HAL
open science

Brèves réflexions philosophiques sur la normalisation des corps des personnes intersexuées

Lucie Dupin

To cite this version:

Lucie Dupin. Brèves réflexions philosophiques sur la normalisation des corps des personnes intersexuées. Médiations philosophiques, 2019. hal-01979419

HAL Id: hal-01979419

https://hal.science/hal-01979419

Submitted on 12 Jan 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

« Brèves réflexions philosophiques sur la normalisation des corps des personnes intersexuées »[1]

Lucie DUPIN
Membre du **GISS | *Alter corpus***
(*Association engagée auprès des personnes intersexuées*)

Introduction

Une personne intersexuée est une personne « *dont le corps sexué à la naissance ou durant la puberté ne répond pas aux définitions médicalement établies des sexes "femelle" et "mâle". Elle présente donc une combinaison de traits sexuels primaires (organes génitaux externes et internes) et secondaires (seins, pilosité, musculature et ossature) atypiques* »[2]. Les personnes intersexuées représentent entre 0,02% et 4% de la population mondiale[3]. En France, et comme dans d'autres pays d'ailleurs, ces personnes sont considérées comme malades par le corps médical[4]. Lorsque leur singularité est visible dès la naissance, celles-ci sont « traitées » afin de les conformer aux normes du « masculin » et du « féminin » retenues par la médecine et auxquelles elles dérogent. Pour se prononcer, les médecins s'appuient sur l'apparence des organes génitaux externes de l'enfant. Si l'organe sexuel mesure moins de 0,8 cm, il est considéré être un clitoris et l'enfant une fille, s'il mesure plus de 2,5 cm, il est considéré être un pénis et l'enfant un garçon[5]. Si le sexe de l'enfant ne correspond pas à ces standards, qu'il n'est donc pas *dyadique*, il est jugé « indéterminé » et l'enfant est pris en charge médicalement. En pratique, cela se traduit par des traitements hormonaux et des chirurgies dites de « conformation sexuée » (gonades retirées, vagin artificiel créé etc.) qui débutent dès l'enfance et peuvent se répéter jusqu'à l'adolescence voire toute la vie de la personne. Les complications découlant de cette prise en charge médicale sont multiples et lourdes : elles causent aux personnes concernées de graves souffrances physiques et psychologiques. Ces traitements médicaux et, plus fondamentalement, l'approche pathologique de l'intersexuation, sont vivement critiqués par la communauté Intersexe[6].

L'intersexuation est-elle une maladie ? Cette première question soulève à elle seule des enjeux de taille. Pathologiser une condition n'est en effet jamais sans conséquences : cela

---

[1] Nous remercions Elodie GIROUX, Mathieu LE MENTEC, Benjamin MORON-PUECH et Benjamin PITCHO pour leurs relectures et conseils avisés. Pour une approche un peu différente du même sujet, on renvoie à B. MORON-PUECH, « Aspects juridiques et éthiques des actes médicaux de conformation sexuée réalisés sur des personnes mineures », *Revue de droit de la santé*, Hors-série, 2013, nº 50, p. 200 s.

[2] Définition proposée par les membres du *Collectif Participes,* et la sociologue Janik BASTIEN-CHARLEBOIS (http://journalmetro.com/actualites/national/777076/petit-lexique-trans-et-intersexe-pour-les-neophytes/).

[3] Voir par exemple, qui retient le chiffre de 1,7% : A. FAUSTO-STERLING, « How sexually dimorphic are we ? Review and synthesis », *American Journal of Human Biology*, 2000, p. 151 s. Les statistiques comptant moins d'1% de personnes intersexuées ne tiendraient en réalité pas compte de toutes les variations possibles : V. GUILLOT, « Intersexes : ne pas avoir le droit de dire ce que l'on ne nous a pas dit que nous étions », *Nouvelles Questions Féministes* 2008, n°1, p. 37 s.

[4] Voir en ce sens, outre le discours médical ambiant, l'appréhension de l'intersexuation par le DSM-5 et le CIM-11, ou encore le Protocole national de diagnostic et de soins (PNDS) mise en ligne par la Haute Autorité de santé le 10 janvier 2018.

[5] S. J. KESSELER, *Lessons from the Intersexed*, Rutgers University Press, 1998, p. 100 s.

[6] Si la plupart des personnes intersexuées plaident en faveur d'une dépathologisation de l'intersexuation, certaines préfèreraient conserver cette reconnaissance. *In fine*, ce qui ressort de la lutte intersexe est la volonté de laisser le choix à la personne concernée.

implique le plus souvent un traitement médical, entraîne une stigmatisation des personnes concernées, assigne à celles-ci un rôle social de « malade », voire contribue à la construction de leur identité ; à l'inverse, cela peut entraîner une reconnaissance sociale et une prise en charge souhaitée du coût des traitements etc.

En tout état de cause, la prise en charge des personnes intersexuées telle qu'est est en pratique mise en œuvre par le corps médical respecte-elle les principes classiques dégagés par l'éthique médicale ? Cette seconde interrogation n'est pas moins importante. Le non-respect de certains principes éthiques engendrent en effet des conséquences, qui, au-delà de la morale *per se*, peuvent avoir des répercussions sociales et juridiques, étant entendu, par exemple, que le consentement à une opération chirurgicale mutilante est tout à la fois un impératif éthique et une condition de licéité dudit acte[7].

Cette brève étude se propose d'apporter quelques pistes à ce sujet, d'une part en analysant la classification de l'intersexuation comme pathologie à la lumière des réflexions élaborées en *philosophie de la médecine* sur le normal et le pathologique (I), d'autre part en confrontant la prise en charge médicale actuelle des personnes intersexuées à la lumière des principes classiques d'*éthique médicale* (II).

I/ L'appréhension de l'intersexuation au prisme de la distinction entre normal et pathologique

On définit assez classiquement la médecine comme « *une pratique soignante, personnalisée, accompagnée de science et de technique* »[8]. Les finalités de la médecine sont à première vue simples : préserver la santé, soigner la maladie. Aussi, qui dit maladie dit, sauf nuances sur lesquelles nous reviendrons, traitement médical. Mais alors, qu'est-ce qui est maladie et qu'est-ce qui ne l'est pas ? La santé est-elle l'absence de maladie et vice versa ? Peut-on réduire la maladie au pathologique et la santé au normal ? Et le *normal* au *nomal,* c'est-à-dire à la norme statistique ?

Toutes ces questions ont innervé ces deux derniers siècles et plusieurs courants doctrinaux s'en sont dégagés. Pour nous guider dans notre réflexion, nous exposerons succinctement les principales pensées en concurrence et les mettrons chaque fois en perspective avec la condition d'intersexuation. Nous nous proposons ainsi de confronter la question intersexe au courant normativiste, à la pensée de CANGUILHEM, au courant naturaliste et aux courants dits hybrides.

Selon les *normativistes*, la maladie n'est pas un fait naturel dont la médecine ne fait que rendre compte. Elle est un choix établi par une norme extérieure à la nature qui désigne tel état comme indésirable et donc pathologique et tel autre état comme désirable et donc sain. La question n'est alors pas de savoir si les concepts de maladie ou de santé correspondent effectivement à des états naturels distincts, mais de savoir comment il sont *définis*[9]. Selon elleux, c'est donc une norme, irréductible à la nature, qui les caractérisent, que celle-ci soit axiologique (est pathologique ce qui doit être traité), pragmatique (est pathologique ce qui rend incapable à

[7] C'est ce que prévoit notamment l'article 16-3 du Code civil.
[8] D. FOLSCHEID « La question de la médicalité », in *Philosophie, éthique et droit de la médecine*, PUF, 1997.
[9] B. de TOFFOL, M. LEMOINE *et alii*, *Manuel de sciences humaines en médecine*, Ellipses, 2ème édition, 2013, p. 61 s.

l'action) ou eudémoniste (est pathologique ce qui entrave l'aptitude à atteindre ses buts vitaux)[10]. En bref, les normativistes réfutent l'idée selon laquelle les concepts de santé et de maladie seraient réductibles à des états naturels objectifs et dénués de valeurs culturelles et sociales.

En ce sens, si l'intersexuation est classée comme une maladie, ce n'est pas parce qu'elle *est* objectivement une maladie dans la nature, mais parce qu'elle est *dite* maladie. Il aurait pu en être autrement, et il peut en être autrement à l'avenir, de même que l'homosexualité a pu être jugée pathologique par le passé et ne l'est plus aujourd'hui[11], non pas en raison de l'avancée de la science, mais en raison d'une évolution des valeurs dans la société[12]. Les normes qui prescrivent la binarité au détriment de l'intersexuation sont sans doute sociales (il est facile, bien que simplificateur, de penser la société en termes d'oppositions binaires) et religieuses (Dieu aurait créé seul·es l'Homme et la Femme). Et si la plupart des peuples appréhendent le sexe en termes binaires, ce n'est pas parce que la binarité est un fait naturel universel, mais parce que ces peuples partagent des valeurs culturelles et sociales de base qui implique une telle conception. L'approche normativiste, si elle n'est pas dans l'absolu exempte de critiques, offre une grille de lecture intéressante permettant de relativiser ces classifications.

Selon CANGUILHEM, la norme qui prescrit ce qui est pathologique et ce qui ne l'est pas, est la vie elle-même. A cet égard, cet auteur peut difficilement être rangé parmi les normativistes classiques, au point que certain·es chercheur·ses le qualifient de *naturaliste antiréductionniste*[13]. Ceci étant dit, en tant qu'il est l'un des plus grands théoriciens de la question du normal et du pathologique, sa pensée nous intéresse. Pour lui, la vie est naturellement polarisée de telle sorte qu'elle commande d'elle-même ce qui est désirable et ce qui ne l'est pas. La santé n'est alors pas une norme, mais le pouvoir de se donner des normes. Elle est capacité à s'adapter. Est malade, non pas celui qui traverse un état pathologique passager, mais celui qui n'arrive pas à s'en relever. En cela, CANGUILHEM défend un *normativisme biologique*. S'ajoute également l'idée selon laquelle il faut appréhender l'individu comme un tout : ce n'est jamais un organe qui est malade, mais une personne. Pour lui, une personne n'est donc *anomale* que par rapport aux autres, *anormale* que par rapport à la tendance naturelle de la vie, est n'est *malade* qu'en référence à elle-même. Le sujet participe donc de l'évaluation de la présence ou non d'une maladie. Pour ces raisons, CANGUILHEM défend un *normativisme* qui est toujours *relatif à l'individu.*

A cet égard, l'intersexuation doit être évaluée à l'aune de deux éléments : d'une part la tendance normative de la vie, d'autre part l'appréhension de sa condition par la personne intersexuée elle-même. Le fait que les personnes intersexuées soient anomales, c'est-à-dire statistiquement exceptionnelles, ne suffit pas à les considérer comme pathologiques. L'intersexuation est-elle « anormale » au sens où l'entend CANGUILHEM ? La question est délicate. Cela dépend des formes d'intersexuation, selon que celles-ci affectent ou non la capacité normative de l'être. En tout état de cause, la qualification de l'intersexuation comme « maladie » ne peut s'exonérer du ressenti de la personne intersexuée elle-même[14].

---

[10] M. LEMOINE, *Introduction à la philosophie des sciences médicales*, Hermann, 2017, p. 21 s.
[11] Selon le DSM. Ce qui implique qu'elle le reste dans d'autres cultures que la nôtre.
[12] P-O. METHOT, « Les concepts de santé et de maladie en histoire et en philosophie de la médecine », *Revue Phares,* 2016, n°4, p. 9 s.
[13] Voir en ce sens : E. GIROUX, *Après Canguilhem, définir la santé*, PUF, 2010.
[14] Dans ses cours de 1942-43 sur « Les normes et le normal », (Fonds CAPHÈS), spéc. p. 75 s. de la section « De la monstruosité » (qu'il définit sans connotation négative), CANGUILHEM envisage la question de l'hermaphrodisme. Néanmoins la définition qu'il en a semble réductrice et ne pas couvrir tous les cas d'intersexuation que l'on connaît.

Selon les *naturalistes*, la maladie est un fait naturel objectif que la médecine ne fait que décrire. Cette approche n'exclut pas certains aspects normatifs liés à la maladie, comme l'est par exemple la marginalisation des personnes malades, mais ces aspects ne sont pas définitoires du concept, ils s'y superposent seulement. Christopher BOORSE, au travers de sa théorie biostatistique (TBS), en constitue le plus grand représentant. Comme les normativistes, il considère que la normalité statistique ne permet pas de distinguer le normal du pathologique (il y a ainsi des traits statistiquement normaux qui sont pathologiques comme les caries et des traits statistiquement anormaux qui sont sains, comme la rousseur). Plus exactement, l'anormalité statistique *ne suffit pas* à caractériser le pathologique. A l'inverse des normativistes, il prétend ainsi pouvoir identifier des critères naturels déterminants de la maladie. Il faut selon lui que cette irrégularité soit associée à un dysfonctionnement biologique[15], c'est-à-dire qu'un organe échoue à sa contribution à la survie ou à la reproduction de l'individu, celles-ci étant considérées par lui comme des fonctions essentielles. Les capacités de l'individu étant au demeurant mises en perspective avec ce qu'il appelle sa « classe de référence », à savoir son âge et son sexe (homme ou femme).

En ce sens, l'intersexuation peut-elle être qualifiée « objectivement » de maladie ? Si elle ne nuit pas à la vie, l'état d'intersexuation peut parfois affecter les capacités reproductives de la personne concernée. Elle constituerait donc un « dysfonctionnement biologique » dont la limite d'efficience a été établie par un seuil statistique. Dès lors, l'intersexuation serait pathologique seulement lorsqu'elle est accompagnée d'infertilité. Mais cette vision a pu essuyer plusieurs critiques[16]. Tout d'abord, la démarcation du niveau statistiquement « normal » d'efficience fonctionnelle semble difficile à fixer « naturellement ». Ensuite, alors qu'il prétend s'affranchir de toute norme culturelle, BOORSE fonde sa théorie sur la notion de « classe de référence » qui se fonde à son tour sur une bicatégorisation du sexe dont il ne justifie pas, – et pour cause –, le caractère purement naturel. Enfin, la reproduction n'est une fonction vitale que pour l'espèce, pas pour l'individu. Finalement, toute la pensée de BOORSE, alors pourtant qu'elle se veut purement descriptive et non-normative, est basée sur l'idée qu'il n'y a naturellement que deux sexes et qu'il sont faits pour se reproduire, ce qui constitue immanquablement un présupposé hétéronormatif[17].

Celui-ci soutient en tout cas une approche non-essentialiste de la question, considérant que « la différence des sexes n'est pas une distinction absolue de caractères biologiques ou hormonaux » que le sexe est un *continuum*, que « les sexes [masculin et féminin] ne sont pas des formes qui s'excluent », et qu'en cas d'anomalie sexuée, « la forme est une indication, la fonction est une orientation, le choix est normatif ». Dans ses *Nouvelles réflexions*, écrites une vingtaine d'années d'après son œuvre phare *Le Normal et le Pathologique,* CANGUILHEM envisage le cas d' « erreurs », comme troubles originels, non-causés par des causes extrinsèques, ayant alors à l'esprit les malformations génétiques. On peut penser que ce concept d'erreur s'appliquerait pour lui aux cas d'intersexuation impliquant des dysfonctionnements organiques. Mais cette approche ne dispense pas que le ressenti de la personne doit également être pris en compte, disqualifiant ainsi ici aussi l'intersexuation de maladie pour les personnes se considérant en bonne santé.

[15] BOORSE retient une conception systémique et non étiologique de la fonction biologique.

[16] On renvoie ici au brillant article suivant : S. SAVARD-LAROCHE, « Sexes et reproduction : Boorse face à la critique féministe », *Revue Phares*, 2016, n°4, p. 91 s.

[17] Rappelons à cet égard que pour BOORSE, l'homosexualité est « objectivement » et « naturellement » une pathologie, – *disease* – (mais pas nécessairement une maladie, – *illness* –).

D'autres approches, hybrides[18], permettent de penser autrement la santé et la maladie. Selon une forme de normativisme modéré, proposé par LENNOX, la santé serait simplement synonyme de « vie non-compromise », ce qui couvrirait donc l'intersexuation. Selon une autre conception, à certains égards proche de celle de LENNOX, NORDENFELT propose que la santé soit la simple capacité, pour une personne, de poursuivre ses buts vitaux dans des circonstances ordinaires[19], ce qui inclurait là aussi la condition d'intersexuation. Enfin, selon l'analyse du dysfonctionnement préjudiciable (HDA) de WAKEFIELD, seul un dysfonctionnement[20] causant un préjudice serait une maladie. Ici, tout dépendra de ce que l'on vise par « préjudice » : s'il n'est évalué que depuis le référentiel individuel de la personne intersexuée, l'intersexuation pourra être jugée saine, mais non si l'on couvre les atteintes symboliques « subies » par la société ; mais cette dernière option semble exagérément extensive[21].

Somme toute, force est de constater que seule une approche purement *naturaliste* permet à coup sûr de qualifier l'intersexuation de maladie. Et c'est effectivement la posture que semble adopter le corps médical, puisque celui-ci a pour habitude de dire aux parents qu'il va découvrir et rendre à leur enfant son « vrai sexe »[22]. Plus encore, lorsqu'ils créent artificiellement un vagin dans le but qu'il soit capable de recevoir un pénis de taille standard et avoir donc des relations sexuelles prétendument « classiques », les médecins ne pensent l'avenir de l'enfant qu'en termes hétérosexuels[23]. Ce discours, essentialiste, binariste et hétéronormatif recouvre une dimension dogmatique qui l'expose aux critiques[24]. Une question surgit alors d'elle-même : comment se fait-il que le corps médical pense à l'unisson de la sorte ? Outre le fait évident que, comme tout autre groupe social, il soit influencé par des normes sociales qui le transcendent et qui sont binaristes et hétéronormatives, il est difficile de ne pas voir dans la formation médicale elle-même un facteur explicatif de cette doxa naturaliste. Les études médicales accordent en effet une place marginale et résiduelle, – et souvent peu chérie par les futur·es médecins –, aux sciences humaines et sociales[25]. L'idée que la médecine revêt une dimension prescriptive, voire même performative[26], est peu enseignée.

II/ La prise en charge des personnes intersexuées au prisme de l'éthique médicale

Pour certain·es philosophes, – à l'instar d'HESSLOW –, la question de la démarcation *théorique* entre normal et pathologique est sans intérêt. Ce qui compte, c'est l'approche *pratique* de

[18] Sur celles-ci, voir par exemple : E. GIROUX, *Après Canguilhem, op. cit.*
[19] La santé n'étant pas alors exclusive de la maladie, du moment que cette dernière n'affecte pas la poursuite desdits buts vitaux. Toutefois, cette définition a fait l'objet de nombreuses critiques.
[20] WAKEFIELD retient pour sa part une conception étiologique (et évolutionniste) de la fonction.
[21] C'est toutefois la conception retenue par BOLTON (P-O. METHOT, préc.)
[22] C. KRAUS *et alii*, « Démédicaliser les corps, politiser les identités : convergences des luttes féministes et intersexes », *Nouvelles Questions Féministes,* 2008, n°1, p. 4 s.
[23] B. MORON-PUECH & C. COUSIN « La normalisation médicale du corps des personnes vulnérables », *La personne, corps et esprits*, séminaire du Laboratoire de sociologie juridique, Université Panthéon-Assas, 22 février 2018, à paraître.
[24] Voir en ce sens : J. DESCARPENTRIES & F. VAZQUEZ GARCIA, « Corps sexués, corps normatifs. L'intersexualité et le binarisme dans l'éducation sexuelle (après le consensus Statement, 2006) », *Corps,* 2016, n°1, p. 79 s.
[25] D. FOLSCHEID & J-F. MATTEI, « Médecine et société », *in Philosophie, éthique et droit de la médecine*, *op. cit.* et B. MORON-PUECH & C. COUSIN, préc. Soulignons toutefois que le temps consacré en médecine aux sciences humaines et sociales semble aller en s'accroissant.
[26] Sur cette idée de performativité : H. T. ENGELHARDT, *Les fondements de la bioéthique*, Les Belles Lettres, 2015, p. 133 s.

la maladie. Il y a effectivement des pathologies qu'on diagnostique mais que l'on ne prend pas en charge médicalement car elles n'influent pas le cours de la vie de la personne concernée, et inversement. Le malade a-t-il fait une demande auprès du médecin ? Comment ce dernier doit-il réagir ? Quel est le but de l'action médicale : la Santé…ou la personne ?[27] Voilà quels seraient finalement les véritables enjeux de la médecine. La question intersexe peut donc, indépendamment des considérations théoriques, se penser en ces termes.

L'éthique médicale est née de ces interrogations, à la suite notamment des expérimentations humaines effectuées par des médecins sous le IIIe Reich. Partant du constat que le relation médecin-patient est par nature asymétrique[28], le médecin disposant d'un pouvoir, le *pouvoir médical*[29], et le patient présentant une vulnérabilité, – qu'il s'en prévale ou qu'on lui assigne –, l'éthique médicale s'est attachée à dégager des principes réglant la conduite et les devoirs du soignant. Si l'éthique médicale est en elle-même récente, ces questionnements sont aussi vieux que l'art médical : la technique a évolué, mais les principes se sont étonnement conservés[30]. Ils ont simplement été repensés, systématisés, réaffirmés[31].

On en dégage classiquement quatre[32] : le *principe de non-malfaisance* (le fameux « primum non nocere » d'Hippocrate) qui enjoint à ne pas exposer le patient à un mal autre que celui visant le rétablissement final de sa santé, le *principe de bienfaisance*, qui enjoint le médecin à toujours rechercher le bien de son patient, ce qui implique la prise en compte de son seul intérêt et le désintéressement du médecin, le *principe d'autonomie*, qui impose le respect du choix du patient concernant sa vie et sa santé, ce qui sous-tend que lui soit délivrée une information claire, loyale et appropriée lui permettant de consentir, et, plus largement, de choisir[33], de manière libre et éclairée, et le *principe de justice*, qui condamne toute discrimination injustifiée dans la pratique médicale.

Lorsque les médecins opèrent les enfants intersexués ne présentant aucune complication physique liée à leur intersexuation, au risque, systématiquement avéré, de leur laisser de lourdes séquelles physiques et psychologiques, respectent-iels vraiment le principe de non-malfaisance ? Lorsqu'iels opèrent pour des raisons de conformation sociale ou pour rassurer les parents qui veulent appeler leur enfant « ma fille » ou « mon fils », agissent-iels dans le seul intérêt du patient ? Lorsqu'iels cachent aux parents, ou à l'enfant plus tard, l'intersexuation de sa condition, leur permettent-iels de consentir de manière libre et éclairée au traitement proposé ?[34] En imposant leur conception de ce qui serait bien pour le patient sans offrir aux parents de ce dernier, – qui le représentent légalement –, de réelle alternative, ne versent-iels pas dans un paternalisme contestable, allant à l'encontre du modèle autonomiste qui guide aujourd'hui

---

[27] D. FOLSCHEID & J-J. WUNENBURGER, « La finalité de l'action médicale », *in Philosophie, éthique et droit de la médecine, op cit.*

[28] B. HOERNI & T. SAURY, *Le consentement, autonomie et décision médicale*, Masson, 1998, p. 17 s.

[29] H. BRUNSWIC & M. PIERSON (dir.), *Initiation à l'éthique médicale*, Vuibert, 2002, p. 8 s. Voir aussi : L. PORTES, *A la recherche d'une éthique médicale*, Masson, 1964, p. 155 s.

[30] W. RIESE, *La pensée morale en médecine : premiers principes d'une éthique médicale*, PUF, 1954, p. 19 s.

[31] Le Code de Nuremberg de 1947 et le Rapport Belmont de 1979 en constituent les premières manifestations.

[32] Pour un exposé détaillé de ces principes : T. BEAUCHAMP & J. CHILDRESS, *Les principes de l'éthique biomédicale*, Les Belles Lettres, 2008, p. 89 s. Par ailleurs, le principe de responsabilité proposé par Hans JONAS, recoupant notamment le principe de non-malfaisance, n'a pas été développé ici.

[33] Sur l'idée que le principe d'autonomie ne confère pas un simple droit à consentir du type acquiescement, mais un véritable droit à être acteur du choix : D. SICARD, *L'éthique médicale et la bioéthique*, PUF, 3ème édition, 2013, p. 75 s.

[34] Pour une affaire où le consentement à l'opération a fait défaut : Cass. Crim, 06 mars 2018, n°17-81.777, inédit.

l'éthique médicale ?[35] Ne rendent-iels pas *in fine* malades des corps jusqu'alors sains, allant ainsi à l'encontre de la finalité de la médecine ? Cette poursuite d'une « réparation » de ce que la nature aurait « raté » ne s'apparente-t-elle pas à une forme de méliorisme ou d'anthropotechnie qui prête plus largement le flanc à la critique d'un point de vue éthique ?[36]

Depuis les années 1990, a émergé en médecine un nouveau paradigme, le paradigme de la *justification*, exigeant que la pratique des médecins repose sur un corpus de savoirs spécialisé, actualisé et justifié[37]. Fortes de cette approche critique de la médecine, les personnes intersexuées s'inscrivent en faux des pratiques de normalisation sexuée. Au-delà des questions éthiques, c'est l'illicéité même de ces actes qui est depuis lors pointée : certain·es chercheur·ses[38] ainsi que plusieurs instances internationales[39] affirment que ces pratiques médicales sont contraires au droit médical et ne respectent pas les droits fondamentaux des personnes concernées. Ne serait-il pas temps d'en changer ?

---

[35] J. LAGREE, *Le médecin, le malade et le philosophe*, PUR, 2017, p. 97 s, ; R. ZITTOUN & B-M. DUPONT, *Penser la médecine – Essais philosophiques*, Ellipses, 2002, p. 9 s. ; et pour un constat pour partie critique de cette tendance : S. RAMEIX, *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*, Ellipses, 1996, p. 91 s.

[36] Sur les questions de méliorisme et d'anthropotechnie, voir : D. FOLSCHEID & J-J. WUNENBURGER, « La médecine de l'amélioration », *in Philosophie, éthique et droit de la médecine, op cit.* et B. de TOFFOL, M. LEMOINE *et alii*, *op. cit.* p. 61 s.

[37] P. CHOUTET & B. BIRMELE, « Malade : un métier ? Utilisateur ou acteur du système de santé ? », *Revue d'éthique et de théologie morale*, 2006, n°2, p. 105 s. Sur l'idée de paradigmes en histoire de la médecine, voir : B. de TOFFOL, M. LEMOINE *et alii*, *op. cit.* p. 25 s. et B-M. DUPONT, « Épistémologie du raisonnement médical contemporain », *in Traité de bioéthique. I – Fondements, principes, repères.* ERES, 2010, reprenant une classification élaborée par B. GRENIER.

[38] B. MORON-PUECH, *Les intersexuels et le droit*, Mémoire de Master II, D. Fenouillet (dir), Université Paris II – Panthéon-Assas, Banque de mémoires, 2010, n°s 67 et s. ; M.-X. CATTO, *Le principe d'indisponibilité du corps humain*, limite de l'usage économique du corps, Thèse, Nanterre – La Défense, 2014, n° 557 ; B. MORON-PUECH, « Le droit de personnes intersexuées. Chantiers à venir. 2e partie », *La Revue des droits de l'Homme*, 2017, n° 11, note 54.

[39] ONU, Comité des droits de l'enfant, Observations finales sur le deuxième rapport périodique de l'Afrique du Sud, 26 oct. 2016, CRC/C/ZAF/CO/2, § 39-40 ; ONU, Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, *Observations finales sur les quatrième et cinquième rapports combinés de la Suisse,* , CEDAW/C/CHE/CO/4-5, 25 nov. 2016, § 24-25 ; Union Européenne, Parlement Européen, *Résolution sur la promotion de l'égalité des genres en matière de santé mentale et de recherche clinique*, n° 2016/20196(INI), 14 févr. 2017, cons. BC et § 61.