

## **1) La réalité intersexe : types d'intersexuation, fréquence, nuance : intersexualité / intersexuation**

### **Formes d'intersexuation : Les plus connues**

#### **●●●●XXY (Syndrome de Klinefelter)●●●●**

Une fois sur 1 000 naissances, certains enfants mâles héritent d'un chromosome X supplémentaire. Dans la sphère médicale, on identifie cette anomalie en donnant d'abord le nombre de chromosomes puis la formule génétique, exemple : 47XXY. On ignore la cause de ce phénomène mais l'on sait qu'il se produit en moyenne une fois sur 500 à 1000 naissances d'enfants de sexe « masculin ». Il s'agit de l'une des anomalies génétiques les plus fréquentes. Comme toute anomalie chromosomique, l'identification se fera au moyen d'un caryotype.

#### **Traitements proposés (souvent sans le consentement éclairé)**

- \* Androgènes
- \* Chirurgie plastique (correction de la gynécomastie)
- \* Exérèse des testicules atrophiques.
- \* Mise en place de prothèses testiculaires

Brochure en ligne : <http://www.orpha.net/data/patho/Pub/fr/Klinefelter-FRfrPub362.pdf>

#### **●●●●Hyperplasie congénitale des surrénale (HCS)●●●●**

C'est une pathologie secondaire à un déficit de la synthèse du cortisol dans la zone fasciculée de la glande corticosurrénale. L'enzyme impliquée dans plus de 95 % des cas (la pathologie majoritaire donc) est la 21-hydroxylase responsable de la transformation de la progestérone en désoxycorticostérone. Il existe deux formes de déficit en 21 hydroxylase:

- \* Forme classique avec déficit enzymatique sévère et début néonatal avec deux sous-types :
  - o Forme se manifestant par des signes de virilisation à la naissance (1/4 des cas)
  - o Forme se manifestant par un syndrome de perte de sel avec risque vital dans les premières semaines de vie (3/4 des cas)
- \* Forme non classique à début tardif et présenteront seulement des signes de virilisation à la puberté

Cette affection peut être à l'origine d'une déshydratation, de troubles de la croissance staturale et osseuse, d'une puberté précoce et souvent d'anomalies des organes génitaux externes constatées à la naissance.

#### **Traitements proposés (souvent sans le consentement éclairé)**

Chez les sujets de sexe féminin, il convient de faire baisser le taux d'androgènes pour éviter la virilisation. Par exemple on utilisera un dérivé de la progestérone avec action anti-androgène (Androcur par exemple).

Chez les filles, une intervention chirurgicale sera proposée, le plus souvent dans la première année de vie dès que le traitement sera stabilisé. Il est possible qu'il y ait une deuxième intervention après la puberté.

Brochure en ligne : [http://www.afdphe.asso.fr/e\\_upload/pdf/hyperplas.pdf](http://www.afdphe.asso.fr/e_upload/pdf/hyperplas.pdf)

## ●●●● Le syndrome d'insensibilité aux androgènes ●●●●

Le syndrome d'insensibilité aux androgènes (AIS) (testicules féminisants ou syndrome de Morris) est caractérisé par des organes génitaux externes de type féminin et des testicules avec un caryotype masculin normal. La transmission de ce syndrome se fait sur le mode récessif. La présence d'un «pseudo-vagin» hypoplasique et court est l'une des caractéristiques de ce syndrome.

En cas d'absence totale de récepteurs des androgènes, la différenciation sexuelle est une différenciation féminine. Les organes génitaux externes sont typiquement féminins avec absence d'utérus.

Les anomalies de fonctionnement de ces récepteurs se traduisent par une grande variété d'expressions cliniques de « l'ambiguïté » sexuelle à la naissance à une azoospermie découverte lors de l'exploration d'un couple infertile.

### Traitements proposés (souvent sans le consentement éclairé)

Gonadectomie prophylactique (les médecins conseillent aux éviter un cancer des testicules)

Hormones – œstrogène

Vaginoplastie ou chirurgie vaginale cosmétique - pour créer un vagin de longueur typique

Brochure en ligne : <http://www.rch.org.au/emplibrary/chic/SICA.pdf>

## ●●●● Le syndrome de Turner ●●●●

Le syndrome de Turner est la conséquence visible de l'absence chez la fille d'un chromosome sexuel X. On sait que la différenciation sexuelle est sous la dépendance de deux chromosomes sexuels : X et Y.

Dans la combinaison génétique XY, le chromosome Y induit la transformation de la gonade primitive en testicule. Le testicule est responsable chez l'embryon de la transformation des voies génitales indifférenciées en tractus génital mâle. Sans chromosome Y, pas de testicule, donc pas de développement des canaux de Wolff, pas de régression des canaux de Muller et finalement évolution femelle, de manière spontanée, du tractus génital.

C'est le chromosome Y qui provoque le phénotype masculin. Sans chromosome Y, le développement de l'embryon se fait sur le mode féminin "par défaut".

Dans la combinaison génétique XX, le deuxième chromosome X tient sous sa dépendance la différenciation de la gonade primitive en ovaire. Sans ce deuxième chromosome X, la gonade primitive reste à l'état indifférencié.

Dans le syndrome de Turner (X0) :

- le phénotype est féminin (l'aspect extérieur est celui d'une fille) puisqu'il n'y a pas de chromosome Y;

mais il n'y a pas d'ovaire puisqu'il n'y a pas de deuxième chromosome X.

La fréquence du syndrome de Turner est de 1/2500 naissances de fille.

L'anomalie chromosomique X0 est retrouvée dans 15% des cas d'avortements spontanés précoces d'origine chromosomique.

### **Traitements proposés (souvent sans le consentement éclairé)**

Les traitements utilisés pour augmenter la taille sont l'hormone de croissance (GH) et les œstrogènes. Le traitement par GH conduit à une taille adulte supérieure à 150 cm dans plus de 50% des cas. Les œstrogènes sont utilisés pour induire un développement des caractères sexuels secondaires et une accélération pubertaire de la vitesse de croissance. Un traitement oestroprogestatif est ensuite entrepris.

La stérilité est en principe définitive mais l'appareil génital est normal et permet une vie sexuelle satisfaisante. Les progrès de la fécondation in vitro ont rendu possible des grossesses chez ces femmes.

Brochure en ligne : <http://www.orpha.net/data/patho/Pub/fr/Turner-FRfrPub44.pdf>

### **●●● Le Syndrome de Rokitansky ●●●**

Le syndrome de Rokitansky qui est appelé aussi MRKH n'est en général diagnostiqué qu'à l'adolescence. Le syndrome touche un nouveau-né de sexe féminin 1 fois sur 4000 ou 1 fois sur 4500 naissances. La jeune fille n'a jamais de règles mais a quand même une poitrine normalement développée et tous les signes de féminité extérieurs. Après de nombreux examens, les médecins remarquent alors qu'elle a des ovaires et des trompes mais n'a ni utérus ni vagin développé.

### **Traitements proposés (souvent sans le consentement éclairé)**

Il faudra alors qu'elle choisisse entre une opération chirurgicale pour créer un vagin ou des dilatations qu'elle fera par elle-même. Elle a également la possibilité de ne rien tenter et d'accepter cet état. Elle ne pourra jamais porter d'enfant en elle.

Brochure en ligne : <http://maia-asso.org/doc/plaquettes/mrkh-medecins.pdf>

### **●●● Déficit en 5-alpha réductase ●●●**

Le déficit en 5-alpha réductase est une pathologie rare entraînant chez les patients un pseudo-hermaphrodisme masculin, défini par une différenciation incomplète des organes génitaux chez un patient de caryotype XY. Cette enzyme catalyse la conversion de testostérone (T) en dihydrotestostérone (DHT), hormone indispensable à la différenciation masculine des organes génitaux externes et au développement du tractus uro-génital masculin. Le tableau classique (*hypospadias périnéoscrotal pseudovaginal*) est caractérisé par une ambiguïté sexuelle à la naissance, associant bourgeon génital, hypospadias, scrotum bifide et sinus uro-génital avec présence d'une cavité postérieure (reliquat vaginal). Cependant, l'aspect des organes génitaux externes s'étend selon les patients d'un phénotype féminin à un aspect masculin avec hypospadias et/ou micropénis. Les testicules sont palpés dans les grandes lèvres ou dans les canaux inguinaux. Le tractus urogénital interne est bien développé, et les canaux Müllériens ont régressé normalement. A la puberté, en l'absence de gonadectomie, des signes de virilisation se développent, sans gynécomastie, du fait de l'action périphérique de la testostérone. La majorité des patients est infertile. La transmission de cette maladie est de type autosomique récessif. La 5-alpha-réductase est codée par le gène *SRD5A2*. Plus de 40 mutations du gène *SRD5A2* ont été rapportées, situées dans l'ensemble des 5 exons de ce gène localisé en 2p23. Il s'agit en majorité de substitutions d'acides aminés, mais également de grandes ou petites délétions, de mutations non-sens ou de mutations dans un site d'épissage. Les tests hormonaux retrouvent un taux de testostérone normal ou augmenté associé à un taux bas de DHT, conduisant à une

élévation du rapport T/DHT (>20), de base et après stimulation par l'hCG (*human chorionic gonadotropin*). La conversion de testostérone en DHT peut être étudiée sur culture de fibroblastes de peau génitale, mais l'existence de faux négatifs n'est pas rare. La décision concernant le choix du sexe dans lequel sera élevé l'enfant reste controversée, et doit être discutée au cas par cas, en fonction des résultats escomptés de la génitoplastie masculinisante. \*Auteur : Orphanet (février 2005)\*.

### Traitements proposés (souvent sans le consentement éclairé)

Si le sexe féminin est choisi, une génitoplastie féminisante et une gonadectomie doivent être réalisées. Un diagnostic prénatal est possible si les mutations ont été caractérisées chez le cas index de la famille.

Si le sexe masculin est choisi, des traitements de virilisation doivent souvent être réalisés.

Brochure en ligne : <http://www.orpha.net/data/patho/FR/fr-reduc.pdf>

### Fréquence : Traduction d'un tableau de fréquence

(Source : ISNA, Traduction : Curtis E. Hinkle)

Ni XX ni XY .....	1 enfant sur quinze cents	1,500
XXY .....	1 enfant sur	1,000
Le syndrome d'insensibilité aux androgènes .....	1 enfant sur	13,000
Le syndrome d'insensibilité partielle aux androgènes .....	1 enfant sur	130,000
L'hyperplasie congénitale des surrénales (classique) .....	1 enfant sur	13,000
L'hyperplasie congénitale des surrénales à révélation tardive .....	1 personne sur	66
Syndrome de Rokitansky ou MRKH (née sans vagin) .....	1 enfant sur	6,000
Enfants possédant à la fois un tissu testiculaire et un tissu ovarien .....	1 enfant sur	83,000
Idiopathique (on n'a pas encore pu attribuer de cause connue) .....	1 enfant sur	110,000
latrogénique * .....	La fréquence est inconnue	
Déficit en 5-alpha réductase.....	La fréquence est inconnue	
Dysgénésie gonadique mixte .....	La fréquence est inconnue	
Dysgénésie gonadique pure .....	1 enfant sur	150,000
L'hypospadias .....	3/1000	naissances
Totale des personnes .....	environ 1%	

\* *latrogénique* (ce qui indique que ce sont les traitements médicaux qui en sont la cause, comme la progestine, un médicament que prenaient souvent les mères pour éviter une fausse-couche)

---

### Une étude plus complète sur le sujet

*How sexually Dimorphic are We? (A quel point sommes-nous sexuellement dysmorphique ?)*

par : Melanie Blackless, Anthony Charuvastra, Amanda Derryck, Anne Fausto-Sterling , Karl Lauzanne, Ellen Lee

Environ 2% de la population.

<http://bms.brown.edu/faculty/f/afs/dimorphic.pdf>

---

## **Nuance intersexualité/intersexuation**

Personnellement, je préfère utiliser le mot « intersexuation » pour parler du corps, du processus qui fait qu'un enfant devienne intersexué. Intersexualité pour moi, cela veut dire l'ensemble des caractères anatomiques et physiologiques propres à la personne intersexuelle et en plus l'ensemble des traits psychologiques considérés comme intersexes.

---

## **2) L'invisibilisation des personnes intersexuées**

- a) La pathologisation – l'invisibilisation la plus fondamentale
- b) Le discours et les langues
- c) Les genres et les rôles sociaux
- d) Les institutions – écoles, églises etc.

## **3) L'OII (création, organisation, revendications)**

L'OII, fondée en 2003, est un réseau décentralisé, que j'ai créé afin d'aider d'autres personnes intersexuées principalement à l'extérieur des Etats-Unis et qui parlaient d'autres langues que l'anglais, surtout le français au début. C'est André Fiset, mon bon ami québécois qui en est le co-fondateur. C'est aussi une association pour les personnes qui rejettent les catégories pathologiques et la perspective de l'ISNA qui prône le DSD (trouble de développement sexuel) et un protocole eugénique et génétique à l'égard de l'intersexuation.

### **Notre Mission**

- Militer en faveur des droits humains pour les personnes intersexuées (toute personne née dans un corps atypique selon les normes en vigueur pour catégoriser les personnes dans un des deux sexes officiels.)
- Faciliter un échange d'idées et de perspectives différentes sur l'intersexualité entre groupes et personnes à travers le monde.
- Fournir une fenêtre ouverte au vécu des intersexué-e-s à ceux et celles qui font de la recherche dans les domaines des soins médicaux pour enfants né-e-s avec des organes sexuels atypiques, de psychologie, de sexologie, de sociologie et d'études féministes.
- Aider les familles et les ami-e-s des intersexué-e-s à comprendre l'intersexualité et de faire face aux problèmes spécifiques à leur rôle de personnes de soutien.

## **POSITIONS OFFICIELLES**

### **Sur les soins médicaux**

Nos sociétés ont accepté une construction binaire entre le sexe masculin et le sexe féminin qui ne reflète pas la réalité naturelle et la grande variété de sexes possibles qui s'échelonnent sur un spectre de façon graduelle où l'un chevauche imperceptiblement l'autre. Cette notion arbitraire de la binarité du sexe rend toute détermination précise du sexe d'un individu impossible et problématique. Ni les organes génitaux, ni les chromosomes ne nous aident à déterminer le "vrai" sexe d'un enfant. Les gonades, les hormones et l'appareil reproducteur interne de l'enfant ne sont pas fiables non plus comme indicateurs concluants du sexe de l'individu. Chaque enfant est né avec une combinaison unique de tous ces facteurs et les différentes combinaisons possibles sont très nombreuses, ce qui rend tout assignement de sexe d'un enfant une simple conjecture.

Nous militons contre toute intervention chirurgicale des enfants nés avec des organes génitaux atypiques qui ne soit pas nécessaire et nous militons pour le droit de chaque enfant de déterminer sa propre identité sexuelle une fois que l'enfant peut nous la communiquer et nous conseillons aux parents de respecter l'identité de leur enfant et de faire tout ce qui est nécessaire pour que l'enfant puisse vivre selon son choix.

Une fois que l'enfant nous a communiqué clairement son identité sexuelle, il est essentiel que son identité soit respectée et par les parents et par tous les médecins et thérapeutes qui soignent l'enfant. On devrait l'aider en lui donnant accès aux hormones à la puberté et aux autres soins médicaux nécessaires pour faciliter le choix d'identité sexuelle qui lui semble la plus appropriée à l'enfant.

Par conséquent, nous militons en faveur d'un changement du protocole médical en ce qui concerne l'intervention chirurgicale et contre le diagnostic de dysphorie de genre souvent nécessaire si une personne intersexuée n'est pas en accord avec le sexe qu'on lui a attribué. L'Organisation Internationale des Intersexué-e-s postule que le vrai sexe de l'enfant est déterminé par son propre vécu psychologique et d'autres facteurs importants. Pour l'OII, toute imposition d'identité sexuelle sans le consentement de l'intersexué-e est une violation fondamentale des droits humains.

### **Sur un troisième sexe**

La création d'une nouvelle catégorie qu'on désigne comme intersexuée pose plusieurs problèmes. D'abord, comment définir l'intersexualité? OII croit qu'il n'y aura jamais une définition claire et en même temps que ce n'est pas nécessaire d'avoir une définition juridique pour l'intersexualité. Nous n'avons pas de définitions claires pour ce qu'est une femme ou un homme. Nous supposons seulement que c'est le cas.

Le but de l'OII est de travailler en faveur des droits humains pour les intersexué-e-s en aidant les gens à comprendre qu'il n'y a pas seulement deux sexes préexistants. Il y a une combinaison infinie de possibilités sur le spectre du sexe et du genre.

La création d'une catégorie spécifique pour les intersexué-e-s risque de marginaliser encore plus une catégorie déjà mal comprise. Nous fondons nos arguments juridiques sur le droit de chaque personne de déterminer sa propre identité dans le système binaire actuel dans l'espoir de pouvoir éventuellement mettre fin au fait d'imposer un sexe juridique aux individus.

#### **4) L'émergence d'un mouvement intersexe (nouvelle identité ou refus des identités binaires**

- A qui appartient votre corps ?

C'est une question qui nous semble un peu absurde a priori, la réponse nous apparaît évidente et pourtant.... c'est une question fondamentale aujourd'hui, spécialement pour les personnes intersexuées.

- Qui est intersexué-e ?

Nous sommes tous et toutes né-e-s dans un système où on définit notre identité de sexe à partir de notre corps. Il faut avoir un corps masculin ou féminin, il n'existe aucune autre possibilité. Ce pouvoir de déterminer le sexe d'un individu qu'ont les médecins et le système juridique est lourd de conséquences pour la vie et l'avenir de tous les enfants et pas seulement les enfants nés intersexués. Mais parlons de la naissance d'un enfant avec des organes génitaux atypiques. Le corps de cet enfant ne lui appartient pas parce que c'est un point d'interrogation face au système binaire qui stipule que tout le monde doit être de sexe féminin ou de sexe masculin. Cette naissance constitue pour les parents et les médecins une urgence sociale qui devient immédiatement une urgence médicale dans la plupart des pays occidentaux où il y a une technologie biomédicale de normalisation des corps. Cette décision arbitraire d'assigner un sexe ou l'autre à l'enfant intersexué est associée avec beaucoup d'autres traitements qui dans le passé, et même aujourd'hui jusqu'à un certain point, normalisent aussi le genre et l'orientation sexuelle pour l'enfant. On normalise le corps avec des interventions chirurgicales dans le but de pouvoir insérer ce corps dans le système hétérosexuel où, par exemple, la personne ayant un corps de sexe féminin aura une identité de femme et une sexualité hétérosexuelle.

- L'homophobie sous-jacente des traitements ?

Le traitement des intersexués (hermaphrodites) est un symbole révélateur des mesures prises par les autorités pour maintenir l'hétérosexualité obligatoire dans nos sociétés. Le traitement actuel des enfants intersexués consiste à rendre leurs corps "convenables" pour le coït hétérosexuel par des interventions chirurgicales, c'est-à-dire des mutilations, suivies de prises d'hormones souvent pour la vie entière avec tous les problèmes que cela entraîne. Tout ceci afin de forcer nos corps à entrer par la force dans un système qui nous rejette et auquel on ne peut se conformer.

- Le grand problème des personnes nées avec une condition intersexuelle est la division arbitraire de sexe et du genre dans deux catégories.

Il n'y a pas seulement deux catégories de sexe préexistantes. On accepte souvent que le genre soit une construction sociale, en effet des rôles sociaux différents sont associés aux hommes et aux femmes dans différentes sociétés ou différents groupes sociaux mais l'étude des intersexués révèle que le sexe est aussi une construction sociale. De plus en plus, on se rend compte qu'il y a des parties du corps autre que le système de reproduction qui sont aussi "sexuées" -- les gènes, le cerveau, même la longueur des doigts. Le problème est que chaque fois que nous découvrons une différence, nous la classons invariablement dans le système arbitraire binaire de mâle/femelle, malgré l'évidence d'étapes intermédiaires et un vaste éventail de possibilités de combinaisons de toutes "les parties" entre elles, c'est-à-dire un continuum. Au fur et à mesure que la science moderne découvrira de plus en plus de parties du corps désignées comme mâle ou femelle, on se rendra compte de l'absurdité de la supposition que chaque personne est mâle ou femelle.

- Pourquoi disons-nous que l'intersexualité est une question relevant des droits de la personne ?

Tout le monde est affecté par cette logique binaire de conformité des sexes et pas seulement les personnes que les professionnels désignent comme étant de sexe "ambigu". Mais pourquoi un corps d'enfant intersexué devient-il un corps malade qui doit être traité ? Pourquoi est-ce que le système médical devrait avoir le droit de faire des interventions permanentes sur un corps sans le consentement de la personne en question ? Et pourquoi est-ce que les parents qui souvent ne sont pas bien informés des conséquences de ces interventions ont-ils le pouvoir de consentir à de telles interventions ? Qui devrait avoir le droit de décider quel sexe le corps aura : les médecins, les parents ou les personnes elles-mêmes ? Est-ce le confort des parents ou celui des enfants qui domine la réflexion à ce sujet ? Il faut agrandir le choix, sortir du système binaire imposé. Pour l'OII, il est essentiel que ce soit la personne elle-même et donc l'enfant devenu suffisamment adulte qui doit décider s'il désire la normalisation de son corps et, si oui, vers quel sexe. Les opérations de normalisation présentement effectuées sur les enfants naissant intersexués s'apparentent aux mutilations génitales effectuées dans certains autres pays afin de se conformer à la tradition. Dans les deux cas, ici et là-bas, il s'agit de se conformer aux croyances sur la normalité du sexe.

- Devons-nous accepter des définitions rigides, biologiques et essentialistes pour l'intersexualité ?

Si on accepte une définition biologique fixe, on ne fait que créer une autre identité "statique" déterminée par les professionnels médicaux qui sont déjà partie intégrante du système hétérosexiste qui prédomine dans nos sociétés. Sans créer une troisième catégorie fixe ou essentialiste, l'intersexualité doit être une option, une d'être et une possibilité pour n'importe qui. De même que nous n'avons pas vraiment une définition

claire et "statique" pour ce qu'est une femme ou un homme, on ne peut jamais s'attendre à trouver une définition exacte de ce qu'est une personne intersexuée. Beaucoup de personnes dans la communauté intersexuée revendiquent le droit de s'identifier comme homme ou femme sans égard à leurs organes génitaux ou autres facteurs biologiques. Si nous, nous revendiquons ce droit, pourquoi croire que c'est un droit qu'on devrait accorder seulement à une petite minorité et pas à tout le monde? Ce que nous souhaitons, c'est que toutes les personnes puissent revendiquer de vivre ce que nous appelons l'intergenre, un continuum fluide entre le féminin et le masculin sans frontière fixe entre les catégories.

- L'Organisation Internationale des Intersexué-e-s s'opposent à toute classification de l'intersexualité comme une condition pathologique. Nous ne sommes pas malades parce que nous sommes intersexué-e-s.

Définir l'intersexualité comme une pathologie médicale est un piège très dangereux pour les intersexué-e-s car cela laisse entendre qu'on devrait les traiter et les "guérir." Être intersexué-e ou intergenre est une possibilité existentielle parmi d'autres qui contribue à la déconstruction du système binaire homme/femme, homo/hétéro qui nous opprime tous.

- C'est le corps qui est à la base de l'édifice du sexe, du genre et de l'orientation sexuelle.

Dans le système binaire qui est la construction fondamentale du patriarcat, aucune ambiguïté n'est permise car autrement le système sexiste, oppressif et misogyne serait tout à fait déstabilisé. Il y a donc le corps qui devient la justification de base pour définir tout ceux et celles qui sont privé-e-s du privilège de la normalité. Toute personne qui a un corps de femme aura plus de privilège de normalité si elle a une identité de femme et qu'elle est féminine et hétérosexuelle et la même chose pour les hommes. Toute personne qui n'a pas l'orientation sexuelle attendue -l'hétérosexualité naturellement- par rapport au sexe attribué en fonction de son corps à la naissance est privée de ce privilège de normalité et toute personne qui a une identité de genre qui ne correspond pas au sexe attribué à la naissance est aussi privé de ce privilège peu importe sa sexualité.

Le système médical est l'institution qui assure le privilège de normalité aux personnes qui profitent de ce système hétéropatriarcal. Il est essentiel que le corps d'une personne appartienne à l'État afin de sauvegarder ce système. Ce que nous avons tous en commun, les personnes qui appartiennent à la communauté LGBTI c'est que le corps et l'attribution de sexe à la naissance nous ont tous enlevé ce privilège de normalité dont profitent les hommes et les femmes qui eux ont le privilège d'être normal. Sans la normalisation des corps, le système s'écroulera. Donc les intersexué-e-s doivent être considérées comme des hommes ou des femmes avec des problèmes médicaux qu'on peut et doit traiter même sans leur consentement afin que le système puisse se perpétuer et ne pas être remis en question.

- En conclusion, ce qui est important, c'est que nous soyons des "personnes" avant tout, que nous établissions des rapports d'égalité avec les autres en tant que "personnes" et que nous accueillions la diversité comme partie intégrante du monde naturel.

La communauté des intersexué-e-s semble être pris dans un engrenage du pouvoir médical systémique qui rend toute visibilité sociale impossible. Comme homosexuelle, vous avez vécu cette invisibilisation dans le passé, et encore aujourd'hui dans de nombreux pays, ainsi que ce manque du privilège de la normalité.

Par rapport aux homosexuel-le-s, nous les intersexué-e-s, sommes avant Stonewall, nous sommes toujours considéré-e-s comme des malades qui souffrent d'une pathologie et aujourd'hui, nous vous demandons de nous aider et de vous solidariser avec nous. Nous avons besoin de votre solidarité afin d'être considérées comme des vraies personnes à part entière avec une visibilité sociale dans nos pays et nos cultures