ici tenter d'extraire mes réflexions et ressentis comme matériel complétant l'étude (Dorlin, 2008). Brooks & Nagy (2007) parlent de réflexivité forte qui se définit par le fait d'« être conscientes et critiques des manières de se positionner pour acquérir des données ». Il s'agira alors d'interroger ma position de jeune femme étudiante face à des personnes intersexuées.

3.2. Echantillon et recrutement :

Cette étude s'intéresse particulièrement à des participant·e·s adultes ayant connaissance de leur condition intersexuée. Aucun critère autre que l'âge et la condition n'est demandé. Trois à quatre participant·e·s seront recruté·e·s en raison de la nature de ce travail qui ne nous permet pas d'étudier notre question de recherche sur une large population. Nous tenterons alors une analyse approfondie de ce petit échantillon.

Le recrutement se fera via les réseaux sociaux principalement et par le bouche-à-oreille. Certains groupes seront particulièrement visés comme les groupes militants féministes et intersexes. Si ceci produit déjà un biais d'entrée de jeu, il sera nécessaire de spécifier comment le/la sujet·te interrogé·e a pris connaissance de l'étude dans la partie traitant des résultats. L'annonce de recrutement est accessible en annexe.

3.3. Méthode :

La manière d'acquérir les données a suscité beaucoup de questionnements durant le processus de réflexion. En effet, il semblait difficile d'accéder à l'inconscient des participant·e·s alors que le temps nous était restreint. Nous avons donc pensé à mener l'étude comme ceci : tout d'abord, avec un premier entretien qui consistera en une présentation du cadre et du thème de recherche. Nous commencerons ensuite le récit de vie. Le deuxième entretien sera guidé par des outils fréquemment

utilisés dans cette méthode : la ligne de vie et l'arbre généalogique. Ces supports nous permettront d'inscrire l'histoire du/de la sujet·te dans sa globalité. Le troisième et dernier entretien sera nécessaire pour clôturer la rencontre, mais également pour clarifier certains sujets évoqués par le ou la participant.e au moyen de questions plus directives qui seront présentées - avec les résumés des récits de vie - en annexe.

Le récit de vie est une méthodologie que l'on utilise dans les domaines de sciences sociales. La psychologie s'en est emparée dans les années 1970 en tant que méthode de recherche à la base pour ensuite dévier vers une utilisation clinique (Coopman & Janssen, 2010). Le récit de vie se définit comme la narration que fait une personne de sa propre vie. Les auteur.es parlent d'identité narrative qui fait référence à l'identité que renvoie le/la narrateur/trice grâce à l'outil narratif (Vargas-Thils, 2013). Cette identité n'est pas figée dans le temps : elle est à la fois complexe et renouvelée, mais donne également une cohérence, une continuité au/à la narrateur/trice (Coopman & Janssen, 2010). Vargas-Thils (2013), en citant Ricoeur (1988), nous précise que l'identité narrative s'inscrit au point d'intersection entre fiction et histoire. Le/la sujet·te va, en fait, s'interpréter, donner du sens - perçu comme fictif car provenant de sa propre réalité - à une histoire remplie de faits. On peut ici faire le lien avec la méthode psychanalytique. Bien que celle-ci vise l'accès à l'inconscient, ce qui n'est à proprement parler pas le cas du récit de vie, elle base son approche sur la narration, l'interprétation d'une personne sur son histoire (Coopman & Janssen, 2010). Cette histoire n'est, comme en psychanalyse, pas remise en question : la personne a sa propre réalité, associée à des fantasmes, affects et interprétations qu'il ne s'agit pas de vérifier (de Gaulejac, Le Fourn & Francequin, 2008).

Nous trouvons une pertinence à cette méthode dans notre étude car le récit de vie est inspiré de la socio-analyse qui tente de « rendre compte de la manière dont le social se fait individuel, en particulier, du processus selon lequel des problématiques sociales, voire sociologiques, se font psychiques, c'est-à-dire, produisent l'image de soi, les souffrances psychiques, des projets existentiels déterminés... Autrement dit, il s'agit de savoir comment des problématiques macrosociales fondent l'identité dans ses dimensions les plus individuelles » (Vargas-Thils, 2013). Cette longue citation ne pourrait pas être mieux formulée en touchant autant à la problématique qui nous occupe. De plus, la méthode du récit de vie se veut coopérative. En effet, la position du ou de la participant.e est remise en question. Le récit de vie propose une recherche « avec », plutôt que « sur », où le ou la participant.e est sujet·te plutôt qu'objet d'étude. Nous pouvons également souligner que cette méthode favorise l'agentivité des participant.e.s : en donnant du sens à leurs expériences, ceux-ci construisent les savoirs avec nous, tout en ayant accès à un pouvoir d'agir (Bernard, Breton & Jouet, 2021). Cette méthode paraît donc très pertinente pour notre objet d'étude qui entretient des

rapports étroits avec les discriminations envers les personnes intersexuées et la mise en place d'un espace militant pour transformer notre système.

Pour conclure, par la narration d'une histoire qui leur est propre, nos participant·e·s inscriront leur discours dans un monde social qui entraîne des affects, questionnements, interprétations qu'il conviendra d'analyser en utilisant la notion psychanalytique de Laplanche, le sexual. Le récit de vie nous permettra alors de lier la condition intersexuée de nos participant·e·s à son histoire et d'interroger son influence sur la construction de son identité.

4. Résultats :

4.1. Analyse du recrutement :

4.1.1. Déroulement de l'étude :

Dans un premier temps, il est nécessaire d'explicitier le déroulement de l'étude et les rebondissements qui ont eu lieu durant le recrutement. Ma recherche a débuté en octobre 2021 et jusqu'au mois de février, mon travail était essentiellement basé sur la recherche d'articles qui ont constitué ma revue de littérature. En mars 2022 débute le recrutement à proprement parler : je poste la première annonce sur le réseau social Facebook (la première annonce peut être consultée en annexe). Le mois qui suit la diffusion de l'annonce se retrouve chargé en critiques de la part des receveur·euses. Le mot que j'utilisais pour présenter ma recherche était « identité sexuelle ». Je disais également m'intéresser explicitement à l'orientation sexuelle des personnes concernées. Les critiques que je reçois concernent le thème de mon mémoire qui reproduit les violences subies par les personnes intersexuées. En effet, s'intéresser à l'identité et l'orientation sexuelle de ces personnes, alors même que les mutilations qu'elles subissent sont liées à l'alignement forcé du sexe avec leur genre assigné paraissait inapproprié. Si certaines critiques étaient indignées mais constructives, d'autres étaient plus emportées mais non moins légitimes. Après ces commentaires, je décidai une mise en retrait afin de privilégier un temps de pause durant lequel je pourrais réfléchir à ma recherche avec plus de recul. Il y eut alors un temps de latence de quelques mois. C'est en octobre 2022 que reprit la recherche. A ce moment-là, j'entrepris de repenser la question de recherche et entamai un processus de réflexion sur les mots utilisés et leur sens épistémologique. Je contactai l'ASBL Genres Pluriels avec qui je suivis une formation professionnelle d'une journée sur les intersexuations et les transidentités. J'y appris que le terme d'identité sexuelle était considéré comme un terme fourre-tout dans lequel identité de genre et orientation sexuelle étaient confondues. Je réajustai alors les termes de l'étude, mais ceci demanda beaucoup de flexibilité car les études psychanalytiques n'évoquent que rarement l'identité de genre. Je décidai néanmoins d'utiliser ce terme par respect pour les personnes concernées par ma

recherche. Nous sommes en février et je contacte plusieurs autres organisations comme le réseau Réfri qui s'intéresse à la manière dont se déroule les recherches sur les intersexuations. J'ai eu la chance de passer un entretien avec Gaëlle Larrieu, une docteure en sociologie qui a effectué sa thèse sur les expériences parentales de l'intersexuation. Beaucoup de bienveillance, de conseils et de références me sont données afin de poursuivre mon travail. Je participe également à des conférences sur les intersexuations et contacte de nombreuses ASBL dans le but d'échanger sur le sujet. C'est après la participation à un groupe de travail supervisé par Aurore Dufrasne de Genres Pluriels que mon annonce est retravaillée (voir en annexe) et diffusée sur les réseaux par l'ASBL. En parallèle, ma mère et ma belle-mère, en contact avec le milieu LGBTQIA+, passent le mot un peu partout (dans les bars et Maisons Arc-en-ciel belges, notamment). Deux personnes entrent alors en contact avec moi : Catherine, via une annonce de ma mère, ainsi que Rosalie, via Genres Pluriels. J'entre en contact avec d'autres personnes. Deux hommes, notamment : l'un m'est conseillé directement par ma promotrice, mais après diverses tentatives de prise de rendez-vous, l'échange se conclut par un refus. L'autre homme vient de Paris et a vu mon annonce dans un bar queer. Après l'explication du déroulement de l'étude, celui-ci m'avoue n'être pas dans un bon moment de sa vie pour participer à une recherche qui demande autant d'investissement. A cette étape de la recherche, je commence les entretiens avec mes deux participantes mais tente de trouver au moins un.e troisième participant.e afin d'acquérir davantage de données. Malgré mes recherches continues, je me vois contrainte de clôturer le recrutement fin avril et me questionne sur une nouvelle manière de traiter les données. En effet, après avoir lu de nombreux témoignages, je me demande si je ne peux pas analyser ces témoignages mais l'étude qui vise à mettre en évidence une certaine profondeur des individus ne permet pas de s'intéresser partiellement à des individus non-rencontrés en personne.

4.1.2. Eléments de réflexivité :

Comme explicité précédemment, cette recherche s'inscrit dans les études de genre et adopte alors, à l'instar des travaux féministes, un positionnement critique et engagé face à la construction des savoirs. Je reprends donc le principe d'objectivité forte de Harding (Dorlin, 2008) qui consiste à conscientiser ses affects durant le processus de recherche afin de rendre compte de son influence sur l'acquisition et l'analyse des données. En reprenant le déroulement de l'étude, j'ai tout d'abord eu l'occasion de travailler sur ce sujet qui lie sociologie et psychanalyse en raison de ma formation précédente en psychologie clinique. L'intersexuation est venue à moi lors de mon premier entretien avec ma promotrice et j'ai d'abord craint de ne pas trouver grand-chose dans la littérature. J'ai néanmoins développé un vif intérêt pour la question au fil de mes lectures. Si j'ai particulièrement apprécié rédiger la revue de littérature, j'ai cependant ressenti une certaine frilosité à entamer un recrutement solide. En effet, mon tempérament plutôt timide et introverti ne me permettait pas de me positionner

en chercheuse active et a favorisé un sentiment d'illégitimité envers les personnes concernées par mon travail. Le premier recrutement a été mis en place avec beaucoup de lenteur et de pusillanimité. Suite à la diffusion de mon annonce de recrutement reçue par les critiques explicitées précédemment, un sentiment de honte a causé une mise en pause du travail. Ce temps a permis une réflexion et une remise en question longue et profonde. C'est en octobre 2022 que je me repenche sur mon travail avec un intérêt nouveau et un vif désir de rencontrer les personnes concernées par mon travail. Sont alors mis en place des efforts pour contrer les conséquences de mon tempérament réservé. Si j'ai pu être découragée par le peu de réponses qu'apportait l'annonce retravaillée avec plus d'efficacité, j'ai néanmoins pu accepter de clôturer le recrutement avec sérénité. La difficulté à trouver des participant·e·s est donc à la fois liée au nombre restreint de personnes intersexuées dans la population, à leur réticence à se raconter via le thème de l'identité de genre, mais aussi à mon caractère appréhensif. Ces éléments causent certaines limites à mon travail dont nous reparlons dans la discussion. Enfin, j'ai beaucoup apprécié les entretiens avec mes participantes, profondément enrichissants.

4.2. Présentation des actrices de la recherche :

4.2.1. Résumé du récit de vie de Rosalie :

Rosalie naît en 1993 dans une famille très précaire. Depuis qu'elle est née, sa vie est rythmée par les déménagements, principalement pour cause de vente. A 4 ans, sa petite sœur Carine naît et lorsqu'elle a 6 ans, ses parents se séparent. Rosalie n'a pas beaucoup de souvenirs, mais elle m'explique que s'il a changé, son papa n'a pas toujours été gentil. En effet, elle précise qu'il était alcoolique et dilapidait l'argent du ménage. Il a également été fort absent pendant sa jeunesse. Rosalie m'explique néanmoins que son enfance est la plus belle période de sa vie malgré la précarité. A ce moment-là, ses passions étaient le bricolage et la gymnastique artistique. Elle avait beaucoup d'ami.es mais était souvent le bouc émissaire sans aller jusqu'au harcèlement. Elle se décrit comme la personne qui était en retrait et n'avait pas la forte personnalité qu'elle a maintenant. Durant son enfance, Rosalie ne se pose pas de question sur son identité de genre et son éducation n'est pas particulièrement genrée.

A 12 ans, la mère de Rosalie rencontre un homme tout d'abord très gentil. Elle s'installe chez lui avec Rosalie et sa sœur Carine. Un an plus tard naîtra Louise et ensuite François un an après elle. Rosalie remarque que c'est après la naissance de ses frères et sœurs que son ex-beau-père devient contrôlant et tyrannique.

Ses 16 ans marquent un moment de dégringolade dans sa vie. Elle va consulter un médecin en raison de règles toujours absentes. Un diagnostic lui est alors posé : Rosalie a un MRKH*. Les médecins lui proposent deux solutions : une vaginoplastie avec dilatations vaginales post-opératoires ou une

chirurgie sigmoïdienne qui consiste à utiliser un tissu de l'intestin pour créer un néo-vagin. Les médecins présentent cette dernière comme miraculeuse et sans effet secondaire. Ils lui disent également qu'ils feront venir une chirurgienne d'Amérique rien que pour elle et que si elle acceptait de faire l'intervention, grâce à elle, ils allaient pouvoir sauver d'autres enfants car ils pourront la reproduire. Ayant confiance en les médecins et ne souhaitant pas faire de dilatations vaginales, elle choisit donc la chirurgie sigmoïdienne. L'opération rate et les chirurgiens ont en fait connecté la suite des intestins au vagin. C'est un choc pour Rosalie de voir les selles sortir du mauvais endroit. Les médecins ne la croient pas, disent qu'elle se trompe de trou et vont la laisser une semaine sans soin. Ils vont réopérer et finalement, il faudra faire des dilatations. Ces interventions, Rosalie les vit comme des viols, qu'elle considère d'ailleurs à présent comme tels. C'est à partir de ce moment qu'elle va être en fauteuil roulant, suite à une énième opération. Elle est restée un an à l'hôpital (de 16 à 17 ans).

Rosalie a été beaucoup psychiatisée par les médecins qui disaient qu'elle exagérait, qu'elle faisait semblant. Elle a vu des psychiatres lors de ses hospitalisations car elle remettait en question ce qu'elle vivait (notamment les dilatations vaginales). Elle est allée un an en psychiatrie (de 17 à 18 ans) pour causes de douleurs psychosomatiques.

En parallèle de ces traumatismes vécus à l'hôpital, la famille de Rosalie déménage de chez son beau-père dans la hâte lorsque celui-ci était en vacances avec les deux derniers enfants. La situation étant devenue invivable en raison de son côté contrôlant et tyrannique. Elle me dit que son ex-beau-père les a beaucoup isolées et l'opération qu'elle a subie a rompu le lien avec ses ami.es. Elle ne sait, à présent, plus vraiment comment fonctionnent les relations sociales. Au niveau amoureux, Rosalie me dit que les amourettes ne l'intéressaient pas, tout ce qui l'intéressait c'était de faire de longues études.

Au niveau scolaire, elle n'a pas pu terminer sa scolarité en raison de l'inaccessibilité des écoles en fauteuil roulant et a arrêté au moment de la cinquième qu'elle n'a pas validée. A l'hôpital, elle commence à dessiner. Ça la détend et c'est l'un des domaines où elle se voit évoluer. Le dessin l'a beaucoup aidée à exprimer son ressenti concernant les multiples opérations. A ses 20 ans, elle rencontre une psychologue art-thérapeute qui l'aide à s'exprimer via ce média. Rosalie a d'ailleurs publié une BD sur internet dans laquelle elle raconte son vécu.

Lorsque que Rosalie revient sur le rapport à son identité de genre de l'époque, elle explique qu'elle a voulu rentrer dans le moule lorsque les médecins lui ont dit qu'elle n'était pas une vraie femme. Après le diagnostic, elle s'est posé des questions sur son identité de genre, et le corps médical a utilisé ces questionnements et sa détresse pour la pousser à se normaliser, ce qui provoque de la colère chez Rosalie. Elle s'est ensuite rendu compte qu'avoir un vagin ne la faisait pas se sentir plus femme. De ses 18 à 19 ans, elle a vécu une période où elle a voulu renier toute démonstration de féminité. Elle

dit explicitement : « Si c'est ça être une femme, je n'en veux pas ». Ce rejet se manifestait entre autres par les habits et par le fait qu'elle voulait se faire enlever la poitrine. Cette envie est toujours d'actualité et Rosalie parle de transidentité sans s'identifier pour autant comme transgenre.

C'est à l'âge de 18 ans que Rosalie dépose plainte, soutenue par sa maman, contre l'hôpital qui l'a opérée pour non-respect du consentement libre et éclairé. Le procès a lieu en civil et va durer onze ans. Lors du dernier entretien, elle m'annonce que le jugement a eu lieu et que Rosalie a gagné son procès en appel. A 21 ans, elle est reconnue comme ayant un handicap et bénéficie alors d'allocations. Jusqu'à ses 26 ans, Rosalie va déménager trois fois et finira par s'installer dans une maison que sa mère a achetée.

Rosalie m'explique avoir réellement découvert son intersexuation seule sur les réseaux sociaux vers 24 ans. En effet, personne ne lui a dit qu'elle était intersexuée dans le milieu médical. Elle se dit intersexe depuis plus ou moins cinq ans. Elle ne fait pas partie d'associations mais collabore avec certaines, notamment Genres Pluriels, et est en contact avec la communauté intersexe. Elle milite sur les réseaux sociaux et informe notamment des jeunes filles dans son cas sur des groupes de MRKH où elle a d'ailleurs appris que l'opération qu'elle a vécue ne lui permettait pas d'avoir des enfants contrairement à d'autres. Ça ne la touche pas particulièrement car elle n'a jamais souhaité en avoir, mais elle aurait préféré avoir le choix et considère que c'est une énième violence de la part des médecins. Elle me dit néanmoins préférer militer sur Tweeter, mais également, à sa façon, par la procédure judiciaire.

Rosalie ne porte pas beaucoup d'attention à son genre et me dit être dans l'indifférence. Elle se genre au féminin et dit que c'est une femme mais c'est plutôt par habitude que par identification ou expression. En effet, les gens la confondent souvent avec un homme car elle ne met pas beaucoup d'habits féminins et se rase les cheveux. Tout ceci est par facilité car être dans un fauteuil roulant rend difficile l'entretien d'attributs comme des longs cheveux par exemple. Elle s'identifie comme femme intersexe, mais considère l'identité femme comme une catégorie par défaut sans réelles caractéristiques sociales associées. Elle n'a pas de problème avec son identité de genre et se dit cisgenre*. Elle me parle également de son rapport aux vêtements qu'elle utilise de manière utilitaire plus que par souci de style ou de présentation de soi par autrui.

Rosalie ne parle pas de relations amoureuses et me dit ne pas connaître son orientation sexuelle. Elle n'a pas d'attrait particulier pour aucun genre. Elle se pose la question de si c'était comme ça avant ou si c'est son traumatisme qui a provoqué ça.

Elle est très en colère contre ce qu'il s'est passé et ressent également de la culpabilité envers les personnes qui subiront la même chirurgie car elle a contribué à la faisabilité de l'opération.

4.2.2. Résumé du récit de vie de Catherine :

Catherine est née en 1981 en Belgique dans une famille italo-belge de classe moyenne. L'accouchement se fait par césarienne et Catherine ajoute que la grossesse de sa mère ainsi que son accouchement ont été compliqués. C'est lorsqu'elle a 9 ans que son corps commence à changer : elle devient très grande, prend beaucoup de poids et est très souvent fatiguée au point où elle s'endort parfois en classe. Après plusieurs examens, les médecins lui découvrent une variation hormonale qui vient des surrénales. Un jour, lors d'un rendez-vous chez le médecin, celui-ci lui explique, via un schéma binaire, comment fonctionnent les hormones, qu'elle a davantage d'hormones « garçons » et qu'on ne peut pas laisser faire ça. Il lui prescrit alors un traitement à prendre tous les jours que ses parents acceptent car la variation de Catherine leur est présentée comme une maladie. À côté de cela, il lui interdit de pratiquer le sport pour éviter de développer une trop grande musculature et elle se retrouve à ne plus pouvoir aller à la piscine avec ses ami.es. Lorsqu'elle sort de ce rendez-vous, elle a l'impression d'être malade et assimile sa variation à la mort. Elle a l'impression qu'elle est en danger de mort.

Petite, Catherine se décrit comme très solitaire, avec très peu d'ami.es. Lorsque je lui demande de me parler de son identité de genre durant son enfance, Catherine m'explique qu'elle a toujours été une petite fille « très fille, qui aime le rose ». Elle me dit également qu'elle n'a jamais voulu avoir d'enfant et que cette idée a toujours été très claire dans sa tête. Enfin, elle m'explique que le doute à propos de son genre entre en jeu après son entretien avec le médecin. En effet, elle a l'impression qu'on lui dit qu'elle est un garçon.

Jusqu'à l'âge de 12 ans, Catherine vit une période assez dépressive. À ce moment-là, elle prend beaucoup de poids en raison des traitements et de l'interdiction de pratiquer le sport. Elle dit également ne pas avoir bien vécu la féminisation de son corps et que la construction de son identité de genre était compliquée en raison de son passage par plusieurs stades. Elle m'explique s'être masculinisée en mettant des bandes sur ses seins pour les cacher, en portant des pulls larges et des cheveux courts. Elle ne comprenait pas vraiment ce qu'elle faisait et sa stratégie était alors de tout masquer. Elle dit également que si elle avait été adolescente maintenant, elle aurait pu faire une transition car elle aurait eu des modèles trans* dont non-binaires et aurait mieux compris ce qui se jouait pour elle, ou laisser son corps, très beau comme il aurait pu être. Elle pense que son orientation sexuelle a joué aussi dans le choix de son expression de genre*. En effet, à 15 ans, elle a eu sa première relation avec une fille mais ça n'a pas duré très longtemps.

Après l'école, Catherine étudie aux Beaux-arts. Elle est actuellement artiste plasticienne. Dans ses travaux, Catherine parle de la mort mais n'évoque pas son intersexuation et ses combats. Tout au long

de sa vie, elle a travaillé dans le milieu culturel, mais a récemment démissionné d'un job dans le milieu LGBT pour cause de burn out militant.

La découverte de son intersexuation s'est faite tardivement et de manière continue. En effet, Catherine fréquente depuis ses 25 ans les milieux féministes queer et me dit se poser des questions depuis ses 30 ans, mais c'est à 38 ans qu'elle découvre réellement son intersexuation. Il y a comme un retour sur sa vie pour essayer de comprendre comment les événements ont eu lieu. En fait, Catherine a travaillé dans une Maison Arc-en-ciel et a un jour organisé une conférence sur les intersexuations. Lors de l'événement, elle découvre les brochures de Genres Pluriels qui partagent un questionnaire sur la probabilité d'être intersexe sans le savoir. En y répondant, elle se pose alors des questions. À la suite de cette conférence, elle va rencontrer une spécialiste. Là, elle a pu comprendre en profondeur sa variation. A ce moment-là, elle demande à arrêter toute forme de traitement et est soutenue par son endocrinologue. Celle-ci s'affole lorsqu'elle voit la dose de cortisone prescrite par son ancien médecin car les traitements que Catherine prenait était en fait de très vieux traitements des années 1980 qui ne sont pas du tout adéquat pour sa variation. Catherine m'explique avoir été victime d'une erreur médicale. Elle parle également de mutilations hormonales car si les médecins lui ont expliqué les effets des hormones sur son corps au moment de son diagnostic (voix aigüe, peu de musculature, peau lisse), ils ne lui ont jamais parlé des effets secondaires de ceux-ci ni de la possibilité de ne pas suivre de traitement. Elle a ressenti beaucoup de colère en découvrant cette réalité.

Lorsqu'elle a découvert son intersexuation, Catherine a eu le besoin fou de rencontrer des personnes intersexes. Elle crée un collectif intersexe qui permet d'échanger et quand ils se réunissent pour la première fois, elle a l'impression de découvrir des membres de sa famille.

Catherine m'explique qu'elle est une femme cisgenre et que les personnes cisgenres et intersexes sont invisibilisées dans le milieu militant. En manifestation, elle a parfois l'impression de devoir arborer plus significativement son drapeau intersexe pour faire comprendre qu'elle appartient au groupe. Le fait qu'elle ait subi des mutilations hormonales et non génitales lui provoque un sentiment d'illégitimité, elle préfère alors militer à sa manière en participant par exemple à cette étude ou en faisant des bords de scènes lors d'événements artistiques. Catherine ne s'identifie pas comme ayant une identité intersexe. Elle est fière d'être intersexe et ça fait partie de son identité, comme le fait d'être blonde, femme, artiste, mais ce n'est pas son identité de genre. Elle l'utilise néanmoins politiquement.

Au niveau plus personnel, Catherine me raconte qu'après son adolescence où elle avait adopté un genre plus masculin, son expression de genre se féminise à nouveau vers la vingtaine. Elle porte des robes parce qu'elle trouve ça confortable, mais ne relie pas le vêtement au genre. Elle fait partie des

personnes pour qui le genre est très élastique. Pour elle, son corps est un outil de vie. Elle ne s'est jamais teint les cheveux, ni maquillée, ni fait preuve de coquetterie. Lorsque je lui demande de me parler du rapport qu'elle entretient avec son corps, Catherine m'explique qu'elle ne se regarde jamais dans le miroir, qu'elle n'aime pas ça malgré qu'elle n'ait jamais eu de complexe. Avec le temps, elle a accepté à vivre avec ce rapport mais jusqu'à l'âge de 30 ans, elle détestait l'idée de son corps. Elle aurait aimé voir comment son corps aurait évolué sans les hormones et se questionne sur l'identité de genre qu'elle aurait adoptée. Elle me confie qu'il est probable qu'elle aurait adopté une autre identité de genre. L'accès à parentalité est quelque chose dont on ne parle que très peu dans le milieu intersexe, mais en débutant ses traitements hormonaux, les médecins n'ont pas informé ses parents que ceux-ci l'empêcheraient potentiellement d'avoir des enfants. Ça n'a jamais été réellement traumatisant pour elle car elle ne veut pas d'enfant, ce qui est traumatisant, c'est qu'elle n'a pas eu le choix. Elle m'explique aussi qu'elle n'a jamais ressenti le désir de tomber enceinte, cette idée la dégoûte et elle se sent très dépourvue face à la grossesse. Elle adore néanmoins les enfants même si elle n'en veut pas et travaille beaucoup avec elleux.

Catherine m'explique avoir mis du temps à se reconstruire pour avoir une sexualité avec son corps. Elle a beaucoup cherché à comprendre comment son corps fonctionnait au niveau sexuel. En effet, ce n'est que vers 28 ans que Catherine a commencé à se déconstruire via les milieux féministes. Pendant toute une partie de sa vie, la sexualité était juste pour faire plaisir aux autres. Maintenant, lorsqu'elle a une relation avec quelqu'un, elle veut aussi éprouver du plaisir. Aujourd'hui, elle fait partie de groupes BDSM*, fait du shibari* et a su se réapproprier ses sensations autrement.

Catherine est bisexuelle et lesbienne politique. Lorsque nous approfondissons ses relations plus intimes, elle me dit avoir eu plusieurs relations. Elle a besoin d'être indépendante dans un couple.

4.2.3. Résumé de mon vécu via le thème de l'identité de genre :

Je terminerais par une courte référence à mon vécu car, si je n'ai pas moi-même effectué un récit de vie, je trouve intéressant d'intégrer quelques éléments d'histoire personnelle tant j'ai pu trouver certaines similarités avec l'expérience de mes participantes. J'ai grandi dans une famille italo-turque d'origine ouvrière. Les rôles de mes parents étaient genrés bien que ma mère était particulièrement autoritaire et mon père absent. Il y a beaucoup de femmes dans mon entourage et celles-ci sont critiques à l'égard des hommes. Les figures paternelles présentes autour de moi m'évoquent beaucoup de douceur. A la mort de l'une d'elle (mon grand-père maternel), alors que j'ai 9 ans, j'adopte de manière assez surprenante une expression de genre masculine. Je commence à porter des vêtements de garçon, ce qui est tout-à-fait accepté par ma famille. Autrement dit, si ma mère m'a proposé des codes genrés pour m'y retrouver, j'ai pu les retraduire pour les rendre plus flexibles. Parallèlement,

ma croissance a été assez précoce : à 10 ans, j'acquies ma taille actuelle, mes premières règles surviennent précédées du développement d'une forte pilosité et d'une poitrine que j'essaie à tout prix de masquer via des brassières serrées. Vers 14 ans, je change à nouveau d'expression de genre en me féminisant fortement. Cette période est accompagnée d'un certain malaise au niveau du corps. En effet, toutes les pratiques pour adopter une féminité conventionnelle crée un sentiment de ne jamais être « assez femme » : épilation définitive, soutien-gorge rembourrés, talons, etc. Vers 20 ans, je découvre le féminisme et abandonne cette expression de genre stéréotypée pour adopter une expression plus neutre. Avec la découverte de certaines théories féministes, notamment, celle du féminisme incarné de Camille Froidevaux-Metterie, je découvre une autre manière, plus neutre et non-binaire, d'exprimer ma singularité. C'est en 2021 que je me découvre, lors d'une visite chez la gynécologue, une variation hormonale (le syndrome des ovaires polykystiques, considéré par l'OII comme une forme d'intersexuation). Si cette variation est très atténuée chez moi (les seuls symptômes hormonaux sont une oligoménorrhée, une infertilité, une forte pilosité et une acné modérée), j'ai cependant eu le sentiment que cette découverte venait expliquer certaines choses. J'ai été troublée par cette annonce et me suis posée beaucoup de questions sur la relation entre le sexe et le genre. C'est pourquoi lorsque j'ai eu l'opportunité de travailler sur les intersexuations j'ai éprouvé un vif intérêt pour la question de recherche. Il est à noter que malgré certaines similarités avec les vécus de mes participantes, mon apparence et mon parcours médical ne me permettent pas de me sentir légitime à me considérer comme intersexe. Je ne m'identifie donc pas comme tel.

4.3. Présentation des résultats :

4.3.1. Parcours médical :

a) *L'annonce du diagnostic :*

Les parcours médicaux de Catherine et Rosalie sont très différents selon la raison, l'âge de la première consultation et les solutions proposées par les médecins. Les raisons de la première consultation qui mènera à des examens plus approfondis sont intrinsèquement liées à leur intersexuation. Catherine, dont la variation est hormonale, consultera pour la présence de symptômes survenus progressivement : à 9 ans, elle grandit et prend beaucoup de poids. Elle souffre également d'une grande fatigue. Rosalie, au contraire, ne consulte pas pour des symptômes visibles mais pour une absence de règles, lorsqu'elle a 16 ans. Les médecins découvrent qu'elle n'a pas d'utérus et que la cavité de son vagin est courte. Toutes les deux ont néanmoins le point commun d'avoir pris connaissance de leur variation après la naissance.

Les solutions proposées par le corps médical se distinguant d'une variation à l'autre, Catherine absorbe des bloqueurs d'hormones jusqu'à l'âge de 16 ans alors que Rosalie aura deux options

chirurgicales pour modifier son corps et entamera une vaginoplastie. Le traitement hormonal de Catherine lui est prescrit dans le but de façonner son phénotype de sorte qu'il soit typiquement féminin. A 16 ans, sa médication sera modifiée et celle-ci prendra des hormones féminines. Rosalie, qui avait le choix entre des dilatations vaginales ou une opération chirurgicale visant à lui créer une cavité vaginale à l'aide de son tissu intestinal, choisit la seconde option car elle ne souhaite pas faire de dilatations.

b) Le rapport avec le corps médical :

La manière dont les médecins ont présenté leur variation aux participantes est similaire dans les approches utilisées qui visent à rendre leur corps alignés à une norme. En effet, aucun ne leur a proposé de laisser leur corps intact. Lors des examens, Catherine se sent observée et « passée au scan » par les médecins. Lors de l'annonce de son diagnostic, c'est avec un schéma binaire sur le fonctionnement des hormones que son médecin lui explique qu'elle a davantage d'hormones « garçons » que d'hormones « filles » et qu'« on ne peut pas laisser faire ça ». Il lui interdira alors de pratiquer le sport pour éviter de développer une musculature trop importante. Par ces mots, Catherine explique avoir eu l'impression qu'on disait d'elle qu'elle était un garçon. Elle rapporte également que si ses parents ont accepté le traitement sans se poser de questions, c'est parce que sa variation leur était présentée comme une maladie qu'il faut traiter. Plus tard dans sa vie, lorsque les traitements qu'elle prend lui causent trop d'effets secondaires et qu'elle s'en plaint à son médecin, celui-ci augmente sa dose. L'endocrinologue qu'elle rencontre suite à la découverte de son intersexuation enverra un message au médecin de Catherine pour recevoir des explications sur les traitements inadaptés et leur dose. Elle n'obtiendra jamais de réponse.

Pour Rosalie, l'opération lui est tout d'abord présentée comme miraculeuse et sans effet secondaire. Lorsqu'elle dit ne pas être intéressée par les dilatations vaginales, les médecins vont argumenter pour lui faire accepter la chirurgie sigmoïdienne : ils lui diront qu'une chirurgienne américaine viendra rien que pour elle et que, grâce à son opération, ils pourront sauver d'autres enfants car ils pourront la reproduire. Si elle accepte, c'est parce qu'ils mettent également l'accent sur le fait qu'avec la vaginoplastie, elle sera une vraie femme et qu'avoir un vagin est indispensable pour sa future vie de femme et pour son futur mari. Rosalie, du haut de ses 16 ans, pense que c'est la bonne décision à prendre.

Lorsque la chirurgie rate et que Rosalie explique la situation aux médecins, ceux-ci ne la croiront pas pendant une semaine et la laisseront sans soin. Ils l'ont également poussée à faire des dilatations vaginales en lui disant qu'ils pourront alors l'hospitaliser et prendre en charge les douleurs liées à l'opération. Rosalie ira un an en psychiatrie pour cause de « douleurs psychosomatiques » car le corps médical pensait qu'elle exagérait. Elle a vu un psychiatre à qui elle a expliqué que les dilatations

vaginales étaient vécues comme des viols et celui-ci n'a pas pris sa parole en compte. Elle quittera l'hôpital après une interaction avec une infirmière et une psychologue qui lui disent de demander son dossier médical et de partir. Celles-ci se rendaient compte que quelque chose n'allait pas dans les réunions. Elle a eu beaucoup de mal à acquérir son dossier médical.

Si l'expérience de Rosalie est particulièrement violente, nous voyons ici que les deux vécus sont empreints d'une écoute inexistante de leur souffrance de la part des médecins.

c) Les conséquences des mutilations :

Rosalie sera victime d'une erreur chirurgicale : la cavité créée durant l'opération est reliée à son intestin et les selles sortent donc par le vagin. Après une semaine d'attente, Rosalie sera à nouveau opérée et devra faire les dilatations vaginales qui n'étaient pas prévues au départ. Si elle est aujourd'hui en fauteuil roulant, c'est en raison des nombreuses opérations qui ont eu lieu par la suite, qu'elle qualifie d'expérimentations sur son corps. Elle est restée à l'hôpital durant un an. Pour Catherine, c'est l'interdiction de pratiquer le sport qui sera la première conséquence de son diagnostic, mais au cours de sa vie, elle prendra différents traitements selon ses prises de sang et ceux-ci impacteront son corps significativement. Les effets secondaires qu'ils occasionnent lui font parfois prendre beaucoup de poids et lui déforment le corps, fragilisent ses os et la rendent sensible au diabète. Elle remarque également une perte de libido. Le dernier traitement qui lui a été administré lui cause des bandes mauves sur tout le corps ainsi qu'une perte de cheveux. Si Rosalie ressent directement les effets de l'erreur médicale, c'est beaucoup plus tard, à 39 ans, que Catherine découvre, avec sa nouvelle endocrinologue, que son traitement était inadéquat à sa variation, mais également dépassé. Lorsqu'elle s'en rend compte, elle arrête tout traitement. A 40 ans, en se cassant une vertèbre, elle découvre qu'à cause des traitements hormonaux administrés tout au long de sa vie, Catherine a la colonne vertébrale d'une personne âgée.

Enfin, Rosalie apprend sur un groupe de personnes ayant la même variation que l'opération qu'elle a faite ne lui permet pas de faire une greffe utérine. Les traitements continus depuis l'adolescence que Catherine a absorbés rendent une potentielle grossesse très compliquée. En effet, son endocrinologue lui a expliqué que si elle voulait être enceinte, elle devrait passer par la PMA*. Ni Rosalie ni Catherine ne souhaitent avoir d'enfants, mais elles sont cependant interloquées par la communication inexistante des médecins face à cette question.

Ici, nous voyons que malgré la différence de variation et de prise en charge, les deux participantes ont été victimes de mutilations, génitales pour Rosalie et hormonales pour Catherine. De plus, les effets secondaires sont systématiquement tus par le corps médical.

Les conséquences psychologiques sont également présentes dans le témoignages des participantes. Catherine, en sortant de son premier rendez-vous avec le médecin lorsqu'elle a 9 ans, a l'impression qu'elle est en danger de mort et d'être malade. S'en suivent quelques années qu'elle qualifie de dépressives. Rosalie voit, quant à elle, une psychothérapeute pour traiter un stress post-traumatique important. En effet, les dilatations vaginales non-consenties ont été vécues comme des viols et elle a, à présent, des reviviscences et fait souvent des cauchemars. Elle a du mal à prendre des rendez-vous médicaux et doit se préparer quelques mois à l'avance avant de consulter. Toutes les deux mettent en évidence la colère ressentie face au corps médical mais Rosalie ajoute le sentiment de culpabilité envers les personnes qui subiront la même chirurgie qu'elle, étant donné que son opération a contribué aux savoirs médicaux.

4.3.2. Identité de genre :

a) *L'évolution de l'identité de genre :*

Dans leurs récits de vie, Catherine et Rosalie mettent en évidence un parcours parsemé de questionnements ou de transformations au niveau de l'identité de genre. Toutes les deux ont été assignées femmes à la naissance et si Catherine développe plutôt une identité de genre typiquement féminine, Rosalie, elle, ne se posait pas vraiment de questions à ce sujet. Sa mère était très ouverte et lui offrait des jeux attribués au genre « femme » comme au genre « homme ». Catherine vivait avec des parents soucieux de ne pas reproduire des stéréotypes de genre dans l'éducation de leur fille. Elle ne recevait, par exemple, pas de poupées de leur part mais en recevait parfois de la part d'autres membres de sa famille et aimait ça. Elle jouait également avec des poupées-bébés mais ne les mettait pas en scène en jouant le rôle de parent. Pour Catherine, c'est clair depuis qu'elle est petite qu'elle ne veut pas d'enfants. De son côté, Rosalie ne s'en souciait pas et souhaitait plutôt faire de longues études.

A l'annonce de son diagnostic, Catherine a été troublée par l'explication du médecin qui utilisait le genre pour lui faire prendre son traitement. Au même moment, elle fréquentait un enfant transgenre de sa classe qui souhaitait aller à la piscine avec un slip de bain plutôt qu'un maillot. Catherine était attirée par cet enfant et comprenait que « le genre ne tient qu'à un slip de bain ». Elle commençait également à remettre en doute son identité de genre suite à l'entretien avec son médecin, et le début de l'adolescence marquait un rapport complexe à son identité de genre. Catherine ne vivait pas bien la féminisation de son corps due à son traitement. Elle a alors tenté de masquer son corps féminisé et sans comprendre réellement ce qu'elle faisait, bandait, par exemple, ses seins. Rosalie, plus âgée lors de son diagnostic, explique qu'elle a accepté son opération pour se conformer car elle était sensible au regard des autres. Lors de son diagnostic et après que son médecin lui ait dit qu'une femme sans vagin n'était pas une vraie femme, Rosalie s'est posé des questions sur son identité de genre. Elle a

alors vécu une période où elle a tenté, à l'instar de Catherine, de renier toute démonstration de féminité et a souhaité se faire enlever la poitrine. De plus, avoir un vagin ne l'a fait pas se sentir davantage femme. Nous pouvons mettre en évidence ce rejet de féminité suite à l'annonce du diagnostic, qui est comparable tant chez Catherine que chez Rosalie. Elles parlent toutes les deux de transidentité sans pour autant s'identifier comme transgenre. Catherine ajoute que la présence de modèle transgenre ou non-binaire l'aurait sans doute aidée à comprendre ce qu'il se passait pour elle à cette période.

Aujourd'hui, toutes les deux se disent femmes cisgenres. Si Rosalie n'apporte plus beaucoup d'attention à son identité de genre et est plutôt dans une optique d'indifférence, Catherine quant à elle, considère le genre comme très élastique et se dit femme cisgenre car elle se sent femme. Elle ajoute être une femme cisgenre améliorée étant donné les modifications apportées à son corps par la prise d'hormones. En ce sens, Catherine considère presque son parcours comme une transition, au détail près que celle-ci a été forcée. Elle pense que son identité de genre aurait peut-être été différente si les traitements hormonaux n'avaient pas modifié son corps de manière irréversible. Rosalie, si elle a eu des questionnements, se vit simplement comme elle est, fidèle à elle-même. Elle se dit cisgenre en considérant l'identité femme comme une catégorie sans caractéristiques sociales associées et c'est donc plutôt par habitude qu'elle se genre au féminin plutôt que par identification ou expression. Elle n'a d'ailleurs pas d'affect particulier pour son identité de genre et ne s'offusque pas lorsqu'elle est genrée au masculin. Bien qu'elles soient toutes les deux pour une dé-binarisation des genres, elles pensent également qu'on peut se sentir femme sans adopter les caractéristiques sociales qui y sont associées.

La construction de l'identité de genre des participantes a donc évolué en passant par plusieurs stades, celui notamment de la masculinisation post-diagnostic pour déboucher, à l'âge adulte, sur une identité de femme cisgenre singulière.

b) L'expression de genre

Il paraît utile de développer davantage la manière dont les participantes ont exprimé leur identité de genre. Petite, Catherine se caractérise comme typiquement féminine et se décrit comme une petite fille « qui aime le rose ». Cependant, elle n'aime pas forcément les vêtements. Pour Rosalie, un facteur non-négligeable entre en compte : celui de l'argent. En effet, le manque d'argent ne lui a pas permis d'avoir une garde-robe remplie de choix. Sa famille, très précaire, récupérait les vêtements de dons et s'habillait donc selon ce qu'on lui donnait. Quelques temps après leur diagnostic, les deux participantes sont passées par une phase de rejet de féminité et ce processus inclut particulièrement les vêtements. Catherine adopte une expression de genre masculine et porte des pulls larges et des cheveux courts. Elle pense que son orientation sexuelle a pu jouer un rôle dans ce choix. En effet,

Catherine est bisexuelle et à l'adolescence, vit sa première relation avec une fille. Le passage à l'âge adulte sera accompagné d'un retour à une expression de genre plus féminine. Elle note toutefois que si elle porte des robes, c'est parce qu'elle trouve cela plus confortable que les boutons de pantalon qui lui rentrent dans le ventre à cause de son poids important. Cependant, elle ne s'habille pas avec plaisir : pour elle, les vêtements sont utilitaires et faire les magasins ne l'enchantent pas beaucoup. Son style n'a d'ailleurs pas changé depuis ses 25 ans et Catherine adopte un look sobre et confortable. Elle n'utilise pas de maquillage ou d'accessoire esthétique et ne change pas sa coupe de cheveux.

Pour Rosalie, nous voyons également une transformation de l'expression de genre féminine à une expression plutôt masculine, mais si pour Catherine, un retour à une expression plus féminine a eu lieu à l'âge adulte, Rosalie, elle, continue à porter des habits larges et confortables ainsi qu'à se raser les cheveux. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'on la confond parfois avec un homme. Elle explique que son rapport aux vêtements est plutôt utilitaire et qu'elle ne s'en sert pas par style ou comme une présentation de soi pour autrui. Elle note également que si elle adopte cette expression de genre, c'est aussi par facilité car être dans un fauteuil roulant rend difficile l'entretien d'attributs comme des longs cheveux par exemple. De plus, sa manière de se présenter comme étant une femme aux caractéristiques physiques non-stéréotypées est peut-être, selon elle, à mettre en lien avec le peu d'interactions sociales qu'elle a.

L'expression de genre qui accompagne leurs questionnements et leurs transformations se reflète particulièrement dans les vêtements qu'elles considèrent toutes les deux comme utilitaires et devant être confortables.

c) Les considérations familiales de l'identité de genre :

Si l'expression de genre est nécessaire à prendre en compte dans l'identité de genre, les considérations de la famille à cet égard peuvent nous apporter des informations intéressantes pour éclairer le développement de leur identité singulière. L'utilisation de l'arbre généalogique et la description de ses membres ont été la source d'information principale.

Les familles des participantes ont le point commun d'avoir été assez flexibles dans l'éducation de leur filles. Ainsi Catherine explique avoir eu une éducation genrée tout en ayant la possibilité de faire ce qu'elle voulait. Elle apprend à bricoler comme à cuisiner. Rosalie dit explicitement que sa mère est flexible et que celle-ci lui offrait des jeux diversifiés.

Les figures parentales de Catherine ont été des modèles qu'elle dit inversés : sa mère est autoritaire et son père est plutôt dans la douceur et le soin. Il n'était pas du genre à la protéger ou à parler à sa place. Elle décrit son père comme étant fluide et en détestation de la masculinité. Catherine vit entourée de femmes, très critiques à l'égard des hommes et son père les rejoint en lui citant depuis

toute petite les paroles de Valérie Solanas, lesbienne radicale qui considère les hommes comme de la chair à canon. Si son expression de genre est masculine, il aimerait pouvoir porter des robes pour le confort qu'elles procurent. La famille paternelle de Catherine est particulièrement en phase avec la masculinité toxique et son père est donc en marge de celle-ci. Enfin, elle trouve dommage qu'il n'intègre pas des milieux queer pour déconstruire ces questions.

Du côté de sa mère, Catherine explique avoir des soupçons sur une potentielle intersexuation. Ce sont les difficultés que celle-ci a vécu durant sa grossesse et son accouchement qui alertent d'abord Catherine. Elle avait également une pilosité très marquée que les gens reliaient à ses origines italiennes. Sa mère souffrait d'ailleurs de cet attribut, considéré comme typiquement masculin, et était soulagée de voir que sa fille avait des poils blonds. Catherine se demande si elle n'a d'ailleurs pas accepté son traitement car elle-même aurait aimé voir ses caractéristiques masculines prises en charge. Toutes les deux sont androgynes, mais Catherine n'aura jamais l'occasion de confirmer l'intersexuation de sa mère car celle-ci est décédée avant qu'elle ne puisse lui poser la question.

Rosalie rapporte un vécu similaire chez sa mère. Celle-ci était souvent confondue avec un homme étant donné sa grande taille et ne le vivait pas bien lorsqu'elle était jeune. Elle adoptait alors une expression de genre très féminine pour éviter que les gens ne se trompent.

Les deux participantes grandissent dans des familles ouvertes et flexibles concernant l'identité de genre. Il est remarquable que les mères des participantes aient toutes les deux été en conflit avec leurs « attributs masculins ».

4.3.3. Rapport au corps et à la sexualité :

a) *Le rapport au corps :*

Avant l'annonce de leur diagnostic, les participantes rapportent avoir pratiqué le sport de manière régulière : la natation pour Catherine et la gymnastique artistique pour Rosalie. Toutes les deux ont mal vécu l'arrêt de leur pratique directement après leur visite chez le médecin. En effet, Catherine se voit interdire le sport afin d'éviter de développer une trop grande musculature. Vers 12 ans, elle prend beaucoup de poids et se rend dans une salle de sport privée. C'est un soulagement pour elle de pouvoir se dépenser. Elle tente également de reprendre la danse classique vers 15 ans, mais son corps est critiqué car trop grand, gros et musclé. A ce moment-là, elle comprend qu'une femme ne peut pas être forte et musclée.

Lorsqu'elles approfondissent le lien qu'elles entretiennent avec leurs corps, elles associent le diagnostic de l'intersexuation avec le début d'un sentiment de mal-être. Rosalie n'avait pas de complexe avant le diagnostic et a commencé à détester son corps et avoir la sensation qu'il ne lui

appartenait plus après l'annonce. Elle explique que tout ce qui est en-dessous de son nombril est similaire à un trou depuis l'opération. Lorsqu'elle se rend compte d'une sensation, elle ressent comme un profond gouffre noir qui l'envahit ainsi que de l'angoisse. Aussi, Rosalie reste sur l'image de son corps qu'elle avait avant l'opération. Elle préfère dire qu'elle n'a pas de vagin alors même qu'on lui en a créé un et qu'elle le sait, mais elle ne se sent pas plus femme qu'avant et se rend compte que cette opération n'était pas pour elle mais pour les autres. Rosalie, qui a souhaité se faire enlever la poitrine car les seins étaient synonymes de féminité vers ses 20 ans, a toujours ce désir aujourd'hui, sans réellement savoir pourquoi. L'intervention l'a toutefois découragée étant donné l'énième chirurgie qu'elle implique.

Catherine, quant à elle, a arrêté son traitement à 38 ans et voit apparaître un peu de pilosité faciale. Cependant, la prise d'hormones continue depuis ses 9 ans a modifié le fonctionnement de son corps de manière irréversible. Elle trouve perturbante l'idée de ne pas savoir comment son corps se serait développé sans la prise d'hormones. Le fait de ne pas réellement connaître son corps est la cause du désintérêt pour celui-ci et c'est pourquoi elle ne cherche pas à l'embellir par des accessoires. Son corps est simplement un outil de vie mais malgré qu'elle n'ait jamais eu de complexes ou de problèmes à se mettre nue, Catherine explique qu'elle a détesté l'idée de son corps jusqu'à ses 30 ans et qu'elle n'aime toujours pas se regarder dans le miroir. Elle n'éprouve pas de plaisir avec son corps, excepté dans la sexualité.

Elle parle également des nombreux changements corporels occasionnés par les effets secondaires des hormones, différents selon les résultats de ses prises de sang, qu'elle trouvait éprouvants. Les changements concernaient principalement une prise de poids, la déformation de son corps, une perte de libido et la perte de cheveux.

Catherine et Rosalie, si elles pratiquaient le sport et ne se préoccupaient pas forcément de leurs corps avant le diagnostic, se voient aux prises avec un rapport particulier envers celui-ci selon la manière dont leur variation a été traitée.

b) Le rapport à la sexualité :

Si la sexualité implique d'emblée un rapport au corps, nous verrons que les participantes ont une expérience très différente à ce sujet. Catherine découvre tôt sa bisexualité et vit son premier rapport à 15 ans avec une fille. Elle sera ensuite souvent en relation mais ce n'est que vers 28 ans qu'elle déconstruit son rapport à la sexualité via les milieux féministes. En effet, elle explique qu'avant cela, elle n'arrivait pas vraiment à prendre du plaisir par son propre corps et pratiquait le sexe pour le plaisir de l'autre. Elle a beaucoup cherché à comprendre comment fonctionnait son corps et s'est reconstruit une sexualité, en partie via le porno positif. A présent, elle cherche à éprouver du plaisir dans la

relation avec l'autre et a appris à se réapproprier ses sensations, notamment en faisant partie de groupes BDSM et en pratiquant le shibari.

Avant son opération, Rosalie ne connaissait pas son orientation sexuelle et sortir avec quelqu'un·e ne l'intéressait pas. Lorsqu'elle est confrontée au choix de l'opération ou des dilatations vaginales, elle explique refuser les dilatations car celles-ci la dégoûtent. Aujourd'hui, Rosalie n'a pas d'attrait pour un genre en particulier et ne connaît pas son orientation sexuelle. Si elle n'a jamais vécu de relations amoureuses, elle se demande si ce sont les traumatismes vécus à l'hôpital en sont la cause.

c) Le rapport à la parentalité :

L'accès à la parentalité est très peu évoqué dans le milieu intersexe alors même qu'il existe différentes solutions selon les variations. C'est en échangeant sur un groupe de personnes MRKH que Rosalie apprend que la chirurgie sigmoïdienne ne permet pas de porter un enfant contrairement à d'autres interventions. Elle ne souhaite pas avoir d'enfant donc n'est pas touchée par cette situation. Avec ses frères et sœurs, ils avaient déjà tous pris la décision de ne pas en avoir en raison de problèmes génétiques dans la famille.

De son côté, Catherine est rendue infertile en raison de ses traitements hormonaux. Elle n'a jamais ressenti le désir de tomber enceinte et se questionne à ce propos. En effet, elle se demande si c'est parce qu'elle est intersexuée qu'elle n'en souhaite pas, comme si c'est parce que son corps « n'était pas tout à fait femelle ». L'idée de tomber enceinte la dégoûte et elle se sent très dépourvue face à la grossesse. Néanmoins, elle adore la compagnie des enfants.

Catherine et Rosalie sont toutes les deux en colère contre l'absence d'information des médecins dans ce domaine. Si aucune d'elles n'a désiré porter un enfant, elles auraient néanmoins souhaité avoir le choix et être informées.

4.3.4. Militantisme et identité intersexe :

a) La découverte de leur intersexuation :

Rosalie et Catherine ne découvrent pas tout de suite leur intersexuation. Celles-ci expliquent que ce terme n'est pas utilisé par le corps médical et ceci rend donc l'identification plus difficile. Elles ne parviennent à mettre un mot dépathologisant que quelques années après leur diagnostic. Rosalie découvre seule son intersexuation sur les réseaux sociaux, environ 5 ans après son diagnostic. Pour Catherine, le processus d'enquête et de découverte est plus tardif et continu. Elle se pose des questions depuis ses 30 ans mais ne l'a réalisé qu'à 38 ans, lors d'une conférence sur le sujet. Elle prend alors rendez-vous chez l'endocrinologue et demande à arrêter ses traitements.

Si la découverte de leur variation a pris un certain temps, c'est également en raison de la légitimité à s'identifier comme telle. En effet, Catherine et Rosalie rapportent ne pas s'être senties légitimes de se dire intersexuées à cause de certains stéréotypes liés à la condition, soit des mutilations génitales qui ont lieu à la naissance ainsi qu'une présence nécessaire de caractéristiques féminines et masculines au sein de la même personne.

b) Réseaux de soutien et militantisme :

Pour les deux participantes, échanger avec des personnes intersexes a été très important dans leur processus d'auto-détermination. Rosalie rencontre des membres de la communauté intersexe à ses 24 ans et partage avec elleux son histoire. Pour Catherine qui est en contact avec le milieu queer féministe depuis sa vingtaine, la découverte de sa variation a provoqué un besoin important de rencontrer des personnes intersexes. A 41 ans, elle crée un collectif qui permet d'échanger sur les différents vécus entre elleux. Elle dit avoir eu l'impression de découvrir des membres de sa famille. L'expérience positive lui apporte beaucoup de soutien.

S'identifier comme intersexe est une démarche politique et le militantisme leur a permis de se réapproprier leur corps et leur identité. Si leurs revendications sont similaires, toutes les deux ont trouvé des manières de militer propres à chacune.

Ainsi, leurs revendications concernent principalement la passation de loi contre les mutilations systématiques non-consenties et non-éclairées. Catherine ajoute un déblocage de fonds pour que la communauté intersexe puisse s'organiser, et Rosalie propose une surveillance des prises en charge dans les hôpitaux, l'obtention d'une réparation lorsque des mutilations non-consenties ont lieu, mais également la considération de ces mutilations comme un crime contre l'humanité.

Rosalie a d'ailleurs porté plainte contre l'hôpital qui l'a opérée pour non-respect du consentement libre et éclairé. A 29 ans (c'est-à-dire, l'année de cette étude), elle gagne le procès qui a duré 11 ans en Cour d'appel. Elle aimerait poursuivre en pénal pour considérer les dilatations forcées comme étant des viols. Rosalie souhaite se battre pour les futur·e·s enfants intersexuées et utilise la justice comme un moyen pour militer. Elle collabore également avec certaines associations dont Genres Pluriels mais préfère militer sur les réseaux sociaux en informant et en argumentant. Enfin, elle a également écrit une bande-dessinée qui a eu beaucoup de succès dans laquelle, elle décrit son vécu en dessin. Catherine, de son côté, ne se sent pas légitime de militer en première ligne car les mutilations qu'elle a subies sont hormonales et non génitales. Elle dit militer à sa manière en participant à des études ou en faisant des bords de scènes lors d'événements artistiques. Elle a également travaillé dans le milieu institutionnel LGBT mais a démissionné suite à un burn out

militant. Elle remarque également qu'elle est davantage militante lesbienne qu'intersexe car l'intersexuation vient la toucher beaucoup plus profondément.

c) Identité intersexe :

Comme le souligne Catherine, s'identifier comme intersexe est un long processus : il faut tout d'abord se rendre compte de sa variation, la démedicaliser, intégrer le milieu LGBTQIA+ afin de rester dans un espace sécurisant et pouvoir acquérir les informations nécessaires, rencontrer des personnes et enfin se dire intersexe. Si toutes les deux utilisent cette dénomination à visée politique, elles sont mitigées par rapport au terme d'identité intersexe. Rosalie explique qu'adopter d'emblée une identité intersexe lorsqu'on a une variation, c'est nier le fait que les personnes intersexes peuvent se sentir bien dans les catégories homme ou femme. Catherine, qui se considère comme une femme cisgenre rapporte que les femmes cisgenres et intersexes sont invisibilisées dans le milieu militant. Or, l'intersexuation n'est pas une identité de genre et elle est encore souvent confondue avec l'identité non-binaire.

Catherine ne s'identifie pas comme ayant une identité intersexe et n'aime d'ailleurs pas ce terme. Elle l'utilise néanmoins politiquement et est fière d'être intersexe, mais considère plutôt cette donnée comme une composition de l'identité plutôt qu'une identité à part entière. Rosalie, quant à elle, a une image positive de l'identité intersexe et approuve la démarche militante de vouloir faire accepter leur corps en tant que tel. Elle dit d'ailleurs : « Mon corps était très beau comme il était ».

Leurs proches sont au courant de leur intersexuation. Rosalie n'hésite d'ailleurs pas à en parler pour faire connaître la cause. Catherine n'en parle pas en dehors des milieux queer car c'est une donnée intime. Elle a néanmoins fait son coming-out à 39 ans.

Si les personnes intersexuées sont les seules personnes LGBTQIA+ qui ne sont pas auto-déterminées car leur condition ressort de la biologie, se dire intersexe est une démarche militante qui découle d'un long processus personnel et politique. Les variations ne se manifestent pas de la même manière et les prises en charges différentes d'une personne à l'autre marqueront les parcours intersexes différemment.

5. Discussion :

La question de recherche s'intéressait à la manière dont les personnes intersexuées se ressentent en tant que personnes sexuées ou non dans un contexte hostile à leur condition : comment se sentent-elles appartenir à un sexe ? Comment s'inscrivent-elles dans la binarité normative du genre ? Les

témoignages de Catherine et Rosalie nous aideront à répondre en partie à ces questions. Nous tenterons ensuite de comprendre les limites de cette étude et de proposer de nouvelles perspectives pour la pratique psychanalytique inspirées de notre processus de recherche.

5.1. Fluidité dans l'identité de genre ? :

Les parcours de Catherine et de Rosalie ont toutes deux été marqués par un passage que l'on peut qualifier de presque transidentitaire quelques années après le diagnostic et la prise de traitement. En effet, toutes les deux ont modifié leur apparence en passant d'une expression de genre « féminine » à plus « masculine », sans pour autant s'identifier à un genre différent de celui assigné à la naissance, ici femme. Il est intéressant de remarquer cette solution originale trouvée par les participantes, car les méthodes utilisées par celles-ci pour modifier leur expression de genre visent particulièrement à masquer les traces de féminité sur leur corps, que ce soit via des habits larges ou en se bandant la poitrine. Elles ne se sont néanmoins jamais identifiées en tant qu'homme ou autre, et cela peut être dû, comme l'explique Rosalie, à l'habitude de se genrer au féminin, ou comme l'explique Catherine, à la méconnaissance de cette possibilité à ce moment-là. Nous reviendrons sur ce point dans la section suivante, mais ce qui nous interpelle ici est la similarité de ce passage dans le parcours des participantes. Si nous questionnons les causes de cette transformation, nous pourrions invoquer la preuve d'une identité intersexe collectivement imaginée : l'intersexuation des participantes impliquerait d'emblée une fluidité dans leur identité de genre. Autrement dit, en caricaturant, « comme elles ont les deux sexes, elles ont aussi les deux genres ». Cette hypothèse ne permet pas d'adopter une écoute fidèle aux témoignages des participantes et nie la diversité de variations sexuées et de genres. Les récits de vie de Catherine et Rosalie mettent en évidence le rôle du diagnostic médical et de la violence utilisée par les médecins pour corriger leur corps. Lorsqu'elles se questionnent sur les raisons du basculement d'une expression de genre à l'autre, Catherine est claire : « Les médecins tentent tellement de faire rentrer leur corps dans une norme hétérocentrée qu'au final, ça crée comme un rejet de leur genre chez les personnes intersexes qui se voient forcées de correspondre à des critères normatifs ». Rosalie est plus concise encore : « Si c'est ça être une femme, je n'en veux pas ». Les participantes répondent elles-mêmes à cette question et si ça correspond à notre condition de recherche qui tente d'abord de coconstruire un savoir avec les personnes concernées ; nous pouvons alors émettre l'hypothèse que le diagnostic médical a eu un impact sur leur identité de genre. Catherine et Rosalie étaient des petites filles à l'identité de femme en devenir, conformes mais singulières. Les médecins, en utilisant des paroles comme « on ne peut pas laisser faire ça » concernant le taux d'hormones mâles élevé chez Catherine, ou « avoir un vagin est indispensable pour sa future vie de femme et pour son futur mari » concernant l'« urgence » de la vaginoplastie pour Rosalie, ont largement troublé les participantes dans leur sentiment d'appartenir

au genre féminin. Catherine a l'impression qu'on lui dit qu'elle était un garçon et Rosalie, plus âgée, est interloquée. Les mots du médecin signifient pour elle qu'une femme, c'est n'être qu'un trou à la disposition des hommes. Et ça, elles n'en veulent pas.

Comment adopter une identité de genre sereine lorsqu'on nous annonce qu'une femme ne peut pas être trop grande et trop musclée, qu'elle ne peut pas exister sans vagin. Il semblerait ici que le corps médical, pour reprendre Laplanche, a prescrit à Catherine et Rosalie un code rigide auquel il ne faut pas déroger sous peine de n'être plus considérées comme des femmes, c'est-à-dire, la catégorie à laquelle elles s'identifiaient sans se poser de questions. Les représentations étrequées et stéréotypées des médecins sur ce qu'est une femme est alors venu entailler la manière singulière d'être femme des participantes.

Nous voyons donc que le parcours médical des participantes semble avoir eu un impact sur la construction de l'identité de genre de celles-ci. En effet, médicaliser leur variation a instillé le doute dans l'identité des participantes qui se demandent alors si elles sont bien des femmes. De là, elles ont répondu à ce doute par le rejet de l'identité de genre féminine. Mais pouvons-nous réellement parler d'identité de genre ? Car si elles ont modifié leur expression de genre, elles n'ont jamais cessé d'utiliser la catégorie femme pour s'identifier.

5.2. Subversion dans l'identité de genre féminine :

5.2.1. Être femme sans les caractéristiques sociales associées :

Nous avons mis en évidence que c'est lorsque Catherine voit son corps se féminiser qu'elle tente de le masquer à tout prix et que c'est après sa vaginoplastie que Rosalie adopte une expression de genre plus « masculine ». La vue du corps qui change, occasionnée par un traitement imposé, peut aussi expliquer le rejet de leur identité de genre assignée à la naissance et prescrite de manière rigide et impersonnelle par les médecins. Vouloir faire correspondre leurs corps à une norme stéréotypée enlève aux participantes toute forme de singularité, au niveau biologique d'une part, au niveau physique, mais également au niveau identitaire. Les participantes ont construit leur identité de genre sur une image du corps féminine et instiller le doute en leur montrant que celles-ci dévient d'une norme stéréotypée provoque un sentiment de malaise par rapport à cette identité qui était la leur. Cette confrontation avec une image de ce que devrait être une femme, créée de toute pièce par les représentations du corps médical, semble avoir produit un rejet des caractéristiques associées habituellement aux femmes chez les participantes. Dépossédées de leur corps, se détacher de ces attributs a donc été la solution pour elles, que ce soit en cachant leur poitrine ou en masquant simplement le corps de cette femme qu'elles ne voulaient ou ne pouvaient dès lors plus être.

Si toutes les deux se sont d'abord orientées vers une expression de genre plus masculine, c'est probablement qu'elles n'avaient sous la main que le code binaire standard proposé par la société. En effet, la découverte du milieu queer, qui propose une infinité d'expressions de genre, semble avoir permis aux participantes un remaniement de cette expression. En se découvrant, Catherine et Rosalie semblent alors s'être détachées du code binaire standard afin de s'exprimer telles qu'elles sont : des femmes intersexes ayant été dépossédées de leur corps mais décidées à se le réapproprier.

Toutes les deux maintiennent une binarité en se considérant comme femme, mais nous pouvons dire qu'elles subvertissent en même temps la catégorie sociale de femme en s'identifiant à celle-ci sans forcément s'y conformer pleinement, c'est-à-dire, en adoptant toutes les caractéristiques associées aux femmes. Depuis qu'elles militent, Rosalie et Catherine ont retrouvé une expression de genre propre à elles tout en refusant le rôle social* associé aux femmes qui touche particulièrement à l'esthétique et à l'enfantement. En effet, toutes les deux favorisent un confort vestimentaire, sans accessoires, tout en ayant un style bien à elles. Elles ne souhaitent pas non plus avoir d'enfants.

Lorsque Rosalie explique qu'elle se sent « elle-même » et qu'elle utilise la catégorie de femme par défaut, sans se reconnaître dans la catégorie sociale de femme, elle cite également le nom de la bassiste française Clémence Dufieux. Cette femme intersexe s'identifie comme étant une femme tout en arborant une barbe, des cheveux longs et du maquillage. Autrement dit, un style bien à elle qui peut être perçu comme inclassable, et souvent confondu avec la non-binarité. Or, Clémence s'identifie comme étant une femme. Ce cas de figure peut être mis en lien avec celui de la « butch » qui fait référence aux femmes lesbiennes à l'apparence masculine. Celles-ci adoptent une expression de genre « masculine » tout en continuant à s'identifier comme des femmes et subvertissent alors la catégorie sociale de femme. Si Rosalie et Catherine n'ont pas l'apparence des butch, elles troublent néanmoins la catégorie sociale de femme de manière plutôt conceptuelle en se réappropriant leur identité de genre singulièrement.

Peut-on alors parler d'identité intersexe ? Oui et non. Non, car l'intersexuation n'est pas une identité de genre et si c'est un amalgame que nous avons pu faire tout le long du mémoire, il est important de rectifier ici que « l'identité intersexe » est une identité politique et ne fait pas référence à un genre non-binaire. Avoir une variation du développement sexué implique un vécu particulier qui amènera la personne à s'identifier ou non comme intersexe. Nous pourrions cependant répondre oui car, comme expliqué sur le site de Genres Pluriels (Définition des intersexe, 2019), se dire intersexe, c'est aussi présenter des traits psychologiques d'intersexuation, notamment en refusant la binarité de sexe et/ou se vivre dans un sexe minoritaire. Si les participantes ne rejettent pas l'identification à la catégorie sociale de femme, elles se disent également intersexes par leur vécu intimement lié à leur condition.

5.2.2. Retour sur les théories laplanchiennes :

Dans la partie passant en revue la littérature de notre sujet d'intérêt, nous avons présenté les théories de Jean Laplanche qui intègrent le genre à la psychanalyse, tout en proposant un concept s'éloignant de la vision plus binaire et hétérocentrée des autres théories psychanalytiques à propos de la construction sexuée de l'individu. Son concept, le sexual, est ce qu'il reste de la symbolisation du genre par le sexe. Le socius, qui fait référence aux personnes qui s'occupent de l'enfant, prescrit un genre à l'enfant qui traduira les assignations de l'adulte et les mettra en lien avec son sexe (Laplanche, 2016). Nous cherchions à savoir comment cette construction se présentait pour les personnes intersexuées. Avant de commencer, nous pouvons noter que les participantes de l'étude n'ont pas une variation qui s'est perçue à la naissance. Nous ne trouverons donc pas de séduction généralisée entravée par le désarroi que provoque le diagnostic d'intersexuation comme dans les études de Jacquot (2010, 2014, 2016) ou de Gueniche (2008, 2009) puisque le socius des participantes n'avait pas de doute quant à leur sexe. Nous notons également que les variations des participantes sont différentes l'une de l'autre : celle de Rosalie est invisible à l'œil nu car interne alors que celle de Catherine a été et aurait été visible mais particulièrement au niveau des caractéristiques sexuées secondaires et pas forcément au niveau des parties génitales.

Dans la partie traitant des résultats, nous avons mis en évidence une similarité entre les deux participantes qui était la flexibilité de leur socius par rapport à l'identité de genre. En effet, Catherine rapporte une famille féministe soucieuse de ne pas reproduire une éducation genrée tandis que Rosalie parle de sa mère comme quelqu'un d'ouvert qui n'accordait pas beaucoup d'importance au genre. Les codes de genre sont prescrits avec flexibilité et nous avançons alors que leur capacité traductive est d'emblée multiple et polymorphe. Le moment du diagnostic peut être considéré comme une re-prescription, cette fois, rigide et autoritaire. Les médecins corrigent leur sexe assigné pour l'adapter à un code plus strict, mais prescrivent également un genre qu'ils utilisent d'ailleurs comme un argument pour convaincre les participantes d'accepter leur traitement. Être une femme, c'est pouvoir enfanter, pouvoir être pénétrable par un homme, c'est être ni trop grande, ni trop grosse, ni trop musclée, toutes ces caractéristiques liées au corps qui sont associées au genre femme.

Nous pouvons avancer également que les codes initialement prescrits de manière flexible ont permis une retraduction plus souple dans l'après-coup du diagnostic, donnant lieu à une expression de genre plus « masculine ». Nous émettons aussi l'hypothèse que la prescription malléable du socius d'origine a joué un rôle dans la manière de concevoir une identité de genre femme plus large que celle imaginée par le corps médical. Dans un premier temps, en traduisant les messages des médecins par la recherche d'une expression de genre traditionnellement masculine tout en s'identifiant néanmoins toujours comme femme. Dans un deuxième temps, en se créant une expression genre à soi, subvertissant alors

la catégorie sociale de femme. Ce deuxième temps fait place à un nouvel acteur prescripteur qui est le milieu queer, connu pour transgresser volontairement les codes binaires proposés par la société. En effet, celui-ci envoie des messages d'assignation très souples et permet alors aux participantes un remaniement plus personnel des codes rendus alors multiples et polymorphes. Catherine le dit elle-même : pour elle, le genre est flexible et malléable.

Les parcours de Rosalie et Catherine soulignent également une subversion dans la pratique de la sexualité. En effet, Catherine a appris à connaître son corps et redécouvre sa sexualité sous différentes formes, notamment avec le shibari et le BDSM qui n'inclut pas d'emblée du sexe génital. En ça, elle s'éloigne du script hétérosexuel dominant. Rosalie, quant à elle, n'a pas de rapports sexuels et même si plusieurs raisons peuvent être invoquées pour expliquer sa situation, nous remarquons qu'elle ne force pas un rapport non-désiré au nom de la normalité.

Si Rosalie et Catherine ont pu se trouver un genre qui leur convient, il peut être intéressant de se demander si ça aurait été le cas avec un socius aux attentes plus strictes. Nous pouvons alors imaginer une expression de genre plutôt orientée vers la norme, comme ça a pu être le cas pour les mères des participantes, l'une « trop » grande, l'autre « trop » poilue.

Enfin, comment auraient-elles évolué si leur corps n'avait pas été modifié ? Car si toutes les deux sont d'accord pour dire que celui-ci aurait été beau dans son état inchangé, il y aurait toujours eu, comme c'est le cas maintenant, une altération dans la fonction habituellement attribuée aux femmes qui sont l'enfantement pour Rosalie et l'esthétique pour Catherine. Dès lors, leur variation aurait questionné dans tous les cas leur rapport à la norme. Quoiqu'il en soit, Catherine et Rosalie s'identifient comme femmes malgré leur variation, et si nous nous demandons ce que signifie être une femme, nous pouvons avancer que c'est d'abord une expérience éminemment personnelle, comme nous allons le voir dans la section suivante.

5.3. Présentation de soi aux autres et féminisme phénoménologique :

5.3.1. Rôle de l'expression de genre :

Depuis le début de ce travail, nous parlons d'identité de genre et même les participantes expliquent avoir vécu une période de presque-transition. Nous avons mis en évidence, dans la partie précédente, que Rosalie et Catherine continuaient à s'identifier comme étant des femmes tout en modifiant leur expression de genre. Selon Genres Pluriels (Glossaire, 2022), l'expression de genre correspond « à la façon d'utiliser divers codes sociaux et corporels attribués à un genre particulier ». Iels mentionnent ensuite que l'expression de genre n'est pas nécessairement corrélée avec l'identité de genre. Pouvons-

nous néanmoins dire que l'expression de genre fait partie de l'identité de genre, que ce soit pour se conformer ou subvertir les codes qui y sont habituellement attribués ?

5.3.2. Apports du féminisme phénoménologique actuel :

Dans son livre *Un corps à soi*, Camille Froidevaux-Metterie (2021), philosophe féministe, place le corps au centre de sa théorie. Elle développe l'idée d'un corps-en-situation qui est cette enveloppe agissant dans un contexte socio-culturel spécifique. Ceci implique, d'une part, que notre subjectivité individuelle est déterminée par ce contexte, et d'autre part, que chaque corps-en-situation agira et réagira à ce contexte qui lui est imposé à sa manière. Froidevaux-Metterie (2021) utilise ce concept pour décrire la condition des femmes qui n'ont longtemps été que des corps. Elle associe alors domination sociale et réaction subjective. En effet, si les rapports de pouvoir sont subis, ils sont également liés à un vécu subjectif pour chaque personne. Autrement dit, chaque individu opprimé va expérimenter différemment la domination exercée et trouvera sa manière propre d'agir face à celle-ci, que ce soit dans l'appropriation ou la résistance, la reconfiguration ou le rejet.

Si les sujettes de sa thèse sont les femmes, elle le dit elle-même, « l'expérience vécue de l'intersexuation résonne avec celle du corps féminin : un rapport à soi, aux autres et au monde qui passe nécessairement par le corps et qui se trouve de ce fait déterminé par lui » (Froidevaux-Metterie, 2021). Cette théorie nous semble appropriée à ce qui se joue pour nos participantes. Leurs vécus, si différents l'un de l'autre soient-ils, ramènent à une même oppression qui est l'interphobie dont font partie notamment, et de manière la plus saillante, les mutilations qu'elles ont subies. En utilisant l'idée du corps-en-situation, nous remarquons que les mutilations, génitales ou hormonales, effectuées sur les corps intersexués, viennent avant tout d'une urgence de corriger des corps déviants, elle-même dirigée par une conception hétérosexiste, cisgenre et binaire du corps (dans le sens où le corps doit être en accord avec le genre assigné, respecter une binarité et sera modifié en fonction de son rôle sexuel, comme nous avons vu dans la première partie de la revue de littérature). Ainsi, les participantes se voient dépossédées de leur corps qui est déterminé par un système d'oppression. Elles peuvent, après-coup, se réapproprier cette enveloppe déterminée par ce contexte en réagissant à leur manière.

5.3.3. Présentation de soi aux autres :

Nous remarquons que la manière des répondantes de se réapproprier leur corps passe, entre autres, par l'expression de genre. Le genre est donc vécu par le biais du corps et renvoie à une réaction personnelle de l'expérience vécue de la personne (Froidevaux-Metterie, 2021). Nous l'avons vu, Catherine et Rosalie, qui sont toutes les deux passées par une période de rejet de l'apparence féminine, ont néanmoins un style personnel aujourd'hui. Si Rosalie s'habille ample et confortable, c'est

particulièrement lié à son handicap, mais Catherine, elle, dit ne pas s'intéresser aux vêtements et met ceci en lien avec le désintérêt qu'elle a pour son corps qui lui est inconnu. S'habiller confortablement peut être alors un acte de réappropriation de leur corps dépossédé.

Camille Froidevaux-Metterie (2021) poursuit son raisonnement en mettant en évidence que « le corps des femmes existe autant pour elles que pour les autres, et que l'on ne peut faire abstraction de la nécessaire incarnation de nos relations au monde ». En développant plus en profondeur, elle explique que l'apparence que l'on présente aux autres est une représentation de nous-mêmes qui coïncide avec ce que nous sommes à tel moment de notre vie. Nous pouvons, à nouveau, lier cette conception à nos participantes pour qui le rejet des caractéristiques liées aux femmes (formes, seins, coquetterie) est passé par l'expression de genre et par le corps, autrement dit, la présentation de soi aux autres. Lorsque nous parlions de subversion dans l'identité de genre féminine, il semblerait que pour Rosalie et Catherine, cette subversion ait été vécue comme un besoin de se sentir soi-même à ce moment.

Aujourd'hui, si les participantes ne sont pas forcément intéressées par leur corps étant donné leurs expériences éprouvantes vécues avec celui-ci, elles se vivent à travers ce que nous pourrions appeler, toujours avec Froidevaux-Metterie (2021), une singularité sexuée ou la manière de se vivre dans un genre à soi.

5.4. Limites de l'étude :

Il convient à présent d'aborder les limites de cette étude. Nous en présenterons trois qui sont les principales, mais il est bien entendu évident que d'autres limites restreignent la portée de ce travail. Ainsi, le recrutement, la méthode utilisée et la variation des participantes seront présentées.

5.4.1. Recrutement :

Comme expliqué précédemment, le recrutement a été un moment particulièrement éprouvant tant sa mise en place fut lente et semée d'embûches. D'une part, ma personnalité ne permettait pas un investissement décomplexé pour la recherche de participant·e·s et d'autre part, la condition sociale des personnes intersexuées rendait le recrutement difficile. Comme l'explique Catherine, s'identifier comme intersexe est un long chemin car il demande une prise de conscience et une démedicalisation de sa variation, l'intégration d'un milieu LGBTQIA+ ainsi qu'une acquisition d'informations nécessaires pour finalement choisir de s'identifier ou non comme intersexe. Nous voyons que sur les 1,7%, il ne reste déjà plus beaucoup de personnes. Faut-il encore que les personnes qui restent aient le courage et l'envie de participer à l'étude.

La terminologie a également joué un rôle important. Les participantes ont toutes les deux mis en évidence que les médecins ne prononçaient jamais le mot intersex(ué)e pour les désigner. Si certaines

personnes ont conscience de leur variation, elles ne la nomment cependant pas de la même manière que les militant.es intersexes.

Enfin, la diffusion, essentiellement dans les milieux queer, n'a pas permis de s'intéresser à des personnes intersexuées ne faisant pas partie de ces milieux. Afficher l'annonce dans des hôpitaux aurait pu être une solution, mais il n'existe malheureusement pas de terme générique pour désigner les intersexuations en termes médicaux. En effet, ceux-ci utilisent un nom selon chaque variation, ce qui ne permet pas de regrouper les personnes qui varient de la norme de sexes sous le même nom.

5.4.2 Méthode :

La méthode que nous avons utilisée pour collecter les données de nos participantes était le récit de vie. Si celle-ci était particulièrement riche par l'échange qu'elle suscite et la diversité d'informations obtenues, elle n'est malheureusement pas optimale pour approfondir plus en détail les aspects plus personnels des sujets. Une analyse strictement psychanalytique peut être entravée par la méthode. C'est pourquoi les apports du féminisme phénoménologique pour décrire la réalité des participantes semblait appropriés pour davantage développer la discussion.

Aussi, d'autres manières d'expliquer les choix d'expressions de Catherine et Rosalie peuvent être citées, notamment l'intersectionnalité. En effet, être intersexe se combine avec d'autres formes de discrimination : le validisme pour Rosalie et la grossophobie pour Catherine. De plus, nous l'avons vu avec Rosalie, la condition socio-économique peut également impacter le rapport au monde, aux autres et à soi.

5.4.3. Participantes :

« Les parcours intersexes, même au sein d'une même variation, peuvent être très différents ». Ces mots, prononcés par Catherine, démontrent particulièrement bien ce que nous avons essayé de mettre en évidence tout le long de la discussion, à savoir, la pluralité des vécus et la singularité des parcours intersexes. S'il n'est pas question d'une généralisation sur la manière dont les personnes intersexuées intègrent leur identité de genre, nous avons néanmoins pu faire ressortir une réalité emplies de violence qui est celle du milieu médical mutilant les corps intersexués.

Les variations des participantes ont marqué leur vécu singulièrement. Les conclusions de cette étude auraient été très différentes si l'intersexuation avait été découverte à la naissance, si la famille entretenait un rapport plus rigide envers l'identité de genre, si le corps des participantes n'avait pas été mutilé. De plus, aucun homme assigné à la naissance ne faisait partie de l'échantillon. Il serait alors intéressant de compléter ces données avec un nombre plus important de participant.e.s. Trop peu d'études existent sur le sujet et il devient indispensable de s'en préoccuper.

5.5. Nouvelles perspectives et psychanalyse émancipée :

Le but de cette étude, en cherchant à comprendre comment les personnes intersexuées se vivent à travers leur identité de genre, était plus largement, d'acquérir les connaissances nécessaires à une pratique clinique moins normative. En écoutant les participantes, nous comprenons que la considération de leur construction identitaire a fait défaut au moment de l'annonce du diagnostic, les laissant alors découvrir seules et dans la souffrance les remaniements possibles des prescriptions de genre qui leur étaient adressées. Il n'est pas question ici d'approuver les diagnostics brutaux des médecins ou de psychiatriser d'emblée les personnes intersexuées. Il serait simplement important de prévoir un accompagnement psychologique sécurisant et à l'écoute des personnes intersexuées le temps que les lois se mettent en place et que le corps médical apprenne à utiliser des mots plus adéquats pour décrire la situation des personnes intersexuées. Ce travail s'inscrit dans cet objectif dans le sens où connaître les luttes intersexes, leurs théories et leurs expériences vécues permet de créer un savoir au service des concerné·es. Un·e psychologue qui rencontre une personne intersexuée, si iel n'a pas connaissances de ce qui entoure sa condition, pourra difficilement l'accompagner sans un biais normatif.

Nous avons vu, avec Froidevaux-Metterie, comment une oppression pouvait déterminer le vécu des personnes et comment celles-ci réagissaient toujours d'une manière singulière. A la fin de son livre, *Un corps à soi* (2021), elle décrit une société dans laquelle le moment de la sexuation serait celui d'une autodétermination et non d'une assignation, chaque personne pouvant alors choisir et explorer librement les caractéristiques genrées par lesquelles elle se présente aux autres et monde.

Nous remarquons que cette conception résonne fortement avec la pratique de la psychanalyse comme l'entend Thamy Ayouch. Dans son article sur comment la différence des sexes structure le psychisme, Ayouch (2013) conclut en questionnant le rôle de la psychanalyse. En effet, celle-ci doit, pour lui, se détacher des théories binaires que l'on retrouve dans certains écrits postfreudiens et permettre une créativité psychique dans la construction de la/du sujet·te en constant mouvement. L'auteur, très critique, propose d'ailleurs d'hybrider la psychanalyse avec les études queer et de genre. Sans entrer dans le détail, il considère le genre comme « un processus social et psychique de privation : la sexuation apparaît comme forclusion d'une multiplicité psychique et d'une hybridité des genres et des sexualités » (Ayouch, 2019). Si cette explication nous fait penser au sexual de Laplanche dans son aspect multiple et polymorphe de la sexuation, il appelle, en citant Gayle Rubin, à une psychanalyse travaillant à la déhiérarchisation des plaisirs sexuels ; à nous d'ajouter : et des identités de genre. Le concept de « variété sexuelle anodine » (sexué dans notre cas) de Rubin insiste sur l'importance de rendre tout type de comportement sexué et/ou sexuel anodin et de cesser de considérer une petite partie de ces comportements comme normatifs. Adopter cette vision permettra,

entre autres, à la psychanalyse de revenir à une écoute compréhensive du/de la sujet·te dans toute l'originalité de son être.

A la façon de la sociologie clinique qui s'intéresse aux influences des rapports sociaux sur l'histoire et la psyché de l'individu, nous nous penchons ici sur une autre manière de pratiquer la psychanalyse, et par extension la psychologie. Cette autre manière cherche à écouter les discours minoritaires et à les intégrer à la clinique et la théorie analytique. Le/la praticien·ne, soucieux/se de respecter la singularité du/de la sujet·te, placera alors celui-ci en position d'expertise (Ayouch, 2019). En ce sens, écouter les personnes intersexuées victimes de mutilations dans notre cas d'étude, permettra à l'avenir de les accompagner dans leur singularité, sans jugement ni rattachement à une norme prescrite.

Conclusion :

Ce travail touche à sa fin et nous pouvons conclure en récapitulant le chemin parcouru tout le long de ce mémoire. Si notre intérêt premier s'est porté sur les possibilités d'apporter sa pierre à l'édifice de la psychanalyse contemporaine, nous avons très vite découvert un monde riche en échanges et savoirs en choisissant notre population d'intérêt. Nous avons vu que les corps des personnes intersexuées sont constamment remis en cause et corrigés par la médecine actuelle, désireuse d'aligner à n'importe quel prix le genre, le sexe, l'orientation sexuelle et les rôles sociaux. Les voix des intersexes militants s'élèvent contre ces pratiques car elles entraînent une dépossession de leur corps et forcent ceux-ci à entrer dans une norme ne laissant pas de place à la diversité.

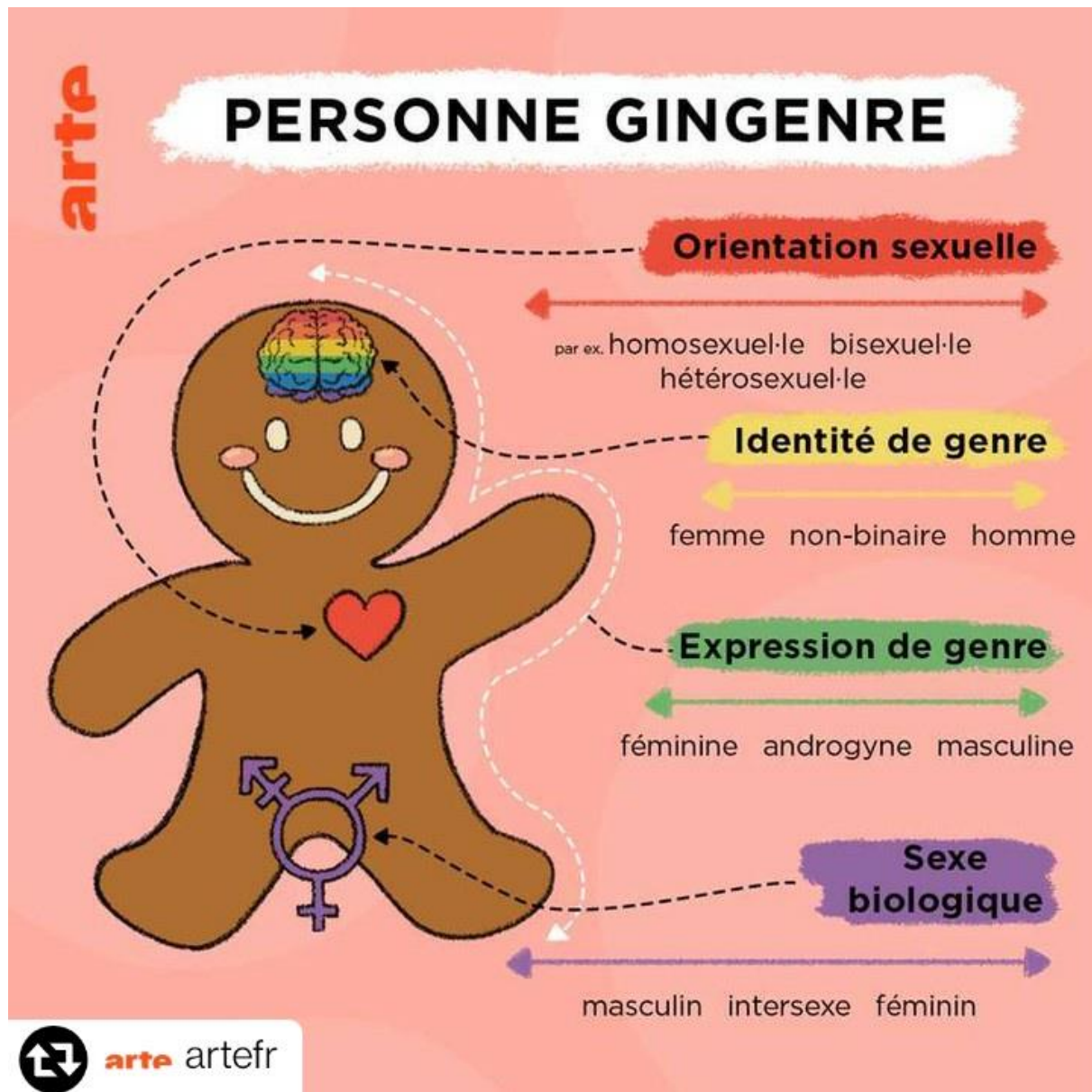
Avec comme pilier d'analyse les théories de Jean Laplanche, la situation des personnes intersexuées nous est apparue particulièrement au fait avec les questionnements sur la construction de l'identité de genre. En effet, comment les personnes intersexuées se ressentent-elles comme personnes sexuées (ou non) dans ce contexte hostile à leur variation ? S'il peut paraître délicat de poser une telle question à cette population, et spécifiquement avec un point de vue psychanalytique comme nous l'avons vu, il nous a semblé néanmoins important d'y répondre en écoutant et en construisant la recherche avec les personnes concernées. Car il va sans dire que les accompagnements des personnes intersexuées mutilées par le corps médical est inopérant, laissant alors les sujet·es se débrouiller seul·es avec leur questionnements ou mal-être. Nous avons pu apporter des éléments de réponses avec les témoignages de Rosalie et Catherine et bien que leur situation soit très différente l'une de l'autre et ne représente pas l'ensemble des expériences intersexes, nous avons pu mettre en évidence la violence qu'elles ont vécue au cours de leur parcours médical. Ce dernier, en les assignant de force à une norme stéréotypée a produit de la souffrance d'une part et un doute face à leur identité de genre de l'autre. Les participantes ont pu se réapproprier une image de leur corps grâce en partie à l'affiliation au milieu intersexe militant, mais aucun soutien ne leur a été accordé avant que celles-ci ne découvrent l'association Genres Pluriels.

Il est alors primordial que la psychologie et la psychanalyse se penchent sur les histoires de ces personnes afin de prendre en considération ces vécus dans l'actualisation des théories, mais également pour construire une pratique plus souple et à l'écoute de la singularité du sujet.

Glossaire :

En participant à la journée de formation professionnelle sur les transidentités et intersexuation organisée par Genres Pluriels, le formateur a présenté un schéma similaire à celui ci-dessous pour expliquer les différences entre sexe, identité de genre, expression de genre et orientation sexuelle.

Voici un schéma que j'ai pu trouver sur internet :



Ambiguïté sexuelle : terme médical faisant référence à une variation des caractéristiques sexuelles et considéré comme péjoratif par la communauté intersexe (Glossaire, 2022).

Assignation de genre : selon Laplanche, ensemble des messages transmis à l'enfant sur son identité de genre, par les adultes et plus largement par le socius (Dejours, 2015).

BDSM ou Bondage & Discipline, Domination/soumission, Sadomasochisme : ensemble de pratiques très diverses (sexuelles ou non), ayant souvent des aspects de jeu de rôle et qui érotise fréquemment les relations de pouvoir entre personnes ainsi que la douleur et l'humiliation (Les définitions principales du BDSM, 2022).

Cisgenre : personne dont l'identité de genre est en adéquation avec le rôle social attendu de cette personne en fonction du genre qui lui a été assigné à la naissance (Dufrasne & Vico, 2020).

Désordre du développement sexuel : terme médical et considéré comme pathologisant par la communauté intersexe désignant les variations des caractéristiques sexuelles (Glossaire, 2022).

Echelle de Prader : échelle utilisée dans le domaine médical pour mesurer le sexe d'un nouveau-né (Picquart, 2009).

Expression de genre : manière dont une personne va exprimer son identité de genre (vêtements, attitudes, langage, etc.) (Dufrasne & Vico, 2020).

Genre : Terme d'abord utilisé par le psychologue John Money pour désigner la construction psychologique du soi comme homme ou femme (Bereni & al., 2012) et également utilisé en sciences sociales et théorisé par Joan Scott comme une catégorie qui permet de mettre au jour la façon dont les rapports de pouvoir sont forgés par et à travers le genre (Laufer & Rochefort, 2014). A noter que ce terme a subi des mutations au cours de l'histoire et qu'il n'est pas toujours défini de la même manière selon les auteurs (Bereni & al., 2012).

Hermaphrodite : terme générique et considéré comme pathologisant par la communauté intersexe qui désigne toute personne née avec des tissus testiculaires et ovariens (Glossaire, 2022).

« **Hermaphroditisme vrai** » : terme utilisé par les médecins et non-retenu par les personnes intersexuées pour désigner un mélange d'ovaires et de testicules selon quatre possibilités : un ovaire et un testicule, un ovaire et un ovotestis, un testicule et un ovotestis ou deux ovotestis. L'ovotestis correspond à un mélange des tissus ovarien et testiculaire au niveau des gonades (Picquart, 2009).

Identité sexuelle : terme faisant référence au sentiment d'appartenance au sexe biologique assigné à la naissance (Vouillot, 2002), mais à proscrire selon la communauté intersexe car confondant souvent l'identité de genre et l'orientation sexuelle (Glossaire, 2022)

Identité sexuée : terme rarement utilisé et désignant le sentiment d'appartenance à son sexe culturellement défini par les normes sociales de féminité et de masculinité prescrites à chacun des deux sexes biologiques (Vouillot, 2002).

Identité de genre : terme désignant le sentiment d'appartenir à un genre (Dorlin, 2008).

MRKH ou Syndrome de Rokitansky : forme d'intersexuation généralement diagnostiquée à l'adolescence dans laquelle ni utérus ni vagin n'est développé malgré des caractéristiques sexuelles secondaires typiquement féminines (Formes d'intersexuation, 2017).

Orientation sexuelle : terme désignant l'attraction émotionnelle, affective ou sexuelle qu'une personne ressent pour une autre (Glossaire, 2022).

Personne dyadique : terme désignant les personnes dont les caractéristiques sexuelles correspondent aux normes binaires sociales et médicale des sexes mâles ou femelles (Glossaire, 2022).

Personne intergenre : terme rarement utilisé désignant une personne refusant la binarité de genre et rejeté par la communauté intersexe pour son caractère confusionnant entre identité de genre et intersexuation (Glossaire, 2022).

Personne intersexe : terme désignant les personnes intersexuées revendiquant une identité intersexe (Kraus, 2017).

Personne intersexuée : terme désignant une personne chez qui des caractéristiques mâles et femelles coexistent (Glossaire, 2022).

Personne intersexuelle : terme anciennement utilisé pour désigner les personnes intersexuées mais rejeté par la communauté intersexe pour son caractère confus entre l'intersexuation et la sexualité (Glossaire, 2022).

Personne non-binaire : terme désignant une personne qui refuse les rôles associés à l'un ou l'autre genre binaire (Glossaire, 2022).

PMA ou Procréation médicalement assistée : ensemble de techniques médicales permettant la procréation en dehors du processus naturel (Dictionnaire du droit privé, s.d.)

Pseudo-hermaphrodite : terme désignant anciennement les personnes intersexuées où les caractéristiques d'un sexe prédominent par rapport à l'autre (on dit par exemple pseudo-hermaphrodite féminin lorsque les organes génitaux internes sont des ovaires). Il est à noter que ce terme est à proscrire pour la communauté intersexe car injuriant, hermaphrodite faisant référence à une anomalie et pseudo signifiant faux (Picquart, 2009).

Rôle social de genre : manière dont un individu doit se comporter en fonction de son genre assigné à la naissance (Dufrasne & Vico, 2020).

Sexe : ensemble de caractéristiques biologiques utilisées pour scinder certaines espèces animales, dont les êtres humains, en deux catégories (mâles et femelles) (Dufrasne & Vico, 2020).

Shibari : forme de bondage qui préconise d'attacher une personne. Cette pratique n'implique pas uniquement un caractère sexuel (Le shibari ou l'Art des cordes, s.d.).

Sténose : rétrécissement d'un conduit ou d'un orifice (Dictionnaire, s.d.).

Transgenre : personne dont l'identité de genre diffère de celle habituellement associée au genre qui lui a été assigné à la naissance (Dufrasne & Vico, 2020).

Variation du développement sexué: désigne des conformations physiques et/ou chromosomiques qui s'écartent des définitions habituelles binaires (Picquart, 2009).

Bibliographie :

Alessandrin, A. (2017). Au-delà du troisième sexe: expériences de genre, classifications et débordements. *Socio. La nouvelle revue des sciences sociales*, (9), 201-214.

Ayouch, T. (2013). Le corps, un témoin ? Psychanalyse et différence des sexes. *Recherches en psychanalyse*, 15, 49-59. <https://doi.org/10.3917/rep.015.0049>

Ayouch, T. (2019). Qui craint le grand mauvais genre ? Enjeux politiques et psychiques. *La Pensée*, 397, 34-45. <https://doi.org/10.3917/lp.397.0034>

Bernard, M.-C., Breton, H. & Jouet, E. (2021). *Récits de vie et savoirs : enjeux des enquêtes narratives. Recherches qualitatives*, 40(2), 1–11. <https://doi.org/10.7202/1084064ar>

Boisclair, I. (2008). Le personnage intersexué: voie de renouvellement de l'imaginaire des sexes/genres?. *Nouvelles questions féministes*, 27(1), 63-78.

Brooks Abigail et Hesse-Biber Sharlene Nagy, *An invitation to feminist research. Feminist research practice: A primer*, New York, Sage Publications, 2007, p. 1-24.

Cinello, A. (2016). Normativité en psychanalyse. Dans : Christophe Dejours éd., *La séduction à l'origine: L'œuvre de Jean Laplanche* (pp. 269-277). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.dejou.2016.02.0269>

Chapellon, S., & Gontier, É. (2016). L'identité sexuée: une construction intersubjective?. *Le diván familial*, (1), 77-92.

Charlebois, J. (2014). Femmes intersexes: sujet politique extrême du féminisme. *Recherches féministes*, 27(1), 237-255.

Charlebois, J. B. (2017). Les sujets intersexes peuvent-ils (se) penser?. Les empiétements de l'injustice épistémique sur le processus de subjectivation politique des personnes intersex (ué) es. *Socio. La nouvelle revue des sciences sociales*, (9), 143-162.

Chiland, C. (2008). La problématique de l'identité sexuée. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 56(6), 328-334.

Coburn, E. (2017). Défaire et refaire le sexe, le genre, la sexualité. Le sujet intersexe, trans et queer. *Socio. La nouvelle revue des sciences sociales*, (9), 9-31.

Coopman, A. L., & Janssen, C. (2010). La narration de soi en groupe: le récit comme tissage du lien social. *Cahiers de psychologie clinique*, (1), 119-134.

de Gaulejac, V., Le Fourn, J. Y., & Francequin, G. (2008). Parcours, trajectoires, histoires, récits?. *Enfances Psy*, (1), 114-121.

Dejours, C. (2015). Genre et théorie sexuelle. *Annuel de l'APF*, (1), 159-170.

Dejours, C. (2016). Bisexualité, genre et corps érogène ?. *Le Carnet PSY*, 197, 20-25.
<https://doi.org/10.3917/lcp.197.0020>

de Paula, A. A. R., & Vieira, M. M. R. (2014). Intersexuality and the Subjective Definition of Gender. *Psychology*, 2014.

de Paula, A. A. O. R. D., & Vieira, M. M. R. (2015). Intersexuality: a clinical singularity. *Revista Bioética*, 23, 70-79.

Descarpentries, J., & Garcia, F. V. (2016). Corps sexués, corps normatifs. L'intersexualité et le binarisme dans l'éducation sexuelle (après le consensus Statement, 2006). *Corps*, (1), 79-88.

Dorlin, E. (2008). *Sexe, genre et sexualités: introduction à la théorie féministe*. Presses universitaires de France.

Drescher, J. (2007). From bisexuality to intersexuality: Rethinking gender categories. *Contemporary Psychoanalysis*, 43(2), 204-228.

Dufasne, A., & Vico, P. (2020). Les patient. es transgenres: une actualité et une réalité méconnues. *Rev Med Brux*, 41(6), 470-476.

Fajnwaks, F. (2017). Vers une multitude de sexes?. *Socio. La nouvelle revue des sciences sociales*, (9), 185-200.

Fausto-Sterling, A. (2001). The five sexes, revisited.

Fortier, C. (2017). Intersexués : le troisième genre en question en France et au-delà. *Socio*. 9 | 2017, 91-106.

Froidevaux-Metterie, C. (2021). *Un corps à soi*. Seuil.

Gueniche, K., Jacquot, M., Thibaud, E., & 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.

Gueniche, K. (2009). Garçon ou fille? Les destins de l'anatomie. *Champ psychosomatique*, (4), 101-112.

Guillot, V. (2008). Intersexes: ne pas avoir le droit de dire ce que l'on ne nous a pas dit que nous étions. *Nouvelles questions féministes*, 27(1), 37-48.

Harding, S., *Feminism and methodology*, Indiana, Indiana University Press, 1987.

Heenen-Wolff, S. (2016). La normativité de la psychanalyse revisitée. Dans : Christophe Dejours éd., *La séduction à l'origine: L'œuvre de Jean Laplanche* (pp. 31-52). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.dejou.2016.02.0031>

Heenen-Wolff, S., & Hefez, S. (2017). *Contre la normativité en psychanalyse. Sexe, genre, technique, formation: nouvelles approches contemporaines*.

Hird, M. J. (2003). Considerations for a psychoanalytic theory of gender identity and sexual desire: The case of intersex. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 28(4), 1067-1092.

Jacquot, M. (2010). Comment penser la clinique de l'intersexuation?. *Champ psy*, (2), 107-123.

Jacquot, M. (2014). Intersexuation, identité sexuelle et famille: du défaut d'assignation au défaut d'affiliation. *Recherches familiales*, (1), 75-84.

Jacquot, M. (2016). Le médecin, les parents et l'enfant intersexe: enjeux et effets d'une rencontre intersubjective. *Corps Psychisme*, (1), 99-113.

Jacquot, M. (2020). Lorsque l'intersexuation rencontre la psychanalyse. Entre norme et renouvellement théorique. *In Analysis*, 4(3), 360-366.

Kraus, C., Perrin, C., Rey, S., Gosselin, L., & Guillot, V. (2008). Démédicaliser les corps, politiser les identités: convergences des luttes féministes et intersexes. *Nouvelles questions féministes*, 27(1), 4-15.\$

Kraus, C. (2017). « Garçons sous-virilisés » et « filles élevées en garçons », *Socio*, 9 | 2017, 107-142.

Laplanche, J. (2016). *Nouveaux fondements pour la psychanalyse : la séduction originaire*. Presses Universitaires de France.

Laplanche, J. (2014). *Sexual: La sexualité élargie au sens freudien*. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.

Laufer, L. (2015). Éclats de mots: pouvoir de la parole et vulnérabilité. *Cahiers du genre*, (1), 163-180.

Laufer, L. (2022). *Vers une psychanalyse émancipée: Renouer avec la subversion*. La Découverte.

Linhares, A. (2010). Le genre: de la politique à la clinique. *Champ psy*, (2), 23-36.

- Löwy, I. (2003). Intersexe et transsexualités: les technologies de la médecine et la séparation du sexe biologique du sexe social. *Cahiers du genre*, (1), 81-104.
- Michel, A., Wagner, C., & Jeandel, C. (2008). L'annonce de l'intersexualité: enjeux psychiques. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 56(6), 365-369.
- Morin, I. (2016). Intersexualité et sexuation. *Psychanalyse*, (3), 59-78.
- Moron-Puech, B., & Petkova, M. (2017). Le GISS| Alter Corpus. Une association engagée auprès des personnes intersexuées. *Les Cahiers de la LCD*, (3), 131-143.
- Paturet, A. (2014). Etre et ne pas etre: le droit civil francais et l'impossible troisieme sexe. *Journal of Research in Gender Studies*, 4(1), 290-317.
- Piazza, S. (2013). Trouble sur le sexe: la question hermaphrodite dans la clinique de la nymphoplastie de réduction. *Champ psy*, (2), 25-36.
- Picquart, J. (2009). *Ni homme, ni femme*. La Musardine.
- Rajon, A. M. (1998). La naissance de l'identité dans le cas des ambiguïtés sexuelles. *La Psychiatrie de l'enfant*, 41(1), 5-36.
- Raz, M. (2015). La réception ambiguë du terme de genre dans la gestion médicale de l'intersexuation en France (1955-1975). *Émulations: Revue des jeunes chercheuses et chercheurs en sciences sociales*, (15), 31-44.
- Tamet, J. Y. (2010). Malaise dans le destin de la différenciation sexuelle. *Le coq-Héron*, (4), 11-15.
- Trapin, D. (2005). De l'identité sexuelle à l'identité de genre: une révolution képlérienne ?. *Psychologie clinique et projective*, 11, 9-33. <https://doi.org/10.3917/pcp.011.0009>
- Vargas-Thils, M. (2013). Récit de vie et construction de soi chez l'individu social contemporain. *Les Politiques Sociales*, (1), 86-101.
- Villemur, F. (2007). Pensée queer et mélancolie du genre. *Cahiers du Genre*, (2), 153-169.

Vouillot, F., « Construction et affirmation de l'identité sexuée et sexuelle : éléments d'analyse de la division sexuée de l'orientation », *L'orientation scolaire et professionnelle*, 31/4 | 2002, 485-494.

Sites internet consultés :

Définition des intersexes. (2019, juin 14). *Genres Pluriels*. <https://www.genrespluriels.be/Definition-des-Intersexes>

Dictionnaire. (Sans date). *Institut national du cancer*. <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/S/stenose>

Dictionnaire du droit privé. (Sans date). *Dictionnaire juridique*. <https://www.dictionnaire-juridique.com/definition/procreation-medicalement-assistee-pma.php>

Formes d'intersexuation. (2017, mai 31). *Genres Pluriels*. <https://www.genrespluriels.be/Formes-d-intersexuation>

Glossaire. (2022, juillet 9). *Genres Pluriels*. <https://www.genrespluriels.be/Glossaire>

International Commission of Jurists (ICJ), Yogyakarta Principles - Principles on the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity, March 2007, available at: <https://www.refworld.org/docid/48244e602.html> [accessed 18 May 2023]

Le shibari ou l'Art des cordes. (Sans date). *Epicurooms*. <https://www.epicurooms.com/fr/maison-d-hote-romantique/le-shibari-ou-l-art-des-cordes/>

Les définitions principales du BDSM. (2022, janvier, 15). *Univers-BDSM*. <https://univers-bdsm.info/zones/debutants/comment-bien-debuter-en-bdsm/comment-bien-debuter-en-bdsm-les-bases-definitions-principales>

Mariage homosexuel en Belgique. (2022, 15 juin). *Wikipédia*. https://fr.wikipedia.org/wiki/Mariage_homosexuel_en_Belgique

Oter votre sexe de notre carte d'identité. (2020, 19 décembre). *Genres Pluriels*. <https://www.genrespluriels.be/Otez-votre-sexe-de-notre-carte-d-identite>

Résolution inter* au parlement fédéral belge. (2021, 12 mars). *Genres Pluriels*. <https://www.genrespluriels.be/Resolution-inter-au-parlement-federal-belge>

Source visuelle :

[Modélisation du sexe et de l'identité]. 2023. <https://www.instagram.com/p/CRYrbUCIu34/>

Annexes :

Annonce de recrutement 1 :

A graphic with a dark green background on the left and a yellow and teal abstract design on the right. The design includes a large purple circle and a teal shape with a white grid pattern.

Recherche de participant.es dans le cadre d'un mémoire en master d'études de genre

- **Qui ?** Je suis à la recherche de personnes intersexuées adultes
- **Comment ?** Les participant.es seront invité.es à parler de leur vécu sous la forme d'un récit de vie. 3 entrevues seront programmées pour discuter des sujets comme l'identité et l'orientation sexuelle
- Mon objectif est de vous donner la parole, de la visibiliser et de coconstruire un savoir

Si vous êtes intéressé.es, veuillez me contacter à l'adresse suivante sabiha.pala@student.uclouvain.be

Annonce de recrutement 2 :

A graphic with a black background on the left and a yellow background with a purple circle and vertical stripes on the right. The stripes are in shades of blue, green, and orange.

Recherche de participant.es dans le cadre d'un mémoire en master d'études de genre à l'UCL

- Je suis à la recherche de participant.es intersexué.es adultes intéressé.es de partager et raconter leur récit de vie en 3 entretiens (d'environ 1h).
- Le but de cette recherche est d'améliorer le système de soutien actuel en vous donnant la parole sur votre vécu.
- L'anonymat est assuré par des moyens de changement de prénoms
- Je peux me déplacer dans votre région ou organiser une visioconférence

• Si vous êtes intéressé.es ou voulez en savoir plus, veuillez me contacter à l'adresse suivante sabiha.pala@student.uclouvain.be

Résumé long de Rosalie

1) Enfance :

Rosalie naît en 1993 dans une famille très précaire. Sa mère travaillait en mi-temps et également la nuit. Depuis qu'elle est née, sa vie est rythmée par les déménagements, principalement pour cause de vente. A 4 ans, sa petite sœur Carine naît et lorsqu'elle a 6 ans, ses parents se séparent. Rosalie n'a pas beaucoup de souvenirs, mais elle m'explique que s'il a changé, son papa n'a pas toujours été gentil. En effet, elle précise qu'il était alcoolique et dilapidait l'argent du ménage. Après la séparation, il a d'abord refusé de voir ses filles et ne s'est pas bien occupé d'elles par la suite, selon elle. Lorsqu'il avait leur garde, il les emmenait dans des cafés où elles restaient toute la nuit à dormir sur une banquette. Elle remarque qu'il a été fort absent pendant sa jeunesse mais qu'il essaie à présent de se rattraper. A ce jour, ses parents sont en bons termes.

Rosalie m'explique que son enfance est la plus belle période de sa vie malgré la précarité. Elle a beaucoup de bons souvenirs dans lesquels elle se réfugie lorsque ça ne va pas, notamment la Noël et les visites chez ses grands-parents paternels qu'elle aimait beaucoup. Ses passions étaient le bricolage et la gymnastique artistique. Elle avait également pour projet de commencer le patinage artistique. A cette période-là, Rosalie souhaitait devenir d'abord chirurgienne pédiatrique ou vétérinaire et ensuite infirmière qui était un métier qu'elle idéalisait beaucoup.

Au niveau relationnel, elle avait beaucoup d'amis mais était souvent le bouc émissaire sans aller jusqu'au harcèlement. Elle se décrit comme la personne qui était en retrait et n'avait pas une forte personnalité comme elle a maintenant. Elle était effacée et suivait le groupe. En petit comité, elle trouve néanmoins une plus grande proximité avec ses amis qu'en groupe.

Elle m'explique qu'elle ne se posait pas de question sur son identité de genre. Elle remarque que sa maman était très ouverte et n'accordait pas beaucoup d'importance au genre. Elle ne lui offrait pas forcément des jeux typiquement pour les filles. En effet, Rosalie recevait par exemple, des jeux de sciences et de maçonnerie. Concernant l'expression de genre, le manque d'argent ne lui permettait pas d'acheter des vêtements d'un style particulier car elle en récupérait de dons et prenait donc ce qu'on lui donnait.

2) Adolescence :

A 12 ans, la mère de Rosalie rencontre un homme aux premiers abords très gentil. Elle s'installe chez lui avec Rosalie et sa sœur Carine. Un an plus tard naît Louise et ensuite François un an après elle. Rosalie remarque que c'est après la naissance de ses frères et sœurs que son ex-beau-père devient contrôlant et tyrannique. A ce moment-là, elle entre en études esthétiques qu'elle n'aime pas

réellement mais explique être allée en technique de transition en raison de son cadre familiale : son beau-père était très exigeant et n'était jamais satisfait de ses notes.

En parlant de son adolescence, Rosalie explique que ses 16 ans marquent un moment de dégringolade dans sa vie, le moment où tout a changé. Elle va consulter un médecin en raison de règles toujours absentes à l'âge de seize ans. Un diagnostic lui est alors posé, Rosalie a un MRKH*. Les médecins lui proposent deux solutions : une vaginoplastie avec dilatations vaginales post-opératoires ou une chirurgie sigmoïdienne qui consiste à utiliser un tissu de l'intestin pour créer un néo-vagin. Les médecins présentent cette dernière comme miraculeuse et sans effet secondaire. Ils lui disent également qu'ils feront venir une chirurgienne d'Amérique rien que pour elle et que si elle accepte de faire l'intervention, grâce à elle, ils allaient pouvoir sauver d'autres enfants car ils pourront la reproduire. Ayant confiance en les médecins et ne souhaitant pas faire de dilatations vaginales, elle choisit donc la chirurgie sigmoïdienne. L'opération rate et les chirurgiens ont en fait connecté la suite des intestins au vagin. Les selles sortent alors par le mauvais endroit. C'est un choc pour Rosalie de voir les selles sortir du mauvais endroit. Les médecins ne la croient pas, disent qu'elle se trompe de trou et vont la laisser une semaine sans soin. Là, commence les problèmes de santé intestinale. Ils vont réopérer et finalement, il faudra faire des dilatations. Pour la faire accepter, ils diront que tout ce qu'ils ont fait n'aura servi à rien et qu'en plus, ils pourront l'hospitaliser et prendre en charge ses douleurs liés à l'opération ratée. Etant donné les douleurs persistantes à la suite des opérations, Rosalie accepte. Elle vit ces interventions comme des viols, qu'elle considère d'ailleurs à présent comme tel. Ils l'ont fait à une vingtaine de reprises alors qu'elle leur disait d'arrêter et ont écrit dans son rapport médical que les dilatations étaient trop anxiogènes. Les chirurgies qu'elle a subies sont très importantes pour le corps médical car elles sont complexes et rares. Ceux-ci sont contents de pouvoir faire ces opérations car elles sont expérimentales. Le corps médical lui a menti pour lui faire accepter ces chirurgies en lui cachant les effets secondaires et la prise en charge post-opératoire (comme les dilatations vaginales). C'est à partir de ce moment que Rosalie va être en fauteuil roulant. Elle explique que son handicap est apparu à la suite d'une énième expérimentations des médecins. Elle est restée un an à l'hôpital (de 16 à 17 ans).

Rosalie a été beaucoup psychiatisée par les médecins qui disaient qu'elle exagérait, qu'elle faisait semblant. Et elle a fini par croire qu'elle était psychologiquement en mauvaise santé, qu'elle se trompait sur ses ressentis et que ce n'était pas justifié de s'en prendre à eux. Elle dit idéaliser ses bourreaux. Elle a vu des psychiatres lors de ses hospitalisations car elle remettait en question ce qu'elle vivait (notamment les dilatations vaginales). Lorsqu'elle parlait du fait qu'elle les vivait comme des viols, le psychiatre était choqué et la redirigeait plutôt vers la relation fusionnelle qu'elle avait avec sa mère qui était la source de ses problèmes, selon lui. Il qualifiait cette relation de

fusionnelle car la mère de Rosalie soutenait sa fille et remettait également en question les pratiques médicales. Ils pensaient également qu'elle faisait semblant d'être handicapée et qu'elle était hystérique. Rosalie ajoute que le corps médical débranchait sa sonnette lorsqu'elle appelait pour se plaindre de douleurs et lui disait qu'elle ennuyait les autres enfants qui étaient vraiment malades. Elle est allée un an en psychiatrie (de 17 à 18 ans) pour causes de douleurs psychosomatiques.

Elle quittera l'hôpital après une interaction avec une infirmière et une psychologue qui lui disent de demander son dossier médical et de partir. Celles-ci se rendaient compte que quelque chose n'allait pas dans les réunions. Rosalie va alors demander son dossier médical mais l'obtention de celui-ci a été compliquée : en effet, les médecins ont essayé de détruire son dossier médical mais elle l'a quand même obtenu. Elle a également la vidéo de sa première opération qui a raté. Elle a obtenu son dossier grâce à son ex-beau-père qui a suivi le médecin jusque chez lui et l'a menacé. Rosalie n'était pas au courant et le beau-père l'a fait pour de mauvaises raisons : en effet, la mère de Rosalie passait beaucoup de temps à l'hôpital qui était loin de chez eux et elle ne pouvait pas changer d'hôpital car le médecin ne lui donnait pas son dossier médical.

En parallèle de ces traumatismes vécus à l'hôpital, Rosalie me raconte les conflits familiaux auxquels elle est confrontée durant cette période de sa vie. Elle m'explique que son ex-beau-père était tyrannique et qu'il contrôlait financièrement sa maman en surveillant ses comptes. Lorsque Rosalie a 19 ans, sa maman s'enfuit de chez lui. Elles déménagent dans la hâte lorsque celui-ci était en vacances avec les petits frères et sœurs de Rosalie. Après la séparation, des conflits subsistent et les deux derniers enfants seront en garde alternée. Elle me dit que son ex-beau-père les a beaucoup isolées et l'opération qu'elle a subie a rompu le lien avec ses ami.es. Depuis, elle est très isolée. Elle ne sait plus vraiment comment fonctionnent les relations sociales. Au niveau amoureux, Rosalie me dit qu'à cette époque, elle ne connaissait pas son orientation sexuelle (et n'avait d'ailleurs pas envie de faire des dilatations vaginales parce que ça la dégoutait). Les amourettes ne l'intéressaient pas, tout ce qui l'intéressait c'était de faire de longues études.

Au niveau scolaire, elle n'a pas pu terminer sa scolarité en raison de l'inaccessibilité des écoles. Elle a son CESI et a arrêté au moment de la cinquième qu'elle n'a pas validée. Elle n'a pas d'autres diplômes. A l'hôpital, elle commence à dessiner car il n'y avait rien d'autres à faire et elle avait découvert le manga quelques temps auparavant. Ça la détend et c'est l'un des domaines où elle se voit évoluer. Elle a repris des études à 17 ans dans un institut d'art mais a dû arrêter à cause des douleurs liées aux opérations. Lorsqu'à ses 18 ans, elle entre dans un centre de revalidation, Rosalie entre dans une école d'art où elle n'est scolarisée que le matin, mais ne pourra pas continuer en raison de l'inaccessibilité des locaux. A ses 19 ans, elle fait une demande de reconnaissance de handicap au SPF afin de bénéficier une allocation adulte.

Lorsque que Rosalie revient sur le rapport à son identité de genre de l'époque, elle explique qu'elle a voulu « entrer dans le moule » lorsque les médecins lui ont dit qu'elle n'était pas une vraie femme. Elle n'était pas encore déconstruite à l'adolescence et était alors sensible au regard des autres. En effet, lorsqu'elle a eu le diagnostic, elle s'est posé des questions sur si elle était bien une fille ou si elle était un garçon et le corps médical, au lieu de la rassurer sur le faux lien entre son identité de genre et son sexe ont utilisé ces questionnements et sa détresse pour la pousser à se normaliser, ce qui provoque de la colère chez Rosalie. Elle s'est ensuite rendu compte qu'avoir un vagin ne la faisait pas sentir davantage femme. De ses 18 à 19 ans, elle a vécu une période où elle a voulu renier toute démonstration de féminité. Elle dit explicitement « si c'est ça être une femme, je n'en veux pas ». Ce rejet se manifestait entre autres par les habits et par le fait qu'elle voulait se faire enlever la poitrine. Rosalie parle de transidentité sans s'identifier pour autant.

Avant l'opération, Rosalie n'avait pas de problème avec son corps, elle faisait beaucoup de sport et n'a jamais eu de gros complexes vis-à-vis de son corps. Après le diagnostic, elle a commencé à détester son corps et avoir cette sensation qu'il ne lui appartenait plus.

3) Âge adulte :

C'est à l'âge de 18 ans que Rosalie dépose plainte contre l'hôpital qui l'a opéré pour non-respect du consentement libre et éclairé. Le procès a lieu en civil et va durer onze ans. Lors du dernier entretien, elle m'annonce que le jugement a eu lieu et que Rosalie a gagné son procès en appel. Elle avait déjà gagné en première instance mais l'hôpital a demandé d'aller jusqu'en cour d'appel. Entre temps, elle a arrêté ses études d'art à 20 ans, s'est inscrite au CPAS en attendant la reconnaissance de son handicap et participe à des cours de promotion sociale auxquels elle ne pourra plus se rendre en raison de l'inaccessibilité des locaux. A 21 ans, elle est reconnue comme ayant un handicap et bénéficie alors d'allocations. C'est également le moment où elle reçoit sa première tablette graphique via l'association Make a Wish. Jusqu'à ses 26 ans, Rosalie va déménager trois fois et finira par s'installer dans une maison que sa mère a achetée. Elle remarque que sa situation est encore instable en raison des travaux qui donnent l'impression que la maison est en chantier.

Rosalie m'explique avoir réellement découvert son intersexuation seule sur les réseaux sociaux. En effet, personne ne lui a dit qu'elle était intersexe dans le milieu médical. Elle se dit intersexe depuis plus ou moins cinq ans. En fait, elle connaissait l'intersexuation mais ne pensait pas l'être en raison des stéréotypes liés à l'intersexuation (c'est-à-dire, les mutilations génitales qui ont lieu à la naissance et la personne porteuse de la variation possède des caractéristiques féminines et masculines en même temps). Elle pensait qu'elle était folle de se dire intersexe et ne se sentait pas légitime en raison de la psychiatisation des médecins.

Elle ne fait pas partie d'associations mais collabore avec certaines, notamment Genres Pluriels. Elle milite sur les réseaux sociaux et informe notamment des jeunes filles dans son cas sur des groupes de MRKH où elle a d'ailleurs appris que l'opération qu'elle a vécue ne lui permettait pas d'avoir des enfants contrairement à d'autres types de chirurgies. Ça ne la touche pas particulièrement car elle n'a jamais souhaité en avoir, mais elle aurait préféré avoir le choix et considère que c'est une énième violence de la part des médecins.

Elle me dit néanmoins préférer militer sur tweeter, mais également, à sa façon par la procédure judiciaire. La décision du tribunal a d'ailleurs été partagée par les médias. Rosalie met en évidence l'indignation des gens par les mutilations génitales féminines qui ont lieu dans d'autres pays alors même qu'il se passe des choses similaires dans les hôpitaux européens.

Lorsque je lui demande quel est son plus grand souhait pour l'avenir, Rosalie exprime des revendications intersexes claires : l'interdiction des mutilations, une surveillance sur les prises en charge des variations dans les hôpitaux, l'obtention d'une réparation lorsqu'une mutilation non-consentie a lieu et la considération des mutilations génitales comme un crime contre l'humanité. En effet, Rosalie a porté plainte contre l'hôpital et a gagné en début février pour faute médicale. Le tribunal a confirmé qu'ils n'ont pas eu son consentement libre et éclairé étant donné les informations fournies et que l'indication opératoire était fautive car l'opération n'était pas nécessaire ni urgente, mais elle n'a pas mentionné les viols et les mutilations car il faudrait alors passer en pénal. Elle se questionne encore sur ce projet mais souhaite se battre pour les futurs enfants intersexes.

Concernant l'identité intersexe, elle est mitigée par le fait d'avoir une identité intersexe sur la carte d'identité par exemple, en raison des discriminations possibles qui en découleraient. Chez les personnes intersexes, l'intersexuation n'a rien à voir avec l'identité de genre et afficher son intersexuation sur sa carte d'identité, c'est nier le fait que ceux-ci peuvent se sentir bien dans les catégories homme ou femme. Elle m'explique que les discriminations sur les personnes intersexuées peuvent être semblables aux discriminations faites à l'encontre des personnes transgenres. Nous parlons également de la similarité de la lutte intersexe avec la lutte contre le validisme. Elle est pour la convergence des luttes car elle pense que des luttes isolées n'ont pas beaucoup de poids, que c'est important de croiser les combats.

Lorsque je lui demande quel est sa définition de l'identité de genre, Rosalie me répond « comment on se sent au plus profond de soi ». L'identité de genre est une identité propre à chacun et elle préfère respecter chacun selon son ressenti. De son côté, elle me dit qu'actuellement, elle n'y porte pas beaucoup d'attention. Elle se genre au féminin et dit que c'est une femme mais c'est plutôt par habitude que par identification ou expression. En effet, les gens la confondent souvent avec un homme

car elle s'habille de vêtements amples et se rase les cheveux. Tout ceci est par facilité car être dans un fauteuil roulant rend difficile l'entretien d'attributs comme de longs cheveux par exemple. Lorsqu'on la genre au masculin, elle ne va pas spécialement corriger ses interlocuteurs car ça ne lui tient pas à cœur malgré sa compréhension de ceux pour qui c'est important. Elle est Rosalie et n'a pas d'affect particulier pour son identité de genre. Lorsque nous discutons plus en profondeur, notamment, sur l'identité intersexe, Rosalie me dit avoir une image positive de l'identité intersexe car les militants souhaitent normaliser leur corps. « Mon corps était très beau comme il était », me dit-elle. Elle s'identifie comme femme intersexe, mais considère l'identité femme comme une catégorie par défaut sans réelle caractéristique sociale associée. Elle n'a pas de problème avec son identité de genre et se dit « cis ». Avec tout ce qu'elle a vécu (notamment, le fait de lui faire comprendre qu'elle est anormale et qu'elle doit modifier son corps pour correspondre à des critères sociaux), elle a eu des questionnements, mais aujourd'hui, Rosalie est simplement fidèle à elle-même.

Néanmoins, Rosalie me confie avoir souhaité se faire enlever la poitrine car les seins sont liés à la féminité dont elle voulait se défaire de ses 20 à 22 ans. Elle a encore cette envie sans réellement savoir pourquoi. L'intervention a toutefois découragée Rosalie étant donné l'énième chirurgie qu'elle impliquait. Malgré ce désir, elle ne se dit pas trans ou non-binaire, mais actuellement, elle est dans une optique d'indifférence (depuis ses 22 ans).

Lorsque nous parlons de son rapport au corps, Rosalie exprime un mal-être vis-à-vis de celui-ci. En effet, elle a une sorte de « dépersonnalisation de son corps », comme si son corps n'était pas le sien. Tout ce qui est en dessous de son nombril est comme un trou depuis l'opération. Elle est dans son corps mais celui-ci ne lui appartient plus. L'impact sur la vie de tous les jours est un mal-être. Et lorsqu'elle se rend compte d'une sensation, c'est comme si un profond gouffre noir l'envahissait et elle commence alors à angoisser. Quand on lui pose des questions, elle dit qu'elle n'a pas de vagin alors qu'on lui en a fait un. Elle reste sur cette image du corps qu'elle avait avant. Au fond d'elle, elle préfère se dire qu'elle n'en a pas. Elle se dit qu'avec ce vagin, elle ne se sent pas plus femme qu'avant et se demande pour qui était cette opération. Elle se rend compte que ce n'était pas pour elle.

Elle me parle également de son rapport aux vêtements qu'elle utilise de manière utilitaire plus que par souci de style ou de présentation de soi par autrui. Elle note tout de même que sa manière de s'identifier comme une femme en se présentant aux autres de manière non-genrée peut être en lien avec le peu d'interactions sociales qu'elle rapporte.

Car Rosalie m'indique avoir peu de rapports sociaux et ce serait notamment dû à son handicap qui l'immobilise. En effet, elle ne se limite qu'à une sortie par semaine pour ne pas embêter sa maman qui s'occupe de la conduire là où elle souhaite se rendre. Les contacts qu'elle a sont au courant de

son intersexuation et elle n'hésite pas à en parler pour justement faire connaître la cause. Elle interagit également avec d'autres membres de la communauté intersexe qu'elle a rencontré sur les réseaux sociaux lorsqu'elle avait 24 ans, au moment où elle a commencé à s'identifier comme intersexe. Elle partage également son histoire avec des personnes intersexes mais fait attention car son vécu peut provoquer des reviviscences chez certains.

Elle garde contact avec ses anciens voisins et des personnes de la famille de sa mère. Rosalie vit actuellement avec sa maman et ses petits frères et sœurs. Elle téléphone de temps en temps à son grand-père. Elle parle parfois à son papa au téléphone et celui-ci l'accompagne en Suisse dans des salons où elle vend des goodies qu'elle fait elle-même et où elle promeut sa BD.

Rosalie ne parle pas de relation amoureuse et me dit ne pas connaître son orientation sexuelle. Elle n'a pas d'attrait particulier pour aucun genre. Elle se pose la question de si c'était comme ça avant ou si c'est son traumatisme qui est à l'origine de cette situation. Elle me rapporte que toute sa vie a été impacté par les opérations. Sa famille a quelques fois failli se retrouver à la rue en raison de sa constitution : une femme seule avec quatre enfants dont une handicapée lourde visible ne permet pas de trouver facilement un logement. Rosalie ose s'indigner face aux injustices administratives et se bat pour obtenir des droits, ce qu'elle trouve d'ailleurs fatiguant.

Concernant sa santé mentale, Rosalie est suivie par une psychologue de Genres Pluriels pour ses traumatismes car elle peine à se soigner en raison de son rapport au corps médical. Elle fait beaucoup de cauchemars, particulièrement lorsqu'elle a des rendez-vous et doit alors se préparer quelques mois à l'avance. D'ailleurs, si elle n'a pas de problème à m'en parler, c'est parce qu'elle écrit une BD sur internet. Elle a un certain détachement sur ce qu'il lui est arrivé et peut parfois utiliser en termes très crus. Elle a des reviviscences et des cauchemars qu'elle met en contradiction avec ce détachement. Le dessin l'a beaucoup aidé à exprimer son ressenti concernant les multiples opérations. A ses 20 ans, elle rencontre une psychologue art-thérapeute qui l'a aidée à s'exprimer. Elle a aussi dessiné son histoire pour qu'il y ait une trace non-déformée de son vécu car elle craignait de perdre le procès et que son histoire soit oubliée. Sa bande-dessinée a eu beaucoup de succès.

Ce n'est néanmoins pas toujours facile : Rosalie se remémore souvent ce qu'il s'est passé à l'hôpital et est choquée quand elle se rappelle que son médecin lui disait qu'avoir un vagin était indispensable pour sa future vie de femme et pour son futur mari. Pour elle, cela signifie qu'une femme n'est qu'un trou. Elle trouve horrible de dire ça à une enfant et elle estime avoir eu de la chance de ne pas avoir vécu les interventions (notamment les dilatations vaginales) plus tôt étant elle-même déjà construite. Elle est très en colère contre ce qu'il s'est passé et ressent également de la culpabilité envers les personnes qui subiront la même chirurgie car elle a contribué à la faisabilité de l'opération.

Sa mère a joué un rôle très important durant cette période car celle-ci l'a toujours crue et soutenue. Rosalie évoque qu'elle se serait suicidée sans elle. Elle habite en campagne et craint beaucoup le jour où sa maman ne sera plus là. Elle espère avoir une indemnisation assez élevée pour pouvoir prévoir son avenir car elle en a très peur. Elle dit vivre dans la peur car elle imagine toujours des catastrophes arriver. Elle n'imagine pas son avenir sans sa maman. Si ses passe-temps sont le dessin, le bricolage et le militantisme sur les réseaux sociaux, Rosalie me rapporte ne pas avoir de projet comme des formations. Elle sera cependant présente à quelques salons et pense à éditer sa bande-dessinée. Les membres de sa famille la décrivent comme ayant un tempérament de chef.

4) Eléments de généalogie :

Rosalie décrit une famille nucléaire très isolée qui n'est pas forcément en demande de contact. Elle se compose de Rosalie, sa maman, sa petite sœur Carine qui est du même père que Rosalie ainsi que Louise et François qui sont du beau-père Jean avec qui la maman n'est plus. Celle-ci travaille dans les assurances et est décrite par Rosalie comme trop gentille. C'est un ange tombé du ciel qui donne sa confiance et veut aider tout le monde. Elle a aussi été manipulée par le corps médical et a beaucoup culpabilisé par la suite. Elle est très ouverte de manière générale et soutient Rosalie dans la lutte intersexue. Lorsque je lui demande l'impact que son diagnostic a eu dans sa famille, Rosalie m'explique que sa famille a traversé beaucoup de conflits et que la période où elle était hospitalisée était dure pour elle. Ses deux derniers petits frères et sœurs l'ont toujours connu en fauteuil roulant et sa petite sœur Carine est autiste et schizophrène. En effet, celle-ci a été diagnostiquée très tard par des professionnels malgré beaucoup de questionnements de la part de sa mère. Elle fugue parfois à cause de conflits familiaux liés à ses fréquentations. Carine, en raison de son handicap mental est très gentille mais ne se rend pas compte de ce qu'il entoure et se fait souvent arnaquer par son entourage. Elle a également certaines passions, notamment pour les voitures. Sa seconde sœur, Louise, est quant à elle, quelqu'un de très sensible et empathique. Elle souhaite travailler avec les animaux. Elle n'a plus de contact avec son père (l'ex-beau-père de Rosalie) en raison de certains comportements sexualisants qu'il a eu à son égard. François, lui, voit toujours son père et ça inquiète d'ailleurs Rosalie. La relation qu'elle a avec son frère est conflictuelle. Il est intelligent mais peu empathique. Il souhaite devenir militaire. Leur père, Jean était chauffagiste mais travaille à présent dans une école. Après avoir vécu avec lui dans une ambiance anxieuse, Rosalie craint son influence sur les enfants qu'il soutient. Elle le décrit comme raciste, misogyne et homophobe.

Pour aller plus loin, Rosalie me décrit, via son arbre généalogique, les membres de sa famille. Du côté de sa mère, elle me rapporte une grand-mère biologique qu'elle n'a pas connue. En effet, sa maman a vécu avec son père et une femme qu'elle pensait être sa mère mais qui n'était en fait, pas la sienne. Elle a ensuite été de familles d'accueil en familles d'accueil pour cause de négligence. Elle a

rencontré sa vraie mère qui était alcoolique et elle ne l'a pas vraiment connue. La « première mère » n'était pas gentille avec elle et son grand frère, Christophe. Son père (le grand-père de Rosalie) s'est remarié avec une autre femme originaire d'Afrique qui a le même âge que la mère de Rosalie. Ils ont eu trois enfants ensemble et il a adopté les trois autres enfants nés d'une union précédente. Le grand-père de Rosalie est décédé il y a 6 ans. Elle me dit ne pas l'avoir beaucoup aimé en raison de violences physiques subies lorsque, petite, elle se rendait chez lui. Sa mère n'a pas beaucoup de souvenirs de son enfance et Rosalie soupçonne des traumatismes. La famille de la belle-grand-mère est très gentille et leurs familles se voient de temps en temps. Elle allait souvent chez eux quand elle était petite et garde de bons souvenirs de leurs interactions.

La maman de Rosalie a également un frère plus âgé qui a été maltraité et négligé par la belle-mère de leur enfance ainsi que dans les familles d'accueil où il a été placé. Rosalie le qualifie de toxique. Il n'est pas gentil mais sa mère a de l'empathie pour lui aux vues de ce qu'il a vécu. Ils ne sont plus en contact pour l'instant. Il a eu un enfant handicapé mental, autiste lourd dont il va devoir s'occuper car la mère de cet enfant a de graves problèmes de santé. Son oncle est décrit comme agressif et maniaque.

Ses frères et sœurs ne veulent pas avoir d'enfant en raison des anomalies génétiques présentes dans la famille.

Du côté de sa famille paternelle, elle n'a pas beaucoup de contact avec eux. Son papa n'a pas été très présent pour elle malgré qu'il tente de se rattraper actuellement en prenant des nouvelles régulièrement. Il travaille dans la sécurité et sa compagne est concierge. Il a un frère, qui a aussi vécu une erreur médicale. Rosalie ne l'aime pas beaucoup car il se met beaucoup en avant. Il s'est remarié et a adopté le fils de sa compagne. Les grands-parents de Rosalie travaillaient dans une imprimerie et celle-ci a de bons souvenirs d'eux lorsqu'elle était petite.

Lorsque je lui demande le rapport qu'ont les membres de sa famille avec leur identité de genre, Rosalie m'explique que sa mère est flexible à ce niveau-là et elle-même était confondue avec un homme étant donné sa grande taille. Lorsqu'elle était jeune, ça la vexait beaucoup. Elle était dans la féminité pour que les gens ne se trompent pas mais avec ses enfants elle est très ouverte et va toujours respecter leurs choix. Sa petite sœur, Louise, est très ouverte à la communauté LGBT et a une expression de genre assez féminine. Son frère est plutôt dans la provocation et semble vouloir la contredire. Son autre sœur qui a un handicap mental va plutôt aller vers des vêtements-costumes de ses personnages préférés. Du côté de son père, elle a l'impression qu'il n'est pas non plus dans le jugement.

Résumé long de Catherine :

1. Enfance :

Catherine est née en 1981 en Belgique dans une famille italo-belge de classe moyenne. L'accouchement se fait par césarienne et Catherine ajoute que la grossesse de sa mère ainsi que son accouchement ont été des événements compliqués.

Elle fait partie des personnes intersexes dont la variation ne s'est pas vue à la naissance mais durant l'enfance. En effet, lorsqu'elle a 9 ans, son corps commence à changer : elle devient très grande, prend beaucoup de poids et est très souvent fatiguée au point où elle s'endort parfois en classe. Elle se souvient avoir souvent raté l'école le matin pour aller faire des prises de sang et a l'impression d'avoir été passée au scan. Ce temps-là lui semble avoir été très long alors qu'elle suppose que ça n'a duré que quelques semaines. Elle sentait qu'on l'observait, qu'il y avait un « côté laboratoire » à son propos. Les médecins lui découvrent une variation hormonale qui vient des surrénales. Un jour, lors d'un rendez-vous chez le médecin, celui-ci lui explique, via un schéma binaire, comment fonctionne les hormones, qu'elle a davantage d'hormones « garçons » et qu'on ne peut pas laisser faire ça. Il lui prescrit alors un traitement à prendre tous les jours que ses parents acceptent car la variation de Catherine leur est présentée comme une maladie. A côté de cela, il lui interdit de pratiquer le sport pour éviter de développer une trop grande musculature et elle se retrouve à ne plus pouvoir aller à la piscine avec ses ami.es. Lorsqu'elle sort de ce rendez-vous, elle a l'impression d'être malade et assimile sa variation à la mort. Elle a l'impression qu'elle est mortelle.

Petite, Catherine se décrit comme très solitaire, avec très peu d'ami.es. Elle m'explique qu'elle avait des problèmes d'entente avec les autres et que ses relations ne se passaient pas toujours très bien. Elle peine à se trouver une place, était assez invisible et associe ces caractéristiques avec le fait qu'elle était enfant unique. De plus, elle n'avait pas d'esprit de compétition. A 7 ans, elle vit son premier amour d'enfance avec un garçon qui est encore son ami aujourd'hui. Catherine m'explique également que dans sa classe, elle avait un.e camarade de sexe féminin qui s'habillait toujours comme un garçon. Cet enfant avait réussi à obtenir d'aller à la piscine en slip de bain. Elle était très attirée par cet enfant qu'elle fréquentait. A cette époque, elle dit avoir compris que le genre ne tenait finalement, qu'à un slip de bain. À la suite de la rencontre avec le médecin, Catherine, qui commençait déjà à ressentir de l'attrance pour les deux sexes, se voit néanmoins mélanger le genre, le sexe et l'orientation sexuelle.

Lorsque je lui demande de me parler de son identité de genre durant son enfance, Catherine m'explique qu'elle a toujours été une petite fille « très fille, qui aime le rose ». Ses parents étaient féministes et très déconstruits. Sa mère ne lui achetait pas de Barbie et évitait de lui imposer des jouets genrés. Cependant, Catherine en recevait parfois de la part d'autres personnes de sa famille et aimait

beaucoup ça. Depuis toute petite, elle me dit ne pas vouloir d'enfant, que cette idée a toujours été très claire dans sa tête. Elle jouait avec des poupées-bébés mais ne jouait pas de la même manière que ses copines : elle aimait bien les changer, leur mettre des vêtements et en créer avec son père, mais elle ne les mettait pas en scène en jouant le rôle de parent. Au niveau de l'expression de genre, Catherine se décrit comme très féminine sans toutefois aimer les vêtements. Enfin, elle m'explique que le doute à propos de son genre entre en jeu suite à son entretien avec le médecin. En effet, elle a l'impression qu'on lui dit qu'elle est un garçon. Elle est également troublée par le fait que l'argument pour lui faire prendre son traitement hormonal lorsqu'elle était petite était le genre.

2. Adolescence :

Jusqu'à l'âge de 12 ans, Catherine vit une période assez dépressive. A ce moment-là, elle prend beaucoup de poids en raison des traitements et de l'interdiction de pratiquer le sport. Elle reprend néanmoins le sport dans une salle avec un coach privé. Elle vit ce moment comme un soulagement où elle pouvait se dépenser. Parallèlement à ça, elle avait arrêté la danse classique et lorsqu'elle souhaite reprendre vers l'âge de 15 ans, on lui dit qu'elle est beaucoup trop grande, grosse et musclée. Son corps est critiqué et elle commence à comprendre qu'une femme ne peut pas être musclée ou forte. On lui a donné un traitement hormonal pour façonner sa croissance et s'assurer que son phénotype ressemble bien à celui d'une femme. Son traitement évolue : à l'adolescence, elle absorbe des bloqueurs d'hormones et à l'âge de 16 ans, elle commence à prendre des hormones « féminines » (Androcure et cortisone notamment).

Lors de son développement, Catherine dit ne pas avoir bien vécu la féminisation de son corps et que la construction de son identité de genre était compliquée en raison de son passage par plusieurs stades. Elle m'explique s'être masculinisée en mettant des bandes sur ses seins pour les cacher. Elle ne comprenait pas vraiment ce qu'elle faisait et sa stratégie était alors de tout masquer. A ce moment-là, elle ne relie pas ce besoin de masquer son corps qui se féminise à sa prise d'hormones. Elle dit également que si elle avait été adolescente maintenant, elle aurait pu faire une transition car elle aurait eu des modèles trans ou non-binaires et aurait mieux compris ce qui se jouait pour elle ou laisser son corps, très beau comme il aurait pu être. Si enfant, elle était très « petite fille », l'adolescence signe un passage juché de questionnements et Catherine adopte alors une expression de genre très masculine en se masquant, en portant des pulls larges et des cheveux courts. Elle pense que son orientation sexuelle a joué aussi dans le choix de son expression de genre.

En effet, à 15 ans, elle a eu sa première relation avec une fille mais ça n'a pas duré très longtemps. Ses relations se passent mieux que durant son enfance. Elle a d'ailleurs les mêmes amis depuis 25 ans.

3. Age adulte :

Après l'école, Catherine étudie aux beaux-arts. Elle est actuellement artiste plasticienne et curatrice d'événements autour de l'art sonore et fait également de la broderie contemporaine et des installations. Dans ses travaux, Catherine parle de la mort mais n'évoque pas son intersexuation et ses combats. Tout au long de sa vie, Catherine a travaillé dans le milieu culturel, mais a récemment démissionné d'un job dans le milieu LGBT pour cause de burnout militant. En fait, elle a commencé à travailler dans le milieu LGBT par hasard il y a quelques années, ayant quitté son ancienne situation pour, en parallèle, s'occuper de sa mère touchée par la maladie d'Alzheimer. Elle a cherché un job à mi-temps près de chez ses parents et a trouvé celui-ci. Catherine m'explique qu'elle a toujours été militante mais travaillait dans des institutions culturelles où le but n'était pas de militer. Ici, le travail était beaucoup plus conséquent et c'était beaucoup plus dur à vivre car son implication était conséquente et la charge mentale demandée était très intense au point où à 40 ans, en sortant d'une réunion, Catherine fait un blackout. Elle ne pensait pas souffrir autant dans le milieu institutionnel LGBT et découvre qu'il y a pire que d'être opprimée dans un milieu culturel en tant que femme, c'est d'être opprimée dans sa propre communauté. En effet, Catherine me rapporte la hiérarchie sexiste et raciste évidente à son lieu de travail. Depuis, si elle avait mis l'art de côté, elle y retravaille depuis qu'elle a démissionné et elle organise également des podcasts.

La découverte de son intersexuation s'est faite tardivement et de manière continue. En effet, Catherine fréquente depuis ses 25 ans les milieux féministes queer et me dit se poser des questions depuis ses 30 ans. A ce moment-là, elle vivait au Canada et fréquentait des cercles féministes radicales queer. Lors d'une conférence donnée par Janik Charlebois, elle se retrouve dans le vécu raconté par la chercheuse. Ça l'interpelle et elle entame alors des recherches. Elle se pose donc des questions depuis une dizaine d'années, mais c'est à 38 ans qu'elle découvre réellement son intersexuation. Il y a comme un retour sur sa vie pour essayer de comprendre comment les événements ont eu lieu. En fait, Catherine a travaillé dans une maison arc-en-ciel et a un jour organisé une conférence sur l'intersexuation. Lors de l'événement, elle découvre les brochures de Genres Pluriels qui partage un questionnaire sur la probabilité d'être intersexe sans le savoir. En y répondant, elle se pose alors des questions. À la suite de cette conférence, elle va prendre rendez-vous avec un psychologue de chez Genres Pluriels. Elle se souvient particulièrement bien de ce rendez-vous et rapporte avoir eu l'impression d'obtenir des réponses à certaines questions. Elle a été reçue par un médecin qui n'était pas spécialisé dans l'intersexuation mais qui l'a aidée à décortiquer les quelques informations figurant sur son dossier médical ainsi que le traitement qu'elle prenait à ce moment-là. Le médecin l'a donc envoyée chez une spécialiste de sa variation. Là, elle a pu comprendre en profondeur sa variation. A ce moment-là, elle demande à arrêter toute forme de traitement et est soutenue par son

endocrinologue. Celle-ci s'affole lorsqu'elle voit la dose de cortisone prescrite par son ancien médecin et s'est d'ailleurs excusée au nom de tous les médecins car les traitements que Catherine prenait étaient en fait de très vieux traitements des années 1980 qui ne sont pas du tout adéquats pour sa variation. L'endocrinologue a d'ailleurs envoyé un mail à ce médecin pour obtenir des explications, mais celui-ci n'a jamais répondu. Catherine m'explique avoir été victime d'une erreur médicale. A 40 ans, elle se casse une vertèbre à la suite d'un accident et en voyant les radios de son dos, elle découvre qu'elle a la colonne vertébrale d'une personne de 80 ans et ceci est dû au traitement hormonal qu'elle a pris. Elle parle également de mutilations hormonales car si les médecins lui ont expliqué les effets des hormones sur son corps au moment de son diagnostic (voix aigüe, peu de musculature, peau lisse), ils ne lui ont jamais parlé des effets secondaires de ceux-ci ni de la possibilité de ne pas suivre de traitement. Elle a ressenti beaucoup de colère en découvrant toute cette réalité.

Lorsqu'elle a découvert son intersexuation, Catherine a eu le besoin fou de rencontrer des personnes intersexes. Elle se dit chanceuse car elle était déjà en contact avec ce milieu. En effet, elle a toujours fréquenté le milieu LGBT, féministe queer depuis l'âge de 20 ans. A 41 ans, après son coming-out intersexe et après avoir acquis une bonne connaissance de son intersexuation, Catherine crée un Collectif qui permet d'échanger et quand elle se réunit pour la première fois avec son collectif, elle a l'impression de découvrir des membres de sa famille. Le mieux a été d'échanger sur leur expérience, les impacts de leurs traitements forcés et les solutions qu'ils ont trouvés pour mieux vivre avec ça. C'était très soutenant. Elle remarque que son public participe à ces groupes de paroles pour diverses raisons : certains sont là pour militer alors que d'autres cherchent des informations. Elle me rapporte également la difficulté qu'elle a rencontrée pour atteindre les personnes intersexes. Souvent, ils ne s'en rendent pas compte ou ne se sentent pas légitimes de se définir comme tel, ce qui réduit le nombre de personnes présentes lors de ses réunions. Si les personnes intersexes sont les seules LGBTQIA+ qui ne sont pas auto-déterminées car leur condition ressort de la biologie, se dire intersexe est une démarche militante qui découle d'un long processus personnel et politique. Aucun médecin n'utilise ce terme et ça peut rendre l'identification plus difficile. Utiliser un terme médical pour une variation qui s'écarte de la norme indignait Catherine qui m'explique que les traitements hormonaux sont régis par une norme binaire hétéro-cis normée. Elle est alors pour la dé-binarisation des genres mais aussi pour le fait d'être une femme sans les caractéristiques associées. En effet, Catherine m'explique que c'est une femme cisgenre et que les personnes cisgenres et intersexes sont invisibilisées dans le milieu militant. En manifestation, elle a parfois l'impression de devoir arborer plus significativement son drapeau intersexe pour faire comprendre qu'elle appartient au groupe. Lorsque je lui demande quelles sont ses revendications, Catherine me dit qu'elle milite davantage en tant que lesbienne qu'en tant qu'intersexe car l'intersexuation vient la toucher beaucoup plus profondément. Elle m'explique également que pour une même variation, l'intersexuation ne va pas se manifester de la même manière

selon les personnes et le rapport que celles-ci auront avec le corps médical peut être très différent, ce qui implique que les variations marquent la vie des personnes intersexuées, mais pas de la même manière. Les parcours intersexes, même au sein d'une même variation sont donc très différents. Catherine, qui a subi des mutilations hormonales et non génitales ne se sent pas toujours légitime de militer en première ligne dans les manifestations et préfère alors militer à sa manière en participant par exemple à cette étude ou en faisant des bords de scènes lors d'événements artistiques. Pourtant, pour elle, prendre des hormones tous les jours a été un rappel quotidien à la norme. Ses revendications sont assez claires : malgré qu'elle ne soit pas contre les opérations lorsque celles-ci sont expliquées correctement et lorsque le consentement de la personne concernée est libre et éclairé, elle est pour l'interdiction des mutilations et souhaite la passation de lois à ce propos. Elle veut également que l'intersexuation soit mieux visibilisée et que des fonds soient débloqués pour que la communauté intersexe puisse s'organiser car ceux-ci ne peuvent pas donner de leur temps gratuitement, sans compter le nombre restreint à s'identifier comme tel. Les personnes qui s'identifient comme intersexe et qui se réunissent ont souvent plus de 30 ans, des problèmes de santé en raison des opérations ou traitements subis en lien avec leur variation, ce qui ne facilite pas une organisation. Catherine souligne également que, pour s'identifier comme intersexe, le chemin est souvent long : il faut d'abord se rendre compte de sa variation, la démedicaliser, intégrer le milieu LGBTQIA+ afin de rester dans un espace sécurisant et pouvoir acquérir les informations nécessaires, rencontrer des personnes et enfin se dire intersexe.

Catherine ne s'identifie pas comme ayant une identité intersexe. Elle est fière d'être intersexe et ça fait partie de son identité, comme le fait d'être blonde, femme, artiste, mais ce n'est pas son identité de genre. Elle n'aime d'ailleurs pas le terme identité intersexe, c'est plus une donnée, une composition de l'identité qu'une identité entière. Elle l'utilise néanmoins politiquement. Elle m'explique que les gens confondent souvent l'identité intersexe avec l'identité non-binaire s'ils ne sont pas dans le milieu. Elle n'est pas pour l'identité intersexe sur la carte d'identité car le sexe est une donnée médicale et intime qui augmenterait le risque de discrimination. Elle comprend néanmoins que c'est important pour les personnes transgenres que cette donnée figure sur la carte d'identité et pense également que le I de LGBTQIA+ a sa place dans l'acronyme en raison des violences similaires vécues.

Catherine décrit l'identité de genre comme une construction sociale souvent liée au génital mais qui ne l'est pas. C'est également un critère qui amène à la discrimination liée à l'expression de genre. Au niveau plus personnel, Catherine me raconte qu'après son adolescence où elle avait adopté un genre plus masculin, son expression de genre se féminise à nouveau vers la vingtaine. Elle porte des robes parce qu'elle trouve ça confortable et évite de porter des pantalons car Catherine dit qu'elle est grosse

et qu'elle n'aime pas que le bouton lui rentre dans le ventre. Elle ne relie pas le vêtement au genre. Pour elle, c'est quelque chose de très malléable. Elle fait partie des personnes pour qui le genre est très élastique, donner cette information-là n'a donc pas de sens. Catherine m'explique aussi que les médecins tentent tellement de faire rentrer leur corps dans une norme hétérocentrée qu'au final, ça crée comme un rejet de leur genre chez les personnes intersexes qui se voient forcées de correspondre à des critères normatifs alors qu'elle l'affirme, elle est une femme cis car elle a été assignée femme et se sent femme. Son expérience ressemble aux expériences des personnes transgenres sur certains points sauf que, dans le cas des personnes transgenres, celles-ci prennent des traitements hormonaux de manière éclairée et pour être confortables avec leur identité de genre. Ici, le traitement n'était pas éclairé et n'était pas motivé par son envie à elle de modifier son corps. Elle ne veut pas utiliser le mot transition car elle aurait l'impression de récupérer un mot à connotation positive alors que d'une part, elle ne se s'identifie pas comme transgenre et d'autre part, son expérience de transition est négative, forcée. Elle est d'accord avec le fait que comme on les a modifiées, les personnes intersexes sont des personnes cisgenres améliorées mais celles-ci ne vivent pas leur cisidentité de la même manière que les personnes qui n'ont pas vécu de traitements modifiant leur corps. En effet, les personnes dyadiques savent d'où elles partent alors que les personnes intersexes ont dû prendre des hormones pour avoir un corps normatif. Elle aurait aimé voir comment son corps aurait évolué sans les hormones et se questionne sur l'identité de genre qu'elle aurait adoptée. Elle me confie qu'il est probable qu'elle aurait adopté une autre identité de genre. Enfin, l'accès à parentalité est aussi quelque chose dont on ne parle que très peu dans le milieu intersexe, mais en débutant ses traitements hormonaux, les médecins n'ont pas informé ses parents que ceux-ci l'empêcheraient potentiellement d'avoir des enfants. « C'est le médecin tout-puissant qui décide d'administrer un traitement qui rend infertile », me dit-elle. Ça n'a jamais été réellement traumatisant pour elle car elle ne veut pas d'enfant donc ça tombait bien. Ce qui est traumatisant, c'est qu'elle n'a pas eu le choix. Elle l'a appris à 39 ans et voit son père choqué par la nouvelle. Il se rend compte que sa décision a eu un impact sur la vie de sa fille et il culpabilise beaucoup. Elle m'explique aussi qu'elle n'a jamais ressenti le désir de tomber enceinte, ou de porter un enfant et se demande si c'est parce qu'elle est intersexe, comme si son corps et son psychique était relié. Elle ne sait pas ce que c'est d'être mâle, mais imagine que lorsqu'on l'est, le corps n'est pas en appel de porter un enfant. Elle, ne ressent vraiment rien et se demande si c'est parce que son corps « n'est pas tout à fait femelle ». L'idée d'être enceinte la dégoûte et elle se sent très dépourvue face à la grossesse. Elle adore néanmoins les enfants même si elle n'en veut pas et travaille beaucoup avec eux et grâce à la patience d'ange qu'elle a. Son ex-compagne, Valérie, qui vivait au Canada voulait porter des enfants et lui en parlait souvent, mais Catherine n'a jamais ressenti le besoin d'en élever un.

Lorsqu'elle arrête son traitement en 2019, sa pilosité faciale reprend mais elle m'explique avoir tellement pris d'hormones que celles-ci ont modifié le fonctionnement de son corps (par exemple, sa voix sera toujours aigüe). Elle se rend compte qu'elle ne saura jamais à quoi aurait ressemblé son corps au naturel et elle le vit mal. A côté de ça, elle me parle des changements corporelles liés à ses différents traitements : elle a parfois pris d'autres hormones selon ses prises de sang et elle dit trouver ça éprouvant étant donné les changements qu'elles occasionnent comme la prise de poids, la déformation du corps, la perte de libido, la fragilisation des os et la sensibilité au diabète. De plus, son dernier traitement était la cortisone avec laquelle elle a eu beaucoup de problèmes. Des bandes mauves parcouraient tout son corps, elle a pris beaucoup de poids et perdait ses cheveux. Le médecin qu'elle voyait à l'époque augmentait les doses à chaque fois qu'elle venait pour se plaindre des effets secondaires. Elle aurait aimé avoir le choix de prendre le traitement ou pas et trouve ça perturbant de ne pas savoir comment son corps se serait développé sans ces hormones. Lorsque je lui demande de me parler du rapport qu'elle entretient avec son corps, Catherine m'explique qu'elle ne se regarde jamais dans le miroir, qu'elle n'aime pas ça malgré qu'elle n'ait jamais eu de complexe et qu'elle n'ait pas de problème à se mettre nue. Avec le temps, elle a accepté à vivre avec ce rapport mais jusqu'à l'âge de 30 ans, elle détestait l'idée de son corps. Elle ne s'est jamais teint les cheveux, ni maquillée, ni fait preuve de coquetterie. Elle explique ça par le fait qu'elle ne connaît pas son corps et qu'elle ne s'y intéresse donc pas. Pour elle, c'est un outil de vie. Au niveau de l'expression de genre, elle utilise vraiment les habits comme quelque chose d'utilitaire. Elle me dit avoir un look très noir ou à lignes et n'a pas changé de style depuis 25 ans et me dit ne pas éprouver de plaisir à faire les magasins. Elle va toujours prendre les mêmes habits et ceux-ci doivent être confortables. A part de son intersexuation, Catherine ne portait cependant pas beaucoup d'attention à son corps, même avant son diagnostic. Elle n'éprouve pas de plaisir avec son corps, à part dans la sexualité.

Elle a d'ailleurs travaillé avec une autre femme intersexe qui parle de sexualité. Elle trouve le projet intéressant car parler de sexualité avec la communauté intersexe est un sujet sensible et c'est compréhensible vu l'expérience de certains d'entre eux. Elle me donne l'exemple des ateliers SELF HELP qui sont des regroupements de femmes visant la réappropriation de leur corps par la sexualité. Ceux-ci ne sont pas inclusifs pour les personnes intersexes et pourraient même appuyer sur le traumatisme de certaines personnes. De son côté, Catherine m'explique avoir mis du temps à se reconstruire pour avoir une sexualité avec son corps. Elle a beaucoup cherché à comprendre comment son corps fonctionnait au niveau sexuel. En effet, ce n'est que vers 28 ans que Catherine a commencé à se déconstruire via les milieux féministes. Pendant toute une partie de sa vie, la sexualité était juste pour faire plaisir aux autres. Elle n'arrivait pas à prendre du plaisir par son propre corps et s'est réapproprié sa sexualité via le porno positif (pour les femmes par les femmes). Depuis, lorsqu'elle a une relation avec quelqu'un, elle veut aussi éprouver du plaisir. Elle s'est décomplexée au niveau

sexuel, mais également au niveau de son poids. Le fait d'être grosse et intersexe a créé des obstacles dans ses relations plus intimes et Catherine remarque qu'elle est grosse en raison des traitements liés à son intersexuation. Aujourd'hui, elle fait partie de groupes BDSM, fait du shibari et a su se réapproprié ses sensations autrement.

En parlant de ses relations, Catherine m'explique que plus elle vieillit, plus elle prend la place de leader, en comparaison à son enfance. Lorsqu'elle a commencé à étudier, elle a fait partie de conseils de délégués et a participé à des cercles dans lesquels elle s'est fait des ami.es. Elle remarque avoir plus d'amis hommes que d'amies femmes et qu'elle ne ressent pas le besoin de rencontrer de nouvelles personnes. En général, elle ne parle pas aux gens de son intersexuation en dehors des milieux LGBT car ça touche au sexe et elle pense qu'elle n'a pas besoin de le dire. Elle a néanmoins fait son coming-out intersexe à 39 ans.

Catherine est bisexuelle et lesbienne politique. Lorsque nous approfondissons ses relations plus intimes, elle me dit qu'elle est sortie avec Gabriel à l'âge de 19 ans jusqu'à ses 27 ans. C'est une personne non-binaire et leur couple était ouvert. Elle me décrit sa relation comme toxique mais n'en dit pas plus. Elle a eu plusieurs petites relations sans importance. A 28 ans, elle sort avec Mélanie pendant un an. C'est la première femme lesbienne militante avec qui elle sortait. Celle-ci était plus jeune de quelques années et l'a amenée à fréquenter des groupes militants. C'est à ce moment-là que Catherine entame son processus de déconstruction. Elle a rencontré Carine au Canada et c'est la première personne avec qui elle a vécu. Elles se disputaient souvent. Enfin, elle a rencontré Francis il y a sept ans avec qui elle est toujours et qui est le premier homme cisgenre hétérosexuel avec qui elle sort (première personne non-LGBT). En effet, lorsqu'elle a eu des aventures avec des hommes, c'étaient des hommes bisexuels. Catherine m'explique avoir du mal avec le couple même si elle a souvent été en relation. Sa relation actuelle est facile parce qu'elle reste très indépendante : si elle n'est plus avec lui, elle ne perd rien. Ils ne sont pas exclusifs et envahissants malgré qu'ils vivent ensemble. Elle sait à quel point ils doivent se laisser tranquille et inversement.

4. Eléments de généalogie :

Catherine est fille unique et naît dans une famille italo-belge très ouverte. Sa mère Anna-Maria est née en Sicile, est commerçante et a deux frères et une sœur. Son père était mineur et sa mère travaillait dans une usine de verre. Catherine a 5 cousins et cousines mais s'entend particulièrement bien avec ses trois cousines. Elle a plus d'affinité avec sa famille maternelle qu'elle décrit comme populaire, intellectuelle et artiste.

Du côté de son père, la famille est plus aisée. En effet, Gérard, le grand-père paternel de Catherine était géomètre au Rwanda tandis que sa femme, Gilberte était femme au foyer. Ensemble, ils ont eu

deux enfants, Céline qui est fonctionnaire et Alain, le père de Catherine, qui est architecte. Elle a deux cousines avec qui elle ne s'entend pas toujours très bien en raison de divergences de positionnements politiques. Catherine décrit sa famille paternelle comme une famille bourgeoise privilégiée qui ne s'intéresse à rien.

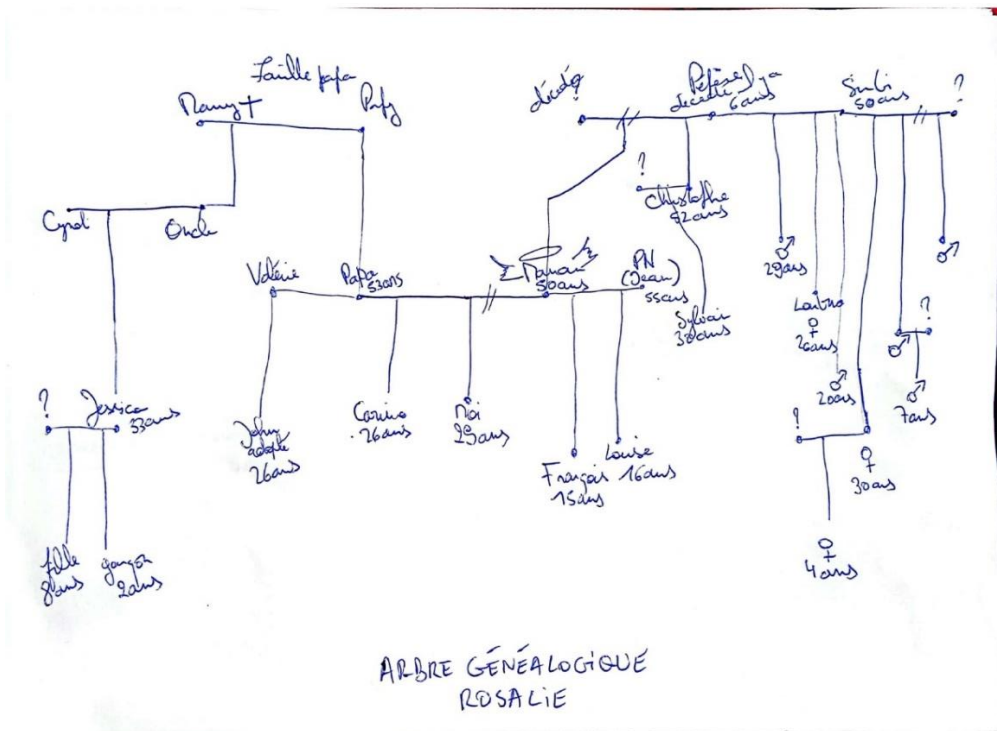
Catherine a eu une éducation genrée mais pouvait faire ce qu'elle voulait. Elle a appris à bricoler comme cuisiner. Malgré tout, elle sent qu'il y a des idées communes sexistes : elle voulait faire des études de sciences, plus précisément, de la biologie, mais on l'a plutôt poussée vers l'art. Du côté de sa famille maternelle, il y a un sexisme silencieux. Catherine me donne l'exemple de ses cousines qui sont toutes allées à l'université. Aucune n'a été célébrée alors que le diplôme d'un cousin en haute école a été largement fêté par la famille.

Catherine associe les difficultés de la grossesse de sa mère à sa potentielle intersexuation. A force de recherche sur le sujet, elle comprend que sa mère avait probablement une intersexuation aussi. Elle n'a néanmoins pas pu le confirmer car celle-ci est décédée de la maladie d'Alzheimer avant qu'elle puisse lui poser la question. Elle avait une pilosité très marquée et les gens reliaient cette caractéristique à ses origines. Elle ne le vivait pas bien. En effet, sa mère lui disait souvent que c'est une bonne chose qu'elle soit blonde et que ses poils ne se voient donc pas. Catherine se demande si sa mère n'a pas accepté son traitement car elle aurait aimé que ses « caractéristiques masculines » à elle soient prises en charge. Elle se décrit elle-même ainsi que sa mère comme étant toutes les deux androgynes.

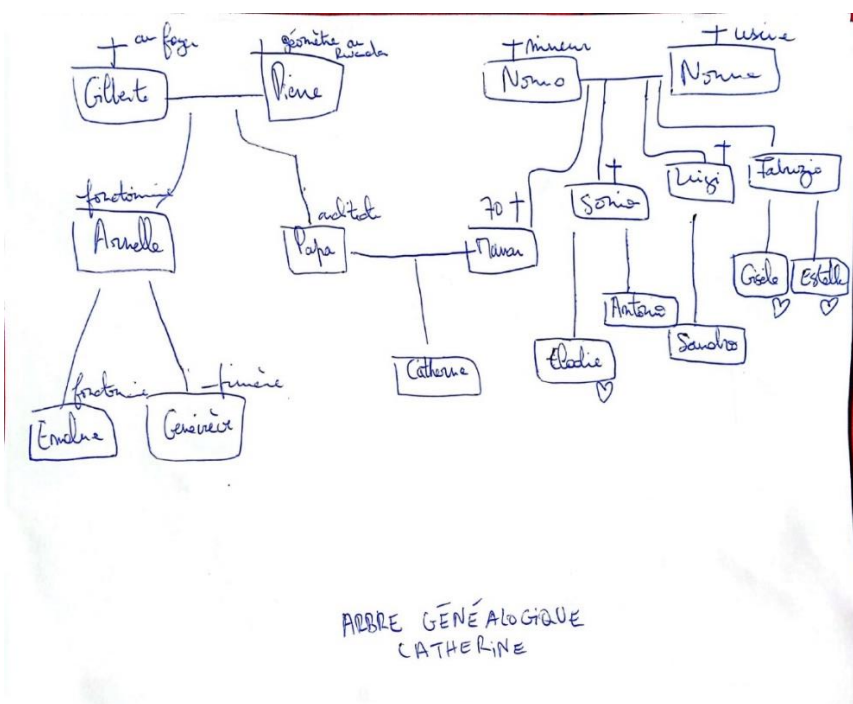
Si sa mère était une femme cisgenre, son père est, quant à lui, beaucoup plus fluide. Elle dit avoir vécu avec un père qui déteste le genre masculin. A la maternelle, il lui apprenait à dire que les garçons ne servaient à rien, que c'est juste de la chair à canon (Ces propos viennent d'un livre de Solenas qui est une lesbienne radicale). Il était en détestation de la masculinité toxique qu'il ne cite pas comme telle mais dit plutôt « les hommes ». Il n'a pas un regard déconstruit mais a toujours été en questionnement par rapport à sa masculinité. Catherine trouve dommage le fait qu'il n'aille pas intégrer des groupes, qu'il ne parle pas avec d'autres hommes ou des queer car ceux-ci auraient pu déconstruire ces questions avec lui. Elle a vécu avec beaucoup de femmes et très peu d'hommes et les hommes étaient toujours très critiqués en sa présence. Son père ne l'a pas éduquée en essayant de la protéger ou de parler à sa place. Les rôles étaient très inversés dans le couple de ses parents . Son père était plus dans la douceur et le soin tandis que sa mère était plus dans l'autorité, ce qui était subversif à l'époque. Son père lui a déjà dit qu'il aimerait porter des robes car c'est fluide, qu'un pantalon, ce n'est pas agréable mais il n'ose pas sauter le pas. Elle se demande d'ailleurs si ce n'est pas pour ça qu'elle-même ne porte que des robes. Lorsque je lui demande d'où cette « différence » de la part de son père par rapport à sa famille pourrait venir, elle me dit qu'ils n'en ont jamais parlé.

Cependant, son grand-père paternel était un homme avec une masculinité toxique. Les deux grands-pères étaient très masculins. Son père est en marge de cette masculinité et semble se démarquer dans tout. Elle le décrit avec un air amusé comme très particulier. Il est prompt à la discussion et quand elle a commencé à intégrer les groupes queer, il lisait les livres qu'elle rapportait.

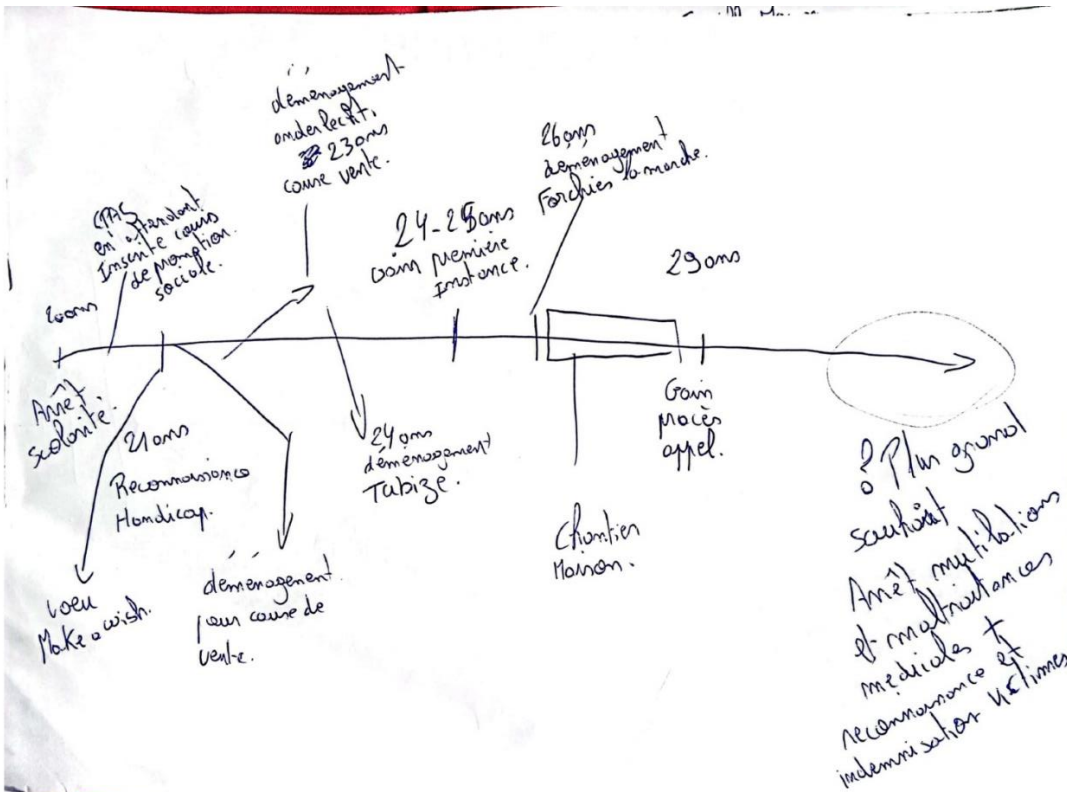
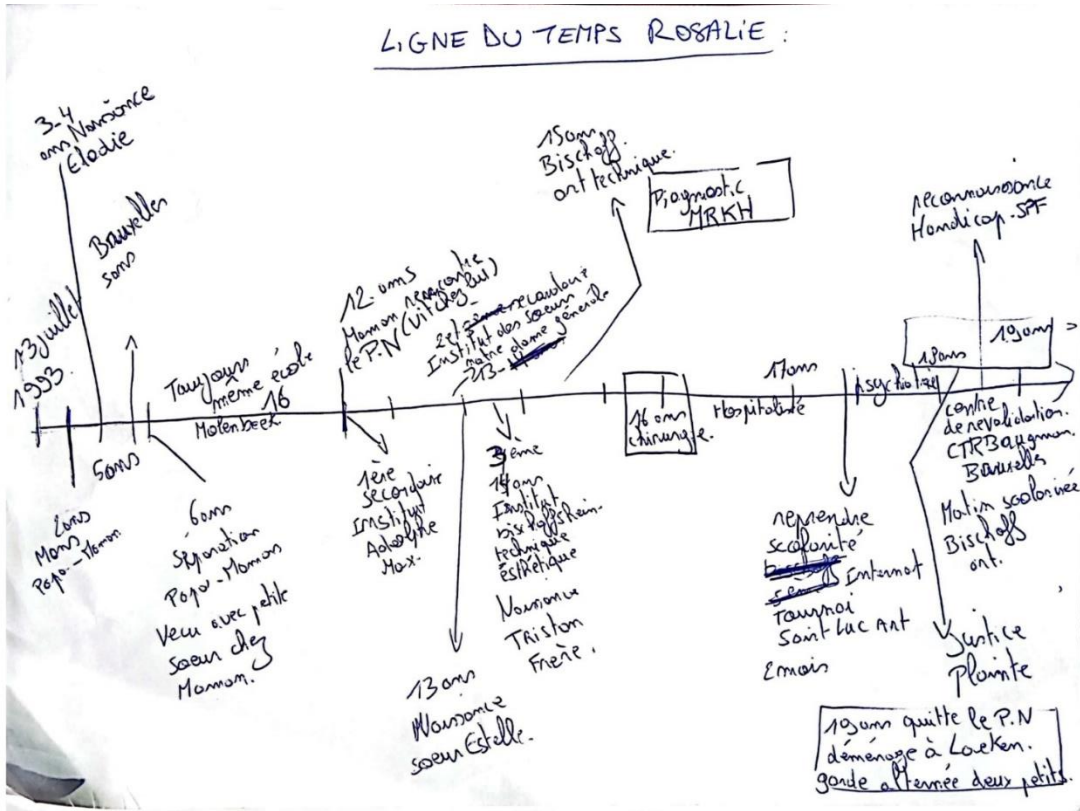
Arbre généalogique de Rosalie :



Arbre généalogique de Catherine :

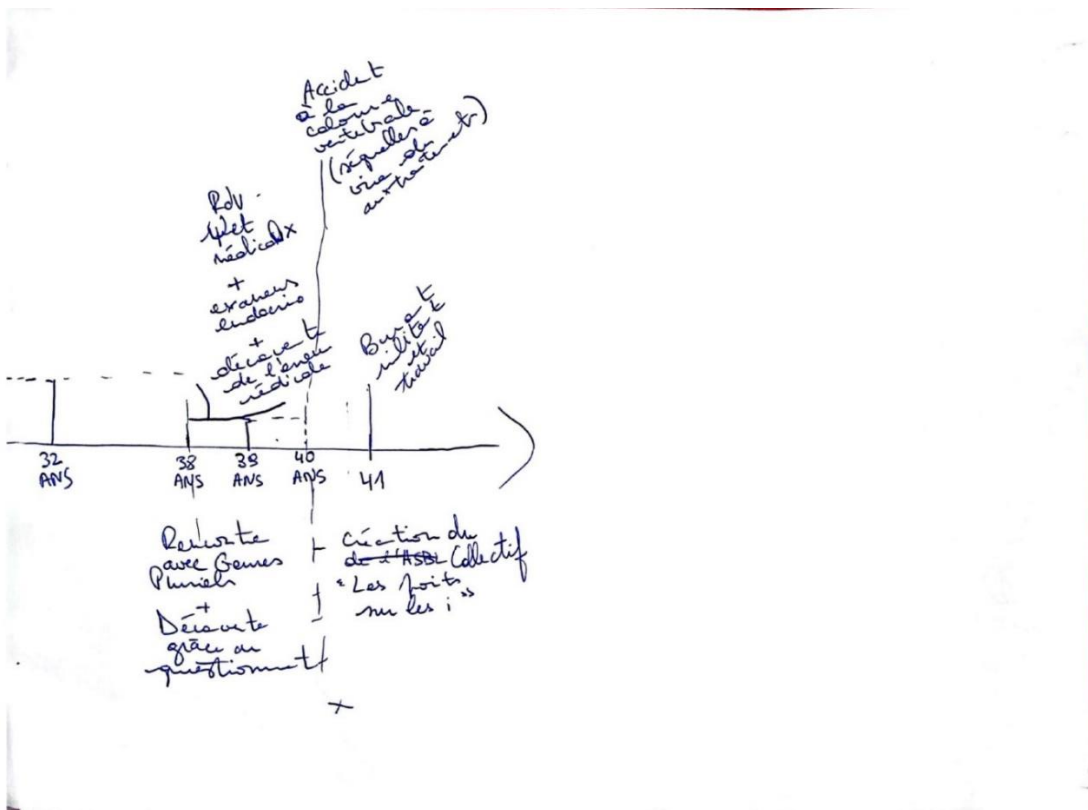
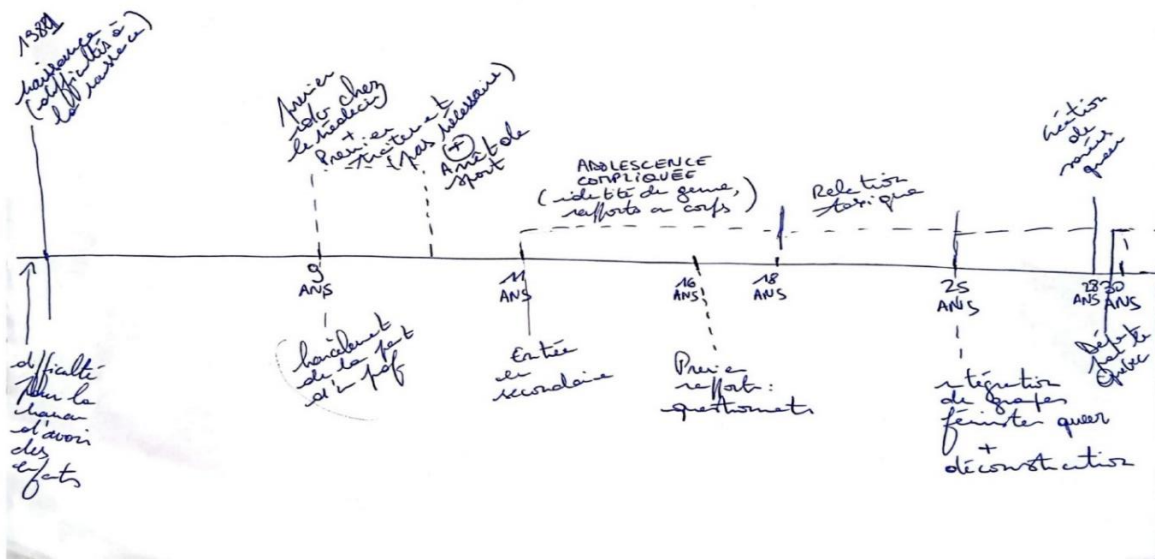


Ligne de vie de Rosalie :



Ligne de vie de Catherine :

LIGNE DU TEMPS CATHERINE :



Questions posées durant le troisième entretien :

- Comment définit-elle l'identité de genre ?
- Comment son ressenti par rapport à son identité (de genre ou non) a-t-il évolué au cours du temps ?
- Quelle importance accordait-elle à son expression de genre avant la découverte de son intersexuation ?
- Comment ses parents se situent-ils par rapport au genre (à comprendre : sont-ils plutôt stricts ou flexibles là-dessus ?), qu'en est-il de ses frères et sœurs ?
- Revendique-t-elle une identité intersexe ? Si oui, quels ont été les facteurs favorisant cette identification ?
- Comment ses relations amicales et amoureuses ont-elles évolué au cours du temps ?
- Comment souhaiterait-elle améliorer la condition des personnes inter* ?
- Que pense-t-elle de la binarité de sexe, genre ?