

Intersexualité : les bases



Le cercle est complet et non ornementé, signifiant l'entièreté et l'exhaustivité

1. Définir le sexe

“Le **système reproducteur** d'un organisme, appelé aussi *appareil génital* ou *reproducteur*, est le système biologique constitué de l'ensemble des organes anatomiques qui participent à la reproduction. Chez les organismes sexués, on parle des *organes sexuels* ou des *organes génitaux* chez les animaux, ou encore des *caractères sexuels primaires*.

Les organes du système reproducteur remplissent au minimum les fonctions de production des cellules sexuelles nommées gamètes et de fécondation ; chez les hauts vertébrés, on y ajoute la gestation et la parturition (naissance, mise bas ou ponte).

Chez les animaux, le système reproducteur est fondé sur les gonades, (les glandes qui produisent les gamètes) : ovaire pour la gonade femelle et testicule pour la gonade mâle.”

-Source : Wikipédia

Pour simplifier, le sexe chez l'humain est déterminé par l'organisation des fonctions corporelles autour de la production des cellules sexuelles dans le but de se reproduire.

2. Mâle et Femelle

- Un mâle est un organisme dont le corps s'organise autour de la production de petites cellules sexuelles mobiles, dont le but est la fécondation des cellules sexuelles femelles, et qu'on appelle spermatozoïdes.
- Une femelle est un organisme dont le corps s'organise autour de la production de grosses cellules sexuelles, dont le but est d'être fécondées par les cellules mâles, et qu'on appelle ovules.

Ici, le fait que ce système fonctionne ou pas n'a aucune importance : un organisme infertile reste mâle ou femelle. Un enfant qui ne produit pas encore de cellules sexuelles a un sexe, tout comme un homme qui aurait perdu ses testicules ou une femme ménopausée.

3. Différenciation sexuelle

La différenciation sexuelle est le processus par lequel un fœtus devient un mâle ou une femelle. Ce processus est déclenché par les chromosomes sexuels, le X et le Y. Un mâle possède une paire XY et une femelle une paire XX. C'est le Y qui déclenche la transformation du fœtus en mâle ; par défaut les fœtus se développent en femelles. Chez l'humain, la différenciation en garçon a lieu vers la 7ème/8ème semaine de grossesse.

On peut imaginer cette différenciation comme une cascade : à partir de la présence ou de l'absence du gène SRY (le gène de différenciation, présent sur le chromosome Y), toute une série de transformations physiques se déclenchent, dont le résultat est l'apparition des caractéristiques sexuelles primaires et secondaires.

A partir des gènes se développent les gonades (testicules ou ovaires), qui produisent des hormones qui vont décider de l'apparence (phénotype) d'une personne, et desquelles dépendent la bonne santé des individus. Il est important de noter que le développement en un des sexe annule le développement en l'autre sexe : la présence du gène SRY provoque la production d'une hormone anti-Müllérienne, qui empêche le développement en femelle. L'absence du gène SRY déclenche le même phénomène avec une hormone anti-Wolffienne.

4. Qu'est-ce qu'intersexe ?

L'intersexualité, c'est quand le processus de différenciation ne se passe pas bien en raison d'une anomalie génétique (par exemple, transfert d'un gène sur le mauvais chromosome) ou d'une mutation (un gène ne fonctionne pas correctement). Une mutation ou une anomalie peuvent déclencher une condition intersexe chez un sexe mais pas chez l'autre, ou n'être viable que pour un seul sexe. Par exemple, comme le X est essentiel à la vie, il existe des individus X, mais pas d'individus Y.

On parle d'intersexualité quand l'anomalie de développement est importante, provoquant des problèmes de santé et résultant d'un problème de **différenciation**. Un mâle ayant un trouble génétique provoquant une hyperplasie congénitale des surrénales (troubles décrit plus tard dans le document) n'est pas intersexe car cette maladie affecte uniquement la différenciation sexuelle des femelles.

Quelques exemples de conditions intersexes :

J'ai sélectionné 4 exemples de conditions intersexes pour décrire comment fonctionnent ces anomalies, quelles sont leurs conséquences sur la santé et rendre le tout un peu plus concret. Les cas ont été simplifiés pour que ce soit plus facile à comprendre.

Syndrome d'insensibilité aux androgènes

1 naissance sur 13 000 pour le SIAC, 1 naissance sur 130 000 pour le SIAP

Ce syndrome (abrégé en SIA) ne cause l'intersexualité que chez les mâles. Il peut être complet (SIAC) ou partiel (SIAP). Il est causé par une mutation du gène de réception des androgènes (l'androgène le plus connu est la testostérone), ce qui signifie que la personne n'aura pas de récepteurs fonctionnels à l'androgène. En conséquence, le développement en mâle ne peut pas avoir lieu, mais la présence du chromosome Y empêche aussi le développement en femelle. La sécrétion d'une hormone anti-Mullérienne va provoquer la formation de testicules à la place d'un utérus et des ovaires. Ces testicules resteront la plupart du temps dans la cavité corporelle, avec un gros risque de devenir cancéreux. Dans le cas où ils doivent être retirés, le patient devra prendre des hormones toute sa vie pour maintenir ses os et son cœur en bonne santé. Sans ce traitement, le patient risque la mort. Le SIA est considéré comme le trouble intersexe le plus sain.

Hyperplasie congénitale des surrénales

1 naissance sur 13 000

Ce syndrome ne cause l'intersexualité que chez les femelles. En raison de l'augmentation des androgènes, en particulier en raison de l'exposition in utero à la testostérone et de la dihydrotestostérone (DHT), une croissance du clitoris et une atrophie vaginale se produisent. L'urètre peut être déplacé vers ou dans le clitoris dans certains cas, et dans les formes les plus sévères le vagin peut fusionner avec l'urètre. Les mâles ont simplement un pénis plus gros que la moyenne et peuvent avoir une poussée de poils corporels et faciaux plus tôt que les autres mâles. Les femelles ont quand même toutes les structures Mullériennes (ovaires, utérus, col de l'utérus) mais peuvent être infertiles à cause d'une incapacité à ovuler. Ce trouble pose de nombreux problèmes de santé et nécessite des injections d'hormones régulières.

Syndrome de Swyer ("femelle" XY)

1 naissance sur 150 000

Le syndrome de Swyer est la seule condition XY à développer un utérus. Cette particularité est causée par une mutation des gènes qui codent les hormones anti-Mullériennes. Sans hormone anti-Mullérienne fonctionnelle, aucune structure Wolffienne (mâle) comme les testicules ne peut se former. A la place, les structures Mullériennes (utérus) se forment. Les ovaires ne se forment pas parce qu'ils ont besoin de deux copies du gène X pour se développer. Sans ovaires ou testicules, une personne avec le syndrome de Swyer n'aura pas assez d'oestrogène pour garder ses os et son cœur en bonne santé et ne sera pas

capable de marcher. Les patients ne font pas de puberté, ce qui est très dangereux. Les médecins doivent leur donner des doses d'oestrogène dès que la puberté est censée commencer pour être sûrs que leurs os et leur cœur se développent normalement pendant cette période cruciale. Les femmes ayant le syndrome de Swyer n'ont pas de menstruations naturellement, mais la thérapie hormonale provoque des règles qui gardent l'utérus en bonne santé. Ces règles sont infertiles.

Syndrome de De La Chapelle (“mâle” XX)

Pas de données disponibles sur le taux d'occurrence par naissance. Ce syndrome est causé dans 80% des cas par la présence du gène SRY sur un des chromosomes X.

Le syndrome de De La Chapelle n'existe que chez les femelles. Ce n'est un trouble intersexe que parce que le patient n'est pas vraiment mâle. Même si des testicules sont présents, ils sont très petits et incapables de produire du sperme. La personne ne produit pas d'ovules non plus. Parce que c'est un trouble femelle, un développement des seins peut se produire et la production de testostérone est plus basse que la moyenne. Le patient peut recevoir une thérapie hormonale de testostérone pour aider à prévenir la gynécomastie (développement excessif des glandes mammaire chez l'homme) et pour influencer le développement des caractéristiques sexuelles secondaires, si il le souhaite.

5. Occurrence

Le chiffre le plus diffusé sur la fréquence de l'intersexualité parmi la population est de 1,7%. Ce chiffre a été proposé par Anne Fausto-Sterling, une chercheuse en sexologie qui aurait découvert cinq sexes chez les humains : mâle, femelle, hermaphrodite mâle, hermaphrodite femelle, vrai hermaphrodite (“hermaphrodite” est un terme qui ne s'applique pas aux être humains, et est l'ancien mot utilisé pour parler de l'intersexualité). A l'heure actuelle, il s'agit du chiffre officiel retenu par le CIA (Collectif Intersexes et Alliés) en France, mais ce chiffre est contesté, notamment à l'étranger.

Les activistes et organisations pour les droits des intersexes à l'internationale condamnent ce chiffre comme étant trop grand, car prenant en compte des troubles chromosomiques qui ne rentrent pas dans l'intersexuation, comme le syndrome des ovaires polykystiques. Comme dit plus haut, tous les troubles du développement sexuel ne sont pas des troubles de la différenciation sexuelle, et c'est donc en fonction de la définition de “intersexe” que les chiffres sont grossis ou réduits. L'objectif de grossir le chiffre est généralement de donner de la visibilité aux intersexes.

En général, il est admis que le pourcentage de personnes intersexes dans la population, c'est à dire les personnes avec une différence du développement sexuel congénitale importante, est de **0,667%**. Ce qui est bien plus bas que le 1,7% proposé par les associations LGBT. Certains scientifiques avancent un pourcentage aussi bas que 0,018%, mais ce chiffre correspond en général au pourcentage de patients dont les parties génitales sont tellement ambiguës à la naissance que l'intervention d'un expert est nécessaire, ce qui reste un cas extrêmement rare, la majorité des intersexes n'ayant pas ce problème.

6. Binarité du sexe

Les conditions intersexes sont régulièrement utilisées pour justifier l'existence d'interprétations du système sexué :

- Modèle du sexe bimodal
- Modèle du sexe comme spectre
- Modèle du sexe comme construction sociale
- Existence d'un troisième, quatrième, cinquième sexe...

Ces affirmations sont considérées comme intersexistes/intersexophobes par la majorité des associations pour les droits des personnes intersexes. En effet ces conclusions sont souvent dues à une mauvaise compréhension des conditions intersexes, et servent à valider un agenda militant qui n'est ni celui des personnes intersexes, ni dans leur intérêt.

Pour que l'existence d'un troisième sexe chez l'humain soit validée, il faudrait découvrir une personne qui produit une troisième sorte de cellule sexuelle : ni ovule, ni spermatozoïde, mais qui permettrait la reproduction sexuée.

Il n'existe pas non plus de trouble intersexe qui donne un individu mi-mâle, mi-femelle. Il s'agit d'un mythe. C'est impossible en raison de l'existence des hormones anti-Mullériennes et anti-Wolffiennes.

Enfin, l'existence de l'intersexualité est la preuve que le sexe est binaire, plutôt que l'inverse, car en biologie l'exception confirme la règle. Le fait que l'intersexualité soit très rare, et cause de gros problèmes de santé en plus de rendre infertile, prouve que les humains sont une espèce sexuée strictement dimorphique, car s'éloigner de cette norme nous pose des problèmes. Les intersexes sont simplement la variante obligatoire d'un système binaire stricte.

7. Mutilations intersexes

Il est très rare que les enfants intersexes aient besoin de chirurgie génitale pour être en bonne santé, en revanche il arrive régulièrement que des chirurgies soient pratiquées pour rendre les organes génitaux plus "normaux" : réduction de la taille du clitoris, allongement du vagin, phalloplastie, etc.

Ces chirurgies sont de nature esthétique, et non fonctionnelles, dans l'immense majorité des cas. Elles sont motivées par une image genrée/binaire des phénotypes que devraient avoir les patients, et pas par leur bien être. Par exemple, il n'est pas rare que les jeunes filles intersexes ayant une atrophie vaginale subissent une chirurgie dont le but est de rendre le vagin "pénétrable" par un pénis, et ce même dans la petite enfance. Ce genre de chirurgies pose par la suite des problèmes de santé.

De manière générale, la ligne de conduite des associations contre les mutilations intersexes n'est pas de demander un arrêt total des interventions (puisque certaines sont nécessaires), mais plutôt de se concentrer sur la santé, le bien-être et les désirs du patient pour décider d'une chirurgie, au lieu de se baser sur l'esthétique.

Ce document est placé sous licence Creative Commons - BY-NC-SA 4.0

Vous êtes libres de partager ce document sous n'importe quelle forme et de le modifier en suivant les restrictions suivante : Pas d'utilisation commerciale, Crédit envers le créateur (avec lien vers l'original et en mentionnant les éventuelles modifications), utiliser la même licence si vous publiez vos modifications.