

Camille Lamarre – OII - France
LAUSANNE MAI 2006- TEMOIGNAGE

L'existence des intersexués commence par la surprise et l'embarras de la famille et du monde médical, quand ce n'est pas l'effroi et le rejet. Voici un sujet qui est en dehors de la dualité anatomique et symbolique. Les médecins anticipent et veulent prévenir l'angoisse et le désarroi des parents, ou peut-être la leur ?; ils expliquent alors que cet enfant ambigu a un sexe masqué, actuellement encore indéchiffrable, mais que les examens qui vont être immédiatement pratiqués vont permettre de résoudre cette délicate question.

En fait, les examens sont souvent contradictoires et n'apportent pas de solution satisfaisante : cet enfant doté d'un pénis de taille variable (parfois conséquent) peut avoir un utérus et un génotype féminin XX (hyperplasie congénitale des surrénales) ; tel autre enfant génétiquement masculin aura un micropénis et une cryptorchidie (insensibilité aux androgènes, dysgénésie gonadique). L'hermaphrodisme vrai, avec présence de glandes sexuelles mâle et femelle est très rare.

L'équipe médicale, avec la meilleure volonté du monde, choisit donc le sexe d'élevage et de déclaration à l'état civil, en fonction des possibilités érotiques futures du petit nouveau-né :

- si le pénis est de taille suffisante pour ancrer l'identité masculine et pouvoir accomplir le coït hétérosexuel, il sera conservé.
- dans le cas contraire, et encore plus en présence d'un utérus, générateur des menstruations, le petit pénis sera sacrifié : la perspective de laisser évoluer des « infirmes sexuels graves » (sic) fait prendre en toute bonne conscience cette décision irréversible de mutilation génitale.

Au final, l'équipe médicale, qui a fait le choix « le moins mauvais » pour l'enfant, met tout en œuvre pour enlever tout doute de l'esprit des parents : ils affirment alors être sûrs du sexe de l'enfant , « sexe véritable » découvert grâce aux examens complémentaires. Dès lors, on explique aux parents qu'il faudra opérer l'enfant au plus tôt, et par la suite qu'il faudra garder le secret absolu sur les conditions réelles de la naissance dans un état d'ambiguïté sexuelle. Mieux encore il faut tout faire pour ancrer solidement l'enfant dans cette identité sexuelle : il faudra observer son comportement, ses tendances spontanées vers les jeux, l'habillement , classiquement reliés au masculin ou au féminin, et tout faire pour

contrarier et dissuader les dispositions qui ne seraient pas conformes au sexe d'élevage. Cette attitude médicale reste conforme aux recommandations édictées par John Money, pour qui l'identité sexuelle est principalement un fait d'éducation et de conditionnement (bien que le cas le plus célèbre dont il s'est réclamé ait finalement vécu un désastre identitaire, conclu par un suicide).

Le début d'existence du petit intersexué est donc placé sous le signe des interventions chirurgicales répétées, des consultations médicales rapprochées et de la honte : ses organes génitaux ne sont pas normaux, il y a « quelque chose qui cloche », il n'est pas comme les autres, cet entrejambes qui est son intimité la plus fondamentale, est exposée à tous ces regards, ces attouchements et ces explorations médicales. On lui fait comprendre que toute cette souffrance, ces interventions, sont faites pour son bien, qu'au bout du compte il sera enfin comme les autres. Mais d'ici-là que d'épreuves : il faut endurer des explorations souvent douloureuses (endoscopies, injections, interventions chirurgicales) ; le comportement parental est étrange, certaines activités ne semblent pas permises, quand elles sont contraires à la conception traditionnelle du sexe d'élevage). Il y a aussi des phénomènes sexuels étranges et qui laissent l'enfant dans un grand désarroi (persistance de petites érections chez un sujet élevé en fille...).

Après une enfance sous le signe du tabou des origines et du questionnement personnel sur l'identité véritable, la période de la puberté est souvent la plus dramatique : cet enfant élevé en fille est parfois réopérée pour réaliser une cavité vaginale fonctionnelle, à un âge où la sexualité est encore balbutiante. Son intimité est à nouveau exposée aux regards d'autrui, sans aucune préparation ni encadrement psychologique (cela se passait ainsi il n'y pas si longtemps), et sans avoir recueilli le moindre consentement éclairé. Par la suite, et pour entretenir cette cavité, il faudra pratiquer des dilatations vaginales répétées régulièrement (effectuées souvent par un parent sur les conseils des médecins !) ce qui constitue une forme d'inceste véritable ! Ces gestes sont très douloureux car pratiqués sur des vagins artificiels, et l'adolescente rentre dans la puberté sous le signe du traumatisme physique et psychique, et du « viol médicalisé ». Ce corps médicalement construit doit recevoir un traitement hormonal artificiel, qui seul peut assurer un semblant de sexuation en faisant apparaître les caractères sexuels secondaires (seins, pilosité, règles) qui n'étaient pas apparus naturellement comme chez les autres personnes de « même sexe », aggravant les interrogations sur l'identité véritable (traitement hormonal qui devra être poursuivi à vie sous peine de complications : ostéoporose).

En ce qui me concerne, après une enfance marquée par une éducation forcée dans le sens féminin, en opposition avec des tendances garçonnières spontanées apparues précocement, et un tabou total sur mon ambiguïté sexuelle congénitale, vécue dans la honte et la culpabilité, mon adolescence a donc été entamée sous le signe de la chirurgie génitale avec dilatations sans prise en charge psychologique. Je n'ai eu de cesse de rechercher ma « véritable identité », ayant toujours vécu avec l'impression lancinante de ne pas être en adéquation avec mon sexe d'élevage, en perpétuel décalage avec les standards communément reconnus comme marqueurs de la féminité (physique et psychologique). Ceci m'a amené à entreprendre une carrière médicale, qui m'a donné accès aux éléments de mon dossier médical, où je découvris les principales étapes de mon parcours hospitalier, les opérations génitales précoces et les motivations des médecins pour le choix du sexe d'élevage.

La découverte ou la révélation de son lourd passé médical est toujours un grand traumatisme pour l'intersexué. S'ensuivent alors des années de doute, d'angoisses et d'accablement, avec l'impression d'être une sorte de monstre, conduisant à l'isolement social et à la honte. Les tentatives de suicide seraient très fréquentes.

Au total, il est indéniable que le parcours de vie des intersexués est souvent traumatique et lourd de séquelles physiques et psychologiques. L'enfant opéré aura réduction notable voire majeure de ses capacités sexuelles et sensuelles.

De véritables mutilations génitales continuent à être pratiquées dans nos sociétés évoluées et modernes, alors que nous stigmatisons celles qui sont réalisées dans les pays en développement. Elles réalisent une véritable maltraitance qui produit des effets des années après, et persistent toute la vie. Elles produisent souvent des sujets asexués, faute d'identifications cohérentes et naturelles, qui vivent leur vie sous le signe de la honte, du tabou familial et médical.

Ne vaudrait-il pas mieux différer les interventions chirurgicales, pour les réaliser en accord et avec le consentement de l'enfant plus grand, en le laissant jusque là manifester ses tendances spontanées vers le masculin ou le féminin ? Il faudrait pour cela que la société reconnaisse l'existence des enfants intersexués, les accepte et les accueille en son sein. Cette démarche lui permettrait aussi de s'interroger et de faire évoluer les notions de masculin et de féminin, conduisant à une société plus tolérante, notamment vis-à-vis de ses minorités sexuelles et de genre, et dont les membres

assumeraient avec moins de crainte leur « bisexualité psychique », comme le mentionne la psychanalyse.

Mais le chemin est encore long, les mouvements d'intersexués sont au stade d'ébauche, du moins en Europe (francophone), et leur structuration devrait permettre de faire entendre leur voix. La rencontre des autres intersexués est capitale pour l'équilibre psychologique et social de ces personnes, et pour contrecarrer cette impression lancinante et précoce de « monstruosité » et de différence insurmontable avec le reste de l'humanité.

Les intersexués qui ont surmonté sans trop de « casse » tous ces obstacles peuvent être considérés légitimement comme des survivants.



Organisation Internationale des Intersexes
<http://www.intersexualite.org>

