



Pour une approche globale des pratiques de modifications génitales féminines. Les cas de l'excision et de la labioplastie.

Marie Lesclingand

► To cite this version:

Marie Lesclingand. Pour une approche globale des pratiques de modifications génitales féminines. Les cas de l'excision et de la labioplastie.. 2019. hal-02110298v2

HAL Id: hal-02110298

<https://hal.science/hal-02110298v2>

Preprint submitted on 26 May 2020

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.

Titre : Pour une approche globale des pratiques de modifications génitales féminines. Les cas de l'excision et de la labioplastie.

Title: For a global approach to female genital modification practices. The cases of female genital cutting and labiaplasty.

Autrice : Marie LESCLINGAND, Université Côte d'Azur, Université Paris Diderot, CNRS, IRD, URMIS, France

Coordonnées professionnelles :

Laboratoire URMIS (UMR205) - MSH (Bâtiment SJA3)

Pôle Universitaire St Jean d'Angely

24, avenue des Diables Bleus

06357 Nice Cedex 4

Tél : 33 (0) 4 89 15 23 40

E-mail : Marie.LESCLINGAND@univ-cotedazur.fr

Nombre de signes (notes et espaces compris) : 50 633

(61 876 en incluant la liste des références bibliographiques, pp. 21-22)

Résumé :

Alors que les interventions de modifications des organes sexuels féminins ont une longue histoire dans plusieurs régions du monde, les représentations qui leur sont associées aujourd'hui dans les sociétés occidentales restent fortement ancrées dans des schémas binaires. Les pratiques d'excision longtemps pensées comme exclusivement africaines sont ainsi qualifiées de « mutilations » tandis que certaines formes de chirurgies sexuelles similaires à l'excision du point de vue de l'altération faite aux parties génitales, comme les labioplasties, relèvent du cosmétique. À partir d'une revue de la littérature scientifique traitant de ces deux pratiques dans différents contextes géographiques et dans différentes disciplines, cet article propose de revenir à la fois sur les principaux éléments de dissemblance entre les deux pratiques mais également sur leurs points de rapprochement et propose de les envisager conjointement dans une approche globale sous le terme de modifications génitales féminines et de s'interroger sur les implications juridiques, médicales et scientifiques d'une approche conjointe.

Mots-clés : excision, chirurgie sexuelle cosmétique, genre, sexualité, médicalisation.

Abstract:

Interventions to modify female sexual organs have a long history in several parts of the world but their associated representations in Western contemporary societies remain strongly rooted in binary patterns. Thus, Female Genital Cutting that have long been thought of as exclusively African are described as “mutilation”, while certain forms of sexual surgery similar to Female Genital Cutting in terms of alteration of the genitalia are considered cosmetic. This article is relying on a review of the scientific literature dealing with these two practices in different geographical contexts and in different disciplines. This article proposes to examine the main elements of dissimilarity between the two practices but also to their points of rapprochement and finally proposes to consider them together in a global approach under the term female genital mutilation and to question its implications for law, medicine and scientific research.

Keywords: female genital cutting, female genital cosmetic surgery, gender, sexuality, medicalization.

Introduction

Les pratiques de modifications des corps sexués ont une longue histoire et existent dans de nombreuses et diverses sociétés. Dans le monde actuel globalisé, d'anciennes pratiques perçues comme « traditionnelles » co-existent avec des interventions chirurgicales « modernes » liées au développement des biotechnologies (Griffin et Jordal, 2019). C'est tout particulièrement le cas des pratiques d'excision, qualifiées de « mutilations » et qui sont largement appréhendées par les pouvoirs publics et les organismes internationaux comme des formes de violences contre les femmes et d'atteinte aux droits fondamentaux (Andro et Lesclingand, 2016). En revanche, certaines formes de chirurgie sexuelles cosmétiques, comme les labioplasties, similaires aux premières du point de vue de l'altération corporelle subie, sont en voie de se banaliser et sont envisagées comme des interventions d'embellissement des corps répondant à des choix individuels (Martin, Bendjama et Bessette-Viens, 2018).

La question de l'excision a été explicitement envisagée comme un problème relevant de la communauté internationale¹ depuis la fin des années 1950. À partir de cette date, les pratiques d'excision, si elles n'ont jamais cessé de faire l'objet de débats et de controverses, ont suscité contre elles une large mobilisation des grands organismes internationaux. En 2008, dans la première déclaration inter-institutions², les « mutilations sexuelles féminines » englobent « toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et/ou toute autre lésion des organes génitaux féminins pratiquée à des fins non thérapeutiques » (OMS, 2008). Les chirurgies sexuelles cosmétiques qui se sont développées à partir des années 1990 dans les pays industrialisés, entrent dans le domaine plus large de la chirurgie esthétique (Martin, Bendjama et Bessette-Viens, 2018). Apparue un siècle plus tôt, cette branche de la médecine définit « des interventions réalisées à des fins esthétiques sur des corps ne présentant ni pathologie, ni anomalie congénitale, ni handicap fonctionnel » (Guirimand, 2005). Ces nouvelles chirurgies entrent donc dans la définition des « mutilations sexuelles féminines » de l'OMS. La déclaration inter-institutions de 2008 les évoque d'ailleurs comme des pratiques correspondant à la définition des « mutilations génitales féminines » mais légalement acceptées dans de nombreux pays et généralement non considérées comme des mutilations. La position des organismes internationaux signataires était alors de conserver une définition large des « mutilations sexuelles féminines » (i.e. incluant donc les chirurgies sexuelles cosmétiques) « afin d'éviter les échappatoires qui pourraient permettre à la pratique

¹ Résolution 680-XXVIBII Conseil économique et social des Nations unies, ONU, 1958.

² HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM.

de perdurer » (OMS, 2008, p. 33), ce qui aurait dû impliquer une recommandation d'interdiction de toutes les pratiques.

Une décennie plus tard, loin d'être devenues illégales, les chirurgies sexuelles cosmétiques se sont popularisées dans de nombreux pays occidentaux et tout particulièrement auprès des jeunes femmes et adolescentes (Wood, 2017). En revanche, si les organismes internationaux ont poursuivi leurs campagnes de lutte contre les « mutilations génitales féminines » avec notamment partout dans le monde une extension et un durcissement de l'arsenal pénal et juridique, la perspective d'une définition « large » a été abandonnée. Ainsi, en 2018, dans un document de l'organisation mondiale de la santé, on peut lire : *« Bien que des parallèles puissent exister entre les mutilations génitales féminines (MGF) et les opérations de chirurgie esthétique génitale (qui incluent la réduction des lèvres ou le rétrécissement du vagin en raison de normes sociales, culturelles ou communautaires qui prônent une esthétique particulière de la beauté de la femme et des corps féminins conformes), les principales différences sont évidentes. Les MGF [...] auxquelles il est fait référence dans le présent document sont le résultat d'une intervention pratiquée sur des personnes sans leur consentement éclairé ou qui sont fortement contraintes, directement ou indirectement, à subir ces mutilations qui ne présente aucun avantage médical. Les raisons sous-jacentes à la pratique des mutilations génitales féminines dans le contexte évoqué ici perpétuent une inégalité entre les sexes profondément ancrée et constituent une violation des droits humains. (OMS, 2018, p. 10).* Finalement, l'argumentaire développé ne porte que sur des spécificités supposées des « mutilations génitales féminines » visant à distinguer, voire même opposer les deux ensembles de pratiques.

Cet article propose d'interroger l'évidence des principales différences explicitées dans la déclaration de l'OMS à partir de la comparaison de deux formes de « modifications génitales féminines », l'excision d'un côté et la labioplastie de l'autre qui seront tout d'abord définies et situées géographiquement et historiquement. Il s'agira ensuite de revenir d'une part sur les éléments de dissemblance entre les deux pratiques à travers les termes utilisés pour les désigner, les chiffres produits pour les compter, et les contextes juridiques qui les encadrent mais également sur des points de rapprochement liés à la question des rapports de genre et de la sexualité et à leur médicalisation. La dernière section proposera alors un cadre d'analyse permettant de les penser conjointement sous le terme global de « modifications génitales féminines » et s'interrogera sur ses implications au niveau juridique, médical et scientifique plus particulièrement dans le contexte français. Cet article s'appuie sur une revue de la

littérature scientifique traitant de ces deux pratiques dans différents contextes géographiques - avec un focus particulier sur le contexte français - et relevant de plusieurs disciplines - sociologie, anthropologie, démographie, science politique, droit, histoire, médecine. Cette pluri-disciplinarité traduit les nombreuses questions de recherche que soulèvent ces pratiques en termes de droits humains et de droits à la santé, de médicalisation de la sexualité et du corps féminin, de santé sexuelle, de rapports de genre et d'éthique dans le monde médical. Et ces questions se posent tout particulièrement dans les sociétés contemporaines marquées par leur diversité et les circulations des personnes, des normes et des pratiques.

L'excision et la labioplastie : des modifications des parties génitales similaires

Dès 1997, l'organisation mondiale de la santé a proposé une première classification des « mutilations génitales féminines », qui a été révisée en 2007 afin de cerner plus précisément la variété des pratiques. La typologie est construite selon une double logique de gravité liée à l'étendue de l'ablation et au type de procédure réalisée au moment de la mutilation (coupure et/ou couture). Dans cette classification, l'excision correspond au type II et est définie ainsi : « Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres » (OMS, 2008). L'excision est la principale forme de « mutilation génitale féminine » pratiquée dans le monde, les « mutilations » de type III, plus connues sous le terme d'infibulation, sont plus rares et très localisées dans certaines régions, notamment à l'est du continent africain (Érythrée, Djibouti, Somalie) (Andro et Lesclingand, 2016).

Les chirurgies cosmétiques de l'appareil génital féminin recouvrent des pratiques variées : chirurgie des lèvres, du capuchon clitoridien, de l'hymen, du pubis, du vagin et du périnée postérieur (Foldès, Droupy et Cuzin, 2013). Parmi elles, la labioplastie, connue également en France sous le nom de nymphoplastie³, est l'intervention la plus pratiquée et ayant connu la plus forte augmentation depuis ces dernières années dans plusieurs pays occidentaux (États-Unis, Australie, Royaume-Uni, Suisse, France), d'après l'International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS). L'opération consiste en « une ablation partielle ou totale des petites lèvres avec la possible ablation de la partie émergente du clitoris, de la réduction du capuchon clitoridien ou du repositionnement du clitoris » (Braun, 2005).

³ Dans la classification commune des actes médicaux (CCAM), l'intervention est désignée sous le libellé de « nymphoplastie de réduction » avec le code JMMA005.

Ainsi, l'excision comme la labioplastie constituent des formes d'atteinte aux parties génitales féminines similaires dans la mesure où les deux interventions entraînent une modification des petites et/ou des grandes lèvres et/ou du clitoris à des fins non thérapeutiques.

L'origine des « mutilations génitales féminines » remonterait à l'Égypte antique (Couchard, 2003) mais les actes autoritaires d'intervention sur les sexes féminins ne sont pas étrangères au monde occidental : la pathologisation de certaines pratiques sexuelles et tout particulièrement celle de la masturbation féminine a conduit à mettre en œuvre des opérations de clitoridectomies en Europe et aux États-Unis du début du XIX^e au début du XX^e (Gardey, 2019). En un peu plus d'un siècle, la chirurgie des organes génitaux est passée « du domaine de la répression du plaisir à celui de son épanouissement » (Erlich, 2007, p. 180). Et les chirurgies sexuelles cosmétiques qui apparaissent comme des pratiques très récentes (début du XXI^e) se situent finalement « dans la filiation directe des mutilations sexuelles qui ont jalonné l'histoire » (Erlich, 2007).

Ces pratiques s'inscrivent dans des contextes historiques et socio-culturels spécifiques mais dont les histoires se sont croisées durant la période coloniale. Tout au long du XIX^e siècle, la littérature médicale européenne se préoccupe de l'hypersexualité des femmes, traitée comme nymphomanie tandis qu'en pleine période d'expansion coloniale, les recherches sur les races humaines et notamment sur les populations africaines construisent des préjugés raciaux et sexuels sur les africain·es. Les caractères sexuels et la sexualité des hommes et des femmes africain·es y ont été particulièrement étudiés : du côté des femmes, leur supposée hypersexualité se serait traduite par des organes génitaux déformés et notamment hypertrophiés, apportant une justification aux pratiques d'excision. Si l'hyper-sexualité associée aux femmes africaines s'est aussi retrouvée du côté des femmes européennes, pour ces dernières, elle a été traitée comme une pathologie tandis que pour les premières, elle a constitué un « trait racial » (Peiretti-Courtis, 2016).

Longtemps associées au continent africain du fait de leur très ancienne origine en Égypte et par le nombre important de pays africains concernés, les « mutilations génitales féminines » sont aujourd'hui une réalité mondiale. Des études récentes ont en effet montré qu'elles étaient pratiquées dans d'autres régions du monde où l'ampleur du phénomène était jusqu'à présent mal connue, comme dans certains pays du Proche et Moyen-Orient (Irak, Yémen) et en Asie, tout particulièrement en Indonésie et en Malaisie. Par ailleurs, la mondialisation des flux migratoires a conduit, depuis plusieurs décennies, à l'installation dans les pays du Nord d'hommes et de femmes originaires de régions historiquement concernées par ces pratiques (Andro et Lesclingand, 2016).

Dans ces pays d'immigration, les pratiques de « mutilations génitales féminines » sont considérées comme une question de santé publique interne conduisant à la mise en place d'actions orientées à la fois vers la prévention des risques pour les petites filles mais aussi vers la prise en charge des femmes ayant subi une « mutilation ». La France est l'un des pays où ces courants migratoires sont les plus anciens et où les actions à la fois préventives et répressives ont été mises en place dès les années 1980. Si elles ont conduit à la quasi-disparition de ces pratiques sur le territoire français, un risque persiste toujours, notamment en cas de retour temporaire dans le pays d'origine (Lesclingand, Andro et Lombart, 2019). Comme d'autres pratiques associées à des populations féminines minorisées et souvent issues des anciennes colonies françaises⁴, les pratiques d'excision apparaissent, dans le débat public, comme un problème social à l'intersection des questions sexuelles et raciales (Fassin, 2006). Les chirurgies sexuelles cosmétiques pratiquées sur une population féminine aux contours socio-démographiques mal connus mais non altérée se sont d'abord constituées en objets de discours dans l'univers de la mode et de la beauté féminine et en objets de promotion sur les sites des chirurgiens les pratiquant. Et même si elles commencent à faire l'objet de controverses, notamment dans le milieu médical, elles ne sont pas (encore) débattues dans l'espace public comme des questions politiques et éthiques liées aux statuts féminins.

Dans plusieurs pays occidentaux où ces deux formes de pratiques coexistent, les pratiques d'excision apparaissent alors comme « le miroir inversé négatif » des chirurgies sexuelles cosmétiques (Bader, 2016). Les pratiques d'excision, associées à des femmes marquées par leur origine ethnique, sont ainsi réprouvées et pénalement sanctionnées tandis que les chirurgies sexuelles cosmétiques réalisées sur des femmes non altérées peuvent être éventuellement discutées sans faire pour autant l'objet de forte condamnation morale et d'interdit juridique. Parmi les éléments de contraste entre les deux pratiques, figurent notamment les termes employés pour les désigner, les chiffres mobilisés pour les documenter et les contextes législatifs les encadrant.

« Mutilations » versus « chirurgies cosmétiques : la force des mots, des chiffres et des lois *Ce que nommer veut dire*

Le vocabulaire désignant les pratiques d'excision a évolué en parallèle de la mobilisation internationale visant à les faire disparaître. Avant les premières mobilisations, ces pratiques avaient été particulièrement décrites par les anthropologues dont les approches avaient mis l'accent sur les aspects rituels en les désignant sous le terme de circoncision féminine en

⁴ La polygamie, le port du voile, les « tournantes »

référence aux rites de passage à l'âge adulte qui comprenaient, dans de nombreuses sociétés africaines, les pratiques de circoncision masculine et féminine (Sindzingre, 1977). En 1958, alors que l'organisation des Nations Unies se saisit pour la première fois de ce sujet, elles sont alors décrites comme « des opérations rituelles fondées sur la coutume », terminologie reprise par l'OMS un an plus tard (WHO, 1959). À partir du milieu des années soixante-dix, sous l'influence des mouvements féministes, le prisme par lequel ces pratiques sont désormais appréhendées rejette complètement le parallélisme avec la circoncision masculine et les réinscrit dans la question plus générale des rapports sociaux inégalitaires entre les hommes et les femmes (Sindzingre, 1977). En outre, à l'initiative de l'Organisation Mondiale de la Santé, un groupe de travail se mobilise sur la question des « effets sur la santé des femmes et des enfants » et produit un rapport qui fera date puisqu'il constitue à la fois la première mesure de l'ampleur des pratiques (limitée au continent africain) et la première recension sur les conséquences médicales de la pratique (Hosken, 1979). C'est la mise en exergue des conséquences néfastes sur la santé des femmes et des fillettes qui conduira une décennie plus tard à adopter le terme de « mutilations » afin de souligner la gravité de l'acte, appréhendé comme une forme de violation des droits humains et d'atteinte à la santé (Shell-Duncan, 2008). Son usage dans la littérature scientifique et au sein des organisations internationales s'est alors complètement généralisé même s'il continue de faire débat. Et certaines agences, comme l'Unicef, accolent aux expressions de « mutilations génitales féminines » ou « female genital mutilation » les termes plus neutres et « dépourvus de tout jugement auprès des communautés qui procèdent à cet acte » , « d' excision » en français et de « cutting⁵ » en anglais (OMS, 2008, p. 3).

Concernant la labioplastie, la littérature médicale française l'englobe dans l'ensemble des « chirurgies sexuelles cosmétiques » qui s'inscrivent dans une branche spécifique de la médecine, la chirurgie plastique reconstructrice et esthétique (PRCE), dont le développement à visée esthétique et non plus seulement réparatrice date de la deuxième moitié du XX^e siècle (Guirimand, 2005). Toutes ces interventions – labioplastie/nymphoplastie, vaginoplastie, périnéoplastie, hyménoplastie - en augmentation depuis le début du XXI^e siècle, sont désignées par un vocable neutre et technique, qui renvoie à la région anatomique concernée, et qui renforcent leur inscription dans la sphère médicale en lien avec les innovations technologiques (Riley, Evans et Robson, 2018). Dans les espaces visant à les promouvoir (brochures et sites

⁵ Le terme en français « coupure » est très peu utilisé alors qu'il correspondrait sans doute à la meilleure traduction littérale des termes utilisés dans les langues vernaculaires pour désigner ces pratiques (Bellac Cabane, 2008).

internet), elles sont souvent qualifiées de « chirurgie de l'intime ». Par ailleurs, alors que ces chirurgies relèvent principalement du domaine de l'esthétique, leur lien avec la chirurgie réparatrice est toujours relativement présent : la labioplastie est ainsi présentée – par les professionnel·les de santé qui la pratiquent et par les femmes qui y ont recours – comme une opération venant corriger des « imperfections » de la vulve (taille, symétrie, couleur) à visée restauratrice.

Ce contraste langagier met l'accent sur le caractère moralement justifiable ou injustifiable de ces pratiques : le terme de « mutilation » renvoie à la fois à la gravité de l'acte mais également au caractère supposé « barbare » de la pratique tandis que le terme de chirurgie en la plaçant dans l'univers médical, « déculturalise » la pratique et minimise complètement l'altération physique qu'elle entraîne : à ce titre, il est noté que dans le cas des nymphoplasties, c'est le terme euphémisé de « réduction » qui est utilisé pour les décrire tandis que les excisions sont définies sous le vocable brutal « d'ablation ». Un autre élément du contraste entre ces deux ensembles de pratiques provient des données chiffrées qui les illustrent et de leurs sources.

Des données chiffrées incomparables

En premier lieu, les données produites et disponibles pour mesurer l'ampleur de ces pratiques et caractériser les populations féminines concernées sont très différentes, à la fois dans leur nombre mais aussi dans leur nature. Depuis la parution du rapport Hosken à la fin des années 1970, l'objectif des organismes internationaux est de produire une estimation globale du « nombre de femmes et fillettes mutilées » dans le monde. Depuis la fin des années 1980, des données quantitatives ont donc été collectées de manière de plus en plus systématiques dans les pays historiquement concernés par ces pratiques, dans le cadre de différents programmes internationaux d'enquêtes démographiques⁶ : sur une période d'environ trois décennies (1990, 2000 et 2010), 89 enquêtes disposant d'un module spécifique sur les pratiques d'excision, ont été réalisées dans une trentaine de pays, principalement sur le continent africain, mais aussi au Moyen-Orient (Irak et Yémen) et en Asie (Indonésie). Ces données permettent alors de produire une *estimation directe*⁷ du nombre de fillettes et femmes « mutilées » dans l'ensemble de ces pays. Dans les pays d'immigration, la documentation statistique de ces pratiques est plus

⁶ Enquêtes démographiques et de santé (EDS) et des enquêtes à indicateurs multiples (MICS). Pour une analyse plus approfondie des sources de données relatives aux « mutilations génitales féminines », se reporter à l'article de synthèse paru en 2016 dans *Population* (Andro et Lesclingand, 2016).

⁷ Les données collectées permettent d'avoir une mesure de l'intensité de la pratique dans les pays concernés, soit le pourcentage de femmes « mutilées ». Ce pourcentage est ensuite appliqué à l'effectif total des femmes fourni par les données censitaires, produisant finalement une estimation directe du nombre de femmes « mutilées » dans chacun des pays.

récente (fin des années 2000) et les données disponibles à travers les enquêtes des statistiques publiques permettent de réaliser uniquement des *estimations indirectes*⁸ (Andro et Lesclingand, 2016). Du côté des chirurgies sexuelles cosmétiques, les seules données chiffrées globales sont celles fournies par l'International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS) et sont donc à prendre avec beaucoup de précaution car elles ne relèvent pas d'un organe indépendant et très peu d'informations sont fournies quant à leur compilation. Dans les pays européens où ces interventions ont augmenté, elles sont principalement réalisées dans le secteur privé avec une faible diffusion des données. Les seules statistiques disponibles sont produites par le secteur hospitalier public. Elles ne permettent pas de quantifier ces pratiques de manière exhaustive et les sous-estiment certainement (Creighton et Liao, 2018).

En second lieu, les estimations fournies à partir de ces différentes données ne sont pas comparables puisque celles relatives aux mutilations sont des données de « stock » tandis que les secondes sont des données de « flux annuels ». Les premières permettent, à un moment donné, d'avoir une photographie de l'ensemble de la population concernée (femmes et/ou fillettes) et nécessitent donc d'actualiser régulièrement l'estimation afin d'avoir une mesure de la tendance du phénomène dans le temps. D'après les dernières estimations disponibles, au moins 200 millions de femmes et de fillettes sont « mutilées » dans le monde (UNICEF, 2016). Environ 1 million de femmes et fillettes « mutilées » vivent en Europe et aux États-Unis (Van Baelen, Ortensi et Leye, 2016). En France, la dernière estimation fait état d'environ 125 000 femmes adultes qui seraient excisées au début des années 2010 (Lesclingand, Andro et Lombart, 2019). Les secondes renseignent sur le nombre d'interventions réalisées durant une année. L'ISAPS a répertorié 132 664 labioplasties dans le monde en 2018, principalement dans les pays d'Amérique du Nord, d'Amérique latine, d'Europe et d'Asie. En France, en se référant aux données accessibles *via* le PMSI-MCO⁹, sans doute sous-estimées mais les seules disponibles, on observe un triplement des actes répertoriés comme « nymphoplastie de réduction » en l'espace de 13 ans (2005-2018).

⁸ Il n'existe pas d'enquête représentative au niveau national permettant de renseigner le niveau de la pratique : les estimations produites sont donc *indirectes* en appliquant les niveaux de la pratique observés dans les pays d'origine aux effectifs des femmes originaires des pays à risque, qui sont plus ou moins facilement identifiables dans les statistiques publiques des pays concernés.

⁹ [Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et odontologie.](#)

Afin d'avoir un ordre de grandeur du nombre total de femmes concernées par ces formes de chirurgie sur les cinq dernières années (2014-2018¹⁰), on peut agréger ces flux annuels¹¹ : au niveau mondial, environ 600 000 femmes auraient eu recours à ces chirurgies sexuelles cosmétiques sur la période 2014-2017 et en France, sur la même période, elles seraient au moins 18 000. Globalement, le contraste numérique entre les populations féminines concernées par les pratiques d'excision et celles concernées par les chirurgies sexuelles cosmétiques est indéniable. En revanche, dans les pays occidentaux, ce contraste numérique est moindre puisque les populations concernées par ces deux pratiques représentent finalement chacune une part très faible de l'ensemble de la population féminine (moins de 1 % dans le cas de la France).

Le troisième élément de contraste entre les deux pratiques se décline sur le plan pénal. En effet, dans la quasi-totalité des pays concernés, les pratiques d'excision sont devenues illégales alors que les chirurgies sexuelles cosmétiques y sont autorisées, y compris sur des mineures (Bennett, 2012).

Des situations très contrastées au regard du droit

Cette situation juridique différentielle est liée à l'élaboration, au niveau international, des discours de lutte contre les « mutilations génitales féminines » (Boyle, McMorris et Gomez, 2002). En effet, la reconnaissance des droits universels des femmes et du respect de leur intégrité s'est longtemps heurtée aux principes de respect de la diversité culturelle et des traditions et transmissions familiales (Boyle, 2005). Ce sont les premiers principes qui ont finalement primé et que l'on retrouve dans les traductions pénales des pays.

Les premières législations interdisant les « mutilations génitales féminines » datent du début des années 1980 et concernent trois pays européens : la France (1979), la Suède (1982) et le Royaume-Uni (1985). Plusieurs pays africains et occidentaux ont ensuite adopté des lois durant les années 1990 (Ghana, Djibouti, Côte d'Ivoire, Sénégal, États-Unis, Canada, Australie et Norvège) et les autres pays concernés adopteront des législations au cours des décennies 2000 et 2010¹². Dans les pays africains et moyen-orientaux, les champs d'application des législations varient, certains pays autorisant la pratique dans les établissements de santé comme en Égypte, au Kenya, en Guinée ou au Nigeria. Dans l'ensemble de ces pays, ces législations sont difficiles

¹⁰ Avant 2014, les données fournies par l'ISAPS ne distinguent pas la labioplastie qui est intégrée dans la catégorie « rajeunissement vaginal ».

¹¹ Cette donnée ne peut être assimilée à une donnée de « stock » et la correspondance entre effectifs d'actes et effectifs de femmes suppose qu'une femme n'a recours qu'une seule fois à ce type d'intervention au cours de sa vie, ce qui constitue une hypothèse à vérifier.

¹² Quelques pays concernés par ces pratiques n'ont pas adopté de législation les interdisant comme l'Indonésie, le Cameroun, la Gambie et le Liberia (Andro et Lesclingand, 2016)

à mettre en œuvre, en raison de l'écart entre les normes internationales dont les textes sont issus et les normes sociales en vigueur (Boyle, McMorris et Gomez, 2002). En Amérique du Nord ou en Europe, cette distorsion normative n'existe pas et l'application de ces dispositions législatives a été effective dans six pays (Boyle, 2005 ; Leye *et al.*, 2007). Plusieurs pays européens ont adopté des lois spécifiques aux « mutilations » alors que d'autres, dont la France, ont inclus les « mutilations » dans le dispositif général des maltraitements et actes de mutilations pratiqués sur des enfants.

Dans les pays où une loi spécifique aux « mutilations génitales féminines » a été adoptée (comme le Royaume-Uni, la Suisse, la Suède, l'Australie), les « chirurgies sexuelles cosmétiques » font figure d'exception dans les lois pénales en vigueur (Bader, 2016 ; Berer, 2010 ; Creighton et Liao, 2018 ; Essen et Johnsdotter, 2004 ; Shahvisi et Earp, 2018). Or, ces différences de traitement qui ne sont pas explicitement justifiées en droit, conduisent à des situations de discriminations : des pratiques « similaires » du point de vue de leur définition juridique ne subissent pas le même traitement pénal et sont uniquement incriminées quand il s'agit de femmes « racisées » (Bader, 2016).

En France, le système pénal à tradition « assimilationniste » entend assurer « l'égalité devant la loi de tous les citoyens, sans distinction d'origine, de race ou de religion » (Article 1er de la Constitution française du 4 octobre 1958). Ainsi, la loi française ne punit pas spécifiquement les « mutilations génitales féminines » mais « les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente » (art. 222-9 C. pén.). Dans les années 2000, alors que la lutte contre les « mutilations génitales féminines » s'intensifie en France, de nouvelles dispositions pénales entrent en vigueur, avec des références aux *mutilations sexuelles* visant de manière assez peu équivoque les pratiques d'excision : la modification de l'article 226-14 du Code pénal ajoutant les *mutilations sexuelles* à la liste des faits pouvant être révélés notamment par un·e professionnel·le de santé (par exception au principe du secret professionnel) et les distinguant des « atteintes sexuelles » ; l'introduction d'un nouvel article (227-24-1) dans le code pénal qui « punit le fait d'inciter un mineur à se soumettre à une mutilation sexuelle ou d'inciter une personne à réaliser une mutilation sexuelle sur un mineur » (Parizot, 2014). Si la législation française n'a pas, comme d'autres pays européens, introduit une législation spécifique aux « mutilations génitales féminines », elle a néanmoins renforcé, de manière indirecte et à peine voilée, l'arsenal répressif contre les « mutilations », remettant en question le principe de la non prise en compte du facteur culturel dans le système législatif (Grunvald, 2014).

Ce traitement juridique et pénal différentiel est directement lié aux représentations binaires de ces deux ensembles de pratiques et à la mise en saillance de certaines de leurs caractéristiques : l'âge des femmes concernées et la notion de consentement. D'un côté, les « mutilations génitales féminines », essentiellement pratiquées sur des mineures seraient « imposées » au sein de communautés entières tandis que les chirurgies sexuelles cosmétiques majoritairement réalisées sur des femmes majeures relèveraient de leur libre choix. L'augmentation du nombre d'adolescentes ayant recours aux chirurgies sexuelles cosmétiques dans plusieurs pays occidentaux pose la question de la comparabilité juridique entre les situations de mineures « excisées » et celles ayant recours à ces chirurgies (Bennett, 2012 ; Shahvisi et Earp, 2018). Alors que la question du libre consentement devrait se poser pour l'ensemble des mineures, les limites au droit à la libre disposition de son corps ne s'appliquent finalement que pour les premières.

Observées dans plusieurs régions du monde et à différentes époques, les modifications des corps sexués sont intrinsèquement liées aux rapports de genre et à la sexualité et font par ailleurs l'objet de différentes formes de médicalisation.

Des pratiques genrées et médicalisées

Des pratiques au cœur des rapports de genre et de la sexualité

Toutes les pratiques de modifications génitales féminines reposent initialement sur la notion de séparation et de distinction des sexes masculins et féminins. Du côté des excisions, les travaux anthropologiques ont montré que dans de nombreuses sociétés le clitoris symbolisait la « partie masculine » dont est pourvu le sexe féminin à la naissance, image présente dans les mythes de l'androgynie ou de la bisexualité originelle¹³. L'ablation du clitoris est alors jugée nécessaire pour inscrire le corps des femmes dans leur entière féminité. On retrouve des représentations dualistes du féminin et du masculin dans les CSC contemporaines. Ainsi, dans le cas des labioplasties, il s'agit d'enlever une partie de la vulve considérée à la fois comme trop visible et trop « masculine » (Martin, Hertz et Rey, 2015 ; Piazza, 2014a). Dans des entretiens avec des femmes souhaitant recourir à cette opération, Sara Piazza note la récurrence dans les discours des patientes de représentations d'un sexe « flou, non identifié comme féminin, androgyne, voire même masculinisé » (Piazza, 2014a). La labioplastie permettrait alors de « re-féminiser » le sexe et de le conformer aux normes féminines en vigueur (jeunesse,

¹³ Le prépuce masculin symbolise la partie féminine du sexe masculin. (Couchard, 2003)

intériorité, pudeur) (Martin, 2014 ; Piazza, 2014b). Cette construction sociale antinomique du masculin et du féminin est par ailleurs marquée d'une inégalité de genre.

Au-delà de la « féminisation », les pratiques d'excision permettent en outre de replacer les femmes dans une situation de subordination à l'ordre masculin et rendre possible l'exercice de l'autorité masculine, symbolisée par le clitoris (Fainzang, 1985). Alors que les chirurgies sexuelles cosmétiques ne sont pas directement perçues comme une forme de « sexage »¹⁴, elles reflètent néanmoins des inégalités de genre dans les sociétés occidentales : la chirurgie esthétique n'est certes pas exclusivement réservée aux femmes mais la part des hommes reste encore très minoritaire¹⁵ et les normes esthétiques pèsent encore beaucoup plus fortement sur les femmes que les hommes (Martin, 2014). La question du « choix » des femmes ayant recours à ces chirurgies a été discutée, certains auteurs voyant dans le recours aux chirurgies esthétiques une forme de « capitulation » face aux normes et contraintes « de devoir de beauté » qui s'imposent aux femmes dans les sociétés occidentales (Braun, 2009 ; Chambers, 2018), d'autres au contraire, une forme de contrôle des femmes sur leurs corps (Davis, 1995, 2003 ; Riley, Evans et Robson, 2018).

Les normes esthétiques d'un « idéal féminin » sont particulièrement mises en avant du côté des chirurgies sexuelles cosmétiques mais peuvent également constituer des motifs de recours aux pratiques d'excision. Ainsi, Simone Weil Davis montre des parallèles esthétiques entre des pratiques d'excision (en prenant l'exemple de l'Égypte) et les chirurgies sexuelles cosmétiques, dans un désir commun de pureté et de propreté vulvaire¹⁶. Avec la médicalisation des pratiques d'excision dans plusieurs pays (cf. infra), le milieu médical – majoritairement masculin - devient le lieu de production de normes esthétiques relatives aux corps féminins, renforçant ainsi les inégalités de genre.

Toutes ces pratiques sont enfin associées à la sexualité féminine. En effet, parmi les justifications des pratiques d'excision, apparaît souvent cette nécessaire maîtrise d'une sexualité féminine perçue comme potentiellement excessive. Son contrôle permettrait alors de préserver la virginité de la femme puis la fidélité de l'épouse (Fainzang, 1985 ; Sindzingre, 1979). Cet « en-trop » féminin à contrôler est symptomatique de la mise en œuvre des clitoridectomies pratiquées tout au long du XIX^e siècle en Europe et aux États-Unis pour soigner les maux et comportements jugés déviants de femmes manquant de tempérance sexuelle

¹⁴ En reprenant le terme proposé par Colette Guillaumin dans son ouvrage *Sexe, race et pratique du pouvoir*.

¹⁵ Autour de 10 % dans le monde d'après les données de l'ISAPS et également en France (Le Hénaff, 2013).

¹⁶ En anglais, elle utilise l'expression « desire for the clean slit » (Weil Davis, 2002).

(Erllich, 2007 ; Laqueur, 2005). Les chirurgies sexuelles cosmétiques sont, quant à elles, clairement publicisées comme un des moyens d'améliorer sa vie sexuelle, affirmations non étayées par des études scientifiques. En revanche, des études médicales récentes ont montré le rôle déterminant des petites lèvres dans le plaisir et l'excitation sexuelle et l'altération de la sensibilité sexuelle lorsqu'elles sont incisées ou réduites (Liao et Creighton, 2007 ; Runacres et Wood, 2016). De même, plusieurs études ont mis en évidence un lien entre l'excision et certaines dysfonctions sexuelles aussi bien dans les pays d'origine que dans les pays d'immigration (Berg et Denison, 2012).

Des corps féminins sous le contrôle des médecins

La prise en charge par le monde médical des pratiques d'excisions est devenue une question centrale au XXI^e siècle mais se traduit diversement selon les contextes. Depuis le début des années 2000, dans plusieurs pays (Égypte, Kenya, Guinée, Nigeria, Sud-Soudan, Yémen et Indonésie), les excisions pratiquées par des professionnel·les de santé en milieu hospitalier ou dans d'autres établissements de santé ont nettement augmenté (Andro et Lesclingand, 2016). Dans les pays d'immigration, la prise en charge médicale peut prendre une forme inversée en traitant des séquelles des excisions avec l'intervention de réhabilitation clitoridienne. Cette opération a été développée en France à la fin des années 1990 dans le cadre d'une médecine humanitaire (Foldès et Louis-Sylvestre, 2006). Particulièrement développée en France où elle est disponible dans une vingtaine de services hospitaliers et prise en charge par l'assurance maladie depuis 2004, elle reste une offre de soins encore peu répandue et en cours d'évaluation par les autorités de santé internationales (Antonetti Ndiaye, Fall et Beltran, 2015).

Dans la littérature médicale française, cet acte à visée réparatrice est englobé dans l'ensemble des « chirurgies cosmétiques de l'appareil génital féminin » avec d'autres interventions à visée réparatrice et reconstructive (comme les chirurgies reconstructrices de l'hymen) et avec les « interventions de réduction » comme la labioplastie (Foldès, Droupy et Cuzin, 2013). Ces dernières étaient initialement envisagées pour corriger une hypertrophie des petites lèvres dont la définition médicale - et notamment les critères anatomiques - est variable selon les équipes médicales (Runacres et Wood, 2016). Récemment des études médicales ont montré la grande variété anatomique des formes, tailles et couleurs des vulves, rendant difficile la distinction médicale entre « l'anormal » et le « normal » (Braun, 2018 ; Lloyd *et al.*, 2005). Cette grande variété est cependant peu connue du grand public et notamment des jeunes femmes et adolescentes qui sont exposées à des représentations d'un « modèle unique de vulve », *via* notamment les images et vidéos pornographiques ou érotiques (Sharp, Tiggemann et Matisse,

2016) et *via* les sites des chirurgiens proposant ces opérations (photos avant/après et discours sur les « imperfections » à corriger) (Mowat et al., 2015).

Ces deux actes, sous contrôle médical, sont étroitement liées à la notion de « réparation » : dans le cas de la réhabilitation clitoridienne, il s'agit de *reconstruire* des parties génitales altérées et dans le cas des labioplasties, il s'agit de *corriger* de supposées anomalies des parties génitales. Alors que les premières s'envisagent dans le cadre d'un protocole pluri-disciplinaire, destiné à orienter la patiente (qui doit être majeure) vers l'opération ou non (Villani, 2009), les secondes ne s'inscrivent que dans un protocole chirurgical, sans aucune évaluation psychologique des demandes des patientes qui peuvent être mineures (Colson, 2012).

En outre, à travers les témoignages de femmes ayant eu recours à ces interventions¹⁷, le sentiment d'une « anormalité » apparaît central dans les demandes de recours à ces opérations même si elle se traduit de façon finalement opposée : pour les unes, il s'agit d'une incomplétude physique à reconstruire (Andro, Lesclingand et Pourette, 2010 ; Villani, 2009, 2015) tandis que pour les autres, c'est la protubérance des parties génitales qu'il faut réduire (Piazza, 2014a). Dans les deux cas, la « normalité » est socialement construite et les critères de « normalité » circulent à la fois à travers des discours vulgarisés mais aussi savants, et notamment ceux de la médecine. Au final, qu'ils s'agissent des interventions de « réparation » prises en charge dans le cadre de protocoles pluri-disciplinaires que dans le cas des chirurgies sexuelles cosmétiques, les professionnel·les de santé qui réalisent ces opérations, décident de ce qui relève du « normal » et du pathologique (Martin, Bendjama et Bessette-Viens, 2018).

Enfin, une autre facette de ces différentes formes de médicalisation est leur enjeu économique. Dans les pays où la médicalisation des excisions est en augmentation, elle est devenue une source complémentaire de revenus pour le monde médical. Et de la même manière, la chirurgie plastique reconstructrice et esthétique (PRCE) est l'une des disciplines les plus lucratives du champ de la médecine et du fait de ses spécificités¹⁸, la chirurgie esthétique peut être plutôt assimilée à une forme de marchandisation qu'à une activité médicale (Le Hénaff, 2013).

¹⁷ Nous nous référons ici aux témoignages de femmes excisées ayant eu recours à cette chirurgie, recueillis par Michella Villani (Villani, 2015) et par l'équipe du projet *Excision et Handicap* (Andro, Lesclingand et Pourette, 2010) et ceux de femmes souhaitant recourir à des nymphoplasties de réduction recueillis par Sarah Piazza (Piazza, 2014a).

¹⁸ La chirurgie esthétique est à la charge du ou de la patient·e, elle ne relève pas du besoin ou de l'urgence vitale mais du désir et repose sur des critères de beauté (Le Hénaff, 2013).

Dans les pays occidentaux, l'apparition récente de certaines formes de chirurgies sexuelles féminines qui présentent certaines similarités avec les pratiques d'excision, et qui sont particulièrement populaires auprès des jeunes femmes, conduit à repenser la manière d'interroger ces pratiques en proposant une approche globale des différentes formes de modifications génitales féminines.

Pour une approche globale des modifications génitales féminines

Depuis une dizaine d'années, de nouvelles approches établissant des parallèles entre ces différentes pratiques, émergent dans la littérature académique essentiellement anglophone, en sociologie et en anthropologie (Bader, 2016 ; Boddy, 2016 ; Essen et Johnsdotter, 2004 ; Griffin et Jordal, 2019 ; Martin, Hertz et Rey, 2015 ; Pedwell, 2007), mais aussi dans le champ des études juridiques et philosophiques (Bennett, 2012 ; Sheldon et Wilkinson, 1998) et médicales (Creighton et Liao, 2018). Ces travaux scientifiques, qu'ils se situent dans une perspective d'analogie ou ¹⁹de continuum²⁰ ont comme intention plus ou moins explicite de rejeter l'essentialisme culturel qui domine encore le discours international sur les pratiques d'excision (Pedwell, 2007). Ils remettent aussi en question les représentations binaires qui opposent d'un côté « la femme « racisée » comme noire, victime des « mutilations génitales féminines » et de traditions culturelles, dominée par l'autorité patriarcale et dont la sexualité est contrôlée par les autres à la femme « déracisée » et donc blanche, consommatrice des chirurgies cosmétiques (et de technologies modernes), émancipée et capable de négocier avec des normes culturelles souples et cherchant à améliorer sa propre sexualité »²¹. En privilégiant les similitudes, notamment du point de vue des rapports de genre et de la sexualité, ces approches tendent cependant à « effacer » les différences sociales et historiques liées à la « race » et à la culture (Pedwell, 2007). Or ces axes de différenciation sont déterminants dans la manière dont les pratiques ont été construites ou non comme problématiques.

Dans la lignée des perspectives de continuum, il s'agit ici de mettre en perspective l'approche féministe qui a longtemps prévalu dans l'analyse des modifications corporelles genrées avec d'autres approches qui prennent en compte l'origine ethnique et sociale ainsi que les contextes historiques, sociaux, culturels et économiques dans lesquels ces pratiques sont

¹⁹ Le modèle de l'analogie soutient que les deux ensembles de pratiques partagent des similitudes conceptuelles essentielles : néfastes pour la santé et fondées sur des conceptions patriarcales de la féminité et de la sexualité féminine (Bennett, 2012).

²⁰ Ces approches critiques, très présentes dans les études féministes, envisagent les « mutilations génitales féminines » et les « chirurgies sexuelles cosmétiques » au sein d'un continuum de procédures d'altération des corps féminins, privilégiant les approches en termes de rapports de genre et de sexualité (Pedwell, 2007).

²¹ (Pedwell, 2007, p. 267) Traduction de l'autrice.

insérées. Cette approche propose d'envisager toutes les pratiques, volontaires ou non, qui entraînent une modification des organes génitaux féminins, sous l'expression à la fois explicite et neutre de « modifications génitales féminines »²².

Implications juridiques, médicales et scientifiques

Dans les pays occidentaux où différentes formes de modifications génitales féminines coexistent, le cadre juridique actuel est discriminatoire. Pour redonner une cohérence et une égalité de traitement entre les différentes pratiques, plusieurs possibilités peuvent être envisagées : une interdiction totale de toute modification des organes génitaux, sans motif thérapeutique et indépendamment de l'âge de la patiente ou son corollaire inverse, à savoir une autorisation totale ; une interdiction limitée aux mineures tandis que les femmes majeures pourraient accéder à ces interventions avec leur consentement éclairé. Dans le cas français, la première option conduirait à faire entrer les chirurgies sexuelles cosmétiques dans la notion de « violences ayant entraîné une mutilation », la troisième option à inclure dans le non thérapeutique, le motif d'ordre « coutumier ».

Au niveau médical, cette nouvelle approche interroge le positionnement des professionnel·les de santé face à ces différentes pratiques. En effet, dans le contexte français, comme on l'a vu, des gynécologues ou chirurgien·es peuvent être amené·es à exciser des tissus d'un côté (dans la cadre des labioplasties) tandis qu'ils reconstruisent de l'autre des femmes « mutilées » ou encore des femmes pour lesquelles les premières interventions de chirurgie sexuelle n'ont pas eu les résultats escomptés. Pourquoi certaines sont-elles particulièrement encadrées par un protocole pluri-disciplinaire tandis que les autres sont uniquement prises en charge dans leur dimension chirurgicale ? En outre, l'augmentation du recours aux labioplasties chez les adolescentes mesurée dans plusieurs pays (Royaume-Uni, Australie et États-Unis) a conduit les sociétés professionnelles d'obstétriciens-gynécologues²³ à publier des recommandations et des mises en garde auprès des professionnel·es de santé, pointant à la fois les insuffisances de connaissances accompagnant ces actes chirurgicaux mais aussi les questions éthiques qu'ils soulèvent, notamment quand ces opérations sont réalisées sur des mineures (Wood, 2017). À ce titre, des pédiatres anglais se sont interrogés sur l'attitude à adopter à l'égard de jeunes mineures venant dans leur cabinet avec leur mère afin de subir une

²² Ce terme de « modifications génitales féminines » (MoGF) a été employé par une anthropologue italienne, Michela Fusaschi, dans le cadre d'une anthropologie politique de la globalisation (Fusaschi, 2015).

²³ Le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists ([RCOG](#)) en 2013 ; le Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists ([RANZCOG](#)) en 2015 ; l'American College of Obstetricians and Gynaecologists ([ACOG](#)) en 2016.

labioplastie et sur la différence avec ce que la jurisprudence anglaise reconnaît comme une « mutilation » (Creighton et Liao, 2018).

Au niveau scientifique et en termes de recherche, les implications de cette approche globale se situent à différents niveaux. Tout d'abord, afin de documenter précisément les profils socio-démographiques des femmes concernées par les modifications génitales féminines, les enquêtes quantitatives pourraient être réalisées en « population générale » auprès de toutes les femmes et non plus ciblées sur des sous-populations particulières qui, involontairement, participent à la construction (ou au renforcement) d'une frontière interne entre « elles » et « nous ». Les questionnaires engloberaient ainsi différentes formes de modifications des organes génitaux féminins. Par ailleurs, cette approche invite les chercheuses occidentales blanches qui travaillent sur ces questions à s'interroger sur leur « point de vue situé » dans un contexte post-colonial. Les biais induits par leur position structurelle peuvent être contrecarrés par des outils méthodologiques et théoriques déployés dans leur posture de recherche (Martin et Roux, 2015). Dans cette perspective et pour que différents points de vue puissent à la fois s'exprimer et se confronter, il s'agirait de (re)donner la parole aux femmes concernées en développant des formes de co-construction et co-production des savoirs. Elles pourraient par exemple se réaliser *via* la constitution d'équipes de recherches mixtes (i.e. universitaires occidentales et africaines par exemple) mais aussi en redonnant à la restitution une place centrale, à valeur heuristique, dans le processus de recherche (Bergier, 2000).

Conclusion

Le débat initial autour de l'excision se jouait entre le respect des différences culturelles et le respect des droits humains et c'est le deuxième qui a pris le dessus en choisissant de spécifier les pratiques qui étaient « mutilantes » et qui conduisent aujourd'hui à traiter de manière séparée des formes similaires d'atteintes aux parties génitales. Or ce traitement différentiel conduit à des situations discriminatoires, notamment sur le plan juridique et pénal.

En envisageant l'ensemble des pratiques de modifications génitales féminines dans une approche globalisante, il est alors possible de déplacer les termes du débat en axant sur la question du libre consentement des femmes adultes à disposer de leur corps. Cette approche permettrait de donner la parole aux femmes à qui on on dénie souvent toute forme d'*agency*, en les considérant comme victime de discriminations racistes d'un côté ou sous le joug des canons esthétiques et consuméristes de l'autre. Elle pourrait également envisager d'autres formes de modifications génitales féminines comme les pratiques intra-vaginales, les périnéorraphies, les hyménoplasties.

Cette approche permet en outre de proposer un cadre d'analyse qui s'efforce de prendre en considération la complexité des rapports de domination qui sont à l'œuvre dans ces différentes pratiques et qui sont liés à l'âge, à la classe, à la « race » et au sexe et qui s'insèrent dans des systèmes marchandisés. Si des similitudes peuvent être établies entre ces différentes formes d'atteintes aux corps féminins, il n'est pas pour autant question de les rendre complètement « analogues » notamment en raison que les premières sont majoritairement pratiquées sur des fillettes et les secondes majoritairement sur des femmes adultes. Mais les évolutions récentes liées à ces pratiques (médicalisation des unes, rajeunissement des autres) viennent brouiller des frontières longtemps pensées comme hermétiques et que les organismes internationaux souhaitent conserver. Au contraire, ces nouvelles zones « grises » peuvent être l'occasion de renouveler le regard porté sur des pratiques longtemps pensées de manière altérée.

Références bibliographiques

- ANDRO Armelle, LESCLINGAND Marie, 2016, « Les mutilations génitales féminines. État des lieux et des connaissances », *Population*, 71(2), p. 224-311.
- ANDRO Armelle, LESCLINGAND Marie, POURETTE Dolorès, 2010, « Excision et cheminement vers la réparation: une prise en charge chirurgicale entre expérience personnelle et dynamiques familiales », *Sociétés contemporaines*, 77(1), p. 139-161.
- ANTONETTI NDIAYE Emmanuelle, FALL Sokhna, BELTRAN Laura, 2015, « Intérêt de la prise en charge pluridisciplinaire des femmes excisées », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 44(9), p. 862-869.
- BADER Dina, 2016, « Nationalisme sexuel : le cas de l'excision et de la chirurgie esthétique génitale dans les discours d'experts en Suisse », *Swiss Journal of Sociology*, 42(3), p. 573-591.
- BELLAS CABANE Christine, 2008, *La coupure : l'excision ou les identités douloureuses*, Paris, La Dispute.
- BENNETT Theodore, 2012, « 'Beauty and the Beast': analogising between cosmetic surgery and female genital mutilation. », 14(1), p. 49-68.
- BERER Marge, 2010, « Labia reduction for non-therapeutic reasons vs. female genital mutilation: contradictions in law and practice in Britain », *Reproductive Health Matters*, 18(35), p. 106-110.
- BERG Rigmor C, DENISON Eva, 2012, « Does female genital mutilation/cutting (FGM/C) affect women's sexual functioning? A systematic review of the sexual consequences of FGM/C », *Sexuality research and social policy*, 9(1), p. 41-56.
- BERGIER Bertrand, 2000, *Repères pour une restitution des résultats de la recherche en sciences sociales: intérêts et limites*, Paris, Harmattan, Collection Logiques sociales, 302 p.
- BODDY Janice, 2016, « The normal and the aberrant in female genital cutting: Shifting paradigms », *HAU: Journal of Ethnographic Theory*, 6(2), p. 41-69.
- BONI Tanella, 2009, « Corps blessés, corps retrouvés? », *Diogène*, 225(1), p. 15-32.
- BOYLE Elizabeth, 2005, *Female genital cutting : cultural conflict in the global community*, Baltimore Md. ; London, Johns Hopkins University Press, 188 p.
- BOYLE Elizabeth Heger, McMORRIS Barbara J., GOMEZ Mayra, 2002, « Local Conformity to International Norms The Case of Female Genital Cutting », *International Sociology*, 17(1), p. 5-33.
- BRAUN Virginia, 2005, « In Search of (Better) Sexual Pleasure: Female Genital 'Cosmetic' Surgery », *Sexualities*, 8(4), p. 407-424.
- BRAUN Virginia, 2009, « 'The Women Are Doing It for Themselves' », *Australian Feminist Studies*, 24(60), p. 233-249.
- BRAUN Virginia, 2018, « Selling a Perfect Vulva? Selling a "Normal Vulva!" », in Cambridge, United Kingdom ; New York, NY, Cambridge University Press, p. 23-32.
- CHAMBERS Clare, 2018, « Choice and Female Genital Cosmetic Surgery », in *Female Genital Cosmetic Surgery. Solution to What Problem?*, Cambridge, United Kingdom ; New York, NY, Cambridge University Press, p. 72-79.
- COLSON M. -H., 2012, « Que penser de la génitoplastie cosmétique féminine aujourd'hui ? », *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 40(7), p. 445-448.
- COUCHARD Françoise, 2003, *L'excision*, 1re éd., Paris, Presses universitaires de France, 128 p.
- CREIGHTON Sarah M., LIAO Lih-Mei (dir.), 2018, *Female genital cosmetic surgery: solution to what problem?*, Cambridge, United Kingdom ; New York, NY, Cambridge University Press.
- DAVIS Kathy, 1995, *Reshaping the Female Body: The Dilemma of Cosmetic Surgery*, Routledge, 220 p.
- DAVIS Kathy, 2003, *Dubious equalities and embodied differences: cultural studies on cosmetic surgery*, Lanham, Rowman & Littlefield, Explorations in bioethics and the medical humanities, 161 p.
- ERLICH M., 2007, « La chirurgie sexuelle en France: aspects historiques », *Sexologies*, 16(3), p. 180-188.
- ESSEN Birgitta, JOHNSDOTTER Sara, 2004, « Female genital mutilation in the West: traditional circumcision versus genital cosmetic surgery », *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 83(7), p. 611-613.
- FAINZANG Sylvie, 1985, « Circoncision, excision et rapports de domination », *Anthropologie et Sociétés*, 9(1), p. 117-127.
- FASSIN Éric, 2006, « 12. Questions sexuelles, questions raciales. Parallèles, tensions et articulations », *De la question sociale à la question raciale ?*, p. 230-248.
- FOLDÈS Pierre, DROUPY Stéphane, CUZIN Béatrice, 2013, « Chirurgie cosmétique de l'appareil génital féminin », *Progrès en Urologie*, 23(9), p. 601-611.
- FOLDÈS Pierre, LOUIS-SYLVESTRE C., 2006, « Résultats de la réparation chirurgicale du clitoris après mutilation sexuelle : 453 cas », *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 34(12), p. 1137-1141.
- FUSASCHI Michela, 2015, « Humanitarian Bodies. Gender, Moral Economy and Genitals Modifications in Italian Immigration Policy », *Cahiers d'études africaines*, 217(1), p. 11-28.
- GARDEY Delphine, 2019, *Politique du clitoris*, textuel, 106 p.
- GRIFFIN Gabriele, JORDAL Malin, 2019, *Body, migration, re/constructive surgeries: making the gendered body in a globalized world*, Londres, Routledge, 310 p.
- GRUNVALD Sylvie, 2014, « La répression des mutilations sexuelles féminines : une mise à distance de principe de la diversité culturelle. Brèves remarques à propos de l'avis de la CNCDH du 28 novembre 2013 », *Archives de politique criminelle*, 36(1), p. 79-88.
- GUIRIMAND Nicolas, 2005, « De la réparation des « gueules cassées » à la « sculpture du visage »: La naissance de la chirurgie esthétique en France pendant l'entre-deux-guerres », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 156-157(1), p. 72.
- HOSKEN Fran P., 1979, *The Hosken Report: Genital and Sexual Mutilation of Females.*, Lexington, MA, Women's International Network News.

- LAQUEUR Thomas Walter, 2005, *Le sexe en solitaire: contribution à l'histoire culturelle de la sexualité*, [Paris], Gallimard.
- LE HÉNAFF Yannick, 2013, « Catégorisations professionnelles des demandes masculines de chirurgie esthétique et transformations politiques de la médecine », *Sciences sociales et santé*, 31(3), p. 39-64.
- LESCLINGAND Marie, ANDRO Armelle, LOMBART Théo, 2019, « Estimation du nombre de femmes ayant subi une mutilation génitale féminine vivant en France. », *Bull. Epidémiol. Hebd.*, 21, p. 392-399.
- LEYE Els, DEBLONDE Jessika, GARCÍA-ANÓN José, JOHNSDOTTER Sara, KWATENG-KLUVITSE Adwoa, WEIL-CURIEL Linda, TEMMERMAN Marleen, 2007, « An analysis of the implementation of laws with regard to female genital mutilation in Europe », *Crime, Law and Social Change*, 47(1), p. 1-31.
- LIAO Lih Mei, CREIGHTON Sarah M, 2007, « Requests for cosmetic genitoplasty: how should healthcare providers respond? », *BMJ : British Medical Journal*, 334(7603), p. 1090-1092.
- LLOYD Jillian, CROUCH Naomi S., MINTO Catherine L., LIAO Lih-Mei, CREIGHTON Sarah M., 2005, « Female genital appearance: 'normality' unfolds », *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 112(5), p. 643-646.
- MARTIN Hélène, 2014, « Le beau sexe. Quelques pistes de réflexion sur les chirurgies sexuelles cosmétiques », *Genre, sexualité et société*, 12.
- MARTIN Hélène, BENDJAMA Rebecca, BESSETTE-VIENS Raphaëlle, 2018, « Adapter le sexe au bien-être. La chirurgie esthétique des organes génitaux féminins. », in *Les sciences du désir. La sexualité féminine, de la psychanalyse aux neurosciences.*, Le bord de l'eau, Delphine Gardey et Marlène Vuille (sous la direction de), Objets d'histoire, p. 213-228.
- MARTIN Hélène, HERTZ Ellen, REY Séverine, 2015, « Une disgrâce commune. Pour une anthropologie symétrique des pratiques de marquage du sexe », in *Mélanges en l'honneur de Mondher Kilani*, Bangkok, BSN Press, A contrario Campus, p. 103-122.
- MARTIN Hélène, ROUX Patricia, 2015, « Recherches féministes sur l'imbrication des rapports de pouvoir : une contribution à la décolonisation des savoirs », *Nouvelles Questions Féministes*, 34(1), p. 4.
- MOWAT Hayley, McDONALD Karalyn, DOBSON Amy Shields, FISHER Jane, KIRKMAN Maggie, 2015, « The contribution of online content to the promotion and normalisation of female genital cosmetic surgery: a systematic review of the literature », *BMC Women's Health*, 15(110).
- OMS, 2008, « Eliminer les mutilations sexuelles féminines. Déclaration inter-institutions »,.
- OMS, 2018, « Lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines », Genève (Suisse), WHO.
- PARIZOT Raphaële, 2014, « Le droit pénal français doit-il prendre en compte les particularités culturelles ? », *Archives de politique criminelle*, 36(1), p. 9-22.
- PEDWELL Carolyn, 2007, « theorizing 'African' female genital cutting and 'Western' body modifications: a critique of the continuum and analogue approaches », *Feminist Review*, 86(1), p. 45-66.
- PEIRETTI-COURTIS Delphine, 2016, « Quand le sexe incarne la race : le corps noir dans l'imaginaire médical français (1800-1950) », *Les Cahiers de Framespa. Nouveaux champs de l'histoire sociale*, 22.
- PIAZZA Sara, 2014a, « La nymphoplastie. Nouvelle modalité de l'insupportable du sexe féminin », *Recherches en psychanalyse*, 17(1), p. 27-34.
- PIAZZA Sara, 2014b, « Images et normes du sexe féminin : un effet du contemporain ? », *Cliniques méditerranéennes*, 89(1), p. 49-59.
- RILEY Sarah, EVANS Adrienne, ROBSON Martine, 2018, *Postfeminism and health: critical psychology and media perspectives*, Abingdon, Oxon ; New York, NY, Routledge, Critical approaches to health.
- RUNACRES Sean A., WOOD Paul L., 2016, « Cosmetic Labiaplasty in an Adolescent Population », *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29(3), p. 218-222.
- SHAHVISI Arianne, EARP Brian D., 2018, « The Law and Ethics of Female Genital Cutting », in *Female Genital Cosmetic Surgery. Solution to What Problem?*, Cambridge, United Kingdom ; New York, NY, Cambridge University Press, p. 58-71.
- SHARP Gemma, TIGGEMANN Marika, MATTISKE Julie, 2016, « Factors That Influence the Decision to Undergo Labiaplasty: Media, Relationships, and Psychological Well-Being », *Aesthetic Surgery Journal*, 36(4), p. 469-478.
- SHELDON Sally, WILKINSON Stephen, 1998, « Female Genital Mutilation and Cosmetic Surgery: Regulating Non-Therapeutic Body Modification », *Bioethics*, 12(4), p. 263-285.
- SHELL-DUNCAN Bettina, 2008, « From Health to Human Rights: Female Genital Cutting and the Politics of Intervention », *American Anthropologist*, 110(2), p. 225-236.
- SINDZINGRE Nicole, 1977, « Le plus et le moins : à propos de l'excision. », *Cahiers d'études africaines*, 17(65), p. 65-75.
- UNICEF, 2016, « Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern », New York, UNICEF.
- VAN BAELEN Luk, ORTENSIO Livia, LEYE Els, 2016, « Estimates of first-generation women and girls with female genital mutilation in the European Union, Norway and Switzerland », *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 21(6), p. 474-482.
- VILLANI Michela, 2009, « De la "maturité" de la femme à la chirurgie : les conditions de la réparation du clitoris », *Sexologies*, 18(4), p. 297-303.
- VILLANI Michela, 2015, « Le sexe des femmes migrantes. Excisées au Sud, réparées au Nord », *Travail, genre et sociétés*, 34(2), p. 93-108.
- WADE Lisa, 2012, « Learning from "Female Genital Mutilation": Lessons from 30 Years of Academic Discourse », *Ethnicities*, 12(1), p. 26-49.
- WEIL DAVIS Simone, 2002, « Loose Lips Sink Ships », *Feminist Studies*, 28(1), p. 7-35.
- WHO, 1959, « Résolution ».
- WOOD Paul L., 2017, « Cosmetic genital surgery in children and adolescents », *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 48, p. 137-146.