



**HAL**  
open science

# Médecine, sexualité et excision. Sociologie de la réparation clitoridienne chez des femmes issues des migrations d'Afrique sub-saharienne

Michela Villani

► **To cite this version:**

Michela Villani. Médecine, sexualité et excision. Sociologie de la réparation clitoridienne chez des femmes issues des migrations d'Afrique sub-saharienne. Sociologie. Ecole des Hautes Etudes En Sciences Sociales Paris, 2012. Français. NNT: . tel-02150806

**HAL Id: tel-02150806**

**<https://theses.hal.science/tel-02150806>**

Submitted on 17 Jun 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.

Copyright

ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SCIENCES SOCIALES  
ÉCOLE DOCTORALE DE SCIENCES SOCIALES

THÈSE

Pour l'obtention du grade de Docteur en sociologie  
de l'École des hautes études en sciences sociales

Médecine, sexualité et excision.

Sociologie de la réparation clitoridienne chez des femmes issues des migrations  
d'Afrique sub-saharienne

Présentée publiquement par

Michela VILLANI

Sous la direction de Michel BOZON

le 20 octobre 2012

Armelle ANDRO, maîtresse de conférence, Université Paris 1

Marc BESSIN, chargé de recherche, CNRS-IRIS

Michel BOZON, directeur de recherche, INED (directeur de thèse)

Didier FASSIN, professeur, Institute for Advanced Study de Princeton et directeur d'études, EHESS

Delphine GARDEY, professeure, Université de Genève (rapporteuse)

Laurence TAIN, maîtresse de conférence HDR, Université Lyon 2 (rapporteuse)

IRIS - Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux (Sciences sociales, Politique, Santé) 190, avenue de France - 75244 Paris cedex 13

EHESS - Ecole des Hautes en Sciences Sociales 190, avenue de France - 75244 Paris cedex 13

Résumé :

**Médecine, sexualité et excision.**

**Sociologie de la réparation clitoridienne chez des femmes issues des migrations d'Afrique subsaharienne.**

Les « mutilations génitales féminines » sont une invention contemporaine. Elles deviennent un objet de débat politique à partir de la fin des années 1970. Le discours juridique et les formulations médicales s'imposent sur la scène internationale, suivis par le discours féministe. Ils tracent ensemble les contours d'un crime reconnu au niveau mondial. Originellement défini comme un problème de santé publique, l'excision du clitoris devient à partir de l'année 2000, l'objet d'une politique de réparation de la sexualité. En cela, la France est un cas unique, puisqu'elle reconnaît aux femmes excisées vivant en France le droit de voir leur clitoris réparé chirurgicalement. Cette chirurgie prise en charge et remboursée par l'Assurance maladie dès 2004 permet un accès égalitaire à cette innovation médicale et inscrit le droit à la réparation à l'intérieur des politiques sociales.

Sur la base d'un matériel empirique unique, centré sur l'observation ethnographique de deux services hospitaliers de la région parisienne, sur une analyse quantitative de l'ensemble des dossiers médicaux des patientes passées dans l'un des services hospitaliers depuis sa création et sur des entretiens approfondis avec 30 femmes qui se sont adressées à ce service, cette thèse restitue les logiques des deux acteurs impliqués dans la réparation : le *corps médical* et les *patientes*. Pour ces femmes issues de la migration d'Afrique subsaharienne, qui constituent un groupe très sélectionné parmi les femmes vivant en France ayant connu une excision, la réparation traduit une véritable recherche d'égalité dans la sexualité avec les femmes européennes non excisées. Du côté médical, les acteurs accèdent aux demandes de réparation des femmes capables de dénoncer une atteinte et de revendiquer un droit ("je veux qu'on me remette ce qu'on m'a pris"). La réparation clitoridienne constitue un exemple inédit de politique de réparation de la sexualité, au sein de laquelle la médecine, la sexualité, l'excision, les rapports entre un pays et les femmes de son ancien empire colonial, sont questionnés.

**Mots-clés** : Réparation, Excision, Sexualité, Genre, Migration, Médecine, Santé Publique.



## **Abstract**

### **Medicine, sexuality and excision.**

#### **Sociology of clitoral repair among sub-Saharan Africa women**

“Female genital mutilation” is a contemporary invention that has become an object of political debate since the late 1970s. Legal and medical discourse, followed by feminist discourse, have emerged on the international scene and outlined the contours of a worldwide recognized crime. Originally defined as a public health problem, excision of the clitoris has become the subject of reparation politics of sexuality in the 2000s. France has a unique policy that grants excised women the access to surgical repair of their clitoris. The surgery is reimbursed by the public health insurance system since 2003, providing an equal access to repair for all women and including the right to repair within social policies.

This thesis is based on a unique empirical material including an ethnographic observation of two surgery units that practice clitoral repair surgery in Paris metropolitan area, a quantitative analysis of medical records of all patients followed by these units since their creation, and in-depth interviews of 30 women who contacted one of the units. It retraces the logics of the two actors involved in repair surgery: the medical profession and patients. For African women from sub-Saharan Africa, repair reflects a genuine quest for equality in sexuality with unexcised European women. On the medical side, professionals answers requests made by women who are able to express excision as an attack/aggression and to claim their right to repair (“I want to get back what was taken from me”). Clitoral repair is an example of unprecedented repair policy of sexuality, in which medicine, sexuality and excision are questioned.

**Key-words:** Reparation, Excision, Sexuality, Gender, Migration, Medicine, Public Health.

# Sommaire

---

<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>1</b>
REMERCIEMENTS.....	3
PROLOGUE - LES MOTS ET LES CHOSES.....	7
<b>INTRODUCTION GENERALE</b> .....	<b>9</b>
<b>PREMIERE PARTIE – EMERGENCE DU PROBLEME DE L’EXCISION ET DE SON TRAITEMENT</b> .....	<b>19</b>
<b>INTRODUCTION - DE LA GLOBALISATION D’UN CRIME A LA REPARATION DE LA SEXUALITE</b> .....	<b>21</b>
CHAPITRE 1/ GENESE D’UN CRIME : L’APPARITION DES MUTILATIONS SEXUELLES .....	23
CHAPITRE 2/ DROIT HUMANITAIRE ET MONDIALISATION DES MOBILISATIONS DANS LE SUD.....	55
CHAPITRE 3/ DEPLACEMENT DES POPULATIONS, NOUVELLES CONNOTATIONS AUX ANCIENNES PRATIQUES.....	81
CHAPITRE 4/ REPARATION DU CLITORIS. SEXUALITE, MEDECINE ET RACE .....	119
<b>DEUXIEME PARTIE - PLURALISME METHODOLOGIQUE EN MILIEU HOSPITALIER</b> .....	<b>133</b>
CHAPITRE 5/ ELABORER UNE STRATEGIE METHODOLOGIQUE.....	135
CHAPITRE 6/ ETHNOGRAPHIE HOSPITALIERE : INTERDISCIPLINARITE ET DIVERSIFICATION DE L’OFFRE .....	151
CHAPITRE 7/ ANALYSE STATISTIQUE DES DOSSIERS MEDICAUX : LES CRITERES DE SELECTION .....	195
CHAPITRE 8/ ENTRETIENS ET BIOGRAPHIES CLINIQUES : LA SEXUALITE RACONTEE PAR LES FEMMES EXCISEES ....	256
CHAPITRE 9/ REAPPROPRIATION DE L’ESPACE PUBLIC : ANALYSE D’UN BLOG .....	365
<b>TROISIEME PARTIE – ENTRE DEUX LOGIQUES, UNE POLITIQUE DE REPARATION</b> .....	<b>395</b>
<b>INTRODUCTION – LES LOGIQUES DES ACTEURS ET DES ACTRICES DANS LES POLITIQUES PUBLIQUES</b> .....	<b>397</b>
CHAPITRE 10/ LOGIQUES DES FEMMES : L’EGALITE DANS LA SEXUALITE.....	401
CHAPITRE 11/ LOGIQUES MEDICALES : LA MEDECINE EMOTIONNELLE.....	431
CHAPITRE 12 / LES POLITIQUES DE REPARATION.....	453
<b>CONCLUSIONS GENERALES</b> .....	<b>473</b>
<b>CONCLUSIONS – LA SEXUALITE EST UN CHAMP D’ACTION</b> .....	<b>475</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>487</b>
<b>TABLE DES ANNEXES</b> .....	<b>519</b>
<b>TABLE DES TABLEAUX</b> .....	<b>519</b>
<b>TABLE DES ENCADRES</b> .....	<b>520</b>
<b>TABLE DES FIGURES</b> .....	<b>520</b>
<b>TABLE DES MATIERES</b> .....	<b>521</b>



## ***Remerciements***

---

Ce travail de thèse a été réalisé entre plusieurs pays : la France, la Suisse et l'Italie, et en parallèle d'autres projets, artistiques et familiaux. Je tiens à remercier toutes les personnes et toutes les institutions qui m'ont soutenue au cours de ce long travail.

Je remercie tout particulièrement Michel Bozon, mon directeur de thèse, qui m'a permis de structurer ma pensée tout au long de ma recherche et qui m'a beaucoup soutenue au cours de l'écriture de ce mémoire.

Ce travail a bénéficié du soutien financier de l'Association Suisse des Femmes Diplômées des Universités (ASF DU), dont le siège est à Berne, qui soutient les femmes dans leurs carrières, et de la Société Académique Vaudoise de l'Université de Lausanne qui a valorisé ma recherche de thèse. Les bourses de recherche que ces deux institutions m'ont octroyées dans la phase finale de la rédaction sont précieuses pour moi.

Cette recherche n'aurait pas pu voir le jour sans l'expérience partagée et la confiance accordée par les personnes impliquées en France sur le terrain de la lutte contre l'excision. Je tiens en particulier à remercier Linda Weil-Curiel, de la Commission pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles, qui m'a aidée à mettre en place ma problématique au tout début de ma recherche ; Emmanuelle Piet, médecin à la Protection Maternelle et Infantile de Saine Saint Denis qui m'a prouvé qu'une médecine féministe était possible ; Mah Coulibaly qui a su me transmettre son regard unique issu d'une longue expérience de femme-relais auprès des femmes excisées ; le Groupe pour l'Abolition des Mutilation Sexuelles pour son accueil et son soutien et tout particulièrement Isabelle Gillette-Faye pour les nombreux entretiens qu'elle m'a accordés. Mes pensées vont aussi à tous les acteurs et actrices anonymes du monde associatif qui agissent chaque jour pour venir en aide aux femmes ayant vécu l'excision.

Je remercie également les personnels du corps médical rencontré-e-s durant mon terrain en France, et en particulier ceux de l'hôpital qui m'a ouvert ses dossiers. Enfin, je remercie les femmes ayant vécu l'excision qui ont accepté de me rencontrer et de me parler. Sans elles, ce travail n'aurait pu exister et j'espère avoir contribué à leur donner la parole.

Ma recherche a également bénéficié du travail collectif mené dans le cadre de l'enquête Excision et Handicap (ExH), dirigée par Armelle Andro de l'Institut de Démographie de l'Université Paris 1 et de l'INED et Marie Lesclingand. Je tiens à les remercier pour m'avoir intégrée dans l'équipe de l'enquête, pour les nombreuses discussions que nous avons eues et qui ont nourri ma réflexion, et enfin je remercie Armelle Andro pour avoir accepté de participer à mon jury de soutenance. Je remercie aussi Dolorès Pourette, avec qui j'ai partagé l'expérience d'enquêtrice dans

le cadre d'ExH et qui a relu avec attention mes analyses des entretiens réalisées dans le cadre de ma recherche.

Mes remerciements vont aussi à l'Institut de Recherche Interdisciplinaire sur les enjeux Sociaux (IRIS) qui m'a accueilli et en particulier à son directeur, Marc Bessin, qui a défendu mon projet de thèse, m'a permis d'intégrer le réseau des jeunes chercheurs Santé&Société, et a accepté de participer à mon jury de soutenance. Je suis reconnaissante à l'IRIS de m'avoir donné les moyens administratifs et scientifiques de mener à bien cette recherche et en particulier à Estelle Girard. Le laboratoire comme le séminaire doctoral ont été des lieux d'échange et de réflexion collective qui ont enrichi et fortifié ma pensée. Je remercie tous les chercheur-e-s et doctorant-e-s que j'ai rencontré et tout particulièrement Rose-Marie Lagrave, Kàtia Lurbe, Sébastien Roux, Julie Castro et Camille Lancelevée et Clotilde Lebas pour sa relecture.

Ce travail de recherche est également le fruit de rencontres avec des chercheurs ou enseignants chercheurs, en Italie, en France et en Suisse. Je remercie tout d'abord Nadine Celotti, professeure et doyenne de la faculté de Langues à Trieste, qui m'a aidée à faire le pont entre l'Italie et la France au début de ma thèse. Je remercie aussi Laurence Tain, de l'Université de Lyon 2, qui m'a accueillie parmi ses doctorants, m'a apporté aide et inspiration dans le délicat travail d'analyse statistique des dossiers médicaux et a accepté d'être rapporteure de ma thèse ; Didier Fassin, directeur de l'IRIS lorsque j'y suis arrivée, dont les écrits ont été une source de réflexion théorique, méthodologique et thématique et qui a accepté de participer à mon jury de soutenance ; Ellen Hertz de l'Université de Neuchâtel qui m'a accueillie dans le groupe des doctorant-e-s en Etudes Genre ; Francesca Poglia, professeure à l'Université de Fribourg, qui m'a donné l'occasion de faire connaître ma recherche en Suisse ; Delphine Gardey, professeure à l'Université de Genève, qui a accepté d'être rapporteure de ma thèse.

Je remercie en outre Vincent Barras, professeur à l'Université de Lausanne qui m'a accueillie au sein de l'Institut universitaire d'histoire de la médecine et de la santé publique (Iuhmsp) de Lausanne ; Francesco Panese, professeur à l'Université de Lausanne qui m'a aidée à monter une enquête sur l'excision en Suisse et Elise Ragnhild Johansen, sociologue, qui m'a permis de présenter mes travaux au sein de l'Organisation Mondiale de la Santé à Genève.

Je dois beaucoup à la liste de diffusion des jeunes chercheur-e-s sur le genre et la sexualité, Efigies, qui m'a permis de suivre débats et discussions où que je sois, et de faire des rencontres, notamment Nermina Trbonja, féministe engagée en Bosnie qui est devenue une de mes meilleures amies.

Je remercie aussi mes camarades de doctorat et ami-e-s pour leur précieux soutien : Florian Voros, Marie Bergström, Emmanuelle Beaubatie, Alice Debauche et Elise Marsicano.

J'ai eu la chance d'être très entourée, en France, en Suisse et en Italie.

Je remercie tout particulièrement Nicolas Perrin, Morgan Choblet et Marjorie Leclair, Sébastien Thillay, de Paris ; mes ami-e-s en Suisse, Nicole Murmann, Vanessa Langer et Gaëlle Rumley avec qui je partage des projets artistiques et François Kaech, Daniel Prélaz, Maël Dif-Praedalier, David Pichonnaz, Yvan Sansaulieu, Muriel Surdez, Claire Balleys avec qui je partage la passion pour la sociologie, ainsi que Claire-Lise Debluë Emilie Beuret et Pierre-Antoine Schorderet pour leur amitié.

Je suis reconnaissante à mes ami-e-s de longue date d'avoir su préserver notre amitié malgré la distance : Clelia Clini pour nos riches conversations sur les *Cultural Studies* ; Caterina Businelli, mon amie d'enfance et médecin critique ; Elisabetta Pavan pour ses conseils rationnels et pragmatiques ; Siro Zanolla pour son soutien dans les moments difficiles ; Moreno De Toni pour son regard enchanté sur l'interculturalité et Erica Barbiani pour ses documentaires qui offrent un regard amusé sur la société.

Un grand merci à mes parents, Viviana Posar et Alfonso Villani, qui m'ont suivi de loin mais avec enthousiasme.

Enfin, je remercie Benoît Beuret, mon compagnon, qui a nourri mon travail par ses remarques toujours pertinentes. Avec lui et notre enfant Laszlo Dimitri Villani, je partage ma vie. Ces deux hommes m'ont offert, chacun à sa façon, leurs soins, leurs attentions et leur amour, ce qui m'a permis de tenir debout jusqu'à la fin de ce travail.



## ***Prologue - Les mots et les choses***

---

Clitoris : vx barbideau, brigounet, pénil, praline, rose ermite. Argotique et Familier berlingot, bonbon, bouton (de rose), chatouille, clit, clito, framboise, grain de café, haricot, languette, petite fraise, soissonnais ou soissonnet rose. [Dictionnaire de synonymes et mots de sens voisin, Bertaud du Chazaud, 2003]

Clitoris : nom masculin emprunté (1611) au grec kleitoris, terme d'anatomie féminine. Ce mot qui présente la finale rare -toris, est une forme créée plus au moins arbitrairement, rapprochée par -klein « fermer , dénominatif de kleis « barre, verrou », « clef », auquel le latin calvis (clef) pourrait être emprunté. Le mot désignant l'organe érectile situé à la jonction supérieure des grandes lèvres de la vulve, s'est répandu dans l'usage, quelques fois sous les abréviations argotiques et familières clito (1972), antérieurement cli-cli (1953) et, d'après l'anglais, clit.

[Le Robert, 1998]

L'acte de couper le clitoris est appelé de différentes manières : circoncision féminine, excision, clitoridectomie, mutilation génitale féminine, mutilation sexuelle féminine, de l'anglais *female genital cutting* et *female genital surgery*, dans la langue somalienne *sunna gudnin* (Grassivaro et alii, 2006), dans la langue arabe *khafd* ou *khifad khitan*, *taharah* pour signifier circoncision féminine, purification (Aldeeb Abu-Sahlieh, 1994) Dans la thèse, deux termes sont le plus utilisés : « mutilation génitale féminine » qui souligne la connotation médicale et est le terme le plus utilisé par les acteurs au niveau international et « excision » qui est le terme le plus utilisé en France par les professionnel-le-s de santé et par les femmes concernées.





## Introduction générale

---

L'excision fascine, mobilise les émotions humaines et engage à une réaction. Objet de débats publics, elle est traitée comme un crime, une forme de torture, une « barbarie », une violence contre les filles et contre les femmes en général, une tradition ancestrale, un sujet de faits divers, un cas judiciaire. Pour d'autres, l'excision est un marqueur d'appartenance ethnique, un signe de beauté et de conformité, une preuve sociale de courage et d'unité avec le groupe. Elle met à l'épreuve les sensibilités personnelles, sexuelles, sociales et nationales, en touchant la limite, socialement et historiquement construite, de l'intolérable.

L'excision est également au centre de revendications. Elle soulève la question des droits, du respect de la personne, de l'égalité entre hommes et femmes. L'impulsion à intervenir sur ce thème ne concerne pas seulement les personnes ou les chercheurs hommes et femmes individuellement, l'excision suscite la mobilisation de groupes, de mouvements, de gouvernements nationaux et d'organisations structurées. Elle n'est plus considérée comme un rituel traditionnel local déconnecté de la globalité dans laquelle est insérée, elle est devenue une affaire publique. L'excision est liée aux populations qui la pratiquent et la déplacent d'un pays à l'autre à travers les migrations, ce qui soulève la question des rapports entre le Nord et le Sud et des enjeux de la domination culturelle et symbolique. Dans un monde globalisé, culture, justice, santé et sexualité ne sont plus des affaires indépendantes et intelligibles uniquement à l'échelle locale. En raison de la globalisation de l'information et de l'interdépendance des politiques et des économies nationales, les gouvernements – et par eux – les individus – sont appelés à répondre globalement de leurs faits.

L'institutionnalisation du traitement de l'excision, rebaptisée « mutilation génitale féminine », implique sa condamnation en qualité de crime dans la majorité des pays au monde. Une fois démontrées les conséquences graves qu'elle engendre sur la santé sexuelle et reproductive des femmes touchées, l'excision est reformulée comme un problème de santé publique, qui demande des soins et des interventions spécifiques. Ces formes particulières de prise en charge constituent des coûts, dont l'offre et la dépense demandent des justifications. La « gratuité » des prestations données trouve sa raison morale soit dans

un engagement féministe revendiqué soit dans l'esprit humanitaire. La reconnaissance de l'excision comme crime conduit ainsi à la reconnaissance du droit à la réparation. À travers la reconstruction de l'organe coupé, la médecine dit pouvoir annuler les effets d'une tradition mutilante. Derrière une médecine réparatrice qui redonne de la vie dans la gratuité, les symboles de la nation se renouvellent et se réactualisent à l'intérieur des expériences corporelles des femmes excisées.

### **La recherche sur l'excision : genèse et conditions d'un choix**

La recherche sur l'excision soulève de nombreuses questions : la définition de la santé, la liberté d'administrer les âges, le genre et les personnes à l'intérieur d'une société, la détermination des plaisirs licites et illicites dans la sexualité, les contours de la violence, tout comme du tolérable et de l'intolérable. À l'intérieur de cette configuration, la première position que je revendique est celle de la chercheuse.

Le choix de ce sujet n'est pas déconnecté de mon parcours personnel. Découverte en Italie à l'âge de vingt ans, alors que j'étais à la Faculté, l'excision a fait l'objet d'un travail scientifique de fin d'études (Laurea en sciences et techniques de l'interculturalité qui équivaut à un mémoire de maîtrise) qui traitait la question comme un problème de coopération internationale. Elle a été envisagée par la suite comme un thème de politique publique de la santé, en 2006 dans le cadre de mon travail de recherche de Master 2 en « Santé, population et politiques sociales » à l'EHESS. Ce travail mettait en lumière les étapes de la construction d'un problème public et établissait une comparaison des formes de traitement en France et en Italie. L'invention et la diffusion d'une forme de réparation de l'excision a de nouveau déplacé l'analyse de mon objet. Le lancement d'une enquête nationale en France sur ce sujet a relancé mon intérêt et le choix de convertir le travail de mémoire en projet de thèse s'est alors imposé.

Ce travail sur l'excision relève d'un engagement personnel, qui seul peut expliquer ce retour renouvelé et persévérant à l'objet. L'autoanalyse toutefois ne permet pas d'éclaircir les raisons pour lesquelles on s'est engagé ; à la limite elle permet de les justifier. Je dirai seulement que l'excision pour moi a été depuis le début et est toujours une forme de violence masculine très ciblée. Femme blanche, de classe moyenne et migrante, je n'ai pourtant pas expérimenté moi-même l'excision. En revanche, j'ai connaissance par

expérience directe d'autres violences dont la nature est semblable. Chercher à comprendre cette pratique et à décrire le parcours des femmes est en dialogue avec une analyse et un parcours personnels. Cet engagement fixe ma position de chercheuse qui est scientifique mais pas universelle. Cette recherche est très ancrée sur le terrain, très spécifique et pour cela unique.

### **Pluralisme méthodologique, population très spécifique et terrain délimité**

Aborder un sujet aux facettes aussi nombreuses et contrastées relève du défi. S'il est vrai que sa définition et son traitement connaissent désormais une phase achevée de son institutionnalisation, l'excision peut faire néanmoins l'objet d'un récit bien différent à l'intérieur de l'expérience personnelle d'une femme directement touchée. Mais plus que l'excision, c'est la *réparation de l'excision*, en tant que forme de traitement médical et en tant qu'expérience personnelle, qui fait l'objet de ma recherche. Travailler sur la réparation de l'excision permet de contourner la question de mon positionnement face à cet objet. Aucune femme interviewée n'a en effet défendu son excision comme marque positive. Au contraire, l'excision constitue un problème pour toutes les femmes de mon étude, qui s'engagent dans un parcours contraignant et parfois très long, afin de le résoudre.

Le cadre de la recherche a donc été construit de manière très précise. Enquêter en milieu hospitalier sur une population de femmes excisées vivant en France et dans une démarche de réparation clitoridienne fixe le contour à la fois d'un terrain ciblé et d'une problématique spécifique. Pour faire face au risque d'assumer un regard trop unilatéral, à l'intérieur de ce cadre, je me suis autorisée à utiliser plusieurs méthodes d'enquête. Le cadre délimité vise à protéger la définition précise de ma problématique, alors que le *pluralisme méthodologique* met à l'épreuve les hypothèses théoriques précédemment élaborées. Tel un objectif d'une caméra qui se déplace à l'intérieur d'un périmètre, j'alterne une vision panoramique qui donne à voir la construction sociale de l'objet selon une approche de sociologie des problèmes publics et des mobilisations et une focalisation qui met en relief les détails. Le dispositif méthodologique s'inspire de *l'étude de cas élargie (Extended Case Method)* qui permet de faire un aller-retour entre une réalité analysée de loin et la même de près, puis d'effectuer sur la base de celle-ci, une montée en généralité.

Les différents éléments observés (mobilisations internationales et nationales, ethnographie du milieu hospitalier, traitement statistique des dossiers, entretiens avec les femmes, analyse d'un blog) constituent les aspects différents de la même réalité, regardée à la fois de loin et de près.

Forte de cette pluralité méthodologique au sein d'un cadre en revanche nettement délimité, la recherche sur l'excision et la réparation, permet d'accéder à une réalité d'ordre supérieur. La sortie du cadre de la réparation hospitalière est possible à travers une généralité qui dialogue sans cesse avec la particularité. Une macroanalyse des droits sexuels, d'une médecine émotionnelle et des politiques de réparation est possible à partir de cette extension d'une microsociologie des rapports coloniaux en milieu hospitalier. Les thèmes de la santé, de la migration et de la sexualité sont questionnés à l'intérieur de cette perspective sociologique. Le microcosme hospitalier, l'univers médical et la complexité contemporaine de l'institution médicale deviennent les métaphores d'un gouvernement global.

### **Organisation de la thèse**

La première partie de la thèse a pour objectif de restituer les étapes historique de la genèse d'un problème social. Les évolutions sociales qui ont conduit à reformuler un phénomène préexistant en termes de « mutilations sexuelles » sont observées. À l'apparition de ce nouveau problème dans la sphère publique, succède le développement de diverses formes de traitement. Le discours juridique et les raisons médicales s'imposent sur la scène internationale, suivis par le discours féministe, qui, ensemble, dessinent les contours d'un crime reconnu au niveau mondial.

Le premier chapitre s'articule en trois temps pour retracer les phases qui rythment les étapes de l'appréhension du phénomène. À l'époque coloniale, ce phénomène était observé comme un objet exotique. La race, telle qu'elle était définie à cette époque et appréhendée par la médecine, servait à justifier ces pratiques exotiques. Bien que dénoncée par des mouvements indigènes comme par les administrateurs coloniaux et les missionnaires de l'Eglise catholique, l'excision ne constitue pourtant pas encore un problème public. C'est à travers la décolonisation, l'évolution de la conception du droit international et les migrations des populations du Sud vers le Nord que ce phénomène millénaire acquiert de

nouvelles significations. Les « *mutilations génitales féminines* » sont dans ce sens une *invention contemporaine*, leur apparition sur la scène publique est très récente. L'étude de la littérature administrative permet de mettre en lumière les débats concernant la terminologie, qui a été longuement discutée et qui actuellement ne fait toujours pas l'objet d'un consensus. La pluralité des termes utilisés permet d'illustrer la complexité de l'excision, mais aussi le rapport entre un discours majoritaire et les discours minoritaires sur ce sujet. Enfin les féministes, notamment dans le milieu académique, relèvent le caractère violent et la dimension du genre dans la pratique de l'excision.

Le chapitre 2 illustre plus précisément les conditions qui ont conféré à ce phénomène une dimension globale. L'évolution du droit international, la naissance des chartes et des conventions, la volonté d'accorder les nations dans une *gouvernance internationale* sont les éléments analysés. Les nouvelles agences des Nations Unies et l'Organisation mondiale de la santé introduisent une nouvelle exigence : celle de mesurer la réalité, de quantifier les problèmes dans le monde afin de programmer des interventions ciblées. Les « mutilations génitales féminines » sont reformulées en termes épidémiologiques et statistiques visant à prouver l'étendue du phénomène. Les changements géopolitiques produits par la décolonisation sont accompagnés par de nouvelles politiques de coopération internationale dont les programmes sont implantés dans les pays du Sud avec l'objectif d'améliorer la situation des pays « en développement ». La lutte contre l'excision est justifiée par son ampleur dans le monde et le risque de sa diffusion.

Le chapitre 3 déplace la focale sur les pays du Nord. La décolonisation produit des effets également dans les pays « développés ». Le déplacement des populations fait de *l'excision un phénomène d'importation*. L'élaboration des politiques d'immigration dans les pays occidentaux renouvelle la question de la citoyenneté, les anciens colonisés migrant souvent dans les pays des anciens colonisateurs. Des pratiques lointaines deviennent désormais proches et mettent en question les populations dans leurs mœurs et leurs habitudes. De nouveaux acteurs s'impliquent sur le terrain de la lutte contre des pratiques menaçant à la fois la santé et les droits historiquement construits. La *comparaison de deux pays*, la France et l'Italie montre des *histoires d'institutionnalisation différentes* de la question de l'excision, ce qui met en relief l'importance de la construction nationale dans le traitement de ces problèmes. Enfin la volonté d'établir un lien entre la santé et la violence, les récentes découvertes dans le champ biomédical, ainsi que la singularité de l'histoire

nationale de la France, fait émerger un fait unique dans le monde au niveau du traitement d'un crime d'excision : l'élaboration d'une *politique de réparation*.

À la lumière de cette reconstruction, le chapitre 4 propose la perspective théorique à travers laquelle l'excision et la réparation sont envisagées. Un état de la littérature permet de situer et de justifier l'angle choisi. Une approche privilégiant l'*intersectionnalité* est mise en oeuvre : elle permet de restituer la complexité de l'excision et de la réparation à l'intérieur de la réalité observée. La réparation clitoridienne fait intervenir plusieurs catégories à la fois. Les acteurs sont imbriqués dans les *rappports de race, de classe, de sexe*. Le terrain médical dans lequel la sexualité est traitée confronte par ailleurs des populations ayant en commun un passé colonial, ce qui soulève les questions de la domination et de la globalisation. Enfin la relation thérapeutique amplifie la structure asymétrique dans laquelle les acteurs sont liés l'un à l'autre dans un projet commun : la réparation.

La deuxième partie est constituée de l'ensemble du travail empirique. Le terrain de l'institution médicale est étudié de l'intérieur. Le chapitre 5 est entièrement consacré à la stratégie méthodologique. Travailler sur et à l'hôpital soulève des questions éthiques et méthodologiques qui poussent le chercheur à expliciter son positionnement à l'intérieur de l'institution. L'importance de négocier son entrée, ainsi que d'accepter les rôles assignés est signalée comme un élément clé pour avoir accès aux sources institutionnelles et les dépouiller. La difficulté à produire un regard sur l'objet étudié est dicté par l'obligation de se mêler aux enquêtés (le corps médical et les femmes excisées) à être dans la relation en même temps qu'on la questionne (relation thérapeutique). À partir de cette position située (équipe médicale), les catégories théoriques médicales sont testées sur une autre catégorie d'enquêtées (les patientes). La position paradoxale de *l'engagement détaché* demande à la fois un ancrage sur le terrain et une réflexivité.

Le chapitre 6 présente le *travail ethnographique*. L'immersion à l'intérieur de deux équipes médicales dans deux centres hospitaliers de la région parisienne permet d'illustrer le fonctionnement de ce qui est identifié comme le « *parcours de réparation* ». L'élaboration d'un protocole désormais institutionnalisé ainsi que la naissance d'une équipe ont pu être observées. La singularité historique de ces événements, puisque marquant l'apparition d'un service auparavant inexistant, rend ce matériel empirique unique. Inversement, l'observation des activités répétées (réunions de staff, discussion des dossiers), la négociation entre spécialistes, l'élaboration d'une prise en charge pluridisciplinaire

permettent de produire une analyse plus générale sur les modalités ainsi que les conditions de construction d'un savoir médical.

Le chapitre 7 offre un traitement statistique des *dossiers médicaux* de femmes ayant consulté le service sur une période donnée. Deux hypothèses théoriques sont testées : le corps médical sélectionne une patientèle de candidates dont les caractéristiques les rendent aptes à la chirurgie, cette dernière étant plus efficace sur une patientèle spécifique ; la réparation symbolique se fonde sur une raison politique (motivations de la demande). En réalité, deux figures de patientes se dégagent selon qu'elles aient été socialisées en France ou en Afrique sub-saharienne et la réparation médicale est allouée sur la base de deux critères (la *maturité* ou la *précarité*). Le traitement statistique des dossiers a permis également de décrire une population sélectionnée aux traits bien spécifiques, par moments distincts de la population des femmes excisées vivant en France.

Le chapitre 8 se base sur les *entretiens* approfondis semi directifs, réalisés avec les patientes dans le service hospitalier. L'approfondissement des thèmes relatifs aux raisons fondant la demande de réparation a permis de dégager une logique qui est propre aux femmes et diffère de la logique médicale. L'investissement personnel des femmes à l'intérieur de l'institution hospitalière, se formule en termes de justice et de *revendication de droits sexuels*. La formulation d'une *égalité* se fonde sur la confrontation aux femmes françaises (« les autres ») qui sont citées et auxquelles les femmes africaines, de première et de deuxième génération, se comparent.

Enfin le chapitre 9 clôt la partie empirique en proposant une sortie, même virtuelle, de l'espace médical. Ce chapitre est consacré à *l'analyse d'un blog* créé par une femme excisée en démarche de réparation. L'analyse du blog, qui mobilise les outils de la sociologie des médias et des activités en ligne, permet d'établir un dialogue avec les expériences personnelles et sexuelles recueillies dans le cadre des entretiens approfondis. La référence à une normalité et à une conformité sexuelles est également revendiquée et identifiée comme le fondement d'une demande de réparation.

La troisième partie propose une montée en généralité théorique, en dégageant deux logiques à la base de la réparation clitoridienne. Ces logiques ne sont pas identiques mais pas non plus opposées : les logiques des femmes sont complémentaires à la logique médicale.



Le chapitre 10 propose un nouveau concept théorique – les *capabilités sexuelles* – qui restitue la complexité des logiques développées par les femmes excisées engagées dans le parcours hospitalier. Elles ne se construisent ni ne se revendiquent comme « victimes » ; elles se montrent au contraire actives et entreprenantes dans un projet réparateur qui va au-delà de la reconstruction clitoridienne. La sexualité des femmes est notamment étudiée à l'intérieur des trajectoires intimes, mais également professionnelles, sociales et migratoires. Enfin leurs biographies montrent que ces femmes ont à la fois des qualités et des conditions favorables pour faire une demande en termes d'accès aux droits sexuels. La réalisation de la demande acquiert plusieurs formes, les parcours singuliers produisent une démultiplication de l'idée de réparation. Celle-ci coïncide avec la réparation chirurgicale pour certaines, avec l'ensemble des consultations à l'intérieur du parcours ou avec la possibilité nouvelle de produire une parole sur l'excision et sur sa propre sexualité pour d'autres. Cette réparation telle qu'elle est investie de sens à l'intérieur des parcours individuels consiste en la réalisation des droits sexuels. La réalisation matérielle des droits sexuels est indiquée par l'acquisition des capabilités sexuelles.

Le chapitre 11 se focalise sur la logique médicale, qui ne peut pas être pensée comme pure forme de pouvoir. L'exercice médical est notamment effectué par des acteurs – les professionnel-le-s de la santé – qui sont ancrés dans la réalité. Ces acteurs présentent, de par leurs parcours biographiques et professionnels, des caractéristiques complexes, par moment antithétiques. Les professionnelles de la santé sont pour la majorité des femmes et féministes engagées dans la question des droits sexuels. La discrimination raciale est également problématisée, elle est clairement débattue dans les réunions de staff et constitue une préoccupation hospitalière. Le travail clinique effectué par ces professionnel-le-s et le type de réparation symbolique qu'ils prétendent apporter conduit à théoriser l'apparition d'une *médecine émotionnelle*, où les émotions deviennent le matériel sur lequel le corps médical intervient afin d'apporter cette réparation symbolique sur des personnes (les femmes excisées) considérées par l'équipe comme relevant d'une catégorie de personnes opprimées.

Enfin le chapitre 12 montre comment la réparation chirurgicale s'insère dans une véritable *politique de la réparation*. Les acteurs sont réinsérés dans leurs nations, les histoires nationales sont interrogées à la lumière du passé colonial. Un déplacement sociologique relativement au type de relation, au type de question et au type de politique

permet notamment d'interroger les interactions observées en milieu hospitalier selon une autre perspective. La décolonisation des relations sociales, la problématisation de la race ainsi que l'émergence de la nécessité d'apporter une réparation politique constituent les trois piliers d'un renouvellement des expressions globales des formes de solidarité.



**PREMIERE PARTIE – EMERGENCE DU PROBLEME DE  
L'EXCISION ET DE SON TRAITEMENT**



## **Introduction - De la globalisation d'un crime à la réparation de la sexualité**

---

L'attribution d'une définition médicale à des pratiques censées modifier les organes génitaux des femmes marque un tournant dans la perception de cet objet sociologique. Bien que de telles pratiques existent depuis une époque très ancienne, leur reconnaissance en qualité de mutilation est récente. S'il est admis qu'elles sont responsables de complications médicales à moyen et à long terme, les « mutilations génitales féminines » sont également considérées comme nuisibles pour le corps des petites filles et des jeunes femmes. Elles ont été reconnues comme un crime et bénéficient d'une définition médicale spécifique. Elles font, de plus, l'objet de programmes de santé publique.

Le premier chapitre est consacré à l'analyse du processus sociohistorique de la définition du problème, la construction de cet objet sociologique dans les différentes catégories sociales rencontrées à travers diverses époques et les formes d'institutionnalisation des moyens de traitement. Les changements de perception de l'objet et sa reformulation dans de nouveaux termes signent l'étape de l'apparition d'un nouveau problème social. Des acteurs se mobilisent afin de faire valoir d'autres catégories théoriques pour définir ce qui deviendra la « mutilation sexuelle ». Les débats produits dans les arènes publiques de la seconde partie du XX<sup>e</sup> siècle constituent les lieux de la circulation de ce nouvel objet politique. Ces pratiques auparavant tolérées sont maintenant pensées comme un problème qui mérite d'être traité. Ces modifications corporelles sont désormais pensées comme des actes de torture, infligeant des blessures et constituant ainsi un crime punissable pénalement par la loi. La condamnation de ces pratiques atteint un consensus international.

Les chapitres suivants analysent les formes de traitement de l'objet et leur institutionnalisation dans les pays du Sud (chapitre 2) et dans les pays du Nord (chapitre 3). Les mobilisations internationales contribuent à façonner les consciences politiques locales s'engageant par conséquent juridiquement contre ces pratiques, ce qui permet la formation d'un consensus au sein de la classe dirigeante. La construction de cet objet comme un problème de santé publique mobilise également les acteurs de la santé, de la justice et de la

société civile dans les pays du Nord. Si les débats s'officialisent et s'harmonisent dans la production d'un discours institutionnel à travers les différentes « déclarations », les formes de traitement quant à elles se modulent sur des terrains différents, qui élaborent des réponses diversifiées. La France et l'Italie seront comparées, car leurs cas permettent de mettre en lumière l'interdépendance entre la définition de l'objet et son traitement. Le dernier chapitre introduira la question de la recherche, les hypothèses ainsi que les bases théoriques qui justifient le choix méthodologique d'effectuer un terrain en milieu hospitalier.

## **Chapitre 1/ Genèse d'un crime : l'apparition des mutilations sexuelles**

Les choses ne sont que des gens qui agissent ensemble.

Howard S. Becker ([1998]2002)

La catégorie des mutilations sexuelles est le produit social d'un processus historique. Dès l'Antiquité, ce phénomène existe et est abordé par des appellations différentes. Les définitions attribuées à ces pratiques observées depuis longtemps reflètent les sensibilités sociales des époques, mais aussi les hiérarchies des acteurs qui ont le pouvoir de les nommer. L'attribution d'un nom à une chose est l'emblème du pouvoir de créer un objet. Dans une société, ces pouvoirs sont inégalement distribués, ils font précisément l'objet d'une lutte dans un espace démocratique et d'un silence dans un espace hégémonique. Parcourir les étapes saillantes de la construction de cet objet, ne vise pas à produire une histoire des mutilations sexuelles, mais bien à situer ces dernières dans un ordre chronologique où elles ont jailli en termes de problème.

### **L'ordre moral des races, sexes et classes : la citoyenneté de la sexualité**

Depuis *l'Antiquité*, des écrits informent de l'existence des différentes formes de mutilation génitale. Historiquement, les premières données recueillies sur ce sujet sont rapportées par Hérodote<sup>1</sup> dans son *Enquête* (469-467 av. J.-C.). Selon lui, la « *circumcision pharaonique* » est répandue chez les Colchidiens, les Éthiopiens et les Égyptiens. D'autres auteurs font remonter cette pratique au néolithique, chez les Égyptiens (Auffret, 1982) ou, en tous les cas, avant l'apparition des religions monothéistes (El Saadawi, 1980). Strabon<sup>2</sup> répertorie ces pratiques dans sa *Géographie* (24-25 av. J.-C.), relevant leur existence lors de son expédition en Égypte. Dans le *Canon de la médecine* (1<sup>er</sup>

---

<sup>1</sup> Hérodote est un historien grec, considéré le « père de l'histoire » et géographe né vers 484 ou 482 av. J.-C. et mort vers 420 av. J.-C.

<sup>2</sup> Strabon est un historien et géographe grec, né vers 58 av. J.-C. et mort entre 21 et 25 apr. J.-C.



siècle apr. J.-C.), Avicenne considère le clitoris comme un organe équivalent au sexe masculin, mais de taille réduite. Cet organe est suspecté de pouvoir se développer jusqu'à atteindre des dimensions similaires au pénis. L'idée de « correction » s'installe dans l'imaginaire médical et l'excision entre dans la catégorie des pratiques de « chirurgie amélioratrice des sexes difformes »<sup>3</sup>. Dans le *Traité des maladies des femmes* (fin I<sup>er</sup> siècle apr. J.-C.), le médecin grec Soranus d'Éphèse<sup>4</sup> défend les propriétés hygiéniques et esthétiques de l'excision observée chez certaines populations. Bien que ces opérations interviennent dans des pays lointains, l'ancienne médecine occidentale leur reconnaît une valeur morale, mais également la marque d'un statut social. Dans l'Empire romain, la pratique de l'infibulation<sup>5</sup> était pratiquée couramment sur certaines catégories de personnes, les chanteurs (Vendries, 2006) ou les esclaves, hommes et femmes (Schultheiss, Mattelaer, Hodges, 2003) personnes privées des droits civils que la citoyenneté romaine conférait, privées également d'une sexualité.

L'idée d'une difformité anatomique est maintenue dans *l'âge classique*: les sources privilégiées des médecins restent les ouvrages antiques susmentionnés (Strabon, Soranus, Avicenne) et des récits de voyage, notamment celui d'un médecin arabe, Al Hassan Ibn Muhammad, dit « Léon l'Africain ». Dans son ouvrage<sup>6</sup>, il décrit les femmes africaines comme « *lubriques* », par leur tempérament naturel, sollicité par un climat qui favoriserait des comportements sexuels « *licencieux* ». Léon l'Africain écrit que les femmes de ces pays utilisent leur clitoris de manière illicite, ce qui rendrait cet organe proéminent et hypertrophié. Il justifie ainsi la pratique de l'excision (du clitoris et des petites lèvres) observée auprès des populations décrites et la juge nécessaire pour calmer ces appétits et pratiques sexuels. Dans *l'âge moderne*, le corps noir est considéré par les médecins européens comme représentant l'étrangeté,<sup>7</sup> et participe ainsi à nourrir le fantasme d'une

---

<sup>3</sup> Avicenne est philosophe et médecin du I<sup>er</sup> siècle apr. J.-C., d'origine iranienne, installé ensuite à Rome. Il est le premier médecin qui parle de « *correction par la chirurgie* ».

<sup>4</sup> Soranus d'Éphèse est un médecin du II<sup>e</sup> siècle apr. J.-C., un des représentants majeurs de l'école méthodique de médecine. Spécialisé dans la discipline gynécologique, il écrit notamment le *Traité des maladies des femmes* en quatre livres.

<sup>5</sup> Le terme même infibulation a son origine latine du mot *fibula*, qui correspondait à un anneau métallique positionné derrière le gland sur le prépuce de l'homme, ce qui rendait douloureuse voire impossible l'érection, et à l'occlusion de l'orifice vaginale de la femme en empêchant ainsi toute tentative d'intromission.

<sup>6</sup> Léon l'Africain, *Historiale description de l'Afrique*, tierce partie du monde, livre III, C. Plantin, Anvers, 1575.

<sup>7</sup> À ce propos voir la reconstruction historique réalisée par E. Dorlin in *La Matrice de la Race*, Paris: La Découverte; 2006.

inversion des rôles sexuels<sup>8</sup>. Le corps médical maintient la perception de l'excision comme d'un moyen permettant de rétablir l'ordre parmi les sexes (Dorlin, 2006). Au XVII<sup>e</sup> siècle, l'excision n'est pratiquée que rarement en France, dans des cas d'hermaphrodisme. S'appuyant sur le modèle dichotomique de la différence sexuelle d'Aristote, la pensée médicale de l'âge moderne explique l'hermaphrodisme « comme un prolapsus de la matrice ou par une hypertrophie clitoridienne » (Dorlin, 2006 : 72). À cette époque, un clitoris hypertrophié est un signe d'homoérotisme<sup>9</sup>, de tribadisme<sup>10</sup> ou de masturbation et donc qualifié comme le signe de « perversion sexuelle » (Dorlin, 2006 : 76). Mobilisant la variable de la « race », les médecins distinguent une « *malformation* » d'une « *spécificité anthropologique* », retenant le premier qualificatif lorsqu'une hypertrophie clitoridienne est constatée chez les femmes européennes, le second lorsqu'elle est observée chez les femmes africaines. Une « *nature* » différente est attribuée aux femmes des deux continents, les Européennes ayant un tempérament froid et humide, les Africaines, chaud et sec. Les excroissances clitoridiennes des Européennes sont ainsi considérées comme « *symptomatiques non pas d'un "naturel", mais bien de pratiques licencieuses ou d'affections morbides* » (Dorlin, 2006 : 77). Ces explications biologiques servent à fonder l'inégalité du statut social selon les origines raciales.

### **Moralisation médicale et pathologisation des comportements sexuels**

À l'âge moderne, certains comportements sexuels jugés immoraux sont traités par la justice<sup>11</sup>. La médecine au service de la justice va permettre de repérer les comportements licencieux qui sont répertoriés dans une cartographie sexuelle ; les médecins du XIX<sup>e</sup> siècle élaborent une liste nosographique des perversions sexuelles<sup>12</sup>. Parmi ces comportements, la masturbation féminine<sup>13</sup> est considérée à l'instar d'une maladie. La masturbation fait l'objet

---

<sup>8</sup> À ce sujet voir les études approfondies sur l'argument : William B. Cohen, *Français et Africains. Les Noirs dans le regard des Blancs, 1530-1880*, Gallimard: Paris; 1981

<sup>9</sup> Voir pour plus de précisions Park K. Daston LJ. *Unnatural Conceptions: Monsters in Sixteenth- and Seventeenth-Century France and England, Past and Present*, 1981;92:20-54.

<sup>10</sup> Voir à ce propos : Park K. The rediscovery of the clitoris, in Hillman DA et Mazzio C. *The body in parts: fantasies of corporeality in early modern Europe*, New York: Routledge; 1997.p.171-194. Ouvrage cité par Elsa Dorlin in *La Matrice de la Race*, op.cit., p.72

<sup>11</sup> À ce propos voir Mucchielli L. (dir.) *Histoire de la criminologie française*. Paris: L'Harmattan; 1994.

<sup>12</sup> Voir Lanteri-Laura G. *Lectures des perversions. Histoire de leur appropriation médicale*. Paris: Masson; 1979.

<sup>13</sup> Relativement à la masturbation, voir Laqueur T. *Le Sexe en solitaire : contribution à une histoire culturelle de la sexualité*. Paris: Gallimard; 2005.

d'un véritable traité médical<sup>14</sup> censé se baser sur des preuves scientifiques. L'injonction à la pudeur encourage de surcroît une répression sexuelle. La médecine de cette époque produit deux clivages majeurs au sein de la société, en élaborant des préceptes moraux hygiéniques sur la base d'une discrimination de genre et de classe. Les femmes sont décrites comme des êtres fragiles et enclins à la corruption ; de leur côté, les classes populaires sont soupçonnées de corrompre par le vice la haute société (Chaperon, 2008). Dans l'histoire culturelle de la sexualité, Thomas Laqueur (2005) montre comment la masturbation a fait son apparition moderne dans la société par un traitement moral particulièrement lourd.

La masturbation féminine suscite un intérêt particulier au sein du corps médical : traités scientifiques, prescription d'hygiène diététique (aliments sans condiments, prohibition de certains légumes) et remèdes thérapeutiques (bains froids, activités recommandées ou interdites) sont élaborés. En 1854, un médecin britannique, Isaac Baker Brown, publie les résultats de ses recherches scientifiques<sup>15</sup> : la « *clitoridectomie* » est censée guérir ces maux des femmes, soigner et corriger à la fois les comportements déviants de celles qui pratiquent la masturbation. Considérée comme un remède à l'hystérie, à la nymphomanie et à l'onanisme, la clitoridectomie était proposée par les médecins et pratiquée sur certaines femmes en France, Angleterre et États-Unis pendant un siècle. La médecine voit en cette chirurgie un moyen efficace pour réguler le désir charnel et rétablir une morale sexuelle. Dans la représentation médicale, la sexualité féminine se caractérise par la passivité, la réceptivité et la subordination à la sexualité masculine. La déviance à cette norme pouvait exposer une femme à ce genre de correction. La femme, citoyenne par son seul lien matrimonial, est subordonnée au statut du mari autant dans la sphère sexuelle que politique.

---

<sup>14</sup> Il s'agit d'un médecin de Lausanne, Simon-André Tissot, *L'Onanisme. Dissertation sur les maladies produites par la masturbation* (1760).

<sup>15</sup> Isaac Baker Brown, *On Surgical Diseases of Women*, 1854. Il publie un deuxième ouvrage en 1865, *On the Curability of certain Forms of Insanity, Epilepsy, Catalepsy and Hysteria in Females*, dont les sources remontent – selon Herzberger-Fofana (*op.cit.*) – à une publication de 1708 de Dionis P. *Cours d'opération de chirurgie démontrée au jardin royal*.

### 1900 : Les colonies au service de la civilisation des « *pratiques barbares* »

Parallèlement, au XIX<sup>e</sup> siècle, la France poursuit son idéal d'expansion coloniale et, à l'instar d'autres puissances occidentales, se considère capable d'apporter dans les nouveaux pays conquis les valeurs universelles de la civilisation. Véritable mission, la colonisation devient un « *idéal humanitaire* » (Blanchard, Lemaire, 2003 : 16) : la prétendue supériorité des colonisateurs légitime cette mission civilisatrice. Quant à l'excision, les missionnaires chrétiens et ensuite les administrateurs coloniaux signalent ces pratiques et les qualifient d'« *actes barbares* », notamment par rapport au contexte dans lequel elles sont effectuées. Animés par leur mission de rédemption ou par l'idéal du progrès, les missionnaires et les administrateurs ne peuvent pas leur trouver d'équivalent dans les actes médicaux. Ces pratiques sont le fruit de croyances païennes, de rituels sauvages de populations non civilisées : seule l'éducation peut les sauver (Boddy, 2007). Les premières formes de résistance, voire de rébellion, des autochtones ne tardent pas à se manifester. Ces initiatives colonialistes sont perçues comme destructrices de la culture locale, ce qui engendre des « formes de résistance indigènes » (Shweder, 2009 :265). La défense des valeurs culturelles<sup>16</sup> incite au respect des mœurs et des rituels traditionnels. La confrontation entre deux sociétés montre que ce qui est en jeu, derrière la civilisation de la sexualité, est le droit de citoyenneté à l'intérieur d'un territoire national.

Entre la fin du XIX<sup>e</sup> et le début du XX<sup>e</sup> siècle, les premières missions à caractère ethnologique contribuent à désigner les mutilations sexuelles comme des « *pratiques culturelles et traditionnelles* » (Daigre, 1932<sup>17</sup> ; Villeneuve, 1937<sup>18</sup>), vision partagée par les administrateurs coloniaux et les missionnaires de l'Église catholique. Les ethnographes circonscrivent doublement ces pratiques ; observées à l'intérieur de sociétés considérées comme lointaines, elles sont perçues comme des « *rites d'initiation* » (Mauss, 1934) par des modifications corporelles ou des « *rites de passage* » (Van Gennep, 1909). Ces études anthropologiques conduites parmi les indigènes et à partir d'observations de terrain utilisent le terme de « *circoncision féminine* » (Griaule, 1951 : 65-78), vocable qui tend à forger un parallèle avec la circoncision masculine. Certes, les rapports entre Nord et Sud établis durant la période coloniale ont influencé les ethnologues, lesquels interrogent ces

---

<sup>16</sup> Voir, Jomo K. *Facing Mount Kenya: The Tribal Life of the Kikuyu*. London. Secker and Warburg; 1938.

<sup>17</sup> Daigre RP. Les Bandas de l'Oubangui-Chari in *Anthropos*, XXVII, 1932, p.658.

<sup>18</sup> Annie Villeneuve Étude sur une coutume somalienne : les femmes cousues. in *Journal de la société des Africanistes* 1937.

pratiques exclusivement sous l'angle culturel. Les indigènes et leurs cultures sont étudiés en dehors et au-delà d'une organisation politique.

Des sociologues ont montré qu'en réalité, au début du XX<sup>e</sup> siècle, des formes de contestation de ces pratiques existent déjà. Les acteurs engagés sont issus d'organisations indigènes de femmes, comme c'est le cas de la *Sudanese Women's Union* (Abusharaf, 2000 : 157). De l'autre côté, les acteurs occidentaux, comme des enseignants ou des infirmières dans d'établissements médicaux des colonies (Boddy, 1998) et de quelques missionnaires de l'Église (Gruenbaum, 2001), adoptent une posture morale vis-à-vis de ces pratiques. Les administrateurs coloniaux voient ces pratiques comme des rituels « violents », « barbares » et propres à des « sociétés primitives ». Elles sont interprétées à travers le modèle européen des valeurs du Siècle des Lumières (Gruenbaum, 2005 : 433). Dans le Soudan du Nord des années 1920 sous l'empire colonial britannique, la prise en charge des femmes soudanaises par les sages-femmes et les infirmières ressemblent à des « croisades » (Boddy, 2007) culturelles envers ces populations, à qui est imposée de force une éducation coloniale.

La question des mutilations sexuelles est soulevée en termes de problème pour la première fois au sein des Nations unies à New York, en 1952, par la Commission des droits de l'Homme. Elle s'adresse au Conseil économique et social des Nations unies, qualifiant ces pratiques de « danger »<sup>19</sup>. En 1958, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est invitée par l'Organisation des Nations unies (ONU) à entreprendre une étude « sur la persistance des coutumes qui consistent à soumettre les filles à des opérations rituelles, et sur les mesures prises ou projetées pour mettre fin à ces pratiques »<sup>20</sup>, invitation que l'OMS refuse l'année suivante puisque les « opérations rituelles en question résultent de conceptions sociales et culturelles dont l'étude n'est pas de la compétence de l'OMS ».<sup>21</sup> Avant la décolonisation des pays africains, ce genre de pratiques est encore appréhendé comme une affaire de civilisation résultant de la compétence des administrations coloniales locales. Les mutilations sexuelles sont traitées non pas comme un problème social international, encore moins comme une question politiques : elles constituent une affaire culturelle.

En 1960, le Conseil économique et social de l'ONU réitère la demande à l'OMS, lors d'une conférence en Éthiopie, à Addis-Abeba. Une année plus tard, l'étude des pratiques

---

<sup>19</sup> Résolution 445 (XIV) CI, Conseil économique et social des Nations unies, 28 mai 1952.

<sup>20</sup> Résolution 680 (XXVI) BII, Conseil économique et social des Nations unies, 19 juillet 1958.

<sup>21</sup> Assemblée mondiale de la Santé, New York, 28 mai 1959.

consistant à exciser une partie des organes génitaux des femmes est inscrite dans l'agenda de l'OMS. Bien que la connotation « *culturelle* » de ce genre d'intervention soit maintenue, l'OMS décide d'approfondir la question et de se pencher sur les éventuels effets sur la santé. Le processus d'intégration de ce phénomène dans les agendas politiques des organisations internationales, sa construction en tant que problème public reste lente. Il faut attendre 1976, lors d'une rencontre au Caire, en Égypte, pour que le bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale décide d'entreprendre un examen de la littérature médicale dans le cadre d'un programme d'action : il s'agit là du premier programme international d'action concernant ce qui est alors nommée « *circoncision féminine* »<sup>22</sup>.

### **Décolonisation et universalité des droits. Les MGF, une affaire internationale**

Dès la fin des années 1950, un processus de décolonisation des pays d'Afrique remet en cause les relations établies entre les pays du Nord et les pays du Sud. Dans le contexte de la décolonisation, les débats sur la reconnaissance de l'autonomie des peuples et la reconnaissance des droits fondamentaux s'intensifient. Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale<sup>23</sup>, les Nations unies participent à l'élaboration de plusieurs documents juridiques<sup>24</sup> en faveur des droits des êtres humains et de leur défense, qui marquent une étape fondamentale dans la volonté d'améliorer la situation des femmes dans le monde<sup>25</sup>.

Parallèlement aux événements liés à la décolonisation et à l'évolution des rapports entre Nord et Sud, deux figures acquièrent une nouvelle importance juridique au niveau international, les femmes<sup>26</sup> et les enfants<sup>27</sup>. La question de la reconnaissance de droits pour

---

<sup>22</sup> Rapport rédigé par le Dr. Américain Robert Cook, 30 septembre 1976.

<sup>23</sup> Le traité constitutif des Nations unies a été élaboré lors de la conférence de San Francisco le 25 avril 1945 et adopté le 26 juin de la même année.

<sup>24</sup> Après la Déclaration universelle, il y a les deux pactes internationaux sur les droits civils et politiques et sur les droits économiques, sociaux et culturels élaborés en 1966. La convention contre les actes de torture fut adoptée par l'Assemblée générale par la résolution 39/46 de 1984 et entra en vigueur en 1987. La convention sur l'élimination de toute forme de discrimination raciale (Cedaw en anglais) a été adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies en 1979 (entrée en vigueur en 1981 avec les vingt premiers signataires) et la convention relative aux droits de l'enfant (CRC) fut adoptée en 1989.

<sup>25</sup> Dans la plupart des pays, il est reconnu le droit de vote aux femmes, le suffrage universel intègre désormais la vie politique des citoyens. Entre 1906 (Finlande) et 1976 (Portugal), les femmes des différents pays européens obtiennent le droit du vote.

<sup>26</sup> Pour une histoire des femmes, voir : George Duby, Michelle Perrot, *Histoire des femmes en Occident, tome 5 : le XX<sup>ème</sup> siècle*, Académique Perrin éditions, 2000, 896 p

ces deux sujets est posée, auparavant traités comme des êtres mineurs ayant besoin de la tutelle d'une personne juridique, le *pater familias*, qui disposait de tous les droits sur sa progéniture et son épouse. Au lendemain de la deuxième Guerre mondiale, des premiers documents internationaux sont produits en faveur des femmes et des enfants, des formes qui aboutissent à des conventions internationales seulement à la fin des années 1970 : ces documents permettent une régulation effective des formes de tutelle juridique autonome envers ces deux sujets. La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (*Committee on the Elimination of Discrimination against Women, CEDAW*)<sup>28</sup> est adoptée en 1979 et la Convention relative aux droits de l'enfant (*Convention on the Rights of the Child, CRC*)<sup>29</sup> est adoptées en 1989.

La CEDAW proclame l'égalité entre hommes et femmes et a pour but précis de combattre toute forme de discrimination. Elle condamne toute distinction, exclusion ou restriction fondée sur le sexe. L'article 3 invite les États parties à prendre dans tous les domaines « *notamment dans les domaines politique, social, économique et culturel toutes les mesures appropriées, y compris des dispositions législatives, pour assurer le plein développement et le progrès des femmes, en vue de leur garantir l'exercice et la jouissance des droits de l'homme et des libertés fondamentales sur la base de l'égalité avec les hommes* ».

À l'intérieur de la CRC, l'enfant est considéré comme une personne à part entière, dotée d'un statut juridique, ayant le droit à la parole. Cette convention reconnaît aux enfants la jouissance des droits de l'Homme sans passer par l'intermédiaire de leurs parents ou de leurs représentants légaux. La défense des droits de l'enfant s'affirme par le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant (art. 3) : « *Dans toutes les décisions qui concernent*

---

<sup>27</sup> Pour une histoire de l'enfance voir : Lancy D. (2008) *The Anthropology of Childhood :Cherubs, Chattel, Changelings*. New York: Cambridge; 2008, ainsi que Sirota R. *Éléments pour une sociologie de l'enfance*. Rennes: Presses universitaires de Rennes; 2006.

<sup>28</sup>La réflexion autour des droits des femmes et de la nécessité d'élaborer des recommandations à ce sujet apparaît au lendemain de la création des Nations unies. Après un long processus de construction et d'ajustement débuté en 1946, la CEDAW est adoptée dans sa version finale par l'Assemblée générale des Nations unies en 1979. Elle a été présentée lors de la conférence de Copenhague en 1980, au cours de laquelle 64 pays ont signé la convention. Elle a été ensuite ratifiée par environ 130 pays en 1995 lors de la conférence de Pékin.

<sup>29</sup> La réflexion autour de la nécessité de se doter d'un document reconnaissant l'enfant comme sujet juridique commence dans les années 1920. L'Assemblée générale des Nations unies adopte la Déclaration des droits de l'enfant dans sa première version en 1959 qui énonce le concept d'« *intérêt supérieur* ». L'année 1979 est désignée « Année internationale de l'enfant » et un groupe international des délégués gouvernementaux, d'organisations non gouvernementales (ONG) et des organes des Nations unies et élaborent le texte de la CRC dans sa version actuelle, qui est adoptée en 1989. Pour une histoire des droits de l'enfant plus complète voir : Hanson K., Children's rights, in Darity WA (Ed.), *International encyclopedia of the Social Sciences*, 2<sup>nd</sup> edition, Farmington Hills, MI, Macmillan Reference USA/Thomson Gale; 2007.

*les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale ».*

Dans la lutte contre les mutilations sexuelles, ces deux documents constituent des instruments importants utilisés au niveau international pour inviter les États à se doter d'une loi contre l'excision. La CEDAW ne mentionne pas explicitement cette pratique : le terme de « *mutilations génitales féminines* » n'apparaît jamais dans les articles. Ceux qui s'appuient sur la CEDAW pour condamner l'excision la situent à l'intérieur de la catégorie des pratiques « *coutumières* » ou « *traditionnelles* » (art. 5) néfastes pour la santé des femmes. La CRC ne mentionne guère l'excision. Cette pratique peut être située à l'intérieur de la catégorie des « *formes de violence* », mentionnée comme une « *brutalité physique ou mentale* » (art. 19.1) ainsi qu'une forme de « *torture* », un « *traitement cruel, inhumain et dégradant* » (art. 37.a) commis à l'égard de l'enfant. Ces deux documents sont employés utilisés dans la sphère politique internationale pour protéger à la fois les femmes et les enfants, l'excision étant pratiquée sur les petites filles.

**Encadré 1.1 Les instruments juridiques internationaux, articles invoqués en matière de mutilation génitale féminine (MGF)**

Article 5 de la CEDAW : « Modifier les schémas et modèles de comportement socioculturel de l'homme et de la femme en vue de parvenir à l'élimination des préjugés et des pratiques coutumières, ou de tout autre type, qui sont fondés sur l'idée de l'infériorité ou de la supériorité de l'un ou de l'autre sexe ou d'un rôle stéréotypé des hommes et des femmes ».

Ce même article invite également à : « prendre toutes les mesures appropriées, y compris des dispositions législatives, pour modifier ou abroger toute loi, disposition réglementaire, coutume ou pratique qui constitue une discrimination à l'égard des femmes ».

Article 19.1 de la CRC : « Les États parties prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié. »

Article 37.a de la CRC : « Les États parties veillent à ce que : a) nul enfant ne soit soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Ni la peine capitale ni l'emprisonnement à vie sans possibilité de libération ne doivent être prononcés pour les infractions commises par des personnes âgées de moins de dix-huit ans. »



## **1970 : Les mutilations génitales féminines, un problème de santé maternelle et infantile**

La I<sup>re</sup> conférence mondiale sur les femmes, organisée par les Nations unies à Mexico en 1975, ouvre une nouvelle période de lutte et d'engagement international pour l'amélioration de la condition des femmes. La reconnaissance de l'injustice et de l'inégalité de traitement dont les femmes sont victimes dans les différents domaines de la vie –la santé, l'éducation ou le travail – et plus généralement la reconnaissance de l'accès aux droits humains pour les femmes, lesquels leur ont longtemps été déniés presque partout dans le monde, motivent les participants de ces conférences qui vont se dérouler tous les dix ans. Les idéaux d'une démocratie universelle et la volonté de construire une société libérée de « *toutes formes d'oppression, telles que le colonialisme, le néocolonialisme, le sionisme, les discriminations raciales et l'apartheid* »<sup>30</sup> sont à la base de ces événements. Il s'agit d'une première étape dans la construction d'une conscience collective et internationale quant à la nécessité d'élargir et de faire reconnaître les droits humains aux femmes.

Les thèmes de la protection de la santé maternelle et infantile, de la prévention de l'exploitation des femmes et des jeunes filles ou encore de l'accès des femmes aux ressources économiques sont abordés sous l'angle de la coopération internationale, puisque l'accent est mis sur l'appauvrissement du Sud. Les sujets concernant la famille, la planification familiale, la participation à la vie sociale et politique, l'éducation et la formation sont examinés de manière générale. Les discriminations basées sur le genre et les formes d'inégalités sont mises en évidence. Lors de cette I<sup>re</sup> conférence mondiale sur les femmes, la question de l'excision n'est pas soulevée. Ce sujet ne fait pas encore l'objet d'un consensus international. Bien que les premiers mouvements de contestation de ces traditions soient apparus dès la fin des années 1950, sous forme des mobilisations locales de féministes africaines à l'intérieur de leurs pays respectifs<sup>31</sup>, les mutilations sexuelles ne préoccupent pas les acteurs internationaux.

---

<sup>30</sup> Art. 26 dans *Report of the World Conference of the International Women's Year*, Mexico City, 1975, p.7

<sup>31</sup> À la fin des années 1950, des mouvements sociaux de femmes africaines engagées dans la lutte contre leur condition apparaissent. Dans leurs revendications, celles-ci s'opposent, entre autres, à la pratique des mutilations sexuelles. La reconstruction historique met en évidence l'engagement des femmes au sein de la société civile africaine. À ce propos voir le documentaire d'Alice Walker (avec Pratibha Parmar) : *Warrior of Women : Female Genital Mutilation and the Sexual Blinding of Women* (1993) qui s'érige en porte-parole des revendications des féministes noires contre l'oppression. Voir également Lame (de) D. et Zabus C.

Dans la construction des mutilations sexuelles en tant qu'objet politique, au cours des années 1970, l'argument de la santé prime sur les autres. Trois personnages publics contribuent tout particulièrement à donner de la visibilité à la question de l'excision sous cet angle spécifique. Le premier personnage emblématique est une activiste américaine, Fran Hosken (encadré 1.2), qui élabore un rapport sur les mutilations sexuelles (1979) montrant l'effet néfaste de telles pratiques sur la santé des femmes. Le rapport Hosken<sup>32</sup> devient par la suite une référence internationale, couramment citée par l'OMS. Le 25 avril 1977, Edmond Kaiser, fondateur de l'organisation non-gouvernementale (ONG) Terre des Hommes à Genève, organise une conférence de presse pour dénoncer l'OMS de « *non-assistance volontaire à l'enfant en danger* ». Cette dénonciation ne laisse pas l'OMS indifférente, laquelle se doit, dès lors, de répondre à cette accusation publique. Parallèlement, paraît en France, l'ouvrage de l'écrivain sénégalaise Awa Thiam, *La Parole aux négresses* (1978). Pour la première fois, la parole des femmes concernées par l'excision<sup>33</sup> s'invite dans l'espace public. Ce sujet avait déjà été traité par des écrivaines africaines<sup>34</sup>, mais l'excision était questionnée sous l'angle d'une marque culturelle sans que la souffrance prenne une place dominante. Awa Thiam occupe une place centrale car l'ouvrage de cette auteure africaine devient une référence des féministes françaises.

#### Encadré 1.2 Francisca Hosken

Fran (Franciska) Hosken née à Vienne en 1920, migre avec sa famille aux États-Unis en 1938. Issue d'une riche famille de la haute bourgeoisie autrichienne, fille d'un éminent médecin, elle est l'une des premières femmes à étudier à Harvard, où elle obtient un diplôme en architecture. Si son capital social lui permet de fréquenter les milieux intellectuels, son capital économique lui permet de s'engager dans plusieurs causes sociales concernant les femmes, ce qui lui vaut l'appellation de « féministe ». En réalité, elle n'est pas rattachée à un mouvement ou un collectif de féministes. Il

*Changements au féminin en Afrique noire. Anthropologie et littérature.* Paris: L'Harmattan; 1999. Ainsi que la thèse de Pierrette Herzberger-Fofana. *Les Mutilations génitales féminines*, Université Erlangen-Nuremberg, juillet 2000.

<sup>32</sup> Hosken F. *The Hosken Report – Genital and Sexual Mutilation of Females*, 1979.

<sup>33</sup> Peu de temps après la Somalienne Nawal El Saadawi publiait *The Hidden face of Eva*, London: Zed Press, 1980 qui se développe dans les mêmes tons que l'ouvrage de Thiam et dénonce les mutilations sexuelles. Ces deux auteures ouvrent ainsi la porte à d'autres écrivaines qui exposeront de manière autobiographique l'expérience de l'excision/infibulation. On peut citer (de façon non exhaustive) la Libanaise Evelyne Accad, *L'excisée* (Paris: L'Harmattan;1982), les Somaliennes Saida Hagi-Dirie Herzi, *Against the Pleasure Principle* (1990) et Waris Dirie, *Desert Flower* (1998).

<sup>34</sup> Parmi les plus connues, on peut citer la Nigérienne Flora Nwapa *Efuru* (1966) et de la Kényane Charity Waciama, *Daughetr of Mumbi* (1969). Les personnages de ces deux romans racontent leurs vies, mais l'excision est présentée comme un rituel traditionnel qui signe le passage de l'enfance à l'âge adulte, la marque qui distinguent leurs peuples des colonisateurs et des missionnaires de l'Église.

s'agit plutôt d'un engagement individuel pour la cause des femmes, concernant tout particulièrement la santé. En 1973, elle entreprend un voyage en Afrique, où elle découvre les MGF, qui deviennent par la suite une cause pour laquelle elle milite : elle est la première occidentale à les dénoncer comme une pratique affectant la santé.

Personnage au profil hétéroclite, Fran Hosken décide de documenter le rituel de l'excision. Scandalisée car ces pratiques ont lieu dans plusieurs hôpitaux de l'Afrique orientale, souvent subventionnés par les États-Unis, elle décide d'en dénoncer la gravité. Gravité à la fois de l'acte, mais aussi gravité de la participation politique à ce genre des pratiques. Rentrée aux États-Unis elle fonde une association, la *Women's International Network*, dont l'activité principale consiste à publier, dès 1975, une revue trimestrielle portant sur la santé des femmes. Elle consacre un numéro aux mutilations sexuelles en illustrant l'étude qu'elle a effectuée elle-même par une enquête dans plusieurs pays d'Afrique. Cette recherche, financée sur ses propres deniers, est réalisée grâce à l'accompagnement d'un médecin local, le Dr Bakr Salah Abu, qui lui permet à la fois d'assister aux rituels mais aussi de recueillir un nombre de témoignages de femmes sans précédent à travers des entretiens et un reportage photographique qu'elle réalise. Ce matériel unique fait l'objet d'une publication dans sa revue et par la suite d'un rapport présenté à l'OMS en 1979. Respectant les codes académiques des productions scientifiques, grâce à la maîtrise du langage médical et au poids de son rattachement institutionnel à l'université Harvard, le rapport Hosken devient une référence utilisée par l'OMS pour présenter la thématique au sein des successives conférences internationales.

En 1979, l'OMS organise à Khartoum un séminaire international sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants, au cours duquel les effets néfastes<sup>35</sup> des MGF sont mis en évidence, notamment par le rapport Hosken. Un groupe de travail se constitue afin de mener une étude épidémiologique sur le sujet. Cet événement marque une étape d'institutionnalisation du problème. Les deux agences internationales présentes, l'OMS et l'Unicef, formalisent la question en termes de santé et de crime envers des enfants « *innocents et incapables de se défendre et de choisir* »<sup>36</sup>. Parmi les différents arguments présentés, on trouve celui des conditions hygiéniques et sanitaires précaires dans lesquelles se déroulent ces pratiques. Cet argument se révèle rapidement faible dans la politique de lutte contre l'excision, un processus de médicalisation de l'excision étant en cours dans plusieurs pays africains. Lors d'une conférence mondiale organisée à Alexandrie (Égypte) en 1980, l'OMS déclare officiellement son opposition à toute forme de médicalisation de la pratique. En 1983, son bureau européen et le Scottish Health Education

---

<sup>35</sup> Utilisant un langage médical, Hosken parle de « *conséquences immédiates* » et cite : « *les infections de plaies et de septicémie, hémorragie et choc par la douleur* », ainsi que les complications à long terme que sont « *la rétention urinaire, le tétanos, la gangrène, des infections et des hémorragies locales* ».

<sup>36</sup> WHO/EMRO, Technical Publication n°2 - Traditional Practices affecting the Health of women and children - Report of Seminar, Khartoum, 10-11 February, 1979.

Group (Sheg) organisent à Peebles (Écosse) une conférence autour de « La Santé et les femmes ». Structurée sur trois axes<sup>37</sup>, cette conférence est animée par la participation des associations, qui demandent la mise en place d'actions d'éducation sanitaire ciblées sur les MGF, sur la base des principes d'Alma-Ata<sup>38</sup>. Le débat sur la terminologie reprend et un groupe de travail propose de remplacer le terme « *circconcision féminine* », considéré comme un « *euphémisme* », par un terme plus « *scientifique* » : « *clitoridectomie* ».

En 1984, le ministère de la Santé publique du Sénégal et certaines ONG locales organisent à Dakar un séminaire intitulé « Les pratiques traditionnelles ayant effet sur la santé des femmes et des enfants en Afrique ». À cette occasion, le Comité inter-Africain (CI-AF)<sup>39</sup> se constitue afin de coordonner les activités des militantes dans le monde et rappeler les diverses recommandations prises lors des conférences internationales. Parallèlement, un Groupe de travail des Nations unies sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants prend forme aussi. Un rapporteur spécial de la sous-commission de lutte contre les mesures discriminatoires et de protection des minorités est nommé avec pour objectif de rédiger un rapport incluant toutes les formes de mutilation pratiquées sur les organes génitaux des femmes.

### **Le projet politique féministe des années 1970 : au-delà de l'inégalité entre Nord et Sud ?**

Jusqu'à la fin des années 1970, la participation de féministes à la mobilisation contre l'excision sur la scène internationale est relativement marginale. En revanche, dès le moment où l'objet commence à être traité au sein de grandes conférences et à bénéficier d'une attention particulière des grandes agences, telle l'OMS, des militantes prennent le

---

<sup>37</sup> Les axes prévoient des ateliers : traitant du retentissement sur la santé des femmes des contextes politique, économique et socioculturel ; des femmes et leur corps et des stratégies visant à promouvoir la santé des femmes.

<sup>38</sup> Depuis la conférence d'Alma-Ata organisée par l'OMS en septembre 1978, il est admis que les soins de santé primaire sont l'instrument clé d'une stratégie de promotion de la santé. Le document a été ratifié par tous les États membres de l'Assemblée ou OMS en mai 1979. Les principes retenus sont : l'importance de l'aide à apporter à la population pour qu'elle assume ses responsabilités relativement à la santé ; la participation active de la communauté dans l'organisation de soins de santé ; la pluridisciplinarité des équipes ; la présence des femmes à tous les niveaux de concertation et de décision ; l'autonomie des femmes dans la prise en charge de leur santé à travers des groupes de « self-help » et de « self-care ». Voir : *Primary Health Care – Report of the international conference on primary health care – Alma-Ata USSR*, 12-16 sept. 1978.

<sup>39</sup> Le Comité inter-Africain sur les pratiques traditionnelles ayant effet sur la santé des femmes et des enfants en Afrique (CI-AF) a créé des sections dans 20 pays africains et des commissions nationales sont présentes dans 28 pays d'Afrique et 8 pays d'Europe, ainsi qu'aux États-Unis, au Canada, au Japon et en Nouvelle-Zélande. Le CI-AF est soutenu par les Nations unies, sa base centrale se trouve au sein de l'UN economic commission for Africa (Uneca) en Éthiopie, à Addis-Abeba et en Suisse, à Genève.

devant de la scène. Dans cette première phase de participation politique, l'action des féministes reste fragmentée. Elles ne constituent pas un acteur précis, leurs voix comme leurs revendications ne sont pas homogènes. La polémique autour de la terminologie appropriée pour se référer à ces pratiques révèle le positionnement antagoniste de deux fronts militants. À la veille de la II<sup>e</sup> conférence mondiale sur les femmes (Copenhague 1980), l'excision est inscrite à l'agenda des Nations unies. Des milliers de femmes œuvrant dans tous les pays du monde confluent dans une mobilisation internationale au sein d'organisations de tailles diverses et aux objectifs distincts. Bien que rassemblées dans le projet politique de combattre les formes de domination masculine et patriarcale, les féministes sont engagées dans des demandes, des exigences et des problématiques très différentes selon leurs postures et réflexions relativement aux rapports de classe et de race. Faire front commun contre la domination masculine est un projet aux formes de mise en pratique multiples. Le mouvement féministe contient en son sein une pluralité de voix, parfois divergentes, sur la question de l'excision<sup>40</sup>.

Le poids d'un passé pas si lointain, marqué par l'esclavage, la colonisation et la discrimination raciale, se fait sentir dans l'espace nouvellement ouvert de dialogue et de confrontation entre le Nord et le Sud du monde. Les premières critiques des mouvements postcoloniaux naissants dénoncent l'absence de voix et de droits des femmes noires, doublement discriminées en raison de leur sexe et de leur race. Déjà, en 1972, lors du colloque *La civilisation de la femme dans la tradition africaine*, tenu à Abidjan, la Société africaine de culture, organisme de la maison d'édition Présence Africaine et de la revue éponyme dénonce « le transfert pur et simple en Afrique des problèmes, des solutions et des institutions nées de l'histoire de l'Occident »<sup>41</sup>. La position subalterne des mouvements féministes africains par rapport aux mouvements féministes occidentaux est soulignée comme symptomatique d'une alliance politique initialement inexistante.

Benoîte Groult est l'une des premières féministes occidentales à dénoncer publiquement les mutilations génitales féminines. En 1975, elle publie *Ainsi soit-elle*, un livre rédigé à la première personne du singulier, texte engagé et dénonciateur des injustices et des inégalités frappant les femmes. Cette Française devient porte-parole de cette

---

<sup>40</sup> The Report of the World Conference of the United Nations Decade for Women: Equality, Development and Peace, Copenhagen, July 1980, U.N. Doc A/CONF.94/35 (80.IV.30)

<sup>41</sup> Actes du colloque « La civilisation de la femme dans la tradition africaine », Abidjan, 3-8 juillet 1972, publiés par *Présence Africaine*, Paris : 1975, p.11.

question dans l'espace international. Alors que la lutte à l'excision ne fait pas encore l'objet d'un consensus au sein des arènes publiques internationales, Groult se sent investie d'une responsabilité collective et dénonce à la fois la gravité des faits et de la complicité : « *Qui s'est soucié jusqu'ici de ces femmes réduites au silence ? Personne* ». <sup>42</sup> Sa démarche militante, partagée par plusieurs féministes et associations occidentales, consiste à briser le silence entourant ces usages : « *En Occident, même, les féministes ont hésité à évoquer ce problème de peur d'être taxées de racisme. Alors que le véritable racisme serait de détourner les yeux, d'admettre que la sexualité des Africaines, des Orientales, parce qu'elles sont noires ou arabes, n'a pas besoin de s'épanouir comme la nôtre* ». <sup>43</sup>

### **Encadré 1.3 Ainsi soit-elle, Benoîte Groult 1975**

Le pamphlet de Groult instaure un parallèle entre la violence faite aux femmes noires d'Afrique et l'exclusion politique des femmes européennes, maintenues toutes deux à l'écart, dans l'ignorance et la soumission, emprisonnées par les relations conjugales et familiales. L'excision est utilisée à la fois comme le prétexte et la raison pour dénoncer d'autres formes de discrimination sexuelle, dans l'idée qu'elles ont une seule racine commune. Groult s'approprie la cause de l'excision, la sexualité soumise des femmes occidentales, encadrée par les normes chrétiennes dans la famille et la reproduction, ressemble à cet état domestique auquel sont soumises les femmes excisées. À travers la dénonciation de l'excision, l'essayiste établit un parallèle avec la situation des femmes françaises. En ce sens, l'excision représente pour cette féministe une opportunité pour réagir et lancer un cri. L'excision devient alors un « *mal commun* » partagé par la collectivité féminine, qui est pour Groult la « *moitié* » de l'humanité. Si les femmes noires excisées sont utilisées pour symboliser le sommet de la domination masculine, la cruauté des faits justifie l'engagement, la solidarité.

Le ton utilisé est particulièrement combatif. L'excision est la forme la plus extrême de la violence effectuée envers les femmes. Enlever le clitoris est un acte de réduction de la femme à une condition animale : « *Qu'on reconnaisse alors que la femme n'est qu'un animal domestique de plus et qu'on peut le traiter comme un bœuf, une oie ou une poule, la châtrer ou l'engraisser pour favoriser son "intégration sexuelle" et la mettre en cage pour améliorer sa vocation de pondeuse* » (Groult 1983 : 109). Dans cette position, Groult ne cherche pas à construire une alliance avec les femmes africaines, sa vocation est de les réveiller, les libérer, les sauver.

La conférence mondiale des Nations unies sur les femmes, organisée en 1980 à Copenhague <sup>44</sup>, représente une étape importante dans l'évolution de la terminologie : la

<sup>42</sup> Groult B. Les mutilations sexuelles. N.14 F Magazine 1979, mars 1979.

<sup>43</sup> Groult B. *Ibid.* mars 1979.

<sup>44</sup> Report of the Consultation on self-Help and Health - WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark, 3-16 December 1980.

question de la pratique de l'excision y est largement débattue. À cette occasion, les féministes occidentales critiquent l'emploi de l'expression « *circuncision féminine* », arguant qu'elle occulte la dissymétrie ontologique de la pratique selon qu'elle est effectuée sur un homme ou sur une femme. Les féministes africaines de leur côté s'investissent pour réaffirmer leur place de sujets dans cette lutte. Elles accusent les « *blanches* » d'imposer leur vision ethnocentrique et de reproduire la forme de domination propre aux rapports coloniaux. Certaines déléguées africaines se rabattent sur la défense de l'aspect culturel : elles s'efforcent de montrer comment la circoncision est insérée dans un processus de socialisation de l'enfant, qui s'inscrit dans un rituel ayant pour but de conférer un statut social. Elles contestent l'attitude des féministes occidentales qui voient dans les « *mutilations sexuelles* » des « *actes sanglants* », cette expression les renvoyant à une place d'éternelles victimes et incapables de se prendre en charge. Les féministes africaines revendiquent également le droit de produire des discours et des définitions, refusant de se voir assigner la place d'objets dans le discours des « *blanches* ». À la suite de cette confrontation, des solutions palliatives ont été choisies par les anglophones qui adoptent les termes de « *female genital surgery* » et « *female genital cutting* »<sup>45</sup>, termes utilisés notamment dans les revues médicales.

En 1983, la philosophe française Séverine Auffret publie l'ouvrage *Des couteaux contre les femmes* (encadré 1.5), qui vise reconstruire les origines de la pratique de l'excision à travers l'analyse des mythes et des sources historiques. Cet ouvrage est illustrative de l'attitude occidentale contestée par les Africaines. Bien que Auffret s'inscrive dans une démarche engagée et revendique l'adhésion à une lutte, sa posture d'écrivain met en lumière la persistance de la représentation raciale de l'autre subordonné, les femmes africaines. La justification de la prise de parole se fonde sur « *des émotions primitives, des réactions corporelles* » qui empêchent l'auteur de poursuivre l'activité intellectuelle de la lecture. L'horreur, la répulsion qu'elle ressent constituent ce qu'elle-même nomme le « *prétexte* » pour écrire. L'engagement politique à prendre la parole et à dénoncer se justifie à travers l'identification à l'autre : « *le corps, mon corps* ». Les femmes excisées sont des « *corps* » sans nom, ni lieu, ni voix. Cet engagement féministe repose sur la croyance en une « *supériorité* » de l'Occident et des « *valeurs* » qui lui sont attachées (le progrès, la lumière,

---

<sup>45</sup> Résolution 35/136 World Conference of the United Nations Decade for Women (Adopted on 11 December 1980 by the General Assembly at its 35th session).

la raison). Cette « supériorité » et ces « valeurs » permettent d'apporter une explication à ce dont les autres – qui ne sont pas de sujets mais des objets - ne savent pas exprimer.

**Encadré 1.4 Auffret S. *De couteaux contre les femmes*, 1983**

PRÉ-TEXTE LE CORPS CONSCIENT

Qu'un quotidien du soir me tombe des mains ; pas d'ennui, pas de fatigue. Que je sois hors d'état d'en poursuivre la lecture ; qu'une sorte de répulsion m'horripile. Que je demande alors : qu'est-ce qu'un texte insupportable à lire ? Qu'est-ce en moi qui en rend la lecture impossible ?

Tenter de répondre me force à reprendre la lecture interrompue. Résistance, douleur, révolte alternées, entre-tissées. Contraction du larynx : ébauche du cri. Les systèmes d'analyse et de compréhension auxquels j'ai l'habitude de recourir me laissent soudainement sans lumière face à un quelque chose jamais énoncé, jamais pensé. Impensable. Que j'efforce, pourtant, de penser.

Revenir sur le premier geste. M'astreindre à lire chaque ligne, à supporter ce qui m'agresse, me viole. Par moments les mots se brouillent, se chevauchent. Lire l'un pour l'autre, sauter une ligne, et la déconnexion s'opère. Comprendre, à ses stratégies, que ce texte me met en scène, que c'est de moi, aussi, qu'il décrit le supplice.

Qu'est-ce qui a rendu la réaction à la lecture si brutale : est-ce la nouveauté des noms de l'insoutenable ? Est-ce de découvrir une ignorance injustifiable ? Ce n'est pas quelque chose d'aussi clair. Le concept n'est pas seul en cause. La description de ce corps mutilé fait appel à mon corps, qu'on mutile, à mon corps, qu'on écorche. Ce qui est ressenti n'est pas seulement un sentiment moral ; pas seulement la pitié, la récolte, l'indignation. Non, c'est mon corps qui sursaute, résiste, repousse ce qui s'attaque à son désir, à sa jouissance, à ses images. Le corps, mon corps s'insurge. Il sent l'inanité de ces détours conceptuels qui manquent justement ce qui vient de l'agresser, ce qu'il a déjà vécu, peut-être, dans quelque proche passé. Plusieurs fois, devant l'intolérable, le corps m'a fait signe.

Coutume, vraiment ? Coutume « différente » ?

Lorsqu'une coutume traverse les ethnies, les classes sociales, les formations économiques, les religions, les terroirs, les régions, les continents... ce n'est plus une coutume, c'est une politique. Admettons qu'une coutume ne se juge pas, du moins de l'extérieur. Une politique inversement se juge et se combat. De l'« extérieur » comme de l'« intérieur ». La politique est affaire d'intervention, de lutte et de solidarité.

Les féministes occidentales affirment sans réticence que les « mutilations sexuelles » constituent le sommet de la violence masculine exercée au sein des sociétés patriarcales<sup>46</sup>. Les féministes africaines répondent que d'autres formes de violence faites aux femmes, comme le viol, au sein des sociétés occidentales ne sont pas complètement problématisées. Face à cette ingérence, les Africaines réagissent pour que leur engagement dans la lutte contre l'excision et pour la prise de conscience, menée sur le terrain depuis plusieurs

<sup>46</sup> Groult B.*op. cit.*



années, soit reconnu. Elles voient l'action des féministes européennes et nord-américaines comme une prise de position « maternaliste »<sup>47</sup>, qui les place dans une position subalterne. Les féministes noires d'Afrique dénoncent le fait d'être traitées comme des objets des discours et des dénonciations alors qu'elles demandent à devenir des sujets (encadré 1.4). À ce propos, un épisode fait particulièrement scandale parmi les féministes africaines. Il s'agit de l'usage d'images d'organes génitaux sur lesquels une ablation du clitoris et des petites lèvres avait été effectué. L'exposition de ces organes présentés comme « mutilés » tout comme l'usage de ces images par les féministes européennes lors de la conférence a heurté la sensibilité des Africaines qui ont critiqué l'attitude des Occidentales<sup>48</sup>.

### Encadré 1.5 Féminisme décolonial

La critique relative à l'ingérence des féministes occidentales dans la question de l'excision s'insère dans un débat plus étendu croisant deux disciplines académiques : les *cross cultural studies* et les *études genre*.

La question des « *sujets parlants* » investit d'autres thématiques que l'excision. Les critiques portent principalement sur l'absorption de la parole des féministes des pays du Sud par le discours des féministes des pays du Nord. La question « *Can the subaltern speak?* » soulève celle de la légitimité du discours et revendique la place du sujet (Spivak, 1988 : 271-313). Les féministes des pays du Sud, donc des pays colonisés, contestent la place qui leur est assignée au sein des discours et des politiques publiques par les féministes des pays du Nord (Mohanty, 1988 : 63). Les chercheuses africaines engagées dans ces débats veulent « *donner à leur féminisme un visage africain et le placer au sein de leur propre culture* » (Assiba d'Almeida, 1999 : 33). Elles soulèvent la problématique des « *sujets parlants* » et voient dans l'universalité des droits proclamée un « *raffinement de l'esprit colonial, impérialiste, hégémonique de l'Occident, qui s'est toujours comporté en démiurge, voulant recréer le monde à son image, se posant et s'imposant comme modèle ultime, l'étalon, le paradigme, le point de repère, à la fois référence et référent* » (Assiba d'Almeida, 1999 : 29). Dans le débat sur la circoncision féminine, les Africaines demandent que le caractère de l'appartenance ethnique soit reconnu (Sow 1997) : l'excision marque l'appartenance à un groupe, ce qui est valorisé et valorisant pour les individus de ces sociétés.

Dans le débat sur la circoncision féminine, les féministes africaines contestent également la construction d'une domination masculine spécifique de leur « culture ». L'ethnisation de la sexualité des autres est une critique reprise plus tard en France, par exemple lors de la polémique des « tournantes » dans les banlieues françaises (Mucchielli, 2005), autour du port du voile (Fassin, 1998) ou les rapports de domination spécifiques des cultures arabes (Clair, 2008 ; Hamel, 2003). En France, le « *féminisme décolonial* » désigne un pan de la pensée politique née au croisement d'études

<sup>47</sup> Rena Freeman- MA, Health Education Consultant, *Women and Health. The lay component*, Health Education Unit – WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1 sep. 1982 – ICP/MCH 018

<sup>48</sup> Ibid.

féministes et d'études postcoloniales et se réfère au Mouvement des indigènes de la république (MIR)<sup>49</sup>. Ce phénomène politique représente un exemple concret des réflexions théoriques et pratiques sur les intersections des formes de domination (Bereni, Chauvin, Jaunait, Revillard, 2008 : 221-222).

L'Association des femmes africaines pour la recherche et le développement (Afard)<sup>50</sup> exerce à cette occasion un rôle de médiateur et entreprend un processus de conciliation entre ces deux blocs, qui ont cristallisé et déplacé en même temps le débat sur l'excision. Elle demande notamment de valoriser dans les débats « *l'identité africaine* » afin qu'elle ne soit pas construite uniquement en termes d'oppression, mais exaltée dans ses aspects positifs.

Lors de la II<sup>e</sup> conférence mondiale sur la femme des Nations unies, en 1980, la question de l'excision est soulevée, mais le débat semble se figer sur des positionnements qui n'aboutissent pas à l'élaboration d'un plan commun. Le sujet de la discussion est transposé : ce qui compte pour les féministes africaines est que leur voix soit entendue au même titre que celles des féministes européennes. En réalité, les féministes ne sont pas les « entrepreneurs de cause » (Becker, 1963) dans l'affaire de l'excision. Les premiers promoteurs de la construction de ce réseau transnational sont des acteurs politiques issus des plus grandes organisations mondiales : ONU et OMS. Les féministes africaines ne parviennent pas à se faire entendre au sein de leurs gouvernements respectifs. Les féministes occidentales, quant à elles, ne luttent pas au nom des Africaines, l'engagement contre les « mutilations sexuelles » fait écho à leurs propres revendications du mouvement de libération sexuelle mené en Occident mais sans qu'elles s'emparent de cette question. Ainsi, comme cela a été démontré ailleurs (Boyle, 2002), deux mouvements parallèles se dessinent, ce qui contribue à donner à l'engagement politique de lutte contre les

---

<sup>49</sup> Il s'agit d'un mouvement qui s'est organisé sous forme de parti, suite à l'appel « *Nous sommes les indigènes de la République !* », lancé le 25 juin 2005. La revendication principale du parti consiste en la demande de reconnaissance des identités plurielles et non pas définies en opposition à une « *lecture culturaliste et ethnociste* » dominante. Dans ce sens, ce qui est contesté est une nouvelle forme de colonialisme qui définirait la place des immigré-e-s comme des citoyens de « deuxième classe » en reproduisant ainsi les rapports de domination entre colons et colonisé-e-s.

<sup>50</sup> L'Afard, créée en 1977 à Dakar par un groupe de chercheuses africaines, poursuit le but d'améliorer la condition des femmes, de transformer les rapports de genre dans les sociétés africaines mais également de permettre aux Africaines de s'emparer de la recherche sur l'Afrique, de mettre un terme aux préjugés occidentaux et masculins, de produire une critique de genre et postcolonialiste.

« mutilations génitales féminines » une dimension transnationale dont l'objectif politique commun ne débouche pas nécessairement sur un consensus.

Faisant écho aux mouvements de lutte pour la reconnaissance des droits de l'autonomie des peuples et des identités culturelles en Afrique et aux mouvements de lutte contre la discrimination raciale, notamment aux États-Unis, le débat sur l'excision prend un tournant inattendu lors de la conférence de Copenhague : les inégalités entre pays du Nord et pays du Sud empêchent la réalisation de l'idéal politique d'un féminisme unique.

### **1980 : Les politiques de prévention des « pratiques traditionnelles néfastes »**

La III<sup>e</sup> conférence mondiale sur les femmes qui se tient à Nairobi en 1985 centre les réflexions sur la culture, la religion et les droits des femmes, notamment le droit à l'intégrité du corps. La question de la compatibilité entre l'affirmation de l'universalité des droits et le respect de la diversité culturelle est débattue. L'incitation au respect des « *différences culturelles* »<sup>51</sup> devient un sujet sensible. Les divergences entre féministes occidentales et féministes africaines apparues à Copenhague subsistent dans des débats. D'autres sujets sont présents sur les arènes, un discours conservatoire porté par des femmes non-féministes africaines se porte garant de la défense des valeurs traditionnelles. Certaines demandent de considérer la « culture », d'autres la « race », comme une discrimination additionnelle à celle du genre. La question est donc déplacée, l'excision est discutée mais elle n'est toujours pas l'objet d'un consensus. Aucune position à l'égard de cette pratique n'est formalisée à cette occasion.

En avril 1987, le Comité Inter-Africain (CI-AF) organise un séminaire en Éthiopie, à Addis-Abeba, avec l'aide de l'OMS, du ministère de la Santé de l'Éthiopie socialiste, de la Commission économique pour l'Afrique (CEA), de l'Organisation de l'unité africaine (OUA) et de l'Unicef. Le but de ce séminaire est d'approfondir la question de l'excision sous l'angle de la transmission et de la reproduction des pratiques traditionnelles. Il est souligné notamment que la « culture » et la « tradition » constituent des dimensions fondamentales dans les dynamiques des groupes sociaux en Afrique. Le sous-secrétaire général des Nations unies et également secrétaire exécutif de la CEA, Adebayo Adedeji, souligne dans

---

<sup>51</sup> Voir : Assaad, MB., *Female Circumcision in Egypt: Social Implications, Current Research and Prospect for Change. Studies in Family Planning* 1980;11(1): 3-16.

son discours la dimension culturelle de certaines pratiques et la nécessité de changer les « croyances » qui les régissent : « *Nous devons être conscients du fait que certaines croyances culturelles et certaines normes traditionnelles font partie des facteurs essentiels qui empêchent les femmes de jouir pleinement de leurs droits éducatifs, politiques et sociaux. La situation justifie une volonté d'examiner de près et d'une manière critique nos structures de valeurs et aussi une détermination à délaissier ces pratiques que nous considérons néfastes pour la santé et le bien-être des individus dans notre société* »<sup>52</sup>. Il est donc question de séparer les pratiques traditionnelles considérées comme « *bonnes et harmonieuses* », telles que les relations familiales, l'allaitement au sein, certains traitements médicaux traditionnels, la solidarité et l'entraide, des pratiques considérées comme « *rétrogrades* » et comme des « *menaces* » pour la santé des femmes et des enfants<sup>53</sup>.

Le rapporteur<sup>54</sup> du séminaire du CI-AF à Addis-Abeba présente le sujet sous l'angle des risques pour la santé. Il expose les conséquences observées sur la santé des femmes et des enfants suite à l'excision et mentionne l'importance d'impliquer « *les dirigeants de la société dans les campagnes pour l'abolition de cette pratique* »<sup>55</sup>. Relativement à cette question, un véritable plan d'action est élaboré, prévoyant l'organisation d'actions au niveau régional et national ainsi qu'une coordination au niveau international. Le rapporteur dénonce, en outre, le poids du discours médical qui, revendiquant une démarche scientifique, se base sur des valeurs universelles et gomme ainsi les spécificités culturelles et l'appartenance ethnique<sup>56</sup>. D'autres « *pratiques traditionnelles* » sont considérées « *néfastes* » pour la santé des femmes et font notamment l'objet de discussion : le mariage et les grossesses précoces, les pratiques liées à l'accouchement et l'espacement des naissances, les tabous nutritionnels. Cependant, si un engagement international existe pour lutter contre ces procédés, les représentants des gouvernements rappellent l'importance du respect de la diversité culturelle. Les discours se font plus modérés, une revendication en filigrane porte sur la reconnaissance des minorités.

---

<sup>52</sup> Allocution prononcée par le professeur Adebayo Adeleji, sous-secrétaire général des Nations unies et secrétaire exécutif de la CEA pendant le séminaire tenu à Addis Abeba, en Éthiopie, du 6 au 10 avril 1987.

<sup>53</sup> Rapport sommaire du séminaire régional du CI-AF sur « *Les pratiques traditionnelles ayant effet sur la santé des femmes et des enfants en Afrique* », Addis-Abeba, Éthiopie, 6-10 avril, 1987.

<sup>54</sup> Le Dr. Olayinka Koso-Thomas, médecin qui avait déjà participé au séminaire tenu à Freetown (Sierra Leone) en 1986 et dédié à ces questions, rapporte les débats en soulignant particulièrement l'argument médical.

<sup>55</sup> Rapport sommaire du séminaire régional du CI-AF. *Op. cit.*, Addis-Abeba, 6-10 avril, 1987.

<sup>56</sup> Section IV du *Plan d'action pour l'abolition des pratiques néfastes ayant effet sur les femmes et les enfants en Afrique*, produit par le CI-AF/France après le séminaire à Addis Abeba en avril 1987.

La question d'une terminologie appropriée pour désigner la pratique de l'excision est enfin réglée lors de la conférence régionale du CI-AF qui a eu lieu à nouveau à Addis-Abeba en 1990, intitulée « Les pratiques traditionnelles ayant effet sur la santé des femmes et des enfants : Où en sommes-nous ? ». Dans la déclaration jointe aux actes du colloque, on lit : « *Considérant que les termes "circoncision féminine" et "excision" peuvent prêter à confusion et pourraient ne pas décrire pleinement la diversité de cette pratique, nous, les délégués à la conférence, recommandons que ces termes soient remplacés par "mutilations génitales féminines" (MGF)* »<sup>57</sup>. Dès ce moment, le terme mutilation génitale féminine (MGF) est officiellement adopté à l'échelle internationale. L'importance d'intensifier les activités de collecte de données et de classification d'informations ainsi que de promouvoir l'information et de soutenir la formation des praticiens traditionnels directement impliqués est dès lors soulignée. Le terme « mutilation », bien que jugé important pour refléter la gravité de la pratique, reste très peu usité des femmes elles-mêmes et par la population concernée en général, qui continue à préférer le terme « excision », « circoncision » ou la référence à l'action de « couper ». À l'occasion de la conférence d'Addis-Abeba, le rapporteur spécial des Nations unies sur les pratiques traditionnelles demande de prêter attention à l'emploi des termes utilisés auprès des populations afin de ne pas discriminer ou *diaboliser* certaines cultures, religions et communautés<sup>58</sup> au risque de susciter un ressentiment et un retour aux traditions en faveur de la pratique<sup>59</sup>. Ces débats sur l'excision préparent le terrain pour la IV<sup>e</sup> conférence mondiale sur les femmes (Pékin 1995) : le terme « *mutilations génitales féminines* » désigne ces pratiques comme des actes juridiquement condamnables (mutilations) effectués sur des parties du corps (génitales féminines), parties identifiées par la définition anatomique utilisée dans le langage médical. La représentante de l'OMS affirme la volonté de son organisation de soutenir toute action au niveau national visant à abolir l'excision féminine. La gestion structurelle (les arguments amenés dans les débats) et formelle (les conférences internationales) de l'affaire est confiée aux agences internationales. L'OMS et l'Unicef ont donné une définition médico-légale à ces

---

<sup>57</sup> Résolutions spécifiques de la conférence régionale du CI-AF sur « *Les pratiques traditionnelles ayant effet sur la santé des femmes et des enfants : Où en sommes-nous ?* » tenue à Addis Abeba, 19- 24 novembre 1990.

<sup>58</sup> « Third report on the situation regarding the elimination of traditional practices affecting the health of women and the girl child, produced by Mrs. Halima Embarek Warzazi » Sub-commission sur la prévention de la discrimination et la protection des minorités, E/CN.4/Sub.2/1999/14, 9 juillet 1999.

<sup>59</sup> Katoumba, R. Kenyan Elders Defend Circumcision. Development Forum, September, 1990, p.17

pratiques, qui sont mentionnées dans les documents officiels sous l'appellation de « mutilations génitales féminines » (MGF).

### **Reconnaissance de la violence et de la discrimination de genre**

Si au départ, l'accent était mis sur les dégâts touchant la santé et les risques médico-sanitaires, ensuite sur la différence culturelle, les débats sur les MGF acquièrent de plus en plus une dimension juridique problématisant la question en termes de violence. Lors de la conférence mondiale sur les droits de l'Homme (Vienne, 1993), les MGF sont insérées dans la rubrique « Violences » et une déclaration produite à la fin de la conférence vise spécifiquement ce problème : « *La violence à l'égard des femmes s'entend comme englobant, sans y être limitée, les formes de violence énumérées ci-après. La violence physique, sexuelle et psychologique exercée au sein de la famille, y compris [...] les violences liées à la dot [...] les mutilations génitales et autres pratiques traditionnelles préjudiciables à la femme* ». Dans les années 1990, l'excision est abordé sous l'angle de la violence faites aux femmes.

Les recherches féministes en milieu académique (encadré 1.6) ont fait émerger la dimension du genre dans la question de l'excision. Jusqu'ici traitée par les agences internationales comme une pratique dangereuse pour la santé et une « *mauvaise tradition* », l'excision est problématisée de manière plus complexe ; la discrimination sexuelle s'intègre à la critique notamment dans le milieu académique. Si cet aspect a émergé de manière équivoque et suscité de nombreux débats lors de la conférence de Copenhague (1980), à la Conférence de Pékin (1995) il n'y a plus de doute quant à la composante discriminatoire et inégalitaire de l'excision : le groupe des hommes est avantagé, celui des femmes diminué, tant au niveau du statut que des capacités. L'excision relève d'une violence spécifique de genre qui se fonde sur la discrimination sexuelle envers les femmes.

La publication d'ouvrages relatifs à l'excision, dont la plupart construits sur la base de témoignages, offre aux chercheuses féministes le matériel pour produire les premières analyses critiques. Similaires, dans le ton engagé à celui de Thiam (1978), le livre d'El Saadawi (1980), écrivain somalienne, revendique l'intégrité du corps. Quelques années après, d'autres auteures s'expriment, comme Saida Hagi-Dirie Herzi (1990) décrivant l'opération comme un acte qui déshumanise le corps de la femme en le rendant muet. Dans

une vision proche de du point de vue occidental, cette auteure africaine dénonce l'excision parce qu'elle détruit le plaisir féminin : « *le rapport sexuel ne peut pas être agréable pour quelqu'un mutilé de cette manière. C'est exactement la raison pour laquelle ils excisent : pour s'assurer précisément que les femmes n'aient pas de plaisir sexuel* » (Herzi, 1990 :781)<sup>60</sup>. À partir de ce moment, les femmes africaines revendiquent la liberté d'écrire désormais elles-mêmes l'exploitation de leurs corps, la prostitution, l'immigration, la polygynie, la dépression postnatale, l'anorexie mentale et le marquage de son corps dans l'excision (Zabus, 1999 : 20).

### Encadré 1.6 Le féminisme dans le milieu académique

Les chercheuses féministes ont contribué à problématiser la question des MGF, à travers une analyse de genre. Plusieurs recherches et publications apparaissent à partir des années 1980, le sujet acquiert un intérêt scientifique et est ainsi étudié. Toutefois, les féministes ne sont pas les seules à avoir poussé au développement de la question. Les premiers ethnographes ont interprété ces modifications corporelles dans le cadre des « *rites de passage* » d'abord (Van Gennep, 1908), ensuite comme des formes de « *civilisations du corps auto-plastiques ou allo-plastiques* » (Roheim, 1932), puis enfin comme des « *techniques du corps* » (Mauss, 1934). D'autres travaux portent sur les mythes fondateurs à la base de la circoncision masculine et féminine et la dialectique de la bisexualité (Griaule, 1966). D'autres encore ont répertorié les croyances répandues chez certaines ethnies (Peuls du Bénin, Mossi du Burkina Faso et les Ibos du Nigeria), croyances selon lesquelles le clitoris est dangereux pour le bébé au moment de l'accouchement car il pourrait recouvrir ses narines et l'empêcher de respirer (Erlich, 1986). Toutes ces études ont permis de faire émerger les raisons invoquées par les populations concernées pour justifier la pratique en cause. Les études féministes ont contribué à englober les diverses raisons répertoriées par les ethnologues et les anthropologues dans deux catégories principales. Deux macro-raisons sont à la base de cette pratique : le contrôle de la *sexualité féminine* et *l'identité de genre*.

#### Sexualité

Jugée dangereuse et excessive, la sexualité féminine est confinée au mariage et à la procréation. Les sociétés qui pratiquent les MGF ont élaboré un processus de socialisation de la sexualité qui passe par la modification des organes génitaux. Enlever le clitoris et affaiblir en conséquence le désir sexuel a pour but de garantir le maintien de la femme dans le mariage et dans sa fonction reproductrice (Tchak, 1999). Le clitoris est un organe du plaisir solitaire et infantile et en le supprimant, la société oriente la sexualité de la femme vers le vagin, donc vers sa véritable fonction sociale qui serait la reproduction (Sylla, 1987). C'est la raison pour laquelle l'excision est pratiquée pendant l'enfance, l'âge variant d'un groupe ethnique à l'autre : « *L'excision signifie pour la fillette l'abandon définitif de l'enfance, avec l'approbation solennelle de la société entière. C'est seulement à la suite de l'excision et de l'initiation que la jeune fille est considérée adulte, mature et apte à procréer, et donc mariable* » (Sylla, 1987). La pression familiale joue un rôle décisif : les belles-mères n'acceptent

<sup>60</sup> Traduction personnelle de l'anglais : « *intercourse cannot be much fun for someone mutilated like that. Perhaps that's why they do it, to make sure the women won't get any pleasure out of sex* ».

pas une femme non excisée dans la famille (Ahiyi, 1997).

### **Genre**

Les MGF s'inscrivent dans un système d'assignation de genre (Fainszang, 1985 ; Couchard, 2003 ; Andro, Lesclingand, Pourette, 2010), ce processus s'opérant dans ces sociétés par une inscription corporelle. Le système de genre vise d'abord à marquer socialement une différence sexuelle. Dans un deuxième temps, il tend à hiérarchiser cette différence dans un rapport de force. Dans un troisième temps, il a pour but d'investir le groupe des hommes comme groupe dominant. Les MGF servent à dessiner un modèle précis de féminité en contribuant à garantir selon les sociétés qui les pratiquent la chasteté, la santé, la beauté et l'honneur de la famille (Thiam, 1978 ; Patterson, 1987, Oloyinke, 1987), valeurs considérées comme fondamentales pour être une femme digne de respect .

### **Institutionnalisation du féminisme et apparition des droits sexuels**

En 1994, la grande conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) tenue au Caire problématise les mutilations génitales en se rapportant une fois de plus à la santé reproductive. Les objectifs principaux du rassemblement étaient d'élaborer des stratégies pour réduire la mortalité infantile et maternelle, d'augmenter l'accès à l'éducation (notamment pour les filles) et de favoriser l'accès aux soins en matière de santé reproductive. La perception des MGF est désormais univoque et unanime : il n'est plus question de culture mais plutôt d'une problématique médicale et d'une violation des droits fondamentaux de la personne. Alors que la question était encore controversée à la conférence de Nairobi en 1985, les discussions de Pékin confirmeront cet acquis. Les délégations des différents pays représentés condamnent à l'unanimité les MGF.

La IV<sup>e</sup> conférence mondiale sur les femmes, qui s'est déroulée à Pékin en 1995, constitue l'une des plus importantes étapes dans les débats internationaux : pour la première fois la question des droits sexuels y est soulevée. La présence de 189 délégations de différents gouvernements et de presque trente mille personnes des ONG témoigne d'une mobilisation sans précédent de la société civile à l'échelle mondiale (Bozon, 1995). Parallèlement à la conférence mondiale intitulée « Paix, égalité, développement » et organisée par l'ONU, un forum des ONG dont le titre est « Voir le monde à travers les yeux des femmes », se tient, également sous l'égide de l'ONU. Les principaux débats de la plate-forme d'action de la conférence portent sur la féminisation de la pauvreté, l'éducation, la santé, les formes de violence, l'inégalité dans l'accès au pouvoir et la discrimination à l'égard des petites filles. La lutte contre les MGF s'insère dans une politique polyvalente (promotion de la santé et lutte



contre les formes de violence) et plurisectorielle (promotion de l'égalité en matière de santé, éducation et pouvoir économique).

Lors de cette conférence, certains thèmes restent conflictuels. Les pays musulmans (notamment l'Iran et le Soudan) et certains pays catholiques conservateurs soutenus par un puissant lobbying d'ONG, forment une alliance et exercent un barrage commun contre l'avancement de certains débats. L'exemple le plus flagrant est le rejet de l'affirmation des droits sexuels féminins. Dans la vision conservatrice, la sexualité de la femme est indissociable de la fonction reproductive, les droits en matière de sexualité féminine ne sont pas conçus comme des droits individuels (Bozon, 1996 : 297). Le bien de la famille et de l'enfant sont considérés comme primant sur le bien personnel de la femme en tant qu'individu. Le droit de la femme de disposer de son corps et de sa sexualité a été longuement discuté et le consensus, finalement atteint. Ce droit fait en effet l'objet d'un article de la convention, ce qui représente une avancée sans précédent : *« Les droits fondamentaux des femmes comprennent leur droit à exercer un contrôle et de décider de façon libre et responsable dans les domaines qui concernent leur sexualité, y compris la santé sexuelle et reproductive, hors de toute coercition, discrimination et violence. L'établissement de relations égales entre les hommes et les femmes en ce qui concerne les questions relatives aux rapports sexuels et à la reproduction, y compris le respect total de l'intégrité physique du corps humain, exige un consentement et un respect mutuels ainsi qu'un partage de la responsabilité du comportement sexuel et de ses conséquences »*.<sup>61</sup>

Bien que la volonté de séparer les « droits sexuels » des « droits reproductifs » soit exprimée et soutenue par les pays de l'Union européenne, de nombreux représentants intégristes musulmans et catholiques émettent des « réserves » (Bop, 1995 : 3), empêchant de cette façon la poursuite du débat. Ainsi, le Vatican affirme que traiter la santé sexuelle de manière indépendante équivaut à tolérer les comportements sexuels immoraux et donc les relations sexuelles hors mariage. Comme d'autres chercheuses l'ont montré, aux yeux du Saint-Siège, la santé sexuelle doit être partie intégrante de la fonction reproductive et y être subordonnée et elle doit uniquement être abordée à l'intérieur du cadre familial (Corrêa, Petchesky, Parker 2008). En revanche, aucune réserve n'est émise quant à la lutte contre les MGF, ce qui marque une avancée dans l'engagement international à l'égard de ce combat.

---

<sup>61</sup>Paragraphe 97 de la déclaration de Beijing, chapitre « Femme et Santé », p. 36.

Bien que les mutilations génitales relèvent de l'inégalité de genre, comme d'autres pratiques de discrimination sexuelle comme la polygamie ou les droits (in)égaux concernant l'héritage, elles sont plutôt traitées comme un problème de santé : « *Les situations dans lesquelles les filles sont contraintes à des mariages et grossesses forcés, de même que la maternité précoce et des pratiques nuisibles telles que les mutilations génitales féminines, présentent de graves risques pour la santé* ». <sup>62</sup>

Il est important d'avoir en tête que cette résolution a été unanimement adoptée et de noter que le consensus a été obtenu parce que la question a été abordée sous l'angle de la santé, notamment de la santé sexuelle et reproductive. Les fonctions maternelles et familiales de la femme sont à nouveau mises en avant. On est en mesure et l'on doit se demander si une telle avancée aurait été obtenue en formulant le discours en termes de discriminations sexuelles entre hommes et femmes. En effet, nombre d'autres questions n'ont pas été, soit abordées (la polygamie) soit résolues (inégalité des droits successoraux). En outre, une quarantaine de pays ont exprimé des « réserves » à l'égard du chapitre sur les « Violences contre les Femmes » de la déclaration de Beijing, la « violence contre les femmes » étant définie comme : « *tout acte de violence produit sur la base du genre, que ce soit d'ordre physique, sexuel ou psychologique provoquant une souffrance à la femme, inclus les actes de coercition et de limitation arbitraire de la liberté, dans l'espace public et privé* ». <sup>63</sup> Si plusieurs pays ne s'engagent pas pour une véritable reconnaissance et lutte contre les formes de violences, ils sont favorables à des politiques de protection en faveur des femmes. Les féministes critiquent le discours sur la nécessité de protéger les femmes et les enfants au nom de leur fragilité et de leur innocence (Petchesky, 2005 : 304), notamment parce que ces arguments renforcent les stéréotypes classiques de la femme fragile et vulnérable, dont la chasteté marque la valeur (Kapur, 2002).

---

<sup>62</sup> Paragraphe 93 de la déclaration de Beijing, chapitre « Femme et Santé », p. 35 : « *Conditions that force girls into early marriage, pregnancy and child-bearing and subject them to harmful practices, such as female genital mutilation, pose grave health risks* ».

<sup>63</sup> Paragraphe 113 de la déclaration de Beijing, chapitre « Violences contre les Femmes », p. 48 : « *any act of gender-based violence that results in, or is likely to result in, physical, sexual or psychological harm or suffering to women, including threats of such acts, coercion or arbitrary deprivation of liberty, whether occurring in public or private life* ».

**Tableau 1.1 Récapitulatif historique : l'évolution du regard sur l'excision**

Époque	Acteurs	Contexte de perception de l'objet	Terminologie	Qualification
IV av. J.-C. II apr. J.-C.	Historiens, médecins	À l'époque de l'Antiquité grecque puis de l'Empire romain, plusieurs expéditions engendrent la découverte d'autres peuples, qui font l'objet d'une curiosité scientifique.	Pratiques lointaines	Chirurgie amélioratrice des sexes difformes Maintenir l'ordre naturel
XVII <sup>e</sup> /XIX <sup>e</sup> siècles	Médecins, justice	L'excision du clitoris ou des petites lèvres (appelées également nymphes) est pratiquée dans des cas d'hypertrophie de l'organe, attribuée à la pratique du tribadisme	Chirurgie	Correction des anomalies ou perversions sexuelles Maintenir l'ordre moral
XIX <sup>e</sup> siècle	Médecins	L'excision, appelée aussi clitoridectomie dans le jargon médical, devient une prescription thérapeutique pour corriger la conduite sexuelle de certaines femmes jugées atteintes de troubles psychiques	Clitoridectomie	Soigner des comportements déviants
Première moitié du XX <sup>e</sup> siècle	Administrateurs coloniaux, ethnologues	Regard exotique sur les rituels des peuples sauvages	Rituels	Usages indigènes Établir un sexe social
1960 – 1975	Nations unies, autres agences internationales, ONG, militants, féministes	Lutte pour les droits, l'émancipation de la femme, la décolonisation. L'excision est perçue comme un problème.	Coutumes, traditions dangereuses Problème pour la santé	Pratique culturelle problématique
1975- 1980	ONG, féministes, agences internationales, féministes	Dénonciation de l'excision : elle est perçue comme une violence qui atteint la santé.	Circoncision féminine ; excision	Pratique culturelle dangereuse
1980 - 1990	Féministes noires africaines	Le débat existait déjà, ce n'est pas une découverte. Il se déplace sur la légitimité des voix qui comptent	Mutilation ; circoncision ; excision	Pratique culturelle condamnée
1990 - 1995	Agences internationales, Nations unies, féministes (occidentales et	Conférence de Pékin : reconnaissance internationale des MGF comme problème de santé publique.	Mutilation génitale féminine	Forme de violence

Après Pékin	africaines) Médecins <i>Policy makers</i> politiciens	Soin et prise en charge des dégâts causés par les MGF ; campagnes de prévention et de promotion de la santé maternelle et infantile ; lois interdisant les MGF en Occident et en Afrique.	Mutilation sexuelle féminine	Crime
-------------	--	---	------------------------------	-------

\*\*\*

### 2000 : Prise en charge globale d'un crime contre les femmes

Si le processus de construction sociale et politique des MGF comme problème médical a duré près de vingt ans, dès 1995 les « mutilations génitales féminine » entrent pleinement dans la nosographie médicale occidentale. Une classification des typologies de mutilations génitales (encadré 1.7) est établie par l'OMS et cosignée par Unicef et le Fond des Nations unies pour la population (FNUAP). La reformulation de cette pratique en termes médicaux officialise l'apparition de ce nouveau problème de santé publique. La déclaration définit les MGF comme « *toutes interventions, incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou la lésion des organes génitaux féminins, pratiquées pour des raisons culturelles ou religieuses ou pour toute autre raison non thérapeutique* » :

#### Encadré 1.7 Classification des MGF selon l'OMS, 1995

Type I : Excision du prépuce avec ou sans excision de la totalité ou d'une partie du clitoris.

Type II : Excision du clitoris avec excision partielle ou totale des petites lèvres.

Type III : Excision de la totalité ou d'une partie de l'appareil génital externe et suture ou rétrécissement de l'ouverture vaginale (infibulation).

Type IV : Diverses pratiques non classées telles que ponction, percement, incision, étirement, cautérisation du clitoris et/ou des lèvres.

À partir de 1995, la gravité des MGF ne soulève plus aucun doute, tant du point de vue de la santé que de celui de la violation des droits des enfants et des femmes. La compétence des médecins est prouvée, elle paraît désormais aller de soi<sup>64</sup>. Les conséquences des MGF révélées par les études médicales établissent également l'existence d'un besoin de soutien

<sup>64</sup> Par la suite, plusieurs documents de type didactique sont produits par l'OMS, en anglais appelés *clinical guides*, fournissant des principes directeurs à l'intention du corps soignant (médecins généralistes, gynécologues, infirmiers, sages-femmes, etc.).

psychologique, voire sexologique, en raison des dommages occasionnés. La culture et la religion ne constituent plus des arguments qui peuvent justifier de telles pratiques, qui sont universellement condamnées. Face à la multitude des personnes déclarant pratiquer les MGF par respect de la « tradition » et de la « religion », des enquêtes sur ce sujet sont conduites afin de déceler et de comprendre les croyances invoquées. Les programmes de coopération, dont les logiques sont décrites dans le chapitre 2, se construisent de plus en plus en collaboration avec les chefs religieux ou d'autres leaders politiques locaux, voire des artistes.

Le 2 novembre 2001, l'Unesco publie la Déclaration universelle sur la diversité culturelle, adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies. Cette Déclaration définit la culture comme « *l'ensemble des traits distinctifs spirituels et matériels, intellectuels et affectifs qui caractérisent une société ou un groupe social et englobe, outre les arts et les lettres, les modes de vie, les façons de vivre ensemble, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances* ». La volonté de préciser les concepts d'« identité culturelle », de « diversité culturelle » ou encore de « pluralisme culturel » démontre le besoin à la fois de codifier et de distinguer ce qui relève de la « culture » de ce qui n'en relève pas. Sur la base de cette Déclaration, en 2005 l'Unesco établit dans la *Convention sur la protection et la promotion de la diversité des expressions culturelles*, les principes, les droits et les obligations définissant la « culture ». La diversité culturelle doit désormais s'exprimer dans « *un cadre de démocratie, de tolérance, de justice sociale et de respect mutuel entre les peuples et les cultures* ». <sup>65</sup> Cette Convention devient un outil juridique, à l'instar de la CEDAW et de la CRC, moins central mais néanmoins souvent cité dans les programmes de lutte contre les MGF.

En mars 2007, une commission technique est formée et se réunit sous l'égide de l'OMS et de la FNUAP afin de définir des indicateurs de santé sexuelle pour suivre les progrès en matière d'accès universel à la santé reproductive<sup>66</sup>. Les objectifs de cette rencontre sont de mettre à jour la définition de la « santé sexuelle », élaborer des indicateurs qui permettent de mesurer cette dernière, de définir des recommandations de politiques publiques. Quatre axes thématiques sont proposés et, repartis en différents groupes visant à définir les concepts de : bien-être sexuel, dysfonction et vulnérabilité sexuelle, violence sexuelle et

---

<sup>65</sup> La Convention sur la protection et la promotion de la diversité des expressions culturelles de l'Unesco est adoptée lors d'une conférence générale des Nations unies le 20 octobre 2005 à Paris.

<sup>66</sup> WHO (2008). National-level monitoring of the achievement of universal access to reproductive health: conceptual and practical considerations and related indicators. Report of a WHO/UNFPA Technical Consultation, 13–15 March 2007, Geneva, World Health Organization.

mutilations sexuelles féminines. Concernant ces dernières, qui constituent un axe en soi, les recommandations en matière de politiques publiques nationales sont d'adopter des lois contre les MGF, de mettre en œuvre des stratégies pour éliminer les MGF sur le territoire, notamment auprès des filles de migrants, et de faire entrer les directives de l'OMS dans les institutions médicales. Le traitement des MGF dans les politiques de santé publique s'institutionnalise désormais au niveau national et au niveau global.

Cette reconstruction historique des étapes de la reformulation d'un phénomène millénaire en problème social a mis en évidence tout particulièrement les acteurs impliqués. Si les premiers « entrepreneurs de cause » ont été des acteurs locaux (mouvements indigènes de femmes africaines, administrateurs et médecins coloniaux, missionnaires), la reconnaissance politique du problème surgit lorsque la définition de ce même problème s'institutionnalise. L'implication des acteurs institutionnels, tels que les Nations unies, l'OMS, le FNUAP a été décisive dans la genèse de ce nouveau crime. La nouvelle connotation de ces pratiques, devenues « criminelles » et « néfastes pour la santé », fait que les mutilations sexuelles bénéficient désormais d'un traitement juridique et médical. L'analyse historique montre en outre que si ce nouveau problème émerge dans le Nord, les phénomènes démographiques contemporains des migrations, suite à la décolonisation du Sud, sont un facteur central dans la circulation des discours. La mondialisation des mobilisations, la migration des populations du Sud vers le Nord ne permet plus d'opposer de manière simpliste l'Occident à l'Afrique. Les chapitres qui suivent montrent notamment l'apparition d'une gestion transnationale du problème, les pays du Nord et du Sud coopèrent (chapitre 2), des acteurs locaux dans le Sud prennent le relais et s'approprient les discours dominants. Les populations migrantes installées au Nord non seulement accèdent à ces discours, mais elles sont en plus soumises à des formes de traitement des MGF (chapitre 3) différentes de celles connues dans les pays d'origine qu'ils ont quittés.



## **Chapitre 2/ Droit humanitaire et mondialisation des mobilisations dans le Sud**

---

À partir des années 1990, la lutte contre les MGF s'inscrit dans les programmes de santé publique des agences internationales et des politiques locales. La perception du phénomène fait l'objet d'un consensus international lors de la conférence de Pékin. La nécessité de déterminer son étendue et d'étudier la problématique du point de vue épidémiologique est affirmée. Dès lors, d'importants investissements soutiennent les enquêtes et les programmes de coopération traitant la question de manière ciblée. L'attention portée aux MGF prend un nouveau tournant, qui requiert un savoir plus spécifique. Afin d'élaborer des plans d'action efficaces pour éradiquer la pratique, les pouvoirs publics locaux et les organisations internationales réclament une quantification du problème. Faire disparaître ce genre de « mutilations » devient l'objectif à atteindre. Localiser le phénomène et mesurer son ampleur et sa diffusion dans le monde en constitue la première étape. Les données produites à l'échelle mondiale par des organismes spécialisés contribuent à constituer une vision statistique officielle du phénomène. Les recherches financées par les Nations unies visent faire lumière sur les dynamiques de la transmission de cette pratique traditionnelle, mais également sur l'implication de la dimension genre et des rapports sociaux des sexes. Parallèlement, les pays africains élaborent des documents juridiques et un consensus politique se positionnant clairement contre ces pratiques. Les classes dirigeantes des différents pays concernés s'expriment en faveur de l'abolition des « mutilations génitales féminines ». Un nombre considérable d'institutions sont parties prenantes de l'investissement économique et du soutien politique vis-à-vis des programmes de coopération favorisant l'abandon des MGF<sup>67</sup>.

Des documents en matière de droits de l'homme, équivalents à ceux produits au sein des Nations unies, sont élaborés dans le continent africain. La charte de Banjul de 1981

---

<sup>67</sup> En 2007, une nouvelle déclaration est rédigée « Éliminer les mutilations sexuelles féminines : déclaration inter-institutions » et signée par le Haut-Commissariat aux droits de l'homme (HCDH), l'OMS, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida (Onusida), le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique (Uncea), l'Unesco, le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR), l'Unicef et le Fonds des Nations Unies pour les femmes (Unifem). Publié par l'OMS en 2008, p.3



(encadré 2.1) et le protocole de Maputo de 2003 (encadré 2.1) soulèvent la question de la nécessité de se doter d'instruments juridiques protecteurs de l'autonomie des peuples et de la liberté des individus. Cet ensemble de chartes, d'accords et de pactes signés uniformise, modélise les formes de gouvernance : les systèmes juridiques nationaux adaptent localement les principes et les directives globales. Les conférences internationales trouvent un écho au niveau national, des lois contre l'excision sont adoptées. Si la répercussion dans les programmes de coopération au développement comme dans les campagnes de sensibilisation promues par les grandes agences est évidente, une évolution plus diffuse, moins apparente, plus subtile renouvelle les rapports de genre et les relations intergénérationnelles.

Si l'analyse des principaux documents relatifs aux MGF met en relief les arguments soulevés, les enquêtes quantitatives démographiques quant à elles permettent d'observer l'évolution de cette pratique dans le temps. Leurs résultats sont ici reportés afin d'observer le poids de l'argument épidémiologique dans les discours publics ainsi que l'évolution du phénomène dans le temps, évolution entraînant la difficulté de le figer dans les discours. Il ne s'agit pas d'une ethnographie qui interroge les significations locales de cette pratique, bien que des études de ce type soient encouragées par plusieurs auteur-e-s qui soulignent les limites de l'utilisation des catégories théoriques ethnocentriques. Il s'agira ici, non seulement de dresser un état des lieux de la littérature statistique produite jusqu'à aujourd'hui et de décrire l'ampleur du phénomène à travers cet outil, mais également de problématiser le langage statistique et épidémiologique en tant que source de savoir et de la construction des représentations dominantes.

La globalisation de ces langages (statistique, médical, juridique), l'internationalisation des mouvements sociaux (à travers les conférences, les séminaires) et la standardisation des formes d'organisation (comités, plans d'action, ONG) ont un impact local. Les effets sont visibles dans les représentations de l'excision, représentations qui évoluent. Sa signification est réinterprétée, ce qui s'exprime aussi concrètement dans la manière de la définir (circoncision, purification, mutilation, etc.). Le sens et les effets attribués à l'excision sont directement dépendants de la dénomination précise de la pratique. La perception de l'excision change, les catégories théoriques qui investissent sa définition se renouvellent. Les transformations des définitions de l'objet, l'évolution du langage qui le définit et permet

de le percevoir, font évoluer à leur tour les pratiques, lesquelles perdent certains sens, en acquièrent d'autres, se transforment et se reproduisent dans de nouvelles formes.

Les macro-enquêtes statistiques (DHS ou Mics) révèlent certains de ces changements et indiquent que la pratique de l'excision s'est transformée. La comparaison longitudinale permet de constater l'évolution de ce phénomène, qui n'est pas fixe et inaltérable. La circulation des discours et des représentations de la sexualité, mais aussi les messages proposés par les campagnes de prévention anti-MGF ont un impact localement. Les personnes sont confrontées à une pluralisation des discours et cette relative démocratisation normative permet d'ouvrir l'éventail des attitudes face à la tradition. La nouvelle catégorie des « mutilations sexuelles », reconnue et diffusée mondialement, prend corps en Afrique, acquiert un sens matériel et local précis. Les Africains, hommes et femmes, peuvent désormais déclarer ouvertement être contre leur propre tradition.

### **Des politiques attentives aux droits des femmes dans le Sud**

Le développement et l'adoption des instruments juridiques internationaux sont le résultat d'un long processus de construction et de partage d'un héritage législatif intra- et international. Les pays africains ont été sensibilisés au sujet des MGF grâce aux campagnes de prévention et de lutte, qui y ont été menées principalement par les ONG du Nord, mais aussi grâce à une globalisation croissante des discours et des mobilisations. Si la formalisation institutionnelle représente une implication politique fondamentale dans l'abandon des pratiques rituelles, les mobilisations locales s'inspirent d'autres mouvements au niveau international et de la circulation des discours militants qui deviennent accessibles dans le monde globalisé. Les documents produits au sein des grandes conférences, la charte de Banjul, la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant et le protocole de Maputo traduisent les engagements de la part des Etats nationaux (encadré 2.1).

## Encadré 2.1 Les chartes africaines

La **Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples** (CADHP), connue comme **charte de Banjul**, a été adoptée en 1981. Ce document est le fruit d'un long processus d'élaboration<sup>68</sup>, impliquant des chefs d'États et de gouvernements de l'Organisation de l'unité africaine (OUA)<sup>69</sup>. Élaborée durant la période postcoloniale, la Charte reflète la volonté de promouvoir les droits collectifs, qui primeraient sur les droits individuels. Lesquels sont traités succinctement en rappelant le droit « *au respect de sa vie et de son intégrité* » (art.4)<sup>70</sup> et le droit « *à la liberté et à la sécurité personnelle* » (art.6)<sup>71</sup>. L'abolition des anciennes colonies et la redéfinition des frontières nationales ne respectant pas les réalités du terrain sont à l'origine de plusieurs conflits ethniques. La CADHP exprime notamment les préoccupations relatives à la lutte contre la discrimination raciale, l'*apartheid* et la colonisation et marque dans ce sens une étape fondamentale dans le processus d'autodéfinition et d'autodétermination culturelle et sociale de l'OUA.

La **Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant** est adoptée par les chefs d'États et de gouvernements de l'OUA en 1999. Bien qu'elle s'inspire fortement de la convention des droits de l'enfant du 1989 des Nations unies, elle a été entièrement adaptée au contexte africain.

Le **Protocole de la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples relatif aux droits des Femmes**, connu sous le nom de **protocole de Maputo**, ce document traite de manière explicite des droits des femmes africaines. Adopté par la « Conférence de l'Union Africaine » à Maputo, capitale du Mozambique le 11 juillet 2003, le document rentre en vigueur en 2005<sup>72</sup>. La Charte exprime une volonté claire d'éliminer toutes formes de discrimination fondée sur le sexe, en adéquation avec la Cedaw. Les droits des femmes à l'intégrité physique, à la sécurité de leur personne, à la protection contre les pratiques traditionnelles dangereuses et lors des conflits armés sont explicitement mentionnés. Les droits à la participation politique et aux processus de décision, à l'héritage, à la sécurité alimentaire et à un logement décent, à l'accès à la justice et à une protection égale devant la loi sont également traités.

Si les mutilations génitales féminines n'apparaissent pas dans la Charte de Banjul et dans la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant<sup>73</sup>, elles sont en revanche

<sup>68</sup> Pour une analyse approfondie du parcours historique de l'élaboration de la charte voir : Josette Nguebou Toukam « *Présentation et commentaire de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples* », conférence auprès de l'université de Yaoundé II, Cameroun (<http://palissy.humana.univ-nantes.fr>, dernière mise à jour le 11/10/2006).

<sup>69</sup> Organisation fondée en 1963 et remplacée en 2002 par l'Union africaine (UA).

<sup>70</sup> Article 4 : « *Human beings are inviolable. Every human being shall be entitled to respect for his life and the integrity of his person. No one may be arbitrarily deprived of this right* ».

<sup>71</sup> Article 6 : « *Every individual shall have the right to liberty and to the security of his person [...]* ».

<sup>72</sup> Le protocole de Maputo entre en vigueur en 2005 lorsqu'il a été signé par 15 États sur les 53 de l'UA. En 2007, selon l'Union Africaine, 43 pays étaient signataires et 21 l'avaient ratifié : Bénin, Burkina Faso, Cap-Vert, Comores, Djibouti, Gambie, Libye, Lesotho Malawi, Mozambique, Mauritanie Namibie, Le Botswana, Nigeria, Rwanda, l'Érythrée, Afrique du Sud Sénégal, Seychelles, Tanzanie Togo, Zambie.

<sup>73</sup> La Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant demande aux États de « *prendre toutes les mesures appropriées pour abolir les coutumes et les pratiques négatives, culturelles et sociales qui sont au détriment du bien-être, de la dignité, de la croissance, du développement normal de l'enfant, en particulier les coutumes préjudiciables à la santé, voire à la vie de l'enfant* » (art. 21). Elle se réfère à la pratique de l'excision, de manière indirecte, entendue dans la catégorie de « *pratiques négatives* » et « *préjudiciables à la santé, à la vie* ».

traitées spécifiquement dans le protocole de Maputo. Les États sont invités à prévoir des actions pour l'élimination « *de pratiques néfastes qui affectent négativement les droits humains des femmes et qui sont contraires aux normes internationales* ». Enfin, l'article 5 invite les États à prendre « *toutes les mesures législatives et autres mesures afin d'éradiquer toutes les formes de mutilation génitale féminine, la scarification, la médicalisation et la paramédicalisation des mutilations génitales féminines et toutes les autres pratiques néfastes* ». En ce sens, le protocole de Maputo est un document d'intérêt particulier car il déclenche un processus de régulation interne dans les pays signataires (encadré 2.1). La sensibilisation démontrée envers cette thématique de la part des gouvernements africains et la participation des dirigeants politiques solidifie cet acquis dans l'espace local. Le CI-AF (Comité Inter-Africain) joue un rôle clé dans la promotion des droits des femmes et constitue un relais entre les institutions des Nations Unies et les législateurs au siège de l'OUA. D'autres grandes conférences internationales ont été organisées, par l'ONU principalement, afin de soutenir les gouvernements dans la phase d'application des directives au niveau national, à travers des lois et des programmes politiques ciblés.

### **Consensus politique des pays africains et mobilisations locales**

La question des MGF a été débattue au niveau national dans différents pays d'Afrique. L'engagement national constitue une étape importante dans l'évolution de la perception de la pratique de l'excision. Les différentes chartes demandent aux États de se doter de moyens juridiques à même d'exprimer une désapprobation explicite des « mutilations génitales féminines ». Parallèlement la mondialisation des mobilisations et la circulation des discours favorisent ce processus de changement et la cristallisation d'un consensus politique vis-à-vis de l'excision. À compter des années 1990, plusieurs pays<sup>74</sup> adoptent une loi spécifique contre les MGF, d'autres intègrent, à leur Constitution, un article interdisant explicitement les pratiques nuisibles à la santé, y compris celles qui oppressent les femmes et entraînent des dommages physiques ou mentaux<sup>75</sup>, d'autres encore utilisent les lois de leur système pénal<sup>76</sup>.

---

<sup>74</sup> C'est le cas de 13 pays : Bénin (2003), Burkina Faso (1996), République Centre Africaine (1966), Djibouti (1995), Égypte (1996), Ghana (1994), Guinée (1965, mise à jour en 2002), Kenya (2001), Niger (2003), Sénégal (1999), Tanzanie (1998) et Togo (1998).

<sup>75</sup> C'est le cas de 4 pays : Éthiopie, Ghana, Guinée et Ouganda.

<sup>76</sup> C'est le cas de 3 pays : Tchad, Mali et Niger.

L'évolution des pratiques est lente, une enquête<sup>77</sup> effectuée à la fin des années 1990 montre que les lois s'avèrent inefficaces si elles ne s'inscrivent pas dans un processus de changement social plus vaste. L'enquête souligne que les mesures législatives doivent être associées à des mesures politiques et sociales de plus grande ampleur ou précédées de telles mesures, de préférence avec la participation de la société. Appliquer les lois sans qu'il y ait un véritable changement de mentalité produit des effets inattendus, telle que l'illégalité et la migration transfrontalière afin de procéder à l'excision dans un pays voisin. De nouvelles préoccupations apparaissent. Si le protocole de Maputo signe l'étape d'un changement internationalement concerté, une attention particulière s'adresse aux programmes de coopération qui, dès lors, doivent être élaborés de concert avec les acteurs locaux. Aussi, l'implication des chefs traditionnels des communautés, des responsables politiques, des chefs religieux ou des intellectuels est-elle perçue comme indispensable. Le processus de changement local est également supervisé par les agences internationales, telles que l'OMS et l'Unicef, lesquelles effectuent régulièrement, dès la fin des années 1990, des études pour mesurer les résultats<sup>78</sup> des programmes de coopération.

La nécessité, soulignée à la conférence de Pékin, de quantifier l'ampleur du phénomène et d'en mesurer la diffusion dans le continent africain et ailleurs devient maintenant une exigence indispensable pour planifier les nouveaux programmes de coopération, qui se veulent plus efficaces, plus ciblés. Le traitement des MGF s'institutionnalise donc dans les pays du Sud comme dans les pays du Nord. Le langage statistique sert à justifier la raison médicale, alors que le langage juridique légitime la raison humanitaire (Fassin, 2010).

### **Les nouvelles gouvernances : quantifier, mesurer, planifier**

L'OMS réalise de grandes enquêtes à l'aide de ses bureaux régionaux présents dans plusieurs pays d'Afrique. D'après ces enquêtes, entre 100 et 140 millions de femmes et fillettes ont subi une mutilation génitale dans le monde<sup>79</sup>. Les principales données au niveau mondial sur le sujet des MGF proviennent des enquêtes « Demographic and Health

---

<sup>77</sup> Rahaman A. et Nahid T. *Female Genital Mutilation: A guide to laws and policies worldwide*. Zed Books: London; 2000.

<sup>78</sup> Voir : World Health Organization (1999) *Female Genital Mutilation Programs to Date: What Works and What Doesn't* (Geneva : WHO) ; Population Reference Bureau (2001) *Abandoning Female Genital Cutting: Prevalence, Attitudes, and Efforts to End the Practice* (Washington, DC : Population Reference Bureau).

<sup>79</sup> Eliminer les mutilations sexuelles féminines : déclaration interinstitutions HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, Organisation mondiale de la Santé 2008.

Surveys » (DHS)<sup>80</sup> et « Multiple Indicator Cluster Surveys » (Mics)<sup>81</sup>. Le programme DHS Measure effectue des enquêtes sur la population dans 75 pays en développement, en particulier de nombreux pays africains. Les enquêtes qui reposent sur des socles communs fournissent des indicateurs homogènes sur de nombreux sujets, comme la fécondité, la santé maternelle et infantile, la planification de la famille, la violence domestique et l'excision, ce qui permet d'effectuer des comparaisons par pays, par année, par type d'enquête ou par rapport à la méthodologie utilisée. Les enquêtes Mics fournissent des indicateurs qui complètent les enquêtes DHS et qui sont utilisés notamment par les agences des Nations unies, tout particulièrement par l'Unicef, pour entreprendre des décisions politiques à l'intérieur des programmes de coopération. Elles ont donc une finalité plus « appliquée » dans la mesure où les données sont utilisées spécifiquement pour influencer l'opinion politique dans les pays dits en développement et pour effectuer des évaluations des programmes de coopération.

Les résultats de ces enquêtes permettent d'organiser des programmes d'assistance aux populations de différentes aires géographiques, particulièrement en matière de santé, de nutrition, de planification familiale, de fécondité et de mortalité infantile. La production statistique sur une vaste échelle fait des DHS des références au niveau mondial : l'usage d'indicateurs standardisés<sup>82</sup> offre la possibilité d'effectuer d'une part une analyse situationnelle, donc un suivi des progrès dans l'abolition des MGF, d'autre part une comparaison entre les pays concernés. En outre, le langage statistique a également permis de construire un phénomène à spectre épidémiologique important, c'est-à-dire un phénomène à « dimension globale » (Toubia, 1996)<sup>83</sup>. Ces éléments – la « dimension globale » et l'argument médical selon lequel ces pratiques sont extrêmement dangereuses

---

<sup>80</sup> En français, connues sous la dénomination de « Enquêtes Démographiques de Santé » (EDS). Les enquêtes Mesure-DHS ont été lancées pour la première fois en 1984, à l'initiative de l'organisation gouvernementale américaine United Nation Agency for International Development (USAID).

<sup>81</sup> Les enquêtes Mics ont démarré dans la seconde moitié des années 1990, à l'initiative de l'Unicef et dans le but de produire des indicateurs standards dans les domaines de la santé, de l'éducation, de la protection de l'enfance et du VIH/Sida. Principalement de type qualitatif, ces enquêtes étudient certaines problématiques, comme les MGF.

<sup>82</sup> Depuis 2003, cinq indicateurs sont utilisés systématiquement dans les enquêtes sur les MGF : prévalence des MGF (femmes entre 15 et 49 ans) ; typologie de MGF ; auteur de la MGF ; âge moyen auquel est pratiquée la MGF ; attitude envers les MGF (femmes et hommes entre 15 et 49 ans).

<sup>83</sup> Cette étude met en évidence la manière dont les premières estimations de prévalence – notamment celles produites par Hosken – se basent sur des entretiens. C'est seulement à partir dès 1995 que les enquêtes DHS ont inclus le sujet « *female genital cutting* » au sein de leurs enquêtes.

pour la santé – constituent la clé de la reconnaissance quasi universelle de l’excision comme pratique nuisible à la santé (Obermeyer, 1999 : 80).

### **La MGF, une pratique qui évolue et qui recule dans le temps**

Les enquêtes DHS et Mics permettent de décomposer des données nationales en fonction du groupe d’âge, de la résidence urbaine ou rurale ainsi que par région ou par province. En 2004, les DHS publient un rapport comparatif sur les mutilations génitales féminines<sup>84</sup> qui permet de croiser les résultats de diverses enquêtes effectuées entre 1989 et 2002. Ces enquêtes mettent en évidence les relations des MGF avec d’autres facteurs, comme la religion, l’ethnie d’appartenance, etc. L’analyse de données désagrégées permet de mettre en lumière les variations, parfois très significatives, qui sont, sinon, occultées par les moyennes nationales.

Le *facteur ethnique* a une incidence non négligeable, ainsi qu’en témoignent les variations des taux de prévalence des MGF sur un même territoire national. Ces variations révèlent la variété des traditions et des coutumes propres aux diverses communautés ethniques. Celles-ci sont territorialement disposées d’une manière qui ne coïncide que rarement avec les logiques administratives nationales : les ethnies qui pratiquent les MGF peuvent résider en plusieurs provinces ou districts. Pour les DHS, la volonté de tenir compte du facteur ethnique dans les travaux correspond à la volonté de planification des programmes d’intervention.

L’*âge* aussi représente un facteur qui permet d’observer l’évolution de la pratique. Le tableau 2.1 illustre les taux de prévalence des MGF au niveau national pour 20 pays où des enquêtes DHS et Mics ont été effectuées. La subdivision dans le groupe d’âge > 50 ans permet d’observer la prévalence de la pratique de l’excision dans le pays avant qu’un processus de changement ne soit déclenché et des programmes de coopération entamés, certains pays étant à l’époque encore sous un régime colonial. Les femmes ayant entre 15 et 49 ans, en revanche, appartiennent à la génération qui a assisté à l’éclosion de la lutte contre les MGF avec l’installation des premiers programmes politiques, l’évolution des discours dans l’espace public local et l’accès aux discours sur l’excision circulant au Nord,

---

<sup>84</sup> Stanley Yoder Nouredine Abderrahim Arlinda Zhuzhuni, *Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis*, DHS Comparative Reports 2004;7, ORC Macro Calverton, Maryland, USA.

qu'à travers les réseaux informels de la migration, se diffusent aussi dans le Sud. Ce tableau montre une évolution dans les comportements. Dans certains pays ces évolutions sont assez visibles (Érythrée, Burkina Faso, Nigeria, Bénin, Kenya, Tanzanie), où une baisse de 10% sur la prévalence nationale est relevée. Cette évolution informe qu'un changement dans les pratiques s'est effectué.

<b>Tableau 2.1 Estimation du nombre de femmes avec MGF dans 20 pays africains</b>			
<b>Zone géographique et pays</b>	<b>Année</b>	<b>Prévalence par groupe d'âge (%)</b>	
		<b>15-49 ans</b>	<b>50 ans et plus</b>
<b>Nord de l'Afrique orientale</b>			
Égypte	2008	91,1	96,3
Erythrée	2002	88,7	95,0
Soudan du Nord	1990	89,2	90,9
Éthiopie	2005	74,3	80,8
Djibouti	2006	93,1	n.d.**
Somalie	2005	97,9	n.d.
<b>Nord de l'Afrique occidentale</b>			
Guinée	2005	95,6	99,5
Mali	2001	91,6	91,0
Burkina Faso	2005	72,5	83,6
Mauritanie	2001	71,3	68,6
Sénégal	2005	28,2	30,6
<b>Sud de l'Afrique occidentale</b>			
Côte d'Ivoire	2005	41,7	45,0
Tchad	2004	44,9	45,9
République centrafricaine	2005	25,7	41,9
Nigeria	2003	19,0	59,6
Bénin	2001	16,8	23,7
Ghana	2005	3,8	7,9
Niger	2006	2,2	2,8
Cameroun	2004	1,4	2,4
Gambie	2005	78,3	n.d.
Guinée	2005	95,6	n.d.
Guinée-Bissau	2005	44,5	n.d.
Togo	2005	5,8	n.d.
<b>Afrique orientale</b>			
Kenya	2003	32,2	47,7
Tanzanie	2010	14,6	22,9
Ouganda	2006	0,6	0,4

\*Source : P. Stanley Yoder, Shane Khan, *Number of Women circumcised in Africa : The Production of a Total*, DHS, 2008, N.39, p.8

\*\* Non disponible (n.d.)



Les enquêtes DHS et Mics permettent également de décrire les caractéristiques socio-démographiques et socio-économiques des femmes soumises à ce genre de pratiques et font apparaître la grande variabilité des dites caractéristiques d'un pays à l'autre. Les DHS et les Mics étudient d'autres facteurs, par exemple le niveau d'éducation de la mère joue en faveur de l'abandon de la pratique. Les filles dont les mères ont un niveau d'instruction élevé sont moins exposées au risque d'une mutilation, même si leurs mères en ont été victimes. En revanche, le lieu de résidence dans un milieu rural ou urbain comme la religion (musulmane ou catholique) ne semblent pas avoir d'incidence directe sur la prévalence. Cette dernière dépend plutôt des groupes ethniques et des régions où ces groupes sont installés, qui varient entre milieu urbain et rural. L'âge auquel l'excision est pratiquée varie considérablement selon le pays : en Égypte, 90 % des filles subissent la mutilation sexuelle entre 5 et 14 ans, tandis qu'au Mali, en Éthiopie et en Mauritanie, 60 % d'entre elles la subissent avant leur cinquième année. L'âge moyen des sujets décline de manière spectaculaire dans quatre pays : Mali (on passe de 36 à 12 mois), Burkina Faso, Côte d'Ivoire, et Kenya. À noter qu'au sein d'un même État, on constate des fluctuations puisque les MGF dépendent de l'appartenance ethnique, dont les groupes sont diversement distribués sur le territoire.

Les enquêtes DHS mettent aussi en lumière la transformation de la pratique et révèlent que ce « rituel culturel » change, se modifie et évolue dans le temps. Dans certains pays par exemple, il est plus fréquemment pratiqué par un personnel formé hospitalier (Égypte), bien que l'implication du personnel médical soit élevée aussi dans d'autres pays (Soudan 35,6%, Kenya 34,4%). Si l'excision est, dans la plupart des cas, opérée par des praticiens traditionnels, souvent des femmes appelées « exciseuses », l'implication des professionnels de la santé est en augmentation. En Égypte par exemple, l'enquête DHS de 1995 montrait une augmentation de l'intervention du personnel médical dans la pratique : 17,3 % en 1995 et 61,4 % en 2000. On constate en parallèle une décroissance du recours à des praticiens traditionnels, qui passe de 79,6 % en 1995 à 38,3 % en 2000. Une tendance similaire a été observée dans le sud du Nigeria (Caldwell, Orubuloye et Caldwell 1997) et en Sierra Leone (Koso-Thomas, 1987). Au Kenya, le phénomène de médicalisation<sup>85</sup> concerne en particulier

---

<sup>85</sup> Voir aussi : Shell-Duncan B, Obeiro W. et Muruli L. *Women without choice: the debate over medicalization of female genital cutting and its impact on a northern Kenyan community*. In Shell-Duncan B. and Hernlund Y. (eds) *Female «Circumcision» in Africa. Culture, Controversy and Change*. Boulder, CO: Lynne Rienner Publishers; 2000.

une ethnie, Abagusii, qui a été exposée aux arguments médicaux invoqués par les missionnaires de l'Église à partir des années 1930 déjà (Christoffersen-Deb, 2005 : 403). Par le passé, pour ce groupe ethnique vivant dans le district de Kisii, une zone constituée des vastes terres désertes, la « circoncision » constituait une preuve d'endurance demandée à la femme et un préalable nécessaire au mariage. À travers cette épreuve, les femmes démontraient qu'elles avaient les qualités considérées comme indispensables pour vivre dans des conditions de détresse et supporter les longues périodes de famine. La douleur du rituel était, dans ce sens, à la fois éducative et performative puisqu'elle était censée permettre d'acquérir et démontrer le courage, la force et la capacité du sacrifice de soi-même en faveur du groupe (Christoffersen-Deb, 2005 : 410).

Dans ce sens, ces macro-enquêtes quantitatives apportent des éléments de compréhension du phénomène, qui évolue et diminue dans le temps.

### **Refuser une tradition, trahir les ancêtres : les MGF au prisme des relations intergénérationnelles**

L'excision est une pratique censée maintenir un lien entre les nouvelles générations et les anciennes. Dans un contexte où la cohésion du groupe est valorisée plus que la liberté des choix individuels (Arnfred 2004 : 59-78), l'excision vise consolider les liens sociaux. Les enquêtes DHS montrent notamment une évolution dans les appréciations individuelles et le décalage avec un changement réel de comportement. Bien qu'un nombre croissant d'hommes et femmes se disent opposés à la pratique, l'excision n'est pas pour cette raison systématiquement abandonnée. Cette dernière est pourtant en recul dans les nouvelles générations des femmes, l'âge étant un indicateur important pour relever les variations sociales.

La comparaison de la proportion de femmes excisées âgées de 15 à 19 ans avec la génération plus ancienne, soit les femmes âgées de 45 à 49 ans, illustre l'évolution des comportements vis-à-vis de l'adhérence à l'excision à l'intérieur d'un pays donné. Dans la plupart des États, les femmes plus jeunes sont moins souvent victimes de mutilations que leurs aînées. Le décrochage générationnel est particulièrement visible dans certains pays (Tableau 2.2), notamment dans la région de l'Afrique du Sud-Ouest et centrale, où le Nigeria particulièrement relève une baisse de presque 40% (8,8 % parmi les 15-19 ans contre 48,3% parmi les 45-49 ans). Dans la Côte d'Ivoire, le CAR et le Bénin la baisse

générationnelle est moins importante, mais tout de moins relevant. Dans l'Afrique du Nord Ouest, seul le Burkina Faso a vu une évolution, la pratique ayant reculé du 10% en trente ans. Dans l'Afrique du Nord Est, l'Éthiopie et l'Erythrée assiste à une baisse de 15% en trente ans. Au Kenya aussi l'excision est systématiquement abandonnée, en réduisant de la moitié la pourcentage des femmes excisées dans les derniers trente ans.

Région/Pays	Groupe d'âge							Total
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
<b>Afrique Nord-Est</b>								
Egypte 2008	80.7	87.4	94.3	95.2	96.4	96.2	96	91.1
Erythrée 2002	78.3	87.9	90.8	93.4	92.6	94.1	95.0	88.7
Soudan du Nord 1989-90	86.8	89.7	88.6	89.7	89.0	89.0	90.9	89.2
Ethiopie 2000	70.7	78.3	81.4	86.1	83.6	85.8	86.8	79.9
<b>Afrique Nord-Ouest</b>								
Guinée 2005	89.3	94.6	96.6	97.4	98.6	98.1	99.5	95.6
Mali 2006	84.7	84.5	86.7	84.2	84.9	86.2	85.8	85.2
Burkina Faso 2003	65	76.2	79.2	79.4	81.6	83.1	83.6	76.6
Mauritanie 2000-01	65.9	71.1	73.4	74.2	71.7	76.5	68.6	71.3
Niger 2006	1.9	1.6	2.4	2.1	2.9	2.9	2.8	2.2
Sénégal 2005	24.8	28.0	28.4	30.1	30.5	30.3	30.6	28.2
<b>Afrique du Sud-Ouest et du Centre</b>								
Côte d'Ivoire 1998-99	41.2	42.7	42.4	49.0	44.5	51.4	51.0	44.5
CAR 1994-95	34.6	42.7	44.3	44.1	47.5	51.4	53.1	43.4
Nigeria 2008	21.7	26.4	28.9	32.8	33.9	36.4	38.1	29.6
Bénin 2006	7.9	9.9	13.6	14.3	16.3	17	15.8	12.9
<b>Afrique de l'Est</b>								
Kenya 1998	26.0	32.2	40.4	40.9	49.3	47.4	47.5	37.6
Tanzanie 2010	7.1	11	11.7	19.1	21.6	22.2	21.5	14.6

L'abandon de la pratique montre l'évolution au sein des sociétés ; si l'excision reste un rituel ou une pratique traditionnelle, elle est également investie d'une conscience de transgresser la loi nationale et du risque d'aller à l'encontre des effets néfastes à la santé. Les discours des campagnes, si la plupart ont été lancées par des ONG des pays du Nord, sont intégrés par une part de la population locale. Des ONG africaines prennent le relais, parfois en partenariat avec les ONG du Nord, des acteurs sociaux investis sur le terrain interviennent de manière capillaire dans leurs respectifs réseaux sociaux. Un processus de

changement dans les discours et dans les mentalités locales s'est actionné, bien que la pratique ne soit pas totalement éradiquée. Ce décalage est dû à plusieurs facteurs, notamment le poids de la transmission intergénérationnelle et la loyauté qu'elle impose.

Dès le milieu des années 1990, la pratique diminue dans la plupart des pays, même si ce n'est que lentement dans certains. Ce recul relève pour beaucoup du degré de mobilisation des États et des campagnes de sensibilisation qui ont produit leurs effets locaux pratiques. Des systèmes de mesure pour évaluer l'impact des actions de sensibilisation et de prévention dans le cadre des campagnes ou de véritables programmes de coopération ont été élaborés. Le plus connu dans le domaine de la coopération internationale s'appelle « pre-post-control group design »<sup>86</sup>, modèle qui prévoit la définition des variables-clés mesurables avant et après la mise en œuvre du programme (Askew, 2005 : 465). Les études utilisant ces outils montrent que les actions de lutte contre les MGF ont un impact sur la population et conduisent à l'abandon progressif de la pratique (Askew, 2005, 468).

Le Burkina Faso, par exemple, a non seulement signé les trois chartes, mais s'est également doté d'une loi contre les MGF en 1996. Dès lors, plusieurs procès ont été intentés à l'encontre d'exciseuses et de parents, jugés coupables, auxquels ont été infligées des peines de prison ou des amendes. Ces procès ont été commentés par la presse et à la télévision, médiatisant ainsi les affaires. Parallèlement, une campagne de sensibilisation a été menée de manière très active et des numéros d'appel téléphonique « SOS excision » ont été institués. Toutes ces actions ont eu un effet positif sur l'abandon de la pratique, puisque celle-ci a reculé de 10 % sur le taux de prévalence nationale (tableau 2.2).

La Côte d'Ivoire s'est également dotée d'une loi spécifique contre les MGF depuis 1998, incluant des peines très sévères<sup>87</sup>. En revanche, au Mali, il n'existe pas une loi *ad hoc*, le gouvernement malien ayant opté pour la création d'un Programme national de lutte contre l'excision (PNLE)<sup>88</sup>. L'existence d'un cadre législatif et l'application de la loi ont un

---

<sup>86</sup> L'ONG CARE International utilise ce modèle de contrôle dans les projets en Éthiopie et au Soudan. À ce propos Ian Askew (2005) cite la communication de Chege J. (2002) *Challenges in testing the impact of community-based interventions among refugee and nomadic groups*, colloque international, 29 avril 2002, Bellagio, Italie. Ce modèle est également utilisé par le Population Council au Sénégal et au Burkina Faso. À ce propos Ian Askew (2005) cite la communication de Diop N. *Does Changing Reproductive health and human right knowledge in individuals lead to changing FGC behaviours ?* présentée dans le même colloque à Bellagio.

<sup>87</sup> La loi prévoit des peines de cinq ans d'emprisonnement ferme ou une amende allant de 360 000 à deux millions de francs CFA. La peine est portée de cinq à vingt ans si la victime meurt des suites de son opération.

<sup>88</sup> Ce programme a été soutenu par le Luxembourg et prévoyait la participation de plusieurs associations locales et ONG.

impact sur la représentation de la pratique. Tandis que dans la Côte d'Ivoire on observe une évolution en faveur de la disparition de la pratique, au Mali sa diffusion reste inaltérée dans le temps.

### **Se dire contre l'excision sans l'abandonner : la cohésion du groupe avant le choix individuel**

Les modules DHS intègrent la question de l'opinion des femmes et des hommes sur la pratique. Les questionnaires visent à savoir si les enquêté-e-s considèrent l'excision comme une tradition importante qui doit continuer d'exister ou au contraire être abandonnée. Encore une fois, on observe une évolution dans l'attitude envers cette pratique. Dans plusieurs pays, les hommes et les femmes pensent que l'excision est une pratique qui devrait être éliminée (Burkina Faso, Niger, Sénégal, Côte d'Ivoire, Bénin et Tanzanie). Toutefois à l'intérieur de certains pays, le taux de prévalence reste élevé. C'est le cas du Burkina Faso où le taux de prévalence est très haut (71,6 %) alors que seulement 17,1 % des femmes et 13,2 % des hommes se déclarent en faveur de la pratique et se disent favorables à son maintien (Tableau 2.3). Selon le Rapport DHS n° 7, le taux notable de déclarations contre l'excision est lié aux campagnes nationales anti-MGF soutenues par le gouvernement burkinabé, campagnes qui ont démarré très tôt eu égard à d'autres pays (dans la deuxième moitié des années 1980). Dans les autres pays (Sénégal, Bénin, Kenya, Tanzanie), l'attitude négative envers la MGF est cohérente avec le recul de la pratique.

En revanche au Mali la MGF ne recule pas et les hommes (69,5%) et les femmes (76%) se disent très favorables à son maintien. En Guinée bien que les taux en faveur soient élevés (69,2% des femmes et 53,3% des hommes), un léger recul de la pratique est relevé (tableau 2.2). et on voit que certains pays d'Afrique, les taux en faveur du maintien de l'excision sont remarquables : en Égypte et au Mali la pratique est soutenue par une majeure partie de la population : 60-80 %. Le cas de l'Égypte est plus particulier car, bien que le taux des personnes se déclarant en faveur de la MGF reste élevé, celui-ci est diminué dans le temps, les femmes se disent de moins en moins favorables au maintien de l'excision<sup>89</sup>.

Dans les autres pays recensés, un nombre croissant de femmes excisées dont l'une des filles est également excisée se disent opposées à la pratique, mais continuent pourtant à y

---

<sup>89</sup>Yoder, Khan, *Numbers of Women Circumcised in Africa: The Production of a Total*, DHS, Report N.39, 2008.

adhérer. Rapport DHS n° 7 explique ce comportement par le décalage, mis en évidence par les experts en communication en matière de santé, entre les désirs déclarés et les actions individuelles. Les campagnes engendrent souvent un changement théorique (ce que l'on sait) mais non pratique (ce que l'on fait). Les femmes donc peuvent se déclarer opposées à une pratique considérée comme dangereuse pour la santé de leurs filles, sans pour autant abandonner la pratique traditionnelle.

Pays	Femmes		Hommes	
	pour la MGF	contre la MGF	pour la MGF	contre la MGF
Egypte 2008	54	34.5	56.7	26.6
Guinée 2005	69.2	18.7	53.3	41.3
Mali 2006	76	16.4	69.5	21.3
Burkina Faso 2003	17.1	74.1	13.2	75.9
Mauritanie 2000-01	64	22.5	70	18.4
Niger 2006	2.7	88.9	5.6	86.2
Sénégal 2005	17.6	74.8	11.6	69.3
Nigeria 2008	21.5	62.1	23.6	64.2
Côte d'Ivoire 1998-99	30	63.3	22.5	70.2
Bénin 2006	1.4	92.5	1	94.9
Tanzanie 2010	5.5	91.9	n.d	n.d.

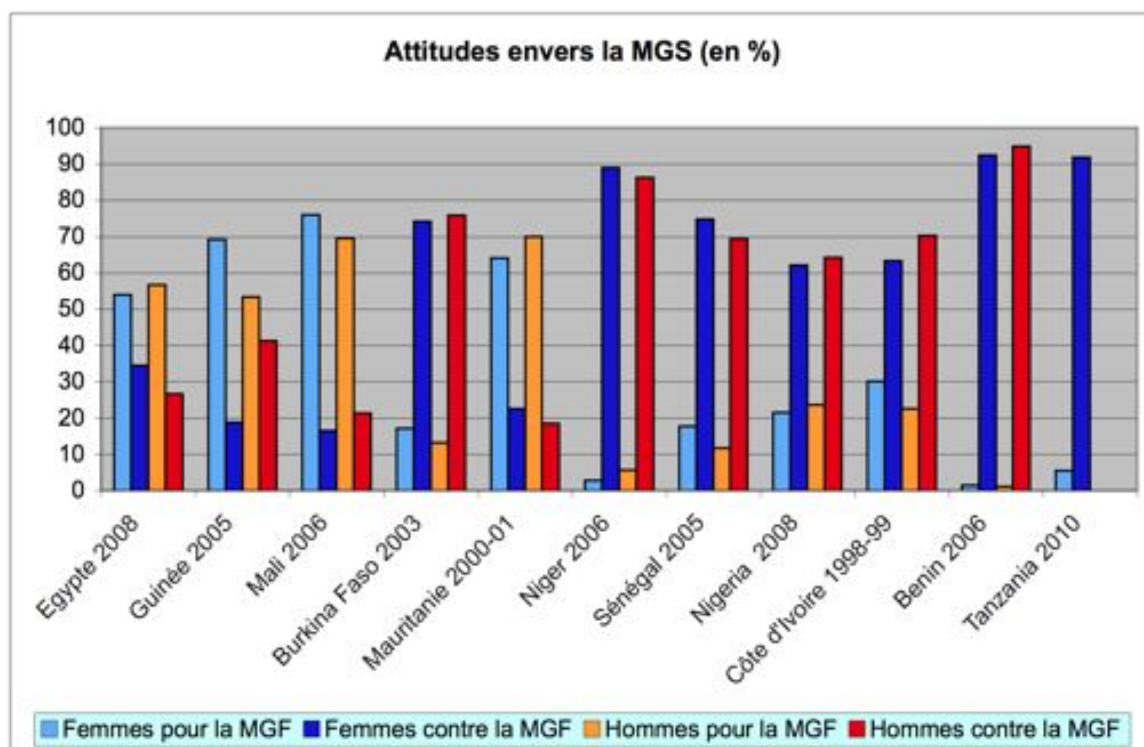


Figure 2.1 Graphique qui représente l'attitude des hommes et des femmes envers les MGF dans les différents pays.

Ces enquêtes mettent en relief que l'argument le plus souvent cité dans les entretiens pour justifier les MGF est l'importance de respecter la coutume ou la tradition. Les personnes se déclarant opposées aux MGF et favorables à leur abandon, jugent que ces pratiques provoquent des « complications médicales » et constituent dès lors une « mauvaise tradition ». Bien que le Rapport DHS n° 7 relève l'importance d'enquêter sur la normativité de ces réponses, il souligne aussi que les femmes se montrent plus favorables au maintien des MGF par rapport aux hommes qui se disent de leur côté plus enclins à les abandonner.

Un changement dans la perception de la pratique a démarré, celui-ci ne donne pas systématiquement à voir un abandon de l'excision. Au-delà de l'opinion individuelle vis-à-vis de cette dernière, les personnes sont prises dans des rapports de loyauté et de respect vis-à-vis des générations plus anciennes qui demandent souvent à conserver la mémoire et la pratique des rituels traditionnels.

## **Adapter les entités nosologiques médicales au terrain d'enquête**

Les recherches DHS mettent en évidence l'inadéquation des termes épidémiologiques lorsque l'on enquête auprès des populations. Les personnes utilisent souvent des termes différents pour qualifier l'excision. Ces termes sont parfois difficiles, voire impossibles, à traduire et ils expriment des significations différentes de celles données par le terme « mutilation génitale ». Le Rapport DHS N.7 souligne la difficulté mise en exergue par les anthropologues (Shell-Duncan et Hernlund 2000) de classer le type de mutilation que l'enquêtée a subi et l'importance de poser des questions plus spécifiques afin que le degré de coupure, tel que la femme le reconnaît, soit établi. Les questionnaires DHS ont aussi évolué dans le temps, en intégrant notamment des questions sur les croyances et sur l'opinion des hommes et des femmes, mais aussi en modifiant les questions ciblées sur l'excision, qui sont posées désormais dans les termes indiqués plus bas (encadré 2.2). Ces questions permettent aux femmes de décrire ce qui leur a été fait sur la base de ce qu'elles peuvent voir elles-mêmes ou de ce dont elles se souviennent. La définition médicale en quatre types (encadré 1.7) ne correspond pas à la définition ni à la terminologie employée par la population concernée ; il est donc important dans l'enquête de relever les entités nosologiques indigènes (Jaffré et Olivier De Sardan, 1999) et non pas les notions médicales utilisées par les enquêteurs, qui risquent de ne pas être comprises.

### **Encadré 2.2 Questionnaire des Enquêtes Démographiques et de Santé (DHS)**

#### *Section 5 : PRATIQUES TRADITIONNELLES*

501. Avez-vous déjà entendu parler de l'excision ?

502. Dans certains pays, il existe une pratique qui consiste à couper une partie des organes génitaux externes des filles. Avez-vous déjà entendu parler de ces pratiques ?

503. Avez-vous été excisée, c'est-à-dire, vous a-t-on coupé une partie de vos organes génitaux externes ?

504. Je voudrais maintenant vous poser des questions sur ce qui a été fait à ce moment-là.

Vous a-t-on enlevé quelque chose des parties génitales ?

505. Vous a-t-on seulement entaillé les parties génitales sans rien enlever ?

L'autre difficulté relevée réside dans l'évaluation médicale des conséquences des MGF : la mémoire ne permet pas de se rappeler exactement l'événement survenu plusieurs années en arrière (Obermeyer, 2002), qui est parfois réinterprété et reconstruit sur la base des éléments disponibles. Dès lors, il paraît difficile d'établir et de mesurer un lien de cause



à effet entre les MGF et les complications de la santé (Yoder, Abderrahim et Zhuzhuni 2004 :10). N'existent que des rares études qui ont comparé un groupe « exposé » aux MGF à un groupe de femmes « non exposé » à la MGF et vérifié l'impact de l'excision construit dans le récit de la femme à travers un examen clinique<sup>90</sup>. Ces études ont prouvé que plus la mutilation est invasive, plus les conséquences sont néfastes pour la santé. Ainsi, les effets les plus graves sont ceux constatés suite à une forme d'infibulation sévère (encadré 1.7).

Les DHS ont intégré la question des complications médicales dans quatre enquêtes sur les MGF (Guinée 1999, Mali 2001, Mauritanie 2000-2001, Bénin 2001). Les femmes étaient invitées à raconter les conséquences observées à la suite de l'excision de leur dernière fille, de manière à réduire le laps de temps entre l'événement et l'enquêtée. Au Mali et au Bénin, les effets néfastes reportés sont peu nombreux : le pourcentage de filles ayant eu des complications suite à l'excision, selon leurs mères, varie entre 5 et 20 %. Les auteurs expliquent ce résultat par une difficulté pour les femmes à établir la différence entre une « souffrance ordinaire » et une « souffrance excessive » (Yoder *et al.* 2004). Dans certaines sociétés, les filles qui endurent la douleur sans protester reçoivent une récompense pour leur courage, ce qui dissuade de toute plainte relative aux problèmes de santé. Dans les pays où les campagnes de sensibilisation contre les MGF sont particulièrement agressives, les mères pourraient minimiser les effets de l'excision sur leurs filles afin d'éviter d'être critiquées, voire accusées de mauvais traitements. La dénonciation des conditions d'hygiène et de précarité dans lesquelles la mutilation est pratiquée s'est révélé un argument ambivalent. Les conditions d'hygiène sont alors améliorées à travers la médicalisation de la pratique (Shell-Duncan, 2001) ; l'excision et l'infibulation sont pratiquées en milieu hospitalier.

Sur la base de ces enquêtes, les programmes de coopération internationale ont mis au point un marketing de communication des arguments plus efficaces pour que l'abandon de l'excision se réalise. La planification d'un programme efficace s'efforce de provoquer des changements plus profonds, qui touchent aux croyances et aux conventions sociales.

---

<sup>90</sup> À ce propos se reporter à : Jones H, Diop N, Askew I et Kabore I. *Female genital cutting practices in Burkina Faso and Mali and their negative health outcomes*. *Studies in Family Planning* 1999;30:219-30.

## **Coopération internationale et importation dans le Sud d'une « convention sociale »**

L'Unicef a pris en charge cette problématique, s'agissant de planifier une action ciblée en faveur de la protection des enfants. Réunissant les données de plusieurs enquêtes de terrain, notamment les DHS et les Mics, l'organisation a produit des lignes guides dans le domaine de la prévention. Un premier document, intitulé « Changer une convention sociale néfaste : la pratique de l'excision/mutilation génitale féminine »<sup>91</sup>, paraît en 2005. Ce texte propose une stratégie théorique et suggère de concevoir « *l'excision/mutilation génitale féminine* » comme l'expression d'une « *convention sociale* ». La démarche stratégique est propre de l'approche politique de la coopération internationale qui, partant des aspects démographiques, épidémiologiques, juridiques, culturels et sociaux, montre la volonté d'atteindre les objectifs du millénaire définis par les Nations unies. Les importants financements dont dispose l'Unicef et sa reconnaissance internationale contribuent à influencer les acteurs sur le terrain (ONG, associations et société civile en général) ainsi que les politiques locales.

Voir dans les MGF l'expression d'une « convention sociale » montre la nouvelle démarche de l'Unicef et l'originalité de cette approche, qui considère officiellement pour la première fois les MGF comme l'expression de *l'inégalité entre les sexes, profondément enracinée* dans les structures sociales, économiques et politiques des sociétés. Il s'agit d'un protocole avec des directives sur le traitement des MGF au niveau de la coopération internationale. Ce texte met en relief les dynamiques internes de discrimination, lesquelles « *ne sont pas toujours conscientes et parfois [...] même pas perçues* ». Le protocole focalise son attention sur les interactions sociales et les dynamiques du groupe : on cite en exemple le fait que les mères organisent l'excision de leurs filles, exprimant par là leurs convictions que cette pratique est « *une chose normale et juste* » et qu'elle fait partie de l'éducation<sup>92</sup> des enfants. À ce propos, les auteurs citent une étude menée en 1999 en Guinée<sup>93</sup>, qui mettait en lumière les croyances des femmes *maninka* de la Guinée centrale en matière d'éducation. Ces femmes, interrogées au sujet de l'éducation, rapportaient les trois obligations des

---

<sup>91</sup> Miller M, Moneti F et Landini C. *Changer une convention sociale néfaste : la pratique de l'excision/mutilation génitale féminine*. Florence : Innocenti Digest 2005.

<sup>92</sup> Gruenbaum E. *The Female Circumcision Controversy. An anthropological perspective*. Philadelphie: University of Pennsylvania Press; 2001.

<sup>93</sup> Yoder PS, Ousmane Camara P et Soumaoro B. *Female genital cutting and coming of age in Guinea*. Calverton, MD: Macro International Inc.; 1999.

parents envers leurs filles : leur dispenser une éducation appropriée, pratiquer l'excision et leur trouver un mari.

Le protocole considère donc l'excision/MGF (E/MGF) comme une « croyance collective », une « convention sociale » à laquelle les individus, parents compris, doivent se conformer. La possibilité d'être stigmatisé, exclu et enfin rejeté par les autres membres de la société exerce une pression suffisante à rendre inopérants tous les autres arguments liés aux importants risques sanitaires découlant directement de cette pratique. Selon les auteurs du protocole, le *désir de « conformité »* pousse les filles elles-mêmes à demander à être excisées, témoignant de leur volonté de se conformer à leurs pairs. Si les femmes sont conscientes des effets négatifs des MGF sur la santé, elles peuvent tout de même être favorables à la pratique voire s'opposer aux campagnes de prévention et de lutte contre les MGF. Selon les auteurs, ces femmes considèrent que l'abandon de la pratique engendre « un vide » social qui correspond à la perte de leur position sociale classique (de mère et d'épouse) et des droits qui lui sont attachés. Le contexte social est donc largement analysé dans la théorie de la « convention sociale ». Des stratégies pragmatiques pour changer cette « convention sociale » sont ensuite proposées. Selon les rapporteurs, un changement peut se produire si un nombre suffisant de familles appartenant à la même communauté décide de remettre l'excision en cause. Ce changement doit se développer dans le cadre d'un processus décisionnel profond et être opéré par les membres de la communauté, ce qui éviterait tout sentiment de « perte » et de « privation ».

Un deuxième document est produit en 2007. Il s'agit d'une note technique qui fournit une véritable stratégie coordonnée pour l'abandon des pratiques<sup>94</sup>. Les E/MGF sont envisagées ici comme une convention sociale liée au mariage, soutenant ainsi l'hypothèse que les familles pratiquent les MGF afin de préserver les perspectives de mariage et le statut de leurs filles au sein de la communauté où se déroulent ces unions. Selon cette stratégie, l'excision doit être considérée comme une convention sociale dont la valeur normative se fonde sur l'intégration de la norme dominante et le conformisme de la masse.

Partant de l'analyse offerte par le premier protocole de 2005, le nouveau document expose une stratégie technique et opérationnelle pour éliminer les E/MGF dans un temps délimité. Les directives suggèrent d'appliquer la théorie de la « *convention sociale auto-*

---

<sup>94</sup> Note technique. *Stratégie coordonnée pour l'abandon de l'excision/mutilation génitale féminine en l'espace d'une génération. Une approche programmatique axée sur les droits humains*. Unicef, New York, 2007

*imposée* »<sup>95</sup> ce qui implique la formation d'une nouvelle masse critique contraire à l'excision (dénommée « convention ») soutenue par les pouvoirs publics. Pour passer d'une norme « excision » à une norme « non-excision »<sup>96</sup>, il est nécessaire qu'un groupe se mobilise en faveur de cette dernière. Mais pour qu'il y ait un basculement d'une norme à l'autre, il faut en plus d'un nombre important de familles qui adhèrent à ce groupe, qu'une initiative en faveur de l'abandon de la pratique soit organisée de manière officielle et bénéficie d'une certaine reconnaissance sociale (par exemple à travers la participation de certains membres et institutions d'une société).

Selon cette stratégie, le groupe d'individus manifestant la volonté de cesser la pratique exercera une pression sociale sur les autres et essaiera, dans un deuxième temps, de les dissuader de stigmatiser les femmes non excisées. Enfin, une fois éliminée l'ancienne convention sociale, il sera possible d'en instaurer une nouvelle, centrée sur la valeur de l'intégrité du corps féminin. Cette stratégie met au premier plan le fonctionnement des politiques de coopération et les enjeux entre pouvoir local et pouvoir global sur lesquelles elles se fondent. Impliqués dans le processus de changement, les acteurs sociaux locaux, les populations indigènes, sont intégrés dans les programmes de coopération. S'il est vrai qu'une masse critique indigène se forme, il reste néanmoins vrai que l'intégration de ces agents locaux dans les programmes officiels est soumise à la condition qu'ils adhèrent à la définition du « problème » et au traitement, tout comme à l'idéologie de promotion de la santé, d'hygiène des comportements en matière sexuelle, élaborés et proposés par les agences internationales en question.

### **Mondialisation de la question sexuelle et abandon de la MGF au Sud**

Les spécificités locales – tant historiques que culturelles ou sociales – expliquent que la mondialisation des questions sexuelles ne produise pas mécaniquement une homogénéisation des pratiques politiques ; au contraire, ces questions sont réinterprétées

---

<sup>95</sup>Le document se réfère à Thomas C. Schelling et à son ouvrage *La stratégie du conflit*, Paris, PUF (1960) 1980. Voir la note de lecture de Jean Boivin « À propos de l'ouvrage de Thomas Schelling, *Stratégie du conflit* », *Négociations* 1/2004 (n° 1), p. 115-118.

<sup>96</sup> Par rapport à l'analyse des changements des comportements collectifs, Ian Askew (2005) cite le modèle de la « diffusion des innovations » théorisé par Rogers E. (1962) *Diffusion of Innovations* (New York : The Free Press). Ce modèle soutient que l'adoption d'un nouveau comportement social prévoit un temps d'adaptation, pendant lequel se forme une masse critique d'« adopteurs » qui contribuent à faire de l'innovation une norme. Ce modèle a aussi été utilisé pour expliquer l'abandon des MGF en Égypte par El-Gibaly O, Ibrahim B, Mensch B. et Clark W. *The decline of female circumcision in Egypt: evidence and interpretation. Social Science and Medicine* 2002;54:205-20.

et transformées en fonction des particularités des espaces concernés. Mais cette dynamique provoque une intensification des échanges et une légitimation toujours plus poussée d'un modèle de gouvernance situé mais universalisé. La réflexion sur la sexualité dépasse le cadre sexuel : « *elle s'inscrit dans un projet plus vaste qui permet d'interroger non seulement les normes qui encadrent la sexualité mais aussi et peut-être surtout les évolutions contemporaines du politique* » (Roux 2011 : 260). En mettant la protection de l'enfance et de la santé maternelle au centre de ses discours et de ses interventions, l'Unicef et l'OMS ont fait stratégiquement de l'enfant le vecteur d'introduction de certains droits jugés fondamentaux dans les pays africains. Dans la lutte contre l'excision, bien que l'impact de l'inégalité des sexes sur la pratique soit désormais démontré, les agences des Nations unies mettent en avant plus souvent les arguments de la santé maternelle et infantile, afin d'abolir ladite pratique.

La politique internationale prétend créer un milieu favorable à l'abandon des MGF à travers l'intégration d'activités spécifiques à portée gouvernementale<sup>97</sup>. Ces activités sont incluses dans des macro-projets axés sur l'élimination de la pauvreté, la production de revenus, la participation des femmes dans la société et le monde du travail, l'éducation et la protection de la santé maternelle. En 2001, l'Union interparlementaire (IPU)<sup>98</sup> a développé une banque de données en ligne<sup>99</sup> sur les MGF et a mis sur pied un centre de recherche œuvrant à l'abolition de la pratique.

Certains projets de coopération menés au Sud et soutenus par l'Unicef ou des ONG du Nord illustrent les modalités à travers lesquelles ces organismes visent mettre fin aux MGF. Ces projets ont élaboré une approche communautaire impliquant des représentants du pouvoir public, ce qui encourage l'abandon rapide de la pratique. Un grand nombre d'entre eux propose de renforcer les capacités en appuyant les dirigeants locaux ainsi qu'en intégrant les femmes dans des postes à responsabilité. Au Kenya par exemple, l'ONG locale Maendeleo Ya Wanawake propose un rite alternatif depuis 1996. Au lieu de subir une

---

<sup>97</sup>Les pays impliqués dans ces programmes à coordination internationale sont : le Burkina Faso, l'Égypte, le Sénégal, le Soudan et la Tanzanie. Dans les pays du Nord, une étude effectuée en Norvège offre des indicateurs qui permettent d'observer le comportement auprès des populations migrantes.

<sup>98</sup> L'IPU, créée en 1889, est l'organisation internationale des parlements des États souverains. Sièges de la concertation interparlementaire à l'échelle mondiale, elle œuvre pour la paix et la coopération entre les peuples et l'affermissement de la démocratie représentative. Elle collabore avec l'ONU dont elle partage les objectifs et appuie les efforts. Plus de cent quarante parlements nationaux sont membres de l'IPU dont le siège est situé à Genève (Suisse).

<sup>99</sup> Voir [www.ipu.org/wmn-e/fgm-prov.htm](http://www.ipu.org/wmn-e/fgm-prov.htm) visité le 07 novembre 2011.

excision, les filles reçoivent une éducation « de vie de famille » dans un lieu clos, puis participent à une cérémonie publique qui leur confère le statut d'adulte. En Guinée-Bissau, l'ONG Sining Mira Nassique organise des séances d'excision alternatives dans des camps de quartier près de la ville de Bissau depuis 2003, date à laquelle une loi *ad hoc* a été promulguée. Le rituel alternatif consiste à réunir entre 150 et 200 filles âgées de 9 à 13 ans et leur donner une formation de puériculture ainsi que de les sensibiliser contre les MGF. En 1999, en Guinée, une fillette est décédée dans la région de Faranah, suscitant la mobilisation des abolitionnistes. Une cérémonie de dépôt de couteaux de 40 exciseuses dans la région de Kouroussa a alors été organisée. Une Cellule de coordination sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants (CPTAFE) a, depuis lors, été créée, dans le but de superviser la lutte contre les MGF.

L'Unicef cite souvent le Sénégal comme exemple des pays qui ont atteint ce que l'Unicef appelle le « point critique », c'est-à-dire un basculement de l'opinion majoritaire en faveur de l'abandon de la pratique. Si cette dernière n'a pas été éradiquée totalement, un processus d'abandon de l'excision dans toutes les régions est en train de se généraliser. En 2005, la prévalence des femmes excisées entre 15 et 45 ans était de 28,2%, mais selon une appréciation qualitative<sup>100</sup> de l'Unicef le taux de prévalence est en train de baisser rapidement, celui-ci sera observé sur la nouvelle génération des filles. Si, d'une part l'importance d'une loi spécifique et le soutien du gouvernement (notamment à travers l'organisation de plusieurs conférences internationales [Dakar 1984, Casamance 1996]) sont à souligner, il faut noter d'autre part que les ONG locales<sup>101</sup> effectuent un travail qui s'est enraciné dans les politiques de proximité et qui s'adresse aux populations de tous les milieux.

\*\*\*

Les discours sur les MGF et la sexualité circulent entre les pays du Nord et les pays du Sud. La circulation des discours se produit à la fois par les médias, la coopération internationale et par les populations elles-mêmes qui se déplacent. Dans le cadre des projets migratoires, les personnes gardent souvent des liens forts avec une partie de la

---

<sup>100</sup> Note technique. *Stratégie coordonnée pour l'abandon de l'excision/mutilation génitale féminine en l'espace d'une génération : Une approche programmatique axée sur les droits humains. La dynamique sociale comme levier du changement collectif*. UNICEF, New York, 2007, p.31

<sup>101</sup> Plusieurs ONG militent pour l'abolition des MGF, la plus connue est l'ONG Tostan Women in Law and development in Africa.

famille restée au pays, avec qui elles échangent des informations et des opinions. Les relations intercontinentales ont un impact sur les décisions relatives à les différentes sphères de la vie (éducation, planification familiale, choix professionnels, projets migratoires, etc.) ; les migrants restent connectés avec leurs racines culturelles, sociales et politiques. En échange, les personnes restées au pays bénéficient des nouvelles expériences, modes de vie et manières de penser, qui sont rapportées par un membre de la famille ou de la communauté parti dans le Nord. Les politiques d'intégration visent notamment à réduire et à affaiblir ces réseaux entre Nord et Sud, notamment dans les modèles de politiques assimilationnistes, comme en France (chapitre 3) ; ces liens toutefois persistent, les réseaux transnationaux résistent à la distance.

Des recherches qualitatives sur la sexualité ont été effectuées par des sociologues et des anthropologues enquêtant en contexte autochtone. Ces études mettent en général en exergue les différences culturelles<sup>102</sup>, ce qui ne permettrait pas de confronter la sexualité des femmes excisées avec celle des femmes non excisées. Sur la base de ce postulat, il est avancé que les femmes excisées peuvent avoir du plaisir nonobstant leur excision<sup>103</sup>. La majeure critique des anthropologues consiste à contester la construction des mutilations sexuelles comme « dangereuses pour la santé » puisqu'elle découle d'une perception occidentale (Obermeyer, 1999 : 80). Mais si des représentations locales existent toujours, si des savoirs comme les discours indigènes circulent et restent très différents des représentations occidentales des MGF (Gruenbaum 2001 :33), cela est de moins en moins net avec les phénomènes contemporains de la globalisation des discours et des mobilisations et de la migration des populations.

Les études anthropologiques (Gruenbaum 1996, 2000) problématisent les rapports entre les cultures émergeant par la domination des catégories occidentales employées non seulement pour comprendre mais également pour définir les phénomènes. L'importance de la *différence culturelle* est mise en avant : dans le cas de l'excision cette différence

---

<sup>102</sup> Le problème majeur concerne la difficulté d'une terminologie commune. Les mots, les définitions des termes tels que plaisir, orgasme, épanouissement personnel, etc. ne sont pas uniformes. La subjectivité des significations attribuées biaise les questions des enquêtes sur ces sujets. En outre, ces enquêtes restent qualitatives (Assad, 1980 ; El Dareer, 1982 ; Lightfoot-Klein, 1989 ; Khattab, 1996 ; Boddy, 1996 ; Gruenbaum, 1996), ce qui ne permet pas d'effectuer une réelle comparaison entre les différentes études puisqu'une standardisation des questions et des définitions préalables n'est pas effectuée.

<sup>103</sup> Plusieurs des études mentionnées dans la note précédente, ainsi que l'étude menée par une équipe italienne sur un échantillon des femmes migrantes infibulées (Catania A. et al. Pleasure and Orgasm in Women with Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C). *Journal Sexual Medicine* 2007;4:1666-78) affirment que les femmes « circoncises » déclarent avoir une sexualité satisfaisante, éprouver du plaisir, voire des orgasmes.

implique une incompréhension entre acteurs dans la qualification de l'excision. Dans cette même approche de critique anti-occidentale, des études ont été effectuées en contexte migratoire à l'intérieur des communautés de migrants particulièrement. Les femmes interrogées mettent en avant le sentiment de stigmatisation et d'exclusion par rapport à la population majoritaire (Johnsdotter 2000, 2005 ; Johansen 2007). À la différence des études de l'anthropologie culturelle, ma thèse s'intéresse exclusivement aux discours, aux pratiques et aux logiques élaborées par une population migrante dans les pays du Nord. Mon travail empirique se distingue de la posture adoptée par l'anthropologie culturelle et mobilise les définitions produites par les femmes excisées et migrantes, lesquelles revendiquent les mêmes droits que les femmes du Nord.

S'il est vrai que la construction des mutilations sexuelles du point de vue occidental prend la forme d'un discours universalisant, mobilisant notamment le savoir médical et le langage juridique, il est aussi vrai que les populations concernées par les MGF s'approprient ces nouvelles représentations. Il y a donc une démocratisation des discours qui circulent désormais entre Nord et Sud. Si au départ la prise en charge de ces populations par les pays colonialistes du Nord prenait la forme d'une « croisade » (Boddy 2007), la décolonisation, la coopération entre Nord et Sud, la migration et finalement la globalisation ont changé les rapports qui ne peuvent plus être compris seulement comme une circulation à sens unique.

Les enquêtes DHS montrent une évolution du phénomène des MGF. Si des pays continuent à pratiquer l'excision à des taux très élevés, dans d'autres pays, cette pratique recule. On peut dire qu'elle recule lentement, mais systématiquement dans la plupart des pays en Afrique. Un nombre croissant d'hommes et de femmes peuvent se déclarer opposés à l'excision, même si cela n'implique pas toujours l'abandon concret de la pratique, lequel entraîne une rupture intergénérationnelle parfois difficile à réaliser. Dans les programmes de coopération, les leaders locaux sont amenés à prendre de plus en plus de décisions en matière de MGF. Un changement dans l'opinion publique s'opère à travers l'appui des représentants des pouvoirs publics ainsi que l'engagement local des leaders et chefs de village. L'intégration des lois anti-MGF dans les systèmes juridiques nationaux des pays africains permet aux femmes qui ne veulent pas adhérer à cette pratique traditionnelle de dénoncer. Bien que cela soit très rare, ce qui compte est qu'un discours alternatif existe, une diversification des regards et une démocratisation des normes sur la question se



développent. Au sein des populations pratiquant l'excision, des voix dissidentes existent. Ces voix, souvent faibles, qui vont contre la tradition de l'excision, peuvent se faire une brèche lorsque des opposants, des « entrepreneurs de morale » leur ouvrent la voie.

Le chapitre suivant (chapitre 3) détaille le contexte national français à l'intérieur duquel ces représentations circulent. La France est confrontée avec l'Italie. Cette comparaison met en relief l'importance du contexte national dans l'élaboration des politiques sexuelles.

### **Chapitre 3/ Déplacement des populations, nouvelles connotations aux anciennes pratiques**

---

Les premiers chapitres ont retracé l'histoire de la définition des MGF. Leur construction récente en tant que pathologie médicale provoquée par un acte mutilant de nature criminelle constitue désormais un acquis sur le plan international. Cette pratique, originellement située et observée auprès de certaines populations d'Afrique, devient, à travers la migration et la globalisation, un phénomène présent également dans les pays du Nord. Cet objet politique (les mutilations sexuelles) s'institutionnalise à travers les traitements qui en sont proposés. Ce processus tend à la naissance d'un « droit à la réparation » en France. Une approche comparative entre la France et l'Italie permet de faire apparaître le rôle des histoires et des politiques nationales dans la construction des « mutilations sexuelles féminines » (MSF) en tant que problème public.

#### **Décolonisation du Sud, politiques d'intégration au Nord**

À partir des années 1960, la population d'Afrique subsaharienne constitue un flux migratoire important destiné à répondre à la demande de main-d'œuvre de l'industrie française. Au début, principalement masculine, la migration africaine tend à se féminiser. Plusieurs facteurs influencent la morphologie des flux migratoires : d'une part, les nouvelles politiques d'immigration dans les années 1970, d'autre part la spécialisation géographique des nouvelles générations de migrants venant de l'Afrique de l'Ouest à partir des années 1990. La crise économique des années 1970 a un impact important sur la décision de restreindre les flux migratoires entrants. Le 3 juillet 1974, le conseil des ministres entérine la décision de suspendre l'immigration liée au travail. La suspension du recrutement de travailleurs étrangers provoque des « *stratégies d'adaptation* » (Tribalat 1995 :27) : les demandeurs de permis de séjour invoquent dorénavant comme motif l'asile, les études et les liens familiaux. Les personnes venant du Sud font appel au regroupement familial pour justifier leurs déplacements et projets migratoires. Indirectement, ces réformes renforcent des pratiques déjà courantes en Afrique, comme le « mariage arrangé ». Utilisé chez certaines populations et justifié par la tradition, le mariage arrangé

par la famille permet de faire rentrer en France un membre de la parenté, par exemple un cousin d'un degré plus au moins direct, qui est destiné à épouser une fille de migrants africains. L'effet pervers de la décision politique prévoyant la restriction des migrations de travail est d'encourager le développement d'un véritable « marché matrimonial » migratoire et de renforcer certaines pratiques traditionnelles défavorables à l'intégration des femmes étrangères (Tribalat, 1995 : 33).

La réforme de 1974 est justifiée par des raisons économiques et par la crise à laquelle le pays fait face à cette époque. Toutefois « l'argument social » est invoqué à maintes reprises (Puzzo ; 2002). L'amélioration de la qualité de vie des étrangers résidant en France est utilisée comme argument de propagande et devient dans la foulée un objectif politique. C'est ainsi que le modèle assimilationniste se met en place. Ce modèle d'intégration des immigrants est construit sur l'héritage politique des idéaux propres de la « *mission civilisatrice* » (Conklin, 1997) menée dans les colonies : « *les Barbares ne pouvaient être intégrés à l'humanité que par l'assimilation* » (Lamont, 2002 : 246). Au lendemain de l'indépendance des pays colonisés, la France développe une politique d'immigration de type assimilationniste se mariant parfaitement avec les principes de la République : les étrangers sont censés devenir Français.

Afin de mettre en perspective la situation française, l'Italie est prise en comparaison. Elle représente un pays intéressant, notamment par son histoire coloniale très différente, les colonies italiennes étant moins nombreuses et de taille moins importante que celles de l'empire colonial français. En Italie, il existait une forte tradition d'émigration plus que d'immigration. Les flux migratoires y étaient très faibles dans les années 1970. C'est seulement à compter des années 1990 que des populations originaires d'Afrique se dirigent vers l'Italie. Dans le même temps, on observe que la population locale vieillit et que la fécondité baisse. Les premiers migrants d'Afrique subsaharienne sont majoritairement des hommes, tandis qu'une migration spécifiquement féminine (Pittau, 2001 :13) se met en place parmi certaines nationalités<sup>104</sup>. La répartition des migrants sur le territoire italien n'est pas non plus homogène, les opportunités de travail, la disponibilité de logements, mais aussi les réseaux de migrants jouant un rôle fondamental dans le choix du lieu

---

<sup>104</sup> Dans Pittau F. 2001, les pays indiqués sont : Cap-Vert (78,9 %), Niger (59,5 %), Nigeria (59,1 %), Ghana (41,5 %) et Guinée-Bissau (37,7 %).

d'installation<sup>105</sup>. Le phénomène migratoire a été longtemps ignoré, notamment car il ne constituait pas une préoccupation politique en Italie. Après plusieurs réformes législatives à ce sujet<sup>106</sup>, l'adoption d'un véritable cadre juridique a lieu seulement en 1998<sup>107</sup>, ce qui marque une étape d'institutionnalisation de la migration, par la régularisation des migrants résidant en Italie et la reconnaissance de leurs droits en matière de santé.

Les enquêtes concernant le thème de l'excision illustrent parfaitement la différence nationale en matière de diffusion du phénomène, mais également la manière de l'appréhender. L'enquête française « Excision et Handicap (ExH) » (encadré 3.1) concerne tout le territoire national tandis que les enquêtes italiennes sont parcellaires, plus fréquemment de type qualitatif et politiquement influencées, notamment d'empreinte catholique.

### **Encadré 3.1 Enquête nationale française « Excision et Handicap »**

L'enquête « Excision et Handicap » se développe sur deux volets : quantitatif et qualitatif. Initiée en 2007, l'enquête quantitative a eu pour objectif d'étudier l'historique et les conséquences de l'excision en termes de santé et de qualité de vie pour les femmes mutilées résidant en France. Cette enquête nationale inédite a été réalisée lors de consultations gynécologiques auprès de 3 000 femmes dont 700 ont subi une forme d'excision. L'enquête anthropologique quant à elle, a été effectuée auprès de 30 femmes et hommes migrants ou descendants de migrant, originaires de pays pratiquant l'excision. Seules les femmes majeures ont été recrutées.

Cette enquête aborde l'excision sous l'angle du handicap et de la réparation, avec objectif d'étudier les conséquences des MGF sur la santé et la qualité de vie des femmes concernées et une volonté politique d'évaluer les besoins de chirurgie réparatrice.

Pour approfondissement voir : ANDRO A. LESCLINGAND M. CAMBOIS E. CIRBEAU C. (2009) *Rapport final. Volet quantitatif du projet Excision et Handicap (ExH)* et ANDRO A. LESCLINGAND M. POURETTE D. (2009) *Rapport final. Volet qualitatif du projet Excision et Handicap*.

L'enquête nationale ExH estime le nombre des femmes adultes originaires d'Afrique subsaharienne vivant en France et ayant subi une excision à 53 000<sup>108</sup>. Très différents sont

<sup>105</sup> Dans Pittau F. 2001, op. cit., les villes et les régions sont répertoriées en ordre décroissant selon la présence de migrants. Milan est la ville qui recense le plus grand nombre de migrants et la Lombardie est la région dans laquelle se trouvent 1/5 de l'ensemble des migrants résidant en Italie, suivi par Lazio, Veneto et Emilia Romagna.

<sup>106</sup> Loi 943/1986, ensuite la loi 1990, connue comme « loi Martelli » et la D.L. n° 20 du 21 janvier 1995 approuvée par un gouvernement de droite.

<sup>107</sup> D.Lgs 286/1998 Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero (TU).

<sup>108</sup> Andro A. Lesclingand M. Les mutilations sexuelles féminines : le point en Afrique et en France. *Population & Société* 2007;438.

les types d'enquêtes effectuées en Italie, ces dernières adoptent majoritairement une approche qualitative de type anthropologique (Cenci, Pasquinelli, Manganeli, Guelfi, 2000 ; Fusaschi, 2003 ; Vulpiani, Morrone, 2004), psychologique (Grassivaro Gallo, 2004) ou sexologique (Catania et alii 2003, Catania et Hussen 2005, Morrone et Sannella 2010).

Si les différences dans les histoires et les politiques migratoires nationales contribuent à des configurations différentes du « problème » des MGF en France et en Italie, c'est dans les principes des politiques nationales que s'exprime la spécificité des choix des formes de traitement en France et en Italie.

### **La lutte dans le Nord contre les mutilations sexuelles**

Le déplacement des populations venant des pays d'Afrique est un phénomène qui concerne toute l'Europe. La mutilation génitale féminine (MGF), en tant que pratique traditionnelle, s'importe en Europe, dans les nouveaux pays d'accueil, où les migrant-e-s remettent en scène les pratiques culturelles définissant leur collectivité. Les pays européens, déjà au fait de ces pratiques, sont, à dater des années 1990, impliqués dans les programmes de lutte et de sensibilisation de manière nouvelle. Il s'agit maintenant de réguler ces affaires en contexte de migration.

L'institutionnalisation du traitement des MGF est le résultat d'un long processus de concertation, diversifié selon les configurations nationales, mais qui intéresse toute l'Europe. En 2001, la résolution 1247<sup>109</sup> de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe<sup>110</sup> sur les MGF invite d'urgence les gouvernements européens à adopter des lois nationales spécifiques en la matière et encourage des actions de sensibilisation et des mesures flexibles pour la concession du droit d'asile. Au cours de la même année, une

---

<sup>109</sup> La résolution 1247 (2001), Mutilation génitale féminine, paragraphe 11, invite d'urgence les gouvernements à :*i. Adopter des lois spécifiques qui interdisent la mutilation sexuelle et déclarent que la mutilation sexuelle est une violation des droits de l'être humain et de l'intégrité physique ; ii. Entreprendre des initiatives finalisées à fournir des informations aux populations immigrées de l'existence des lois spécifiques avant qu'ils rentrent dans le Pays ;iii. Adopter des mesures flexibles pour la concession de l'asile aux mères qui craignent d'être soumises à quelque forme de mutilation sexuelle ».*

<sup>110</sup> Le Conseil de l'Europe est la plus ancienne organisation du continent. Créé en 1949, il regroupe 46 pays dont 21 d'Europe centrale et orientale. Ses finalités sont de défendre les droits de l'homme et la démocratie parlementaire et d'assurer la primauté du droit; de conclure des accords à l'échelle du continent pour harmoniser les pratiques sociales et juridiques des États membres; de favoriser la prise de conscience de l'identité européenne fondée sur des valeurs partagées et transcendant les différences de culture. Il a son siège à Strasbourg (France).

résolution du Parlement européen<sup>111</sup> sur les MGF condamne la pratique en tant que violation du droit fondamental des êtres humains et invite la Commission européenne<sup>112</sup> à élaborer une stratégie complète afin d'éradiquer ces pratiques au sein de l'Union européenne. Le Parlement incite les États membres à adapter leurs systèmes juridiques et administratifs au niveau national, mais également à mettre en place des dispositifs de prévention et d'éducation aptes à protéger les femmes à risque. À l'échelle européenne, un travail de coordination d'activités se structure à travers le Réseau européen contre les pratiques traditionnelles néfastes, appelé Euronet-FGM et créé en 1998, avec pour objectif principal d'améliorer la santé des femmes migrantes en Europe et de réaliser auprès d'elles un travail de prévention des MGF et des mariages forcés.

Chaque pays présente des spécificités quant à son parcours juridique, mais d'une manière générale, les législateurs européens suivent trois approches principales en matière de mutilations génitales féminines : l'adoption de lois spécifiques *ex nihilo* qui interdisent les MGF<sup>113</sup> ; la modification ou l'introduction de références spécifiques à l'intérieur de lois déjà existantes<sup>114</sup> ; la prohibition des MGF en utilisant des dispositions déjà présentes dans le Code pénal, qui font référence aux lésions physiques graves ou aux mauvais traitements des mineurs<sup>115</sup>.

## **Comparer les stratégies politiques d'action. Le cas de la France et de l'Italie**

À la fin des années 1970, les MGF atteignent la sphère publique via les médias, mais si leur perception est internationalement construite, les formes de leur traitement varient sur le plan national.

---

<sup>111</sup> Le Parlement européen est le corps parlementaire de l'Union européenne (UE), directement élu par les citoyens tous les cinq ans depuis 1979. Avec le conseil des ministres, il compose la branche législative des institutions européennes. Le parlement siège à Strasbourg (France). Ses commissions, ainsi que certaines séances plénières additionnelles se tiennent à Bruxelles (Belgique) et son secrétariat général est installé à Luxembourg (Luxembourg).

<sup>112</sup> La Commission européenne est, avec le Parlement européen et le Conseil de l'Europe, l'une des trois principales institutions de l'Union européenne. Créée en janvier 1958, elle est composée de 25 commissaires. Ses fonctions principales sont de proposer et de mettre en œuvre les politiques communautaires et de veiller à l'application des traités par les États membres.

<sup>113</sup> Ce qui est le cas de la Norvège, de la Suède et du Royaume-Uni.

<sup>114</sup> C'est le cas de la Belgique, du Danemark, de l'Italie et de l'Espagne.

<sup>115</sup> La Finlande, la France, l'Allemagne, la Grèce, les Pays-Bas et la Suisse font partie de cette catégories.

En Italie, les premiers débats publics sur les MGF apparaissent à la fin des années 1980. Bien qu'elles aient souvent lieu dans le pays d'origine, ces pratiques sont considérées comme une menace qui peut se développer sur le territoire national en tant que phénomène d'importation. Le sujet, circulant dans l'espace médiatique, reste toutefois un phénomène lointain, étranger. Les premières expériences italiennes de confrontation à ce phénomène se déroulent au cours des années 1980 au sein de la coopération internationale d'une ONG italienne<sup>116</sup> et dans le milieu académique.<sup>117</sup> Ces deux acteurs mènent leurs activités en Somalie, donc dans des territoires éloignés. En France, le problème des MGF émerge différemment. La société civile française se mobilise sur cette question, en 1978, suite au décès d'une première fillette en milieu hospitalier, morte à cause d'une excision.

Alors qu'en Italie, la mobilisation des professionnels est hétérogène et fragmentaire, en France, la mobilisation est, dès le départ, concentrée autour de l'action des professionnelles de la santé, également femmes militantes, principalement en région parisienne. En Italie, les solutions sont cherchées et élaborées au niveau local et un peu « éparpillées ». À l'inverse, en France, les premières expériences en région parisienne vont devenir un modèle de prise en charge et s'organiser comme un protocole de santé.

### **Interculturalité italienne, une politique de la différence**

Les premiers cas de MGF identifiés dans les hôpitaux italiens le sont dans les années 1990. Le personnel médical se trouve désarmé par manque de préparation face à cette problématique. Ce sont notamment des sages-femmes et des gynécologues qui rencontrent les premières patientes présentant une mutilation génitale, par le suivi de leur grossesse. Le phénomène était tellement ignoré et étranger, que seulement deux ans auparavant, en 1988, le sous-secrétaire du ministère de la Santé exprimait un avis favorable à la pratique des MGF à l'hôpital. Une telle affirmation a immédiatement provoqué un vif débat dans la presse<sup>118</sup> et fait l'objet d'une question parlementaire. Le ministre de la Santé de l'époque

---

<sup>116</sup>Aidos principalement, qui est une ONG créée en 1981 par un groupe de militants, principalement des femmes dont le but principal est l'engagement en faveur de l'égalité entre hommes et femmes au niveau international.

<sup>117</sup> Citons tout particulièrement le Groupe de travail sur les mutilations génitales féminines qui se forme au sein de la Faculté de Psychologie de l'Université de Padoue.

<sup>118</sup> Les faits sont relevés par une étude de la presse italienne et le traitement de la thématique des MGF. À ce propos, voir Cenci C. et Manganelli S. *La costruzione sociale del corpo dell'immigrata : le rappresentazioni delle*

rappelle alors les conventions internationales signées par l'Italie, en assurant ainsi la conformité du traitement prévu au niveau européen. La Fédération nationale de l'ordre des médecins se positionne également et condamne formellement tout médecin pratiquant les MGF, mais concrètement très peu de médecins savent en quoi consistent exactement les mutilations sexuelles.

À la fin des années 1990, les hôpitaux, notamment des grandes villes telles que Milan et Rome, alertent sur plusieurs cas de femmes ayant des MGF. De par la spécificité des pays d'origine (Somalie, Érythrée, Éthiopie)<sup>119</sup>, la forme de MGF la plus observée en Italie est l'infibulation (encadré 1.7). Les expériences de prise en charge des migrants en milieu hospitalier se multiplient et donnent à voir une diversification d'offres et de réponses. Une cartographie des services proposés montre des variations selon le contexte régional. Des praticiens de différents horizons démarrent des activités de formation adressées aux étudiants et aux sages-femmes. L'attention des professionnels de la santé impliqués dans cette première phase dénote un intérêt puissant pour la promotion d'un *dialogue interculturel*<sup>120</sup> afin, dans l'idéal, d'accueillir et de comprendre les migrants sans porter sur eux de jugements de valeur.

Dès les années 1990, un nouvel intérêt envahit le champ sanitaire : les professionnels de la santé intègrent dans leur pratique clinique la dimension de la différence culturelle. Plusieurs publications paraissent conjointement à ce phénomène, soulignant la nécessité d'intégrer la « culture » dans la pratique médicale (Colasanti et Geraci, 1995). L'accent, initialement mis sur la spécificité des maladies des migrants et de leurs prises en charge, se déplace rapidement au domaine de la communication (Balboni, 2007 ; Sclavi, 2003). Un modèle de « *politique sanitaire multiculturelle* » (Colasanti, Geraci, 1990) acquiert une certaine reconnaissance dans la pratique clinique. Certains professionnels s'orientent vers une approche « transculturelle » qui s'inscrit dans la tradition de l'ethnopsychiatrie et des disciplines psychothérapeutiques (Mazzetti, 1996). D'autres s'orientent vers

---

*mutilazioni genitali femminili nella stampa italiana e nella letteratura specialistica.* in Pasquinelli C. (dir.) Antropologia delle mutilazioni genitali femminili. Una ricerca in Italia. AIDOS, 2000.

<sup>119</sup>Parmi la population migrante en Italie originaire d'Afrique, les migrants d'Afrique orientale sont plus nombreux que les migrants d'Afrique sub-saharienne, selon les données de l'Institut national de statistique (Istat), sur la base du 14<sup>e</sup> Recensement de la population de 2001, *La popolazione straniera residente in Italia*, Roma : Istat, 2011.

<sup>120</sup> À ce propos, un travail de médiation culturelle particulièrement solide se met en place avec une association (Crinali) spécialisée dans la médiation linguistique et interculturelle.



l'« interculturalité »<sup>121</sup> et l'intégration de la « médiation culturelle » (Castelli, 1996 ; Favaro, 1997 ; Gri, 2000 ; Belpiede, 2002 ; Andolfi, 2003 ; Ceccatelli Gurrieri, 2003). Les points clés de l'interculturalité se trouvent dans la volonté de reconnaître l'identité et le sentiment d'appartenance de chacun, de favoriser la capacité de décentralisation ainsi que le dialogue entre personnes de cultures différentes, de promouvoir la cohabitation de celles-ci tout en attribuant une valeur positive à leur différence (Tarozzi, 2006 : 57).

La pratique de l'interculturalité s'institutionnalise autant dans le milieu hospitalier que dans le milieu académique. Le ministère des Affaires étrangères crée deux organismes spécifiquement formés<sup>122</sup> pour réaliser l'intégration sociale, sanitaire et culturelle des migrants. En 2001, le ministère de la Santé publie un guide<sup>123</sup> qui répertorie les structures sociosanitaires destinées aux femmes migrantes au niveau national. Ce guide s'adresse principalement aux acteurs socio-sanitaires et de manière plus générale aux professionnels de la santé. Le modèle interculturel, motivé par un souci d'accueil et de valorisation de la différence, devient le nouveau cheval de bataille du catholicisme.

### **Centralisation politique et *civil law*, la médecine au service de la justice**

La réaction française aux premiers cas de mutilations sexuelles est bien différente. Il s'agit notamment de faire face à des décès et à l'hospitalisation de très jeunes filles dès l'année 1978. Le premier cas concerne une femme française d'origine bretonne, en 1978, auteure d'une mutilation sexuelle en dehors de tout contexte traditionnel sur sa petite fille, laquelle décède de complications de l'excision. D'autres cas suivent, en 1979 cette fois-ci concernant des petites filles d'origine africaine hospitalisées suite à une « excision traditionnelle ». Ces cas d'excision sont signalés et ils commencent à faire l'objet d'un traitement judiciaire relevant de la compétence des tribunaux correctionnels, les faits étant qualifiés à cette époque de « délit ». La nécessité morale de condamner les causes de décès

---

<sup>121</sup> Le concept d'« interculturalité » apparaît en Italie vers la fin des années 1980, dans les milieux scolaires et associatifs. Originellement utilisé comme outil pédagogique, « l'éducation interculturelle » trouve ses racines philosophiques dans la critique de l'ethnocentrisme, mais également dans la théologie, plus spécifiquement catholique et dans les réflexions promues par le concile de Vatican II sur la nécessité de construire un « dialogue entre cultures », aussi appelé « dialogue interreligieux ».

<sup>122</sup> Il s'agit de la *Commissione per le Politiche di Integrazione* dont la fonction est de produire des rapports annuels concernant l'état d'intégration des migrants en Italie et la *Consulta Nazionale per i problemi degli stranieri immigrati e delle loro famiglie*, qui transmet des problèmes plus spécifiques rencontrés par les administrations locales et régionales.

<sup>123</sup> Marian Isamil M. *Guida alle strutture socio-sanitarie per la donna immigrata*. Roma: Percorsi Editoriali Carocci; 2001.

pousse immédiatement les professionnels de santé à se positionner du côté de la justice, qui qualifie les premières affaires de mauvais traitement sur un enfant. L'engagement en termes de lutte est donc immédiat, les féministes de l'époque n'ont aucun doute quant au fait que ces pratiques constituent des actes violents contre les femmes.

Les premiers médecins à réagir sont donc des pédiatres et des gynécologues femmes des centres de protection maternelle et infantile (PMI). Il s'agit de médecins militants souvent engagés dans des causes humanitaires et sociales (encadré 3.1). Un groupe réunissant des professionnelles de la santé sur le terrain réfléchit aux stratégies de prévention à mettre en place au niveau local, le département de la Seine-Saint-Denis étant le plus concerné et le premier à s'impliquer dans cette problématique. Un travail de coordination des savoirs s'organise et les médecins de PMI entreprennent une collaboration avec le Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles (Gams)<sup>124</sup> et l'Inter-service migrants (ISM). Les professionnelles de santé organisent des rencontres pour discuter leurs expériences sur les pratiques de consultation et se rassurer sur la mobilisation d'un savoir commun. En même temps que la réflexion se poursuit, l'institutionnalisation des politiques de prévention en santé publique se formalise et une circulaire ministérielle oblige les professionnels à rappeler la loi<sup>125</sup> sur la protection de l'enfance lors des consultations ainsi qu'à dénoncer judiciairement les cas de MGF sur des mineures lorsqu'ils en constatent.

Ces militantes (encadré 3.2), dont l'engagement féministe est revendiqué, constituent des figures clés dans l'histoire de l'institutionnalisation du traitement judiciaire et médical de l'excision.

### **Encadré 3.2 Personnages clés dans la lutte contre les mutilations sexuelles féminines**

**Marie-Hélène Franjou**, pédiatre de PMI, est l'un des premiers médecins français à s'impliquer dans la lutte contre les mutilations sexuelles. Elle s'engage également dans une réflexion autour de la conciliation des valeurs culturelles<sup>126</sup> dans une approche ethnopsychothérapeutique et mobilise l'ISM dans l'action. Elle milite avec d'autres professionnels de la santé pour que les premiers cas des MGF soient punis. Elle fait partie du

<sup>124</sup> Le Gams, créée en 1982 est constitué de femmes africaines et de femmes françaises qui se fixent comme objectif de contribuer à la disparition des pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants, dont les mutilations sexuelles féminines.

<sup>125</sup> Loi n°89-899 du 18 décembre 1989 relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfance et adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé.

<sup>126</sup> Devereux G. *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris: Flammarion; 1972.

groupe fondateur du Gams et lutte par la suite pour imposer le « devoir professionnel » d'évaluer les dégâts<sup>127</sup> et de punir les auteurs de MGF.

**Isabelle Gillette-Faye** est une sociologue s'intéressant à l'excision dans le cadre de ses études de doctorat. Elle commence à militer de manière bénévole et en 1982 fonde avec d'autres femmes féministes bénévoles le Gams. Cette association, dont elle est la directrice, devient ensuite le principal interlocuteur institutionnel en matière de mutilations sexuelles en France.

**Linda Weil-Curiel**, avocate au Barreau de Paris depuis 1973, est spécialisée dans les causes concernant la violation de l'égalité entre les femmes et les hommes. Elle s'investit dans la lutte contre l'excision au cours des années 1980 et compte une quarantaine d'affaires plaidées devant la cour d'assises. Elle a notamment fait condamner Hawa Gréou à une peine de prison ferme, cette dernière fut reconnue coupable d'avoir commis 48 excisions. Elle est la présidente de la Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles (Cams), fondée en 1982 par Awa Thiam, la célèbre universitaire sénégalaise, auteure de *La Parole aux négresses* (1978).

**Emmanuelle Piet**, médecin de PMI, coordonne les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) dans le département de la Seine-Saint-Denis. Dès la fin de ses études, en 1976, elle commence à travailler dans un centre de planning familial, adhère au Mouvement français pour le planning familial (MFPL) et milite pour la santé sexuelle et reproductive des femmes. Elle a participé à la création du Collectif féministe contre le viol, dont elle est aujourd'hui la présidente. Emmanuelle Piet est l'instigatrice des premières initiatives des campagnes contre les violences faites aux femmes, dont la lutte contre l'excision.

### **Criminalisation de l'excision, le tournant juridique français**

En 1983, l'« affaire Traoré » signe un tournant dans l'histoire judiciaire française : à partir de ce moment, l'excision est considérée comme un « crime »<sup>128</sup>. Le procès Traoré concerne un couple poursuivi pour non-assistance à personne en danger, après la mort de leur fillette de trois ans à cause de son excision. L'affaire est portée devant la chambre correctionnelle de Créteil, qui se déclare incompétente et considère que le cas tombe sous la juridiction de la cour d'assises. Cette décision est prise sous la pression des associations<sup>129</sup> qui se constituent partie civile lors du procès. Devant la cour d'assises, les mutilations génitales font l'objet d'une nouvelle interprétation. Elles y sont jugées comme une « atteinte à l'intégrité physique ou psychique de la personne ». La Cams mène son travail de lutte contre

---

<sup>127</sup> Franjou, M-H. Mutilations sexuelles féminines : un problème qui concerne les praticiens français. *Quotidien du Médecin* 1981.

<sup>128</sup> Article 111-1 du Code pénal : « les infractions pénales sont classées, suivant leur gravité, en crimes, délits et contraventions ».

<sup>129</sup> Il s'agit notamment des associations SOS Femmes alternative et Ligue du droit des femmes, représentées par une avocate très engagée dans la cause, Linda Weil-Curiel.

l'excision sous l'angle juridique et met particulièrement l'accent sur la défense des droits des femmes.

L'avocate Linda Weil-Curiel se distingue par son engagement dans les affaires d'excision. Elle est la première à considérer que des normes déjà existantes dans le Code pénal doivent s'appliquer à ces crimes, de la manière prévue par le droit français. Le Code pénal ne mentionne donc pas le terme « excision », cette dernière est qualifiée de criminelle car elle constitue une « infraction à la personne » selon l'art. 222-3 avec des aggravant lorsqu'elle entraîne la mort et lorsqu'elle est pratiquée sur un mineur de quinze ans. Plus précisément, l'excision est interprétée dans le cadre « *des tortures et d'actes de barbarie* » au paragraphe 1 de l'art. 222-3. L'acte de mutilation sexuelle est tantôt jugé comme une forme de « *violence ayant entraîné la mort sans intention de la donner* » (art. 222-7 et 222-8)<sup>130</sup>, dans le cas où la victime décède, tantôt comme une forme de « *violence ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente* » (art. 222-9 et 222-10)<sup>131</sup>, tantôt enfin comme une forme de « *violence ayant entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de 8 jours* » (art. 222-11 et 222-12)<sup>132</sup>. Les témoins d'une mutilation sexuelle sont également incriminés pour « *non-assistance à personne en danger* » (art. 223-6)<sup>133</sup>. Depuis 2001, la jurisprudence française, grâce à deux décisions<sup>134</sup> qui font désormais référence et qui se basent sur la convention de Genève pour les réfugiés, permet d'accorder le droit d'asile en raison d'un risque de mutilation sexuelle dans le pays d'origine du requérant. Si en France, il n'y a pas de loi spécifique sur les MGF, la jurisprudence applique de manière systématique les lois qui y font référence.

Un autre procès marque de manière significative une étape dans la jurisprudence française. Ce procès, appelé « procès Gréou » du nom de l'exciseuse lourdement condamnée, contribue en particulier à médiatiser cette problématique. En 1999, une jeune femme victime d'excision, Mariatou Koïta, porte plainte contre ses propres parents. D'autres plaintes suivent, la cour d'assises de Paris se retrouve à devoir juger quasiment une

---

<sup>130</sup> La peine prévue est de quinze ans de réclusion criminelle. Des circonstances aggravantes énumérées par les art. 222-8 prévoient une majoration de la peine à vingt ans lorsque les violences sont commises sur une mineure de 15 ans et à trente ans en cas de mineurs de moins de 15 ans.

<sup>131</sup> La peine prévue est de dix ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende, qui augmente également lorsque l'acte est commis sur une mineure et sur personne de moins de 15 ans.

<sup>132</sup> Dans ce cas, les peines prévues sont de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

<sup>133</sup> Dans ce cas, la peine est de cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende.

<sup>134</sup> Il s'agit d'une famille malienne, dont le père a démontré qu'il existait au Mali un risque pour sa vie, celles de sa femme et de sa fille, car il avait connu des persécutions physiques suite à son opposition à l'excision de sa fille. Le deuxième cas concerne une femme somalienne qui voulait protéger sa fille de l'infibulation.

trentaine de parents africains accusés. Pour la première fois, les victimes des faits portent plainte contre les auteurs des crimes. Ces victimes, des migrantes de deuxième génération, accusent devant la justice leurs propres parents. Vingt-six parents se retrouvent sur le banc des accusés au cours de ce procès, pour « *complicité de violences volontaires sur des mineures de quinze ans et ayant entraîné une mutilation* » selon le Code pénal. La cour d'assises de Paris a, pour la première fois, entendu les témoignages de femmes qui s'exprimaient devant leurs parents inculpés. Les mères, elles-mêmes excisées, sont maintenant présentées par la presse à l'opinion publique comme à la fois victimes et criminelles : « *Ma mère a été excisée, je suis excisée, ma fille sera excisée. Chez nous, c'est comme ça et ça ne changera pas.* »<sup>135</sup>. Ces témoignages illustrent la complexité du procès et les arguments antithétiques des deux populations qui se voient opposées, les Français sur le banc de la justice et les migrant-e-s d'Afrique sub-saharienne sur le banc des accusé-e-s.

La particularité de ce procès tient au fait qu'il provoque un débat politique concernant la reconnaissance d'une « minorité culturelle ». Ceux qui mettent en avant l'origine traditionnelle de l'excision cherchent à savoir si les parents ou les exciseuses ont conscience de commettre un acte criminel, sans quoi l'acte n'est pas punissable. Ces parents, entendus pendant le procès, expliquent que cette pratique s'insère pour eux dans le programme éducatif normal de leur culture d'appartenance. La stratégie de la défense est de plaider que cette population ne connaît pas le droit pénal français et qu'elle n'a donc pas conscience de transgresser une norme. Les condamner pour ces faits consisterait alors en un acte raciste, puisque serait puni le respect des normes imposées par leur société d'origine. Les militantes engagées dans la lutte contre les mutilations génitales féminines (MGF), rebaptisées « mutilations sexuelles féminines (MSF) » pour marquer la connotation criminelle plus que médicale, sont représentées par l'avocate Linda Weil-Curiel. Constituée partie civile dans le procès, cette avocate considère que si l'on refuse de signaler une mutilation sexuelle pratiquée sur une petite fille africaine, il faudrait alors accepter aussi qu'une même mutilation soit pratiquée sur une fillette d'une autre origine : « *Pourquoi accepter une pratique affectant la santé seulement en raison de l'origine nationale ou culturelle ?* »<sup>136</sup>. Légitimer une telle pratique et la justifier au nom de la tradition équivaldrait à ses yeux à produire une discrimination entre les enfants selon leur origine :

---

<sup>135</sup> B. Grosjean « Excision : deux ans ferme pour la mère de Mariatou » dans *Libération* du 17/02/99.

<sup>136</sup> Compte-rendu produit par M.F.Casalis à partir de notes des audiences auxquelles elle a pu assister, matériel disponible au Gams.

une partie serait protégée par la loi, tandis qu'une autre ne le serait pas. Ces débats illustrent la difficulté de concilier la reconnaissance des minorités et le respect du principe constitutionnel d'égalité. Au sens juridique, pour l'accusation, le mobile ne doit pas être pris en compte : « *le mobile n'influe en rien sur la qualification de l'acte* <sup>137</sup> ». Le raisonnement dans le cadre d'un système juridique de tradition civiliste, permet d'interpréter les MSF comme l'équivalent d'autres actes criminels. Par ce fait, les MSF doivent être traitées selon la peine prévue par le Code Pénal français.

Les témoignages mettent cependant en lumière la complexité de la problématique et de son traitement judiciaire. En témoignent ces mots d'une exciseuse accusée : « *J'ai fait ça à cause de Dieu, je ne voulais pas faire de mal. Nous, les forgerons, nous rendons service aux nobles qui font appel à nous* »<sup>138</sup>. Aux avocats de la défense, qui plaident la thèse des parents inconscients de commettre un crime dès lors qu'ils ne connaissent pas la législation française, l'avocat des victimes répond que des actions d'information sur l'interdiction sont menées depuis les premiers procès : « *Il est évident que l'information et la prévention doivent se faire, mais il est clair que le rôle de la justice est capital. [...] La sanction dans cette affaire sera dissuasive et c'est essentiel que vous marquez cet interdit* »<sup>139</sup>. Ou encore : « *[i]l faut punir sous peine de ne pas envoyer un message clair* »<sup>140</sup>. Les parents eux-mêmes mettent en avant le sentiment de honte et d'humiliation que le procès apporte à leur famille : « *Je vous remercie de ce que vous avez fait. Pour moi, c'est le jour de la honte d'être confrontée à mes enfants qui viennent dire des choses sur moi. Je n'oublierai jamais et je devrais mourir aujourd'hui. Vous devez être heureux de ça. L'excision n'a pas commencé avec moi. Peut-on croire que nous sommes les ennemis de nos propres enfants ?* <sup>141</sup> » Les accusées concluent ensuite : « *Nous sommes humiliées par ces histoires.* <sup>142</sup> » Les parents, des migrants de première génération, se voient coupé de leurs traditions sans avoir eu le temps de s'intégrer dans la nouvelle société où ils sont installés.

Le déterminant « culturel » joue dans ce procès un rôle central dans l'évaluation des faits, puisqu'il prouve que la violence est une construction sociale et à la définition variable.

---

<sup>137</sup> M.F.Casalis, *ibid.*

<sup>138</sup> Grosjean B. *op. cit.*

<sup>139</sup> Déclarations recueillies dans les notes d'audience pendant le procès Gréou, le 11 février 1999, disponible au Gams.

<sup>140</sup> Grosjean B. *op.cit.*

<sup>141</sup> Pereira A. « Excision : Mariatou côté partie civile, sa mère parmi les accusés ». *Le Monde*, 11 février 1999.

<sup>142</sup> V. Brioux « Les mères africaines se disent humiliées ». *Le Parisien*, 9 février 1999.

Les propos suivants illustrent parfaitement le problème causé par la perception différente qu'ont les uns et les autres des MGF. « *Pour vous, l'excision c'est mal, pour nous c'est un bien*<sup>143</sup>. » « *Nous avons eu une éducation européenne et africaine, on prend le bon de chaque côté. Mais chacun a sa façon de penser. Pour vous, l'excision est une mutilation, pour nous non.*<sup>144</sup> » Les avocats de la défense surenchérisent : « *La cour d'assises doit juger celui qui n'a pas respecté la règle sociale, or, on juge des gens qui ont justement respecté une règle, mais une règle qui n'est pas la nôtre* »<sup>145</sup>. L'avocat des victimes explique qu'il est important de criminaliser l'acte et de le punir en France, dès lors que la loi existe et qu'elle doit être appliquée : « *même si on explique qu'une mère qui pratique les mutilations sexuelles féminines n'a pas voulu faire du mal, elle a voulu que sa fille soit coupée. Un tel acte constitue une mutilation, un marquage plus que la transmission d'une tradition. Ça a été exposé très clairement. Il vous appartient de juger, non à la lumière de la coutume, mais à la lumière de la loi française. Car c'est elle qui s'applique sur le territoire français.*<sup>146</sup> ». Plusieurs parents ont été condamnés à la suite de ces procès, mais une sanction particulièrement sévère fut attribuée à l'exciseuse Hawa Gréou, dont l'avocate Linda Weil-Curiel écrira la biographie<sup>147</sup> des années plus tard.

La France représente un cas exotique dans le traitement des MGF, unique pour son histoire juridique. Faisant partie du système juridique de *civil law*, le droit pénal français est censé s'appliquer dans tous les cas prévus par une loi. Dans un système de droit romain de tradition civiliste (*civil law*), les lois sont le produit d'un consensus parlementaire, son introduction dans le Code pénal se fonde sur des arguments moraux. Or, le traitement des MGF se situe à cheval entre le droit national français et le droit international, l'histoire de l'émergence du problème au niveau international a un impact sur la manière de le traiter au niveau national. De plus dans un système juridique civiliste, la perception politique du problème a un impact sur la manière d'interpréter la loi. La justice internationale et l'émergence du droit humanitaire (chapitre 1) se fondent sur la notion de droit d'ingérence ce qui montre le rapprochement entre l'éthique et le juridique (Terré 2004 :498). Le cas de la France et l'invention du droit à l'assistance humanitaire, inventé par les *French doctors*,

---

<sup>143</sup> Grosjean B. *op.cit.*

<sup>144</sup> Pereira A. *op.cit.*

<sup>145</sup> P. Bienvault « *Le problème de l'excision reste réel en France* » dans Le quotidien du médecin du 18/02/99.

<sup>146</sup> Procès verbal produit par M.F.Casalis (représentante des associations constituées partie civile) à partir des notes d'audience.

<sup>147</sup> Weil-Curiel L et Henri N. Exciseuse : entretien avec Hawa Gréou. Greinville: City Éditions; 2007.

est un exemple de transformation de la morale en droit (Bettati 1996 : 90). Ces événements, qui changent la manière de penser la justice et de faire la médecine, doivent être appréhendés désormais comme l'expression d'une « raison humanitaire » (Fassin 2010). Si cette dernière est justifiée au niveau international, elle est également appliquée au niveau national lorsqu'il s'agit des populations étrangères. Ces dernières sont soumises à la double obligation de s'intégrer aux lois et aux normes françaises et d'être assistées pendant ce processus.

La répression juridique des MSF en France par la justice et la compassion que ces populations suscitent lorsqu'elles sont punies constituent un exemple des économies morales contemporaines (Fassin 2009 ; 2012), où l'éthique devient un devoir et la morale prend une forme légale. Dans ce cadre si le droit est censé défendre la loi et punir les transgressions, la médecine quant à elle acquiert une fonction d'assistance et de soutien à l'application d'une justice morale.

### **Culture et santé, un exemple de traitement symbolique de l'interculturalité**

Si en France, on assiste à un engagement de la médecine au service de la justice, en Italie la situation est inversée. En 2004, la proposition médicale d'un « rituel alternatif » déclenche une forte réaction dans le milieu associatif, ce qui contribue à accélérer le processus d'approbation d'une loi ad hoc contre les MGF. La médecine en Italie adopte une approche interculturelle qui se veut proche de la « culture » et respectueuse de la « différence ». Le féminisme en Italie est moins institutionnalisé qu'en France, les rapports de genre sont moins problématisés et face aux populations étrangères les inégalités disparaissent derrière la « différence culturelle ». Si l'Italie ne fait pas ici l'objet d'une étude approfondie, elle aide pourtant à montrer la bifurcation des trajectoires politiques nationales dans deux contextes nationaux.

En 2004, un gynécologue somalien, responsable du Centre de Référence Régional pour les mutilations génitales féminines<sup>148</sup>, Abdulcadir Omar Hussen, fait la proposition du « rituel alternatif ». Sa proposition du "*rito simbolico alternativo*" consiste à pratiquer une

---

<sup>148</sup> Le Centre de Référence Régional pour les mutilations génitales féminines, placé auprès de la Clinique d'Obstétrique et de Gynécologie de l'hôpital Careggi de Florence, a été reconnu comme structure institutionnelle par une délibération du Conseil de la Région Toscane, le 16 juin 2003. La Fonction principale du centre est de fournir l'assistance aux femmes avec des complications liées aux Mgf.



piqûre avec une épingle ou une aiguille sur la muqueuse externe qui couvre le clitoris, après avoir administré une légère anesthésie avec une crème spécifique, afin de faire sortir quelques gouttes de sang. Le gynécologue auteur de cette proposition explique que le « *rituel symbolique alternatif* » est avancé seulement après une tentative infructueuse de dissuader la famille de pratiquer une mutilation sexuelle. C'est seulement une fois constaté, lors d'une consultation, que la famille manifeste des signes évidents de refus de renoncer à la tradition que le médecin propose le « rituel alternatif ». L'objectif principal du rituel, selon ce gynécologue, est de simuler une mutilation, afin que la famille ait le sentiment d'avoir respecté les traditions.

D'après le médecin et son équipe, le rituel alternatif poursuit deux objectifs. Dans l'immédiat, ce rituel offre aux fillettes des familles les plus traditionnelles la possibilité de subir un dommage mineur. Le rituel offrirait, par le biais d'une attestation certifiant le rituel, une protection aux filles, notamment lorsqu'elles retournent au pays. À long terme, ce rituel serait censé réduire le pourcentage de femmes et fillettes à risque de mutilation, car le rituel introduirait un système d'information et d'éducation ciblé. Selon Omar Hussein Abdulcadir et Lucrezia Catania<sup>149</sup>, auteurs de la proposition, cette alternative légale à une MGF représente l'expression d'une politique de dialogue interculturel.<sup>150</sup> Les deux auteurs de la proposition soutiennent que le rituel alternatif représente le meilleur compromis possible entre la culture d'origine de ces populations et la culture italienne du pays d'accueil<sup>151</sup>, ce qui favoriserait selon eux l'intégration culturelle de ces populations. Le rituel alternatif, présenté d'un ouvrage collectif, acquiert une visibilité internationale et est valorisé par des chercheuses de l'anthropologie médicale, notamment Sara Johnsdotter et Brigitte Essèn, qui sont très investies sur ce thème de recherche (Catania et Abdulcadir 2005 :13).

En revanche, le rituel symbolique n'est pas partagé au niveau national, il est plutôt expérimenté et pratiqué dans un centre régional. Ce centre de soins spécialisés pour les

---

<sup>149</sup> Lucrezia Catania est gynécologue et fait partie de l'équipe du Centre de Référence Régional pour les mutilations génitales féminines. Elle est co-auteur de la proposition du rituel alternatif avec Omar Hussein Abdulcadir, qui est son mari.

<sup>150</sup> « *Siamo convinti che offrire legalmente una alternativa accettabile rientrerebbe in una politica di dialogo interculturale, nell'arricchimento reciproco e nel rispetto delle culture* » déclaration de Lucrezia Catania dans l'article « *Infibulazione morbida per le straniere* », écrit par Riccardo Chiari et publié dans *Il Manifesto* le 22/01/04.

<sup>151</sup> « *la mutilazione dei genitali deve sparire e questa proposta è il compromesso più accettabile da entrambe le parti* », Lucrezia Catania, art.cit.

femmes excisées est pourtant un centre de référence, où les femmes concernées affluent en nombre afin d'y être traitées. Les responsables, très actifs dans la recherche médicale et scientifique, publient dès le refus public de leur proposition au « rituel symbolique » plusieurs articles voulant démontrer la satisfaction sexuelle des femmes infibulées. Le médecin gynécologue, chef d'équipe, lui-même somalien et intégré au réseau de familles somaliennes auquel il est apparenté, suit une logique de défense des intérêts spécifiques du groupe minoritaire.

Suite à cette proposition, un débat animé a lieu dans l'espace public, auquel participent des acteurs du milieu associatif principalement, mais aussi du monde académique et politique<sup>152</sup>. Les associations de migrants et l'Ong AIDOS contestent conjointement la proposition et font pression pour que le Parlement prenne position. Des débats autour de la nécessité d'une loi ad hoc se développent dans le milieu militant pour les droits des femmes et des migrants. Cet événement a été le facteur déclencheur de l'accélération de l'approbation d'une nouvelle loi. La proposition du « rituel alternatif » fait l'objet d'évaluation du Comité National de Bioéthique (CNB) qui donne un avis contraire à cette alternative médicale<sup>153</sup> en condamnant toute forme de mutilations génitales féminines. Force est d'admettre que cette solution situe une fois de plus la question des mutilations sexuelles sur le plan culturel, soulignant dans ce sens l'importance de promouvoir le « dialogue interculturel ». La sexualité des femmes africaines n'est pas réellement interrogée, si ce n'est à l'aune du cadre normatif traditionnel qui vise à réduire voire annuler le plaisir sexuel féminin. Ainsi, les femmes infibulées interrogées semblent plutôt reproduire le discours dominant de leur socialisation d'origine sans réellement le critiquer. Une définition culturelle renferme plus qu'elle n'ouvre le débat sur la sexualité.

### **La connotation « culturelle » d'un crime et la loi ad hoc italienne**

Les nommées mutilations génitales féminines en Italie font l'objet d'un traitement juridique très différent de celui auquel elles donnent lieu en France. Les débats autour de ce sujet, comme la manière dont il est traité, mettent en lumière une construction différente du même objet.

---

<sup>152</sup> À ce propos, les personnalités impliquées dans le débat et les arguments avancés dans la défense comme dans le rejet de tel « rituel alternatif » sont traités de manière détaillée dans M. Villani, *Le corps féminin du biologique au culturel. La problématisation des mutilations génitales féminines*, Mémoire de Master 2, EHESS, 2006, p. 60-65.

<sup>153</sup> Avis du Comité National de Bioéthique (CNB) du 25 septembre 1998 et approuvé à l'unanimité.

Les premiers débats publics sur les mutilations sexuelles apparaissent dans les années 1990. En 1992, un colloque national intitulé « Une violence de plus : la santé des femmes et les mutilations sexuelles<sup>154</sup> » est organisé dans le palais de Montecitorio, siège du parlement italien. D'autres journées d'étude et de formation pour médecins et gynécologues sont organisées par la suite. Les premières publications paraissent, ce sont notamment des articles à ancrage clinique destinés aux professionnels de la santé. Par la suite, la presse vulgarise le sujet et sa diffusion auprès du grand public se fait sous l'angle du sensationnel, bien souvent pour créer le scandale<sup>155</sup>. Un premier cas judiciaire est porté devant le tribunal de Milan en 1997. Il s'agit d'un père égyptien qui a fait circoncire son fils de cinq ans et infibuler sa fille de dix ans lors de vacances en Égypte. Son épouse, de nationalité italienne, découvre les mutilations au retour du voyage. Elle porte plainte contre son mari. Ce dernier, responsable d'avoir laissé sa famille pratiquer ces « interventions rituelles » sur ses enfants, est reconnu complice des lésions très graves au sens du Code pénal italien (art. 582 et 583). Il s'agit d'un couple biculturel, dont le père étranger est condamné à deux ans de réclusion.

Ce cas judiciaire est le seul survenu en Italie. L'absence de plaintes pour mutilations sexuelles clôt le débat sur le sujet. Toutefois, des juristes pointent du doigt la nécessité d'encadrer par une loi *ad hoc* cette question si spécifique. En 2001, une proposition de loi est ainsi présentée à la présidence de la Chambre, à l'initiative d'un groupe de députés de droite<sup>156</sup>. Pour justifier la prohibition des MGF de manière spécifique, les graves lésions corporelles qu'elles occasionnent sont invoquées. La loi reflète une préoccupation au sujet de la condition des femmes décrites comme des *victimées passives* : « *Telle pratique fait partie de traditions ancestrales associées à la polygamie et au "prix de l'épouse" [...] elles contribuent à dominer les femmes, les rendre des objets de transaction économique en les réduisant ainsi à une condition animale, dont le droit de vie dépend strictement de leur capacité d'enfanter et*

---

<sup>154</sup> Titre original : *Una violenza in più : la salute delle donne e le mutilazioni sessuali*

<sup>155</sup> Ces articles ont été analysés par Cristina Cenci et Silvia Manganelli dans le cadre d'une recherche sociolinguistique : « *La costruzione sociale del corpo dell'immigrata : le rappresentazioni dei genitali femminili nella stampa e nella letteratura specialistica* ».

<sup>156</sup> Un premier projet de loi (n° 414) est soumis à la présidence du Conseil le 9 juillet 2001, sur initiative du sénateur Cosolo (Alleanza Nazionale). Repris ensuite par une commission formée de vingt sénateurs, dont douze appartiennent au parti politique *Lega Nord Padania* (Boldi, Franco, Vanzo, Chincarini, Monti, Peruzotti, Agoni, Calderoli, Frignonge, Pedrazzinni, Stiffoni, Corrado, Pirovano et Moro) et six à *Forza Italia* (Bianconi, Carrara, Alberti, Casellati, Fabbri, Ioannucci et Ponzio), ce projet de loi (n. 566) est soumis une seconde fois le 1<sup>er</sup> août 2001 et approuvé.

*travailler pour les hommes* »<sup>157</sup>. Le groupe de député au gouvernement se montre également soucieux des valeurs de la « culture italienne », que cette pratique traditionnelle pourrait mettre en danger, si elle devait s’implanter en Italie : « *[l]’opportunité d’un projet de loi se justifie par la nécessité de réglementer de manière spécifique le respect de la dignité personnelle et de l’intégrité physique et morale, outre que celui de la culture italienne* »<sup>158</sup>. La nécessité d’une loi adaptée aux MGF se fonde précisément sur leur spécificité culturelle, étrangère aux coutumes italiennes, ceci ayant pour conséquence que les MGF ne tombaient pas sous le coup des articles alors existants dans le Code pénal<sup>159</sup>. La culture apparaît donc dès le commencement des débats comme l’argument légitime principalement mis en avant. Se référer au terme de « culture » illustre une volonté politique. L’engagement des hommes politiques (dont la plupart dans cette commission sont de sexe masculin) contre l’atteinte aux droits de la femme en matière sexuelle mobilise la raison « culturelle ». En effet, le texte précise qu’il n’est permis de recourir à de telles pratiques que « *sous indication d’une autorité médicale et à des fins thérapeutiques* ». Dans ce sens, le même acte de mutilation acquiert une connotation de « mutilation dévastatrice » lorsqu’il est pratiqué en respect d’une tradition, alors qu’il a une connotation médicale lorsqu’il est effectué sous « indications thérapeutiques ».

Autour de la loi ad hoc des débats se développent en opposant ceux qui appuyaient le projet et ceux qui le contestaient. Des arguments contre une loi sont produits au sein du milieu associatif, où les acteurs se demandent si le fait de traiter les MGF en termes de crime ne risque pas de fragiliser ultérieurement une population déjà considérée comme vulnérable. La question pour ces acteurs est de savoir si la réponse pénale constitue une réponse adéquate en termes de traitement du problème. La juriste et sociologue du droit, Tamar Pitch<sup>160</sup>, considère que la loi exerce une fonction pédagogique à condition qu’elle soit précédée d’une grande campagne d’information et fasse l’objet d’un débat public. En

---

<sup>157</sup> Senato della Repubblica, Disegno di Legge n. 566, traduit de l’italien.

<sup>158</sup> Ibid.

<sup>159</sup> L’article 582 concerne les lésions personnelles, à savoir toute lésion qui engendre une maladie physique ou psychique. Selon la loi, cela relève d’un crime punissable d’une peine qui va de trois mois à trois ans de réclusion ferme. L’article 583 traite des lésions personnelles graves ou très graves, ce qui dans le langage juridique, relève des « circonstances aggravantes », c’est-à-dire de circonstances qui provoquent la perte temporaire (mais supérieure à 40 jours) ou permanente d’un sens ou d’un organe. Ces lésions sont des crimes punissables de 3 à 7 ans de prison ferme.

<sup>160</sup> Tamar Pitch enseigne la Sociologie du Droit à la Faculté de Droit de l’Université de Camerino en Italie et s’intéresse aux questions de genre.

revanche, selon cette sociologue lorsqu'elle est fait l'objet d'une application immédiate, elle risque de stigmatiser les communautés pratiquant les MGF, qui n'auraient pas le temps de la comprendre. D'après Pitch, les communautés concernées par les MGF doivent d'abord prendre conscience de la négativité de la pratique et en définitive l'abandonner par le fait qu'elle constitue une violence. Un changement dans la perception des MGF au sein des communautés de migrants concernés par les MGF doit précéder l'application de la loi (Pitch, 2000). La Ministre de l'Égalité des Chances de l'époque, Livia Turco, soutient qu'une loi ad hoc a sens à condition qu'elle soit demandée par la communauté de migrants, ce qui est paradoxale puisque ces derniers n'ont pas une voix politique pour se faire entendre. Bien qu'il s'agisse d'une loi proposée par une majorité de droite, la gauche au gouvernement n'est pas opposée à la proposition d'une loi ad hoc contre les MGF, et y voit au contraire une avancée dans les droits sociaux en faveur des populations défavorisées. Finalement la loi est approuvée le 9 janvier 2006.<sup>161</sup>

La loi est appliquée pour la première fois en avril 2006, dans l'affaire d'une exciseuse nigériane accusée de pratiquer des mutilations sexuelles sur des petites filles de migrants. L'exciseuse, arrêtée en flagrant délit, est immédiatement incarcérée<sup>162</sup>. Du point de vue des associations, cet emprisonnement représente un succès puisque l'exciseuse a été dénoncée par des compatriotes : *« il s'agit d'un pas en avant, puisque la dénonciation est partie de l'intérieur de la communauté. Les prostituées nigériennes ont dénoncé une des leurs, une compatriote, en l'accusant d'une pratique que leur culture considère comme légitime. Ceci désigne le passage symbolique à une nouvelle conscience collective, un vrai changement »*<sup>163</sup>. Mais est-il vraiment le signe d'un changement ou la volonté d'une population vulnérable de prouver qu'elle a intégré les normes dominantes ?

Si en France les affaires « d'excision traditionnelle » sont traitées par la justice et tombent sous le coup de peines de prison – assorties de sursis – pour les exciseuses et les parents, en Italie les débats restent plus philosophiques, une seule personne ayant été condamnée en application de la nouvelle loi. Les politiques de santé publique française élaborent un protocole destiné à réglementer une prise en charge spécifique, les femmes atteintes de mutilations sexuelles ayant été reconnues victimes d'un crime et handicapées

---

<sup>161</sup> Il s'agit de la Loi 9 janvier 2006, n.7 "*Disposizioni concernenti le prevenzioni e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile*", publiée sur la *Gazzetta Ufficiale* n.14 du 18 janvier 2006.

<sup>162</sup>Bonacci M. Mutilare la mutilazione. Aprile, *Quotidiano per la Sinistra* 2006;137 (texte traduit de l'italien).

<sup>163</sup> *Ibid.*

dans leur vie sexuelle et leur état de santé à cause de cela. Les politiques sanitaires italiennes développent la réflexion autour de la santé et de la culture, ce qui donne à l'élaboration des traitements symboliques de l'approche interculturelle en milieu hospitalier. En Italie, si la santé fait l'objet d'une préoccupation publique, la sexualité des femmes excisées reste un impensé.

### **La construction d'un lien entre santé et violence**

En France, le procès Traoré a déclenché une série d'actions politiques visant à mettre en place un programme de sensibilisation et de prévention des mutilations sexuelles. En Italie au contraire le débat public aboutit à la proposition d'un « rituel symbolique ». Les débats publics initiés avec des temporalités et des contextes différents débouchent également sur des propositions dissemblables. En France, les politiques publiques se concertent pour démontrer l'impact direct que les violences faites aux femmes, et particulièrement celles à caractère sexuel, ont sur leur état de santé. En Italie, les débats se développent autour des spécificités culturelles à l'intérieur de la perception du bien-être et de la santé, la migration vue comme stimulant de l'élaboration des protocoles cliniques différents. Si dans le cas français, la médecine se met au service de la justice, l'histoire juridique est marquée par une forte répression de la pratique ; dans le cas italien à l'inverse la médecine à l'écoute de la culture, laisse les acteurs sociaux, les associations comme les pouvoirs publics, prendre une posture de législateur afin d'encadrer et de limiter le pouvoir médical.

### **Concertation et centralisation de la prise en charge française**

Les débats, comme les pratiques, prennent, en France, un tout autre tournant. Dès les premiers procès, l'engagement militant s'inscrit et se convertit en une pratique professionnelle. Un premier ouvrage collectif<sup>164</sup> intitulé « *Les mutilations du sexe des femmes aujourd'hui en France* » est élaboré déjà en 1984, sous l'égide du ministère des Droits des

---

<sup>164</sup> Y participent : le Gams, la Ligue du droit international des femmes, le Mouvement pour la défense des droits de la femme noire (Modafen), Santé et droit de la femme, la conseillère technique auprès du ministère des Droits de la femme Simone Iff, le Planning familial (MFPPF), la Coordination française pour le lobby européen des femmes (CLEF).

femmes. L'année suivante, une première thèse de médecine est consacrée à ce sujet<sup>165</sup>. D'autres publications suivent, notamment des mémoires et des thèses dans les disciplines médicales et infirmières. En 1992, la déléguée régionale aux Droits des femmes et à l'Égalité, Catherine Morbois, organise d'autres réunions, coordonnées au niveau régional et réunissant les associations travaillant en Île-de-France. Elles débouchent sur un premier outil de prévention, une plaquette intitulée « *Nous protégeons nos petites filles* ». En 1994, une circulaire<sup>166</sup> relative à l'intégration des populations immigrées, sur initiative du ministre des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, inscrit la prévention des MGF dans le cadre des activités menées dans les départements accueillant des populations étrangères. D'autres procès ont eu lieu entre-temps, et les peines prononcées, sans cesse plus sévères, ont comme but pédagogique, selon les juristes, de dissuader les populations pratiquant l'excision. Le Code pénal libérait déjà du secret professionnel celui qui y est normalement tenu, dans la mesure où « *il informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou de privations dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur de moins de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique* »<sup>167</sup>. Le secret professionnel ne peut être invoqué pour refuser de témoigner ou de donner des informations lorsqu'une fillette est menacée de mutilation.

Depuis les années 1990, le thème des violences à l'égard des femmes prend une place importante dans la sphère politico-médiatique, mais les actions et la mobilisation de la société civile restent encore fragmentaires. Après les conférences de Vienne (1993) et de Pékin (1995), une réelle plateforme d'action traitant la question des violences comme objectif prioritaire s'organise. En France, où règne un contexte politique favorable et sensible à cette question, les premières études statistiques en matière de violence envers des femmes se développent, telles que l'Enquête nationale sur les violences faites aux femmes en France (Enveff, 2000) et, dans son sillage, des publications importantes documentant cette réalité (Jaspard, 2005). Depuis plusieurs campagnes de prévention sur les droits des femmes sont organisées et appuyées par les pouvoirs publics. Cette problématique est également traitée par d'autres organismes d'État, avec des moyens

---

<sup>165</sup> Allal P. (1985) *Les mutilations du sexe des femmes. Étude dans un département français : les Yvelines. Propositions pour la disparition de ces pratiques*. Paris, Université de Paris Descartes, Faculté de médecine Paris-Ouest (Thèse de doctorat en médecine, dir. Dr. Blanchet).

<sup>166</sup> Circulaire de la Direction de la Population et des Migrations (DPM) 94/42 du 19 décembre 1994.

<sup>167</sup> Loi 10/07/1989 sur la protection de l'enfance.

moins importants, qui formulent les violences contre les femmes en termes de problème de santé publique, de justice et de sécurité intérieure plutôt que comme un problème de genre lié aux rapports inégalitaires entre hommes et femmes. Aussi, la lutte contre les MGF trouve-t-elle un terrain fertile : l'intention de montrer le lien entre les violences et les effets sur la santé des femmes joue en faveur du traitement médical.

Le refus de rembourser une opération de reconstruction clitoridienne avait en effet été formulé par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Ce fait motive Foldès à se mobiliser pour faire reconnaître cette intervention médicale. En 2003, avec le soutien du Gams, le docteur Foldès prépare un dossier visant à obtenir la reconnaissance de l'assurance maladie et est convoqué dans la même année par Pierre-Jean Cousteix, médecin contrôleur national de la Sécurité sociale, qui accepte les principes défendus par Foldès. Les arguments amenés s'inspirent notamment du rapport, sur les violences conjugales, rédigé par le professeur Henrion en 2001, ce texte mettait en évidence l'incidence de la violence sur la dégradation de l'état de santé des femmes ainsi que les coûts engendrés. Dans la même logique, Foldès souligne les conséquences gynéco-obstétricales et uro-gynécologiques de l'excision en mettant notamment en relief les problèmes liés à l'accouchement (césarienne et autres interventions médicales). L'Académie de médecine appuie sa démarche et demande également que la problématique de l'excision, telle qu'inscrite dans la nomenclature internationale des maladies de l'OMS (classification internationale des maladies [CIM]) et de la classification commune des actes médicaux (CCAM), soit intégrée au programme d'études de médecine.

Pour marquer sa position engagée, en 2004, l'Académie de médecine, en collaboration avec l'Institut Théramex<sup>168</sup> et l'ONG Équilibres et populations<sup>169</sup>, organise un colloque national autour de la question des MGF. Intitulé « *Les mutilations sexuelles féminines. Un autre crime contre l'humanité* », cet événement vise, entre autres, à formaliser l'usage en France de la terminologie « mutilations sexuelles féminines (MSF) » et de le substituer au terme « mutilations génitales féminine (MGF) » : « [L'Académie de médecine] a commencé par en changer le nom, en remplaçant le terme banalement médical de "génital", par celui de "sexuel", qui montre bien la cible et l'enjeu des agressions dont sont victimes tant de femmes

---

<sup>168</sup> L'institut Théramex bioéthique, santé de la femme et société, dont le président est Claude Sureau, a été créé en 1996. Son objectif principal est la promotion et le soutien de l'amélioration de la santé de la femme.

<sup>169</sup> Équilibres et populations est une ONG créée par des médecins et des journalistes pour promouvoir une réflexion éthique sur le développement et mobiliser l'opinion publique sur les questions de la santé et de l'éducation.



*au nom de la tradition* »<sup>170</sup>. Il s'agit d'une étape importante dans la formalisation de la prise en charge des mutilations sexuelles ainsi que dans la concertation des politiques sociales au niveau national. La participation d'un grand nombre d'experts issus de disciplines diverses donne une ampleur importante à ce programme de prévention et introduit la perspective d'une réparation. À cette occasion, l'Académie émet des recommandations concernant l'amélioration des connaissances sur l'ampleur et les caractéristiques des MSF en France, sur la manière de les diffuser dans les secteurs de la santé, de l'éducation, de l'action sociale, de la justice et auprès des médias, ceci afin de renforcer à la fois les pratiques médicales (notamment lors des consultations) et les politiques de prévention.

En 2004, l'Assurance maladie française formalise la reconnaissance de la prise en charge des dépenses et le remboursement total des opérations de réparation et de reconstitution du clitoris. À partir de cette époque donc les femmes excisées vivant en France ont officiellement le droit de se faire réparer. Une étape décisive vient d'être franchie dans la reconnaissance de la chirurgie réparatrice, qui intègre en 2005 la nouvelle nomenclature des actes médicaux reconnus par la Sécurité sociale. L'appui de l'Académie de médecine, mais aussi la sensibilité politique envers les questions des violences faites aux femmes, sont déterminant dans les démarches entreprises pour parvenir à la reconnaissance des mutilations sexuelles comme « maladie » et, dans la foulée, obtenir le remboursement de l'acte chirurgical de réparation par la Sécurité sociale. En effet, les violences faites aux femmes étaient déjà inscrites dans un vaste programme politique de santé publique.

La démarche de Foldès doit être comprise dans le panorama politique français. Déjà en décembre 2003, le ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées de l'époque, Jean-François Mattei, demandait formellement que des commissions d'experts soient formées afin de produire des rapports thématiques sur la question générale de la violence et de la santé. À cette époque, un projet de loi de santé publique, examiné par l'Assemblée nationale, prévoyait l'élaboration de cinq plans stratégiques de santé publique à mettre en œuvre entre 2004 et 2008. L'un d'eux concernait de manière spécifique l'action « *pour limiter l'impact sur la santé de la violence et des comportements à risque* »<sup>171</sup>. Une commission d'experts, dirigée par le docteur Jacques Lebas, produit en mars 2005 le

---

<sup>170</sup> Simone Veil dans la préface du Supplément au Bulletin de l'Académie nationale de médecine, 2004, 188, n°6, 7-8, séance du 10 juin 2004, p.7.

<sup>171</sup> Lettre de mission adressée à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) en décembre 2003 par le ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, Jean-François Mattei.

rapport « Genre et Violence », qui soulignait l'importance d'éliminer toutes formes de mutilations sexuelles considérées désormais, à l'instar d'autres formes de violences faites aux femmes, comme un problème de santé publique.

La volonté politique de réprimer toutes formes de violence faite aux femmes, parmi lesquelles figurent les MSF, se reflète également sur le terrain juridique. Des mesures d'allongement du délai de prescription de l'action publique ainsi que la possibilité de poursuivre les auteurs d'un acte de mutilation sexuelle même s'il a été commis à l'étranger font l'objet de dispositions introduites dans le Code pénal en 2006 (art. 222-16-2)<sup>172</sup>. La possibilité de lever le secret médical en cas de découverte de mutilation sexuelle chez une patiente fait aussi l'objet d'un ajout à l'intérieur du Code pénal (art. 226-14). En 2006, une circulaire<sup>173</sup> destinée aux professionnels de santé prévoit une formation spécifiquement centrée sur la lutte contre les mutilations sexuelles et le gouvernement français se déclare officiellement « engagé dans la lutte contre les mutilations sexuelles féminines »<sup>174</sup>. Cette circulaire impose d'effectuer de manière systématique un dépistage ainsi qu'une action ciblée de prévention et de prise en charge des mutilations sexuelles. La circulaire destinée aux professionnels de santé informe de l'intégration d'une formation spécifique à l'intérieur des programmes d'enseignement pour les sages-femmes, les infirmiers, les puéricultrices et les auxiliaires de puériculture, professions considérées comme particulièrement concernées par ce phénomène.

Alors qu'en Italie, le phénomène prend la forme d'un objet culturel avant tout, intéressant le corps médical par son caractère traditionnel, en France, les mutilations sexuelles sont très tôt considérées comme un acte criminel et une forme de violence exercée sur les enfants. Certes, les expériences sont différentes. Plus anciennes en France dont les rapports coloniaux se renouvellent – et se reproduisent – avec la nouvelle population migrante, elles sont plus récentes en Italie, où l'intérêt à l'égard de ces pratiques reste plus abstrait, les cas d'enfants excisés étant rares. La prise en charge française, à savoir l'application systématique du Code pénal indépendamment de la raison ayant motivé l'acte, fonctionne en miroir avec la politique migratoire, selon laquelle les migrants sont censés adhérer aux valeurs républicaines qui fondent la nation française. À l'inverse, l'Italie

---

<sup>172</sup> Loi n° 2006-399 du 4 avril 2006

<sup>173</sup> Circulaire interministérielle de la Direction Générale de la Santé, du Ministère de la Santé et des Solidarités, n° 2006-529 du 13 décembre 2006 relative à la formation des professionnels de santé dans le cadre du plan de lutte contre les mutilations sexuelles féminines. Bulletin officiel 2007

<sup>174</sup> Ibid.

prône une reconnaissance de la diversité culturelle et le développement d'une communication tenant compte de ces différences interculturelles. Si en France, les recommandations adressées aux professionnel-le-s servent à rappeler la loi et l'obligation de signalement, en Italie, elles encouragent les praticiens à ne pas manifester de réaction de surprise et à ne pas porter de jugement, ce qui explique l'absence de signalement en Italie de la part du professionnel soignant. La médiation interculturelle s'institutionnalise dans la relation avec les migrants. Un relativisme culturel de fond devient le synonyme de la tolérance et du respect de la différence véhiculés dans la culture chrétienne. Les médiatrices sont à la fois des interprètes linguistiques et des femmes relais dans leur communauté, ayant reçu une formation spécifique dans le domaine socio-sanitaire. Ces figures professionnelles sont néanmoins prises dans des conflits de loyauté, ce qui rend leur travail complexe.

La grande différence entre France et Italie consiste précisément pour le premier pays dans sa volonté politique de faire des violences faites aux femmes une affaire de santé publique, pour le deuxième de maintenir la question des mutilations sexuelles séparées d'autres formes de violence frappant aussi les femmes italiennes.

### **La chirurgie réparatrice des violences commises contre les femmes africaines**

En France, les premières opérations du clitoris démarrent dans les années 1990, à la clinique Louis-XIV de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye, là où officie le docteur Pierre Foldès (encadré 3.2). Interviewé par un journaliste<sup>175</sup>, ce gynécologue participe à la construction de sa figure médiatique. Décrit comme un médecin qui « *impressionne* » (Prolongeau, 2006 :38), un modèle des « *French doctors* », Pierre Foldès est construit comme un personnage quasi légendaire.

#### **Encadré 3.3 Pierre Foldès**

Né en 1951 à Paris, Pierre Foldès est issu d'une famille aisée de la bourgeoisie et a grandi dans un milieu favorisé. Le père, un industriel hongrois et la mère française représentent la classe moyenne supérieure française. En 1982, Foldès obtient son Doctorat en Médecine et se spécialise en urologie. Il devient par la suite célèbre pour avoir été l'« inventeur » d'une méthode chirurgicale permettant

<sup>175</sup> En 2006, Hubert Prolongeau, journaliste français publie le roman biographique de Foldès, intitulé *Victoire sur l'excision. Pierre Foldès, le chirurgien qui redonne l'espoir aux femmes mutilées*.

de réparer les dommages causés par l'excision. Chirurgien des hôpitaux, dès le début de sa carrière professionnelle il s'engage comme médecin humanitaire au sein de l'association Médecins du monde (MDM), participant ainsi à plusieurs missions humanitaires. Lors d'un séjour en Afrique, il découvre l'excision et effectue les premières interventions de réparation qu'il perfectionne par la suite. La lutte contre l'excision devient sa mission et dans les années 1990 il commence à opérer en France auprès d'une population des femmes immigrées qui s'adressent à lui. Il entreprend une collaboration avec le Gams et en accord avec cette association, s'engage à constituer un dossier pour faire reconnaître l'excision par l'Assurance maladie, laquelle en 2004, consent au remboursement de la réparation de ces mutilations. Par le biais de l'excision et de son travail chirurgical il s'intéresse à un organe assez méconnu de la médecine : le clitoris. Pierre Foldès entame alors des travaux de recherches anatomiques sur le clitoris avec la visée politique de rendre justice à cet organe « excisé » dans les manuels de médecine, ce qui lui vaut l'étiquette de militant féministe.

Dans l'histoire de la médecine du vingtième siècle, la chirurgie connue du clitoris était essentiellement une chirurgie d'exérèse (clitoridoplastie<sup>176</sup> des ambiguïtés sexuelles, féminisation, chirurgie de l'hypertrophie). D'autres interventions chirurgicales, notamment la désinfibulation (ou défibulation), étaient également pratiquées dans plusieurs hôpitaux en Afrique et dans les pays du Nord pour traiter certaines mutilations sexuelles ou les complications qu'elles engendrent à court et long terme<sup>177</sup>. Il existe maintenant une technique chirurgicale dite de « désenfouissement et transposition du clitoris », adaptée « au deuxième type de mutilation génitale féminine »<sup>178</sup> : cette chirurgie, rebaptisée « chirurgie réparatrice », bénéficie des avancées réalisées en matière de techniques plastiques de reconstruction pénienne et de l'apport des recherches anatomiques précédemment effectuées sur l'innervation de l'organe.

Le protocole chirurgical élaboré par Foldès vise à reconstituer un clitoris d'aspect et de situation normal, possiblement fonctionnel par respect de son innervation. L'intervention consiste en une chirurgie plastique reconstructrice de l'organe lui-même,

---

<sup>176</sup> À l'origine, la clitoridoplastie consistait à réduire le clitoris, notamment pour corriger ce que les médecins appelaient les « anomalies sexuelles » (intersexes). Depuis une vingtaine d'années, en raison de la polémique sur l'assignation d'un sexe et d'un genre aux intersexes et avec le développement du « vagina design », visant à améliorer l'aspect du sexe féminin, la clitoridoplastie désigne toute intervention chirurgicale visant à reconstruire (chirurgie réparatrice) ou modifier le clitoris.

<sup>177</sup> L'OMS classe les conséquences en matière de santé des mutilations sexuelles féminines en trois catégories : conséquences médicales à court terme (douleur, hémorragie, rétention urinaire, infection et choc lié à l'événement) ; conséquences médicales à long terme (infections pelviennes, stérilité, difficultés menstruelles et problèmes obstétricaux tels que déchirures périnéales, souffrances fœtales, les fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales entraînant des problèmes d'incontinence) ; conséquences sexuelles, mentales et sociales (altération de la sensibilité sexuelle, complications psychiatriques telles qu'angoisses ou dépression).

<sup>178</sup> Nous reproduisons ici les expressions médicales utilisées pour nommer respectivement la chirurgie réparatrice et l'excision.

sans transposition d'autres tissus : la résection de la cicatrice permet de retrouver en profondeur le moignon clitoridien qui est libéré après section du ligament suspenseur du clitoris. L'extrémité du moignon est ensuite dégagée du tissu cicatriciel par résection des couches scléreuses, mettant à nu le tissu sain. Le néo-gland est alors fixé en position anatomique (Foldès 2004). L'intervention en soi dure entre 30 et 60 minutes et se pratique sous anesthésie loco-régionale ou générale.

Unique en son genre, l'intervention qu'il propose est pratiquée sur un nombre restreint de patientes, qui diffusent l'information dans leurs réseaux de proximité immédiats. L'affaire est ainsi rapidement médiatisée. Une première collaboration s'installe entre le chirurgien et le Gams, au départ, principalement pour orienter vers le chirurgien les femmes excisées se présentant au sein de l'association. La technique de réparation, devenue célèbre, attire un nombre croissant de femmes désireuses d'en bénéficier. Le Gams constate cependant que de nombreuses femmes opérées se plaignent de douleurs après l'intervention et manifestent un syndrome de stress post-traumatique diagnostiqué. Elles retournent auprès de l'association et recherchent de l'aide. Certaines professionnelles militantes du Gams commencent à réfléchir à une forme de prise en charge plus globale, intégrant le vécu psychologique et sexologique de la femme par le biais de consultations multiples précédant l'opération chirurgicale. C'est donc au sein de cette association que se trouve en germe ce qui deviendra plus tard un véritable « parcours de réparation », tel qu'il est décrit dans le chapitre 6.

Dès 2004, le scientifique commence à former d'autres confrères à la technique chirurgicale de reconstruction du clitoris. Ces actes médicaux, reconnus et remboursés par l'Assurance maladie, commencent à être effectués par des gynécologues exerçant dans des hôpitaux publics, le Gams leur adressant les femmes excisées qui passent par l'association. Un travail de réseau, initialement très localisé dans la région parisienne, se met en place. Au sein du Gams, un groupe de personnes auparavant dispersées dans leurs démarches professionnelles individuelles, font valoir leurs expériences militantes, médicales et médico-sociales, pour développer une réflexion portant sur l'accompagnement à la réparation à partir des témoignages et des plaintes formulées par les premières femmes opérées par Foldès. De cet espace de parole naît un projet de prise en charge pluridisciplinaire visant à renouveler la procédure médicale utilisée jusqu'alors. Les professionnelles engagées élaborent une première forme de prise en charge dans un hôpital

parisien. Le service propose des « consultations à la réparation », qui, de facultatives qu'elles étaient au début, deviennent ensuite obligatoires. Cette première équipe présente officiellement ce travail d'accompagnement interdisciplinaire lors du colloque national « Pour en finir avec les mutilations sexuelles féminines » qui a eu lieu le 4 décembre 2006 à l'Institut Pasteur. Ensuite, une deuxième équipe se forme en région parisienne et de nouvelles équipes essaient dans d'autres départements de France.

Dans la continuité du plan national « Violence et Santé », soutenu par le ministère de la Santé et des Sports, ces expériences sont formalisées dans un protocole censé orienter les professionnel-le-s de santé dans la prise en charge des mutilations sexuelles. Sous la direction du président de Gynécologie sans frontières, le professeur Henri-Jean Philippe, un comité d'experts produit en juillet 2010 un ouvrage collectif intitulé « *Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines* ». Le manuel est constitué d'une centaine de pages s'organisant en deux parties. La première fournit des données générales relatives à l'anatomie de la région vulvaire, donne une définition des nommées MSF, ainsi que des explications anthropologiques, épidémiologiques. Les conséquences médicales, psychologiques et sexuelles sont également présentées. La technique de la reconstruction du clitoris, appelée « chirurgie plastique reconstructrice du clitoris après mutilation sexuelle féminine », est expliquée à l'aide des photos prises lors d'interventions chirurgicales, la prise en charge sexologique également est détaillée par étapes. La seconde partie du manuel propose les conduites à tenir par le praticien lorsqu'il se trouve face à une « *femme victime de MSF ou susceptible de l'être* ». Des annexes offrent les outils techniques, à savoir des modules nécessaires pour produire un certificat médical ou pour effectuer un signalement. Les adresses et les contacts utiles sont également fournis. La prise en charge de l'excision s'institutionnalise dans un protocole qui est diffusé à échelle nationale.

Dans l'histoire de l'excision, l'acte chirurgical développé par l'urologue français introduit une rupture fondamentale en inaugurant la possibilité d'une réparation non plus uniquement judiciaire (indemnisation de la victime en raison du préjudice qu'elle a subi) mais également médicale (reconstruction d'un clitoris médicalement fonctionnel). Pour la première fois, en France et dans les pays du Nord, une technique permet de restaurer le clitoris et de lui redonner vie. Le médecin « inventeur » de cette technique chirurgicale présente cette avancée en ces termes : « *Ce qui est le plus choquant, c'est que personne n'ait*

*fait ces recherches avant moi. [...] Pour moi, cet aveuglement est l'excision occidentale : le clitoris n'existe pas. Il est volontairement excisé dans notre culture »* (Prolongeau, 2006 :101). Si la technique chirurgicale a été élaborée par cet urologue et médecin humanitaire, des découvertes concernant l'anatomie du clitoris ont également fourni une contribution. En effet, les avancées médicales au sein de l'univers scientifique ont permis à Foldès de développer une chirurgie de pointe. Un retour sur ces récentes découvertes dans le monde médical permet de situer le travail de Foldès dans son contexte politique.

### **Redécouverte d'un organe : anatomie politique du clitoris**

Le clitoris est un organe récemment redécouvert. En 1998, une équipe australienne de médecins biologistes publie les photos de clitoris observés sur un échantillon de cadavres disséqués. Cette recherche a révolutionné la conception anatomique du clitoris quant à sa taille et son rapport avec l'urètre<sup>179</sup>. La publication des résultats de cette recherche a enflammé le champ de la recherche biomédicale, qui depuis a vu plusieurs chercheurs se consacrer à l'étude anatomique de cet organe. À ce propos, la gynécologue française, Odile Buisson, qui est également collègue de Pierre Foldès, dit : « *on peut dire que l'anatomie exacte du clitoris n'a été connue qu'en 1998* » (Buisson 2011 : 30).

Les recherches sur le clitoris deviennent l'enjeu de la compétition pour acquérir le label d'excellence des laboratoires de recherche biomédicale au niveau international. L'urologue australienne Helen O'Connell, dont l'engagement féministe n'est pas caché, effectue un travail minutieux sur les sources médicales et critique les anciennes représentations du clitoris à travers les apports de ses recherches scientifiques, ce qui bouleverse la conception même de cet organe et de sa fonction au sein de la science médicale (O'Connell *et al.* 2005 : 1189). Les techniques d'imagerie médicale signent un tournant dans la médecine. Elles permettent d'appréhender le corps humain différemment grâce à une visualisation de l'anatomie, de la physiologie et du métabolisme. Les découvertes d'O'Connell et son équipe se fondent notamment sur la dissection de cadavres « frais » et la microdissection des tissus exportés, ainsi qu'à travers les techniques de l'imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM), la reconstruction de la section

---

<sup>179</sup> O'Connell HE, Hutson JM, Anderson CR and Plenter RJ. Anatomical relationship between urethra and clitoris. *Journal of Urology* 1998;159:1892-97.

anatomique en trois dimensions (3D), l'histologie et enfin l'étude histologique et chimique immunitaire. Ces recherches montrent que le clitoris peut mesurer jusqu'à 6 cm et qu'il a un rapport actif avec l'urètre dans les rapports sexuels. Afin d'illustrer l'anatomie du clitoris<sup>180</sup>, O'Connell et ses collègues mettent en critique la construction historique et socialement déterminée de la représentation médicale du clitoris, celle-ci ayant joué un rôle central dans l'établissement des rapports de pouvoir entre les sexes.

Bien que la construction sociale et historique des sexes avait déjà été relevée (Laqueur 1990), cette urologue australienne introduit une polémique dans son milieu, qui a la caractéristique d'être particulièrement cloisonné. Elle dénonce le fait que le sexe féminin a été historiquement conçu comme l'équivalent masculin, dont la structure a été pensée comme inversée. O'Connell explique que le premier anatomiste ayant décrit les organes génitaux féminins, Vesalius<sup>181</sup>, effectue un parallèle entre le pénis et le vagin et non pas entre le pénis et le clitoris. Ce dernier n'était à l'époque pas pris en compte comme un véritable organe. Jusqu'à la fin du XVII<sup>e</sup> siècle, le clitoris était inclus dans les petites lèvres, toutes les parties extérieures du sexe féminin étaient incluses dans l'appellation des « *nympha* » (O'Connell *et al.* 2005 : 1192). Le clitoris n'est étudié comme un organe en soi que tardivement. La reconstruction historique faite par O'Connell montre également comment plusieurs linguistes se sont intéressés aux appellations données à cet organe, l'origine du nom « clitoris ».<sup>182</sup> En reconstruisant l'histoire médicale de cet organe, cette urologue parvient à capter l'attention de la sphère médicale dans son ensemble.

À partir de ces découvertes, d'autres chercheurs-ses s'investissent dans l'étude anatomique du clitoris, lequel est désormais envisagé dans sa complexité grâce aux nouvelles technologies médicales<sup>183</sup>. Des études urologiques<sup>184</sup>, gynécologiques<sup>185</sup> et

---

<sup>180</sup> O'Connell HE, Kalavampara V, Sanjeevan et Hutson JM. Anatomy of the Clitoris. *Journal of Urology* 2005; 174:1189-95

<sup>181</sup> André Vesale, dit Andreas Vesalius, médecin flamand qui vécut entre 1514 et 1564.

<sup>182</sup> À ce propos, O'Connell cite deux ouvrages particulièrement importants dans le domaine : Park K. *The rediscovery of the clitoris*. In Hillman D. et Mazzi C. *The Body Parts. Fantasies of Corporeality in Early Modern Europe*. New York: Routledge; 1997: 171-93 et Cohen M. *The mysterious origins of the word « clitoris »*. In Lowry TP. *The Classic Clitoris. Historic Contributions to Scientific Sexuality*. Chicago: Nelson-Hall; 1978:5-9.

<sup>183</sup> Foldès P. et Buisson O. The Clitoral Complex. A Dynamic sonography study. *Journal of Sexual Medicine* 2009:1223-31

<sup>184</sup> Wimpissinger F. et al., The Female Prostate Revisited. *Journal of Sexual Medicine* 2007.

<sup>185</sup> Pauls R, Mutema G, Segal WA, Kleeman S, Dryfhout Ma V, Karram M. A prospective study examining anatomic distribution of nerve density in the human vagina. *Journal of Sexual Medicine* 2006;3(6):979-87.



obstétricales<sup>186</sup> visent à mesurer son fonctionnement, alors que d'autres se focalisent tout particulièrement sur l'impact que cet organe exerce sur le plaisir sexuel<sup>187</sup> et sa similarité avec le sexe masculin.<sup>188</sup> À l'intérieur de la communauté scientifique médicale, la représentation du sexe féminin change.

Ces deux premières publications (O'Connell *et al.* 1998 ; 2005) ouvrent une critique à l'intérieur de l'épistémologie médicale : elles contestent à la fois le savoir, qui est remis à jour, et les conditions de production du savoir lui-même, qui vise à reproduire et maintenir des rapports de pouvoir. Les découvertes de l'équipe d'O'Connell signent dans ce sens un tournant dans l'histoire médicale – du moins celle concernant le clitoris – puisqu'elles fournissent de nouvelles images des organes sexuels féminins. Le sexe féminin n'est plus représenté, visuellement comme dans le discours, comme une absence, une cavité, un trou, un « rien ». Au contraire, la participation active du clitoris montre une correspondance directe avec le fonctionnement et la forme du pénis. Mais si la recherche médicale est à l'avant-garde et notamment grâce à l'implication des première-e-s chercheur-se-s qui ont propulsé les investigations dans ce sens, l'enseignement du savoir médical tout comme la pratique clinique restent ancrés dans la transmission d'une tradition ancienne. Les manuels d'anatomie médicale utilisés actuellement dans la formation de base de médecine n'intègrent pas ces nouveaux acquis de la recherche médicale (encadré 3.1).

#### **Encadré 3.4 Définition et représentation médicale du clitoris**

Définition extraite du manuel d'*Anatomie médicale. Aspects fondamentaux et applications cliniques*. de Keith L. Moore et Arthur F. Dalley (Paris : Éditions de Bœk, 2001, traduction de la 4<sup>e</sup> édition américaine, p.413).

« Le clitoris est un organe érectile localisé à l'endroit où les petites lèvres se rencontrent antérieurement. Il comprend une racine et un corps constitués respectivement, par deux piliers et deux corps caverneux, ainsi que le gland du clitoris recouvert par un prépuce. *Ensemble, le corps et le gland du clitoris, présentent une longueur d'environ 2 cm et leur diamètre est inférieur à 1 cm.* La

<sup>186</sup> Shafik A. Vaginocavernosus reflex. Gynecology and obstetrical investigation. *Journal of Sexual Medicine* 1993;35:114-17.

<sup>187</sup> Buisson O, Foldès P, Jannini E. et Mimoun S. The sonography of the coïtus in one volunteer couple. *Journal of Sexual Medicine* 2010;7:2750-54; Van Netten JJ, Georgiadis JR, Niuewenburg A. et Kortekaas R. 8-13 Hz fluctuations in rectal pressure are an objective marker of clitorally-Induced Orgasm in women. *Archives of Sexual Behaviour* 2008;37:279-85. Gravina GL, Brandetti F, Martini P *et al.* Measurement of the thickness of the urethrovaginal space in women with or without vaginal orgasme. *Journal of Sexual Medicine* 2008;5:610-18.

<sup>188</sup> Chalker R. *The Lost History of Female Ejaculation. In The Clitoral Truth, Seven Stories.* New York: Press; 2000.

partie antérieure des petites lèvres donne naissance à deux replis cutanés : l'un passe en avant du clitoris pour former le prépuce du clitoris et l'autre, plus postérieur ou plus profond, passe en arrière du clitoris pour former le frein du clitoris. *Contrairement au pénis, le clitoris n'est pas associé fonctionnellement à l'urètre ou à la miction ; son rôle est exclusivement réservé à la stimulation sexuelle. Le gland est la partie la plus richement innervée du clitoris.»*

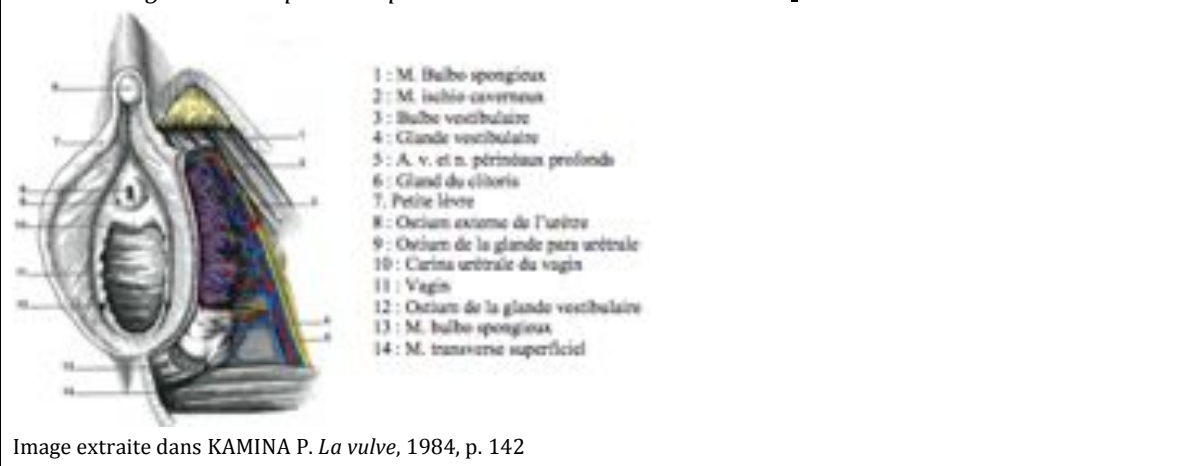


Image extraite dans KAMINA P. *La vulve*, 1984, p. 142

Les premières découvertes anatomiques de l'équipe australienne font l'objet d'un projet plus large que la seule avancée médicale. En 2005, une équipe réunit une réalisatrice uruguayenne, une production internationale et plusieurs intervenants du monde académique. Le projet prend la forme d'un documentaire<sup>189</sup> dont le but est de diffuser les découvertes scientifiques de l'équipe d'O'Connell sur l'anatomie et la physiologie sexuelle féminine. Un studio d'animation professionnel met au point des images numériques de synthèse capables de développer visuellement et animer les images produites par l'imagerie médicale. Le clitoris ainsi reconstruit ressemble à un organe dont l'aspect virilisé met en valeur toute sa puissance et sa fonctionnalité (figure 3.1). Il n'est donc plus représenté de manière frontale et plate, ses dimensions sont valorisées et par elles aussi son pouvoir symbolique.

<sup>189</sup> *Le clitoris, ce cher inconnu*. (52 min). 2005 Documentaire de Michèle Dominici, réalisé par Variety Moszinski et Stephen Firmin, en coproduction Cats & Dogs Films, Sylicone et Arte France.



Figure 3.1 Image de synthèse du clitoris, dans le documentaire *Le clitoris, ce cher inconnu*, 2005.

Plusieurs intervenant-e-s de renommée internationale et issu-e-s de différentes disciplines médicales (psychologie, urologie, psychiatrie) participent au documentaire ainsi que des activistes militants interrogés sur la sexualité féminine. Bénéficiant d'une grande production et d'un gros budget, ce film connaît une large diffusion sur des chaînes télévisées destinées au grand public. Les images du clitoris ainsi représenté rentrent dans l'espace public, le film ayant été diffusé à plusieurs reprises. Cette nouvelle image du clitoris vient changer la perception comme la valeur symbolique du sexe féminin, qui n'est plus représenté comme un objet passif et vide, mais au contraire devient une icône d'autorité et de capacité. L'image du clitoris acquiert une dimension politique lorsqu'elle est utilisée en 2010 dans la campagne de sensibilisation appelée « *Osez le Clito!* » (figure 3.2). Cette campagne est promue par l'association militante *Osez le Féminisme* créée en juin 2009 par certaines militantes du MFPPF.



Figure 3.2 Paris, 2010, Logo de la campagne imprimé sur les rues et les trottoirs de la ville.

Par cette campagne, menée dans certaines villes françaises, l'association souhaite sensibiliser au sujet de l'égalité entre hommes et femmes en matière de sexualité (figure 3.3). Cette campagne conteste explicitement la représentation du clitoris comme un organe dont le rôle serait mineur, qui a été caché, voire oublié des manuels pédagogiques et médicaux. L'affiche de la campagne, qui a été également diffusée dans plusieurs réseaux sociaux, stylise l'image synthétique produite dans le documentaire dont les sources sont les images médicales (figure 3.4).



Figure 3.3 Paris, 2010, Logo de la campagne imprimé sur les rues et les trottoirs de la ville.



Figure 3.4 Affiche de la campagne Osez le Clito

À l'aube de 2010, ces images montrent comment la campagne « Osez le Clito » et parallèlement le traitement désormais institutionnalisé des mutilations sexuelles confluent en une seule bataille. S'il ne l'est pas dit dans ces termes, le message est qu'aujourd'hui couper, au sens propre comme au figuré, représente une violation de droits d'égalité. Le mouvement *Osez le Féminisme* voit s'impliquer dans sa campagne de sensibilisation autour du clitoris, les mêmes acteurs que ceux investis dans la lutte contre les mutilations sexuelles, à l'instar du Gams. Les femmes excisées vivant en France ont également accès aux nouveaux discours concernant les droits sexuels. Vouloir un clitoris – et vouloir l'utiliser – est aujourd'hui un droit qui peut être revendiqué.

\*\*\*

En France, où la politique en matière de migration adopte le modèle assimilationniste, les MGF depuis leur apparition à la fin des années 1970 dans les hôpitaux publics sont durement condamnées. Des peines très sévères pour les auteurs, souvent les parents de victimes de l'excision, sont distribuées sans considérer le mobile de l'action. Le Code pénal est appliqué sans distinction, le rituel traditionnel africain étant jugé en France comme un acte criminel. La centralisation de la prise en charge fait que les initiatives ayant lieu en Ile

de France, sous l'impulsion de professionnelles de santé militantes, sont adoptées comme une norme sur tout le territoire national. Des campagnes de sensibilisation auprès des populations migrantes d'Afrique sub-saharienne en matière de mutilations sexuelles féminines sont systématiquement menées dans des centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) ainsi que dans des centres de protection maternelle et infantile (PMI).

Une politisation de l'activité médicale, de par les parcours spécifiques des professionnel-le-s de la santé engagé-e-s, mais aussi d'une justification humanitaire qui légitime désormais l'ingérence de la justice dans les questions de santé, va constituer le scénario politique idéal pour l'élaboration d'une politique de réparation. Dès 2004, les femmes excisées vivant en France ont officiellement droit à se voir rembourser une chirurgie reconstructrice du clitoris. La France devient ainsi un cas exotique, étant le seul pays à avoir réprimé durement ces pratiques à travers le recours de la justice et à avoir élaboré par la suite une forme de réparation chirurgicale pour les dégâts provoqués par cette même pratique. Si en cela, la France se distingue par rapport à tous les autres pays du monde (répression et réparation des MGF), les conditions qui ont permis la définition de telles solutions politiques ont pu être mises en exergue grâce à la comparaison avec l'Italie.

L'analyse du cas italien, comparé donc dans les phases d'émergence du problème social et de développement des formes de traitement, permet de relever deux points qui font de la France un cas unique. D'une part le glissement de l'action des *French doctors* des pays en voie de développement au sein de leur patrie, d'autre part l'intégration des revendications féministes dans les institutions à travers la conversion d'un savoir militant en savoir professionnel, et cela tout particulièrement dans le domaine de la santé. Ainsi légitimée par la *raison humanitaire* à opérer sur ces nouvelles figures précaires, la médecine devient le nouvel acteur censé réaliser la justice sociale. Face à un système juridique civiliste qui punit systématiquement lorsqu'une loi existe, la médecine coopère avec la justice à travers la *normalisation* des victimes de crimes. Reconnues handicapées dans leur sexualité à cause d'une injustice sociale qui leur a été faite, les femmes excisées vivant en France sont rachetées et libérées d'une culture opprimante à travers la réparation de leur mutilation.

Les droits sexuels, les rapports de race, la médecine sont ainsi reconfigurés, la réparation du clitoris ouvre sur une nouvelle problématique.



## ***Chapitre 4/ Réparation du clitoris. Sexualité, médecine et race***

---

Depuis son apparition sur la scène publique en qualité de problème social, l'excision a été pensée comme une forme de violence faite aux femmes. Cette violence atteint l'intégrité corporelle (mutilation) et se caractérise par sa connotation sexuelle (organes génitaux). À l'intérieur de cette double définition juridico-médicale, la sexualité des femmes excisées, dans la représentation dominante, est pensée comme une sexualité pathologique.

La reconstruction historique faite dans la première partie montre comment ce phénomène s'est transformé progressivement en problème social. La fin du colonialisme et la mobilisation des féministes ont ouvert un espace pour la dénonciation d'une pratique auparavant considérée comme « culturelle ». Le respect des rituels traditionnels, même lorsqu'ils étaient jugés « barbares », réglait les rapports entre le monde occidental colonisateur et les « bons sauvages » du Sud colonisé. L'apparition des « mutilations sexuelles » dans les agendas des organisations internationales déplace le traitement de cet objet qui, à partir de la fin des années 1970, n'est plus appréhendé comme un simple fait anthropologique. La reconnaissance médicale des atteintes à la santé d'une part, la reconnaissance de la violation des droits des femmes et des enfants de l'autre, ont contribué à la perception contemporaine des mutilations sexuelles comme une forme politique de domination des femmes au moyen de leur sexualité.

L'excision a été questionnée à travers le prisme du genre et des rapports inégalitaires entre hommes et femmes (Sindzingre, 1979 ; Echard, 1985) ainsi que sous l'angle de la domination masculine (Fainzang, 1985). L'excision a soulevé la question de la race et des inégalités entre populations du Nord et du Sud, dans la mesure où certaines pratiques sont tolérées lorsqu'elles sont effectuées en milieu hospitalier (chirurgie esthétique sexuelle, vagina design) en Occident et condamnées lorsqu'elles s'opèrent dans des milieux traditionnels (mutilations sexuelles) en Afrique (Essen, 2000 ; Obermeyer, 2005). Dans les années 1980, l'excision s'est imposée sur la scène internationale en termes de problème de santé publique. Transformée en « mutilations sexuelles féminines » par la voie du droit dès les années 1990, l'impact de l'excision sur la santé des femmes fait l'objet d'une reconnaissance sociale en France dans les années 2000. Le traitement de l'excision



s'institutionnalise finalement dans des formes de répression pénale et de traitement médical. En revanche, les travaux sociologiques n'ont guère interrogé la réparation clitoridienne en termes de *politiques de réparation* (Vergès, 2001 ; Bouda, 2008) et d'application des *droits sexuels* (Meeks, 2001 ; Corboz, 2009).

### **Les mutilations sexuelles à l'intersection du sexe et de la race**

Plusieurs travaux ont montré l'implication du genre dans les dynamiques concernant la reproduction du rituel traditionnel de l'excision (Accad, 1982 ; Herzi Hagi-Dirie, 1990 ; Couchard, 2003 ; Sow, 1997 ; Sylla, 1987 ; Tauzin, 1988 ; Villani et Andro, 2010), quand d'autres ont mis l'accent sur la différence ethnique et culturelle dans la construction de la sexualité (Arnfred, 2004 ; Gruenbaum, 1996, 2000, 2005 ; Johnsdotter, 2007 ; Lee Barnes et Boddy, 1995 ; Lightfoot-Klein, 1989b). L'ethnisation de l'interprétation des comportements sexuels a été dénoncée comme une volonté de *racialiser la sexualité des autres* (Hamel, 2006 ; Fassin et Fassin, 2006 ; Mucchielli, 2005). À dater des années 1990, la pression sociopolitique et économique de la part de l'Occident, à travers les ONG, sur les gouvernements africains afin que ceux-ci légifèrent contre les MGF, devient un objet de questionnement sociologique (Shell-Duncan et Hernlund, 2000 : 32-34). Les réflexions produites au sein de l'anthropologie médicale, critiquent l'emploi des seules catégories occidentales dans les débats et dénoncent le caractère idéologique de la construction médicale des MGF (Obermeyer, 2005 : 445). Une forme de *dénonciation de la dénonciation* trace les contours de ces critiques, qui opposent de manière par moment caricaturale le Nord et le Sud. En revanche, ma thèse laisse plutôt apparaître les points de convergence, l'implication des acteurs locaux qui intègrent et prennent le relais à l'intérieur des ONG dans le cadre de la coopération, le nombre croissant, relevé par les DHS, de femmes et d'hommes se disant opposé-e-s à l'excision (encadré 2.3).

Si le lien entre excision et complications sur la santé reproductive est critiqué, c'est tout particulièrement dans le domaine de la sexualité que le caractère culturel semble avoir de la peine à être endigué. Certaines études de l'anthropologie médicale affirment que la sexualité des femmes excisées ou infibulées peut être satisfaisante (Johnsdotter et Essen, 2000). D'autres études d'empreinte médicale s'efforcent de montrer l'importance du facteur culturel dans la sexualité, relativisant ainsi le caractère violent de la mutilation sexuelle

(Catania *et al*, 2007). Ensemble ces études affirment que la construction d'une sexualité défaillante, voire dysfonctionnelle et pathologique, chez les femmes excisées est produite par le fait que les enquêteur-ice-s mobilisent les seules catégories théoriques occidentales, qui sont souvent différentes de celles que les femmes interviewées mobiliseraient dans la définition du sexuel. La critique adressée à ce genre de thèses, est que cette approche de l'anthropologie culturelle et médicale fige dans des représentations plus qu'elles n'interrogent véritablement les agents insérés dans leur réalité sur le terrain. À l'opposé, ma thèse adopte les définitions et relève les significations que les femmes elles-mêmes donnent à leur excision. Ces dernières considèrent notamment leur excision comme un problème et afin de le résoudre, ces femmes élaborent des stratégies que cette thèse propose d'interroger. Les entretiens alors restituent la parole aux femmes excisées issues des migrations et vivant en France. Cette population de femmes qui font la demande d'une chirurgie clitoridienne montre que la migration constitue un facteur de la mondialisation et que par ce biais les acteurs se réapproprient en les transformant les catégories théoriques produites par les dominants.

Dans la question de la réparation de l'excision, la sexualité devient le terrain où les rapports de race, de genre et de classe sont reconfigurés. Les femmes excisées issues des migrations d'Afrique sub-saharienne sont marquées par des éléments (excision, migration, nationalité) qui les rend « différentes » des citoyennes françaises. Des pratiques indigènes des populations migrantes acquièrent une nouvelle connotation et une nouvelle définition dans le nouveau contexte. Le passé colonial et les anciens rapports de domination entre colonisateurs et colonisés ne sont pas complètement effacés, ils sont reconfigurés dans la politique d'immigration française. Cette dernière adopte le modèle assimilationniste, lequel, bien qu'il soit de plus en plus en crise (Noiriel 2006 : 159), demande l'intégration des étrangers aux valeurs de la République. L'analyse des interactions entre les acteurs ainsi que des biographies personnelles des femmes excisées, permet d'interroger comment la race est mobilisée dans la reconfiguration des rapports sociaux.

L'analyse en termes de race s'inscrit dans l'approche classique de Guillaumin (1992), qui tisse un parallèle entre la catégorisation sexuelle et les catégories empiriques raciales. Afin de restituer la complexité de l'imbrication de la race à l'intérieur des rapports entre les femmes et le corps médical, la race est interrogée selon les perspectives esquissées dans les *postcolonial studies* (Aschcroft, Griffiths, Tiffin 1995 ; Hawley 2001). Le genre y est

également questionné. Ce dernier, imbriqué à d'autres catégories, est traité à l'instar d'autres travaux qui ont mis en relief les rapports de pouvoir dans la construction du corps féminin et de la représentation de la sexualité, comme dans les exemples de cas analysés dans les colonies indiennes (Puri, 1999) ou africaines (Nfah-Abbeyi, 1997 ; Stoler, 2002). La relation entre les femmes excisées et les professionnel-le-s de santé met en scène des rapports entre Noirs et Blancs qui peuvent dialoguer avec les réflexions produites au sein du *Black feminism* (Collins, 2000 ; Dorlin, 2008, 2009) et de l'intersectionnalité (Crenshaw Kimberlé, 1991 ; Cherubini, 2011). Un parallèle est établi entre les interactions des acteurs sur un terrain local et les relations entre populations des pays du Nord et des pays du Sud. Le phénomène migratoire et la mondialisation produisent des effets sur le genre et sur la manière de penser et de vivre la sexualité (Bibard, 2010 ; Falquet *et ali*, 2010 ; Roux, 2011).

Le genre et la race sont finalement mobilisés pour questionner les droits sexuels ; les femmes excisées constituent une catégorie spécifique qui condense le stigmate social de la discrimination sexuelle et de la discrimination raciale. Toutefois, les évolutions sociales des représentations et des pratiques nécessitent de réinterroger cette catégorie des femmes qui n'est pas uniforme. Les femmes excisées se montrent capables de développer des logiques propres dans le cadre de ce processus d'acquisition d'une nouvelle position sociale. La réalisation des droits sexuels favorise donc l'entrée dans un nouvel espace social d'échange ; l'exercice de la sexualité, l'apparence du corps et l'accès au plaisir constituent des formes d'intégration sociale.

### **Médecine, genre et réparation du clitoris**

Si dans la médecine occidentale l'excision du clitoris avait été anciennement pratiquée pour soigner les « maux féminins » et pour corriger des difformités physiologiques, ailleurs qu'en Occident l'excision a été utilisée pour « *faire la femme* » (Sindzingre, 1979) en instituant son identité sociale à travers ce qui est considéré comme un rituel traditionnel. Par la mobilisation des acteurs tant au niveau local qu'au niveau global, l'excision a été reconnue comme un problème. Sa reformulation en termes de crime et de pratique nuisible pour la santé inscrit l'excision en France définitivement à l'intérieur d'un programme national de lutte contre la violence. Une chirurgie permet par la suite d'en réparer les dégâts, ce qui encadre la prise en charge des mutilations sexuelles dans le domaine médical.

Les travaux ayant problématisé la construction du genre notamment dans le domaine médical (Gardey et Löwy, 2000) ont mis en valeur la façon dont la médecine contribue à essentialiser des caractéristiques culturellement féminines en les attribuant à un fonctionnement déterminé par la biologie, la génétique ou l'anatomie de l'espèce humaine. Dans l'histoire de la médecine, les femmes ont été pensées et traitées comme des êtres froids, passifs, fragiles, malades et instables (Dorlin, 2006). Ces représentations médicales du corps féminin et de la féminité, tout court, constituent des sources importantes pour véhiculer une politique misogyne qui discrimine les individus en fonction de leur sexe. Plusieurs recherches ont montré comment la construction socialement et historiquement située des catégories théoriques utilisées dans le monde médical pour définir le genre ont produit une science médicale structurant sa pensée, ses découvertes et ses traitements sur la base d'un corps masculin, pris comme modèle d'universalité (Laqueur, 1992).

Le genre comme perspective de recherche est désormais intégré dans plusieurs disciplines des sciences sociales (Gardey, 2004 ; Bereni et alii, 2008 ; Neveu et Guionnet, 2009 ; Parini, 2006). Dans le cadre de ma problématique, le genre permet d'analyser à la fois les interactions entre les acteurs ainsi que le discours des femmes interviewées qui questionnent le concept de « féminité ». Mais si le genre, à l'instar de la culture ou de la langue, est une catégorie transversale qui se décline à l'intersection d'autres variables, la construction sociale des sexes, quant à elle, reste très médicalisée. Le classement des nouveaux-nés en deux catégories (« mâles » et « femelles »), qui s'effectue sur la base de l'observation des différences anatomiques et morphologiques (Fausto-Sterling, 2000), constitue un exemple classique et toujours d'actualité. Dès lors, ces deux catégories médicales s'institutionnalisent en catégories sociales qui font l'objet de toutes les pratiques administratives régulant la société (Agacinski, 1998) : toute personne est censée avoir un sexe à tout moment. Les femmes excisées à l'intérieur du parcours hospitalier souvent affirment ne pas se considérer comme des « femmes à part entière ». L'équipe médicale quant à elle reconnaît cette vérité énoncée et s'apprête à intervenir. La médecine, visant à reconstruire le clitoris, inscrit ainsi le genre dans une normalité physiologique.

Le clitoris, dont l'oubli a été dénoncé par les militantes (Groult, 1975 ; Hite, 1979 ; Mazaurette et Mascaret, 2008) et relevé par les scientifiques (Bajos et Bozon, 2008 ; Koedt, 1968 ; Scheper-Hughes, 1991 ; Buisson, 2011) est remis au centre de l'attention de la médecine dès la fin des années 1990. L'importante redécouverte de cet organe stimule de

nouvelles recherches scientifiques cliniques et fondamentales dans le domaine médical, permet la mise à jour des informations le concernant (O'Connell et alii, 2005). La représentation, autant graphique que théorique, du clitoris se modifie. Les découvertes montrent l'existence d'un organe bien plus long que ses représentations ne le laissent croire jusque dans les années 1990. Sa reconstruction chirurgicale donne la possibilité de reconstituer l'anatomie originelle du corps clitoridien (cf. chapitre 3). Cette opération se situe à l'intersection de la chirurgie réparatrice et de la chirurgie esthétique. D'une part cette chirurgie intervient sur un organe afin d'en rétablir la fonctionnalité, d'autre part elle vise à rétablir une apparence « normale » du sexe. Cette dernière, la dimension esthétique, est considérée centrale pour une réparation qui se définit comme complexe. Enfin, il est nécessaire de questionner la science médicale autant dans ses catégories théoriques (concernant le genre, l'excision, la réparation, la sexualité) que dans ses catégories pratiques (traitements thérapeutiques élaborés). Les études sociologiques concernant la chirurgie esthétique sont rares (Meidani, 2005 : 168), pourtant l'organisation morale de la corporéité s'organise aujourd'hui sur des normes esthétiques très précises et très puissantes qui engendrent, lorsqu'elles sont transgressées, un véritable processus de stigmatisation (Meidani, 2005 : 170), voire de handicap.

La catégorie du handicap apparaît de manière implicite et explicite dans la demande des femmes excisées qui recherchent une normalité physique et sexuelle. Afin d'explorer les nouvelles normes de la sexualité, telle qu'elle est réglementée dans un espace biomédical, il a été central d'interroger la catégorie du handicap en mobilisant cette fois-ci les outils théoriques des *disabilities studies* (Hughes et Paterson, 1997 ; Erikson et Shakespeare, 2000). Ce champ académique, à l'instar des *women studies* et des *feminist studies*, se caractérise par son ancrage dans un mouvement social. Dans cette approche, les personnes concernées sont considérées comme détentrices de savoirs experts. Par l'expérience physique, mentale et sociale, les personnes concernées ont accès à une connaissance de la réalité qui peut être identifiée de « *culture handicapée* » (Albrecht, Ravaud et Stiker, 2001 :44). Or, en appliquant cette approche à la catégorie des femmes excisées et en l'insérant à l'intérieur d'une sociologie de la sexualité, la question de la réparation est traitée à la lumière d'une nouvelle catégorie : la *sexualité excisée*. Cette catégorie pourrait être définie comme toute expérience sexuelle où le plaisir clitoridien est nié, au-delà de l'excision réelle.

Dès l'année 2000, en France, une chirurgie reconstructrice du clitoris débute dans une clinique publique de la banlieue parisienne par l'initiative singulière d'un urologue français. L'originalité de l'expérience française, vis-à-vis du traitement des MGF, qui a été mis en lumière à travers la comparaison avec l'expérience italienne, consiste principalement dans la reconnaissance au droit à la « réparation » du clitoris des femmes excisées. Cette cause a été portée et défendue autant sur le terrain des féministes qu'à l'intérieur de la médecine humanitaire. La complexité de cette mobilisation, l'hétérogénéité des postures politiques et idéologiques revendiquées, font de la « chirurgie réparatrice » un objet stratifié. La nécessité de faire intervenir une équipe médicale pluridisciplinaire pour réhabiliter une femme victime d'excision est au centre de la problématique traitée et du questionnement sociologique de cette thèse. La France dans ce sens est un cas particulier et pour cela exotique, étant le seul pays à réprimer et réparer les mutilations sexuelles féminines.

La réparation du clitoris est donc l'objet d'une mobilisation polyvalente et complexe en termes de discours, de sources, d'acteurs et de techniques. À l'intérieur du parcours de réparation, le clitoris fait l'objet d'une revendication plus large, il devient l'enjeu d'une réparation autant physique que politique. Ainsi la revendication féministe du droit au plaisir sexuel s'institutionnalise à l'intérieur de la médecine. Des femmes médecins militantes s'engagent dans la réparation de l'excision, l'équipe médicale est investie de la fonction à la fois de dénoncer et de réparer. Si la question de la « libération sexuelle » continue à être invoquée dans les discours des médias et par les professionnelles de la santé, dans la pratique la sexualité des femmes est contrôlée, réglée et normalisée dans un cadre médical.

### **Sciences sociales, féminisme et sexualité**

L'évolution de la perception, comme de la définition, de la violence faite aux femmes a un impact évident sur l'évolution des normes, des conduites et des représentations sexuelles. À l'instar d'autres changements touchant la sphère sociale et économique, l'égalité est un principe audible et revendiqué. Dans la sexualité, l'égalité passe par la revendication des droits sexuels. Si la formalisation de l'égalité passe par la désignation de nouveaux droits (droits sexuels), l'argument médical est invoqué lors qu'il s'agit de réaliser

l'égalité dans tel domaine. Un lien étroit se tisse ainsi entre la santé, le bien-être et la sexualité (annexe 4A).

L'apparition de la sexologie comme nouvelle *science de la sexualité* contribue grandement à médicaliser la sexualité (Giami et de Colomby, 2002, Giami, 2007) ainsi qu'à inventer de nouveaux troubles sexuels. La sexualité s'affranchit d'un traitement strictement pathologique (gynécologie, psychiatrie), reproductif (obstétrique) ou moral (religion, droit), elle est en revanche abordée dans l'ère contemporaine sous l'angle du dysfonctionnement (Bejin, 1990). Fusionnant différentes disciplines médicales, la sexologie se base sur des savoirs gynécologiques et utilise un langage psychologique issu principalement de la psychiatrie, discipline largement représentée dans la réorientation professionnelle des sexologues (Giami et de Colomby, 2001). De l'autre côté, la démocratisation de l'espace sexuel permet une diffusion et une banalisation des savoirs médicaux à l'intérieur des médias. Ces savoirs ainsi disponibles, s'ils semblent émanciper l'individu qui est désormais « expert de sexualité », favorisent la circulation d'une représentation médicale de la sexualité tout comme l'apparition des nouvelles contraintes quant à la gestion de la sphère intime et sexuelle.

La sexualité a été étudiée par les sciences sociales, d'abord par l'approche ethnologique et anthropologique, deux disciplines qui se sont initialement intéressées aux comportements et aux coutumes des populations lointaines. La sexualité était observée comme une mise en scène de comportements exotiques. Les différences culturelles caractérisant les relations entre hommes et femmes dans diverses sociétés ont été ensuite relevées (Mead [1948] 1966 ; Caplan, 1987 ; Jackson, 1978), la gestion de la sexualité était décrite en comparaison d'une sexualité occidentale à la fois normale et naturalisée. Les travaux historiques sur la sexualité occidentale (Flandrin, 1981 ; Bejin, 1984 ; Foucault, 1976, 1984) et les premières enquêtes sur la sexualité (Kinsey, 1948, 1953 ; Simon, 1970 ; Gagnon et Simon, 1974 ; Spira et Bajos, 1993 ; Bajos et Bozon, 2008) ont ouvert ce champ de recherche aux sciences sociales, permettant ainsi le questionnement des représentations et des pratiques, des différences de genre et des inégalités aussi à l'intérieur de notre société. Les féministes ont notamment dénoncé l'inégalité d'accès à une gestion et à une définition indépendante du plaisir sexuel masculin (Jackson et Scott, 1996 ; Holland et Sharpe, 1998). Des activistes ont par la suite reformulé ces réflexions à l'intérieur d'un

raisonnement juridique et théorisé ainsi les droits sexuels (Corrêa, Petchesky et Parker, 2008).

La sexualité des femmes excisées est souvent étudiée sans questionner la catégorie théorique de l'excision, envisagée selon la définition dominante qui s'est imposée sur la scène publique. À l'intérieur de cette définition, la sexualité des femmes excisées est une sexualité mutilée, marquée par la violence, voire par la précarité (Ribeiro, 2011). De ce point de vue, l'excision devient un élément troublant la sexualité, qui affecte, voire empêche, toute forme d'épanouissement sexuel. Ainsi appréhendée, l'excision est une forme de handicap de la santé (Andro et alii, 2009). Certaines recherches consacrées au sujet ont pourtant mis en évidence le caractère culturel de la sexualité et la dimension interculturelle de la définition du plaisir (Obermeyer, 2005) et leur expérience orgasmique (Catania *et ali*, 2007). Le questionnement de cette pratique du point de vue anthropologique a conduit certaines recherches à comparer le caractère de ces pratiques traditionnelles du Sud avec des pratiques médicales à caractère esthétique effectuées dans les pays du Nord (Essen, 2000 ; Obermeyer, 2005).

Ma thèse, dans laquelle le parcours biographique et le profil sociologique des femmes sont décrits, utilise l'approche des *scripts sexuels* pour enquêter sur cette population spécifique. La théorie des *scripts sexuels* (Gagnon, 2008) permet d'étudier le cadre particulier à l'intérieur duquel les rapports sexuels se déroulent. Cependant, la sexualité des femmes est sans cesse mise en lien à d'autres domaines de la vie des interviewées (profession, maternité, migration, réparation médicale, formation, conjugalité) avec lesquels les catégories théoriques et pratiques, mobilisées par les femmes elles-mêmes pour décrire leurs expériences sexuelles, évoluent selon leurs expériences personnelles. La sexualité est alors observée en interrogeant à la fois les femmes excisées vis-à-vis de leurs expériences intimes et les soignants, qui mobilisent d'autres catégories pour interpréter les expériences des patientes. Les comportements sexuels et les choix effectués par les femmes à l'intérieur des « *orientations intimes* » (Bozon, 2001) sont aussi traités. L'expérience personnelle et sexuelle des femmes excisées vient apporter des éléments pour une sociologie de la sexualité. Le questionnement de l'institution hospitalière, dans laquelle le parcours de réparation est encadré, apporte, quant à lui, une compréhension des formes de traitement.



Les représentations médicales (de la sexualité, de l'excision, de la réparation) sont ensuite interrogées à la lumière des expériences personnelles des femmes telles qu'elles apparaissent dans leurs récits biographiques. Ces récits montrent que les femmes excisées mobilisent d'autres références, au-delà de la médecine, comme par exemple la pornographie. Les médias constituent aujourd'hui la source et les références principales au niveau écrit et visuel, et véhiculent dans ce sens des orientations normatives concernant l'idée de beauté et de féminité. Une approche de la sociologie des médias est partiellement intégrée dans ce travail à travers l'analyse d'un blog et la comparaison à d'autres études concernant la pornographie, prises comme point de références théoriques.

### **Hôpital, formes de réparation et droits sexuels**

L'hôpital est le lieu où se régulent les droits à travers leur mise en application. C'est la raison pour laquelle j'ai choisi d'effectuer un terrain en milieu hospitalier. Si d'une part, enquêter à l'hôpital permet d'observer comment un savoir particulier s'élabore et se négocie, d'autre part l'hôpital constitue le lieu qui donne un accès privilégié à la fois à une population spécifique (les femmes excisées) et à un sujet sensible (excision, sexualité). Le regard critique porté sur l'institution médicale permet de restituer une analyse des formes de construction du savoir normatif, des logiques d'administration des normes et enfin des conditions d'accès ou d'exclusion du droit à la réparation.

Cette thèse s'inscrit dans le cadre théorique des principaux travaux sociologiques effectués à l'intérieur de l'hôpital autant dans la tradition anglo-saxonne (Becker, Geer, Hughes et Strauss, 1961 ; Laub Coser, 1958 ; Bucher et Strauss, 1961 ; Goffman, 1968 ; Freidson, 1984 ; Fox, 1988) que dans la tradition française (Chauvenet, 1973 ; Herzlich, 1969, 1970 ; Steudler, 1972, 1974). Les sociologues ont étudié l'hôpital autant selon le point de vue des patients, de leur vécu et de leur processus de construction de la maladie (Kleinmann, 1988 ; Aiach, Kaufmann et Waissman, 1989 ; Aiach et Cèbe, 1991 ; Fassin, 2006 ; Jaffré et de Sardan, 1999), que du point de vue des professionnels de la santé et de leur investissement dans la profession médicale (Baszanger, 1990 ; Peneff, 1992 ; Sansaulieu, 2007 ; Binst, 1990). À ma connaissance, il n'existe pas de travaux sociologiques qui croisent ces deux points de vue, les expériences des patients d'une part, l'activité professionnelle et le savoir médical d'autre part. La problématique de cette thèse

ambitionne d'interroger les deux acteurs, dont les logiques produites (Foucault, 2009) sont à la fois différentes et complémentaires ; le croisement de ces dernières donne à voir un pouvoir (le pouvoir médical) en relation à un contre-pouvoir (les stratégies des femmes). La volonté de sortir d'une pensée dichotomique des binômes classiques m'a poussée à faire émerger la complexité des acteurs en jeu, parfois leur ambiguïté qui empêche de les catégoriser dans une opposition binaire simple. L'institution hospitalière, quant à elle, a été questionnée par l'implication professionnelle et personnelle des membres de l'équipe, dont les arguments amenés – et non pas leurs actions – dans le processus de négociation de la réparation clitoridienne font l'objet de mon intérêt principal.

Si l'hôpital est considéré comme un organisme administratif des droits à la santé, et tout particulièrement à travers la théorisation de la figure de la victime en son intérieur (Fassin et Rechtman, 2007 ; Dodier, 2004 ; Barbot, 2002 ; Mathieu et Lefranc, 2009), il a été seulement récemment interrogé comme un organisme *administratif des droits à la sexualité* (Tain, 2010 ; Guyard et Mardon, 2010 ; Guyard, 2010). C'est dans cette deuxième optique que l'hôpital est analysé ; il est notamment vu comme un organisme étatique *d'administration politique de la sexualité*. Explorer l'expérience intime dans le parcours de reconstruction de la sexualité, permet d'observer le degré d'achèvement et d'application des droits sexuels. Si les droits sexuels sont mentionnés dans les débats politiques autant par les mobilisations internationales d'inspiration féministe que par leur institutionnalisation au sein d'organismes internationaux des Nations unies, cette étude interroge leur mise en application pratique, l'accès concret et la réalisation dans la vie quotidienne de ces mêmes droits.

L'hypothèse explorée est que les droits sexuels pour se faire admettre sont soumis à un processus de reconnaissance d'une expérience traumatique dont la réparation est possible parce qu'elle passe par la médicalisation de la sexualité. Le traumatisme provoqué par la violence et la dysfonction pathologique constatée rendent possible la demande de réparation en termes de violation et par celle-ci la revendication d'accès aux droits à la sexualité. En dehors du parcours institutionnel de la gestion juridique en matière sexuelle, la négociation de l'intime continue à se dérouler dans la sphère du privé. Les comportements sexuels dénotent une évolution dans l'égalité notamment à travers la réciprocité en faveur des femmes (Bajos et Bozon, 2008). Afin de répertorier également les formes de mobilisations individuelles à l'intérieur de parcours particuliers, cette thèse

sonde les stratégies élaborées par les femmes à l'intérieur du couple pour négocier les services offerts et la distribution des plaisirs échangés. L'intérêt de se plonger dans l'expérience personnelle du parcours de reconstruction de l'intimité des femmes excisées permet de mettre en lumière également la « banalité » (Trachman et Tabet, 2010) de ces échanges sexuels.

Finalement ce travail apporte un éclairage quant aux formes, aux modalités et aux conditions de réalisation des droits sexuels, à questionner la circulation des normes à l'intérieur d'une mondialisation de l'espace sexuel, notamment lorsque ces dernières font l'objet d'une nouvelle configuration des rapports entre les populations et les équilibres entre le Nord et le Sud. La régulation de ces échanges, la réparation par les pays du Nord d'un crime commis dans et par les pays du Sud, où le crime est construit médicalement comme une expérience traumatique qui handicape la femme dans un espace démocratique et « libéré » de la sexualité, se fait au sein de l'institution hospitalière. Le monde médical, ses savoirs et ses pratiques font l'objet d'une mise à jour à la lumière de cette problématique spécifique. Le genre, la sexualité, la médecine, le féminisme se rencontrent dans ce lieu particulier, l'hôpital, observé à travers le pluralisme méthodologique et analysé à la lumière de l'intersection de toutes les catégories impliquées dans la construction de ce nouvel objet : la réparation de la sexualité.

## **Annexe 4A Définitions de sexe, sexualité, santé sexuelle et droits sexuels selon l'OMS, 2010.**

*Measuring sexual health: conceptual and practical considerations and related indicators*

Geneve, World Health Organization 2010

**Sex:** the biological characteristics that define humans as female or male. While these sets of biological characteristics are not mutually exclusive, as some individuals possess both, they tend to differentiate humans. In general, in many languages, the term 'sex' is used to mean 'sexual activity', but the above definition is preferred for technical purposes in the context of discussions of sexuality and sexual health.

**Sexuality:** a central aspect of being human throughout life, which encompasses sex, gender identity and role, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviour, practices, roles and relationships. While sexuality can include all these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, ethical, legal, historical, religious and spiritual factors.

**Sexual health:** a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive, respectful approach to sexuality and sexual relationships and the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled.

**Sexual rights:** human rights that are already recognized in national laws, international human rights documents and other consensus statements. They include the right of all persons, free of coercion, discrimination and violence, to: the highest attainable standard of sexual health, including access to sexual and reproductive health-care services; seek, receive and impart information related to sexuality; education on sexuality; respect for bodily integrity; choose their partner; decide to be sexually active or not; consensual sexual relations; consensual marriage; decide whether or not, and when, to have children; and pursue a satisfying, safe and pleasurable sexual life. The responsible exercise of human rights requires that all persons respect the rights of others.



**DEUXIEME PARTIE - PLURALISME METHODOLOGIQUE EN  
MILIEU HOSPITALIER**



## ***Chapitre 5/ Elaborer une stratégie méthodologique***

---

« Si l'on veut comprendre quel est l'objet de la sociologie, il faut être en mesure de prendre mentalement ses distances avec soi et de se percevoir comme un homme parmi d'autres. » Norbert Elias, 1970

« Un objet se constitue par la manière dont les gens sont prêts à agir envers lui » Howard S. Becker, 2002 [1998]

La problématique de la recherche telle qu'elle a été énoncée (chapitre 4) se révèle multidimensionnelle. Le défi consiste précisément dans l'objectif de vouloir explorer à la fois l'expérience sexuelle et personnelle des femmes excisées faisant demande d'une reconstruction clitoridienne et l'élaboration d'un savoir technique et scientifique (le savoir médical). S'intéresser à l'expérience des femmes excisées permet d'enquêter sur la sexualité des femmes, s'inscrivant ainsi dans une approche désormais classique de la sociologie de la sexualité (Bozon, 2005). Toutefois l'expérience spécifique des femmes excisées entreprenant une demande de réparation, se situe sur un terrain au carrefour d'une sociologie de la sexualité et d'une sociologie de la médecine, ce qui demande d'explicitier à la fois les logiques des femmes engagées dans leur démarche de reconstruction de la sexualité et les logiques médicales dans leur processus d'élaboration d'un savoir expert et d'une technique réparatrice.

### **L'hôpital comme choix stratégique**

Si dans la première partie de la thèse, l'intérêt pour la question de la réparation a mis au centre les discours, la définition des MGF et les stratégies résolutive élaborées par les acteurs impliqués sur le terrain des mobilisations collectives, la deuxième partie quant à elle, vise à observer les pratiques professionnelles du corps médical et l'expérience des femmes concernées par la chirurgie reconstructrice du clitoris.

L'hôpital représente le lieu idéal pour enquêter sur l'excision. Le sujet tel qu'il a été problématisé (chapitre 4) s'insère dans une perspective de recherche polyvalente. Plusieurs



facettes du prisme sont sollicitées, l'excision étant interrogée autant auprès des acteurs de la santé que des femmes directement concernées. La construction de l'excision comme problème de santé publique et comme crime est un acquis dans l'espace institutionnel. Mais comment cet acquis influence-t-il les représentations médicales permettant à leur tour d'élaborer les catégories utilisées dans les activités thérapeutiques (diagnostic, évaluation des dossiers, types des questions posées, éléments retenus, etc.) ? L'excision comme crime et handicap est par ailleurs présent aussi au sein des discours des femmes formulant une demande de réparation. Ce sont les discours auxquels ces femmes, migrantes de première ou deuxième génération, ont accès. Si un débat anthropologique quant aux formes dominantes de représentations de l'excision et aux types de construction ethnocentriques de ce phénomène en tant que problème existe, la population spécifique des femmes impliquées dans cette étude confirme plus qu'elle ne dément le discours institutionnel sur l'excision. On peut se demander s'il s'agit d'une stratégie pour obtenir un bénéfice qui dans le cas précis acquiert la forme d'une chirurgie réparatrice : ce sont des hypothèses à examiner sur le terrain.

Bien que sujet médiatisé, l'excision insérée dans l'expérience personnelle reste un sujet sensible. L'aborder ne va pas de soi, un dispositif méthodologique précis nécessite d'être élaboré. Les femmes excisées en démarche de réparation, de par leur statut souvent méconnu par les femmes elles-mêmes (Andro et alii 2009a :9), constituent une population à la fois très spécifique et « difficile à atteindre » (Schiltz, 2005). La difficulté d'aborder le sujet de l'excision en dehors de l'espace médical vient du fait que cet espace – l'hôpital - a été historiquement construit comme le lieu légitime pour parler à la fois d'excision et de sexualité dans les sociétés occidentales. Un terrain en milieu militant aurait risqué de reproduire non seulement le discours dominant sur l'excision (construite comme crime) – ce qui est le cas aussi dans l'hôpital – mais aussi un discours politisé promouvant la vision stéréotypée des femmes excisées comme « victimes », ce qui constitue une stratégie des politiques de reconnaissance. En dehors de ces espaces (l'association, l'hôpital), les discours sur l'excision sont rares. La population étudiée dans cette recherche est donc une population sélectionnée : ce sont des femmes excisées, vivant en contexte migratoire et qui considèrent leur excision comme un problème. Cette population est interrogée sur les pratiques et les discours qu'elles-mêmes portent sur l'excision et sur la réparation.

L'accès au terrain hospitalier m'a permis d'interroger la sexualité des femmes excisées dans une démarche de reconstruction de leur sexualité, mais également d'observer comment la médecine, ainsi que concrètement les professionnels de la santé sur le terrain négocient avec les revendications politiques relativement aux droits sexuels. Dans le cas des femmes excisées qui demandent une réparation du clitoris, une double logique se dégage qui est révélatrice à la fois d'un engagement féministe dans le monde professionnel que d'une mission humanitaire de rachat d'un passé colonisateur. Le sentiment de justice se dégage à fur et à mesure que l'on observe l'histoire de la mise en place des équipes pluridisciplinaires observées (chapitre 6) et la réparation du clitoris acquiert une véritable dimension politique.

Faire un travail ethnographique en milieu hospitalier m'a permis de questionner les actions des professionnel-le-s de santé impliqués en termes d'exécution des étapes prévues par le protocole (ouverture du dossier, distribution des questionnaires, consultations, examen clinique, etc.). Les décisions restent toutefois exécutées par des personnes, et la présence participante au sein de l'équipe, m'a permis aussi de faire dialoguer les activités professionnelles avec les parcours et les sensibilités individuelles des spécialistes. L'ethnographie en milieu hospitalier m'a permis de me familiariser à la fois avec un langage spécifique et des concepts propres à chaque discipline, ainsi qu'au pouvoir d'action des différentes disciplines (arguments, type de discours, prise de parole, pouvoir décisionnel). La participation aux réunions d'équipe quant à elle m'a permis de tester les idées explicatives concernant la réparation clitoridienne et de les réviser sans cesse. Dans ce sens, la participation constante m'a introduit à l'apprentissage et à l'usage des « langues usuelles techniques et argotiques ainsi qu'aux codes d'initiés » (Peneff, 1998 : 182), ces codes utilisant autant le langage oral, que gestuel ou administratif. Mon objectif a été celui d'observer les comportements et les arguments mobilisés dans l'élaboration d'un protocole de santé. Inversement, je n'ai pas effectué des entretiens de professionnel-e-s de la santé puisque je n'étais guère intéressée par les représentations que le corps médical a de la médecine. Ce qui m'intéressait était d'observer la manière dont les acteurs appliquent leurs propres représentations de la réparation clitoridienne, et comment ils défendent l'hégémonie culturelle de ces représentations.

Les spécialistes sont conscients de la limite de la « vérité corporelle » et de l'implication d'une dimension symbolique dans la réussite de la procédure réparatrice.

Dans ce sens, le corps « réparé », ou mieux le sexe réparé, s'insère dans un dispositif social et politique qui permet au préalable telle réparation et en reconnaît des effets plus vastes (acquisition d'un outil, apprentissage de l'usage ; transformation des habitudes et des pratiques ; acquisition d'un pouvoir d'action ; changement des dynamiques et des typologies de relations).

Travailler au sein d'une institution signifie redéfinir le cadre de son travail en englobant les règles, les modes de conduites et les croyances qui animent l'institution elle-même. Si les réflexions sur un code d'éthique de la recherche en sciences sociales est une question ouverte actuellement, dans le champ médical la formalisation d'une « éthique », voire d'une déontologie de la recherche, est depuis longtemps codifiée et constitue une obligation ayant un effet autant sur la forme que sur le contenu de la recherche. L'accès aux femmes excisées m'a été consenti par le fait que j'intégrais l'équipe. Il n'a été donc pas question d'élaborer un protocole de recherche, puisque j'intégrais « les valeurs » de l'équipe. Dans ce sens, les questions éthiques (confidentialité, anonymat) ont été respectées.

### **Rôles choisis, rôles imposés : les effets de la sociologie spontanée**

Comme d'autres handicaps, la condition ethnographique peut être abordée de deux façons : en essayant de la contenir ou en la tournant à son avantage. Michael Burawoy, 1998

Une stratégie méthodologique doit autant pouvoir se justifier sur le plan théorique que se réaliser sur le plan pratique. L'entrée sur le terrain constitue en soi une preuve qui teste la compréhension que le chercheur ou la chercheuse ont au préalable sur son sujet et ses enquêté-e-s. Entrer dans une institution nécessite un discours de présentation en accord aux objectifs propres de l'institution elle-même. Le rôle alors occupé dans l'institution correspond plus à l'image et au sens que les autres – professionnel-le-s dans l'institution – ont de nous qu'au véritable rôle, objectif et motivations que le chercheur ou la chercheuse attribue à sa recherche. Dans mon cas, plusieurs rôles m'ont été assignés, dont l'inscription institutionnelle est restée constante alors que la valeur et la position hiérarchique attribuée ont varié.

### Négocier son entrée

L'entrée dans ce que j'indique comme le Service A, pour l'hôpital de Paris, et le Service B, pour l'hôpital en Seine Saint Denis, est le fruit d'une série de conjonctures d'opportunité et des choix personnels. Elle coïncide avec mon mandat de recherche au sein de l'enquête nationale « Excision et Handicap » (encadré 3.1).

Engagée par le Centre de Recherche de l'Institut de Démographie de l'Université Paris 1 (CRIDUP) et l'Institut National des Etudes Démographiques (INED) en qualité d'enquêtrice au sein de l'enquête ExH, je suis rentrée, par ce biais, en novembre 2007 sur ce qui est devenu par la suite mon terrain de recherche. L'enquête a été effectuée au sein du Service B<sup>190</sup> en novembre 2007. Mon terrain de thèse, démarré à ce moment, dure au sein de ce service environ huit mois. Bien que relativement brève, cette période a constitué la phase très importante, voire essentielle, de familiarisation avec un nouveau langage (jargon médical, les codes des indigènes) et avec les acteurs (personnages du terrain). C'est notamment la période où j'ai fait la connaissance des personnages concrètement impliqués à la fois tant dans la lutte contre l'excision (encadré 3.2) que dans l'action thérapeutique de la réparation. Le sujet de l'excision trouvait à cette époque toute sa pertinence en milieu hospitalier. Le débat politique ayant été initié bien avant (chapitre 3), ce sujet bénéficiait d'une légitimité particulière au moment de ma rentrée sur le terrain, ce qui a favorisé tout à la fois mon intégration au sein des deux équipes et l'acceptation de mon sujet de recherche.

À l'occasion de l'inauguration de la nouvelle « Unité de soin », telle qu'elle a été baptisée au sein du Service B, j'ai rencontré la sexologue qui me propose d'intégrer son équipe. Ainsi j'entre, un mois plus tard, au sein du Service A. La sexologue du Service A, rencontrée lors de la présentation officielle du Service B, représente – pour ma recherche – une porte d'entrée dans son équipe. Particulièrement engagée sur le terrain, favorable à l'enquête nationale ExH et de manière générale à la recherche en sciences sociales, elle a manifesté une proximité avec moi et vu un intérêt dans la recherche que je menais dans le cadre de mon doctorat. Entrée en décembre 2007 dans le Service A, je reste au sein de cette deuxième équipe médicale jusqu'à mars 2009, moment de ma sortie définitive du terrain de recherche. L'activité collective principale, au sein des deux services, qui réunit les membres et qui m'a permis de partager une de leurs tâches professionnelles, est la *réunion de staff*.

---

<sup>190</sup> Les noms de « Service A » et « Service B » correspondent à la chronologie de leur ancienneté et non à la chronologie de mon terrain de recherche. En décembre 2007, j'intègre le Service A avec un mois de décalage de mon entrée dans le Service B, qui s'était faite en novembre 2007.

Aux yeux de l'équipe, cette activité acquiert une fonction pédagogique pour une interne. Dans mon cas, la qualification de formation me vaut le titre attribué de « stagiaire », ce qui pourtant se décline sur des responsabilités et des libertés différentes au sein de deux Services.

### **Service B : d'une observation participante ...**

Au sein du Service B, j'ai donc négocié mon entrée en qualité d'enquêtrice. Par ce biais, j'ai été amenée à travailler au sein du Planning familial du Service B où plusieurs médecins exerçaient. Initialement, je me rendais au travail et je collaborais avec les gynécologues de service qui n'étaient pas tous ou toutes impliqués dans le service spécifique de réparation clitoridienne. Ce dernier, appelé « Unité de Soins », venait d'être tout nouvellement constitué. La responsable de l'unité, gynécologue et chirurgienne, n'était pas particulièrement disposée à m'intégrer dans son équipe initialement, elle veillait plutôt à protéger une nouvelle patientèle qui était en train de se former. Ma présence, comme de manière générale l'enquête ExH, constituaient aux yeux des spécialistes de la nouvelle Unité de soins naissante, plus une forme d'interférence que de collaboration.

Toutefois, j'arrive assez rapidement à obtenir l'autorisation de la part de la chef de l'Unité de soins à assister aux réunions de staff. En janvier 2008, j'intègre donc l'équipe médicale du Service B et j'assiste à la première réunion qui a lieu après la présentation officielle à laquelle j'avais également assisté. Entre-temps, les deux mois passés au sein de l'hôpital dans le cadre de l'enquête ExH m'ont permis de comprendre les relations se nouant entre le personnel. Cette connaissance des lieux et des relations interpersonnelles m'a donc permis d'éviter de faire des erreurs comme le fait de choisir des « mauvais alliés ». Au sein de ce service, en réalité je suis restée plutôt sur ma garde, assez détachée, ce qui n'a pas été forcément un effet recherché. Au sein de l'équipe B, je n'ai jamais franchi la ligne imaginaire de sécurité qui a maintenu une certaine distance avec les membres de l'équipe pendant tout mon terrain. Initialement entrée comme « enquêtrice », je suis présentée aux personnes présentes comme une « stagiaire » dès la première réunion de staff, rôle que je garderai pendant toute la période passée dans le Service B.

En qualité de stagiaire, j'ai donc le droit de prendre des notes, d'écouter, d'enregistrer les séances, de poser éventuellement des questions, mais cela encore de manière non envahissante. Ce rôle, comme première expérience de terrain dans un hôpital français me

convenait parfaitement. L'originalité de ce terrain tient au fait que j'ai pu observer la construction d'une équipe depuis sa naissance (la présentation publique) à la mise en place de ses premières activités. Assister aux premières réunions m'a permis d'observer le travail d'organisation et de coordination d'une nouvelle équipe, l'agencement des rôles et des temporalités, les débats sur le vocabulaire à employer. Avec le temps, et avec cette distance accordée, j'ai eu le temps de me familiariser avec les rôles des professionnels, les pouvoirs d'action particuliers de chacun-e, les intérêts et l'investissement singulier des membres, les relations d'amitiés et d'inimitiés, les rivalités, les désaccords qui se nouaient. Par exemple, le chef de Département du Service B, qui n'est pas chef de l'Unité de soin, rôle occupé par une autre gynécologue, était lui particulièrement favorable à mon accueil au sein de son Département, ce qui n'était pas forcément le cas de la gynécologue cheffe d'Unité de soin, du moins initialement. Finalement tisser des liens avec elle, lui adresser directement la question, a été fondamentale pour intégrer son équipe.

Le temps passé au sein du Service B fut nécessaire pour entrer dans l'institution, y connaître ses règles et ses mœurs, apprivoiser un système de raisonnement. Pendant ce temps, j'ai surtout observé en silence, mes interactions se limitaient aux formalités et au partage du repas lors des réunions de staff. Ces occasions sont pourtant au centre de la vie d'une organisation, car elles permettent de créer de la cohésion au travail, des formes de coopération spontanée (Peneff, 2001 : 187). Comme il a été déjà analysé par Peneff, les échanges de biens et de services sur le lieu du travail, l'apport de la nourriture ont notamment le but de se sustenter en économisant le repas et d'assurer une fonction conviviale à travers le partage (Peneff, 2001 : 188). Les activités de partage alimentaire venaient fixer la volonté de l'équipe de partager les idées.

### **Service A : ... à une participation observante**

Bien différent est le terrain effectué au sein du Service A. Invitée à la première réunion de staff, je décide de présenter mon parcours en rappelant ma dernière formation de Master en Santé, population et politiques sociales, ce qui est accueilli de manière particulièrement favorable par le chef du Département de gynécologie et obstétrique qui dit avoir besoin de quelqu'un qui fasse une étude « en santé publique » dans son service. Dès la première rencontre, le chef de service me demande de faire un travail sur les dossiers des femmes non-opérées pour *comprendre les raisons d'abandon et de refus chirurgicaux*. La

présentation des résultats a lieu un peu plus tard lors d'une réunion d'inter-service<sup>191</sup> en juin 2008. Cette étude est appréciée par le chef, suscite le débat parmi les spécialistes, qui s'interrogent sur les différents aspects qu'il faut prendre en compte ou exclure dans l'évaluation du dossier. Dans la discussion, ils m'oublient, ce qui me permet de reprendre ma position d'observatrice, tout en participant à la réunion.

Cette commande formulée par le chef du Département, m'a donc permis de négocier l'accès aux dossiers médicaux. Initialement il m'avait été confié d'étudier seulement les cas d'abandon et des refus chirurgicaux, ce qui ne coïncidait pas avec mes intérêts, c'est-à-dire accéder aux expériences de réparation. J'ai donc demandé d'accéder également aux dossiers des femmes opérées, en justifiant qu'elles servent de « groupe témoin » par rapport aux femmes qui ont abandonné : le « groupe d'étude ». La demande a été retenue et j'ai donc eu accès à tous les dossiers des femmes opérées et non opérées d'une période donnée. Cette période prévoyait d'analyser les dossiers archivés et non pas les dossiers « ouverts », c'est-à-dire que mon analyse excluait toutes les femmes dont le parcours était en cours. Les dossiers étudiés étaient donc des dossiers fermés et par ce fait archivés dans un autre étage. Il fallait donc récupérer les dossiers, ce qui m'a avant tout amené à collaborer avec le personnel administratif du service hospitalier.

Le travail sur les dossiers m'a initialement permis d'interagir avec le personnel du secrétariat. Il s'agissait souvent d'occasions où j'étais amenée à poser des questions, à demander de l'aide pour déchiffrer des signes, des sigles et des idéogrammes. Installée dans la grande pièce du secrétariat médical, avec les secrétaires, je partageais aussi les lieux. Si la temporalité et la façon d'occuper les lieux ne m'offrait pas des réelles occasions de sociabilité, puisque j'étais la plupart du temps dans un bureau, l'interaction avec la secrétaire principale a été constante. Elle a été une de mes alliées. Au courant de l'avancement de mon travail, elle se souciait d'aller physiquement chercher, me mettre à côté les dossiers qui me manquaient : sans sa collaboration je n'aurais pas eu accès physiquement aux dossiers.

Pour accéder formellement aux dossiers, je m'adressais à la sage-femme cadre qui était responsable de la gestion administrative des fichiers informatisés des patientes. Cette période coïncide avec l'installation d'une routine, d'habitudes, d'horaires et de la

---

<sup>191</sup> Il s'agit d'une réunion qui ressemble des professionnels venant de l'extérieur du Service A, notamment l'ensemble de l'équipe du Service B.

connaissance du personnel. Pendant ce temps, je rencontre également ceux qui deviendront des « personnages principaux » de mon terrain. L'interne F qui assistait régulièrement aux réunions de staff et qui faisait une thèse en médecine sur la réparation chirurgicale, devient une amie. Nous partageons le même intérêt et nous commençons à collaborer, on « se passe » les patientes, nous devenons des alliées. Cette alliance m'ouvre un nouvel accès à l'hôpital, au sens physique (passer par les urgences, utiliser les ascenseurs réservés au personnel, rentrer à l'hôpital dans un jour férié) et en terme de connaissance (compréhension du vocabulaire, visionnage des photos des sexes de patientes, débriefing des entretiens d'autres praticiens).

Une gynécologue chirurgienne a été nommée par le chef du Département comme responsable de mon étude. Elle était donc censée superviser mon travail sur les dossiers. Enceinte, elle part peu après mon entrée sur le terrain en congé maternité en me confiant les clés de son bureau privé pour effectuer les entretiens approfondis. Avant de partir en congé pourtant, elle officialise ma présence et m'introduit aux « collègues » de l'étage. La blouse blanche devient l'habit symbolique qui m'intègre au *corps médical*. Le rapport avec la gynécologue, bien que hiérarchiquement connoté, se compose également d'une proximité.

Par la suite, le chef B me demande d'effectuer une *évaluation du service* à travers des entretiens avec les femmes. La consigne est d'enquêter quant à la satisfaction de ces dernières. Cela a été l'occasion pour moi de rencontrer les femmes dans le cadre des rendez-vous au sein du Département de gynécologie et obstétrique et d'effectuer donc les entretiens approfondis avec elles. Le travail d'évaluation de service a donné comme résultat un rapport qui a été rendu à l'équipe et discuté lors d'une réunion de staff interne. Le rapport produit a mis notamment en relief surtout le décalage entre les attentes des femmes lors du premier entretien et les explications fournies par la sage-femme lors du premier rendez-vous. Ce regard externe a permis à l'équipe de produire une réflexivité sur protocole élaboré, voire de renégocier les modalités de la prise en charge singulière de chaque membre.

La production d'un rapport sur l'évaluation du service que j'ai présenté lors d'une réunion de staff, a constitué finalement l'occasion pour « gagner de la confiance » vis-à-vis du chef et de l'équipe entière. Le travail effectué a été jugé « utile » par l'équipe par le fait qu'à leur yeux il permettait d'améliorer le service et la prise en charge. Il me semble que le fait de bénéficier d'un regard externe leur permettait de réfléchir sur eux-mêmes et sur



l'organisation de leur propre travail. Ce rapport donc représente un *contre-don* que j'ai produit pour l'institution. L'équipe donc a trouvé également son intérêt à m'intégrer en son sein, par le fait qu'elle profitait de mon rôle pour mettre en évidence d'éventuels dysfonctionnements, et éviter ainsi de compromettre les rapports entre collègues. Une forme d'instrumentalisation a aussi décrit le rapport avec l'équipe du Service A, où il était prévu que je récupère les patientes perdues, dans le cadre des entretiens je demandais aux femmes si elles voulaient reprendre le parcours.

Je n'ai pas essayé donc de résister ou de corriger ces étiquettes, fruit des sociologies sauvages, cette « sociologie spontanée » (Weber, 2009 : 26) que les autres produisent lorsqu'on rentre dans leurs espaces. Je me suis donc laissé attribuer plusieurs rôles (stagiaire, étudiante épidémiologiste) et différentes places au sein du Service A. Pour réaliser mon terrain, il fallait que je cherche à me « fondre » (Gisquet, 2010 :168) avec le groupe observé (l'équipe médicale), ce qui est stratégiquement le moyen pour comprendre les catégories théoriques et pratiques mobilisées par les acteurs étudiés. Assister aux réunions de staff des médecins où se discutent les dossiers m'a permis d'effectuer une analyse sur les discours mobilisés par les membres lorsqu'ils doivent justifier un argument tout comme prendre des décisions.

### **Perméabilité des frontières : la difficulté de rester sociologue**

Bien que toujours consciente du fait que je n'étais pas un médecin et que je n'exerçais pas une profession médicale à l'intérieur du service, les frontières dans les rapports avec les personnes qui étaient à la fois mes enquêtés et mes collègues de travail étaient ambivalentes et il m'est arrivé de les oublier. Plusieurs situations ont provoqué la violation de ces frontières, où les membres de l'équipe devenaient des allié-e-s, voire des ami-e-s. J'ai donc eu accès à la cantine des internes où j'ai partagé le repas et le folklore de ces lieux (Godeau, 2007) avec les habitué-e-s. J'ai construit une relation d'amitié avec l'interne qui m'a présenté des collègues, hébergé chez elle au moment où je venais de déménager et permis d'avancer sur le terrain et accéder concrètement à certains lieux, dossiers et patientes. La gynécologue chirurgienne a été également une alliée avec qui je discutais d'autres choses que « du boulot ». Les enfants, les vacances et mes origines étaient des thèmes qui l'intéressaient. Dans ce sens donc, passer beaucoup de temps au sein de l'équipe, y être intégrée, être investie de certains mandats amorçant ainsi une collaboration,

recevoir l'autorisation mais également la confiance d'observer, participer, contacter les patientes et examiner leurs dossiers, tout cela me met de « leur côté » (Gisquet, 2010). Un sentiment de loyauté me lie à l'égard des personnes qui m'ont permis d'accéder à toutes ces données. Ce sentiment peut se tourner dans un sentiment de trahison si je n'établissais pas de moi-même un autre type de frontière, qui vise cette fois-ci à respecter les mots, les détails, les situations qui m'ont été gratuitement dévoilées.

L'implication personnelle sur mon terrain se compose de l'attention particulière que je porte pour le sujet de l'excision et de la réparation. Si la possibilité d'entrer sur un terrain sensible (Bouillon, Fresia et Taillo, 2005) vient du fait des conditions de la recherche que j'ai explicitée, la facilité avec laquelle mon entrée s'est faite, la faculté d'accéder à toutes les données que je vais présenter, quant à elle vient plutôt des compétences que j'ai mobilisées. Avoir travaillé en milieu hospitalier dans le passé, avoir effectué des expériences dans l'humanitaire, même si courtes, avoir déjà travaillé dans le social avec les migrants ont joué un rôle auprès de l'équipe médicale, qui a reconnu des compétences valorisables et valorisées dans ce milieu. M'intégrer à l'équipe du Service A a été possible également par la valorisation de mes compétences.

Le terrain choisi m'a souvent exposé aux ambiguïtés des rôles et au débordement des émotions. Parfois les entretiens échappaient au planning établi. Certaines femmes renonçaient au dernier moment et sans préavis, d'autres désiraient faire l'entretien après une consultation médicale prévue dans le même jour, accumulant ainsi du retard au rendez-vous, une s'est manifesté spontanément, invitée par une amie interviewée elle aussi. L'hôpital demandait une disponibilité totale, du moins dans certaines périodes. La période notamment des entretiens a été très intense et éprouvante, souvent je me sentais anéantie par ces histoires. Une affliction, une consternation et une démoralisation se sont emparées de moi. Une sensation de rejet m'a obligée à faire une pause, à prendre de la distance. L'immersion dans le milieu hospitalier m'a plongé dans un contexte émotionnellement fort (Strauss, 1992 ; Gisquet, 2010) où la proximité avec les femmes excisées m'a exposé à la souffrance des autres. Une fois sortie de l'hôpital, ces histoires ne disparaissent pas et la responsabilité sociale du sociologue consiste précisément à en rendre compte en faisant attention de ne pas extrapoler une souffrance hors de son contexte et tomber ainsi dans une dénonciation qui ne reflète pas forcément la position des enquêtées.

Dans mon cas, en intégrant l'équipe, j'allais me positionner du côté du pouvoir, de la catégorie des professionnels offrant la réparation et non pas du côté des demandeuses. Le premier choix à faire était donc celui de savoir de quel côté se situer (Fassin, 2005 :101) et comment se positionner face aux femmes excisées en demande de réparation : qu'est-ce que je pouvais bien représenter à leurs yeux ? Pourtant ma trajectoire de femme, féministe sensible à la question de la domination masculine m'aurait fait choisir de me placer initialement plutôt de leur côté. En réalité, je savais que je n'étais pas une femme excisée et la pratique de l'excision –telle qu'elle a été construite- est connotée par l'appartenance de race. Par cette dernière appartenance donc, j'étais placée de l'autre côté, sans enlever pour autant toute « l'ambiguïté » (Baujard, 2005 :125) de la place occupée.

### **La position paradoxale de l'engagement détaché**

Lorsqu'on est sur un terrain dans une démarche ethnographique ou après les entretiens, à la fin de la journée, il faut faire la part des choses. Dégager les éléments, entamer une première analyse : séparer ce qui nous appartient de ce que l'on a observé chez les enquêtées, ce que l'on sait déjà de ce qu'on vient d'apprendre. Traiter le sujet de l'excision, des violences souvent rapportées par les femmes lors des entretiens, des situations de précarité qui peuvent être extrêmes, ne laisse pas insensible le chercheur. Lors des entretiens notamment, les faits et les émotions se mélangeaient dans la narration. Ces émotions liées aux phrases, aux mots, aux silences et aux hésitations sont invisibles et pourtant à l'œuvre. Cette auto-analyse m'a amené à questionner les raisons pour lesquelles je réagissais sur un tel point plutôt qu'un autre, ou la hiérarchisation des informations, tout comme les raisons qui m'ont porté à faire des retours en arrière. Si la méthode est importante, l'intuition, une sorte de résonance intérieure vis-à-vis des émotions perçues, l'a été également pour moi. Réagir sur une émotion perçue est au fondement de la complicité entre enquêteur et enquêté, l'enquêteur fait exister ses propres enquêté-e-s et cela sur la base de sa propre sensibilité. Ancré dans son propre vécu, son propre point de vue, qui fait réagir, l'enquêteur réagit à certains éléments, opère dans ce sens une sélection qui n'est jamais complètement explicitée. L'extériorité étudiée existe sur la base d'une sélection subjective d'éléments retenus de la réalité. L'histoire du chercheur sur un terrain n'est jamais complètement détachée de l'histoire des ses enquêté-e-s.

Ces formes d'opération de sélection, cette sensibilité permettant de capter la réalité qui est totalement personnelle, contribue à rendre le terrain de recherche unique. L'expérience sociologique obéit au critère de la non reproductibilité de l'enquête : il n'y aura plus jamais tous les éléments réunis et organisés dans la même séquence et même lorsque la situation analysée serait identique, le chercheur très probablement ne réagirait pas sur les mêmes éléments. La recherche qualitative demande un ancrage du chercheur qui est unique. Cette position située, attentive de son propre ancrage, permet d'observer l'autre en même temps qu'on réfléchit sur nous-mêmes. Cette correspondance, constamment alimentée, entre soi-même et le terrain dans lequel nous sommes insérés, permet de faire preuve d'un détachement de nos émotions, afin de pouvoir observer avec une majeure objectivité, avec une plus grande disponibilité, avec un point de vue panoramique dégagé. Ce double mouvement, la résonance intérieure et l'observation (qui est aussi l'écoute) de la réalité extérieure, permet de réaliser ce paradoxe de *l'engagement détaché*.

À la fin d'une journée, en reprenant mes notes de terrain, je « les couche » sur papier, j'observe moi-même en situation, je reviens sur les moments, les mots, les échanges, les lieux, les personnes rencontrées, côtoyées, à peine croisées dans la matinée. Tous ces éléments-là ne sont pas la réalité, ce sont déjà une portion, une représentation, une reconstruction sensée de ce que j'ai vécu lorsque j'étais en action. La première description des données, des brouillons presque intimes sans formes ou style particulier, sont la matière brute. Ces données étaient pour moi comme des chiffres sans aucune valeur mathématique tant qu'elles n'étaient pas mises en relation les unes aux autres. La reconstruction de ce matériel empirique permet d'analyser l'histoire, les conditions et la typologie des relations liant les acteurs au contexte, à une époque, aux discours produits dans cette situation précise. À la lumière de ces considérations, je propose une description de la réalité étudiée à travers un prisme complexe – le pluralisme méthodologique – capable d'amorcer et de mettre à l'épreuve ma subjectivité.

L'analyse produite sur la base d'un pluralisme méthodologique se complète à travers l'adoption de l'approche théorique de *l'étude de cas élargie (extended case method)* de Michael Burawoy (1998). Cette théorie méthodologique préconise une approche anti-positiviste de la recherche, qui ne cherche donc pas à séparer l'objet observé de qui l'observe, tout comme n'interrompt pas la participation au monde étudié ; le sociologue

dialogue avec son objet (Althabe, 1969). Les enquêtes quantitatives sur la sexualité (Kinsey, 1948, 1953 ; Simon, 1970 ; Gagnon et Simon, 1974 ; Spira et Bajos, 1993 ; Bajos et Bozon, 2008) comme l'enquête quantitative Excision et Handicap, élaborent des dispositifs méthodologiques qui limitent l'interaction avec les enquêté-e-s dans l'idée d'éviter d'affecter la situation étudiée, voire d'influencer les enquêté-e-s. La standardisation des données ainsi collectées vise notamment à décrire de manière homogène un échantillon représentatif de la population.<sup>192</sup> À l'inverse, la position occupée sur mon terrain, était réflexive, elle thématise ma participation dans le monde médical au sein duquel je me suis intégrée. La théorisation proposée dans la troisième partie, qui se fonde sur des données particulières, applique l'étude de cas élargie (Burawoy, 1998), ce qui permet à l'ethnographie, au traitement statistique des dossiers médicaux et aux entretiens d'extraire le général de l'unique, de produire une montée en généralité à partir de l'analyse d'un cas, le terrain au sein d'un hôpital.

### **Un dispositif méthodologique complexe**

La problématique de la recherche implique une enquête multicentrique. Pour cela, il a fallu élaborer un dispositif méthodologique complexe, capable à la fois de rendre compte de l'organisation professionnelle et de l'élaboration d'une réponse médicale de type thérapeutique (chirurgie réparatrice) ainsi que l'élaboration d'un protocole de prise en charge (parcours de réparation). Afin de parvenir à l'objectif de décrire le processus d'élaboration, l'observation ethnographique (chapitre 6) a été considérée comme la méthode la plus adéquate pour pouvoir rendre compte du travail et des interactions humaines entre les professionnels engagés dans l'élaboration du protocole de réparation.

S'intéresser aux dossiers médicaux (chapitre 7) a permis ensuite de retracer les étapes de l'élaboration individuelle de chaque spécialiste impliqué dans la prise en charge pluridisciplinaire prévue par le protocole. Le traitement statistique des dossiers a donc permis d'objectiver les caractéristiques de la population par catégorie et d'en décrire les tendances. L'analyse des raisons de la demande, formulées par les femmes engagées dans le protocole de réparation et enregistrées par les professionnels à l'intérieur de dossiers, permet de mettre en lumière à la fois les représentations médicales de l'excision, de la

---

<sup>192</sup> À propos des enquêtes qualitatives, dans son article « Extendend Case Method », Burawoy dit : « We try to avoid affecting the situation we study, standardize the collection of data, bracket external conditions, and make sure that our sample is representative ».

réparation et de la sexualité féminine ainsi que de détecter des discours préconstruits, et plutôt uniformes, que les femmes se réapproprient et utilisent pour « négocier » leur réparation par la suite. Les données produites par l'institution complètent les données de l'enquête ethnographique et sont comparées par la suite aux données des entretiens approfondis faites aux femmes.

Enfin les entretiens approfondis de type semi-directif ont permis de restituer, même si partiellement car le cadre de l'entretien – l'hôpital – reste très délimité, la parole aux femmes qui ont parlé en première personne de leur expérience personnelle et sexuelle de la réparation (chapitre 8). Ce travail de restitution de la parole a été complété par une sortie – bien que virtuelle – de l'hôpital, pour m'intéresser à l'espace fréquenté par des internautes à l'intérieur d'un Blog (chapitre 9) spécifiquement dédié au parcours individuel d'une femme et de sa reconstruction clitoridienne.

Le pluralisme méthodologique permet finalement de reconstituer les deux logiques élaborées par les acteurs. Les logiques des femmes et la logique médicale ne sont pas complètement antithétiques. Au contraire, le pluralisme méthodologique permet de mettre en évidence les analogies comme les divergences, les points en commun comme les différences. L'analyse des interactions entre ces deux acteurs montrent que ces deux logiques sont complémentaires.



## **Chapitre 6/ Ethnographie hospitalière : interdisciplinarité et diversification de l'offre**

---

Pour essayer de comprendre ce que vous êtes en train de faire, vous pouvez vous dire : « *les données que j'ai là sont la réponse à une question. Quelle question puis-je bien être en train de poser pour que tout ce que j'ai noté dans mes carnets y soit une réponse raisonnable ?* » Howard S. Becker, 2002 [1998]

Le travail ethnographique au sein de deux départements de gynécologie et obstétrique dans deux hôpitaux publics français permet d'illustrer la prise en charge médicale des mutilations sexuelles. Si les étapes de l'institutionnalisation du protocole médical<sup>193</sup> ont été analysées dans la première partie (chapitre 3), l'ethnographie hospitalière permet de rendre compte d'une part des modes de construction du savoir médical, d'autre part de la standardisation et la diversification de l'offre qui y est développée. La série des consultations médicales que la patiente entreprend à l'intérieur de l'institution, devient un véritable parcours – intitulé ici « parcours de réparation ».

La participation aux activités spécifiques de la vie de l'équipe hospitalière – comme les réunions du personnel – et la présence sur le terrain, tous ces exercices qui définissent l'observation participante offrent la possibilité de mettre en évidence à la fois les dynamiques (interactions, relations) à l'intérieur d'une équipe médicale et les discours entre les membres de l'équipe (arguments avancés dans la discussion des dossiers). Les conditions de réparation et la modalité de prise en charge médicale sont analysées à l'intérieur des deux services hospitaliers qui, par souci d'anonymat, sont nommés Service A et Service B. Le *parcours de réparation* est le dispositif médical élaboré par les équipes, qui vise à réparer les dégâts causés par l'excision. À travers ce parcours, les femmes entreprennent un véritable processus d'adaptation aux normes médicales en matière de sexualité. À travers les stratégies d'application (contrôle, surveillance, correction), le corps

---

<sup>193</sup> L'ouvrage s'intitule « Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines », *op.cit.*



médical veille à que la patiente intègre, non seulement, le modèle de sexualité proposé, mais également le discours institutionnel sur l'excision.

### **Le parcours de réparation**

Le parcours de réparation constitue le dispositif de prise en charge et de soin des dégâts des mutilations sexuelles. Élaboré pour la première fois par les membres du Service A, ce dispositif se caractérise par son caractère répétitif, obligatoire et pluridisciplinaire. Son opérationnalité tient au fait qu'il se réalise au travers de consultations multiples et successives précédant une éventuelle opération.

Le parcours ordinaire d'une femme qui effectue une demande de réparation commence par la rencontre avec la *sage-femme*. Ce premier rendez-vous marque l'ouverture du dossier de la patiente. À ce moment-là la sage-femme remplit une fiche individuelle composée de différents items sociodémographiques (lieu et date de naissance, « ethnique » des parents et de la patiente, âge à l'arrivée en France, niveau d'étude, profession, etc.). Elle tente d'identifier les antécédents médico-chirurgicaux et gynéco-obstétricaux, les aspects relatifs aux circonstances de l'excision (lieu et âge, auteur-e de l'excision), à ses conséquences (douleurs actuelles, séquelles), ainsi que des données sexologiques (type de relations ou de pratiques sexuelles, présence/absence de plaisir pendant les rapports sexuels). La sage-femme explore rapidement les relations intimes, conjugales, familiales et amicales de la patiente, pour se concentrer ensuite sur les circonstances et les « motivations » à l'origine de sa démarche de réparation : pour quelle-s raison-s souhaite-t-elle se faire opérer ? Est-elle soutenue par son entourage ? Quand et comment a-t-elle découvert la possibilité de la réparation ? Par qui a-t-elle été adressée au service ? La consultation, qui dure généralement trente minutes, se conclut par un examen clinique du clitoris et la distribution de trois questionnaires (sur les troubles urinaires, sur les circonstances de l'excision, sur la vie sexuelle) que la patiente doit, en principe, rendre lors de la consultation suivante.

Selon les disponibilités de calendrier, et si la sage-femme le décide, la deuxième consultation peut être d'ordre psychologique ou sexologique. Elle dure environ une heure dans les deux cas. La *psychologue* cherche pour sa part à resituer l'excision dans la trajectoire biographique et psychologique de la femme. De ce fait, elle évalue notamment

les événements « traumatiques » qui jalonnent l'histoire de la patiente en s'appuyant sur des souvenirs pouvant être à l'origine de « blocages importants ». Une attention particulière est accordée à l'expérience migratoire, et ce d'autant plus si elle est reliée à des situations de violence (mari violent, « mariage forcé », femmes battues par leur père, viol). De son côté, la *sexologue* travaille également les aspects considérés comme « traumatiques » de l'histoire de la patiente (excision, viols ou « mariage forcé »), mais pour examiner la place qu'ils occupent dans son vécu sexuel. Le cadrage de la consultation sexologique vise en particulier à définir le type de sexualité de la patiente, à identifier les difficultés qu'elle rencontre, le répertoire de pratiques sexuelles. Une quatrième consultation a lieu, la consultation *gynécologique*, qui déplace la focale pour se concentrer sur les aspects techniques et médicaux de l'intervention. Il s'agit surtout de clarifier en quoi consiste l'opération, la manière dont elle se déroule, les résultats attendus ainsi que les complications éventuelles qu'elle peut engendrer. Pour ce faire, le (la) spécialiste utilise souvent des photos de sexes de femmes, des schémas d'appareils génitaux ou des croquis dessinés pour l'occasion, en fonction des demandes des patientes. C'est également dans ce cadre que sont discutés les résultats esthétiques. Dans certains cas, la patiente doit effectuer un examen plus spécifique (le plus fréquent est le bilan urodynamique<sup>194</sup>) ou revoir une seconde fois le (la) même spécialiste (cela peut concerner notamment la psychologue ou la sexologue).

Après ces différentes consultations à la réparation, l'équipe se réunit pour discuter chaque dossier et décider la date de l'opération. Lors des réunions de *staff*, les spécialistes confrontent leurs expertises respectives, chacun-e prenant à son tour la parole. Dans cette phase décisionnelle, trois sont les configurations possibles :

1) l'équipe considère que la femme est « prête » pour l'opération et fixe la date de la chirurgie ;

2) l'équipe considère que la femme a besoin de « mûrir » encore sa demande et nécessite d'un temps d'attente supplémentaire ;

---

<sup>194</sup> Le but de cet examen est d'analyser le système vésico-sphinctérien, c'est-à-dire la capacité de la vessie, son comportement et la valeur du sphincter urétral : tous ces éléments sont importants pour orienter le traitement. Cet examen s'effectue à l'aide des sondes qui sont placées dans l'urètre et donne des indications de la présence d'éventuelles pathologies, telles que la dysurie (difficulté à uriner liée à l'existence d'une obstruction à la vidange vésicale ou à une diminution des capacités contractiles de la vessie), la pollakiurie (fréquence élevée des mictions), l'incontinence d'urine ou la présence d'un dysfonctionnement neurologique.

3) l'équipe refuse d'opérer la patiente.

La chirurgie, quant à elle, une fois fixée la date, dure environ une demi-heure et prévoit systématiquement l'anesthésie générale. L'hospitalisation est de vingt-quatre heures et le suivi postopératoire avec le chirurgien prévoit des rendez-vous réguliers à quinze jours, un, trois et six mois après l'opération afin de contrôler l'état de cicatrisation. Les consultations psychologiques et sexologiques ne sont pas obligatoires dans cette phase postopératoire, mais peuvent avoir lieu sur demande de la patiente.

Ce dispositif de prise en charge, qui constitue le protocole des consultations à la chirurgie réparatrice est désormais institutionnalisé. Si son déroulement est standard dans les différentes équipes, la réalisation ainsi que le sens donné aux consultations par les membres de l'équipe, l'implication personnelle des spécialistes, varient, en multipliant et diversifiant l'offre élaborée.

### **Psychologisation du problème : la « quête identitaire » à l'intérieur du Service A**

Le Service A, dont l'histoire est la plus ancienne, représente un modèle pour les autres équipes médicales constituées dans d'autres services hospitaliers.

Telle que je l'ai connue en 2007, l'équipe se compose de la sage-femme L., de la sexologue T., de la psychologue P., remplacée à partir du mois de juin 2008 par la psychologue D. et du professeur chirurgien en gynécologie B., également chef de service, rejoint au cours de l'année 2008 par la gynécologue K., qui l'accompagne dans l'exercice de la chirurgie réparatrice. Plusieurs internes participent également aux réunions, mais de manière irrégulière, mise à part l'interne F. qui rédige sa thèse de médecine sur le sujet de la réparation clitoridienne. Les réunions de staff ont lieu les vendredis, tous les deux mois, à 14 heures et durent en général deux heures. Les participants se réunissent dans une salle de conférence autour d'une table ovale très longue, au centre de laquelle sont posés les dossiers des patientes, qui sont abordés un à la fois par chaque spécialiste.

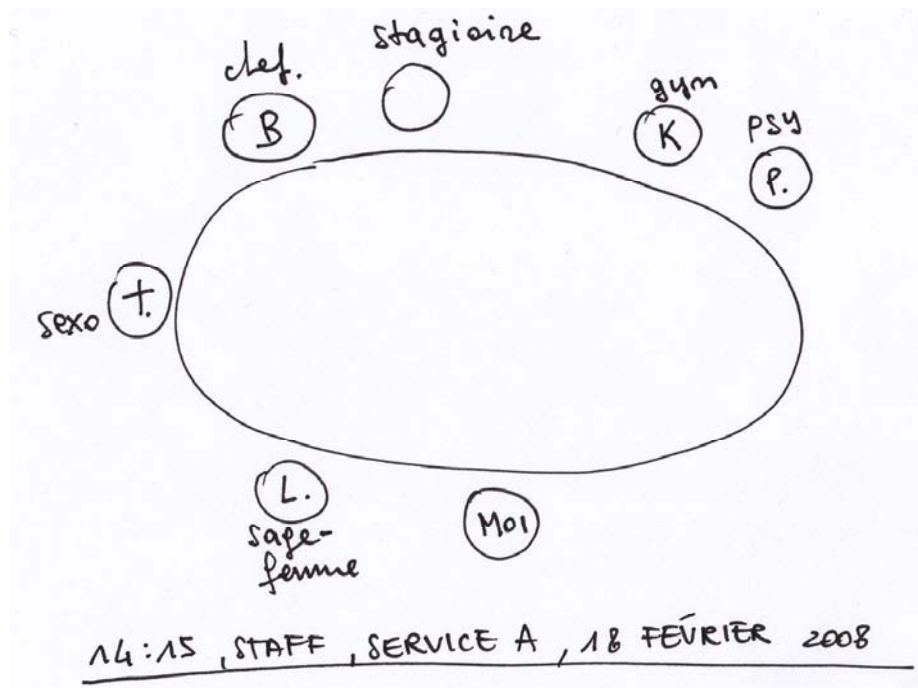


Figure 6.1 Croquis figurant table ovale les membres du Service A lors d'une réunion de staff.

Le dispositif élaboré par le Service A consiste en un véritable parcours de réparation. Ce parcours dure en moyenne entre quatre et six mois, en tenant compte de la période entre la première consultation et la date de l'opération. De cette durée moyenne s'écartent des parcours de réparation particulièrement brefs (trois mois) ou au contraire particulièrement long (plus d'une année). Le premier type de parcours révèle une diminution du nombre de consultations : dans de rares cas – et notamment les premières femmes opérées – la consultation avec la psychologue et avec la sexologue ne sont pas considérées comme nécessaires. Le second type de parcours, exceptionnellement long, est interrompu par des événements biographiques ou médicaux, liés à la patiente, voire des hésitations, des temps de pause, des périodes de réflexion. Tout cela suspend le cursus, qui est repris là où la patiente l'avait temporairement abandonné. Si l'acte chirurgical était appréhendé dans la phase pionnière<sup>195</sup> de Foldès comme le support fondamental de la réparation, le dispositif du service A fait intervenir de nouveaux éléments qui questionnent

<sup>195</sup> Suite à la mise en place de plusieurs services d'accompagnement à la réparation, Foldès s'est également doté de collaborations avec des spécialistes externes dans le cas où la patiente souhaiterait rencontrer ces derniers. Rien n'a changé par rapport à son protocole, qui est très allégé – et constitue désormais une alternative au parcours ordinaire dans un hôpital public pour les femmes qui veulent être opérées rapidement. Le programme du docteur Foldès prévoit une première consultation pour vérifier l'étendue de la mutilation et programmer directement la chirurgie.

la place et le sens de l'opération dans la construction de soi. Avec l'introduction des consultations préopératoires, l'issue chirurgicale du parcours est devenue incertaine : certaines femmes abandonnent, d'autres ne sont finalement pas opérées, bien qu'elles aient rencontré en consultation les différents spécialistes. Par rapport au dispositif de Foldès, un savoir expert s'est constitué pour interpréter les demandes de réparation, qui ne sont désormais plus considérées comme univoques : les spécialistes du Service A estiment que leur travail consiste à voir « au-delà » des demandes pour en décoder les « motivations » sous-jacentes.

L'évolution du dispositif médical à la réparation, tel qu'il a été initialement discuté par les premières professionnelles de santé militantes impliquées, a conduit les médecins-chirurgiens à réinterroger progressivement l'influence de l'acte chirurgical lui-même sur le processus de réparation. Une polémique interne se développe autour des résultats publiés par Foldès, qui montre que les complications de l'intervention sont mineures et les résultats satisfaisants, avec une diminution de la douleur, une amélioration de la sexualité dans 75 % des cas et une restauration du massif clitoridien dans 87 % des cas (Foldès et Louis-Sylvestre, 2006). La principale critique concerne l'efficacité sexologique de l'acte chirurgical, jugée difficilement mesurable en raison des nombreux paramètres qui interviennent dans le processus de réparation, à commencer par l'influence de la durée postopératoire (non prise en compte rigoureusement dans l'étude précitée) et l'absence de point de comparaison chez les femmes opérées. L'étude réalisée dans un hôpital public français par Anne Elise Falque (2010) introduit pour sa part un nouveau facteur, esthétique, pour montrer que, de ce point de vue, les résultats sont très variables.

Le lien postulé entre l'esthétisme du clitoris reconstruit et l'usage qui en est fait par les femmes renforce l'idée selon laquelle les effets de l'intervention chirurgicale sur la sexualité sont très difficiles à apprécier : « *Il n'existe aucune certitude sur les résultats de cette chirurgie, en dehors de la dimension symbolique du geste effectué* » (Falque, 2010 : 19). La même étude relève pourtant que la majorité des patientes découvrent après leur opération une sensibilité clitoridienne jusqu'alors inexistante et constate que « *si celle-ci ne peut pour autant être envisagée comme un véritable tournant, elle augure toutefois une amélioration notable dans bien des cas, ce qui rend difficile l'évaluation de l'impact de la réparation chirurgicale sur l'épanouissement sexuel des patientes* » (op. cit.). Une nouvelle étude médicale effectuée sur un échantillon de 2938 a récemment confirmé l'impact positif

de la chirurgie clitoridienne sur l'amélioration de la sexualité et de l'état de santé des femmes excisées (Foldès, Cuzin et Andro 2012).

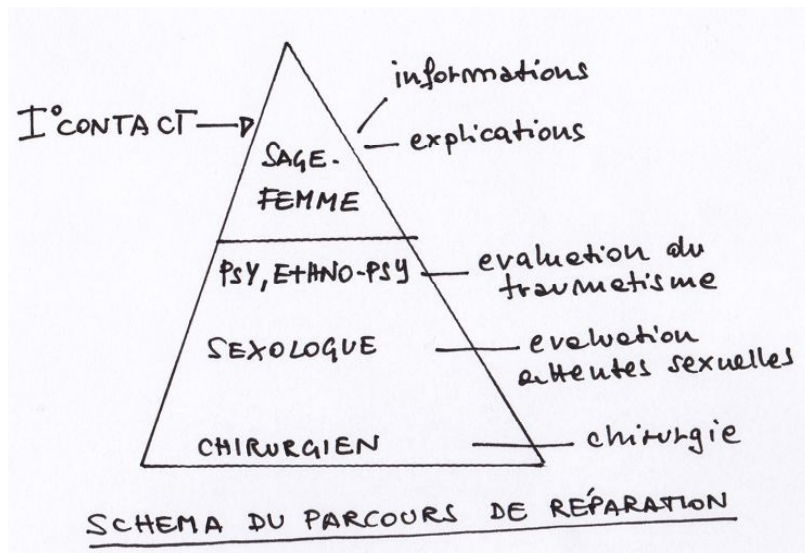


Figure 6.2 Reproduction du croquis effectué par le chef du Service A lors d'une présentation inter-service.

Tel qu'il est illustré, lors d'une réunion, par le chef B., le parcours de réparation est schématisé par un triangle qui place – à mon grand étonnement<sup>196</sup> — le chirurgien à sa base. L'évolution du dispositif de réparation s'est traduite au sein du service A par une intégration des principes de la médecine biopsychosociale (encadré 6.1) et une réappropriation sélective des savoirs issus des sciences humaines, davantage au profit de la dimension psychologique des mécanismes en jeu que de leur dimension sociologique : « nous avons vraiment voulu insister sur la dimension psychologique avec une prise en charge pluridisciplinaire, car il ne faut pas oublier que pour plus de 70 % des femmes, il s'agit [dans leur démarche de réparation] d'une véritable «quête» identitaire » (Falque, 2010 : 27). Il est intéressant de remarquer que l'usage de la notion de « quête identitaire » s'inscrit dans une interprétation psychologique de la demande. On pourrait alors multiplier les exemples démontrant l'importance accordée à la réflexivité et au « travail sur soi » (Vrancken et Macquet, 2006) accompli par la patiente et les signaux positifs que constituent, aux yeux

<sup>196</sup> La raison pour laquelle le chef de service schématise le « parcours de réparation » par un triangle (symbole d'une hiérarchisation) n'est pas claire à mes yeux. En effet, il ne s'agit pas d'un parcours ascendant ou plutôt descendant – vu que le chirurgien est mis à la base de la figure. Je pense qu'il sert à signifier l'histoire de la mise en place de ce parcours qui prévoyait à l'origine la seule chirurgie, ce qui est aussi à la base de la réparation. D'autres figures se sont ajoutées ensuite (psychologue, sexologue et sage-femme) en formant ainsi ce qui est aujourd'hui l'équipe pluridisciplinaire.

des spécialistes, la correction des fausses convictions et des croyances, le changement d'attitude et de comportement, la révision ou l'adaptation des attentes personnelles de la patiente. À travers l'analyse des raisons qui amènent ces femmes à rentrer dans le circuit hospitalier, nous verrons dans le chapitre 8 comment leurs demandes de « réparation » s'inscrivent dans un récit préconstruit et audible au sein du dispositif médical.

#### **Encadré 6.1 Modèle biopsychosocial**

Formalisé par Engel (1913-1999), il y a plus de trente ans, le paradigme biopsychosocial est un « *modèle scientifique destiné à comprendre les interrelations complexes qui existent entre les différentes dimensions de la vie et à pouvoir ainsi tenir compte des effets stabilisants et déstabilisants que ces différents niveaux d'organisation exercent les uns sur les autres. [...] Le modèle biopsychosocial postule qu'il importe d'approcher les aspects personnels, interpersonnels et sociaux du patient avec la même rigueur et la même acuité critique que celles que l'on applique aux phénomènes biologiques* » (Vanotti et Célis-Gennart, 2000). Une pratique clinique inspirée du modèle biopsychosocial cherche à intégrer en permanence les perspectives biologiques, psychologiques et sociales et nécessite une participation active du patient, à travers une mise en valeur de l'action éducative. D'un point de vue clinique, le modèle biopsychosocial demande aux professionnels de santé au cours de l'évaluation de prendre en compte, à côté du bilan somatique, les attitudes et les croyances, les attentes, les comportements, les facteurs émotionnels et relationnels, le contexte social, culturel et professionnel de la personne. Concernant les solutions thérapeutiques apportées, elles comprendront « *outre les modalités "traditionnelles" visant à modifier des paramètres physiologiques, divers moyens permettant d'agir sur les facteurs psychosociaux perçus comme participant au problème de santé* » (Berquin, 2010). Le paradigme biopsychosocial souligne l'importance de la participation active du patient, ce qui est observable dans l'influence des croyances et attentes du patient sur les résultats des traitements. Ce modèle met un accent particulier sur les volets d'éducation et d'information, qui sont conçus comme un processus « *dans lequel les croyances du patient sont mises à l'épreuve des faits et ainsi progressivement adaptées* » (Berquin, 2010) Pour finir, le modèle biopsychosocial considère que : « *la maladie ne devient une donnée phénoménologique réelle qu'à partir du moment où le sujet fait l'expérience d'un malaise ou d'une détresse, ou manifeste un comportement pouvant être interprété comme indiquant un malaise* » (Vanotti et Célis-Gennart, 2000).

Le dispositif du « parcours de réparation » est encadré dans un protocole dont les procédures de déroulement consistent à extérioriser, vérifier et mettre en pratique le savoir segmenté et parcellaire recueilli lors des consultations individuelles. Ces procédures prévoient des réunions régulières des membres de l'équipe, l'évaluation des dossiers et des rencontres inter-services.

### **Mobilisation des savoirs interdisciplinaires : les expertises des spécialistes**

L'évaluation des dossiers s'effectue lors des réunions de *staff*, où chaque spécialiste ayant reçu la femme en consultation, est censé présenter son expertise aux autres membres de l'équipe et exprimer son avis quant à la chirurgie. Généralement, L., la sage-femme, introduit le dossier et présente la patiente en précisant l'âge, la profession, l'origine ethnique, les motivations et le diagnostic de l'examen clinique. Pour les femmes qui présentent des troubles au niveau urinaire, un bilan urodynamique est requis par le chirurgien, lequel rejette temporairement la chirurgie. La sexologue s'intéresse aux conditions dans lesquelles l'excision a eu lieu, les relations affectives et sexuelles de la patiente et porte une attention particulière à la présence de la violence dans la vie de celle-ci. Elle prête également attention aux discours sur la sexualité et le plaisir tenus par les pairs et circulant dans les médias et que la patiente mobilise pour se référer à une idée de « normalité » ainsi acquise. T. considère que la représentation de la sexualité féminine est exagérée, notamment par une exaltation du plaisir féminin qui ne correspond pas à la réalité. Interrogeant la femme sur « *ce qu'elle connaît* » T. cherche alors à déceler à la fois la présence d'attentes démesurées vis-à-vis d'une nouvelle sexualité rêvée ainsi qu'envers la « réparation » imaginée comme « *solution magique* ». Il est donc fréquent d'entendre la sexologue s'exprimer en termes de nécessité de « *recentrer le désir de la patiente* » et de « *la recadrer sur les faits réels* ».

L'ambiance des réunions de *staff* est souvent très familière et décontractée. Tout le monde porte une blouse blanche à part la sexologue T. qui n'est jamais en service à l'hôpital le jour des réunions. Le chef B. rythme les temps de discussion et les cadre. La sexologue T. est le membre de l'équipe qui prend le plus de place dans les discussions et donne beaucoup de détails dans la description des entretiens. La psychologue P. est moins prolix et sa remplaçante, la psychologue D., assume le même rôle au sein de l'équipe. La psychologue et la sexologue sont souvent alliées et semblent complices quand il s'agit de reconnaître la fonction « *symbolique* » et ses bénéfices pour la patiente. Cette alliance se maintient avec la nouvelle collègue. Le chirurgien B., et également la gynécologue K., qui l'épaulent, ne parlent jamais de « réparation symbolique », leur rôle est de mettre en relief les conditions matérielles favorables et défavorables à une réparation chirurgicale.

Les manières de s'exprimer sont fort différentes pour chaque spécialiste, ce qui exprime à la fois l'ancienneté et la légitimité des disciplines en jeu. Le chirurgien n'a pas



besoin de formuler un long discours, son diagnostic est souvent très concis et technique. Le chef B extériorise la marque dominante de son genre et de son statut quand il accompagne son diagnostic par une blague, un ton ironique au deuxième degré : il n'a pas besoin d'obtenir la crédibilité auprès de ses collègues.

**Vignette 1 : « un tout petit joli clitoris ! »**

B. : « Après tout, elle a une vulve normale et sur le plan anatomique elle a un tout petit joli clitoris ! Elle est très mignonne, très mignonne comme ça. Il n'y a pas grand-chose à faire pour son clitoris, je vais couper un peu le capuchon et un peu les petites lèvres pour faire quelque chose, mais ça m'embête de reconstruire une patiente qui a un clitoris dans sa position normale. »

L'avis de la sexologue est construit sur une narration très longue et enrichie de détails biographiques et anecdotes de la vie de la patiente. Des épisodes spécifiques l'aident à donner des images de la situation, à offrir des scènes qu'elle analyse finement et lui permettent d'avancer son diagnostic. Elle tient à ce que les autres membres suivent son raisonnement et n'hésite pas à solliciter l'attention de ses collègues pour s'assurer qu'aucun participant à la réunion ne perd le fil.

Il faut rappeler ici que la sexologie est une discipline récente, qui apparaît seulement en 1910 en France (Chaperon, 2007). La sexologie est un savoir à la légitimité fragile, qui s'est émancipé du cadre académique de la médecine et a construit sa propre autonomie en empruntant des concepts à la gynécologie, à la psychiatrie et aux sciences du comportement. Est-ce que la sexologie nécessite de produire un discours qui justifie la pertinence de son savoir vis-à-vis de la chirurgie, qui est un savoir historiquement dominant dans la médecine ? La sexologue, à travers ses longues explications, cherche-t-elle à obtenir une sorte de reconnaissance ? Cela ne semble pas être le cas dans cette équipe particulière. En effet, T. est solide dans son expérience professionnelle, exerçant son métier depuis des nombreuses années et ne semble pas se sentir menacée dans son expertise. Elle est, en outre, liée d'amitié avec le chef de service et elle n'est pas soumise à un rapport hiérarchique qui la mettrait en constante évaluation professionnelle puisqu'elle exerce dans un cabinet extérieur à l'hôpital. Une explication au fait que la sexologue prenne autant de place doit donc être cherchée ailleurs.

D'une part, elle possède une grande aisance à l'oral ce qui en fait une bonne oratrice, d'autre part sa sensibilité et ses intérêts personnels tout comme son militantisme,

contribuent à donner une profondeur et une réflexion supplémentaires à son exercice professionnel. La sexologue, T. utilise son expérience militante, comme son engagement de féministe, dans sa profession, qui est ainsi investie d'une mission supplémentaire que la simple fonction thérapeutique. La reconversion des ressources acquises dans le militantisme dans la sphère des activités professionnelles (Ollitrault, 2008; Broqua, 2005 ; Tissot et *ali*, 2006) contribue à politiser cette activité médicale particulière. Bien que gynécologue expérimentée, cette spécialiste utilise la sexologie qui lui permet à la fois de s'affranchir de sa formation première et d'élaborer une réflexion plus profonde qui autrement semblerait déplacée.

La gynécologue K., par sa récente intégration au sein de l'équipe, prend le temps d'exposer un diagnostic très soigné et très technique. C'est probablement l'occasion pour elle de montrer ses nouvelles compétences à son chef et d'obtenir ainsi la confiance des autres membres de l'équipe. La technicité de ses évaluations se heurte toutefois avec une conception plus symbolique du geste chirurgical proposée par la sexologue et soutenue par la psychologue (P. d'abord et D. ensuite), notamment quand K. cherche à montrer les limites techniques de la chirurgie et admet qu'au fond le bistouri ne pourra pas changer « grand-chose » au résultat anatomique des organes génitaux d'une patiente tels qu'ils se présentent visuellement. Confrontée aux propos tenus par la sexologue quant au caractère symbolique du geste chirurgical lors d'une réunion de staff, K., à qui le chef B. avait confié de discuter le plan chirurgical, se retrouve pauvre en arguments (vignette 2).

En difficulté, la gynécologue K. afin d'argumenter en défaveur d'une chirurgie décide alors de rappeler les risques d'une possible décompensation psychiatrique postopératoire suite à la reconstruction clitoridienne. Cet argument fait référence à une anecdote qui a marqué l'histoire du parcours de réparation en instituant l'obligation pour la patiente d'assister à toutes les consultations (gynécologique, sexologique, psychologique et chirurgicale). En effet, le parcours tel qu'il avait été mis en place à l'origine, prévoyait une série de consultations qui n'étaient pas obligatoires. En 2005, époque des premières interventions chirurgicales dans les hôpitaux publics, une patiente formulant une demande de réparation peut être opérée immédiatement après la consultation gynécologique. Suite à la décompensation psychiatrique<sup>197</sup> d'une patiente après l'intervention chirurgicale,

---

<sup>197</sup> En psychiatrie, une décompensation est l'équivalent d'une crise, celle-ci peut surgir sous l'effet d'un changement de circonstances (externes ou internes) trop important pour les défenses du sujet. Celui-ci

l'équipe a décidé de rendre les consultations psychologiques et sexologiques obligatoires avant toute opération. Dans le cas discuté, T. écarte cette possibilité en statuant : « *elle n'a pas fait [une décompensation] lors de son excision* ».

**Vignette 2 : « Anatomique ça veut rien dire ! »**

*Femme excisée à 7 ans, cette patiente a 2 sœurs, dont une décède lors de l'excision et 2 enfants, dont une fille née dans son premier mariage – forcé – et l'autre avec son ami qu'elle a rejoint en quittant son mari.*

T. : Ce n'est pas une histoire banale. C'est pareil, ce sont des femmes qui attendent beaucoup, beaucoup, beaucoup, mais il y a un rejet déjà... moi je pense que l'opérer c'est lui donner un appui...

K. : Moi sur le plan anatomique j'avais mis « vulve quasi normale » en fait... elle n'a pas de petites lèvres, mais un clitoris bien situé et quasi en place et j'avais mis sur le plan anatomique je pense pas qu'une chirurgie améliore quoi que ce soit, mais sur le plan psychologique elle souhaite une réparation *plus, plus, plus*<sup>198</sup> c'est toujours pareil hein... Alors je ne sais pas si ça vaut la peine de revenir parce que je pense que ça change pas grand chose, hein... J'ai pas fait de dessin, mais...

T. : Je pense que pour elle c'est très très symbolique de son... de sa démarche intérieure, et qui est ancienne à mon avis, d'accès à un statut de femme libre. Alors oui, anatomiquement, je comprends très bien les réticences du chirurgien sur le fait que vous n'êtes pas sûr que ça va être mieux après...

K. : Oui, mais alors ça va pas changer grand chose avec ça [...]

D. : Est-ce que tu lui dit que selon toi elle a « une vulve normale » ?

K. : Ah non ! D'abord parce qu'elle ne pourrait pas l'entendre. Après parce que ce n'est pas vrai, elle est excisée certes. Mais techniquement je ne peux pas me rapprocher plus de la normale qu'elle n'est actuellement

T. : Visuellement tu veux dire, mais tu sais pas... Alors visuellement c'est sûrement vrai, mais sur le plan fonctionnel...

K. : Ah non, fonctionnel ça c'est encore autre chose !

T. : Bah alors il faut être clair dans ce qu'on dit.

K. : C'est sur le plan anatomique.

T. : Non, mais anatomique, ça veut rien dire pour une patiente ! Car ce qu'on va voir c'est une chose et ce qui va se passer ou fonctionner, ce n'est pas la même chose [silence]. Ce qu'on peut dire ce sont les risques qu'on prend : que visuellement ça peut ne pas changer, voire être pire si elle fait une chéloïde alors qu'elle ne l'a pas, mais sur le plan fonctionnel ça peut tout changer et ça tu ne sais pas.

B. : Reconstruisons-la.

---

décompense un trouble psychique (qui pourra être re-compensé après traitement). Souvent une fragilité latente existe chez la personne, fragilité qui est compensée jusque-là par des conditions sociales et affectives favorables, des défenses à peu près efficaces.

<sup>198</sup> Les médecins, notamment les chirurgiens, utilisent le terme « plus » comme à l'écrit symbolisé dans les dossiers par le signe « + ». Dans le langage médical, plus ou « + » sert à indiquer la valeur, l'importance, la quantité ou la gravité d'un objet.

Le chirurgien B. a, en outre, le rôle formel de déterminer le début et la fin des réunions et des discussions autour des dossiers. Le souci de formaliser le savoir et les actes médicaux est une problématique récurrente. B. invoque la nécessité d'établir une terminologie commune pour décrire l'état clinique des petites lèvres suite au diagnostic d'excision, de produire une évaluation sur la chirurgie réparatrice, de déterminer clairement les raisons de refus chirurgicaux, de coordonner les activités des différentes équipes dans un protocole commun. Ce dernier point, par exemple, a été traité à deux occasions, lors d'une réunion de *staff* (interne) et lors d'une réunion d'interservices. Le chef B. proposait alors de produire et d'utiliser une plaquette standard lors des consultations, avec des photos qui pourraient être montrées aux femmes. La sexologue du service A dit préférer utiliser ses propres photos et outils pour illustrer auprès de la femme les résultats possibles de la réparation. Il s'agit d'une discussion apparemment très délicate puisqu'elle porte en elle la possibilité de pratiquer ou pas une labioplastie, intervention qui reste de l'ordre d'une réparation esthétique. Néanmoins, les spécialistes s'accordent sur l'importance du facteur esthétique dans les résultats, dans la satisfaction et dans la perception de la « réparation » de la part de la femme. Selon la sexologue, l'image des organes génitaux contribue à construire une « image de soi » qui sert à nourrir un « *sexe imaginaire, qui peut correspondre plus ou moins à la réalité puisqu'il se met en place à travers l'interaction avec le partenaire et l'image qu'il "renvoie" à la femme* ». En général, les spécialistes, notamment les chirurgiens des deux services, concordent pour dire que le résultat esthétique n'est pas encore « très beau » et satisfaisant.

### **Vignette 3 : L'importance du résultat esthétique**

K. : En fait sur le plan anatomique, il y a effectivement une grande asymétrie parce qu'elle a une lèvre gauche qui a été excisée en grande partie et une lèvre droite qui est quasiment intacte. En effet c'est asymétrique, c'est très moche.

T. : Elle trouve ça très moche.

K. : Voilà, du coup ça lui rappelle sans arrêt qu'on lui a enlevé un bout. On a beaucoup discuté et je lui ai dit qu'on peut symétriser, mais en réduisant la droite. Du coup, voilà, il faut pas que ce soit l'effet inverse qu'elle cherche parce qu'elle va se retrouver sans petites lèvres, alors qu'il lui restait une ! Et en fait, elle est très pour.

La sexologue T. profite de cette occasion pour montrer au reste de l'équipe un numéro d'une revue spécialisée de gynécologie et obstétrique qui parle de la réduction des

petites lèvres dans la chirurgie esthétique. Plusieurs photos illustrent le propos et elle dit les utiliser souvent en consultation pour expliquer à ses patientes le schéma de la réparation.

T. : Ce n'est pas inintéressant parce que ça permet d'expliquer que si on ne peut pas reconstruire des petites lèvres très grandes ce n'est pas un problème en soi par ce que ça peut faire partie des doléances d'autres femmes et que ça c'est une impression très subjective...

Elle souligne l'importance à ses yeux d'utiliser plusieurs photos car elles permettent de montrer aux patientes les différences et les variations de tailles et d'aspect des organes génitaux. Enfin la sexologue se distingue encore une fois pour sa position critique et anti-normative en faveur de la promotion d'une vision la plus proche possible de la réalité.

T. : Parce que si tu ne montre qu'une photo, elles pensent que c'est la norme et ça c'est pas très bien.

Le savoir médical sur la réparation du clitoris se construit sur la base d'une pluralité et d'une pluridisciplinarité des expertises. Elles relèvent notamment des arguments de type esthétique, anatomique, fonctionnel et symbolique. La subjectivité de la patiente est également prise en compte.

### **Les arguments de l'« opérabilité » et les ressources nécessaires de la patiente**

Bien que les argumentations de la sexologue et l'avis de la psychologue sur l'état de la patiente et son aptitude à la réparation prennent une place importante dans les débats du staff, l'avis du chirurgien reste fondamental dans la décision de passer au bloc opératoire, notamment lorsque *les indications médicales sont évidentes*. Dans les cas où des troubles urinaires sont suspectés, le chirurgien prescrit un bilan urodynamique et adresse la patiente à un collègue urologue. Certaines femmes présentent des organes génitaux à l'apparence normale, du moins du point de vue anatomique. Dans ces cas, les débats sont souvent longs et font émerger la composante « symbolique » de la chirurgie. Ce n'est pas le médecin qui invoque cet argument, ses préoccupations concernent quasi exclusivement la situation du clitoris et des petites lèvres, déterminants pour lui du type d'intervention.

**Vignette 4 : « Plus un gramme de clitoris »**

Chef B. : Elle a mal, vagin correct, par contre elle a une symphyse des petites lèvres, mais surtout elle n'a plus de clitoris surtout ! Il n'y a plus un seul moignon de tout. Moi j'ai rien retrouvé. Et j'ai re-examiné pour être certain et elle n'a plus rien. Rien, rien, rien. Tout est vide. Tout est croisé jusqu'à sa physe-là, comme certaines... Alors je suis un peu emmerdé. Elle a vingt-neuf ans. Elle a mal, elle a une dyspareunie pelvienne. Parce que vingt-neuf ans... je comprends pas pourquoi elle a mal.

Sexologue T. : Oui, elle a mal, mais elle est dans une relation de domination, le mari est venu la rechercher quand elle est venue à la PMI, des histoires très classiques comme il y en a des tas. Et pour lui c'est elle qui a des problèmes, en aucun cas empathique.

B. : En tout cas il y n'y a plus un gramme de clitoris. Je veux bien chercher, mais il n'y a rien, rien, rien. On peut l'ouvrir et fermer.

T : Au moins qu'il y a quelque chose de...

B. : [en rigolant] de rouge !

T : ... de visualisable... En tout cas elle a mal tout le temps, parce qu'au-delà de faire quelque chose pour satisfaire le mari, est-ce que nous sommes capables de faire quelque chose pour qu'elle ait moins mal ?

B. : En tout cas pour l'histoire du clito je pense pas, par contre pour l'exploration des douleurs pelvienne oui. Pas de problème.

Un autre argument qui émerge lors de la discussion dans les réunions d'équipe, concerne les *éléments « culturels »* que les spécialistes peuvent détecter dans les comportements sexuels ou les représentations de la sexualité relatées par la patiente. Ils sont repérés notamment par la sexologue lorsqu'elle interroge la patiente sur ses pratiques sexuelles. Elle notera alors un « blocage » sexuel par rapport à la masturbation ou pourra remarquer une dynamique de couple où la partenaire ne prend pas souvent l'initiative des rapports sexuels et où le sexe oral n'est pas réciproque entre les partenaires, ce qui relève selon elle d'une sexualité pas encore émancipée. Ce dernier point est souvent justifié par la patiente par la gêne qu'elle éprouve à montrer son sexe à cause de l'excision, ce qui la conduit à éviter tout contact et tout regard du partenaire. Mais au-delà du discours de la patiente, et des traces écrites dans les dossiers que nous analyserons dans le chapitre suivant, lors des réunions de *staff*, la « culture » est un des éléments envisagés par l'équipe dans le processus de « réparation ». La « culture » entendue par le corps médical peut se situer dans tout ce qui s'écarte de la « norme » et donc de la représentation dominante de la sexualité. Les spécialistes interprètent certains comportements sexuels, mais surtout les idées que les femmes ont sur telle ou autre pratique sexuelle, et qu'elles expriment en consultation, comme une forme de « croyance culturelle ». La sexologue et la psychologue

notamment se chargent de transmettre des « normes », des savoir-faire qui permettraient à ces femmes de vivre correctement leur sexualité. Dans ce sens, bien évidemment il y a la « sexualité » d'un côté, qui est la forme dominante de la représentation de la sexualité, définie par des normes et des savoirs qui se considèrent plus ou moins scientifiques, de l'autre côté il y a les « tabous culturels » propres des formes minoritaires de représentations de la sexualité, c'est-à-dire dont les références sont autres que le savoir médical.

**Vignette 5 : « Une femme bien »**

Sexologue T. : Oui, oui elle est très mature, par contre elle est très imprégnée par sa culture, sur ce que c'est une femme « bien » et « pas bien » quoi !

Gynécologue- chirurgienne K. : Une femme bien ?

T. : Une femme bien est une femme qui ne court pas, qui ne cherche pas les hommes, etc.

K. : ... mais elle est bien non elle ?

T [rit] : ... C'est ambigu, tu vois ? C'est vraiment ambigu... elle a très intégré tout le discours culturel qui va avec l'excision : elle a jamais de plaisir, mais elle est très marquée par le fait que le sexe oral c'est pas bien, que toutes les pratiques un peu déviantes c'est pas bien... Tu vois ? Donc elle est très marquée par sa culture en fait. C'est ce que je cherchais à comprendre : la contradiction quand elle te dit qu'elle veut être opérée pour avoir plus de plaisir et quand tu la fais parler sur sa sexualité actuelle, elle est complètement inhibée par des tabous culturels.

Pour finir, les femmes qui s'engagent dans un parcours de réparation doivent faire la preuve qu'elles possèdent certaines ressources nécessaires pour faire face au parcours et leur permettre de « s'en sortir ». La patiente est alors définie comme une « battante » ou « en bataille » et le fait d'être en décalage avec les femmes de la génération précédente constitue une preuve qu'elle a les chances de « devenir une femme normale ».

**Vignette 6 : « La niaque pour s'en sortir »**

T. : Par contre elle est aussi une de ces femmes qui assume complètement la rupture, depuis l'adolescence, après le mariage forcé elle s'est enfuie, elle a été placée dans un foyer, actuellement en rupture familiale, avec un oncle qui a réussi à trouver dans quel foyer elle était. C'est une nana qui a un retour assumé sur tout ça, c'est pas juste « je veux qu'on me répare le clitoris » et à côté « je m'en fiche », mais elle est dans un refus de tout ce qui est culturel et idéologique. C'est typiquement le genre de fille, pour qui ça c'est un outil dont elle va s'en servir parce qu'elle en a d'autres...tu vois, comment on dit chez moi elle a la « niaque » pour s'en sortir après.

L'engagement de la patiente doit être total et proactif : les professionnels sont au courant qu'ils ne peuvent pas faire « grand-chose » sans la participation de la personne impliquée. La « *niaque* » est alors cet ingrédient. Elle implique, pour l'équipe, la participation consciente de la patiente, la manifestation évidente de sa volonté de changer une voie tracée dans son parcours biographique, de s'écarter d'un destin familial pour rentrer dans cadre sexuel définie par des normes médicales empreintes de féminisme. Cette démonstration fait partie du discours que la femme est censée produire dans son parcours, face aux spécialistes dans les consultations, particulièrement quand il s'agit de prouver la véritable motivation de sa démarche réparatrice. Le discours de la patiente peut en effet être considéré « faible », « flou », comme si la femme n'arrivait pas à passer l'épreuve. Sa démarche alors devient suspecte. La gynécologue K. parle de « *vaginisme verbal* », c'est-à-dire l'absence de preuves qui contribuent à constituer la solidité du dossier de la patiente.

**Vignette 7 : « *Vaginisme verbal* »**

K. : Oui c'est vrai qu'elle s'exprime très peu, en fait elle a un vaginisme verbal.

B. : Verbal ?

K. : verbal et vaginal. Donc voilà pour moi sur le plan strict et technique c'est reconstituable, mais vu le contexte je ne sais pas s'il faut accéder à sa demande tout suite ou...

B. : Bah, il faut qu'elle s'en serve ! Parce que si elle va pas s'en servir...de son plaisir... à revoir !

Tous ces éléments portent à formuler le concept de « *maturité* », sans cesse utilisé par tous les spécialistes impliqués dans le processus évaluatif. Pour l'équipe, il est important d'entendre un discours formulé par les femmes, au sein duquel l'équipe voudrait qu'elles se construisent comme « victimes » montrant ainsi qu'elles reconnaissent cette atteinte corporelle comme une véritable mutilation et l'inscrivent ainsi dans le registre du traumatisme. Cet élément parmi d'autres permet à l'équipe de décider sur l'opérabilité de la femme. Si d'une part l'équipe affirme que la chirurgie ne « peut pas changer grand-chose » sans la volonté participative, cette « *niaque* » de la patiente, d'autre part l'équipe considère que la chirurgie est plus efficace sur un type de patiente, à savoir la femme « mûre ». Lors des négociations entre spécialistes, le concept de « *maturité* » émerge à plusieurs reprises et se révèle central dans l'évaluation du parcours de réparation.

Un autre type de patiente se dégage toutefois, dont la plainte se fonde sur une souffrance physique. Ce genre de dossiers ne fait pas l'objet de longues discussions ; les expertises sexologiques et psychologiques sont souvent courtes. Le chirurgien a plus de



place dans l'évaluation, qui reste néanmoins synthétique et technique, il décide d'opérer lorsqu'une indication médicale est relevée et les participantes concordent la plupart du temps avec cette décision. Ce sont des femmes dont le parcours est présenté comme « lourd » et pour lesquelles des indicateurs de précarité sont relevés par les spécialistes à plusieurs niveaux (pas de travail, absence de scolarisation, violence familiale, violence conjugale, mariage forcé, viol, etc.). Cette précarité ne permettrait pas la production d'un discours élaboré, les spécialistes invoquent plutôt la grande souffrance endurée par la femme. La décision de l'opérer se base alors sur une sorte de « bon sens » qui charge l'éventuel refus chirurgical d'une expérience supplémentaire de privation que la femme aurait déjà suffisamment accumulée dans ses expériences de vie.

Au final, la chirurgie acquiert deux valeurs selon la catégorie de patiente expertisée. Lorsqu'une précarité est soulignée, la chirurgie devient une récompense. Le corps médical semble ressentir un devoir moral à intervenir face à un parcours caractérisé par la privation et l'absence d'opportunités. Dans le second cas, des compétences sont recherchées, et ce serait une maturité prouvée qui validerait l'efficacité symbolique de la chirurgie réparatrice: il faut donc trouver la patiente qui s'adapte à la chirurgie et pas l'inverse. Cette « maturité » émerge de manière nette à travers l'analyse des dossiers médicaux (chapitre 7). Les membres de l'équipe reconnaissent cette qualité, lorsque la femme est capable d'exprimer clairement sa volonté de « prendre en main sa vie », de devenir ainsi autonome et émancipée quant à la gestion de son corps et de sa sexualité et de rompre définitivement avec l'aspect culturel de l'excision et de tout ce qui va avec, pour enfin le reformuler dans un récit de violence et de traumatisme subi et de bénéficier ainsi du droit à la réparation.

### **La validation du savoir par les pairs : rencontres entre services**

Les réunions inter-services sont en réalité des réunions de *staff*, qui s'ouvrent à une autre équipe pluridisciplinaire, et plus particulièrement au Service B. Ces réunions, organisées tous les six mois, offrent aux invitées la possibilité de se confronter sur leurs pratiques respectives et la manière dont elles réalisent autant les consultations que les évaluations. Des personnages externes ont aussi été sollicités, tel un pédiatre et une autre chirurgienne. La première rencontre interservices à laquelle j'assistai en janvier 2008, peu

après mon arrivée dans le Service A, avait un caractère assez général. Le chef B. interroge le Service B sur leurs pratiques, notamment la fréquence et la gestion des consultations. La gynécologue M., responsable de l'équipe, en profite pour raconter la vie de cette nouvelle unité de soin qui vient de se former.

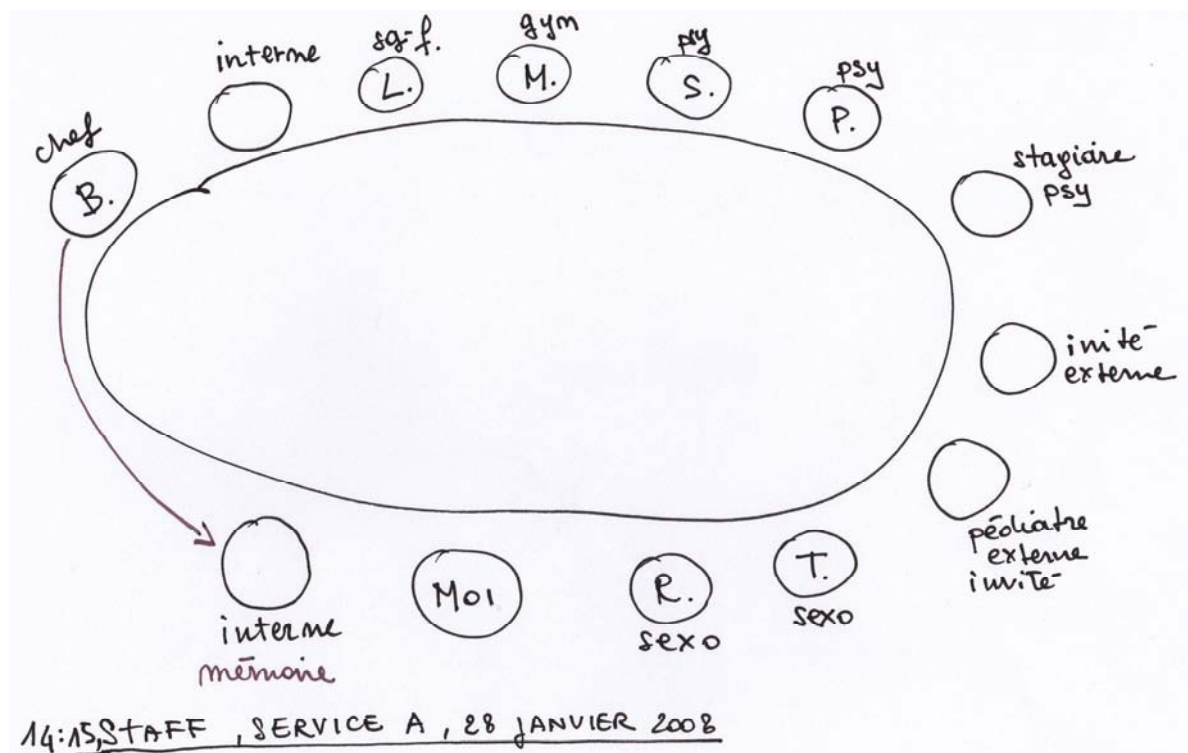


Figure 6.3 Croquis figurant la table ovale, les membres du Service A et B lors d'une réunion d'inter-service.

Lors de la deuxième séance, en juin 2008, il m'avait été demandé de présenter un exposé sur l'analyse des dossiers effectuée au sein du Service A. Un aspect qui avait particulièrement intéressé les deux équipes, concernait la collecte de tous les termes utilisés par écrit par les spécialistes décrivant les petites lèvres après excision. J'avais relevé : « coupées, collées, collabées, soudées, excisées, suturées ». Constatant l'utilisation d'une terminologie bigarrée dans les dossiers médicaux, le chirurgien B. insiste pour clarifier le vocabulaire et rendre ainsi cohérent le diagnostic. Pendant environ une demi-heure, les spécialistes se sont accordés sur la signification et l'usage des termes, par exemple le fait que les lèvres « suturées » consistent en « *un rapprochement forcé qui comporte la fermeture du vagin* ».

Pendant cette séance interservices, la doctoresse Louis-Sylvestre, collègue de Foldès, est invitée et présente la technique chirurgicale utilisée par Foldès et les données de leur étude sur environ cinq cents patientes. Elle explique avoir constaté que plusieurs femmes excisées « ne touchent même pas la région du clitoris », ce qui rend à ses yeux « logique » le fait qu'elles déclarent n'avoir aucune sensation à cette région-là. Selon elle le facteur « éducation sexuelle » est central pour une bonne récupération des sensations : *« Je ne suis pas sûre que ce soit une intervention merveilleusement intéressante [en se référant à la chirurgie réparatrice]. Je pense qu'il y a beaucoup d'éducation à faire avant, de comment on peut essayer de récupérer des sensations. Et je ne vois pas pourquoi un organe, qui est juste masqué par de la peau, ne pourrait pas être stimuable »*. Bien que plusieurs spécialistes de deux services soient convaincus de la fonction symbolique, celle-ci est strictement liée à l'acte chirurgical, l'ethnopsychothérapeute S. du Service B dit : *« même si on y voit l'aspect symbolique et que souvent il est plus important que l'aspect anatomique, la chirurgie sert à mettre en route d'autres changements, aussi plus profonds et qui viennent après »*. La sexologue T. considère également que *« c'est la chirurgie, qui la fera sentir normale »* et S. rebondit : *« c'est quelque chose d'hyper symbolique : une réouverture, vous savez, ça fait péter des barrières ! »*. Lors de cette séance, la validité de l'acte chirurgical est donc abondamment discutée et remise en question. Le Service B explique que les membres de l'équipe ont opté pour « allonger » le « parcours de réparation » afin que la patiente prenne vraiment le temps de vivre ce processus et qu'elle puisse s'éloigner de la fonction « magique » qu'elle pourrait calquer sur l'opération et que l'équipe cherche à démystifier lors des consultations. Même si le refus chirurgical fait polémique au sein du corps médical (puisque la femme a droit à une chirurgie réparatrice), le chef B. explique qu'il a commencé à refuser la chirurgie à certaines patientes, particulièrement à celles dont *« le clitoris est bien situé et réactif »*.

Ce type de réunions donne la possibilité à l'équipe médicale d'avoir un regard sur elle-même et de faire approuver le travail expérimenté à ses pairs. La confrontation avec une autre équipe conduit à un échange qui permet aux spécialistes de repenser leur discipline, mais également d'avoir une vision d'ensemble sur la coordination des procédures et la vérification du dispositif utilisé. Savoir si tout cela fonctionne efficacement, si et comment le dispositif pourrait être amélioré fait partie de la vie et du fonctionnement du travail d'équipe. Il s'agit d'une procédure de supervision horizontale, une évaluation réalisée par les pairs. Dans cette même dynamique, avec une finalité similaire, B. m'avait demandé

d'effectuer une évaluation de service par une enquête sur la satisfaction des femmes quant à leur prise en charge. Cette étude aurait dû également révéler les raisons d'abandon de la démarche réparatrice de la part de certaines. Le rapport que j'ai produit à la fin de cette étude a été remis à l'équipe et a fait l'objet d'un bref exposé lors d'une séance interne. Il met notamment en relief que le refus chirurgical n'est jamais clairement exprimé, ce qui implique que les femmes demeurent dans l'attente d'une chirurgie. La discussion portant sur ce point procédural du parcours de réparation, s'il relève l'asymétrie des rapports entre le corps soignant et les patientes, et la portée de l'investissement de ces dernières, montre également comment le corps soignant à l'intérieur de l'hôpital peut détourner sa responsabilité personnelle pour l'imputer à un dysfonctionnement plus anonyme de type institutionnel.

**Vignette 8 : Absence d'information aux patientes attribuée à un dysfonctionnement institutionnel**

Psychologue D. : Enfin moi je trouvais que le dernier point était super important, il y a beaucoup de femmes qui n'ont pas de retour et qui se plaignent qu'après le *staff* elles ne savent pas ce qui se passe... Elles font leurs 5 rendez-vous et puis ensuite...

Gynécologue-chirurgienne K. : Alors ça j'ai une très bonne explication : c'est un problème pur et dur de secrétariat !

Sexologue T. : Oh je suis contente de t'entendre dire ça ! Ce qui manque à l'équipe c'est une secrétaire !

K. : Non il n'en manque pas une, il manque deux ou trois, moi j'ai une secrétaire qui change tout le temps et je ne peux pas m'en sortir comme ça, ça doit changer, ça ne peut pas continuer comme ça.

D. : Ce que je veux signifier c'est que je trouve compliqué de demander aux femmes d'avoir 4 rendez-vous, on les contraint quand même énormément et puis ensuite on les abandonne !

K. : Oui je suis d'accord avec toi ! Tu vois, genre une secrétaire, elle serait venue ici le temps des dossiers ! Alors elle n'a plus rien à faire, je lui note les mots, mais comme elle n'a rien à foutre, elle met ça dans un coin.

T. : Oui, moi ça me gonfle parfois, quand je monte pour demander des trucs en général qui sont importants... je suis accueillie comme si j'étais la dernière des emmerdeuses qui vient demander la lune ! [en *crescendo*]

B. : Qui ça ?

T. : Au 5<sup>e</sup>... pas par XX non... [il y a deux secrétaires] vraiment là des fois... [elle répète la même phrase « je suis accueillie comme si j'étais la dernière des emmerdeuses qui vient demander la lune ! », en ajoutant qu'elle y va même pas souvent, mais tous les trois mois]

B. : Oui, bon, mais là nos secrétaires vont partir. Elles vont partir. Alors quand on se revoit ? Prochain *staff* quand ?

Le parcours de réparation vise à montrer que les dégâts de l'excision ne sont pas seulement d'ordre physiologique. Le premier rendez-vous, bien qu'il soit strictement informatif et bref, représente un moment investi d'une forte charge émotionnelle pour les femmes qui arrivent souvent avec des attentes démesurées. La découverte que la chirurgie « ne va pas changer grand-chose » — message délivré par la sage-femme — se traduit parfois en perte de motivation à s'engager dans un parcours qui se révèle long et contraignant, au moins pour celles qui croient pouvoir se faire opérer immédiatement. Au final, l'esprit pragmatique de la chirurgienne trouve une explication concrète au problème de la « perte » des patientes : c'est une question de ressources humaines (le manque de personnel) et de gestion de service (organisation des cahiers de charge).

#### Encadré 6.2 Le profil des professionnels

<i>Service A</i>	<i>Service B</i>
<p>B. est un gynécologue parisien, blanc sur la cinquantaine, chirurgien et chef de service. Il est impliqué dans la mise en place du service de consultation à la réparation depuis son origine, mais il n'en est pas le promoteur. Il ne revendique pas un engagement militant, mais il est « ouvert » — comme ses collègues le définissent - à une prise en charge pluridisciplinaire, sensible également à la question de la réparation et de la violence. C'est le seul homme de l'équipe et lié avec T. par une amitié de vieille date.</p> <p>K. est une gynécologue sur la quarantaine qui apprend la technique chirurgicale de reconstruction clitoridienne. Parisienne, blanche, elle est mariée à un gynécologue avec</p>	<p>M. est une gynécologue blanche sur la quarantaine, également chirurgienne. Comme la plupart des praticiens, elle a été formée à la chirurgie réparatrice par Foldés et a commencé à opérer dès que l'Assurance maladie a reconnue cette intervention dans les hôpitaux publics. Elle fut promotrice de la constitution de la première équipe au sein du Service A, où elle exerçait à l'origine. M. appartient au noyau dur des premières spécialistes impliquées dans l'élaboration d'une prise en charge pluridisciplinaire. En 2007, elle migre au Service B, où elle met sur pied et inaugure une nouvelle « unité de soin » pour la réparation, dont elle est la responsable.</p> <p>Mariée à un homme africain avec qui elle a 2 enfants, elle est particulièrement sensible à la question de la discrimination raciale. Elle a participé activement aux premières réunions du Gams sans pour autant revendiquer un long passé militant dans l'association.</p> <p>Pas d'équivalents.</p>

qui elle a 2 enfants. À l'époque où je la rencontre, elle est enceinte et proche du terme. Le chef B. lui demande de superviser mon travail, c'est donc elle qui m'encadre dans le service. Elle n'est pas une militante engagée, son temps et son investissement à l'hôpital sont plutôt motivés par la volonté de faire carrière.

T. blanche sur la cinquantaine est une gynécologue par la suite spécialisée en sexologie. Féministe, elle a été toujours politiquement active et militante engagée. Pour elle sa profession est déjà politique vouée à la cause d'émancipation et libération des femmes à travers la maîtrise de leurs corps et de leur sexualité. Elle est aussi à l'origine du service de réparation et fait partie du conseil administratif du Gams.

P. est une psychologue sur la trentaine, française, blanche. Également présente dans le service A depuis son ouverture. Engagée et sensible à la cause de la réparation de l'excision et de la violence en général, P. n'est pas pour autant une militante active dans une association. En revanche, elle part pour une expérience humanitaire internationale en Asie, et quitte à ce moment – peu après mon arrivée – l'équipe. Très appréciée de tous les membres de l'équipe.

L. est une sage-femme sur la quarantaine, française blanche, politiquement très engagée dans la cause des mutilations sexuelles. Militante active au Gams, elle suit l'équipe

R est un gynécologue d'origine syrienne sur la quarantaine spécialisé dans la sexologie. Il intègre l'équipe du Service B dès sa constitution en décembre 2008. Pas particulièrement engagé politiquement, il est pourtant très impliqué dans la cause des mutilations sexuelles. C'est le seul homme de l'équipe.

S. est une psychologue métisse sur la quarantaine qui propose une consultation qu'elle souhaite faire reconnaître comme de l'ethno-psychothérapie. Anthropologue de formation et diplômée en victimologie, elle a une formation en thérapie systémique avec une spécialisation dans la maltraitance. Elle a reçu les premières « victimes de mutilations sexuelles » en consultation externe. Il s'agissait de femmes envoyées par le Gams. Elle a été sollicitée par la suite pour participer à l'élaboration d'une équipe pluridisciplinaire. Liée en amitié avec la gynécologue M., avec qui elle a, dit-elle « beaucoup d'affinité et de complicité ». Elle intègre le Service A en 2006 pour le quitter en 2007 et former la nouvelle unité de soin au sein du Service B. Bien qu'elle ne milite pas activement, elle est très sensible aux violences et aux formes de discrimination raciale.

Pas d'équivalents. Plusieurs sages-femmes impliquées, mais sans hiérarchisation dans l'unité de soin – si ce n'est pas celle de type professionnel, liée à leur statut et ancienneté ou

depuis sa constitution et y exerce un rôle central. C'est notamment elle qui reçoit et fournit les premières explications concernant les mutilations, l'anatomie du clitoris, l'intervention chirurgicale.	spécialisation.
--	-----------------

### **Une question communautaire : la démarche engagée du Service B**

Si les professionnels du Service A, interpellés dans leurs pratiques, ont cherché une réponse proche du modèle biopsychosocial pour offrir une prise en charge pluridisciplinaire, les spécialistes du Service B trouvent leurs sources dans l'ethnopsychiatrie (encadré 6.3) en questionnant les significations culturelles de l'excision et les qualifications politiques qu'elle assume en contexte migratoire<sup>199</sup>. Sans abandonner la démarche psychologique qui caractérise un parcours de réparation et demande à ce que la patiente produise un discours sur elle-même, cette nouvelle équipe intègre d'autres éléments, notamment certains qui appartiennent au contexte social et culturel de la patiente, mais aussi la place politique qu'elle occupe au sein de la société française.

L'équipe pluridisciplinaire du Service B, présentée officiellement en novembre 2007, se compose de la gynécologue chirurgienne M., du sexologue R. et de l'ethnopsychothérapeute S. qui constituent – ainsi qu'ils le définissent – le « noyau dur » de l'équipe. Plusieurs sages-femmes (entre 4 et 6 à chaque séance) participent aux réunions de *staff* et occasionnellement d'autres catégories de personnel sont invitées, comme les infirmiers, l'assistante sociale ou les conseillères conjugales. Les réunions se déroulaient environ une fois tous les deux mois, dans un contexte très convivial. Les membres sont assis autour d'une grande table, plusieurs plats et boissons sont disposés au centre : les réunions se déroulent toujours à 13 heures et durent un peu plus d'une heure. Elles se teignent ainsi de la connotation d'une longue pause agréable. Comme cela a déjà été relevé dans d'autres ethnographies hospitalières, l'apport de nourriture vise deux buts : se sustenter en économisant les frais du repas tout en assurant la convivialité. Le partage et les échanges des biens sont à la base de la création de cohésion au travail (Peneff, 1992 : 188). Ces

<sup>199</sup> Il est important de préciser que le service B se situe dans un département parisien qui héberge une des plus grandes communautés maliennes de France, ce qui n'est pas secondaire dans la volonté d'organiser une prise en charge concertée.

activités de coopération et de solidarité renforcent l'esprit d'équipe, étayent le sens du groupe et unissent les spécialistes dans l'idée d'appartenance au même corps.

La gynécologue et l'ethnopsychothérapeute faisaient, au départ, partie du groupe des professionnels se réunissant au Gams. Elles ont constitué la première équipe pluridisciplinaire au sein du Service A. Au cours de 2007, elles ont intégré un autre hôpital, reconstituant une nouvelle équipe nommée « unité de soin à la réparation » et spécialisée dans la prise en charge des femmes excisées. À l'intérieur de l'équipe, l'alliance entre la gynécologue et l'ethnopsychothérapeute est évidente, alliance qui s'appuie sur une entente originelle et renforcée par une amitié construite par la suite. Cette complicité est visible dans le déroulement des discussions des dossiers des patientes et les dynamiques d'échanges d'expertise.

### **Encadré 6.3 Modèle de l'ethnopsychiatrie**

Georges Devereux (1908-1985) est considéré comme le père fondateur de cette discipline. L'ethnopsychiatrie est un domaine de recherche partageant objets et méthodes tant avec la psychologie clinique qu'avec l'anthropologie. Cette discipline s'est intéressée aux désordres psychologiques par rapport à leur contexte culturel d'une part, aux systèmes culturels d'interprétation et de traitement du mal, du malheur et de la maladie d'autre part. Elle a connu une extension dans les vingt dernières années, engendrant des dispositifs originaux de prise en charge des souffrances psychologiques des populations migrantes.

Pour les cliniciens qui adoptent cette approche, une séance type d'ethnopsychiatrie se déroule ainsi : une dizaine de professionnels (en général psychologues cliniciens, mais aussi médecins, psychiatres, anthropologues, linguistes) se réunissent autour du patient en présence de la famille ou du réseau primaire. Parmi ces professionnels, au moins l'un d'entre eux parle la langue maternelle de la famille et est censé connaître les habitudes thérapeutiques ayant cours dans l'environnement habituel de la famille. La multitude d'intervenants doit théoriquement permettre l'expression d'une multiplicité d'interprétations.

Pour approfondir ce sujet voir : Devereux G. *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Paris: Flammarion 1972 et Nathan T. Georges Devereux et l'ethnopsychiatrie clinique, *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 1998;35-36:7-18. Pour une critique de l'ethnopsychiatrie voir : Fassin D. L'ethnopsychiatrie et ses réseaux. L'influence qui grandit, *Genèses* 1999;35:146-171.

### **Démocratisation de l'espace médical ou médicalisation des problèmes sociaux ?**

La première réunion de *staff* à laquelle j'ai assisté coïncide avec la première réunion du Service B. Cette première rencontre a été complètement destinée à la discussion des aspects pratiques (comment structurer le parcours ; orientation personnalisée), logistiques



(quelles couleurs choisir pour les dossiers, sexe du médecin) et communicationnels (importance des femmes relais, comment aborder la question de l'excision).

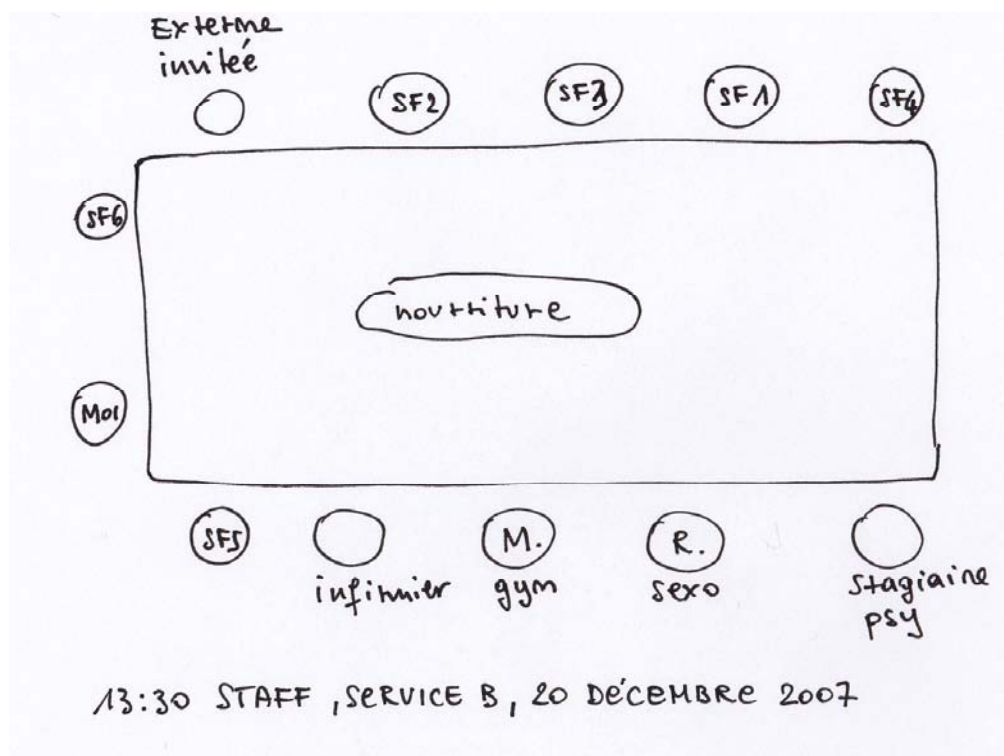


Figure 6.4 Croquis figurant la table rectangulaire, les membres du Service B, les invités externes et internes lors d'une réunion de staff.

M. illustre les aspects techniques de la chirurgie, le temps d'hospitalisation et les indications analgésiques compris, bien que ces éléments-là semblent occuper une place d'arrière-plan eu égard à la dimension d'accompagnement psychologique et sexologique. Cet accompagnement propose de réparer « un préjudice » des femmes « anormales » par rapport aux « vraies femmes » françaises. Assez rapidement, le « noyau dur » explique aux autres membres de l'unité de soins la mission propre du parcours de réparation, qui se veut thérapeutique et déjà « réparateur » parce qu'il offre à la femme la possibilité de verbaliser son traumatisme. L'effet de cet espace de parole a, selon les spécialistes, la triple fonction de faire « évacuer la douleur » qui n'a jamais été exprimée, de « rompre le silence » lié au tabou du sujet et de substituer « le rien » que les femmes excisées soutiennent avoir entre leurs jambes par « un sexe réparé ». La reconstruction est conçue par cette équipe initialement comme une forme de « restitution ».

M. : La première étape consiste à expliquer le fonctionnement du clitoris, donner un descriptif. Aux femmes soutenant n'avoir « plus rien », le médecin explique qu'on leur a enlevé seulement un petit bout, mais que la plupart du clitoris est là.

Lors de cette première réunion, une bonne partie de la séance est dédiée aux modalités d'introduction de la question de l'excision avec une patiente. Ces questions préoccupent une catégorie professionnelle particulière qui n'est pas familière du sujet : les sages-femmes (qui sont désignées par l'abréviation SF dans les transcriptions des échanges), qui expriment leur gêne à aborder de telles questions et leur préoccupation de savoir « quoi [...]faire » de cette information une fois qu'elles l'ont obtenue. La gynécologue M. suggère aux sages-femmes de demander aux patientes l'ethnie et le pays d'origine, pour leur demander ensuite si « là-bas » on pratique l'excision, et demander seulement après si elles ont envie d'en parler.

Gynécologue-chirurgienne M. : Le plus important c'est d'ouvrir une porte, évoquer la question et dire : « *il y a la possibilité d'aller quelque part si vous voulez* ».

Bien que les sages-femmes soient particulièrement participatives et intéressées par le thème, le sentiment de gêne est sans cesse évoqué. Elles sont embarrassées à l'idée de poser la question en premier, comme si cela revenait à un manque de respect de l'intimité de la patiente.

#### **Vignette 9 : Libérer la parole**

Sexologue R. : Et qui devrait parler sinon ? Ce n'est pas vous l'agresseur ! C'est comme la question du viol, on leur enlève la honte en libérant la parole.

Chirurgienne M. : Oui l'important c'est de parler, pas de dire que le but c'est la chirurgie, car on est pas obligé d'aller jusqu'à la chirurgie.

La dimension « culturelle » acquiert une importance accrue et devient un élément légitime au sein des échanges entre les spécialistes, qui se soucient d'interpréter correctement les demandes formulées par les femmes. Selon les spécialistes du service B, l'efficacité de la réparation dépend de la confiance qu'elles réussissent à établir avec la patiente en créant les conditions pour qu'elle se sente « entendue ».

Ethno-psychothérapeute S. : Pour nous le service est efficace si les femmes se sentent apaisées par rapport à leur demande.

Au Service A, les membres proposent systématiquement l'anesthésie générale « *pour le confort de la patiente et pour éviter qu'elle revive les souvenirs de l'excision* », mais le Service B a choisi de proposer également l'option d'une anesthésie locale. À cette occasion,

un infirmier spécialisé dans la prise en charge de la douleur est présent. Il pose des questions concernant les indications médicales précises qui demandent de pratiquer une anesthésie générale pour ce type d'opération, car selon lui l'anesthésie locale est plus efficace dans la durée. M. explique alors qu'il s'agit d'un souci psychologique lié au traumatisme vécu lors de l'excision afin d'éviter que des souvenirs ne remontent à la surface lors de l'opération. Le cas de la patiente ayant fait une décompensation psychiatrique est cité à nouveau. Le sexologue défend l'indication d'une anesthésie locale, car selon lui elle est « plus reconstructrice ». Il souligne encore que cela serait cohérent avec la démarche de reconstruction, dont un des buts est que la patiente « se réapproprie son vécu ».

Sexologue R. : C'est important que la patiente vive ce moment-là, qu'elle ne soit pas privée d'autant plus que c'est une intervention réparatrice et pas mutilante. À l'époque on pratiquait l'expulsion des fœtus morts sous anesthésie générale car les médecins pensaient que cela pouvait traumatiser une femme et après on en est revenu et on pense maintenant que c'est important qu'elle vive ce moment-là.

L'équipe décide de retenir les deux options afin de laisser le choix à la patiente. Le rasage préopératoire est également discuté. Certains membres disent préférer un rasage intégral, d'autres soutiennent qu'un rasage délimité à la zone de l'incision suffit. Tous ces aspects sont débattus de manière ouverte et horizontale, la participation de tous les invités est bienvenue. Les sages-femmes participent activement à la discussion au sujet du type de rasage, s'il doit être délimité à la zone opérée ou plus élargi, décidant enfin que le plus confortable pour les soins de nettoyage est le rasage intégral. C'est l'occasion de faire une blague, une sage-femme faisant remarquer que le rasage « à la brésilienne » est l'une des épilations du maillot parmi les plus chères chez les esthéticiennes. En effet, le bon mot est un *leitmotiv* des réunions de *staff*, il marque la complicité des membres, la démonstration de la maîtrise du sujet – qui devient ainsi banal – la légitimité de détenir un savoir privilégié lequel légitime à son tour la possibilité de « déconner », de devenir « léger » et d'en rigoler.

#### **Vignette 10 : Les blagues comme cohésion professionnelle**

S. : Elle a parlé de la chirurgie à sa mère qui l'a déconseillée parce qu'avec la chirurgie il y a toujours des risques.

SF. : Ah bah ils l'excisent : pas de problème. Puis après la chirurgie, c'est un petit peu risqué ! Eh bah dis donc ! Ils ont des priorités !

*Tout le monde rit.*

Si d'une part les blagues et la dérision autorisent de rire de choses souvent dures et légitiment cette possibilité, d'autre part cet « *humour cruel* » montre le refus « *de se laisser émouvoir, de se laisser avoir* » (Peneff, 1992 : 196). Ces plaisanteries donnent la possibilité de mettre à distance la patiente, son histoire, ses confidences et son récit entendus dans le *box*, et illustre la volonté de cloisonner deux catégories de personnes : les soignants et les soigné-e-s.

La discussion passe ensuite au risque de décompensation postopératoire, possible chez certaines patientes, notamment lors de l'accouchement et provoqué par une épisiotomie. La gynécologue signale qu'il y a eu déjà trois cas et souligne l'importance de sensibiliser d'autres services, notamment la maternité, en les informant de l'existence du service B spécialisé dans ce type de problèmes.

Un thème qui occupe une grande partie de cette première séance, mais qui est abordé à nouveau ensuite, concerne la « gestion du secret ». Il s'agit notamment de savoir comment gérer les dossiers de certaines patientes, dont la démarche a lieu à l'insu de l'entourage. Certains proposent de mettre une étiquette colorée ou un code, quelqu'un propose même d'attribuer un mot de passe à la patiente, mais finalement ce sont les sages-femmes qui décident d'écrire « secret » comme pour les dossiers d'interruption volontaire de grossesse (IVG). Les sages-femmes et les secrétaires qui participent au débat, expliquent que la gestion du secret est particulièrement délicate avec ces patientes puisqu'elles possèdent beaucoup d'informations sur leurs « copines » : elles sont au courant des rendez-vous et d'autres éléments de consultation. Une sage-femme expose la difficulté qu'elle a rencontrée dans le cas où les deux sœurs consultaient. Chacune des sœurs demandant des précisions sur les rendez-vous de l'autre, à tel point que parfois elle ne savait plus avec qui elle s'entretenait au téléphone. L'ethno-psychologue pense que le fait de mettre en péril l'information reflète le désir de ces patientes de faire justement « éclater » le secret, ce qui à ses yeux n'est pas un mal en soi.

La question de la réparation, spécialement parmi les plus jeunes qui souvent l'entreprennent dans une démarche collective, est réglée par le service B de manière classique : à savoir dans le respect déontologique du secret médical. Il faut noter en revanche que les éléments débattus et considérés comme préoccupants pour l'équipe sont ceux qui s'inscrivent au-delà de leur pratique clinique. Concernant la prise en charge, ils proposent également d'offrir un parcours personnalisé à la patiente en l'orientant de

manière différenciée, à partir de son premier rendez-vous, selon le « type » de demande qu'elle formule, selon qu'elle est plus d'ordre sexologique, psychologique ou gynécologico-chirurgical.

Enfin l'équipe s'accorde à dire qu'une chirurgie pratiquée sans accompagnement préalable risque de se révéler inefficace ou, du moins, de ne pas satisfaire les espoirs que la femme opérée y avait placés. C'est-là l'une des raisons qui pousse le Service B à intégrer une consultation supplémentaire aux trois déjà existantes : la consultation collective. Celle-ci, située en amont de la réunion finale de l'équipe et associant la patiente aux différents spécialistes (chirurgien, sexologue, ethnopsychothérapeute) a l'objectif de faire prendre conscience à la patiente de ses besoins réels tout en vérifiant sa volonté d'aller jusqu'au bout de la démarche.

### **Discuter les dossiers : les enjeux des expertises entre collègues**

Lors de la deuxième séance, l'équipe commence à discuter des dossiers, qui ne sont pour l'instant pas nombreux et sont déposés au centre de la table. M. (la gynécologue) introduit la première patiente, une femme de vingt et un ans, malienne, d'ethnie soninké, de parents maliens, quatre frères et une sœur plus âgée, excisée aussi, animatrice d'un centre de loisirs. M. la décrit comme étant une femme qui a « *peu d'attente de la chirurgie, pas d'attente particulière* » et expose le diagnostic du clitoris, qui est – selon elle – en « *bon état* », relevant par contre une « *coalescence des petites lèvres* », ce qui représente à ses yeux « *déjà une indication chirurgicale, ce serait au moins au niveau de la réouverture de l'orifice* ». Son rôle, à l'instar de celui de B. dans le Service A, est plutôt cadrant, elle détermine les temps et les rythmes de la discussion, parfois en s'effaçant des longs débats au centre desquels se trouve R. (le sexologue) et S. (l'ethno-psychothérapeute). M. rappelle en conclusion la décision prise et aborde le dossier suivant. Dans la présentation de la patiente, elle mentionne – outre les caractéristiques sociodémographiques – la motivation de la patiente. Ensuite elle décrit l'état du clitoris et des petites lèvres en précisant ce qui peut être proposé chirurgicalement.

S., quant à elle, porte particulièrement attention au vécu traumatique de la patiente. Elle pose d'ailleurs toujours la question de savoir si – en sus de l'excision – la femme a vécu d'autres « choses difficiles » en cherchant réellement à exhumer les violences anciennes.

Une femme excisée qui s'engage dans un parcours de réparation au sein du service B doit être prête à dépouiller tout son passé, elle ne pourra pas se focaliser exclusivement sur son excision – bien qu'il s'agisse d'un événement en soi déjà traumatique – mais devra être disponible à révéler ses autres blessures. Les patientes qui s'engagent dans cette démarche ont souvent déjà réfléchi; elles se montrent prêtes à répondre à un travail psychothérapeutique. Les patientes qui acceptent de « jouer le jeu » et de parler de leur vie entière sont aussi celles qui sont capables de soutenir ce type de consultation. Par ailleurs, ce sont ces mêmes patientes qu'on retrouve parmi les « opérées », puisque cet engagement est une condition implicite d'accès à la chirurgie.

### **Vignette 11 : Exhumer la violence**

Ethno-psychothérapeute S. : Par rapport à la question de la motivation ce qui est intéressant est qu'elle était convaincue que c'était par rapport à son excision, qu'elle ne pouvait rien sentir *puisque'elle est excisée [soulignée par la voix]*. Et puis j'ai posé la question fatidique s'il y avait d'autres choses difficiles dans sa vie et elle a dit qu'elle a été violée de onze à dix-huit ans par un oncle de la famille qui vivait dans la famille et qui a maintenant quitté le domicile. Pour elle, c'est fini. Elle y pense plus et ça n'a rien à voir avec ses difficultés sexuelles. Elle ne l'a dit à personne, si elle l'a dit peut-être à son petit ami, mais elle n'a absolument pas parlé à personne de sa famille. Le type est retourné au Mali et vit sa vie...

SF. : À en violer d'autres !

S. : On pourrait imaginer... Ce qui est très particulier, très bizarre c'est qu'elle dit qu'elle ne se souvient pas de douleur au moment du viol... Alors qu'elle dit que les rapports sexuels sont douloureux. Alors je lui ai demandé si, au moment du viol, elle était « ailleurs » et elle a dit oui, alors on pourrait faire l'hypothèse qu'elle était extrêmement dissociée ce qui peut expliquer le fait...

Sexologue R. : Parce que ça a duré six ans, c'est ça?

S. : J'étais effrayée... J'avais l'impression de revenir à il y a quinze ans, quand je voyais des gonzesses qui ne parlaient à personne et qui n'imaginaient pas en parler à qui que ce soit tellement elles voulaient protéger le système familial. Alors il y a une possibilité aussi que ce soit pas des viols complets, dans le sens de pénétration complète hein... Pour un enfant c'est pas évident de savoir la différence... et donc mon souci est de savoir si ces informations sont vraies [...]

Ce passage met en lumière l'importance accordée, spécialement par S., au viol comme élément de dysfonctionnement de la sexualité, voire de la vie de la femme qui consulte. Or, le viol n'émerge jamais par hasard ou de manière spontanée; c'est un élément qui est recherché. Dans les cas où la patiente affirme avoir vécu une forme de violence, souvent une violence de nature sexuelle, cet élément prend alors toute la place et l'excision semble venir

après, semble s'effacer. Dans cela, l'ethno-psychothérapeute, titulaire d'une spécialisation en victimologie, semble chercher une confirmation à un profil type qu'elle a élaboré. L'excision est considérée comme une expérience traumatique qui pourrait créer un « terrain favorable » à la violence. Aux patientes, l'ethno-psychothérapeute demande notamment si elles ont vécu « d'autres choses difficiles », son hypothèse est que ces femmes, par leur passé traumatique, subissent probablement d'autres formes de violence par la suite. Elles sont considérées comme un profil type de victime.

R. dresse un bilan plus ciblé sur les expériences sexuelles déclarées. Il pose des questions quant au plaisir et à l'orgasme, à la présence de douleur, mais interroge également le répertoire des pratiques et la fréquence des rapports. Il présente souvent un tableau clair et construit sur des éléments biographiques cohérents et successifs, tableau qu'il a probablement recomposé dans cet ordre après l'entretien avec la patiente. Sa consultation prévoyant en plus une approche éducative et thérapeutique, R. se lance dans des conseils, explications en affirmant son avis quant aux capacités des femmes à intégrer les messages.

R. : On a beau lui expliquer les dynamiques du plaisir elle a l'air d'écouter, c'est ça qui est intéressant, mais je ne sais pas ce qu'elle applique. Elle veut se réparer anatomiquement pour se réparer – dit-elle – « psychologiquement ».

Le sexologue emploie souvent la blague dans son exposé ce qui déclenche un rire général et réveille la salle. Toutefois, son intervention se distingue pour la valeur éducative de son travail, la dimension pédagogique est prégnante dans son bilan sexologique. Pour lui, il existe clairement un savoir savant, qui permet d'accéder à la « bonne définition » des choses, et un savoir mineur, celui des femmes, qui est infantilisé et duquel on peut se moquer.

#### **Vignette 12 : Normaliser la patiente**

R. : La définition du plaisir elle ne sait pas ce que c'est finalement. Elle tremble de peur – elle dit – lors des rapports sexuels. Elle ajoute : « *peut-être de plaisir* ». Alors moi je n'ai pas voulu contester...[*Tout le monde rit*]

R. : Peur et plaisir ! Non, mais tu sais avec ce genre de patients au bout d'un moment t'as honte d'être trop différent ! Donc tu essayes d'arrondir les angles. [*Tout le monde rit.*]

SF. : Tu lui as dit « *Moi aussi. Moi aussi, je suis comme vous Madame, moi aussi je tremble de peur !* » [*Tout le monde rit*]

Bien que les conversations soient détendues et amicales, les relations ne sont pas égalitaires et il existe certaines alliances. La gynécologue et l'ethnopsychothérapeute S. se soutiennent souvent et l'une confirme ou rebondit sur ce que dit l'autre. Elles sont rarement en désaccord sur la proposition de l'une ou de l'autre de revoir la femme ou de l'envoyer à la chirurgie. La dynamique des interactions entre le sexologue R. et l'ethnopsychothérapeute S. est bien différente de celle du Service A : S. interrompt souvent R. pour le corriger, pour préciser une information notamment sur l'histoire biographique de la femme ou pour contredire les impressions qu'il a eues sur la même patiente.

Le ton ne s'altère jamais et ce malgré les commentaires et remarques constants l'ethnopsychothérapeute S. vis-à-vis du sexologue R. qui semble ne pas s'en formaliser. La conversation se maintient sur un ton badin, et le sexologue R. relance souvent la plaisanterie, lui qui se trouve être le seul homme de l'équipe. La dynamique de genre joue sans doute un rôle important dans la distribution de certains privilèges et l'établissement d'une alliance entre femmes. Le sexologue se permettra alors de faire une blague sur l'apparence physique d'une patiente, alors que l'ethnopsychothérapeute S. est en train de donner son expertise.

**Vignette 13a : le genre dans les blagues**

S. : Moi je la trouvais plutôt pas mal...

R. : C'est une jolie fille

S. : Plutôt pas mal dans sa tête.

Dans une autre occasion, alors que R. expose un cas, S. intervient de manière explosive et casse son raisonnement. Il semble alors devoir justifier son argument, mais l'intervention de M. donne une tournure amusante au raisonnement, en ridiculisant la position de R. qui réplique alors que tout le monde est en train de rire.

**Vignette 13b : le genre dans les blagues**

R. : Les rapports ont lieu chez les parents. Elle communique peu avec son partenaire, elle a beaucoup de sécheresse, elle a des douleurs lors des attouchements parce que comme j'ai dit il n'y a pas des rapports sexuels... Je lui ai expliqué un peu la mise en confiance...

S. : Mais j'ai parlé un peu et son partenaire n'y comprend rien !

R. : Elle ne s'est jamais masturbée aussi. Elle non plus ne dit rien à son copain de ce qui lui plaît, ce qui lui plaît pas, alors... il doit un peu se retrouver tout seul



M. : Il le défend encore !

[*Tout le monde rit, surtout M. et S.*]

R. : Non ! Tu sais dans les rapports c'est important de dire ce qui plaît et ce qui ne plaît pas !

L'avis d'opérer la femme n'est pas exprimé de manière explicite ou solennelle, ainsi que je le supposais avant de rentrer dans le terrain. Il s'agit d'une décision prise à la suite de l'exposition de toutes les expertises. Ce sont souvent la psychologue et le sexologue qui expriment leurs opinions, leurs sentiments et leurs indications ou contre-indications, notamment sur la nécessité de revoir la patiente ou enfin de l'opérer. C'est d'ailleurs l'autre découverte qui a contredit les attentes préalables que j'entretenais avant d'observer cette équipe médicale en action. Le pouvoir décisionnel était pour moi dans les mains du chirurgien ou de la chirurgienne, d'une part parce que c'est ce professionnel (dans le cas du Service B) qui effectue la chirurgie, d'autre part parce qu'il/elle est hiérarchiquement supérieur-e par son statut de responsable et par le prestige historique dont bénéficie la discipline de la chirurgie. Au contraire les avis sont souvent exprimés en termes de *feelings*, d'impressions personnelles sur ce qui semble être mieux. L'ethnopsychothérapeute S. précise toujours à la patiente que la chirurgie ne peut pas réparer certains dégâts qui sont dus à d'autres violences, notamment – quand c'est le cas – aux agressions sexuelles. Lorsque la femme a été victime de violences sexuelles, S. recommande une psychothérapie à long terme, mais qui n'est pas proposée dans le cadre institutionnel de l'hôpital. R. termine également quasi systématiquement son exposé par un avis final sur la chirurgie.

Sexologue R. : Favorable sans plus, trop détachée par rapport à sa décision. En l'écoutant, j'ai l'impression qu'elle veut fermer la boucle. Elle veut vivre en France comme si en se réparant elle s'intègre dans le chemin, moi je ne suis pas contre parce qu'elle est claire, mais si tu dis que chirurgicalement ça sert à rien, je préfère pas.

Le Service B se distingue par le Service A, notamment par les relations entre les membres à l'intérieur de l'équipe. Ces alliances, si elles se construisent à travers les différentes formes d'interaction sur le lieu de travail, elles se fondent notamment par un engagement partagé vis-à-vis de la réparation de l'excision comme idéal politique.

### **Préférer ne pas opérer : une conception globale de prise en charge**

Au sein du service B, la chirurgie « *n'est pas une réponse ni une solution à l'excision* » dit la chirurgienne lors d'une réunion. Les recommandations que les spécialistes proposent lors de la présentation officielle face à un public hétérogène de professionnels sont, dans un premier temps, d'orienter les femmes vers les associations qui luttent contre les mutilations sexuelles féminines et de leur proposer la chirurgie réparatrice seulement dans un second temps. Présentée comme une « deuxième étape », la chirurgie doit être précédée par un travail sur soi visant d'une part à clarifier les raisons de la réparation, d'autre part à exhumer d'autres formes de violence dans son passé. L'importance accordée à la parole fait dire à la chirurgienne M que « *le but ce n'est pas la chirurgie, car on n'est pas obligé d'aller jusque-là* ».

La chirurgienne avait déjà souligné, à l'occasion de la présentation de son équipe, l'importance d'effectuer le premier contact dans un cabinet médical ou gynécologique « en ville », dans la volonté implicite, et dans la mesure du possible, que la rencontre ait lieu « hors de l'hôpital ». Elle souligne à la fois la nécessité de sensibiliser d'autres professionnels en contact avec cette population et d'orienter les femmes vers les associations qui luttent contre les MSF. La chirurgie réparatrice doit être proposée « seulement dans un deuxième temps », puisqu'elle constitue, pour le Service B, une « deuxième étape », qui demande aux femmes d'avoir développé auparavant une « conscience d'une injustice subie, d'une violence, d'une perte ».

L'équipe du Service B invite également plusieurs personnes aux réunions de *staff*. Ces personnes, souvent invitées à partager leurs expériences, assistent et participent aux réflexions autour de la constitution de la nouvelle équipe. Une fois, par exemple, une médiatrice interculturelle, ancienne collaboratrice du Gams, a raconté son expérience de travail en qualité de « femme relais » dont le rôle consistait autant à informer, faire de la prévention qu'à faire du « soutien psychologique » aux femmes revenues à l'association après l'opération. Sur la base de l'expérience de cette ancienne médiatrice culturelle, l'équipe a pu réfléchir sur l'intérêt de s'appuyer sur des « femmes relais » et, de manière plus générale, de construire une communication adaptée à un type de public spécifique. Lors d'une autre rencontre, la présidente d'une maison des femmes de quartier présente à l'équipe les activités effectuées avec des femmes migrantes concernées par l'excision. Elle relate son expérience en matière de formation des « femmes relais » et décrit les bénéfices

de ces figures particulièrement au sein d'une communauté. Pendant cette réunion, l'équipe se trouve d'accord pour reconnaître l'importance d'organiser des actions « à l'extérieur [de l'hôpital], car c'est mieux, c'est moins institutionnel ». La chirurgienne notamment soumet à l'équipe un projet de constituer un groupe de parole pour femmes hors de l'espace hospitalier. Les spécialistes tombent d'accord pour dire que l'institution ne favorise pas le développement d'une « parole libre » et la discussion de l'équipe s'oriente sur les aspects organisationnels relatifs à la gestion d'un « groupe de parole ». L'équipe du service B accorde une importance particulière au fait que ces groupes de parole soient coordonnés par des personnes relais. Ces personnes, spécifiquement formées et appartenant à la même communauté ethnique ou culturelle que les femmes excisées, sont considérées comme plus « légitimes » à traiter ces questions et pour cette raison auraient plus d'influence sur une population étrangère : la parole développée dans les « groupes de pairs »<sup>200</sup> est plus efficace pour produire des changements au niveau des habitudes et mœurs<sup>201</sup>. Telle qu'elle est conçue au sein du Service B, l'équipe médicale souhaite offrir une « prise en charge communautaire » (Vanotti et Celis-Gennart, 2000) qui vise à mobiliser des réseaux autour des femmes excisées. Ces réseaux se définissent comme primaires au sens où ils sont « une entité microsociologique, constituée d'un ensemble d'individus qui communiquent sur une base d'affinités personnelles, hors de tout contexte institutionnalisé »<sup>202</sup> (Blanchet et alii 1981 : 127).

Autant le Service A psychologise la démarche de réparation, autant le Service B intègre d'autres éléments se référant au milieu social et culturel dans lequel la femme est insérée. Cette approche présente plusieurs caractéristiques communes aux programmes de santé communautaire. Les objectifs de prévention, de soin et de réadaptation sont similaires dans le Service A et dans le Service B, mais ce dernier intègre la dimension

---

<sup>200</sup> La méthode du groupe de pairs, plus communément appelé en anglais, *peer counselling* est utilisée dans des programmes de santé communautaire. Il s'agit des actions ciblées dans des champs précis (violence, santé infantile, migration) ou pour des problèmes spécifiques (soins de puériculture, allaitement, etc.) qui concernent un certain nombre de personnes au sein d'une communauté. La personne relais ou *peer counselor*, est une figure avec des caractéristiques précises (âge, origine, expérience commune au groupe) ; elle est spécifiquement formée et ensuite fournit information, aide et soutien au sein d'un groupe de pairs à l'intérieur de sa communauté.

<sup>201</sup> Plusieurs études épidémiologiques intègrent les approches de l'anthropologie médicale appliquée d'origine anglo-saxonne, notamment sur les questions de la santé maternelle et infantile. Voir à ce sujet : McInnes RJ, Love JG, Stone DH. Evaluation of a community-based intervention to increase breastfeeding prevalence, *Journal of Public Health Medicine* 2000;22:138-45

<sup>202</sup> Le réseau secondaire est défini par leurs auteurs comme « l'ensemble des personnes réunies autour d'une même fonction, dans un cadre institutionnalisé ».

« communautaire » à partir du moment où il fait appel à la participation active d'une part de la population. En effet, il ne s'agit pas d'impliquer toute la communauté<sup>203</sup> dans les programmes de sensibilisation, mais le but des groupes de parole différenciés consiste clairement à essayer d'atteindre tout individu concerné, de manière directe au indirecte, par l'excision. En ce sens, le Service B se pose comme objectif le maintien et l'amélioration de l'état de santé des femmes à l'intérieur de leur communauté.

Les groupes de parole impliquent une dialectique entre une réflexion critique sur les conditions de vie, en l'occurrence sur le problème et les raisons du maintien de l'excision comme pratique culturelle à l'intérieur de cette communauté et entre les politiques classiques de prévention. La réflexion produite, qui est tout de même « orientée », devrait provoquer, selon les attentes médicales, une prise de conscience des effets négatifs de l'excision et par la suite son abandon<sup>204</sup>. Dans ce sens, l'obligation du rappel de la loi<sup>205</sup>, à laquelle le médecin est soumis, se transforme d'activité d'information en activité d'éducation, impliquant une intervention « *qui vise non seulement le changement de comportements individuels néfastes à la santé, mais aussi le changement social facilitant le changement de comportements individuels* »<sup>206</sup>. Adoptant une perspective communautaire qui vise à un changement des dynamiques sociales à l'intérieur d'une communauté, le service B voudrait-il promouvoir un processus démocratique dans la régulation des conflits interculturels en matière de santé publique ? Si pour répondre il faudrait encore observer l'évolution de ce projet et l'efficacité réelle qu'il exerce au sein de cette population, nous constatons au moins l'originalité de cette démarche. La reconnaissance des compétences différentes au niveau interculturel représente plutôt une méthode innovatrice en France, qui a une longue tradition de politique d'intégration des populations migrantes de type assimilationniste, liée à son passé colonialiste. La recherche d'un dialogue, sinon avec une population entière, du moins avec des personnes relais nous donne à penser que le

---

<sup>203</sup> Le terme « communauté » est utilisé dans les débats publics pour définir les habitants d'une zone géographique (ville, département, région, pays) issus de la même origine étrangère.

<sup>204</sup> Cette approche ressemble à une expérience internationale effectuée dans le cadre d'un programme de coopération financé par l'Unicef, et qui a établi un document qui se présente comme un manuel offrant des lignes guide: *Changer une convention sociale néfaste : la pratique de l'excision/mutilation génitale féminine* dont les auteurs sont Michel Miller; Francesa Moneti ; Camilla Landini. Il a été publié en novembre 2005, par Digest Innocenti.

<sup>205</sup> La loi du 10 juillet 1989 sur la protection de l'enfance oblige le personnel ayant connaissance de violences exercées (et dont les MGF sont considérées comme telles), contre des mineurs de quinze ans à effectuer un signalement judiciaire.

<sup>206</sup> *Dictionnaire suisse de politique sociale*, Fragnière et Girod (éds.), 2002.

Service B recherche une perspective de type communautaire qui prévoit l'identification des besoins sanitaires en accord avec la communauté.

Au niveau de la planification de la gestion des services de santé, l'équipe fait ouvertement référence aux expériences plus anciennes précédemment menées au sein de cette communauté. Par sa récente formation, le Service B reconnaît et accorde de l'importance aux résultats obtenus par d'autres professionnels dans le cadre de la lutte contre les mutilations sexuelles (militantisme, assistantes sociales, école, etc.). En ce sens, la communication sociale est mise en avant, dans la mesure où les informations et les expériences d'autres professionnels sont demandées et transmises. L'objectif est d'améliorer, voire de construire des liens sociaux considérés comme nécessaires, certains membres de l'équipe mobilisent leurs expériences dans le milieu associatif. La valorisation de ces expériences et ces savoirs discutés désormais en staff rend possible la reconversion du travail militant dans les trajectoires professionnelles. À l'image du Service A, où l'engagement militant était particulièrement visible dans le travail de L. (sage-femme), laquelle dès le premier entretien faisait émerger des éléments sociaux prouvant ou écartant la précarité ou la maturité de la patiente, également dans le Service B il existe une articulation étroite entre sphère professionnelle et militante (Pagis et Leclercq, 2011), qui se réalise dans ce cas plutôt par le biais de l'ouverture du staff à des invité-e-s externes.

### **Politisation de l'espace de la santé : de l'engagement à l'action**

En équipe, est également problématisée l'existence des représentations racistes et sexistes, qui nourrissent souvent des stéréotypes auxquels les professionnels eux-mêmes se réfèrent parfois. La *racialisation d'un groupe minoritaire* semble préoccuper notamment l'ethnopsychothérapeute, S. D'une part, elle souligne cet aspect et pointe que les dynamiques du groupe sont plutôt fermées : les membres ont la tendance à rester loyaux envers les « leurs » et font preuve de cohésion par rapport à l'extérieur. D'autre part, ce fatalisme est, selon elle, mis en discussion par la nouvelle génération qui – au delà de la différence sexuelle – permet de trouver des alliés parmi la fratrie.

#### **Vignette 14 : Au de-là de l'hyper sexisme, la cohésion générationnelle**

S. : Je pense qu'il faut sortir d'une vision hyper sexiste... je trouve que souvent, en tout cas à l'intérieur d'une fratrie, de la même génération, ça communique énormément. Il

y a plein d'histoire de mariages forcés, où c'est le frère qui a aidé la sœur à s'échapper, ce n'est pas les frères à côté des hommes contre les femmes de toutes les générations. Ça fonctionne beaucoup plus par génération. Ce qu'elle m'a dit c'est qu'elle a dit à sa famille qu'elle avait un kyste – je ne sais pas quoi – parce qu'elle sait que sa mère va lui demander de lui montrer le pansement. Elle pourrait dire à sa mère ce qu'elle fait, mais bon.... Ce n'est pas encore le cas.

Lors d'une séance, la discussion porte sur l'importance de faire reconnaître l'existence des violences au sein des familles. L'« effet communauté », selon S., constitue une sorte d'*omerta*, un sentiment de protection du groupe qui prime sur l'intérêt de l'individu, réduisant au silence les femmes victimes de ces violences. Elle insiste sur la difficulté à « faire passer les messages » à l'intérieur d'une communauté très fermée. Le projet auquel elle collabore vise à créer un groupe de parole qui porte sur la question des agressions sexuelles. L'objectif principal est de sensibiliser la communauté, d'abord pour qu'elle reconnaisse l'existence des violences en son sein, deuxièmement pour que le dépôt de plainte devienne possible. Ce qui est insupportable pour elle est que « *tout est verrouillé pour porter plainte* ». Le travail de sensibilisation devrait se faire en milieu scolaire d'une part avec les enfants, d'autre part avec les adultes.

**Vignette 15 : Engagement politique au travail : « Je veux que ça pète »**

Ethno-psychologue S. : Parce qu'il y a une partie de ces enfants où il y a un cousin, ou l'oncle plus au moins éloigné qui est hébergé ici par la famille...en condition de migration etc. Donc la famille a aidé aussi...et qui a attaqué les filles de la maison, bien sûr il n'y a pas que ces cas de figures là, il y a des cas plus incestueux, mais je me dis qu'en partant de ces cas-là on peut arriver à mobiliser les parents sur le fait que c'est inamissible que leur confiance soit trahie de cette manière-là et même que la tradition soit trahie puisque quand on joue son rôle de parents, c'est pas pour qu'on viole toutes les règles de la maison. Arriver à parler de ça, je ne sais pas le temps que ça mettra, mais...

Médiatrice : Moi j'avais pensé...je n'ai pas pensé au fait de porter plainte, ça me paraissait presque impossible de le faire, mais j'avais pensé à inviter les parents, les mères africaines pour aborder toutes ces questions : l'excision, les agressions sexuelles...parce qu'il y en a beaucoup plus qu'on ne croit

S. : C'est affreux ! Mais ce que je voudrais ce n'est pas forcément qu'elles portent plainte, mais que cette légende « ça se passe chez les Blancs, mais pas chez les Noirs », parler de ce qui se passe chez les Noirs c'est le trahir, je veux que ça pète ! C'est pas possible ! Et bien sûr que j'ai une arrière-pensée c'est qu'après ça commence à porter plainte et d'être là pour les soutenir. Les agressions sexuelles au sein de la famille sont doublement verrouillées par le fait d'une croyance que « ça ne se passe pas chez les

Noirs » et la croyance que parler c'est trahir et fragiliser la communauté. Il y a cette idée que le pays d'accueil est un « ennemi » auquel il ne faut pas livrer les siens. J'avais un patient, c'était un Arménien, et il avait subi un inceste dans sa famille par un cousin qui était comme un frère et il en avait parlé à sa mère et la mère avait tout verrouillé parce qu'ils étaient en exil en France à cause des persécutions en Turquie, parce qu'ils se vivaient comme en « danger » en tant que groupe et donc aller dire à l'extérieur que l'un d'entre eux était un criminel, ils avaient l'impression que ça allait menacer tout le groupe. Au nom de cette idée de protection du groupe, ils sacrifiaient leurs enfants et je pense que c'est exactement ce mécanisme-là en lien à la dimension raciste qui joue aussi un rôle...

La discussion porte principalement sur l'importance pour l'équipe, et notamment pour l'ethnopsychologue, de l'action de dénonciation de la violence. La reconnaissance du crime s'insère dans la perspective d'offrir comme contrepartie la « réparation », laquelle est d'abord juridique, médicale ensuite. Comme dans les cas de viols, il y a l'idée que parler de l'excision signifie rendre dicible un crime. Mais si l'excision reste un « crime » rarement dénoncé, la possibilité de le réparer déplace cette plainte juridique à la production du récit traumatique. Ainsi que nous l'avons vu précédemment (chapitre 3), les procès pour excision ont connu une histoire concentrée sur une période de temps (entre fin 1980 et fin 1990), et ont révélé une baisse des plaintes pour excision à partir de l'année 2000. À partir de cette époque, ils ont été en tout cas moins médiatisés. Cette période coïncide notamment avec l'introduction de la technique chirurgicale de réparation, pour laquelle les demandes se sont accrues dans les années suivantes (Andro, Lesclingand, Cirbeau, 2009). Parler de l'excision devient aujourd'hui possible dans le cadre des consultations spécifiques à la réparation. Au sein du Service B, cette place de parole se veut ouverte à toutes les formes de violences inscrites dans les biographies des femmes excisées. Ces violences sexuelles sont recherchées, exhumées dans les non-dits, les secrets de famille, les silences liés à la honte ou à la loyauté envers la famille et la communauté. Les cas de viols et de violences sexuelles en général font rarement l'objet de plaintes pénales dans certaines classes sociales (soit très élevées, soit juridiquement très précarisées). Le Service B, grâce à son unité de soin à la réparation, semble pallier l'absence de plaintes par une psychothérapie imposée.

La discussion entre les membres de l'équipe, mais également avec les participantes externes (cinéaste, médiatrice culturelle) porte sur la reconnaissance des conditions de la violence. Selon la réalisatrice, qui cite l'expérience personnelle des entretiens qu'elle a eus avec des femmes excisées, les agressions sexuelles sont pratiquées au sein des « familles

maltraitantes ». Elle souligne les cas, nombreux, de femmes excisées ayant subi une forme d'agression sexuelle dans la cellule familiale. L'ethnopsychothérapeute S. précise que pour avancer des hypothèses d'une corrélation entre l'excision, d'autres formes d'agressions sexuelles et la demande de réparation, une étude devrait être réalisée, mais en disant cela elle affirme dans le même temps son hypothèse de travail thérapeutique.

### **Vignette 16 : Une violence de mère en fille**

S. : On préfère parler des familles dysfonctionnelles, parce qu'il y a quelque chose qui dysfonctionne de manière assez forte pour que l'enfant n'ait pas assez de confiance pour se confier à quelqu'un. Il y a un verrou quand même. Le problème du racisme qui fait qu'il y a quelque chose de logique et en même temps destructrice qui fait que des Noirs du Congo n'ont rien à voir avec les Soninké et avec leur mode de vie, mais qui vont pouvoir s'identifier parce qu'ils sont Noirs dans une société de Blancs. Par contre, quand même dire que les femmes qu'on voit ont eu plus d'agressions sexuelles on peut faire une hypothèse, mais on en a pas la preuve... *[Elle s'adresse à moi en disant qu'il faut faire des études statistiques.]* J'ai quand même une autre hypothèse et ça a commencé quand le Gams a commencé à m'envoyer les femmes opérées par Foldès et il y a une chose qui m'a choquée même si là – même si là je ne suis pas sûre que ce sont les conditions de travail qui font... – c'est que je trouve un taux de maltraitance par les mères qui me paraît plus élevé que dans d'autres populations.

Médiatrice : Pour les populations ici ?

S. : Pour les populations où il y a l'excision. C'est une impression. Très souvent les filles qui étaient particulièrement maltraitées c'était les premières filles. Or, quand je retournais à l'histoire de leurs mères, c'était des mères qui avaient été excisées, évidemment, qui avaient évidemment été mariées très précocement et que leur violence sur leur fille était particulièrement liée à leur nature de fille. Je pense en particulier des violences sur le pubis, des violences sur la poitrine, des choses comme ça et ça a du sens...et de nouveau c'est pas pour dire que la communauté machin est maltraitante, mais quand il y a un contexte où on fait violence au corps de la femme avant qu'elle soit mère, c'est pas complètement extraordinaire que quand elle devient mère à son tour...comment dire... elle ait du mal avec le féminin...tu vois ?

Cinéaste : Mmmmh.

S. : À mon avis on ne peut pas faire ce travail sans se poser cette question-là. Mais on ne peut pas dire que c'est une communauté maltraitante, il faut toujours se tenir à l'histoire familiale, et après il y a le facteur culturel, le facteur socio-économique, tout ça qui vont jouer comme des facteurs, mais il y a une histoire familiale spécifique qui fait qu'avec les mêmes éléments tu va arriver à l'horreur ou à des gens qui vivent à peu près pas trop mal quoi.



L'implication de la dimension collective est évidente pour l'équipe du Service B. L'excision ne peut pas être envisagée hors d'un contexte socioculturel précis et, pour les spécialistes du Service B, la réparation non plus. Ainsi, la réparation doit s'accompagner d'un changement plus profond, plus étendu, qui concerne le contexte dans lequel la femme est insérée et les dynamiques qui la régissent.

\*\*\*

Si la première partie a mis en lumière les étapes d'*institutionnalisation* de la chirurgie réparatrice, de sa reconnaissance par la Sécurité sociale à l'acquisition d'un véritable protocole de prise en charge, l'ethnographie hospitalière a permis de montrer sa diversité sur le terrain. L'importance de l'institutionnalisation tient au fait que, pour les militantes, les féministes et les autres professionnels impliqués depuis le départ, il était fondamental de faire reconnaître l'excision en tant que « crime », dans un premier temps, et de « handicap » dans un deuxième temps. Cette reconnaissance a permis aux femmes excisées de revendiquer certains droits, comme la possibilité de porter plainte contre les auteurs de l'atteinte corporelle subie, et la possibilité d'obtenir la reconstruction de l'organe excisé, bien que ces deux démarches gardent leur distinction et leur individualité. La réparation concerne non seulement l'organe physique (le clitoris), mais aussi ce qu'il représente (la féminité) et son usage (le plaisir sexuel).

Le travail de terrain nous a donné la possibilité de comparer les différentes approches expérimentées et poursuivies par le corps médical. Foldès, à l'origine de la démarche de réparation, effectue une consultation préalable avant la chirurgie et propose de manière facultative la possibilité d'une consultation postopératoire à caractère psychologique ou sexologique, en plus des consultations obligatoires de contrôle. L'équipe du Service A structure l'entrée dans le circuit de manière protocolaire, en prévoyant dans tous les cas au moins quatre consultations obligatoires avant la chirurgie (sage-femme, sexologue, psychologue et gynécologue-chirurgien). Le modèle biopsychosocial inspire le *modus operandi* de cette équipe, qui propose une prise en charge pluridisciplinaire. L'équipe du service B, tout en s'inscrivant dans un cadre pluridisciplinaire, vise à intégrer des personnes externes au projet afin de construire un réseau avec d'autres acteurs sociaux impliqués

dans cette problématique. L'expérience ethnographique au sein de l'hôpital a mis en lumière un processus spécifique de diversification progressive de l'offre médicale.

À l'intérieur de son paradigme scientifique et protégée par l'institution hospitalière, la médecine met en œuvre des rapprochements avec les sciences humaines pour adapter au mieux ses réponses aux demandes des patientes. Les professionnels ont pris conscience de la complexité de cette problématique. La réparation de l'excision met en jeu des questions de droit à la sexualité, mais aussi de droits à l'égalité de la part d'une population vis-à-vis d'une autre. Dans le cas du Service B, les professionnels montrent leur volonté d'intégrer une pluralité d'interlocuteurs. Le parcours individuel des spécialistes, les engagements militants se ré-inscrivent dans les biographies professionnelles, à l'intérieur desquelles se fondent les ressources et les expériences venant du militantisme ou de l'humanitaire. Un savoir médical expert s'élabore de manière complexe : la genèse du problème et sa reconnaissance viennent des mobilisations internationales, la genèse de la demande de réparation vient du milieu humanitaire, l'élaboration de la prise en charge du milieu militant. Le cas du traitement de l'excision au sein de ces deux services montre l'apparition d'une forme de politisation de la profession médicale, voire d'une médicalisation de la société et du traitement de la violence par le biais d'une médecine engagée.

Si le Service A propose une interprétation psychologique de la demande de réparation, le service B ouvre l'hôpital à des savoirs « mineurs », autrefois illégitimes (femmes relais, militantes d'associations féministes, cinéastes, interprètes), qui sont, au contraire, écoutés, interrogés et intégrés dans une démarche communautaire. En diversifiant son offre, la médecine révèle la possibilité acquise d'être une science réflexive et non plus normative. L'analyse du fonctionnement des services a mis en valeur les étapes de construction d'une connaissance médicale relative à la problématique spécifique de réparation de l'excision. Le chapitre 7 vise à enquêter de manière plus fine à partir de l'analyse statistique des dossiers médicaux, ce qui permet d'observer au plus près, les critères d'évaluation mobilisés par les spécialistes lorsqu'ils doivent retenir une candidate.



## **Chapitre 7/ Analyse statistique des dossiers médicaux : les critères de sélection**

---

Pour comprendre comment une organisation fonctionne, vous devez d'abord savoir comment elle tient ses registres. Howard S. Becker, 2002 [1998]

À l'intérieur du Service A, il a été possible d'accéder et d'examiner les dossiers médicaux des patientes. Ce matériel a fait l'objet d'un traitement statistique ainsi que d'une analyse des représentations et des discours du corps médical.

Dans un premier temps, le dossier a été considéré en tant qu'objet social, sa constitution participant intégralement à la pratique médicale, dans la mesure où il représente l'interface virtuelle de communication entre le médecin et patient. Une description chiffrée de ce matériel permet de restituer le raisonnement médical du parcours de réparation. Celui-ci – jusqu'à son aboutissement ou son abandon – est observé par le biais de la constitution de deux groupes : les « femmes opérées » et les « femmes non opérées », dans l'idée d'interroger le processus de sélection des candidates retenues à la chirurgie réparatrice.

Le traitement statistique des informations contenues dans les dossiers permet de décrire la population étudiée. Grâce aux données socio-démographiques, socio-économiques, événementielles et médicales, le profil des patientes de la population étudiée peut être (re)construit. Une comparaison des candidates opérées et non-opérées, permet d'objectiver la décision médicale d'opérer ainsi que la sélection opérée. La différence d'expérience migratoire entre « femmes migrantes » et « filles de migrants » révèle une distinction claire entre ces deux groupes. La prise en considération des critères susmentionnés (chirurgie et migration) fait émerger deux profils de patientes : l'un se déclinant selon la typologie de la demande (symbolique, identitaire) et de l'adhésion de la candidate au modèle de sexualité proposé par l'équipe (femme mûre), et l'autre selon une justification de la demande basée sur un besoin physiologique (douleur) ou sur une indication médicale. Si dans le premier cas l'équipe adopte une attitude normative et que

dans le second une attitude humanitaire, il est donc attendu de la femme mûre l'élaboration d'un discours, et de la femme souffrante l'expression de la douleur.

Les discours de la psychologue et de la sexologue sont analysés par le biais de leurs comptes rendus inscrits dans les dossiers. Les expertises psychologiques et sexologiques sont analysées principalement en fonction de la « motivation » de la patiente. Questionner l'avis des experts quant aux raisons qui amènent ces femmes à présenter une demande de réparation questionne également les représentations médicales vis-à-vis de l'excision et de sa réparation. Le dossier est un produit, un artefact construit par l'action et la volonté humaines, ses données faisant forcément l'objet d'un choix préalable quant à l'établissement de la nécessité d'obtenir certaines informations ainsi que de leur hiérarchisation. Pour quelle raison telle information est-elle plus importante que telle autre ? Qu'est-ce qui est jugé important aux yeux de l'équipe ? Entrer dans la logique de l'équipe médicale et la questionner permet de saisir les catégories théoriques mobilisées pour construire sa pratique clinique et élaborer différentes techniques de réparation.

### **Le sens de l'objet et son usage : qu'est-ce qu'un dossier ?**

Outil incontournable de la pratique clinique, le dossier médical est construit au fur et à mesure des consultations, laissant ainsi une trace de l'historique du patient. Il est constitué de l'ensemble des pièces et données relatives à celui-ci, récoltées tout au long de sa prise en charge. Il fait également office de support matériel à la mémoire collective notamment sur les particularités cliniques et thérapeutiques, et permet ainsi de (re)construire le processus d'une maladie, voire la trajectoire du patient à l'intérieur d'une institution. Le dossier médical est un document régi par les normes du Droit. Sa structure et son contenu ont été décrits et réglementés au niveau législatif pour la première fois en 1974<sup>207</sup>. Toutefois, son histoire effective est antérieure<sup>208</sup> à cette date, puisqu'avant de devenir un document administratif, dont le contenu a fait l'objet de plusieurs réformes législatives<sup>209</sup>, il existait déjà sous la forme des notes personnelles des médecins, gérées de manière indépendante.

---

<sup>207</sup> Il s'agit du décret n° 74-27, du 14 janvier 1974 et inséré par la circulaire n° 394 du 11 août 1978 qui invitait à appliquer le règlement et rendre uniforme les dossiers au sein de l'établissement hospitalier.

<sup>208</sup> Voir à ce propos Risse G.B, Warner J.H, « Reconstructing Clinical Activities : Patient Records in Medical History », *Social History of Medicine*, Vol.5, n°1, 1992.

<sup>209</sup> Le contenu du dossier médical est actuellement réglementé en France par le décret n° 2002-637 du 29 avril 2002.

Tel qu'il se présente aujourd'hui, le dossier est un véritable dispositif social, au sens où Agamben l'entend : « un dispositif est tout ce qui a, d'une manière ou d'une autre, la capacité de capturer, d'orienter, de déterminer, d'intercepter, de modeler, de contrôler et d'assurer les gestes, les conduites, les opinions et les discours des êtres vivants » (Agamben, 2006 :31).

Les données contenues dans les dossiers médicaux du Service A permettent de distinguer deux niveaux de discours. En s'inspirant de l'approche épistémologique fondatrice et désormais classique de Cicourel et Kitsuse (1963) à propos des statistiques policières, l'analyse des dossiers permet d'accéder aux catégorisations utilisées par les spécialistes pour comprendre les demandes des femmes reçues en consultation et en typifier les motivations sous-jacentes. De ce point de vue, le dossier médical est considéré comme un dispositif qui structure la pratique médicale, et plus précisément la pratique clinique, dans la mesure où il « n'est pas un simple dépositaire passif [mais] [...] joue aussi un rôle actif dans le déploiement du travail médical. Il fait partie du processus de pensée et de prise de décisions [...]. Cela suppose une transformation du discours du patient en un récit significatif, avec une mise en ordre des données collectées » (Acker, 2004 : 352).

Le dossier médical ordinaire se compose d'un formulaire-type d'ouverture, contenant une série de questions pré-établies et de diverses natures. Cette fiche est complétée pendant ou immédiatement après la première consultation effectuée par la sage-femme, qui y joint également ses propres notes prises sur papier blanc au moment de l'entretien avec la patiente. Lors de la première consultation, trois questionnaires sont distribués aux candidates - le questionnaire sur les circonstances de l'excision (Q1), le questionnaire sur les troubles urinaires (Q2), le questionnaire sur la vie sexuelle (Q3) - afin d'être restitués complétés lors de la consultation suivante. La fiche remplie par la sage-femme ouvre le dossier et marque l'entrée dans le parcours de réparation. Le dossier comprend aussi les comptes rendus des consultations de spécialistes qui suivent. Il y a le compte rendu de la sexologue - généralement long, détaillé et descriptif ; le compte rendu de la psychologue - plus synthétique et mettant en valeur les mots-clés définissant le type de demande ; et le compte rendu du ou de la gynécologue - court et détaillant l'examen clinique. Sur la même page que le compte rendu gynécologique se trouve aussi souvent la décision prise par l'équipe, lors d'une réunion de staff, quant à l'opportunité de l'opération. Celle-ci se résume généralement par les quelques mots : « *OK pour chir.* », accompagnée de la date fixée pour

l'opération. Les informations relatives aux échanges et aux arguments soulevés lors de ces réunions n'y apparaissent pas. Dans le jargon médical, ce type d'opération s'appelle « chirurgie de réparation clitoridienne ». Lorsque la chirurgie a lieu, celle-ci est détaillée sur une fiche dactylographiée et préconstituée qui va constituer le compte rendu opératoire. Les consultations postérieures à la chirurgie sont principalement d'ordre gynécologique. Leur objectif principal est de contrôler l'évolution de la cicatrisation et d'éviter ainsi d'éventuelles douleurs superflues. Elles commencent peu de temps après l'opération, puis se succèdent à la cadence de quinze jours, un mois, trois mois et six mois. Les consultations post-opératoires sont rarement d'ordre sexologique ou psychologique. Celles-ci sont néanmoins disponibles pour les femmes qui en font explicitement la demande.

À la manière dont Laurence Tain a analysé le processus de sélection et d'adhésion des candidats formulant une demande de fécondation in vitro (FIV), je propose d'analyser les dossiers des femmes faisant une demande de reconstruction clitoridienne, ainsi que le traitement de leur demande. A l'instar de la fécondation in vitro, où les « candidats retenus » sont révélateurs du « succès technique », et les « ratés » d'un processus et d'une logique de tri (Tain, 2005 :6), l'observation du groupe des « femmes opérées » permet de faire émerger des « profils de patientes », lorsque celui-ci est comparé au groupe des « femmes non-opérées », dont l'équipe a arrêté le parcours (refus chirurgical) ou qui ont décidé elles-mêmes d'y mettre un terme (abandon). Pour l'analyse, je propose de considérer en premier lieu les pièces constitutives du dossier (le contenu) puis les éléments qui décrivent la population, afin de comparer les caractéristiques des deux groupes susmentionnés. Dans la même démarche théorique de Laurence Tain, je montrerai que les raisons médicales des demandes ne sont pas toujours clairement exprimées par les femmes, qui peuvent investir la chirurgie de raisons plus personnelles. Comme cela a déjà été mis en évidence dans le chapitre précédent, l'équipe médicale s'intéresse beaucoup aux « motivations de la réparation ». Les raisons invoquées par les femmes sont interprétées par les différents spécialistes à la lumière de leurs propres disciplines : « le modèle biomédical est insuffisant pour rendre compte de la globalité du processus d'élimination/abandon dans le parcours [de réparation ] » (Tain, 2005 :7). Toutefois, il faut remarquer que les dossiers ne mentionnent jamais les raisons d'abandon. Ils ne rapportent pas les causes de désistement ni de réorientation des demandes. Celles-ci ont été mises en lumière par le biais d'entretiens approfondis (chapitre 8). À l'inverse, l'indication médicale

à la réparation ne se fonde pas sur la seule raison technique mais est, au contraire, le résultat d'une « construction normative » imbriquant logique médicale et logiques sociales (Tain, 2005 :14).

### **Eléments constitutifs du corpus de dossiers : les catégories médicales**

Le corpus de données compte 109 dossiers médicaux, ce qui correspond à la totalité des demandes présentées au Service A dans la période de novembre 2005 à janvier 2008. Dans le cadre de cette analyse, le matériel a été séparé en deux groupes, celui des femmes opérées (55 dossiers) et celui des femmes non-opérées (54 dossiers).

La fiche d'ouverture contenant des éléments pré-établis (tableau 7.1) correspond à un modèle standard de collecte d'informations. Une étiquette indiquant le nom, le prénom, l'adresse, le numéro de téléphone et la date de naissance de l'intéressée, témoigne de l'informatisation des données et du passage du « dossier médical » au « dossier du patient », ce qui signe un changement historiquement significatif dans la redéfinition de l'espace d'usage et des droits à la santé<sup>210</sup>.

**Tableau 7.1 Contenu des dossiers médicaux**

<b>Composition dossier</b>	<b>Femmes Opérées</b>	<b>%</b>	<b>Femmes Non opérées</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Total des dossiers</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	<b>54</b>	<b>100</b>	<b>109</b>	<b>100</b>
Fiche d'ouverture (sage-femme)	53	96,4	52	96,3	105	96,3
Compte-rendu (P) psychologue	39	70,9	16	29,6	55	50,5
Compte-rendu (S) sexologue	44	80	17	31,5	61	56
Compte-rendu (G) gynécologue	51	92,7	18	33,3	69	63,3
Trois consultations (P,S,G)	32	58,2	10	18,5	42	38,5
Questionnaire 1 (excision)	31	56,4	15	27,8	46	42,2
Questionnaire 2 (troubles urinaires)	20	36,4	22	40,7	42	38,5
Questionnaire 3 (sexologique)	19	35,5	13	24,1	32	29,4
Suivi post-opératoire	46	83,6	-	-	46	42,2

La fiche d'ouverture est présente dans 96,3% des dossiers pris en compte. En revanche, le compte rendu de la consultation gynécologique n'est présent que dans 63,3 % des cas, tout en étant quasiment systématique (92,7%) pour les femmes opérées. Il existe

<sup>210</sup> À ce propos, la loi du 4 mars 2002 affirme le droit d'accès du patient aux données formalisées le concernant contenues dans le dossier.



aussi un petit nombre de femmes (7,3%) qui ont été opérées sans pour autant avoir une consultation gynécologique. Ces dernières sont des femmes qui ont sollicité un ou plusieurs des spécialistes du Service A dans leur phase post-opératoire ou, à l'inverse, des femmes qui, après avoir commencé leur parcours dans le Service A, ont décidé par la suite de se faire opérer ailleurs (généralement chez Foldès), cette information ayant été repérée à travers l'entretien, puisque absente dans le dossier. Les femmes opérées hors du Service A sont appelées par l'équipe « patientes externes » ou « patientes hors circuit ». Les comptes rendus des autres consultations sont disponibles à des pourcentages élevés (70,9% pour les comptes rendus psychologiques et 80% pour les comptes rendus sexologiques), sans toutefois être présents de manière systématique.

En effet, bien qu'ils soient soumis à une standardisation formelle, les dossiers ne sont pas uniformes. Ils sont parfois incomplets, une fiche d'ouverture, un compte rendu, un ou plusieurs questionnaires étant introuvables. Les informations sont souvent repérables à plusieurs endroits, car les spécialistes semblent s'accorder dans la construction d'un récit cohérent, proposant ainsi un processus linéaire et rationnel : par exemple certains propos de la sexologue sont repris par la psychologue ou par la chirurgienne. Des contradictions émergent aussi (par exemple sur la profession de la patiente, la motivation de sa demande, ou sur la qualité de ses rapports sexuels) laissant ainsi entrevoir quelques erreurs dans le travail de concertation lors de la construction du dossier médical, mais aussi le côté « vivant » du document, qui est mobile et suit les changements de la vie de la patiente. Les questionnaires ne se trouvent pas toujours dans les dossiers. Souvent perdus ou non restitués, ils semblent avoir un statut accessoire dans le processus de consultation.

Plusieurs facteurs expliquent l'irrégularité quant à la présence de certaines pièces dans les dossiers. Un premier facteur, mentionné ci-dessus, vient de ce que les patientes « hors circuit » n'ont pas suivi l'intégrité du parcours au sein du Service A. Le deuxième facteur est dû aux parcours atypiques de certaines femmes, qui consultent la sexologue dans son cabinet privé en ville et sont ensuite réorientées dans le Service. Toutefois, il y en a également certaines qui ne reviennent jamais, laissant ainsi un dossier complet, dans lequel seul le compte-rendu sexologique est présent. Le troisième facteur est en lien avec le déménagement du Service A durant l'été 2007, la réorganisation de son secrétariat médical ayant occasionné une perte de matériel, parfois dispersé ou mal rangé. Le quatrième et dernier facteur est relatif à l'évolution du Service A dans le temps. En effet, les premiers

dossiers constitués ne faisaient pas encore l'objet d'une collecte systématique des pièces et des informations. La première fiche d'ouverture était plus simple, les comptes rendus psychologiques souvent absents alors qu'au contraire les lettres d'accompagnement du médecin traitant ou du gynécologue étaient conservées dans les premiers dossiers.

Sur l'ensemble des dossiers, seul un tiers des patientes s'est rendu aux trois consultations (38,5% de la totalité), la majorité revenant logiquement au groupe des femmes opérées (58,2%), dont le parcours, plus long a aboutit à la chirurgie. Une très petite partie des femmes non-opérées (18,5%) a fait les trois consultations, en plus de la consultation avec la sage-femme, ce qui représente un « long parcours » n'aboutissant cependant pas à la chirurgie. Dans ce groupe, l'absence d'une pièce (compte rendu psychologique, sexologique ou gynécologique) signe l'arrêt du projet de réparation et la sortie du parcours. Les raisons d'un arrêt peuvent correspondre aussi bien à un refus chirurgical qu'à un abandon de la candidate, bien que les dossiers n'en fournissent pas l'explication. La raison d'un refus chirurgical transparait dans l'analyse du profil type des candidates retenues ou non, tandis que l'abandon émerge de l'analyse des entretiens approfondis avec ces femmes.

Lors de la mise en place du Service, fin 2005, les consultations psychologiques et sexologiques n'étaient pas systématiquement effectuées. Celles-ci se rendaient à l'une ou l'autre des consultations, selon un choix déterminé par l'équipe, ou selon leurs propres disponibilités. Le « parcours de réparation » s'est institutionnalisé avec le temps.

<b>Tableau 7.2 Patientes dans le Service A : évolution dans le temps</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
<b>Total dossiers</b>	<b>12</b>	<b>56</b>	<b>37</b>	<b>4</b>
<b>Migrantes</b>				
opérées	5	16	13	1
non-opérées	4	11	11	1
<b>Filles de migrants</b>				
opérées	1	14	5	0
non-opérées	2	15	8	2

Les membres de l'équipe sont devenus plus rigoureux et un protocole, fixant le nombre de consultations nécessaires ainsi que les critères de sélection, a été défini. C'est au cours de l'année 2006 que le parcours prévoyant trois consultations (psychologique,

sexologique, gynécologique), en plus de la consultation initiale avec la sage-femme, est devenu obligatoire. Par ailleurs, la majorité des dossiers analysés correspondent à l'année 2006 comme il est détaillé dans le tableau ci-dessus (tableau 7.2).

### **Pièces à l'intérieur d'un dossier : fiche d'ouverture et comptes rendus**

La fiche d'ouverture contient des informations recueillies selon une certaine hiérarchisation : d'un côté il y a les données nécessaires, et de l'autre les données souhaitables ou secondaires. Cette catégorisation des informations indique ce que l'équipe considère comme étant le plus « important ».

<b>Tableau 7.3 Fiche d'ouverture : les rubriques</b>	<b>Décompte</b>	<b>%</b>
<b>Total des dossiers</b>	<b>109</b>	<b>100</b>
<b>Données socio-démographiques</b>		
Âge actuel	109	<b>100</b>
Fratric	95	87,2
Profession	90	82,6
Niveau scolaire	88	80,7
Lieu de naissance	107	<b>98,2</b>
Nationalité	20	18,3
Origine géographique	39	35,8
Ethnie	95	87,2
Âge d'arrivée en France	55	50,5
<b>Données médicales</b>		
ATCD médico-chirurgicaux et allergie	101	<b>92,7</b>
ATCD gynéco-obstétricaux	103	<b>94,5</b>
<b>Données concernant l'excision</b>		
Motif de la consultation	103	<b>94,5</b>
Découverte de l'opération	87	79,8
Adressée par	96	88,1
Q excision (donné)	64	58,7
Conjoint	88	80,7
Qualité des rapports sexuels	99	<b>90,8</b>
QS (donné)	49	45,0
Examen clinique	104	<b>95,4</b>
Q1 (excision)	46	42,2
Q2 (troubles urinaires)	42	38,5
Q3 (sexologique)	32	29,4
Cons psy	56	51,4
Cons gyn	66	60,6
Cons sexo	62	56,9
Opérée (oui/non)	55	50,5

La construction de la fiche d'ouverture ainsi que les différentes *rubriques*<sup>211</sup> utilisées nous indiquent les représentations de l'excision et de la réparation auxquelles l'équipe médicale se réfère, ainsi que les besoins de cette dernière pour procéder à une réparation d'excision. Les informations recueillies sur la fiche d'ouverture sont de trois types : les données socio-démographiques et socio-économiques, les données événementielles et les données médicales. Le tableau 7.3 montre que certaines rubriques sont systématiquement remplies (âge actuel et âge d'arrivée en France pour les migrantes) ou presque (lieu de naissance, antécédents médicaux, motivation de la consultation et qualité des rapports sexuels) : elles constituent les informations essentielles pour l'équipe et sont présentes dans plus de 90% des cas. D'autres informations apparaissent importantes, mais non essentielles. Il s'agit par exemple, des informations relatives à la fratrie, à la profession, au niveau scolaire, à l'ethnie, à la relation conjugale ou au mode de découverte de l'opération, qui sont indiquées dans 80-90% des cas. D'autres informations sont considérées comme secondaires, voire accessoires, notamment celles relatives à la nationalité et à l'origine géographique.

L'âge est un élément important pour l'équipe médicale, notamment pour interpréter la demande de réparation. L'âge de la candidate joue un rôle dans la compréhension qu'a l'équipe du sens d'un parcours de réparation dans la vie d'une femme. Par exemple, l'équipe peut trouver qu'une patiente trop jeune pourrait manquer d'expérience sexuelle ou de connaissance de son propre corps, et ainsi attribuer à la réparation des attentes démesurées se fondant sur un idéal imaginé du plaisir féminin. À l'opposé, lorsqu'une patiente est considérée d'un âge trop avancé (la femme la plus âgée a 46 ans), elle pourrait avoir à répondre, auprès de l'équipe, de l'usage envisagé de son clitoris et des réels changements attendus dans sa vie sexuelle, cette dernière étant considérée comme étant « naturellement en perte de vitesse ». Donc dans ce sens, l'âge est un facteur qui oriente l'équipe dans une interprétation du parcours sexuel de la patiente, la représentation médicale de la sexualité féminine se définissant apparemment en lien étroit avec les âges de la vie. Toutefois, contrairement à ce que l'on pourrait attendre, l'âge au premier rapport sexuel n'est pas systématiquement renseigné, parfois de manière indicative « 1° R.S. vers

---

<sup>211</sup> Par rubrique, on entend les éléments précodés dans les dossiers qui correspondent aux informations contenues dans la fiche d'ouverture demandées par l'équipe à la sage-femme.

16/17 ans ». Bien que dans la population il y ait des femmes qui n'ont jamais eu de rapports sexuels, cette information n'est repérable que dans le compte rendu sexologique. À ce propos, la sexologue détaille l'âge auquel la patiente a eu ses premières découvertes « d'émoi sexuel » ou « une curiosité pour sa région génitale » ou des premières « sensations sensuelles ». La sexualité existe pour la sexologue déjà avant le rapport sexuel pénétratif.

L'âge d'arrivée en France est également considéré par l'équipe comme un facteur significatif. Cette information lui fournit des éléments relatifs au contexte de socialisation de la candidate. Sur la base de cet âge, et du sens que l'équipe médicale lui confère, elle module son regard et son interprétation des expériences et discours de la patiente. De ce fait, son attitude vis-à-vis des différentes candidates est variable. Face à une femme arrivée tardivement en France, les spécialistes vont plus facilement vérifier le niveau d'attachement à l'héritage culturel s'exprimant derrière certaines pratiques ou discours de la patiente. Le corps médical s'accorde pour dire que l'ethnie joue un rôle fondamental dans la transmission de l'excision d'une génération à l'autre, même en contexte migratoire, ce qui est cohérent avec les principales recherches épidémiologiques publiées récemment<sup>212</sup>.

Les informations sur les antécédents médicaux et l'examen clinique sont demandées de manière systématique. Elles sont renseignées dans 92,7% des cas pour les antécédents médicaux-chirurgicaux et les allergies et dans 94,5% des cas pour les antécédents gynéco-obstétricaux. L'examen clinique est effectué dans 95,4% des cas. Ces informations sont pertinentes à une nécessité médicale. En revanche, les informations concernant la « motivation » de la demande de réparation relèvent d'une nécessité différente qui mérite d'être interrogée. La raison pour laquelle une femme excisée décide de s'engager dans un parcours médical de reconstruction clitoridienne mérite, aux yeux de l'équipe, d'être explicité. La question de la nature de la demande est renseignée dans 94,5% des cas.

---

<sup>212</sup> Notamment, la récente publication DHS Working Paper : P. Stanley Yoder, Shane Khan, *Number of Women Circumcised in Africa : The Production of a Total*, March 2008, No.39. Le facteur « ethnique » est mis également en relief par l'Enquête nationale « ExH ». À ce propos, voir : Armelle Andro, Marie Lesclingand, Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France, *Population&Société*, n° 438, octobre 2007.

# 1ère CS - REPARATION

Etiquette p



Date

Age	<input type="text"/>	Lieu de naissance	<input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Mariée	<input type="text"/>	Nationalité	<input type="text"/>
Profession	<input type="text"/>	Origine géographique	<input type="text"/>
Niveau scolaire	<input type="text"/>	Ethnie	<input type="text"/>
		Age d'arrivée en France	<input type="text"/>
ATCD médico-chirurgicaux et allergies	<input type="text"/>		
ATCD gynéco-obstétricaux	<input type="text"/>		
Motif de la consultation	<input type="text"/>		
Découverte de l'opération	<input type="text"/>		
<input checked="" type="checkbox"/> Adressée par	<input type="text"/>		
Questionnaire circonstances de l'excision	<input type="text"/>		
Conjoint	<input type="text"/>		
Rapports sexuels	<input type="text"/>		
Questionnaire sexuel	<input type="text"/>		
Examen clinique	<input type="text"/>		

Figure 7.1 Fiche d'ouverture vierge

## Encadré 7.1 Compte rendu de la sage-femme

Le 23/11/06

Connait l'opération depuis 3 mois (Média) ⇒ a contacté GAMS

Motivation : 1) Plan sexuel : avoir du plaisir avec son partenaire

+ de plaisir lorsqu'elle contracte les muscles

2) Inquiète pour accouchement

Excision : vers 3 ans en Côte d'Ivoire, ne se souvient pas de la douleur. Aucune discussion avec père. Mère : au courant

Conjoint : mariée depuis 3 ans. OK pour l'opération

Grossesse : pas tout de suite

Photo : OK

Examen clinique : clito caché mais OK. Petites lèvres collabées ++

D'autres questions font l'objet d'un recensement systématique. La question

concernant les rapports sexuels est presque toujours posée (90,8% des cas), cette question visant à savoir si la femme a des rapports sexuels et s'ils sont douloureux ou si au contraire elle a du plaisir. La question concernant la genèse de la demande est également importante pour l'équipe qui veut savoir par qui la femme a été adressée au service (88,1% des cas) et comment elle a découvert l'opération (79,8%). Ces éléments aident l'équipe à anticiper les attentes de la femme quant à la chirurgie et à ses résultats. Les femmes adressées par le GAMS seront considérées par l'équipe comme dûment informées et globalement bien au courant du déroulement des étapes. Au contraire, la découverte de la chirurgie par un journal ou tout autre matériel médiatique incitera l'équipe à « remettre les choses dans l'ordre » et clarifier les résultats réels que la chirurgie peut apporter.

**Tableau 7.4 Les informateurs des femmes selon l'origine**

	Migrantes	%	Filles de migrants	%	Total	%
<b>Total dossiers</b>	<b>62</b>	<b>100</b>	<b>47</b>	<b>100</b>	<b>109</b>	<b>100</b>
GAMS	19	30,6	27	43,5	46	42,2
médecin	9	14,5	0	0,0	9	8,3
gynécologue	14	22,6	8	12,9	22	20,2
assistante sociale	3	4,8	0	0,0	3	2,8
entourage	7	11,3	6	9,7	13	11,9
presse, médias	1	1,6	2	3,2	3	2,8
Non disponible	9	14,5	4	6,5	13	11,9

Le tableau 7.4 montre que la majorité des femmes arrivent au Service A parce qu'elle y ont été adressées par le GAMS, ce qui montre l'institutionnalisation du traitement de l'excision et le lien étroit tissé entre le milieu militant et l'institution hospitalière.

Les informations concernant la distribution des questionnaires (Annexes 7A : questionnaires) indiquent que celle-ci fait l'objet d'une sélection préalable, probablement sur la base du niveau de compréhension et d'expression linguistique des candidates. Les questionnaires relatifs à leur vie sexuelle et aux circonstances de leur excision, ont été élaborés par l'équipe elle-même, sur la base des modèles de questionnaires standards originellement élaborés par Master&Johnson (1966) concernant la vie sexuelle et les violences, alors que le questionnaire sur les troubles urinaires est utilisé pour d'autres typologies de demande. Les questions relatives à l'excision ont été adaptées et/ou insérées, mais ce, uniquement à des fins cliniques et non de recherche scientifique. Il est intéressant de relever l'ajustement de ce questionnaire, puisque celui-ci oriente autant les questions

des professionnels que les discours produits par les femmes. Comme le souligne Tain dans le cas du « devoir d'enfant » et de la norme à la reproduction, ces femmes sont soumises à la norme du « devoir au plaisir » : leur sexualité doit être satisfaisante et procurer du plaisir. Le questionnaire sur la vie sexuelle se réfère à un modèle de sexualité de type, hétérosexuel, pénétratif et conjugal. Il évalue la « vie sexuelle » de la femme et non son « activité sexuelle », se préoccupant ainsi du modèle de « sexualité conjugale » plutôt que de celui de « réseau sexuel » ou de « désir individuel » (Bozon, 2001). La distribution de ces trois questionnaires – guides d'entretiens pour aborder ou introduire les questions sur les circonstances de l'excision, les troubles urinaires et la vie sexuelle – bien qu'effectuée presque systématiquement par la sage-femme lors du premier rendez-vous, ne donne cependant pas lieu à un recueil systématique des données, puisqu'ils ne sont pas toujours tous disponibles dans les dossiers. La raison principale vient du fait qu'ils doivent être restitués complétés lors de la séance suivante, ce qui n'est pas toujours fait. Dans ce cas, les questions sont posées oralement pendant les consultations sexologiques ou psychologiques. De plus, sur l'ensemble des dossiers, 33% des femmes abandonnent après le premier rendez-vous. Elles ne reviennent plus et ne rapportent donc jamais leurs questionnaires. Une partie des femmes rapporte d'ailleurs les trois questionnaires complétés, certaines précisant pendant les entretiens qu'elles l'ont fait « avec beaucoup d'attention » ou en leur dédiant « un moment d'intimité ». Sur la totalité des dossiers, 41,3% questionnaires sur les circonstances de l'excision, 37,6% sur les troubles urinaires et 30,3% sur l'évaluation de la vie sexuelle sont disponibles.

#### **Encadré 7.2 Reconstruction d'un dossier : comptes rendus des consultations**

Date non lisible – *nom et prénom de la psychologue*

Patiente ayant pris le temps depuis qu'elle a eu connaissance de la possibilité de réparation. Me de se sentir prête aujourd'hui, plus à l'aide pour parler, plus confiante dans sa démarche.

Choc à la consultation avec *nom et prénom de la sage-femme* : avant elle pensait qu'elle était « normale, enfin juste sans clitoris » mais découvre que petites lèvres ont été coupées : prise de conscience de la mutilation. Sentiment de gravité.

A quelque souvenir du contexte de son excision et de la douleur en urinant après. Seule appréhension pour opération : douleur.

En a parlé avec son mari → la soutient et avec sa mère : présente sa réaction positive comme une occasion pour sa mère de « réparer » ce qu'elle lui a fait, culpabilité en la soutenant dans sa démarche. Attente peu identitaire, davantage physique. Réparation pour projet d'enfant (limiter les risques).



12.12.06 *nom et prénom sexologue*

Ivoriennne, 31 ans, mariée, pas de grossesse (projet d'enfant), juriste en entreprise (Bac+5 = mastère), mari ivoirien née en France, 34 ans

Fratrie de 11 enfants de 2 épouses = 4<sup>ème</sup>/7 filles ; 2<sup>ème</sup>/3 filles de la 2<sup>ème</sup> épouse – toutes excisées. Se savait excisée – a découvert vers 14 ans que d'autres filles ne l'étaient pas (internat collège) ⇒ à partir de là s'est sentie « gênée » (« il me manquait quelque chose »).

Curiosité pour sa région génitale vers 12 ans, découverte de « sensations » par serrage des cuisses. Intérêt pour les garçons vers 14 ans. Flirts avec sensations d'excitation clairement sexuelle vers 16-17 ans

1<sup>er</sup> et seul partenaire = son mari (se sont connus pendant les vacances = il était venu en Côte d'Ivoire ⇒ l'a rejoint en France ensuite)

Actuellement=

Excitation qui semble aller parfois ⇒ décharge orgasmique lors de serrage des cuisses et des muscles périnéaux associé à « fantaisies » érotiques imaginaires. Plaisir et excitation lors des caresses sein, dos, cou...désir, mais pas d'orgasme vaginal ni même de plaisir particulier à la pénétration

Ce qui semble être le principal sujet de frustration du couple (elle « ne sent rien » au coït vaginal, et son mari se sent plus ou moins coupable qu'elle n'ait pas les mêmes sensations que lui).

Ils attendent donc clairement quelque chose de la chirurgie sur ce plan-là...

(expliqué que pas « garanti » mais possible si cette démarche les fait « globalement » avancer...)

21.12.06 *nom et prénom de a gynécologue*

31 ans, en recherche d'emploi

hypothyroïdie connue depuis 2003

allergie absent

née en Côte d'Ivoire (Bingerville, 18Km Abidjan), arrivée en France à l'âge de 25 ans, a suivi son futur mari, pas de souvenir de son excision (qq flash).

Toutes ses sœurs sont excisées

Mère au courant démarche réparation

Père DCD 2002.

Au clair sur sa demande

Démarche de couple

Explication/intervention/post op.

Clinique : moignon petit, coupé demi lèvres, forme asymétrique

Pris photo ce jour

Aimerait intervention janvier. 25/01

Staff 8/01/2007

OK chir.

# Compte Rendu Opératoire

NOM		DATE de l'INTERVENTION	
PRENOM		OPERATEUR	
DATE de NAISSANCE		AIDE OPERATOIRE	
		ANESTHESISTE	
		TYPE D'ANESTHESIE	
SIGNATURE	TYPE D'INTERVENTION	REPARATION CLITORIDIENNE	
Provisoire			
RESUME CLINIQUE	Patiente de 31 ans, GOP0, excision dans l'enfance. Demande de réparation clitoridienne.		
CROp			

Incision cutanée en regard du bourgeon clitoridien  
Dissection latérale en regard des corps caverneux  
Section du ligament suspenseur du clitoris tangentiellement à la peau et jusqu'au périoste pubien permettant un abaissement du clitoris  
Résection de la sclérose mettant à nu l'extrémité du clitoris  
Hémostase  
Injection de Naropéine  
Fermeture par du monocryl 3/0 de l'incision clitoridienne inférieure  
Fermeture cutanée supérieure par un point en U en prenant appui sur le périoste pubien par du vicryl 4/0  
Points séparés au vicryl 4/0 sur la peau restante.

AU TOTAL : REPARATION CLITORIDIENNE CHEZ UNE PATIENTE DE 31 ANS.

Figure 7.2 Fiche du compte rendu opératoire

## Caractéristiques d'une population clinique : femmes excisées en démarche de réparation

La population concernée par le parcours de réparation est constituée de femmes d'origine africaine, âgées entre 18 et 45 ans et considérant leur excision comme un problème. La comparaison entre le groupe des « femmes opérées » et celui des « femmes non-opérées » révèle, d'une part, les critères en fonction desquels le choix médical de retenir ou non une demande de réparation s'opère, et d'autre part, la présence de caractéristiques intrinsèques au groupe des « femmes opérées », autrement dit le profil d'un idéal-type de patiente.

### L'impact de la migration sur la chirurgie

Les femmes migrantes (63,6% des opérées) sont plus opérées que les femmes nées en France (36,4% des opérées). Cette différence incite à rechercher la présence de caractéristiques intrinsèques au groupe des « femmes migrantes », par le biais d'une

comparaison avec le groupe des « filles de migrants ».

<b>Tableau 7.5 Caractéristiques socio-démographiques selon que la femme a été opérée ou non</b>						
	<b>Femmes Opérées</b>		<b>Femmes Non Opérées</b>		<b>Total</b>	<b>%</b>
		<b>%</b>		<b>%</b>		
<b>Total dossiers</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	<b>54</b>	<b>100</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>
<b>Pays d'origine des parents</b>						
<b>Femmes françaises, dont parents originaires de:</b>	<b>20</b>	<b>36,4</b>	<b>27</b>	<b>50,0</b>	<b>47</b>	<b>44,0</b>
Mali	12	21,8	17	31,5	29	26,6
Sénégal	7	12,7	8	14,8	15	13,8
Mauritanie	0	0,0	2	3,7	2	1,8
Non disponible	1	1,8	0	0,0	1	0,9
<b>Femmes étrangères, dont parents originaires de:</b>	<b>35</b>	<b>63,6</b>	<b>27</b>	<b>50,0</b>	<b>62</b>	<b>56,0</b>
Mali	12	21,8	10	18,5	22	20,2
Sénégal	5	9,1	4	7,4	9	8,3
Côte d'Ivoire	7	12,7	5	9,3	13	11,9
Guinée	4	7,3	4	7,4	8	7,3
Burkina Faso	5	9,1	2	3,7	7	6,4
autre (Nigeria, Sierra Leone)	2	3,6	2	3,7	4	3,7
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	<b>54</b>	<b>100</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>
<b>Ethnies représentées</b>						
Malinké	4	7,3	3	5,6	7	6,4
Bambara	4	7,3	2	3,7	6	5,5
Soninké	13	23,6	20	37,0	33	30,3
Peul	8	14,5	9	16,7	17	15,6
Dioula	2	3,6	3	5,6	5	4,6
Kassanké	2	3,6	0	0,0	2	1,8
Autre (Bissa, Soussou, Mandingué, Ijaw, Diranké, Raosunkay, Baga, Wolof, Toucouleur)	3	5,5	9	16,7	12	11,0
Non disponible	19	34,5	8	14,8	27	24,8
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	<b>54</b>	<b>100</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>

Le tableau 7.5 indique que le pays le plus représenté – pour l'une et l'autre de ces deux générations des femmes – est le Mali, qui présente un écart net avec les autres pays. L'observation du groupe des « femmes migrantes » révèle l'émergence d'une nouvelle génération de femmes venant de la Côte d'Ivoire se positionnant au deuxième rang des candidates migrantes, mais cependant absente du groupe des « filles de migrants ». Les deux groupes révèlent également une uniformité des ethnies représentées, avec une nette prédominance des Soninkés, qui représentent 23,6% chez les opérées et 37% chez les non-opérées. Toutefois un nombre élevé de femmes opérées (34,5%) n'a pas répondu à la question concernant l'ethnie ou alors la question ne leur a pas été posée.

<b>Tableau 7.6 Les âges dans le parcours des femmes selon l'origine</b>	<b>Femme migrante</b>	<b>%</b>	<b>Filles de migrants</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Âge arrivée en France</b>						
0 à 14 ans	19	30,6				
15 - 24 ans	26	41,9				
25 ans ≥	12	19,4				
Non disponible	5	8,1				
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>				
<b>Âge à la 1ere consultation</b>						
18 -25 ans	15	24,2	36	76,6	51	46,8
26 – 34 ans	32	51,6	11	23,4	43	39,4
35 ans ≥	15	24,2	0	0,0	15	13,8
<b>Total femmes</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>	<b>47</b>	<b>100,0</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>

Le parcours migratoire des femmes permet de distinguer deux groupes de patientes dont les vécus et les expériences sont très différents (tableau 7.6). Les femmes venant d'Afrique quittent leur pays relativement tard, la majorité entre 15 et 24 ans (41,9%), mais rarement après 25 ans (19,4%). Il y a toutefois également un nombre important de migrantes âgées de moins de 15 ans (30,6%). Elles arrivent en France pour rejoindre leurs parents qui y sont déjà installés, ou accompagnées de ces derniers. En définitive, les femmes migrantes sont globalement plus âgées que les filles de migrants lorsqu'elles décident de consulter. La majorité des migrantes sont âgées de 26 à 34 ans (51,6%) alors que la majorité de filles de migrants consultent entre 18 et 25 ans (76,6%).

<b>Tableau 7.7 Les âges dans le parcours des femmes selon l'origine</b>	<b>Femmes Opérées</b>	<b>%</b>	<b>Femmes Non Opérées</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Total dossiers</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	<b>54</b>	<b>100</b>	<b>109</b>	<b>100</b>
<b>Âge à la 1ere consultation</b>						
18 ≥ 25 ans	21	38,2	29	53,7	49	45,0
26 ≥ 34 ans	23	41,8	20	37,0	43	39,4
35 ans ≥	10	18,2	5	9,3	15	13,8
Non disponible	1	1,8	0			

Cette tendance est aussi visible lorsque l'on compare le groupe des femmes opérées à celui des non-opérées, dont l'âge lors de la première consultation diffère également entre eux (tableau 7.7). L'excision devient un problème à un moment donné de la vie des femmes

qui font une demande de réparation. Les femmes opérées sont tendanciellement plus âgées (41,8% ont un âge compris entre 26 et 34 ans) que les femmes non-opérées, dont la majorité se situe entre 18 et 25 ans (45%). La majorité des femmes de 18 à 25 ans n'ont pas été opérées et inversement la majorité de celles de 26 à 34 ans l'ont été.

### Typologies de relations et formes d'habitation : l'expérience fait la différence

L'âge influe sur le vécu et la trajectoire : les femmes migrantes ont accumulé en général plus d'expérience, ayant souvent déjà été mariées et séparées au moins une fois et ayant beaucoup plus souvent un enfant (64,5% contre 31,9% chez les filles de migrants). De même, elles sont plus nombreuses à être en couple (82,3% de migrantes et 72,3% de filles de migrants). Le tableau 7.8 montre que les modes de vie sont distincts d'un groupe à l'autre : les migrantes sont majoritairement installées avec leurs partenaires et ont un enfant (situation T6 :31,7%) alors que la majorité des filles de migrants, bien que déclarant être en couple, ne cohabitent pas et non pas d'enfant avec leur partenaire (situation T3 : 34%).

<b>Tableau 7.8 Caractéristiques sociodémographiques selon l'origine</b>	<b>Femme migrante</b>	<b>%</b>	<b>Filles de migrants</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Total femmes</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>	<b>47</b>	<b>100,0</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>
<b>1. Situation conjugale, familiale</b>						
Enfants	40	64,5	15	31,9	55	50,5
Pas d'enfants	20	32,3	32	68,1	52	47,7
<b>Célibataire, dont :</b>	<b>10</b>	<b>16,1</b>	<b>12</b>	<b>25,5</b>	<b>22</b>	<b>20,2</b>
sans enfant (T1)	5	8,1	9	19,1	14	12,8
avec enfant (T2)	5	8,1	3	6,4	8	7,3
<b>Partenaire déclaré, dont :</b>	<b>51</b>	<b>82,3</b>	<b>34</b>	<b>72,3</b>	<b>85</b>	<b>78,0</b>
non cohabitants, sans enfant (T3)	10	16,1	16	34,0	26	23,9
cohabitants, sans enfant (T4)	6	9,7	5	10,6	11	10,1
non cohabitants, avec enfant (T5)	12	19,4	6	12,8	18	16,5
cohabitants, avec enfant (T6)	23	37,1	7	14,9	30	27,5
Non disponible	1	1,6	1	2,1	2	1,8
<b>Total femmes</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>	<b>47</b>	<b>100,0</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>

Du point de vue médical, la maternité ne représente pas une donnée significative, puisqu'il y a autant d'enfants chez les opérées et les non-opérées (tableau 7.9). Entre le groupe des « opérées » et celui de « non-opérées », il n'existe pas de divergence significative

dans la tendance générale des femmes à être en couple (~ 80%) plutôt que célibataires (~ 20%).

<b>Tableau 7.9 Caractéristiques socioéconomiques selon que la femme a été opérée ou non</b>	<b>Femmes Opérées</b>		<b>Femmes Non Opérées</b>		<b>Total</b>	
		<b>%</b>		<b>%</b>		<b>%</b>
<b>Situation conjugale, familiale actuelle</b>						
Enfants	27	49,1	28	51,9	55	50,5
Pas d'enfant	27	49,1	25	46,3	52	47,7
Non disponible	1	1,8	1	1,9	2	1,8
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	<b>54</b>	<b>100</b>	<b>109</b>	<b>100</b>
<b>Célibataire</b>						
sans enfant (T1)	6	10,9	7	13,0	13	11,9
avec enfant (T2)	5	9,1	2	3,7	7	6,4
<b>Partenaire déclaré :</b>	<b>44</b>	<b>80,0</b>	<b>44</b>	<b>81,5</b>	<b>88</b>	<b>80,7</b>
non cohabitants, sans enfant (T3)	17	30,9	12	22,2	29	26,6
cohabitants, sans enfant (T4)	7	12,7	7	13,0	14	12,8
non cohabitants, avec enfant (T5)	5	9,1	7	13,0	12	11,0
cohabitants, avec enfant (T6)	15	27,3	18	33,3	33	30,3
Non disponible	0	0,0	1	1,9	1	0,9
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	<b>54</b>	<b>100</b>	<b>109</b>	<b>100</b>
<b>Situation économique</b>						
Inactive	7	12,7	4	7,4	11	10,1
En cours d'étude	11	20,0	15	27,8	26	23,9
Travaille	36	65,5	31	57,4	67	61,5
Non disponible	1	1,8	4	7,4	5	4,6
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	<b>54</b>	<b>100</b>	<b>109</b>	<b>100</b>
<b>Niveau d'étude</b>						
Non scolarisée	9	16,4	4	7,4	13	11,9
Primaire	5	9,1	9	16,7	14	12,8
Secondaire	20	36,4	20	37	40	36,7
BAC	9	16,4	9	16,7	18	16,5
BAC et plus	11	20	10	18,5	21	19,3
Non disponible	1	1,8	2	3,7	3	2,8
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	<b>54</b>	<b>100</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>

La population globale est équitablement distribuée (50,5% avec enfant et 47,7% sans enfants), de même qu'au sein de chaque groupe : 41,9% (avec enfant) contre 41,9% (sans enfant) chez les femmes opérées ; 51,9% (avec enfant) contre 46,3% (sans enfant) chez les non-opérées. La distribution reste également très similaire quand la présence ou non d'un enfant dans la situation conjugale est prise en considération : en général, les femmes célibataires sans enfants (T1) constituent la majorité. À l'inverse, les mères célibataires sont rares, constituant 6,4% de l'entier de cette population. Cette tendance est similaire à

l'intérieur de chacun des deux groupes. Lorsque les femmes ont un enfant, la configuration dominante est celle du couple cohabitant (30,3% de la population totale) et à l'inverse, lorsque les femmes n'ont pas d'enfant, le couple ne cohabite pas (26,6%). Les configurations des couples cohabitant sans enfants (T4: 12,8%) et de couples non cohabitant avec enfant (T5: 11%) sont minoritaires. Ces tendances, relevées sur la population totale, sont également représentatives des tendances internes à chaque groupe (opérées et non opérées). Ceci démontre que les couples adhèrent majoritairement aux normes conventionnelles et classiques : faire un enfant lorsque l'on est installé dans un couple plus ou moins solide et cohabitant.

### **Indépendance économique et marges de liberté**

Le tableau 7.10 montre que la plupart des femmes qui s'engagent dans ce parcours de réparation travaille : 65,5 % des femmes opérées et 57,4% des femmes non-opérées ont un emploi. Il existe toutefois un groupe significatif de femmes encore en cours d'études : 20% des opérées et 27,8% des non-opérées. Ici encore, aucune différence significative ne met en exergue des éléments ni en faveur ni en opposition à l'opération. La majorité des femmes formulant une demande de réparation a un niveau d'étude secondaire (40% de la population), cette tendance est chez les opérée et les non-opérées. En revanche, parmi les femmes opérées, la proportion de celles qui n'ont pas été scolarisée est supérieure (16,4% des femmes opérées). Dans les deux groupes, le niveau d'étude est reparti de manière symétrique, un nombre élevé de femmes ont obtenu le Bac (18 % de la population) et ont continué les études (21% de la population). La comparaison entre ces deux groupes ne permet pas de relever une différence de traitement relativement à la chirurgie selon le niveau d'étude. La comparaison entre le groupe des migrantes et celui des filles de migrants, confirme la tendance générale chez les femmes ayant un emploi à entamer un parcours de réparation (69,4% de femmes migrantes et 67% de filles de migrants). Une minorité des candidates, dont le pourcentage le plus élevé se situe chez les filles de migrants, est inactive ou en cours de formation, bien que celles-ci se distinguent des migrantes par le fait d'être scolarisées. En effet, la différence principale entre les filles de migrants et les migrantes consiste dans le fait que ces dernières vivent plus souvent une situation de précarité dans la petite enfance, les laissant non scolarisées (19, 4% des migrantes contre 2,1% des filles de migrants) ou ayant à peine terminé un niveau primaire

(19,4% des migrantes contre 4,3% des filles de migrants). C'est donc ce type de précarité, qui est d'ordre scolaire, qu'il faut mettre en relief. En revanche, une portion importante de migrantes a obtenu un Bac (16,1% des migrantes) voire un Bac et plus (16,1% des migrantes), ce qui les reprochent aux filles de migrantes. Toutefois les femmes migrantes exercent plus souvent un emploi peu valorisant et cela au-delà de leur diplôme d'étude, ce qui relève d'un plafond de verre existant à l'intérieur d'une population qui dans la globalité est déjà discriminée par rapport à la population française.

<b>Tableau 7.10 Caractéristiques socioéconomiques selon l'origine</b>	<b>Femme migrante</b>	<b>%</b>	<b>Filles de migrants</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>2. Situation socio-économique</b>						
Inactive	5	8,1	6	12,8	11	10,1
En cours d'étude	10	16,1	16	34,0	26	23,9
Travaille	43	69,4	24	51,1	67	61,5
Non disponible	4	6,5	1	2,1	5	4,6
<b>Total femmes</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>	<b>47</b>	<b>100,0</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>
<b>Niveau d'étude</b>						
Non scolarisée	12	19,4	1	2,1	13	11,9
Primaire	12	19,4	2	4,3	14	12,8
Secondaire	16	25,8	24	51,1	40	36,7
BAC	10	16,1	8	17	18	16,5
BAC et plus	10	16,1	11	23,4	21	19,3
Non disponible	2	3,2	1	2,1	3	2,8
<b>Total femmes</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>	<b>47</b>	<b>100,0</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>

### **L'importance du temps pour élaborer l'événement**

Les circonstances de l'excision montrent que la plupart des femmes ont été excisées avant l'âge de 6 ans (55% de la population totale dans le tableau 7.11), tendance qui se reflète également au sein des deux groupes (opérées et non-opérées), dans lesquels plus de moitié des femmes sont ici concernées. Un tiers de la population totale a été excisé entre 6 et 10 ans (33%), une petite minorité a subi l'excision après l'âge de 11 ans (6,4%) mais une seule femme (parmi les opérées) a été excisée après ses 16 ans. La variation de l'âge de l'excision dépend principalement de l'origine ethnique dans le contexte autochtone, mais également des ressources (possibilité de faire un voyage au pays pour les filles de migrants, disponibilité d'une exciseuse traditionnelle, ressources financières pour payer le travail de l'exciseuse, excision en groupe de plusieurs filles d'âges différents). Le type de mutilation le



plus pratiqué, selon la typologie de l'OMS (encadré 1.7) est le deuxième, qui consiste en l'ablation partielle ou totale des petites lèvres avec excision (plus ou moins profonde) du clitoris. Bien que cette classification définisse la pathologie, les conséquences d'une telle excision peuvent varier énormément d'une femme à l'autre. Les petites lèvres sont souvent coupées de manière non symétrique et le bourgeon clitoridien peut s'en trouver très déplacé, ce qui peut également être le cas « en situation normale » et conduit les médecins à dire qu'il est malgré tout en place. L'évaluation de l'excision est nécessaire pour établir le type de chirurgie à faire. Au sein du Service A la reconstruction des lèvres n'est pas effectuée, alors qu'elle est proposée dans un protocole expérimental par le docteur Foldès.

<b>Tableau 7.11 Circonstances de l'excision selon que la femme a été opérée ou non</b>						
	<b>Femmes Opérées</b>		<b>Femmes Non Opérées</b>		<b>Total</b>	<b>%</b>
		<b>%</b>		<b>%</b>		
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	<b>54</b>	<b>100</b>	<b>109</b>	<b>100</b>
<b>Âge à l'excision</b>						
≤ 5 ans	30	54,5	30	55,6	60	55,0
6 ≥ 10	18	32,7	18	33,3	36	33,0
11 ≥ 15	5	9,1	2	3,7	7	6,4
16 ans ≥	1	1,8	0	0,0	1	0,9
Non disponible	1	1,8	4	7,4	5	4,6
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	<b>54</b>	<b>100</b>	<b>109</b>	<b>100</b>
<b>Type de mutilation</b>						
II Type	52	94,5	50	92,6	101	92,7
III Type	1	1,8	0	0,0	1	0,9
II+III	2	3,6	4	7,4	6	5,5
<b>Total dossiers</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	<b>54</b>	<b>100</b>	<b>109</b>	<b>100</b>

La comparaison entre migrantes et filles de migrants (tableau 7.12) confirme la tendance selon laquelle les femmes dans l'ensemble ont été excisées avant de 6 ans. L'âge a sans aucun doute un impact direct sur le souvenir de l'événement. La moitié d'entre elles, garde des souvenirs de ce moment-là (54,8% des migrantes et 55% des filles de migrants). La migration ne semble pas avoir un impact sur le souvenir de l'événement, celui-ci étant plutôt lié à l'âge à l'excision. Les femmes excisées avant l'âge de deux ans n'en n'ont gardé aucun souvenir.

Finalement la population des femmes excisées ayant formulé une demande de chirurgie clitoridienne auprès du Service A est comparée à une population représentative

des femmes excisées vivant en France<sup>213</sup>. Les caractéristiques sociodémographiques de ces dernières sont décrites dans l'enquête nationale ExH (encadré 3.1) qui analyse un échantillon de 2882 femmes dont 714 femmes excisées.

<b>Tableau 7.12 Circonstances excision et réparation selon origine</b>	<b>Femme migrante</b>	<b>%</b>	<b>Filles de migrants</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Circonstances de l'excision</b>						
<b>Âge à l'excision</b>						
avant/compris 5 ans	35	56,5	25	53,2	60	55,0
6 et 10	20	32,3	16	34,0	36	33,0
11 et 15	6	9,7	1	2,1	7	6,4
plus de 16	1	1,6	0	0,0	1	0,9
Non disponible	0	0,0	5	10,6	5	4,6
<b>Total femmes</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>	<b>47</b>	<b>100,0</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>
<b>Type de mutilation</b>						
II Type	57	91,9	44	93,6	101	92,7
III Type	1	1,6	0	0,0	1	0,9
II+III	4	6,5	3	6,4	7	6,4
<b>Souvenir de l'excision</b>						
Aucun souvenir	27	43,5	26	55,3	53	48,6
Souvenirs	34	54,8	21	44,7	55	50,5
Non disponible	1	1,6	0	0,0	1	0,9

Les données saisies dans les dossiers ne sont souvent pas conformes aux catégories utilisées dans le questionnaire ExH. Seulement donc les catégories de données communes ont pu être comparées (tableau 7.13), c'est-à-dire les données relatives à l'âge, la situation conjugale, le diplôme, le nombre d'enfants, le statut vis-à-vis de l'emploi, les professions et les catégories socioprofessionnelles. Par rapport à cette dernière catégorie, relative donc au statut de l'enquêtée vis-à-vis de l'emploi, la distinction entre la catégorie « sans emploi et n'a jamais travaillé » et la catégorie « sans emploi et a déjà travaillé » n'était pas disponible dans les dossiers, ces deux catégories donc ont été réunies en une seule « sans emploi ». Pour simplifier la compréhension, dans la comparaison, on appellera les femmes au sein du service A « patientes » et les femmes excisées vivant en France « femmes ExH ».

<sup>213</sup> Les données de l'enquête Excision et Migration sont tirées du Tableau 10 « Profil sociodémographique des femmes cas par rapport aux femmes témoins », publié dans Andro, Lesclingand, Cambois, Cirbeau, *Rapport final. Volet quantitatif du projet ExH. Excision et Handicap : Mesures des lésions et traumatismes et évaluation des besoins en chirurgie réparatrice*, mars 2009, p. 38

Par rapport à la population des femmes excisées vivant en France (femmes ExH), ce sont plus les jeunes à s'engager dans un parcours médical de réparation, la majorité de ces dernières ayant entre 18 et 24 ans (42% des patientes). Même lorsqu'elles n'ont pas un enfant (50% des patientes), elles sont en général en couple (72% des patientes). Cela montre que les femmes excisées dans une démarche de réparation sont souvent dans un couple non cohabitant et sans enfant, tandis que la moyenne des femmes excisées vivant en France sont soit mariées (60% des femmes ExH), soit célibataires (32% des femmes ExH). Concernant la proportion d'enfants, les femmes excisées vivant en France ont en moyenne plus d'enfants. La proportion de femmes ayant un ou deux enfants est identique (36% des femmes ExH et 36% des patientes), ce qui est similaire aux caractéristiques de la population majoritaire, où le taux de fécondité est supérieur à 2 enfants par femmes. En revanche, les femmes ExH se distinguent pour avoir un nombre plus élevé d'enfants (25% ont trois ou quatre enfants et 17% ont cinq enfants ou plus), alors que les patientes ont rarement trois ou quatre enfants (12%) et exceptionnellement cinq enfants ou plus (2%).

Sur le plan socio-économique, les patientes ont une situation plus stable, 65% d'entre elles ont un emploi contre seulement 36% des femmes ExH. Ces dernières sont plus précaires, plus de la moitié n'a pas d'emploi (52% des femmes ExH) et lorsqu'elles ont un emploi, il s'agit dans la majorité des cas d'un emploi peu qualifié (72% des femmes ExH rentrent dans la catégorie d'employé). Si les patientes sont majoritairement des employées (38%), l'écart avec d'autres catégorie professionnelles est moins flagrant. Une portion importante des patientes occupe un poste qui rentre dans la catégorie d'intermédiaires (21% des patientes contre seulement 7% des femmes ExH). Parmi elles, il y a des enseignantes, des consultantes expertes (juriste, comptable, marketing), des chercheuses et des responsables dans l'administration publique. Les cadres et les commerçants restent des rares exceptions autant chez les patientes que chez les femmes ExH. En revanche, une portion importante de patientes poursuit leurs études (27% des patientes contre 12% des femmes ExH). En effet, les patientes ont un niveau de diplôme plus élevé : 38% a un niveau secondaire, 17% a obtenu son Bac et 20% a un niveau supérieur au Bac. Cette tendance est plutôt inversée chez les femmes ExH : si la majorité a un niveau secondaire (36%), les autres ont un niveau primaire (19%) voire elles ne sont pas du tout scolarisées (22%). Parmi les patientes, la portion de non scolarisées est moins importante (12%), cette situation se retrouve principalement chez les femmes migrantes (tableau 7.10).

<b>Tableau 7.13 Caractéristiques sociodémographiques d'une population sélectionnée</b>	<b>Femmes Cas (%)</b>	<b>Femmes excisées ExH (%)</b>
<b>Âge</b>		
18-24ans	42	27
25-29 ans	28	27
30-34 ans	17	19
35-39 ans	7	14
40 ans et plus	6	13
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Situation conjugale</b>		
Célibataire	19	32
Mariée ou fiancée	72	60
Séparée, divorcée, veuve	9	8
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Diplôme</b>		
Non scolarisée	12	22
Niveau primaire	13	19
Niveau secondaire	38	36
Baccalauréat	17	12
Baccalauréat et plus	20	11
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Nombre d'enfants</b>		
Aucun enfant	50	22
1 à 2 enfants	36	36
3 à 4 enfants	12	25
5 enfants et plus	2	17
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Statut vis-à-vis de l'emploi</b>		
Emploi	65	36
Sans emploi	9	52
Retraite	0	0
Chômage	2	3
Etudiante	24	8
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Professions et Catégories Socioprofessionnelles</b>		
Agriculteurs exploitants	0	0
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	4	1
Cadre et professions intellectuelles supérieures	3	2
Professions intermédiaires	21	7
Employés	38	72
Ouvriers	0	3
Petits boulots	6	0
Etudiantes	27	12
Intérim	1	1
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

La comparaison entre les patientes et les femmes de ExH permet de montrer que les femmes excisées vivant en France et engagées dans une réparation clitoridienne constituent une population sélectionnée. Elles sont plus « modernes » par rapport à leur choix en matière conjugale (couple non cohabitant, moins d'enfants), alors que, de manière générale, les femmes excisées vivant en France ont de chemins plus traditionnels en matière conjugale (plus mariées et cohabitant) et de planification familiale (plus d'enfants). Les patientes ont un niveau d'études supérieur et un emploi plus valorisant par rapport à la population générale des femmes excisées vivant en France. Ces caractéristiques font d'elles une population spécifique, ce sont par ailleurs ces caractéristiques qui les rendent capables d'entreprendre un chemin de réparation. Il ne faut pourtant pas oublier la portion des femmes non scolarisées et sans emploi ou exerçant un emploi plus précaire et moins valorisant, qui constituent pourtant une part importante de l'échantillon des patientes. Le profil de ces dernières se retrouve parmi les femmes migrantes, tandis que le profil plus émancipé correspond aux filles de migrants.

### **Des raisons différenciées de demandes de réparation**

Les indications médicales permettent d'établir des liens entre le type de demande de réparation formulée, les critères d'évaluation utilisés par l'équipe, et les raisons exprimées par les femmes. La demande de réparation ne se justifie pas par la nécessité de recevoir des soins ou de soulager des douleurs : l'indication médicale, dans ce sens est secondaire. Bien que des cas de problèmes urinaires existent (7,3% des femmes opérées ; 7,4% des femmes non-opérées), ils font l'objet d'un traitement autre qui n'implique pas la réparation clitoridienne : la chirurgie ne résout pas les problèmes d'incontinence, de dysurie, d'infections, etc. La demande de réparation est spécifique et doit être formulée comme telle. De même, l'indication de douleurs, notamment lors des rapports sexuels et liées à la pénétration vaginale, formulée par des femmes des deux groupes (41,8% des femmes opérées et 37% des femmes non opérées ), ne donne pas systématiquement droit à une chirurgie du clitoris. Si c'était le cas, la proportion des femmes exprimant ce genre de plainte et opérée serait nettement plus élevée.

La demande de la majorité des femmes (tableau 7.14) entreprenant ce parcours est identifiée par l'équipe comme de type « symbolique » et impliquant une « quête

identitaire » (69,1% des femmes opérées et 72,2% des femmes non opérées). Les femmes concernées par cette demande disent vouloir retrouver une « identité de femme normale » et désirer « être comme les autres ». Elles revendiquent la possibilité d'être une « femme à part entière ».

<b>Tableau 7.14 Indications médicales selon que la femme a été opérée ou non</b>	<b>Femmes Opérées</b>	<b>%</b>	<b>Femmes Non Opérées</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Souvenir de l'excision</b>						
Souvenirs	29	52,7	29	53,7	58	53,2
Aucun souvenir	25	45,5	22	40,7	47	43,1
Non disponible	1	1,8	3	5,6	4	3,7
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	<b>54</b>	<b>100</b>	<b>109</b>	<b>100</b>
<b>Indications médicales</b>						
<b>Problèmes urinaires, dont</b>	<b>4</b>	<b>7,3</b>	<b>4</b>	<b>7,4</b>	<b>8</b>	<b>7,3</b>
incontinence légère	3	5,5	0	0,0	3	2,8
dysurie	1	1,8	0	0,0	1	0,9
éuresie	0	0,0	3	5,6	3	2,8
infections	0	0,0	1	1,9	1	0,9
<b>Douleurs, dont :</b>	<b>23</b>	<b>41,8</b>	<b>20</b>	<b>37</b>	<b>44</b>	<b>39,4</b>
dyspareunie	7	12,7	1	1,9	8	7,3
aux RS et pénétration	13	23,6	17	31,5	30	27,5
zone cicatricielle	1	1,8	0	0,0	1	0,9
dysménorrhée	1	1,8	2	3,7	3	2,8
<b>Aucune indication</b>	<b>29</b>	<b>52,7</b>	<b>32</b>	<b>59,3</b>	<b>61</b>	<b>56</b>
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	<b>54</b>	<b>100</b>	<b>109</b>	<b>100</b>
<b>Motivation à la demande</b>						
<i>*Réponses à choix multiples</i>						
Physique : santé, soigner les douleurs	7	12,7	7	13,0	14	12,8
Symbolique : « recherche identitaire »	38	69,1	39	72,2	77	70,6
Sexuel : amélioration plaisir et rapports sexuels	22	40,0	17	31,5	39	35,8
<b>Accompagnement dans la démarche</b>						
Membre famille	1	1,8	3	5,6	4	3,7
Partenaire	15	27,3	15	27,8	30	27,5
Professionnel	2	3,6	2	3,7	4	3,7
Seule	35	63,6	33	61,1	68	62,4
Non disponible	2	3,6	1	1,9	3	2,8
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	<b>54</b>	<b>100</b>	<b>109</b>	<b>100</b>

Les motivations exprimées sont pourtant multiples et une demande « identitaire » peut être accompagnée d'un désir d'améliorer les rapports sexuels, de ressentir (plus) de plaisir, cette demande apparaissant dans 35,8% des cas. En revanche, le désir de voir la qualité des relations de couple s'améliorer ne s'inscrit pas dans un projet de couple. Au

contraire, la majorité des demandes s'inscrivent dans un projet solitaire et individuel, ce qui est le cas pour 63,6% des femmes opérées et pour 61,1% des femmes non opérées. Certaines, toutefois, indiquent leur partenaire comme une personne de soutien dans cette démarche (27,3% des femmes opérées et 27,8% des femmes non opérées). Cet « accompagnement » indique surtout l'encouragement et le partage du choix dans la décision de faire une chirurgie, voire simplement l'accord du partenaire à telle opération.

<b>Tableau 7.15 Circonstances excision et réparation selon origine</b>	<b>Femme migrante</b>	<b>%</b>	<b>Filles de migrants</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Total femmes</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>	<b>47</b>	<b>100,0</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>
<b>Indications médicales</b>						0,0
<b>Problèmes urinaires, dont</b>	<b>4</b>	<b>6,5</b>	<b>4</b>	<b>8,5</b>	<b>8</b>	<b>7,3</b>
incontinence légère	2	3,2	1	2,1	3	2,8
dysurie	1	1,6	0	0,0	1	0,9
eurésie	1	1,6	2	4,3	3	2,8
infections	0	0,0	1	2,1	1	0,9
<b>Douleurs, dont</b>	<b>28</b>	<b>45,2</b>	<b>15</b>	<b>31,9</b>	<b>43</b>	<b>39,4</b>
dyspareunie	6	9,7	1	2,1	7	6,4
aux RS et pénétration	19	30,6	13	27,7	32	29,4
zone cicatricielle	1	1,6	0	0,0	1	0,9
dysménorrhée	2	3,2	1	2,1	3	2,8
<b>Aucune indication médicale</b>	<b>30</b>	<b>48,4</b>	<b>28</b>	<b>59,6</b>	<b>58</b>	<b>53,2</b>
<b>Total femmes</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>	<b>47</b>	<b>100,0</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>
<b>Motivation à la demande*</b> Réponses à choix multiples						
Physique : santé, soigner les douleurs	20	32,3	3	6,4	23	21,1
Symbolique : « recherche identitaire »	22	35,5	37	78,7	59	54,1
Sexuel : amélioration plaisir et rapports sexuels	42	67,7	15	31,9	57	52,3
Non disponible	1	1,6	0	0,0	1	0,9
<b>Accompagnement à la démarche</b>						
Familier	1	1,6	3	6,4	4	3,7
Conjoint	20	32,3	10	21,3	30	27,5
Ami-e	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Professionnel	4	6,5	0	0,0	4	3,7
Seule	35	56,5	33	70,2	68	62,4
Non disponible	2	3,2	1	2,1	3	2,8
<b>Total femmes</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>	<b>47</b>	<b>100,0</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>
Opérées	35	56,5	20	42,6	55	50,5
Non-opérées	27	43,5	27	57,4	54	49,5
<b>Total femmes</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>	<b>47</b>	<b>100,0</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>

Lorsque l'on compare les femmes migrantes avec les filles de migrants, une distinction dans la typologie de la demande apparaît. La demande « sexuelle » est plus fréquemment rencontrée dans les dossiers des migrantes (67,7% M contre 31,9% FM) alors que les filles de migrants justifient principalement leur demande comme étant une démarche symbolique et identitaire (78,7% FM contre 35,5% M). Selon les dossiers médicaux, qui gardent traces de ces discours, il faut soit comprendre que les discours tenus par les femmes de chacun de ces groupes diffèrent, soit que cette différenciation est effectuée par les spécialistes et leur interprétation. En cohérence avec le tableau 7.14 des Op/NO, la majorité des femmes, principalement les filles de migrants (70,2% contre 56,5%), est engagée dans un parcours solitaire ; une démarche individuelle en cohérence avec un projet personnel. Les femmes migrantes qui sont seules dans ce parcours, le sont moins par choix personnel que suite à l'appauvrissement de leur réseau social dû à la migration. Quant aux implications médicales appuyant une demande de réparation, elles sont aussi plus souvent invoquées par les femmes migrantes que par les filles de migrants (51,7% contre 46,7%).

<b>Tableau 7.16 Nombre de consultations selon que la femme a été opérée ou non</b>	<b>Femmes Opérées</b>	<b>%</b>	<b>% croissant</b>	<b>Femmes Non Opérées</b>	<b>%</b>	<b>% croissant</b>
<b>Total dossiers</b>	<b>55</b>	<b>100</b>		<b>54</b>	<b>100</b>	
<b>n° consultations</b>						
1	4	7,3	7,3	31	57,4	57,4
2	2	3,6	10,9	9	16,7	74,1
3	0	0,0	10,9	4	7,4	81,5
4	3	5,5	16,4	4	7,4	88,9
5	2	3,6	20,0	3	5,6	94,4
6	8	14,5	34,5	3	5,6	100,0
7	7	12,7	47,3	0	0,0	100,0
8	9	16,4	63,6	0	0,0	100,0
9	7	12,7	76,4	0	0,0	100,0
entre 10 et 14	10	18,2	94,5	0	0,0	100,0
entre 15 et 19	2	3,6	98,2	0	0,0	100,0
20 et plus	1	1,8	100,0	0	0,0	100,0

% croissant.

Parmi les femmes opérées, 7,3% n'ont eu qu'une seule consultation, 47,3% ont eu maximum 7 consultations et 76,4% en ont eu maximum 9.

La corrélation entre la longue durée d'un parcours de réparation et les conséquences positives de la chirurgie a également été observée. La plupart des femmes ont eu entre 6 et



10 consultations (pré-opératoires et post-opératoires), alors que les femmes non opérées ont suivi des parcours plutôt courts (tableau 7.16). Cette différence s'explique par le fait que ces dernières sont sorties du parcours avant son aboutissement. En effet, la moitié de ces femmes a abandonné le parcours après la première consultation (57,4%). Toutefois, il y en a certaines qui n'abandonne le parcours qu'au bout de la cinquième consultation, ce qui suggère l'existence des raisons différentes à l'abandon.

<b>Tableau 7.17 Durée du parcours des femmes opérées selon l'origine</b>	<b>Femmes Migrantes Opérées</b>	<b>%</b>	<b>Filles de migrants opérées</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Total femmes opérées</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>100</b>
<b>En n° de semaine</b>						
moins de 12	18	29,0	7	14,9	25	22,9
entre 13 et 19	8	12,9	3	6,4	11	10,1
entre 20 et 30	9	14,5	6	12,8	15	13,8
plus de 30	1	1,6	4	8,5	5	4,6

En revanche, si l'on compare le groupe des femmes opérées selon qu'elles soient migrantes ou filles de migrants (tableau 7.17), on s'aperçoit que les femmes migrantes opérées ont des parcours plus courts. Pour 29% des femmes migrantes, la chirurgie a eu lieu dans un délai inférieur à douze semaine, alors que cela est le cas seulement pour 14,9% des filles de migrants. La durée moyenne d'un parcours d'une femme migrante est de 13,2 semaines alors qu'il est de 21,2 semaines pour une fille de migrants. Des temps plus longs sont imposés aux filles de migrants.

Le tableau 7.18 montre que, une fois le parcours entamé et le dossier ouvert, une tendance à la hiérarchisation des consultations émerge : la gynécologue a la priorité (62,9% des femmes migrantes et 61,7% des filles de migrants), suivie de la sexologue (58,1% des femmes migrantes et 55,3% des filles de migrants) puis de la psychologue (40,3% femmes migrantes et 44,7% des filles de migrants).

**Tableau 7.18 Contenu des dossiers médicaux selon origine**

<b>Composition dossier</b>	<b>Femme migrante</b>	<b>%</b>	<b>Filles de migrants</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Total femmes</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>	<b>47</b>	<b>100,0</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>
Fiche d'ouverture (sage-femme)	58	93,5	47	100,0	105	96,3
Compte-rendu (P) psychologue	25	40,3	21	44,7	46	42,2

Compte-rendu (S) sexologue	36	58,1	26	55,3	62	56,9
Compte-rendu (G) gynécologue	39	62,9	29	61,7	68	62,4
Trois consultations (P,S,G)	23	37,1	19	40,4	42	38,5
Q1 (excision)	32	51,6	24	51,1	56	51,4
Q2 (troubles urinaires)	24	38,7	18	38,3	42	38,5
Q3 (sexologique)	19	30,6	13	27,7	32	29,4
Suivi post-opératoire	30	48,4	18	38,3	48	44,0

Des différences entre les deux groupes n'apparaissent pas, ce qui veut dire que le parcours devenu protocole est appliqué de manière égale sur toutes les patientes. Ce sont en revanche d'autres facteurs qui indiquent une différence de traitement entre deux types de patientes, notamment les discours que ces dernières portent sur leur projet de réparation et l'importance que l'équipe médicale accorde à la production de ce dernier.

### **Précarité et demande physiologique : les raisons des femmes socialisées en Afrique**

À la lumière des données décrivant les femmes selon leurs caractéristiques socio-démographiques, économiques, événementielles et médicales, les dossiers médicaux ont été croisés, en premier lieu selon une catégorisation médicale, puis selon une catégorisation sociologique. La première catégorisation porte sur la chirurgie en tant qu'élément de différenciation du parcours de réparation au sein de l'institution hospitalière, cette distinction s'opérant entre le groupe des « opérées » et le groupe des « non-opérées ». Les éléments significatifs de cette différenciation sont liés au niveau d'étude et à l'âge des femmes opérées, celles-ci étant tendanciellement plus âgées et moins scolarisées que les femmes non-opérées. Une nouvelle figure de patiente, qui n'était pas visible lors des réunions de staff, émerge. L'hypothèse est que le corps médical « attend » moins des femmes étrangères, qui peut-être se trouvent dans des situations plus précaires (niveau d'étude moins élevé, inactives, prises en charge par l'assistance sociale) que des filles de migrants, et ne discute pas autant leur demande. La prise en compte d'une sorte de « précarité » caractérisant les femmes migrantes ne relève donc pas d'une évaluation se basant sur la « maturité » qui est recherchée plus du côté des filles de migrants. L'équipe se montre plus indulgente et plus facilement prête à effectuer une chirurgie – dont les résultats pourraient néanmoins être incertains – sur ces femmes, que sur le groupe des « filles de migrants ». Il est en effet jugé préférable de tenter l'opération plutôt que

d'imposer un refus qui pourrait ne pas être compris, voire fragiliser une population déjà considérée comme vulnérable.

Confronter ces deux groupes nous a amenée à adopter un point de vue médical, puisque la chirurgie s'effectue à la suite d'une décision collective de la part de l'équipe soignante. Les divergences mises en lumière entre ces groupes indiquent qu'une typologie de patiente est implicitement recherchée ou privilégiée. L'aptitude des femmes à être retenues pour la chirurgie se décline sur la base de critères, faisant apparaître deux profils de patiente. La « femme migrante » : née à l'étranger et arrivée généralement tard en France, elle est le plus souvent en couple et cohabite avec le partenaire dont elle a un ou plusieurs enfants. Elle a un niveau d'instruction limité, puisqu'elle a généralement un niveau d'étude primaire, mais travaille, bien qu'exerçant souvent un emploi précaire. Ce type de profile de patiente se caractérise par la précarité, qui est l'élément recherché et suffisant pour faire décider l'équipe de limiter son intervention médicale à la chirurgie.

Le profile de la « fille de migrants » se caractérise différemment. Il s'agit de femmes souvent jeunes (71,6% entre 18 et 25 ans), majoritairement sans enfants (68,1%) et célibataires (25,5%) ou en couple mais non co-habitant (34%). La démarche de réparation s'inscrivant dans un projet individuel, elles sont souvent moins accompagnées (70,2% démarche solitaire) que les autres. La demande de ce type de patiente est principalement « symbolique et identitaire » (78,8% des cas). Les filles de migrants ont globalement un parcours plus long, bien qu'aboutissant moins souvent à l'opération. C'est au sein de ce groupe de filles de migrants que l'équipe recherche le plus souvent le profil de la « femme mûre », ce qui ne veut pas dire pour autant qu'il soit systématiquement « trouvé », comme nous allons le voir à travers l'analyse des « motivations de la demande ».

Ces éléments font émerger les deux profils de patiente, l'un se fondant sur une précarité matérielle qui est plus souvent exposée par les femmes migrantes, l'autre se fondant sur une maturité psychologique qui est cette dernière plus retrouvées chez les filles de migrants. Toutefois ces deux typologies de patientes font l'objet l'une d'une sélection et l'autre d'une exclusion. Au contraire, il émerge que deux formes de réparation différentes et adaptée à la patiente sont proposées par l'équipe, laquelle sélectionne la patiente sur la base de ces deux critères : la précarité et la maturité. Les femmes migrantes, dont la précarité est relevée, appartiennent à une population vulnérable, dans la mesure où elles sont fragilisées

par leur parcours et leurs conditions de vie. Auprès de cette population, l'équipe intervient sur la base d'une raison principalement humanitaire, dont les justifications de leur intervention se fondent sur l'évidence des preuves matérielles (souffrance, pauvreté matérielle, faiblesse sociale). Dans ce cas, la chirurgie se justifie effectivement par la seule excision, à ces femmes l'équipe demande moins souvent de faire un travail profond sur le plan psychologique et sexologique.

Les filles de migrants constituent plus souvent une autre typologie de patiente ; la figure de la « femme mûre » se retrouve essentiellement parmi ce groupe. Ces patientes, bien que moins opérées, ne sont pas exclues du processus réparateur, lequel plutôt qu'être nié et donner à voir à un abandon de la démarche, montre au contraire l'existence d'une réparation « alternative », élaborée par l'équipe sur la base de leur profil spécifique. En effet, les filles de migrants ont un parcours relativement long et cela autant dans le cas où elles sont opérées autant dans le cas où elles ne le sont pas, l'abandon survient tardivement. L'équipe produit alors une forme d'intervention alternative pour ce type de patiente, dont la « maturité » est recherchée. Nous avançons l'hypothèse qu'elle accorde plus facilement une « réparation chirurgicale » aux femmes migrantes – dont la demande de réparation est plus concrète, centrée sur le plaisir ou sur la nécessité d'un soin à cause de douleurs lors des rapports sexuels – alors qu'elle préfère offrir une « réparation symbolique », qui s'exerce « par la parole », aux filles de migrants, dont la demande est plus abstraite et issue d'une quête identitaire.

L'analyse des comptes rendus psychologiques et sexologiques à venir, va permettre de démontrer l'existence de représentations médicales de la sexualité et de sa réparation, mais également de préciser le profil de la « patiente mûre », en décelant les mécanismes à l'œuvre dans l'évaluation et l'établissement de cette maturité.

### **La « motivation » à la base d'une réparation symbolique**

L'analyse des demandes de réparation indique que les raisons invoquées par les femmes quant à l'origine de leur projet de réparation sont très importantes aux yeux des spécialistes, qui ont élaboré un savoir technique pour détecter leurs « motivations ». Ces dernières sont recherchées dans les comptes rendus psychologiques et sexologiques ainsi

que dans la fiche d'ouverture, dont les phrases sont souvent synthétisées en quelques mots. Les comptes rendus gynécologiques, ne comportant le plus souvent que des indications médicales, s'il y en a, ne sont pas pris en compte dans l'analyse.

Le temps écoulé entre la « découverte » de l'excision, qui apparaît comme l'événement déclencheur du sentiment de gêne ou de honte, et la décision d'entreprendre une démarche de réparation, est considéré par l'équipe comme un élément significatif. Ce temps, qui peut durer de quelques mois à plusieurs années, correspondrait à la période durant laquelle l'excision est reformulée en termes de handicap, et favoriserait la construction d'un *discours sur soi*. Le dispositif préparé par l'équipe doit permettre l'émergence de la figure du « patient éclairé » (Memmi, 2003 :170), dont la « conscience non troublée » (2003 :172) lui permet de fabriquer un discours sur sa réelle motivation à la réparation. Il met au centre la parole, qui est investie d'une double fonction : d'un côté elle constitue une preuve face à une « police des mots » (2003 :197) et d'un autre, elle exerce un rôle thérapeutique d'« orthopédie par les mots » (2003 :197). Il met également en lumière le processus du transfert de la demande médicale sur la recherche d'un profil psychologique (Tain, 2005), ce qui induit un déplacement du contrôle de l'hôpital et du corps médical, au-delà du domaine de la santé. Par ce dispositif, l'équipe recherche la présence du profil de la « femme mûre », dont la « quête identitaire » est, selon elle, la « vraie raison », la plus profonde, celle qui est liée à un véritable désir de « réparation ». De ce fait, les spécialistes attendent des femmes la construction d'un récit sous la forme d'une revendication. Les dossiers, qui indiquent les éléments relatifs aux raisons amenant ces femmes à entrer dans le circuit hospitalier, montrent que la question de la « motivation » de la demande est une des premières posée, et dont la réponse est notée dès l'ouverture du dossier. Sur la fiche introductive, les raisons invoquées pour une réparation font émerger d'emblée différentes typologies de demandes (symbolique et identitaire ; sexuelle ; santé et bien-être). L'analyse des expertises de type psychologique et sexologique présentes dans les dossiers, permet d'approfondir la classification et l'interprétation, faite par l'équipe, de ces demandes. Le total de 108 comptes-rendus d'experts, dont 61 produits par la sexologue et 47 par la psychologue, ne correspond pas à la totalité des dossiers, lesquels, comme précédemment mentionné, ne sont pas uniformes.

L'analyse des comptes rendus des consultations psychologiques et sexologiques

indique que des demandes de différents types peuvent coexister dans le récit d'une même patiente, mais révèle surtout l'interprétation faite de cette demande, par les spécialistes. Bien que la motivation de la patiente, indiquée sur la fiche d'ouverture, ne soit pas d'une importance majeure dans la décision finale du staff, cette indication classe néanmoins la femme dès sa première rencontre avec les professionnels qui l'accompagneront dans son éventuel parcours au sein de l'hôpital. Il est utile de souligner qu'à l'analyse des dossiers il est apparu que ceux-ci ne rendent pas totalement compte des toutes les motivations invoquées, puisqu'il y a celles qui sont formulées explicitement, et celles qui sont cachées. De plus, même parmi les premières, seules certaines retiennent l'attention et sont entendues par les spécialistes, qui en laissent une trace écrite : « la représentation produite de la pratique de ce dossier est construite, contrainte par des règles et des valeurs professionnelles. Toutes les actions entreprises ne sont pas enregistrées, celles qui le sont ne sont pas forcément présentées dans l'ordre de leur déroulement, les chaînes de causalité sont éventuellement remodelées pour donner à lire un processus de réflexion, rationnel et linéaire qui ne rend pas compte des hésitations, des retours en arrière, des changements d'hypothèses... » (Acker ; 2004 :353). En examinant la codification utilisée pour enregistrer les « motivations de la demande » des femmes excisées, nous recensons des expressions telles que « être une femme comme les autres », « être une femme normale », « ne plus se sentir différente » ou encore « être une femme à part entière ». Bien que leurs formulations soient variables, ces demandes sont toutes classifiées par le corps médical comme étant d'ordre « identitaire », « symbolique ». La motivation de la demande, classée selon l'une ou l'autre des catégories susmentionnées, est centrale dans l'évaluation du dossier ainsi que dans la décision d'opérer ou non. Bien que la chirurgie ne puisse formellement être refusée à une femme excisée, des prolongements de délais repoussant la date de l'intervention et rallongeant la durée du « parcours de réparation », peuvent être imposés, afin de lui accorder un nouveau temps de réflexion devant lui permettre d'affermir son choix et ainsi de poursuivre sa démarche de réparation.

### **Représentation médicale de la sexualité féminine : les critères de sélection de la femme « mûre »**

L'idée généralement admise selon laquelle « étant excisée, une femme n'a pas de

plaisir » frappe certaines qui, en dépit de leur excision, assurent pourtant en ressentir. La sexologue décrit des situations de femmes accusées par leurs partenaires de « faire semblant », de simuler « forcément » leur plaisir puisqu'elles « n'ont rien » et « ne peuvent sentir rien ». Les comptes-rendus relatant ces accusations sont nombreux, alors même que, selon la sexologue, cette expérience est particulièrement marquante et traumatisante pour ces femmes. Celles-ci se convainquent que sans un clitoris visiblement et concrètement réparé par la chirurgie, jamais elles ne pourront retrouver cette « normalité » recherchée. D'une part, les discours des médias, et d'autre part la vulgarisation d'un savoir médical – extrêmement banalisé et simplifié – sur les « dégâts dévastateurs » de l'excision sur la sexualité, influencent les femmes dans la perception qu'elles ont de leur propre excision. Ces dernières, même si elles ressentaient des sensations agréables avant la confrontation avec leur partenaire, se « coupent » dès lors de leur plaisir. Zuma est migrante, originaire de Guinée Conakry de l'ethnie Sousou. Elle est arrivée en France à 9 ans, juste avant son excision qui s'est déroulé à l'hôpital. Scolarisée en France, elle obtient un brevet de technicien supérieur (BTS) et travaille comme agent administratif. Mariée deux fois, elle s'est séparée du deuxième mari, un Français avec qui elle a eu une fille. Elle a 32 ans lorsqu'elle entreprend une demande de réparation « pour se retrouver » dit-elle. Elle a été opérée.

**Expertise sexologique<sup>214</sup>**

Tout allait bien pour elle sur le plan sexuel jusqu'au moment où il lui a « assené » brutalement qu'elle était excisée et donc ne pouvait que simuler le plaisir, à partir de là il y a eu dégradation du couple et finalement séparation.

[Migrante, opérée, 32 ans, séparée, aide social] RK110

La sexologue *évalue la vie sexuelle* de la patiente, les pratiques, la présence du plaisir, voire de l'orgasme. Certaines pratiques sont considérées comme « émancipées » : c'est le cas du cunnilingus et de la masturbation, lorsque pratiquée réciproquement par les deux partenaires. Ces pratiques sont toutefois considérées selon l'approche classique de la sexologie qui schématise le déroulement de l'acte sexuel en quatre phases (l'excitation, le plateau, l'orgasme et la résolution). La masturbation ainsi que le sexe oral sont considérés comme faisant partie du répertoire de la première phase, qui favorise l'excitation, et pour cette raison sont communément appelés « préliminaires ». Abebi est migrante, originaire du Nigeria. Arrivée en France à 22 ans, elle n'a pas été scolarisée et est à l'aide sociale.

---

<sup>214</sup> Souligné par le spécialiste dans le dossier.

Séparée de son mari, elle a un enfant à charge. Elle a 27 ans lorsqu'elle fait la demande qui se justifie par une insatisfaction sexuelle. Elle a été opérée.

**Expertise sexologique**

Sexualité affranchie, plaisir clair et franc. Bien au clair sur le fait que certains partenaires prennent prétexte de son excision pour « zapper » les préliminaires, dont elle a besoin (comme toutes les femmes !) pour avoir du plaisir.

[Migrante, opérée, 32 ans, séparée, aide social] Rk97

La sexualité englobe une idée de conjugalité. La pénétration ne constitue pas l'acte sexuel le plus important selon la sexologue, au contraire, les activités partagées avec le partenaire sont valorisées. Le dialogue, l'entente, les caresses sensuelles, les baisers, les rêveries, les préliminaires, constituent des signaux déterminants pour la sexologue afin de constater le « bon fonctionnement » du couple. La sexualité normale est donc une sexualité relationnelle. La sodomie est également interrogée par les questionnaires, tout en restant cependant une pratique peu déclarée et marginale. Loin d'être considérée par l'équipe comme une pratique d'émancipation, elle orientera plutôt celle-ci à examiner l'orifice vaginal, afin de détecter s'il y a concomitance entre pénétration et douleurs (dysménorrhée). Il apparaît donc que la sodomie est considérée comme une pratique alternative aux rapports sexuels « normaux ». Aucune question n'est posée sur les pratiques homosexuelles, celles-ci semblant être exclues d'emblée. La sexologue s'intéresse également à la nature des *relations conjugales* de la patiente, tant au niveau affectif que sexuel. Elle cherche à savoir si ces relations se fondent sur l'entente et sont nourries par le dialogue. Evidemment les *indications médicales* sont également considérées, notamment la présence des douleurs profondes, qui peuvent être l'indice de dysménorrhée ou d'endométriose.

En règle générale une *sexualité normale* coïncide avec une sexualité mature et engagée dans une relation. Elle se décrit par des rapports sexuels agréables aux deux partenaires. Des rapports sexuels auxquels participent les deux protagonistes, ou du moins, des rapports également entrepris sur l'initiative de la femme. De plus, le dialogue, et plus concrètement le fait d'exprimer ce que l'on veut, ce que l'on désire et ce que l'on aime, est aussi indicateur d'une sexualité « mature ». Enfin, il y a également l'idée que la sexualité à l'instar d'autres activités sociales se construit à travers un apprentissage, des techniques et des exercices : le plaisir ne vient pas tout seul. Au contraire il faut l'apprivoiser à travers la maîtrise et la connaissance de son propre corps et de son propre sexe, mais aussi de celui



du partenaire. Cela demande du temps et de l'investissement dans la construction d'une relation durable. Un couple « très harmonieux et communicant » constitue un « bon signe » pour la sexologue. Vis-à-vis des filles de migrants notamment, la sexologue propose un travail sur « les fantasmes et les rêveries érotiques » ou sur les sensations corporelles « non ciblées » et les sensations « agréables » à partir de caresses des seins ou de la zone autour clitoris. L'administration d'un tel travail corporel est censée aider les femmes à connaître leur corps, leur sexe « à le maîtriser et à s'en servir ». La sexologue peut également suggérer d'utiliser un imaginaire « soft » si la patiente est très jeune, ou d'autres types de supports porno pour les plus expérimentées. Leke est une femme migrante, venant de la Sierra Leone, appartenant à l'ethnie Peul. Elle est arrivée en France à l'âge de 8 et a 18 ans lorsqu'elle fait la demande de réparation. Etudiante au lycée, Leke est en couple avec un Français de 22 ans. Elle a été opérée.

#### **Expertise sexologique**

Ont tenté masturbation « appuyé » sur le moignon clitoridien « mais ça n'a rien fait »...Par contre a loué 1 film porno (seule) et l'a visionné : réaction « corporelles » qu'elle a franchement identifiées, mais mal à l'aise car « vulgaire » : pas très envie de recommencer ! Je lui suggère un imaginaire plus « soft » mais un peu difficile car très « jeune » = pas de vraies pulsions sexuelles, plutôt dans le « romantique » agréable que dans le sensuel...

[Migrants, opérée, 23 ans, couple, étudiante] RK 5

Selon la sexologue, une sexualité qui dysfonctionne se caractérise par la présence de douleurs rendant désagréables, voire impossibles, les rapports sexuels. De même, pour elle, la présence de violence ou le fait qu'une femme ne prenne jamais l'initiative, ni ne verbalise ses préférences en matière de sexualité, est également signe de dysfonctionnement. La sexologue désigne la « culture » comme la responsable d'une absence de masturbation ou d'autres « préliminaires ». La femme « imprégnée par sa culture et ses tabous sexuels » présente « de toute évidence un problème éducatif et culturel, qui engendre inhibition et refus de beaucoup de pratiques ». Une éducation « apparemment assez répressive sur ce plan » ethnicise le comportement sexuel des femmes excisées : « le plaisir est un sujet tabou dans son milieu d'origine ». Dans les dossiers, la sexologue reporte certaines phrases entre guillemets, rapportant les termes précis employés par les femmes. Celles-ci semblent elles-mêmes ethniciser la sexualité, comme il est noté dans le dossier de Meliane, 39 ans, migrante de la Côte d'Ivoire : « *la façon de faire l'amour des français est différente de celle des africains, les préliminaires sont « très longs » avec les français... »*.

Pour les deux spécialistes, la psychologue et la sexologue, il est également important de savoir *ce que le partenaire pense de la chirurgie*, si la démarche est menée par le couple ou en solitaire, si le partenaire l'accompagne ou si il s'y oppose. Cette information est importante pour elles car leur permet d'évaluer le contexte dans lequel la patiente peut construire une image sur soi, laquelle se construit pour la sexologue sur la base de l'image renvoyée par le partenaire. Au contraire, une demande de réparation « venant du partenaire » n'est pas valorisée ni par la sexologue que par la psychologue. Par exemple, lorsqu'une femme déclare désirer effacer la cicatrice de son excision ou lorsqu'une patiente veut savoir si son « homme s'en apercevra » après l'opération, ces deux cas figures constituent pour la sexologue une demande problématique. N'Deye (voir profil en Annexe 8B) est née en France des parents sénégalais de l'ethnie Peul et Diakéré. Entièrement scolarisée en France, elle poursuit ses études pour obtenir une licence en droit. Elle a 21 ans et habite avec sa mère, son père est décédé. Elle n'a jamais eu des rapports sexuels, invoque la religion musulmane et l'importance de la virginité pour le mariage. Sa demande de réparation se fonde sur le fait qu'elle veut être comme les autres et « afin qu'on me rend ce qui m'appartient de droit » dit-elle. Elle n'a pas encore été opérée.

#### **Expertise sexologique**

Je recentre son désir personnel d'être rendue à une identité de « femme complète », mais reste tentée de vouloir « effacer » purement et simplement le « fait » mutilation = j'ai essayé de recadrer sur le « fait réel » = elle reste une femme excisée et opérée pour accéder à une sexualité de femme pleine et entière...

[Fille de migrants, non opérée, 23 ans, célibataire, étudiante] RK 34

Le sentiment de « haine », tel que noté dans les dossiers, lorsqu'il est exprimé par les femmes, s'élève avant tout contre la mère et la grand-mère, puis contre les tantes, et seulement parfois contre les hommes africains. Selon la sexologue, incompréhension et colère sont des sentiments émancipateurs, à condition qu'ils s'insèrent dans un projet réparateur. Les qualités qui désignent ces « battantes » sont notamment la volonté, la résistance et la rébellion. Elles sont des femmes qui possèdent les ressources nécessaires pour changer la trajectoire générationnelle des femmes de leur famille. La violence subie devient déclencheur du désir de changement, lorsqu'elles savent imposer des limites et ainsi montrer leur adhésion à l'équipe quant au seuil de tolérance envers une situation jugée socialement « insupportable ». De ce fait, les femmes sont confrontées à une présélection, opérée avant même le premier contact avec l'hôpital, que seules les plus

motivées et solides d'entre elles semblent être en mesure de franchir pour faire avancer leur projet de reconstruction. Rougi a 23 ans et est née à Paris de parents sénégalais de l'ethnie Toucouleurs. Elle est en couple avec un Français et n'a pas d'enfants. Elle a un Bac+3 et travaille comme agent d'assurance. Elle a été opérée, sa demande met notamment en avant la réparation à la « haine » qu'elle porte envers sa culture d'origine. Similaire est la demande formulée par Rokhaya, née à Paris, elle aussi de parents sénégalais de l'ethnie Soninké. Elle a 30, célibataire et sans enfant, après avoir obtenu un brevet d'études professionnelles (BEP) a pris un poste à responsabilité dans un centre de loisir parisien.

#### **Expertise sexologique**

Jeune femme intelligente et claire. Elle = « j'ai la haine » contre mes tantes, contre ma grand-mère, contre les hommes africains. N'a jamais voulu revenir au Sénégal depuis qu'elle a 13 ans. Motivation à la chirurgie : « être complète », être réparée de ce qu'on lui a enlevé, et « tourner la page » : « ça pourrait m'aider à pardonner, à revenir au Sénégal voir ma grand-mère...je ne peux pas vivre avec cette haine ». [Fille de migrants, opérée, 23 ans, couple, agent d'assurance] RK 76

#### **Expertise sexologique**

Grande colère contre son père (avait du pouvoir dans sa communauté au contraire de sa mère, elle n'était pas là pour la protéger). Colère contre statut de femmes. Très tôt en opposition : partie tôt vivre seule. Demande fortement identitaire (« être une femme complète », « décider de sa vie »). Forte personnalité, très mature, très lucide, élaboration très riche sur le plan verbal. [Fille de migrants, opérée, 30 ans, célibataire, responsable centre de loisir] RK 101

Jusqu'ici les critères d'évaluation utilisés par la sexologue ont été mis en évidence. Pour cette spécialiste, il est fondamental de relever les « blocages » sexuels, qui pour elles sont de nature « culturelle », souvent liées à une « *culture de l'excision* ». Ces valeurs culturelles sont transmises par une éducation trop répressive, notamment en matière sexuelle, voire à travers une carrière de la patiente marquée par la violence psychologique et sexuelle dans son contexte familial et conjugal. Une femme exprimant de manière « franche » son plaisir ou son désir constitue pour la sexologue une patiente qui a des ressources et son discours est jugé mûr. L'importance de se « détacher » de sa culture d'origine est mise en valeur, une intégration au modèle occidental de la sexualité est donc appréciée.

### **L'impact de la socialisation sur la production d'un récit psychologique**

Le mode d'évaluation de la patiente et de reconnaissance de sa capacité à recevoir une reconstruction chirurgicale du clitoris démontre que les stratégies médicales visent la promotion et la validation d'un modèle de sexualité pour lequel « la chirurgie fonctionne ». Le parcours de réparation revêt un double enjeu pour les femmes, puisque d'une part on leur suggère que la sexualité se construit (tout comme leur clitoris), et que d'autre part on leur indique le chemin à suivre pour cette construction. Le parcours de réparation devient alors le processus d'assimilation d'une norme médicale, indiquant aux femmes le processus de leur épanouissement dans une « sexualité normale ».

Lorsque la réparation clitoridienne fait l'objet d'une demande « symbolique », le besoin est exprimé en termes de recherche d'une « intégrité ». Les expressions rapportant les demandes des patientes sont du type : « retrouver ce qu'on m'a enlevé », « qu'on me rende ce qui m'appartient de droit, ce que j'avais dès l'origine », « être une femme comme les autres », « avoir un corps intègre », « retrouver mon clitoris », « être une femme normale » et « être une femme à part entière ». Ce type de demande est principalement exprimé par les filles de migrants (78,7% cf. tableau 7.15). Les demandes peuvent être formulées dans d'autres termes, ce qui constitue d'autres types de demande que la demande symbolique, des demandes notamment axées sous l'angle de la santé, de la sexualité et des relations affectives. Dans les dossiers, les spécialistes notent – particulièrement sur la fiche d'ouverture – que les femmes disent vouloir « se sentir mieux dans leur corps » ou « ne plus avoir mal » lors des rapports sexuels. Ce type de demande s'accompagne souvent d'une requête d'ordre sexuel, qui met en exergue la recherche du plaisir. Sur la fiche d'ouverture on lit notamment que la femme veut « connaître de nouvelles sensations », « découvrir ce que je ne connais pas », « sentir plus » et « avoir plus de plaisir ». Un nombre important de femmes – ou du moins par rapport à ce que les spécialistes écrivent – relie la demande sexuelle (la recherche du plaisir) au désir d'améliorer la relation au sein du couple. En effet, avec les demandes d'ordre sexuel on retrouve souvent des raisons concernant l'importance du couple, dans lesquelles la femme justifie sa démarche de réparation « pour améliorer les relations sexuelles avec mon partenaire », « pour faire plaisir à mon mari », « résoudre un conflit de couple ».

Le profil de la « femme mûre » correspond à la patiente considérée comme « mature » par l'équipe et donc « prête » à faire l'opération. Au sein de ce concept de « maturité », un

« profil psychologique » précis de patiente est recherché par l'équipe. Un profil reflétant la recherche d'une « proximité des façons d'être au monde, à un partage de système de valeurs ou encore à l'appartenance à une même communauté » (Tain, 2005 :15). Comme dans le cas de la fécondation in vitro, les femmes excisées souhaitant une reconstruction de leur clitoris ne demandent pas à être ni assistées ni soignées. De même que les « usagers bénéficiaires des nouvelles techniques de reproduction » (Tain, 2005 :23), il est attendu des femmes excisées et demandant une chirurgie réparatrice, qu'elles partagent « les croyances et le modèle » de sexualité de l'équipe médicale.

Il y a similarité entre le travail sexologique et psychologique lorsque ces deux professionnelles enquêtent sur l'histoire familiale de la patiente et essaient d'en dégager les éléments constitutifs de ses relations à l'intérieur de son contexte d'origine. Alors que la sexologue se focalise sur la manière dont la femme s'émancipe de son contexte d'origine, la psychologue s'arrête plutôt sur les aspects douloureux de ces expériences, (re)formulées en terme de traumatisme. Les situations de rupture familiale représentent pour la sexologue un signe d'émancipation et d'indépendance, notamment lorsqu'elles sont accompagnées d'une autonomie économique. La psychologue attend une formulation de la demande notamment en terme de « réparation à une expérience traumatique », le traumatisme constituant la « preuve » de la demande. De plus, elle s'assure de l'absence d'une « conduite d'évitement », qui dans le jargon médical indique la présence de stratégies permettant d'esquiver les situations susceptibles de déclencher des crises d'angoisse, dans le cas présent, les stratégies de banalisation et de ridiculisation des effets de l'excision.

Les sentiments de rage, de colère ou d'incompréhension surgissent au moment de la « découverte de l'excision ». Ils se construisent sur la base d'un sentiment de trahison ressenti envers leurs familles. La psychologue prête une attention particulière à l'état de « choc émotionnel » lié à la « découverte » de l'excision. Elle s'attarde également sur la présence d'un sentiment d'anxiété, mentionné par certaines femmes, à l'idée de montrer leur corps, ainsi qu'à leur « impression d'anormalité ». Les sensations d'aliénation, de « différence » ou « d'étrangeté » par rapport « aux autres », sont accompagnées de la honte et de l'inhibition, remettant en question leur « identité » de femme. La sexologue prête également attention à l'image que les femmes ont d'elles-mêmes, de leur corps et de leur sexe. Selon cette dernière, l'image de soi – et l'image renvoyée par le partenaire – joue un rôle déterminant dans leur satisfaction sexuelle.

Selon les spécialistes, ces sentiments de colère et sensations d'étrangeté surgissent principalement lors de la rencontre avec un partenaire sexuel, mais également lors de confrontations avec des professionnels – notamment de gynécologues – ou de partage avec des amies. La sexologue préconise les discussions sur le sujet de l'excision au sein du couple, l'acceptation de celle-ci permettant d'« aller au-delà » et d'avancer. En effet, la professionnelle constate la présence de différentes conséquences pour le couple, suite à la « découverte » de l'excision. Il y a notamment certaines femmes qui ne se laissent dès lors plus toucher ni regarder, craignant que leur partenaire ne « remarque » l'excision, et d'autres qui feignent le plaisir pour cacher leur excision et leur absence même de plaisir. C'est le cas de Dior, 19 ans née à Paris, originaire du Mali de l'ethnie Soninké. Elle est en couple avec un Martiniquais avec qui elle a honte de parler de son excision, laquelle est donc cachée. Etudiante en terminale, pour elle la chirurgie représente le moyen pour « être comme les autres ». Elle a été opérée après un long parcours de consultations.

#### **Expertise psychologique**

La découverte de son excision est simultanée avec les reportages télévisés : choc. Arrêt total des rapports sexuels pour plusieurs raisons : honte de son corps, sensation d'avoir soudain basculé dans l'anormalité peur des questions auxquelles elle resterait sans réponse de fait de son absence total de souvenirs, peur du jugement de ses parents par son copain. Conduite d'évitement envers relations sexuelles MAIS pas envers son corps : s'est mise à regarder son sexe pour la 1ère fois « il n'y a rien, c'est tout vide ». [Fille de migrants, opérée, 19 ans, couple, étudiante] RK 99

Des injonctions morales sur les comportements légitimes en matière de sexualité sont ici dévoilées. Les professionnels de la santé féminine négocient avec des traditions anciennes ou des croyances ancestrales, envers lesquelles ils ne font preuve d'aucune tolérance. Il peut leur arriver d'accuser les femmes qui banalisent les effets de l'excision, d'être « imbibées de la culture de l'excision » et « coincées par des blocages culturels ». L'équipe attend des femmes socialisée en France qu'elles pensent et agissent comme des Françaises : l'excision est une intolérable violence envers la femme, d'autant plus qu'elle vise le sexe et donc l'identité sexuelle même de la femme. Vue sous cet angle, elle ne peut donc être comprise que comme une forme de domination masculine et de soumission des femmes, dans le but spécifique d'enlever tout plaisir à ces dernières. La raison des demandes de chirurgie étant centrale, il peut arriver que les revendications formulées par les filles de migrants soient jugées « floues », « peu claires » voire « paradoxales », si elle ne paraissent pas suffisamment étayées aux yeux de l'équipe. Dans ces cas, l'équipe peut

refuser l'opération ou proposer un « temps de réflexion » supplémentaire, afin de permettre à la femme de « mûrir » sa demande. C'est le cas de Kadi (voir profil, entretien approfondi, Annexe 8A), 25 ans, migrante, originaire de la Côte d'Ivoire de l'ethnie Djoula. Arrivée en France à 21 ans, elle n'est pas régulière et attend ses papiers. Entièrement socialisée en Afrique, elle n'a pas été scolarisée, sans revenus, elle est prise en charge par les services sociaux. Pour elle, la chirurgie a été refusée.

#### **Expertise psychologique**

Contact particulier avec la patiente qui semble fermée en premier abord. Difficulté à élaborer les raisons de sa démarche, ses attentes par rapport à la réparation. C'est davantage la problématique sexuelle qui est mise en avant par la patiente, son insatisfaction jusqu'à aujourd'hui, son désir « d'aller jusqu'au bout », d'accéder elle aussi au plaisir. La relation avec son compagnon est peu investie par la patiente qui le décrit comme un homme rigide, « pas moderne », ancré dans les traditions et qui s'oppose à sa démarche de réparation car il trouve « naturel » qu'elle soit excisée. La patiente se dit détachée de l'emprise des traditions mais son discours traduit une intégration des croyances justifiant l'excision (si j'ai un clitoris j'irai peut-être voir ailleurs, le fait d'être excisée me permet de contrôler ma sexualité...). Demande ambivalente. Laisser du temps. [Migrante, non opérée, 25 ans, couple, aide sociale] RK 14

Dans les comptes-rendus sur les « filles de migrants », les sentiments d'injustice, d'agacement ou de honte envers soi-même, envers la famille ou la « culture d'origine » sont plus souvent exprimés, ou du moins enregistrés. Selon le corps soignant, ce type de sentiments constitue la motivation de base des demandes symboliques.

#### **« Maturité » : une preuve d'intégration sexologique et psychologique**

Toute demande de réparation doit être motivée. La raison médicale seule n'est pas suffisante. Par ce « déplacement du terrain de l'expertise du biomédical au psychologique » (Tain, 2005 :26), le médecin (gynécologue chirurgien) concède une partie de son pouvoir classique à d'autres professionnel-les (sexologue et psychologue) et s'en remet leurs décisions. C'est sur la base du savoir psychologique et sexologique, que se construit le profil de la « femme mûre », évalué et dessiné en étroite relation avec la « motivation » à la démarche. Les demandes « floues » sont rejetées, elles risquent d'invalider l'efficacité thérapeutique du traitement (reconstruction clitoridienne). La sexologue et la psychologue s'accordent pour dire que certaines demandes sont « paradoxales ». Aïcha (voir profil

entretien approfondi, Annexe 8A) est migrante, originaire de Nigéria de l'ethnie Ijaw. Elle est arrivée en France à l'âge de 20 ans, où elle a poursuivi ses études. Sociologue de formation, avec un Bac +5, elle travaille comme enseignante. Elle a été excisée lorsqu'elle était bébé et ne garde donc aucun souvenir de ce moment-là. Elle n'a pas d'enfants et est en couple, mais ne cohabite pas avec son partenaire, qui est par ailleurs marié. Elle a 44 ans lorsqu'elle fait la demande de la chirurgie qui est pour elle un moyen de « découvrir ce que c'est d'avoir un clitoris ». Elle fait donc le parcours de réparation entier au sein du Service A (toutes les consultations), mais l'opération lui est refusée, car un « temps de réflexion supplémentaire » est demandé.

#### **Expertise sexologique**

Elle est assez peu traumatisée par son statut d'excisée (dont l'anormalité n'est apparue qu'à cause de la migration en France), mais en même temps assez libre par rapport à sa culture d'origine quant aux relations avec les hommes. Elle est très libre sexuellement, a une sexualité très « active », mais a des relations avec les hommes visiblement très peu satisfaisantes et sur un schéma culturel assez « soumis » (partenaire marié – se voient peu – semble peu se soucier de son plaisir à elle – aucun dialogue sur excision et démarche de réparation...)

#### **Expertise psychologique**

Patiente décidée à faire la chirurgie réparatrice mais motivations relativement paradoxales : d'un côté elle veut découvrir ce que c'est que d'avoir un clitoris, mais de l'autre, elle me dit n'avoir été que « très peu » excisée (minimise ++ mutilation); elle veut être une femme comme les autres MAIS n'a jamais été gênée ni ébranlée depuis la découverte de son excision. Elle est choquée par les reportages sur l'excision MAIS ne s'identifie pas de tout aux aspects mutilatoire et de violence faite aux femmes. Pour elle, au Nigeria, l'excision est une pratique quasi symbolique tant le geste est réduit à la coupure la plus minime « pour faire plaisir aux grands-parents ».

[Migrante, non opérée, 44 ans, couple, enseignante]

La psychologue peut considérer qu'une demande n'est pas suffisamment claire et qu'elle nécessite un « temps supplémentaire » un « recadrage » afin de laisser « le bénéfice du temps entre les consultations, mûrir la demande ». Certaines motivations sont privilégiées par la psychologue, notamment celles qui se fondent sur la revendication d'un plaisir pour soi ou celles qui tissent un lien entre chirurgie et reconstruction d'une identité complète et entière. De son côté également, la sexologue considère « mûre » une femme qui demande à être « complète ; réparée de ce qu'on lui a enlevé ; comme les autres » et qui veut « tourner la page ». Ces demandes constituent, pour la sexologue, la preuve d'un grand désir d'épanouissement personnel et de « normalisation ». Celle-ci considère comme



excellent le profil présenté ci-dessous, sur lequel aucun doute, quant à la solidité du projet de réparation de cette femme, ne peut être émis. Yacine, 22 ans, est née en France de parents maliens. Elle a été excisée à l'âge de 6 ans en France mais dit ne garder aucun souvenir de ce moment-là. Elle a souffert d'un problème d'éuresie très marqué depuis l'enfance jusqu'à l'âge de 15 ans. Elle est célibataire, sans enfants et poursuit ses études à l'université en lettres modernes appliquées. Elle n'a pas été opérée.

#### **Expertise sexologique**

Charmante mais assez « inhibée » : jamais eu de relations amoureuses, car image d'elle-même assez négative (ne voit pas comment un garçon pourrait s'intéresser à elle). A essayé de caresser son sexe mais s'est vite arrêté car sentiment de honte/gêne. Apparemment éducation assez « répressive » sur ce plan. Grand désir d'épanouissement personnel et de « normalisation » (« pas de copain à 22 ans c'est grave... ») mais capable de comprendre que c'est avant tout pour elle-même qu'elle doit « travailler » sur le long terme. [Fille de migrants, non opérée, 22 ans, célibataire, étudiante] RK 28

La psychologue également détecte et définit les *types de motivations de la demande*. Une réparation « symbolique » se caractérise par l'expression du désir de se sentir normale: la reconstruction chirurgicale s'inscrit dans un parcours global de réparation, de réappropriation de la vie de la patiente. La reconstruction clitoridienne devient également le moyen de renforcer l'estime de soi et d'éviter le risque « d'être rejetée par les hommes » : requalifier son corps de femme permet de regagner la confiance en soi. Les cas de Mayeni et de Bineta, les deux migrantes originaires, la première de Côte d'Ivoire de l'ethnie Guère, la deuxième du Burkina Faso de l'ethnie Mossi. Si Mayeni est arrivée en France lorsqu'elle était jeune, à 12 ans, Bineta de son côté y est arrivée à l'âge de 18 ans. Les deux ont un âge élevé lorsqu'elles formulent la demande de réparation, 38 ans Mayeni et 46 ans Bineta. Leur profils sont similaires également sur le plan conjugal et familial. Bineta, après un mariage arrangé, a divorcé et s'est mise en couple avec un Antillais, elle a 5 enfants du partenaire précédent. Elle a un niveau d'étude primaire et travaille comme surveillante dans un magasin. Mayeni a été mariée à 15 ans avec un homme plus âgé de 20 ans, avec qui elle a eu 4 enfants. Elle définit son mariage arrangé comme heureux et travaille comme aide soignante. Finalement, bien qu'ayant un niveau d'étude peu élevé et un parcours plutôt traditionnel dans leurs choix conjugaux, elles ont intégré un nouveau discours sur la sexualité, qui est par ailleurs apprécié par les expertes.

### **Expertise psychologique**

La patiente exprime une demande clairement réfléchi de réparation, axée davantage sur le plan symbolique que physique. Désire se sentir comme les autres, pas d'attente excessive au niveau des sensations physiques mais évoque l'importance de l'aspect esthétique pour elle = dans ses dernières relations amoureuses source de gêne et de honte (rejet plus ou moins exprimé de son partenaire) ⇒ demande claire, mûrie. Avis favorable.

[Migrante, opérée, 38 ans, mariée, aide soignante] RK 96

### **Expertise psychologique**

Patiente ayant mûri sa demande de réparation de clitoris depuis environ 5 ans, s'est beaucoup renseignée, désir de réparation à la fois symbolique (être comme les autres, pallier à l'impression qu'en tant que femme, quelque chose lui manque) et physique (pas de plaisir pendant les rapports). Explique que, sortie du contexte culturel, l'excision n'a plus de sens et qu'elle-même n'a jamais voulu faire exciser ses filles. Avis favorable. [Migrante, opérée, 46 ans, couple, surveillante]

Toutes ces caractéristiques tendent à prouver la « maturité » de la patiente. La « femme mûre » a une expérience sexuelle relativement longue ou riche, et formule clairement sa quête « identitaire ». À l'opposé, lorsqu'une femme ne formule pas clairement sa demande ou n'est pas jugée à même d'élaborer une verbalisation suffisante, sa demande est considérée « immature ». Le temps apparaît central dans ce processus de « maturation ». La demande est « très mature » lorsque « le désir de réparation est ancien et solide », lorsque la patiente est « très au clair » et démontre avoir effectué préalablement une « très grande élaboration à la fois personnelle, sexuelle et culturelle ». La psychologue reconnaît également une demande claire et réfléchi, dont les attentes sont centrées sur la dimension symbolique de la réparation. Au final, une demande « avant tout identitaire et symbolique » accompagnée d'une volonté solide et d'un profil psychologique ne dégageant pas de fragilité en lien avec un vécu ou des antécédents médicaux, recevra un avis favorable à l'opération. La psychologue et la sexologue s'attendent à ce que la femme ait conscience du traumatisme subi et le reconnaisse, et qu'elle ait également pris la distance suffisante lui permettant de formuler sa demande de réparation. En rassemblant toutes les qualités qui font l'objet d'une appréciation dans les expertises psychologiques et sexologiques, le profil de la patiente type est : intelligente, claire, éduquée, avec une forte personnalité, très mature, très lucide, solide et dont l'élaboration est très riche sur le plan verbal. Cette patiente est la « femme mûre ».

Une « femme très mature et qui a effectivement beaucoup réfléchi » constitue le support indispensable à l'efficacité de la chirurgie. Les membres de l'équipe sont d'accord pour dire qu'il faut « remettre la femme dans le réel » et « reposer la réalité de ce qu'on va faire chirurgicalement ». L'idée de « faire la surprise » ou l'idée d'un changement

« magique » - souvent présente dans les médias - est combattue par l'équipe soignante. Il y a donc un type de discours qui est recherché, plus qu'un type de patiente. Dans l'analyse, nous avons essayé de tester l'hypothèse que le type de discours « mûr » recherché par l'équipe se trouve plus dans une catégorie que dans une autre. En effet, plus que le lieu de naissance, il émerge que c'est le niveau d'intégration des femmes migrantes de première et deuxième génération, qui est testé par l'équipe soignante. Or, si les femmes migrantes sont plus opérées, et même lorsqu'elles les signes d'une *précarité* (scolaire, économique, sociale) sont relevés et suscitent de la compassion, un autre critère est mobilisé dans l'évaluation, notamment la *maturité*. Au final, une différence dans les parcours, les ressources et les discours ont été mis en évidence. La tendance de l'équipe est d'avoir une attente supplémentaire en matière d'élaboration et de production discursive, ce qui est une preuve de socialisation française. La sexologie et la psychologie servent à tester le degré d'intégration.

### **Des formes de réparation adaptées aux profils de patientes**

Au cours de cette deuxième partie les « motivations de la demande » ainsi que l'élaboration du dispositif psycho-sexologique pour évaluer les demandes des femmes, ont été traitées. Des discours différents prennent forme, notamment en lien avec l'expérience migratoire. Toutefois la différence ne consiste pas vraiment à séparer les femmes de première de celle de deuxième génération, c'est leur degré d'intégration qui influence la manière de présenter et justifier leur besoin de réparation. La socialisation en France, avec ses débats et préoccupations politiques contemporains tels que les revendications au droit à la santé (Fassin, 1996), à la sexualité (Gayle, 1998 ; Fassin, 2006), au bien-être et à l'élargissement de la définition légale du handicap, semblent influencer le discours des femmes de deuxième génération, qui s'expriment en termes de « droits ». À travers la déclaration : « je veux récupérer ce qui m'a été enlevé », formule récurrente dans les dossiers des filles de migrants, la demande de réparation acquiert une dimension juridique, s'inscrivant dans le droit à l'intégrité du corps et au respect de l'inviolabilité de son statut. Les femmes migrantes quant elles centrent leur demande sur un besoin souvent plus matériel et la justifient plus fréquemment par une douleur physique ressentie. Pourtant certaines femmes de première génération vivant en France depuis longtemps ou y ayant été

entièrement socialisée car arrivée dans la petite enfance, mobilisent des arguments similaires dans leur demande de réparation. Ces arguments sont du moins recherchés par la psychologue et la sexologue lors des consultations.

Les médias rendent accessibles les discours des politiques publiques et favorisent leur réappropriation par les femmes elles-mêmes. Dans ce sens, la réparation est devenue envisageable, pensable, grâce à la perspective d'une « deuxième chance », qui a vu le jour dans l'espace public français, par le biais des discours annonçant le « début d'une nouvelle vie » et témoignant de la possibilité d'une « féminité restaurée ». Internet occupe une place particulière, spécialement grâce aux blogs consacrés spécifiquement à ce sujet, permettant la mise en commun et le partage des expériences. La multiplication des espaces de circulation de savoirs, leur usage et leur dimension politique seront présentés dans la troisième partie. Les registres du crime puis du handicap, pour désigner l'expérience de l'excision, sont utilisés par les femmes, celles-ci pouvant aujourd'hui emprunter aux arènes publiques, les discours préalablement construits. De manière semblable au dispositif d'« administration des corps » décrit par Memmi et Fassin (2004), les filles de migrants se réapproprient des discours dominants. Elles utilisent ces discours pour renégocier les rapports de genre à l'intérieur de leur groupe : l'excision, associée à une sexualité dont le plaisir est diminué, voire interdit, face à la chirurgie en tant que « parcours de réparation » leur permet de revendiquer une nouvelle place dans leur couple comme dans leur sexualité (Iman, Mama, Sow, 2004). Si d'une part elles sont soumises au contrôle de l'hôpital, de l'autre elles sont également des *sujets performants*, capables de produire et performer un *discours sur soi*, c'est-à-dire, ce que Muriel Darmon appelle des « autobiographies d'institution » (2008 : 55). Pourtant, afin d'obtenir la reconnaissance de leurs droits et ainsi à la chirurgie reconstructive du clitoris, les femmes nées en France – dont le profil de la maturité est recherchée – doivent se soumettre à la logique du parcours de réparation symbolique, au cours desquels elles doivent se montrer capables de dialoguer avec une équipe soignante. L'importance que revêt la communication dans l'interaction entre soignant et patient, peut déboucher sur des formes de traitements inégalitaires (Ong et alii, 1995 ; Morgan et alii, 1985 ; Burhis et alii, 1989 ; Haldlow et Pitts, 1991), notamment lorsque le fait que le patient n'en maîtrise pas les codes, peut induire l'exclusion de droit ou d'accès à des prestations (Fassin, 2001). Les femmes migrantes sont moins soumises aux injonctions de la performativité discursive, et cela précisément par le fait qu'elles ne sont

pas socialisées à la production d'un récit sur soi, et que parfois elles n'ont pas les moyens linguistiques qui leur permet d'élaborer un tel récit.

Serait-ce ici une manière de restreindre certains droits sociaux et à la santé, de la même manière que certains bénéfices restent de l'ordre des privilèges et que, comme tels, ils nécessitent la possession d'une série de compétences, de qualités et une appartenance sociale ? L'analyse des caractéristiques des femmes opérées révèle une sélection basée sur deux critères élaborés par l'équipe. D'un côté il y a la *précarité*, plus souvent repérée auprès d'une population migrante : une portion importante des femmes sont peu, voire non scolarisées et ont des parcours de vie relativement « lourds ». La demande formulée par cette portion des patientes est concrète, se fonde sur des indications médicales, se justifie par les patientes par la mise en avant de la souffrance et des douleurs éprouvées. Dans ce sens une compassion, propre d'une raison humanitaire, est mise en œuvre dans l'acceptation de les réparer chirurgicalement. De l'autre il y a une maturité, cette dernière est recherchée plus souvent auprès des filles de migrants. Cette *maturité* est pourtant testée aussi auprès des migrantes, notamment lorsqu'il s'agit de femmes ayant été entièrement socialisées en France car arrivées très jeunes. Ce second type de critère demande une évaluation de la patiente plus complexe car il vise à tester sa capacité à construire un récit mûr. Ce n'est pas la compassion qui domine dans cette évaluation, mais au contraire la capacité à montrer que l'on *mérite* une égalité avec les femmes françaises, le plaisir sexuel étant comme un droit qui serait accordé.

Les différents types d'intervention indiquent que les deux profils de patiente – *précaire* et *mûre* - influencent l'attitude du corps médical dont le savoir technique est calqué sur les représentations sociales de la culture et de la sexualité, le premier profil étant repéré plus souvent chez les migrantes et le deuxième chez les filles de migrants. Le pouvoir chirurgical qui rendrait la réparation efficace ne s'adresse qu'à une partie des patientes. Les autres, qui ne sont néanmoins pas exclues, sont intégrées dans un parcours de « réparation symbolique », agissant principalement par le remplacement ou la transmission de normes sexuelles. Dans cette deuxième forme de réparation, la chirurgie est incluse, mais devient secondaire, donc symbolique, d'une réparation qui se fait par la parole. Il ne s'agit pas d'une discrimination en tant que telle, mais plutôt d'une connaissance réaliste des différents savoirs et pouvoirs à disposition, ainsi que de leur application sur

chaque femme entrant dans l'institution.

Le chapitre suivant propose de faire émerger les arguments avancés par les femmes, grâce à l'analyse des entretiens approfondis. Les stratégies développées par les femmes, pour s'adapter et donner sens à leur chemin de réparation clitoridienne et de reconstruction de leur sexualité, sont donc analysées.

## Annexe7A Les questionnaires

### QUESTIONNAIRE SUR LES CIRCONSTANCES DE L'EXCISION

1 – Age :

- Bébé
- Enfance (*préciser l'âge :* .....
- Adolescence
- Age adulte

2 – Lieu :

- Pays d'origine avant arrivée en France
- Pays d'origine à l'occasion de vacances
- France
- Ne sait pas (pas de souvenirs personnels – pas d'information par l'entourage)

3 – Contexte :

- En groupe
- Avec fête
- Avec explications
- En vue mariage
- Ne sait pas (pas de souvenirs – pas d'information)

#### A – Pour celles qui n'ont pas de souvenir de l'excision :

1 – Quand ont-elles appris qu'elles avaient été excisées :

- Elles le savent depuis l'enfance
- A l'adolescence
- A l'âge adulte

2 – Comment l'ont-elles appris ? (*plusieurs réponses possibles*)

- Par la mère
- Par la grand-mère, une tante, une autre femme de la famille
- Par un partenaire sexuel
- Par des copines elles-mêmes excisées
- Par la télé, la presse... (émission ou article sur l'excision)
- Lors d'un examen médical
- Autre (*préciser*) : .....

3 – Avec qui en ont-elles parlé par la suite ? (*plusieurs réponses possibles*)

- Leur mère
- Une autre femme de la famille (*préciser*) : .....
- Une ou plusieurs amie(s) de leur âge
- Leur partenaire sexuel
- Une militante associative
- Un professionnel de santé (*préciser*) : .....
- Autre (*préciser*) : .....

4 – Qu'ont-elles ressenti quand elles ont appris qu'elles étaient excisées (*question ouverte*) :

◇ Sur le plan personnel :

.....  
.....

◇ A l'égard de leur famille ou de leur communauté :

.....  
.....

**B – Pour celles qui se souviennent de leur excision :**

1 – Qu'est-ce qui leur a été dit avant l'excision (*plusieurs réponses possibles*) :

◇ Que c'était la coutume de leur communauté

◇ Que c'était nécessaire pour être une « vraie fille »

◇ Que c'était nécessaire pour qu'un homme accepte de les épouser

Rien n'a été dit avant ou pendant l'excision

Autre (*préciser*) : .....

2 – Le comportement de l'entourage après l'excision :

Il y a eu une fête, j'ai reçu des cadeaux

◇ Les femmes de la famille m'ont entourée et j'ai pu en parler par la suite

◇ On m'a soignée jusqu'à cicatrisation mais sans explication

◇ Rien ne m'a été dit pendant ni après, et le sujet est tabou

◇ Autre (*préciser*) : .....

3 – Quel souvenir gardent-elles de l'excision sur le plan corporel (*question ouverte*)

.....

4 – Y a-t-il eu des complications (*préciser lesquelles*)

◇ Complications immédiates :

.....

◇ Complications tardives :

.....

5 – Ont-elles actuellement des séquelles douloureuses :

Aucune séquelle

◇ Pas de douleur, mais gêne dans certaines circonstances (*préciser lesquelles*)

.....

◇ Douleurs chroniques



Questionnaires des symptômes urinaires avant chirurgie de réparation clitoridienne

Nom : ..... Date de jour : ...../...../.....  
Prénom : .....  
Date de naissance :

Fréquence des mictions

- Combien de fois urinez-vous dans la journée :   $\leq$  à 6 fois   $>$  à 6 fois  
Vous levez-vous la nuit pour uriner :  oui  non  
Combien de fois vous levez-vous la nuit :   $\leq$  à 1 fois   $>$  à 1 fois  
De combien sont vos apports liquidiens par jour :   $\leq$  à 1,5 litres   $>$  à 1,5 litres  
Ressentez-vous le besoin d'uriner :  oui  non  
? Ce besoin est-il normal :  oui  non  
? Sentez-vous les urines passer dans le canal quand vous urinez :  oui  non

Impériosités

- ? Vous arrive t-il d'avoir une envie soudaine d'uriner sans pouvoir attendre la miction :  
 oui  non  
Y a t-il certains facteurs comme l'arrivée au domicile, l'arrivée aux toilettes, le froid, l'eau qui coule qui vous donnent envie d'uriner :  oui  non  
Quel est le délai maximum de retenue entre le moment où vous ressentez cette envie d'uriner et le moment où vous urinez :  $\gg 60$  min  
Vous est-il arrivé de mouiller vos sous-vêtements car il était impossible de vous retenir :  
 oui  non

Dysurie

- Etes-vous obligée de pousser pour commencer à uriner :  oui  non  
Y a-t-il une attente avant que l'urine s'écoule :  oui  non  
Avez-vous la sensation de bien avoir vidé votre vessie à la fin de la miction :  oui  
Etes-vous obligée de pousser pour terminer la miction :  oui  non  
Votre miction s'effectue t-elle :  en une fois  en plusieurs fois  
Votre jet est-il :  fort  lent

### Incontinence urinaire à l'effort

Perdez-vous vos urines lors des efforts :  oui  non

Lors de quels efforts perdez-vous vos urines :

Eternuements, toux, rires

Course, marche rapide, port de charges lourdes

Changements de position (passage debout-assis, passage allongé-debout)

Combien d'épisodes de fuites avez-vous :

plusieurs fois par jour

plusieurs fois par semaine

plusieurs fois par mois

Portez-vous des garnitures :  oui  non

Combien de garnitures portez-vous par jour :  1  2  3  4  >5

Ces garnitures sont-elles mouillées :  oui  non

### Moment des fuites

Perdez-vous vos urines le jour :  oui  non

Si vous perdez vos urines le jour, est-ce parce qu'il est impossible de vous retenir :

oui  non

Perdez-vous vos urines la nuit :  oui  non

Si vous perdez vos urines la nuit, êtes vous réveillez par l'envie d'uriner :

oui  non (miction impérieuse)

Si vous perdez vos urines la nuit, êtes vous réveillez parce que vous êtes mouillée :

oui  non (énurésie)

Perdez-vous vos urines lors des rapports sexuels :  oui  non

Si vous perdez vos urines au moment des rapports sexuels, est-ce :

au moment de l'orgasme  lors de la pénétration

Perdez-vous vos urines sans vous en rendre compte (fuites insensibles) :  oui  non

## EVALUATION DE LA QUALITE DE LA VIE SEXUELLE AVANT L' INTERVENTION

*NB : Ce questionnaire a pour but d'évaluer dans quelle mesure l'intervention de réparation du clitoris dont vous allez bénéficier améliore la qualité de votre vie sexuelle. Il porte sur des sujets délicats et personnels. Il est souhaitable que vous le remplissiez seule. Vos réponses resteront strictement confidentielles.  
Si certaines questions ne vous paraissent pas claires ou vous posent problème, n'hésitez pas à en parler avec un membre de l'équipe médicale.*

1 - Avez-vous actuellement un partenaire sexuel :

- Oui
- Non

2 - Si la réponse est «non» : avez-vous déjà eu un partenaire sexuel ? :

- Oui
- Non

3 - Avez-vous eu une activité sexuelle au cours des 6 derniers mois ?

- Oui
- Non

4 - Avez-vous déjà pratiqué les activités sexuelles suivantes ? (Cocher les activités sexuelles que vous avez déjà pratiquées)

- baiser sensuel
- rêves ou fantasmes sexuels
- masturbation (seule)
- masturbation avec votre partenaire
- caresses et jeux sexuels
- sexe oral (fellation ou cunnilingus)
- pénétration vaginale
- rapport anal (sodomie)

5 - Avez-vous déjà eu envie de faire les choses suivantes ? (Cocher les activités sexuelles que vous avez pu avoir envie de pratiquer, même si vous ne les avez jamais pratiquées effectivement)

- baiser sensuel
- masturbation (seule)
- masturbation avec votre partenaire
- caresses et jeux sexuels
- sexe oral (fellation ou cunnilingus)
- pénétration vaginale
- rapport anal (sodomie)

6 - Vous est-il arrivé d'être anxieuse ou mal à l'aise au cours d'une activité sexuelle avec un partenaire ? (Veuillez cocher la réponse la mieux adaptée : 1 seule réponse)

- Je n'ai eu aucun partenaire sexuel
- Je ne me suis jamais sentie anxieuse ou mal à l'aise
- Cela m'est arrivé mais rarement (moins d'une fois sur 4)
- Cela m'est arrivé parfois (environ une fois sur 2)
- C'était le cas les 3/4 du temps
- Je me suis toujours sentie anxieuse ou mal à l'aise

7 - Dans vos relations sexuelles, qui a eu la plupart du temps l'initiative des activités sexuelles ? (Veuillez cocher la réponse la mieux adaptée : 1 seule réponse)

- Je n'ai jamais eu de partenaire sexuel
- J'ai eu l'initiative la plupart du temps
- J'ai eu autant l'initiative que mon partenaire
- Mon partenaire a eu l'initiative la plupart du temps

8 - Dans votre relation avec votre partenaire actuel ou dans votre relation avec votre dernier partenaire, comment avez-vous répondu, la plupart du temps, aux avances de votre partenaire ? (Veuillez cocher la réponse la plus proche de votre situation personnelle)

- Je n'ai jamais eu de partenaire sexuel
- Mon partenaire actuel ne me fait pas (ou mon dernier partenaire ne me faisait pas) d'avances
- J'ai refusé la plupart du temps
- J'ai parfois refusé
- J'ai accepté à contrecœur
- J'ai accepté avec plaisir la plupart du temps

9 - Vous est-il arrivé d'avoir un orgasme lors des activités sexuelles suivantes ?

- Rêves ou fantasmes sexuels
- Baiser sensuel
- Masturbation (seule)
- Masturbation avec le partenaire
- Caresses et jeux sexuels
- Sexe oral (fellation ou cunnilingus)
- Pénétration vaginale
- Rapport anal (sodomie)

10 - La fréquence de votre activité sexuelle (avec votre partenaire actuel ou votre dernier partenaire) vous paraît (ou vous a paru) :

- Satisfaisante
- Trop fréquente
- Pas assez fréquente
- Je n'ai jamais eu de partenaire sexuel

11 - Lors de vos relations sexuelles, avez-vous rencontré fréquemment les problèmes suivants ? (NB : ne pas cocher la réponse si le problème ne s'est produit qu'occasionnellement)

- saignements ou irritations après les rapports
- manque de lubrification vaginale
- pénétration ou rapport douloureux
- difficulté à avoir un orgasme
- vagin contracté (vaginisme)
- fuites d'urine
- maux de tête après l'activité sexuelle
- infection vaginale

12 - Si vous éprouvez parfois ou souvent des douleurs lors des relations sexuelles, comment les décririez-vous : (Veuillez cocher la proposition qui correspond le mieux à ce que vous ressentez)

- la pénétration est douloureuse, mais je n'ai pas de douleur au fond du vagin
- la pénétration n'est pas douloureuse, mais je ressens une douleur au fond du vagin
- la pénétration est douloureuse et je ressens aussi une douleur dans le vagin
- je n'ai pas de douleurs pendant la relation sexuelle, mais j'ai des douleurs après
- je n'ai mal que dans certaines positions

13 - Lorsque vous (ou votre partenaire) caressez votre sexe, que ressentez-vous ? (Vous pouvez cocher plusieurs réponses) :

- je n'ai jamais caressé mon sexe moi-même
- mon partenaire n'a jamais caressé mon sexe ni avec la bouche ni avec la main
- les caresses sur le sexe me donnent des sensations plutôt désagréables en général
- je ne ressens aucune sensation lorsqu'on caresse mon sexe
- les caresses sur le sexe me procurent presque toujours des sensations agréables
- j'obtiens des sensations très agréables lorsque je caresse mon sexe moi-même, mais pas lorsque mon partenaire me caresse
- il m'est déjà arrivé d'avoir un orgasme en caressant mon sexe moi-même
- il m'est déjà arrivé d'avoir un orgasme lorsque mon partenaire caressait mon sexe

14 - Etes-vous satisfaite de votre apparence physique générale ? (Veuillez cocher la réponse la mieux adaptée)

- plutôt satisfaite
- ni satisfaite ni mécontente
- plutôt mécontente

15 - Avez-vous l'impression d'être plutôt :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/> agréable à regarder						X				
<input type="checkbox"/> attirante						X				
<input type="checkbox"/> désirable						X				
<input type="checkbox"/> sensuelle						X				
<input type="checkbox"/> optimiste								X		
<input type="checkbox"/> facile à vivre							X			

16 - Que pensez-vous de l'aspect de votre sexe : est-il laid ou beau ? (Veuillez cocher la réponse la plus adaptée)

- plutôt laid
- ni laid ni beau
- plutôt beau
- je ne sais pas

17 - Dans l'ensemble, avez-vous été satisfaite de vos relations sexuelles jusqu'ici ? (Veuillez cocher la réponse la plus adaptée)

- Je n'ai jamais eu de partenaire
- Très satisfaite
- Plutôt satisfaite
- Ni satisfaite ni mécontente
- Plutôt mécontente
- Très mécontente

18 - Pensez-vous que votre partenaire (partenaire actuel ou dernier partenaire) est (ou était) satisfait de vos relations sexuelles ? (Veuillez cocher la réponse la plus adaptée)

- Très satisfait
- Plutôt satisfait
- Ni satisfait ni mécontent
- Plutôt mécontent
- Très mécontent
- Je ne sais pas

19 - Avez-vous déjà discuté avec votre partenaire des sujets suivants ?

- L'excision en général
- Votre excision en particulier
- Vos désirs sexuels
- Vos réactions sexuelles
- Votre demande de réparation clitoridienne

20 - Si vous avez actuellement un partenaire, quelle est son opinion à l'égard de votre demande de réparation clitoridienne ? (Veuillez cocher la réponse la mieux adaptée)

- Il n'est pas au courant de ma démarche, je ne lui en ai pas parlé
- Il n'est pas d'accord, mais j'ai décidé de le faire quand même car je considère que cette décision ne regarde que moi
- Il n'était pas d'accord au départ, mais j'ai réussi à le convaincre
- Il considère qu'il n'a pas à se mêler de cette décision, qui ne regarde que moi
- Il a été tout de suite d'accord et m'a encouragée et soutenue dans mes démarches
- C'est lui qui a entendu parler de cette intervention et m'en a parlé
- C'est surtout pour lui que je fais cette démarche

21 - Pour quelle(s) raison(s) avez-vous demandé à bénéficier d'une intervention de réparation ? (Vous pouvez cocher plusieurs réponses)

- Pour «qu'on me rende ce qu'on m'a enlevé», être à nouveau «entière»
- Pour me sentir «une femme comme les autres»
- Parce que j'ai des douleurs
- Parce que j'ai peur qu'un homme soit choqué par l'aspect de mon sexe
- Parce que je ne ressens pas de plaisir
- Pour connaître des sensations sexuelles nouvelles
- Pour améliorer mes relations avec mon partenaire
- Autre raison : (préciser).....

22 - Parmi ces raisons, quelle est la raison la plus importante pour vous ?

22 - Dans l'ensemble, à quel point l'activité sexuelle est-elle importante dans votre vie ? (Veuillez cocher la réponse la mieux adaptée)

- Pas du tout importante
  - Plutôt pas importante
  - Ni l'un ni l'autre
  - Plutôt importante
  - Très importante
-





## **Chapitre 8/ Entretiens et biographies cliniques : la sexualité racontée par les femmes excisées**

---

J'ai l'impression qu'on m'a pris quelque chose d'important, de précieux, personnellement. [Salimata, 24 ans, fille de migrants, standardiste]

Pour moi c'est le fait d'avoir un clitoris. Que ce soit gros, petit, moyen, normal, c'est le fait d'avoir un clitoris pour moi. [Filly, 32 ans, migrante, agent administratif]

Vis-à-vis de moi-même, je me sens mieux, j'ai récupéré ce qu'on m'avait pris. Je n'aurai plus honte de me déshabiller devant un garçon. Je me sens une femme entière. Quand on parle de sexualité je ne suis plus mal à l'aise. [Zahra, 21 ans, fille de migrants, étudiante]

La construction d'un savoir médical se fonde sur un double travail, clinique et scientifique. Le protocole de recherche ne prévoyait pas d'assister aux consultations ; ces moments ont été donc analysés de manière indirecte et rétrospective (compte rendu des dossiers médicaux, participation aux réunions de staff, expérience rapportée par les femmes). L'ethnographie hospitalière (chapitre 6) illustre les activités qui rendent compte des pratiques cliniques singulières de chaque spécialiste. Ces dernières sont relatées lors des réunions de staff où la confrontation entre les expertises spécifiques a lieu, s'harmonise dans un discours, et une prise de décisions. L'analyse des comptes rendus, des fiches administratives, qui constituent les traces d'un savoir en construction a mis en évidence les critères élaborés (chapitre 7). Les auteurs disparaissent dans ces registres, les dossiers médicaux, qui fondent désormais une scientificité écrite de la clinique ainsi objectivée. Rentrer dans ces dossiers nous donne l'impression de rentrer dans les histoires des patientes qu'on croit entendre derrière les lignes produites par qui les observait. Ces femmes, des patientes engagées dans un parcours hospitalier, ont été rencontrées. Le chapitre 8 se fonde sur l'hypothèse qu'il est possible de recueillir un discours des femmes sur leur expérience, qui n'est pas la simple mise en forme du discours médical. À travers plus d'une trentaine d'entretiens approfondis, la parole des femmes est ici restituée.

Les entretiens ont été réalisés à l'intérieur de l'institution, ce qui a demandé un double travail de relation avec les enquêtées et de réflexivité. La place occupée me place de « l'autre côté », aux yeux des femmes, j'étais « membre » de cette même équipe médicale que j'observais. Dans cette posture schizo-phrénique, j'ai continué à faire partie de l'équipe tandis que je les questionnais non pas par mes propres questions, mais par une relation empathique avec mes enquêtées, qui était antithétique de la posture médicale. J'ai finalement décidé de faire dialoguer les entretiens menés auprès des femmes avec les profils cliniques construits par les professionnels de santé, dans l'objectif de mettre en lumière les écarts ainsi que les proximités des expériences personnelles et sexuelles rapportées par les femmes pour l'une, par les patientes pour les autres. Il s'agit également de montrer comment une expérience personnelle peut être lue, reformulée et ainsi investie de sens par l'interprétation d'un savoir spécifique.

La recherche de la cohérence des événements est une attitude humaine qui investit tous les champs épistémologiques, y compris les sciences sociales qui ont leurs codes et leur langage qui leur sont propres. La comparaison entre savoirs spécifiques (clinique médicale et ethnographie sociologique) met en relief la construction sociale, historiquement et épistémologiquement située, de la sexualité et contribue à dissoudre l'héritage de croyances sur sa prétendue « naturalité ». Mais cette comparaison permet de relever également les fondements des représentations médicales, non seulement relatives à la sexualité féminine, mais aussi concernant la *culture de l'excision*. Cette forme de violence qui s'adresse au sexe des femmes justement en raison de leur nature est comprise à l'intérieur de l'expression d'une culture. La sexualité des femmes excisées et de leurs partenaires africains est ainsi racialisée, comprise comme expression d'une culture de l'oppression.

Ce chapitre décrit, *dans un premier temps*, la population étudiée. Les données socio-démographiques, le parcours migratoire, le niveau d'étude, les conditions socio-économiques des femmes interviewées sont détaillées. La sexualité est explorée à l'intersection de trois éléments constitutifs de l'expérience des femmes interviewées : les relations, le rapport avec leurs corps, les normes. Des éléments de dossiers sont apportés en guise de comparaison avec la narration des femmes, produite pendant l'entretien. Des éléments différents émergent qui répondent à des logiques différentes, certains font sens pour l'équipe médicale, d'autres pour les femmes. Les parcours des femmes n'apparaissent

plus les mêmes lorsqu'ils sortent de l'interprétation clinique. La mise en exergue du processus de reformulation de l'histoire personnelle en biographie clinique permet finalement d'ôter ces deux logiques. Sur le plan méthodologique, la comparaison entre les entretiens et les portraits cliniques des patientes ne pouvait pas se faire de manière systématique en raison de l'absence des dossiers complets pour certaines femmes. J'ai donc choisi certains entretiens plus réussis en fonction de la disponibilité des dossiers correspondants.

Dans un deuxième temps, les relations familiales et conjugales sont analysées. Les thèmes de l'excision et de sa découverte se développeront autour des capacités discursives des femmes et des conditions de production de tels discours au sein de leurs familles d'origine d'abord, de leurs couples ensuite. L'analyse des typologies de *relations* familiales et des *cadres de relations* intimes permet de restituer la complexité des enjeux autour de la socialisation sexuelle. Les référents culturels de l'excision diffèrent selon le contexte socio-politique dans lequel les femmes évoluent et se mettent en couple. Une « capacité interculturelle » leur est demandée pour négocier les normes sexuelles transmises par la famille avec celles circulant dans la société d'adoption.

Dans un troisième temps, les normes sexuelles sont analysées, ces dernières émergeant par le discours normatif propre de la relation thérapeutique. À travers l'assimilation de ces nouvelles normes, les femmes migrantes de première et de deuxième génération se socialisent à une nouvelle sexualité. La normalité recherchée devient la condition nécessaire pour accéder à une égalité en matière de sexualité. À partir des projets individuels de réparation chirurgicale, les femmes se mobilisent pour obtenir une « récompense » (le clitoris, le changement de statut, des droits sexuels). Cette récompense est revendiquée sur la base d'un modèle dominant de féminité et de représentation de la sexualité féminine, qui doit désormais faire preuve de certaines capacités.

### **Le cadre de l'entretien et le recrutement**

Avant de rentrer dans le cœur des données et de décrire les personnes interrogées dans le Service A, décrire le contexte où les femmes ont été rencontrées est fondamental. Les cadres informent les interactions qui acquièrent un sens par le fait qu'elles sont contextualisées.

L'ensemble des dossiers médicaux analysés correspond à 109 femmes (chapitre 7). Le recrutement s'est fait par téléphone, par moi-même, à travers une formule standard du type : « *Bonjour Madame, je vous appelle depuis le service de gynécologie et obstétrique du Service A. Vous avez consulté à propos d'une demande de réparation clitoridienne. Nous sommes en train de faire une étude sur cette problématique et j'aimerais vous convoquer pour un entretien sur ce sujet. Naturellement vous êtes libre de refuser, votre décision n'influera en aucun cas sur la suite de votre dossier. La consultation est libre et gratuite et l'entretien sera anonyme* ». Dès le premier contact, je me positionnais de manière institutionnelle (« je vous appelle depuis le service de gynécologie et obstétrique de l'Hôpital X ») et donnais des explications très brèves quant à la nature de l'étude. Je précisais qu'il s'agissait d'une évaluation du service (ce qui correspondait au mandat qui m'avait été assigné par le chef de service), dont le but était d'améliorer la prise en charge des femmes excisées au sein du service même.

Les femmes invitées à parler des thématiques évoquées par un « membre » de l'équipe, se positionnent sans ambiguïté contre l'excision, ce qui n'est pas le cas pour toutes les femmes porteuses d'une forme de mutilation sexuelle (excision du clitoris et/ou des lèvres ; infibulation). Certaines d'entre elles peuvent déclarer être fières (Boddy, 1982 ; Lightfoot-Klein, 1989 ; Gruenbaum, 2005 : 435) de leur excision et qu'elles ont une vie sexuelle satisfaisante (Gruenbaum, 2001 : 133-157 ; Catania, Abdulcadir et alii, 2007). Ce n'était pas le cas pour les femmes de cette étude, qui ont toutes manifesté 1) une plainte envers leur excision et 2) une demande de réparation. Dans le sens où, à leurs yeux, je faisais partie de l'équipe médicale, elles ont parlé sans gêne de leur excision et de leur sexualité ; l'hôpital étant le lieu légitime pour raconter l'intimité dans les sociétés occidentales contemporaines. Aucune d'entre elles n'évoquait le sujet de l'excision pour la première fois. Elles avaient, dans ce sens, une certaine aisance et une maîtrise dans leur attitude vis-à-vis de ce sujet. Au contraire de ce que le sens commun aurait pu suggérer, parler de leur excision n'était pas délicat ou gênant pour elles.

Les entretiens se sont déroulés au sein de l'hôpital, dans ce que le personnel hospitalier appelle un « box », soit une salle de consultation souvent très petite, mais équipée d'un lit d'examen gynécologique, d'une table et trois chaises, ou dans un bureau de médecin qui comprend une table et des chaises, mais également une sorte de « décoration » d'intérieur, une personnalisation de la pièce à travers des photos ou des posters colorés,

voire des peintures, qui n'ont pas un lien direct avec la médecine. Ces pièces sont *les cadres* de mon enquête, mais également *les cadres* des interactions que j'ai eues avec ces femmes. Ces interactions se sont donc développées dans un espace précis qui sont donc considérés comme le « cadre » d'entretien (Goffman, 1991[1974]).

Le *cadre d'entretien* est déterminant du type de discours produit, de l'exclusion de certains points de vue et parallèlement de la spécificité et l'homogénéité du groupe étudié. En quelque sorte, j'ai maintenu la casquette du médecin, par ma position et par les critères de recrutement. Comme un médecin, j'ai choisi une population « apte » à produire un discours plus ou moins clair – mais surtout préexistant - sur la réparation clitoridienne. Ces femmes ont une opinion, qui n'est pas toujours la même, sur l'excision et sur la réparation du clitoris, ce qui n'est pas une condition universelle de toutes les femmes excisées dont la majorité ne demandent pas une réparation. Comme le montre les résultats de l'Enquête ExH, seulement 3,5% des femmes excisées ont été opérées (Andro et alii, 2009 : 74). La demande de réparation doit donc être considérée comme une condition spécifique de cette population recrutée, une population des femmes excisées ayant longtemps réfléchi – et dans la majorité des cas – beaucoup parlé déjà de leur excision.

Après avoir été contactées, les femmes devaient se rendre au Service A. Dans la majorité des cas, elles connaissaient bien les lieux et n'avaient aucun problème pour s'y rendre. Toutefois, quelques unes, notamment celles dont les dossiers étaient plus anciens, ne connaissaient pas exactement l'endroit, puisque à l'époque où elles étaient venues les consultations se faisaient ailleurs, le Service A ayant connu un déménagement. Toutes – mis à part quelques exceptions sur lesquelles je reviendrai – étaient disponibles et disposées à l'entretien. Aucune réticence à me voir et à répondre aux questions n'a été manifestée. En revanche, des questionnements concernant la finalité de l'étude et ses objectifs est apparue en début – et pour quelques exceptions en fin - d'entretien. C'était à ce moment que j'enlevais vraiment ma casquette de membre d'équipe et prenais verbalement les distances en précisant que je m'intéressais à ce que les femmes pensent et à comment elles ont vécu leur expérience de réparation au-delà de ce que les dossiers disent d'elles. Quelquefois le fait de dire que je faisais une « évaluation du service » dans le but d'améliorer la prise en charge, légitimait une plainte car elle était justifiée par mes questions visant à mesurer la satisfaction des femmes au sein du Service A. La durée des entretiens a été très variable, pouvant passer de quarante minutes (dans deux cas, l'entretien a été fait par téléphone et a

duré une vingtaine de minutes) à quasi deux heures (voir tableau 8.1 et descriptifs en Annexe 8A). Il s'agissait donc d'entretiens relativement brefs, plutôt directs et thématiques (voir guide d'entretien en Annexe 8B). Après une rapide présentation sur ma formation sociologique et le double intérêt de mon étude (la thèse et l'évaluation de service), j'introduisais d'emblée la raison du recrutement : ces femmes en face de moi avaient été choisies et contactées parce qu'elles avaient entamé sans le compléter ou bien porté à terme un parcours de réparation au sein du Service A.

La population de la recherche se compose de femmes d'origine africaine, porteuses d'une mutilation génitale féminine, ayant formulé une demande de réparation auprès du Service A. Le recrutement des femmes s'est effectué sur la base des dossiers médicaux analysés. Toutes les femmes ayant un dossier au sein du Service A étaient éligibles pour participer à cette enquête. Cette population est constitutive de femmes dont le cheminement les a conduites à considérer leur excision comme un problème, et elles ont décidé de consulter pour y apporter un changement. Originaires de pays d'Afrique de l'Ouest, elles ont subi une excision du bourgeon clitoridien et des petites lèvres.

Une bonne partie des contacts (48,6%) n'ont pas pu être joints. Les coordonnées dans les dossiers plus anciens ont été perdues (les coordonnées ne correspondaient plus à la personne enregistrée dans la base de données de l'hôpital au moment de l'ouverture du dossier), d'autres n'étaient pas joignables (téléphone sonnait sans aucune réponse ; réponse par une autre personne ; message sur répondeur). Parmi les personnes jointes, 42,6% ont refusé l'entretien et 57,4% l'ont accepté, soit 28,5% des contacts initiaux. Les raisons du refus, lorsqu'il était exprimé, étaient généralement justifiées (manque de temps, distance trop grande ou déménagement, pas d'intérêt) alors qu'elles restent inconnues pour d'autres (pas venues au rendez-vous). Au total, 31 entretiens approfondis ont été menés, dont 16 avec des femmes opérées et 15 avec des femmes en attente de l'opération ou y ayant renoncé.

La moitié d'entre elles ont suivi un parcours qui n'a pas abouti à la chirurgie, soit parce qu'elles ont abandonné, soit parce qu'elles ont reçu un refus chirurgical plus ou moins explicite. Je les amenais donc à revenir sur les raisons qui les ont conduites à entreprendre ce choix de réparation chirurgicales ainsi que les raisons qui les ont faites se désister et abandonner à un certain point. J'ouvrais souvent le dossier que j'avais préalablement lu et je revenais sur des points qui me paraissaient importants ou ambigus. Je leur demandais

ainsi de se positionner, ce qui parfois provoquait de véritables justifications. Par exemple, certaines tenaient à préciser qu'elles n'avaient pas abandonné, qu'elles étaient toujours aussi motivées qu'au départ, mais que des *circonstances de leur vie* les ont faites désister ou arrêter. Dans ce cas, je m'intéressais à ces circonstances. Bien sûr, je pouvais obtenir de telles explications car pour elles il s'agissait de me montrer *leur véritable motivation* à la demande, ce qui m'apprenait à la fois que la motivation est une condition nécessaire pour se faire opérer et qu'elles l'avaient compris. Nous abordions les questions démographiques (lieu d'habitation, âge de la migration, lieu de naissance, etc.) comme une sorte de formalité servant à mettre à jour le dossier. Ces questions routinières sont investies – par elles et par l'équipe - d'une importance mineure et secondaire, elles sont souvent posées en ouverture de dossier de manière administrative, dirigée, sans trop d'émotion de la part des répondantes, sans intérêt particulier de la part des requérant-e-s. Ces questions permettaient toutefois de préparer l'ambiance, de démarrer les échanges comme dans n'importe quel autre rituel formel, permettant d'introduire certains sujets (sortie du foyer familial, séparation, reconversion professionnelle, etc.) à travers des questions indirectes (« Vous avez changé d'adresse ? Vous travaillez toujours comme... à tel endroit ... ? »).

Interrogées en milieu hospitalier, les femmes ont été relancées sur des thèmes précis : circonstance de l'excision, découverte de l'excision, discussion de l'excision, relations (familiales, amicales, conjugales), sexualité (pratique et représentation), rapport avec son corps et image de soi (particulièrement relativement au sexe et au clitoris), genèse du projet de réparation (période et facteurs déclencheurs), réalisation du projet (période et conditions). Un guide préalablement élaboré (en annexe 8B) a été utilisé pour effectuer un entretien semi-directif et de durée restreinte (en moyenne une heure par entretien).

### **Socialisation et relations familiales**

Si, dans le chapitre 7, la population a été décrite de manière détaillée en mettant en relief les convergences et les divergences de caractéristiques et de comportements entre les groupes selon le facteur chirurgical (femmes opérées et femmes non opérées) et le facteur migratoire (femmes migrantes et filles de migrants), cette première partie propose une description de l'ensemble des femmes interviewées. De manière générale, cet échantillon est représentatif de la globalité de la population des dossiers. Toutefois, l'analyse permet de

montrer que l'âge oriente les trajectoires des femmes, le décalage intergénérationnel et culturel détermine les dynamiques de leurs relations familiales.

On a déjà vu que les filles de migrants sont en général plus diplômées, ayant poursuivi des études supérieures (Bac +) ou au moins au niveau secondaire. Parmi ce groupe, dans les personnes interrogées, il y a une surreprésentation des femmes ayant un niveau supérieur (11 sur 13), ce qui ne correspond pas à la tendance globale, où la majorité des filles de migrants a un niveau secondaire et seulement un tiers a un niveau supérieur (Bac +). Toutes les filles de migrants sont scolarisées, ce qui n'est pas le cas pour les femmes migrantes de première génération. La plupart d'entre elles a un niveau très bas de scolarisation, voire pas scolarisées du tout, qui s'est arrêté très rapidement pendant l'enfance (55,5%). Une petite partie a repris les études en France au niveau secondaire (11,1%) et obtenu un brevet de spécialisation. Un tiers des femmes (6 femmes sur 18) a fait – ou fait – des études poussées (master, doctorat). Parmi celles-ci, une petite minorité est issue des familles très aisées et viennent en France pour effectuer une spécialisation. Les femmes qui ont migré très jeunes et ont été scolarisées entièrement en France, et continué par la suite une formation après le Bac, figurent également dans ce groupe.

Quant à la situation économique, les catégories distinguent les situations d'emploi (CDI ou CDD, travail au noir) qui sont regroupées des situations sans emploi (chômage et personne qui n'a jamais travaillé). Dans la catégorie de l'emploi, les femmes qui disent travailler ont des postes très variés, mais en général cinq typologies se profilent : poste à responsabilité (de secteurs ou de services), service aux personnes (enfants, personnes âgées ou à mobilité réduite), employée de commerce, employée de l'administration, femme de ménage. Dans les cas des femmes de ménage, elles travaillent souvent au noir, donc en dehors de toute forme de contrat de travail, des droits et de couverture sociale. Certaines d'entre elles sont en situation irrégulière, en attente d'un permis de séjour. Un tiers des femmes migrantes (5 femmes sur 18) était sans emploi au moment où elles ont fait l'entretien, ce qui ne correspond pas à la tendance de la population globale, où le pourcentage des femmes migrantes sans emploi très bas (tableau 7.10 dans chapitre 7).

La sélection qui s'est opérée, pour diverses raisons, dans la population des personnes interrogées permet de présenter des profils polarisés des femmes migrantes sans emploi et des filles de migrants avec niveau d'éducation supérieur.



### **Les âges dans le parcours de réparation**

L'âge est un facteur de différence entre les femmes migrantes et les filles de migrants.

Les femmes interviewées ont un âge compris entre 20 et 45 ans, dont la moyenne (en enlevant les deux valeurs extrêmes) est de 28,9 ans. Parmi la totalité, 58,1% d'entre elles, soit 18 femmes, sont migrantes. Elles ont quitté leur pays d'origine soit délibérément (projet d'études, projet de travail), soit de manière plus ou moins imposée (enfants suivant leur famille migrante, mariage forcé) soit de manière détournée, coïncidant à une stratégie pour obtenir quelque chose d'autre, (une séparation conjugale voire fuite d'un mariage imposé, le blanchissement d'une réputation). Le projet migratoire peut donc avoir une finalité en soi (aller en France pour étudier ou pour travailler) tout comme représenter une conséquence nécessaire (pour se (re)marrer, pour divorcer). La plupart de ces femmes sont venues en France entre 20 et 26 ans (13 femmes migrantes sur 18), alors qu'une petite partie est arrivée avec leur famille entre 5 et 8 ans (5 femmes migrantes sur 18). Certaines ont laissé un ou plusieurs enfants au pays (4 femmes migrantes sur 11 femmes migrantes avec enfant) et ont construit en France des nouvelles relations et entrepris d'autres grossesses. Les femmes, à qui la migration a été explicitement imposée, étaient soit des enfants au moment où elles sont parties, soit très jeunes et ont dû rejoindre leur époux ou une partie de la famille déjà installée en France. Le pays de destination – et le projet migratoire en soi – représentent une promesse d'un avenir différent permettant d'échapper à des dynamiques souvent trop étroites et rigides (se marier à un homme non choisi, faire des enfants et s'occuper du foyer) existantes dans le milieu d'origine de ces femmes. Celles qui migrent ont un certain regard sur leur culture, un certain recul sur leur tradition. Ce sont des femmes émancipées dans leur société qui n'acceptent pas ce que leurs mères et les femmes de leur entourage reproduisent. Entreprendre un voyage vers l'Occident est un moyen pour elles de rentrer dans des univers qui leur étaient interdits ou difficiles à justifier dans leurs pays (vie urbaine, travailler, avoir des relations hors mariage). En cela, ces projets ressemblent aux motivations des personnes en France qui quittent la « province » pour s'installer dans une métropole.

Ce tableau met en évidence les comportements et les caractéristiques de deux groupes selon leur expérience migratoire. L'âge est un facteur particulièrement intéressant car il distingue clairement deux tendances différentes. Les filles de migrants ont en général été excisées très jeunes, la majorité avant les 3 ans, ce qui a un impact sur la mémoire et le fait

de ne pas garder de souvenirs. Bien que la moitié des migrantes également aient été excisées avant 3 ans, une proportion importante se situe entre celles qui sont excisées entre 4 et 8 ou après 9 ans. Les filles de migrants découvrent plus tard leur excision (entre 11 et 17 ans) alors que les migrantes semblent le savoir avant 10 ans, et c'est principalement car elles ont de souvenirs. Par rapport à leur excision, les femmes se divisent en deux catégories : celles qui se souviennent du moment où elles ont été excisées et celles qui n'en gardent aucun souvenir. La tendance la plus significative concerne l'âge à la demande d'une réparation : les filles de migrants sont plus jeunes, la majorité se situe entre 20-24 ans (46,2%), alors que les migrantes sont plus âgées, la majorité a plus de 30 ans (61,1%).

<b>Tableau 8.1 Différence d'âge selon le parcours migratoire</b>	<b>Migrante</b>	<b>%</b>	<b>Filles de migrants</b>	<b>%</b>	<b>Tot</b>	<b>%</b>
<b>Tot</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>
<b>Âge à l'excision</b>						
0 ≥ 3	9	50,0	8	61,5	17	54,8
4 ≥ 8	6	33,3	3	23,1	9	29,0
9 ≥ 12	3	16,7	2	15,4	5	16,1
<b>Tot</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>
<b>Âge à la découverte</b>						
≤ 10 ans	6	33,3	5	38,5	11	35,5
11 ≥ 17	5	27,8	6	46,2	11	35,5
18 ≥	5	27,8	2	15,4	7	22,6
ne sait pas	2	11,1	0	0,0	2	6,5
<b>Tot</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>
<b>Âge à la demande de réparation</b>						
20 ≥ 24	1	5,6	6	46,2	7	22,6
25 ≥ 29	6	33,3	5	38,5	11	35,5
30 ≥	11	61,1	2	15,4	13	41,9
<b>Tot</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>

### **La construction du traumatisme : les souvenirs de l'excision**

L'âge auquel l'excision a été pratiquée a une influence directe sur le souvenir de l'événement. Les femmes ayant été excisées avant 3 ans (18 femmes sur 31) ne gardent aucun souvenir de l'événement. Très peu d'informations sont disponibles quant à la modalité et l'organisation du rituel, la présence d'autres filles ou l'implication des personnes. Pour elles, la seule manière d'obtenir des éléments factuels, c'est d'interroger quelqu'un de la famille qui est au courant, voire impliqué dans leur excision. Lorsque celle-ci a eu lieu dans la deuxième tranche d'âge entre 4 et 6 ans (7 femmes sur 31) ou dans la

troisième tranche d'âge, entre 9 et 12 ans (6 femmes sur 31) les souvenirs sont accessibles. Ceux-ci peuvent également ressurgir pendant le parcours de réparation, parfois à l'aide d'une lecture d'un témoignage ou d'un livre ou suite au visionnage d'un documentaire. Ces femmes sont capables de donner plus d'informations quant à leur excision : elles se souviennent de la douleur et de manière plus ou moins claire du déroulement de l'événement. Sur la base de ces éléments, il est alors possible de reconstruire le contexte de l'excision.

Dans le cas des femmes issues de la migration, l'excision a lieu dans leur enfance ou puberté et est encadrée dans un rituel collectif qui réunit d'autres filles du village ou de la famille. Les filles sont socialisées à cet événement et bien qu'aucune explication particulière ne soit donnée, l'événement n'acquiert pas une dimension extraordinaire : indirectement, elles y ont déjà assisté et ont vu d'autres filles en être les sujets. Il se peut que l'excision soit effectuée juste avant de quitter le pays pour rejoindre le père ou la famille déjà installés en France. L'excision peut être effectuée au sein d'un groupe de pairs (des filles du même village et plus ou moins du même âge) ou un groupe constitué des femmes de la même famille, dont les rapports de fratrie ou cousinage impliquent qu'elles aient différents âges. Parmi les femmes migrantes, notamment celles qui arrivent tard en France, certaines disent avoir considéré leur excision comme « normale ». Socialisées en Afrique et rentrées dans la sexualité dans un contexte où l'excision est admise<sup>215</sup>, certaines d'entre elles s'aperçoivent alors de l'existence d'autres discours, jusque-là inconnus et notamment concernant l'interdit de l'excision ou le plaisir sexuel, seulement après leur installation dans le nouvel pays, par le changement et la confrontation avec le nouveau contexte.

Saïba, 27 ans, née au Nigeria, a été excisée deux semaines après sa naissance, et ne garde aucun souvenir de cet événement. Elle a toujours « su » quelque part qu'elle était excisée mais, en fait, la question de la comparaison avec « les autres » ne se posait même pas car toutes les femmes étaient « comme ça ». Elle est arrivée en France à l'âge de 22 ans. Saïba est une célibataire avec 2 enfants, dont un à sa charge et l'autre resté au pays. Non

---

<sup>215</sup>Parfois plusieurs ethnies coexistent, notamment dans les grandes villes. L'excision n'est pas pratiquée de manière uniforme, certaines ethnies n'adhérant pas à cette pratique. Des campagnes de sensibilisation contre l'excision sont aussi menées, plus en milieu urbain qu'en milieu rural. Ce sont donc des discours contrastés, pas dominants, mais auxquels les femmes ont accès. Dans les villes où les débats sont plus vifs et les discours multiples (campagnes contre l'excision, mais aussi transmission des traditions dont l'excision), les femmes peuvent affirmer être opposées à l'excision, tout en étant excisées.

scolarisée, elle est sans emploi. Elle a découvert que « ce n'est pas normal » d'être excisée à 23 ans quand elle assistait à un cours de « civilisation » dans un foyer.

M : et quand est-ce que vous avez su que vous étiez excisée ?

Elle : bah...je sais pas hein ! Comme moi j'étais là bas, je pensais que c'est normal, c'est comme ça. Moi j'ai eu des copines, c'est comme ça. C'est la vie, c'est comme ça. Moi je pensais c'est normal. Quand je suis venue ici, j'ai pensé : « non, c'est pas comme ça ». [Saïba, 27 ans, migrante, sans emploi]

Très rarement, il arrive que l'excision soit pratiquée de manière isolée. Dans le contexte où l'excision se pratique en groupe de pairs, les filles soulignent la dimension collective de la douleur, expérience qui les soude et parfois leur permet d'y rattacher une connotation culturelle. La dimension collective semble se reformuler dans leurs narrations à travers la description d'un contexte très différent de celui dans lequel elles vivent actuellement. Bien qu'elles ne voient pas une dimension « criminelle » dans l'acte, elles peuvent toutefois être marquées par le déroulement violent des faits et la douleur supportée. Yasmin, née à Bamako, est excisée collectivement selon un rite traditionnel qui réunit un groupe de dix filles. Lors de l'excision, sa meilleure amie décède à cause d'une hémorragie sévère. Yasmin restera particulièrement choquée par cet événement :

Il y avait plusieurs femmes, ce sont les femmes qui font ça là-bas. Si tu ne fais pas ça, tu es comme un homme, tu n'es pas une femme et aussi les hommes te voient comme ça. Dans ma tête je me suis toujours dit qu'ils ont pourri la vie de ma copine. Et puis moi aussi ils ont pris quelque chose de mon corps quoi ! Tout le temps j'ai pensé à ça, ils ont arraché quelque chose de mon corps. [Yasmin, 28 ans, migrante, assistante de vie]

Ode, 30 ans, née au Burkina Faso, experte comptable en fin de thèse de doctorat, est arrivée également en France relativement tard, à 26 ans. Excisée à l'âge de 4 ou 5 ans, elle se rappelle vaguement de cet événement. Partie au village avec les grands-parents, la grand-mère a « profité » de la situation dit-elle pour la faire exciser (en groupe avec d'autres filles) à l'insu de ses parents. Ode ne reçoit aucune explication. La mère, en découvrant les faits accomplis, s'énerve et pleure. Ode se souvient de la période de la longue cicatrisation, mais oublie par la suite « qu'elle est excisée » et dit l'avoir (re)découvert à l'âge de 13 ou 14 ans lors d'un cours d'éducation sexuelle à l'école.

Le souvenir que je garde est de ma mère qui pleurait quand elle est revenue. Et puis la douleur. Quand les autres enfants pleuraient et tout... la cicatrisation ça a pris des mois, après, la suite j'ai carrément oublié, je n'ai plus pensé à ça. C'est en secondaire, quand

on faisait le cours d'éducation sexuelle, qu'ils nous expliquaient comment ça se passe que j'ai pris conscience de ce que c'était. Et là c'était un moment douloureux. Quand j'ai demandé, ma mère m'a dit et elle m'a expliqué. Enfin je me rappelais, mais je savais pas pourquoi elle pleurait. Et là j'ai compris. [Ode, 30 ans, migrante, experte comptable]

D'autres, au contraire, gardent des souvenirs très clairs de leur excision, elles sont alors à même de décrire en détail la scène. Souelha a 34 ans et est née à Paris de parents sénégalais de l'ethnie Soninké. Elle décrit sa famille comme « très traditionnelle », pourtant elle a été entièrement socialisée en France, possède un Bac et un excellent niveau de langue. Mariée, elle a 4 enfants et travaille à temps plein comme agent administratif.

Ce sont des choses qu'on n'oublie pas hein ! C'était en 79, j'avais 6 ans, et j'ai rien oublié de ce qui s'est passé. C'est ancré. Ce sont des choses qu'on n'oublie pas. Vous savez quand ça traumatise, ça reste hein ! C'était traumatisant. On est 4 filles, bon la grande était restée en France, n'était pas partie avec nous, donc on était 3 sœurs, ils nous ont excisées le même jour, ils nous ont toutes alignées. Puis une dame est arrivée avec un couteau, ça je me rappellerai toujours ! On nous a rien expliqué hein ! On nous a mis devant le fait accompli, on nous a mis par terre, les jambes écartées, on nous a mis un bâton dans la bouche à serrer très fort, vous savez, pour supporter la douleur. Ouais simplement, on nous a fait ça vite à la barbare. [Souelha, 34 ans, fille de migrants, agent administratif]

Pour les femmes nées en France dont les parents sont originaires d'un pays où l'excision se pratique, l'expérience acquiert une autre connotation. L'excision peut avoir lieu lors des vacances scolaires ou, plus rarement, en contexte migratoire. Dans ces cas, bien que rares, l'excision est pratiquée individuellement et de manière clandestine. Les parents étant conscients de l'interdit de la pratique, la soumission au silence et au secret pèse sur la fille, la rendant ainsi la véritable victime d'un crime. Lorsque l'excision est pratiquée pendant un voyage « au pays », les femmes racontent avoir été attirées par un « mensonge » et avoir été prises au piège, sous le prétexte d'une invitation à faire un tour ou une commission. Elles ne reçoivent pas d'explication particulière avant leur excision et elles expriment le sentiment d'avoir été « trompées » par les leurs. Maïmouna, 32 ans, née à Paris de parents sénégalais de l'ethnie Soninké, a été excisée à l'âge de 12 ans avec sa cousine lors de vacances scolaires passées au Sénégal. Entièrement scolarisée en France, elle est titulaire d'un Bac +3, a une excellente maîtrise de la langue et est directrice d'un centre de loisirs.

Il fallait aller voir une grande tante, il fallait aller dans les champs, donc à 12 ans on allait découvrir tout ça. Et puis je me suis retrouvée dans une maison, dans une espèce de case. Et il y avait déjà trois dames qui attendaient. Elles m'ont demandé d'enlever

mon pagne. Donc j'étais avec ma petite cousine, elle avait 8 ans je crois. Oui 8 ans, même un peu plus jeune. On nous a demandé d'enlever nos pagnes. Quatre dames... Puis après on m'a demandé de me coucher sur une paille. Donc les quatre dames, chacune a attrapé un de mes membres et puis l'exciseuse qui a commencé à couper et donc moi j'ai commencé à me débattre et tout ça. Puis après je sais que ma mère n'était pas d'accord, mais là bas comme je sais c'est la grand-mère qui a décidé... [Maïmouna, 32 ans, fille de migrant, directrice d'un centre de loisirs]

Selon les expériences des femmes interviewées, l'excision est organisée dans la plupart des cas par la grand-mère paternelle. Tous les témoignages concordent sur le fait que ce sont des femmes qui sont les initiatrices du projet d'excision. Elles organisent et effectuent la pratique. Les femmes interrogées disent que leurs grand-mères expriment le désir que les petites filles soient excisées. Ainsi, la belle-mère exerce une pression sur la belle-fille, laquelle se trouve tiraillée entre le projet éducatif envisagé avec son mari d'une part et le respect des grands-parents d'autre part. La volonté de ces derniers est perçue comme relevant de la « tradition », ce qui implique la transmission d'un savoir et de coutumes de génération en génération afin de maintenir un lien avec les ancêtres. Les femmes interrogées rapportent souvent que leurs pères se sont opposés à la pratique et l'ont fait savoir à leurs épouses, lesquelles organisent l'excision de leurs filles à l'insu ou contre l'avis du mari. Les femmes disent se rappeler de certaines disputes après l'excision, où le père se verrait « imposer » le choix des femmes. Nous ne savons pas si les faits ainsi racontés par les femmes sont « vrais » ou si la réalité était différente, laissant donc plus de responsabilité aux pères au niveau décisionnel. Au demeurant, il ne s'agit pas ici d'écrire une vérité ou une « histoire vraie ». Ce qui importe, c'est la manière dont les femmes interprètent les éléments à leur disposition et comment elles reconstruisent une histoire qui fait sens pour elles. L'envie de « sauver » en quelque sorte leurs pères dans cette affaire, leur fait placer l'entière responsabilité de l'excision sur leur mère « comment ma mère a pu me faire ça ? », « elle n'a pas su me protéger », même dans les cas où la mère n'a pas pu s'opposer au vouloir de la grand-mère. La délégation du « sale boulot » aux femmes (ce sont elles qui se chargent d'effectuer, organiser l'excision) est une stratégie de la domination masculine (Fainzang, 1985 :118), les hommes en gèrent la partie plus noble (financement de l'excision) et restent physiquement « en dehors de l'affaire ». Une autre interprétation est que les femmes, à travers l'excision qu'elles-mêmes organisent pour les femmes de leur famille, reproduisent au niveau intergénérationnel la violence sur le « féminin » qu'elles-mêmes ont subi et dont le sexe est en le symbole.

Souelha a été excisée lors d'un voyage au Sénégal pendant les vacances scolaires. Elle avait six ans et se rappelle exactement le jour de son excision qu'elle peut décrire de manière très détaillée car dit-elle « c'est ancré ». Elle était partie en voyage avec sa mère, ses deux sœurs et son petit frère suite au décès de sa grand-mère.

Elle : On est parties pour les condoléances, on avait perdu ma grand-mère quelque jour avant et on est parties pour faire les condoléances, on va dire. Puis le grand souhait de ma grand-mère était que ma mère excise les filles, et donc ma mère...bien que mon père avait dit à ma mère « il est hors de question que tu excise mes filles quand tu part au village ! », ma mère ne l'a pas écouté, elle nous a excisées.

M : et est-ce que ça a été une raison de conflit entre votre mère et votre père ?

Elle : Je ne sais pas, je ne me rappelle pas de tout. Je sais qu'il y a eu un conflit parce qu'il y a une de mes sœurs qui est restée là-bas au pays, alors que ce n'était pas prévu. Ma mère, elle a tout fait derrière le dos de mon papa. Bon mon père l'a fait revenir un mois après. Alors je sais que ça, ça a été une source de dispute. Mais, pour l'excision, je ne sais pas. [Souelha, 34 ans, fille de migrants, agent administratif]

Salimata ne garde aucun souvenir de son excision. À l'école, lors d'une activité de sensibilisation, elle entend parler de cette pratique par des médecins venus sur place. À l'âge de 6 ans, elle a posé la question à sa mère qui lui a raconté comment son excision s'est déroulée. Elle avait un an et demi quand elle a été excisée avec ses trois sœurs majeures au Mali, sous la pression de sa grand-mère.

Elle : Là-bas, ils disent les enfants ne vous appartient pas, ils appartiennent plus aux autres, à la famille, aux grand parents...et tout ça .

M : et votre père a pris une position ?

Elle : .... Bah c'est vrai qu'au début, il était du côté de ma mère et il s'est opposé ...mais c'est vrai qu'avec la pression ... ils disent « si tu refuses nos coutumes, tu refuses la famille, on te renie, tu n'es plus notre fils » et là il l'a laissé, il a lâché, enfin il l'a vraiment fait [à] contrecœur ! Contrecœur. [Salimata, 24 ans, fille de migrants, standardiste]

L'âge auquel l'excision est pratiquée est un facteur central. Bien que pas le seul, ce facteur détermine les conditions d'élaboration d'une parole ou d'un souvenir, qui peuvent se développer plus tard dans le parcours personnel de ces femmes ; l'âge à la découverte signant une nouvelle étape.

### **La découverte de l'excision : une remise en question douloureuse**

La majorité des femmes interrogées ne gardent aucun souvenir de leur excision. Elles la découvrent lors de l'entrée dans la sexualité (7 femmes sur 31) ou bien à l'adolescence, entre 15 et 16 ans (6 femmes sur 31). Une seule femme l'a appris quand elle était encore enfant (à 6 ou 7 ans) car une action de sensibilisation à l'école l'a mené à interroger/discuter avec sa mère qui lui a raconté comment son excision s'était déroulée. Dans la plupart des cas des femmes qui « découvrent » avoir été excisées, cette révélation provient d'une gynécologue lors d'une consultation pour un autre motif (contraception dans la plupart des cas), ou d'un partenaire. Certaines femmes racontent pourtant que cette « révélation » ne survient pas forcément lors du premier rapport sexuel (quand il s'agit du partenaire) ou de la première consultation (quand il s'agit d'un-e professionnel-le-s de la santé). Ces femmes disent alors « tomber de haut » car le fait que le(s) partenaire(s) précédent(s) avait ignoré l'excision, rend cette découverte encore plus dure à accepter.

La (re)découverte de l'excision à l'adolescence ou à l'entrée dans la sexualité est un moment très douloureux et bouleversant. L'adolescence est une période qui se caractérise par la découverte de son corps, à travers la confrontation avec des images, mais également avec les pairs (Coleman, J.S. 1961). Le corps est au centre d'un questionnement profond d'autant plus qu'il est sujet à des changements physiologiques et morphologiques importants (Mardon, 2009). L'adolescence correspond à l'âge social de la construction d'un soi sexué adulte (Detrèz, 2002 ; Mardon 2010). Il ne s'agit pas de la découverte de son propre sexe, mais de la découverte de son usage. Il ne s'agit pas d'apprendre que l'on appartient à une catégorie sexuée, apprentissage qui se fait depuis la petite enfance, mais que l'on va assumer une place, culturellement connotée, dans la société en tant qu'homme ou en tant que femme. Dans cet âge singulier, les références aux images, voire aux modèles, dominants sont particulièrement importants dans la construction d'une identité de genre. Les femmes excisées parlent de cette période comme étant particulièrement troublante vis-à-vis de l'idée qu'elles ont d'elles-mêmes et de l'image qu'elles ont de leur corps.

À partir de cette « (re)découverte », les femmes interviewées affirment avoir ressenti un changement dans la perception d'elles-mêmes, de leur corps, de leur sexe. Indépendamment du fait qu'elles se souviennent ou non du moment de leur excision, dès que celle-ci est « découverte », les femmes interrogées ne se considèrent plus comme « normales ».



Certaines parlent explicitement d'un sentiment de handicap qui les bloquerait et les empêcherait de faire certaines activités (prendre une douche dans un endroit public, se déshabiller devant un homme, avoir des rapports sexuels). Elles éprouvent un sentiment de honte et se sentent mal à l'aise de se faire regarder. Interrogées sur leur rapport au corps, la quasi-totalité des femmes exprime le sentiment de se sentir « différentes des autres femmes ». Par rapport à leur excision, elles disent avoir du mal à accepter leur corps et l'idée même d'être excisées, de se sentir « bizarre » et « mutilée ». Dans les rapports interpersonnels, les femmes souvent cachent leur excision qui leur renvoie une image défailante d'elles-mêmes, notamment dans la sphère sexuelle. Elles ont un sentiment de honte envers leur excision, et devant un partenaire souvent nient être excisées. L'excision est une raison pour se sentir « bloquée » et « coincée ». La confrontation avec des femmes non-excisées est centrale dans la genèse de la perception de la différence. Une fois installé, ce sentiment d'anormalité contribue à construire une identité féminine déviante par rapport à la norme.

N'Deye, 23 ans est née à Montreuil des parents sénégalais de l'ethnie Peul. Entièrement socialisée en France, elle poursuit actuellement ses études en droit après avoir obtenu un diplôme Bac+2. Elle est célibataire et n'a jamais eu de rapports sexuels. Face aux hommes, elle dit avoir peur que son excision soit découverte, ce qui pourrait la faire apparaître comme une femme « bizarre ».

Ça me bloque parce que franchement... si un jour je rencontre une personne que j'apprécie... je serai un petit peu bizarre. Chaque fois que je suis face à une relation, je me dis « s'il le découvre, qu'est-ce qu'il va dire? Que-ce qu'il va penser ? » : Je me pose plein de questions, ça va toujours me bloquer. Depuis que je l'ai su, ça va toujours me bloquer. [N'Deye, 23 ans, fille de migrants, étudiante]

La (re)découverte marque l'entrée dans un processus de quête dans le passé, où les femmes se lancent à la recherche d'éléments et d'explications concernant leur excision. Dans cette quête, les femmes s'engagent dans un véritable parcours de questionnement, qui implique bien évidemment leur identité de femme, mais aussi leurs relations familiales. Ne trouvant pas, ou très rarement, un dialogue au sein de leurs familles, les interviewées racontent avoir commencé à chercher des informations sur Internet ou lire des

témoignages d'autres femmes<sup>216</sup> ou rejoindre enfin le Gams, qui centralise les actions contre les MGF en France. Dans tous les cas, ces femmes ont senti le besoin d'en parler. Certaines, notamment celles avec un emploi stable et un niveau d'étude relativement élevé, entreprennent une psychothérapie.

### **Parler de son excision en famille : distance géographique et décalage intergénérationnel**

De manière générale, le sujet de l'excision n'est pas discuté au sein de la famille et très rares sont les exceptions. En effet, l'excision reste un sujet dont on ne discute pas. Que ce soit par les effets d'une socialisation différente à cause du contexte migratoire ou par les effets de la globalisation dans les pays du Sud, le décalage culturel entre la génération des femmes (migrantes ou filles de migrants) et la génération de leurs parents est grand.

Les relations avec la famille d'origine, et plus précisément avec les parents, sont influencées par la fréquence des contacts et par la distance géographique. Trois configurations principales se dessinent si l'on considère ces deux facteurs (fréquence de contacts, distance géographique) : 1) les femmes qui co-habitent avec leurs parents ; 2) les femmes qui ne co-habitent plus avec leurs parents mais restent en relation avec eux (y compris celles dont la famille est en Afrique) ; 3) les femmes qui ne co-habitent plus avec leurs parents et ont coupé tout lien. Dans la plupart des cas, la co-habitation et le maintien des rapports sont possibles lorsque les femmes arrivent à négocier un certain nombre d'aspects relatifs à l'éducation et à la sexualité. Le désir de s'écarter des normes transmises par la famille d'origine se réalise de manière différente dans les deux groupes. Si pour les femmes migrantes, le projet migratoire même représente une manière de s'écarter des traditions et de se donner la possibilité de « faire différemment », pour les filles de migrants la négociation se mène à travers une « bataille » au sein de la famille. Cette « bataille » au sens figuré implique pour certaines une sortie, voire une fugue, du domicile familial ; pour d'autres la mise en œuvre d'une stratégie visant à « faire la part des choses » et éviter les discussions sur les questions sensibles (notamment les choix en matière de sexualité).

---

<sup>216</sup> Elles citent notamment le livre de Khady, « Mutinée », Oh ! Editions, 2005 ; mais également certaines top models, ayant œuvré dans la lutte contre l'excision (p.ex) comme Niane Katoucha, Waris Dirie.

### **Proximité physique et jeunesse : le projet pour soi est un « secret »**

1) Les femmes qui co-habitent avec leurs parents sont en général jeunes, souvent en cours d'études et, de ce fait, dépendantes économiquement de leurs parents. Bien qu'elles partagent le domicile – qui parfois est habité par des familles assez nombreuses – les filles de migrants ont su développer des stratégies pour concilier les normes familiales et celles des adolescentes françaises. Elles développent par exemple leur projet personnel de réparation de manière autonome et secrète, en s'organisant de manière à ce que leurs parents ne soient pas au courant. Ces femmes ont suffisamment d'outils pour critiquer certaines valeurs transmises par les parents. Dans plusieurs cas, elles considèrent que leurs parents n'ont pas ces « outils » et « ne peuvent pas comprendre » leurs choix et leurs points de vue.

Zahra, 21 ans, née en France de parents maliens de l'ethnie Soninké, est étudiante en fin de baccalauréat. Célibataire, sans enfants, Zahra habite avec ses parents.

M : et pourquoi vous vous sentez bloquée envers votre mère ?

Elle : parce que je sais qu'elle est très attachée à ses racines. Et parler avec elle, c'est... c'est comme si on parlait à un mur. J'ai pas envie de parler avec elle. Elle est très froide. Quand on dit quelque chose elle est très têtue, elle dit « non c'est pas ça, c'est ça », moi j'ai pas envie...je n'aime pas trop parler avec les gens comme ça ! Parce que pour eux, une femme ne doit pas avoir du plaisir quoi ! [Zahra, 21 ans, fille de migrants, étudiante]

Le cas de Fofana est similaire. Jeune femme de 22 ans, née à Ivry de parents maliens, la mère de l'ethnie Bambara et le père Soninké, elle a été excisée quand elle était très jeune et n'en garde aucun souvenir. Entièrement scolarisée en France, elle a obtenu un Bac secrétariat et travaille comme agent administratif d'impôt. Elle est un couple depuis un an avec un homme sénégalais et antillais qu'elle voit rarement. Leurs rendez-vous se concentrent dans le week-end quand lui ne travaille pas puisqu'il exerce une profession dans la restauration. Fofana habite toujours chez ses parents, faute de moyens financiers ne lui permettant pas – pour l'instant – de vivre toute seule. Elle a découvert son excision très tard, à 20 ans, lors d'une consultation gynécologique. Elle dit avoir été « choquée » par cette découverte, d'autant plus par le fait qu'elle n'arrivait à se souvenir de rien, et c'est d'ailleurs ce qu'elle « regrette le plus » dit-elle. Elle s'est faite opérer, mais sa démarche est restée secrète, elle a informé seulement son partenaire. Pour elle parler de son excision et de sa réparation n'est pas facile.

Moi : le moment où vous avez « découvert » votre excision, qu'est-ce que vous avez fait après ? Vous avez parlé avec votre copain ? vous avez commencé à vous renseigner ?...

Elle : J'ai parlé...bon « parlé », vite fait hein ? Je lui ai juste dit que j'étais excisée. Mais sinon renseignée, je me suis renseignée sur Internet j'ai pu voir quelques trucs. [Fofana, 22 ans, fille de migrant, agent administratif d'impôt]

Elle cherche des informations sur l'excision sur Internet, en essayant ainsi de reconstruire une mémoire, même virtuelle, de ce qu'elle a vécu. Son gynécologue l'adresse au Service A et la met au courant de l'existence de la possibilité de réparer son excision. Elle ne prend toutefois pas contact immédiatement avec le service, elle prend un temps pour réfléchir. Sept mois s'écoulent entre sa découverte et la formulation d'une demande de réparation. Pendant ce temps, elle dit avoir essayé de comprendre, de s'en souvenir, mais dit-elle « il n'y a rien qui est revenu ! » et elle rajoute : « Je sais que la seule personne qui peut me répondre c'est ma mère... ». Toutefois, elle dit ne pas oser lui poser de questions à ce sujet-là. Elle n'arrive pas à « faire le premier pas », à en parler la première et lui demander comment son excision a eu lieu et pour quelles raisons. Elle espère que des émissions ou des reportages à ce sujet passent à la télé, ce qui représenterait selon elle l'occasion d'aborder la question. Les médias sont pour elle « des outils » auxquels sa mère a accès et qui pourraient constituer un moyen pour instaurer un dialogue, pour l'instant inexistant, craint et ostensiblement évité.

Moi : Vous avez peur de sa [de sa mère] réaction... ?

Elle : ouais j'ai peur de sa réaction, de ce qu'elle peut dire, de comment elle va réagir...ouais j'ai peur de tout ça ouais. Il y a plein des trucs...déjà je ne sais pas comment elle va réagir et en plus j'ai peur que ça va partir en éclats quoi...peut-être un jour...Moi déjà j'espère qu'il y aura beaucoup plus de reportages sur ça, parce que chez nous on a une chaîne du Mali, alors je ne sais pas si au Mali il y a une loi qui interdit ça...s'il y aurait des émissions sur ça ...parce que, comme ma mère regarde souvent la télé...

Moi : Vous pensez que la télé peut jouer en rôle là-dedans... ?

Elle : Oui parce que si elle [sa mère] peut faire le premier pas et si elle fait le premier pas vers moi, moi je peux me débloquent et parler

Moi : Donc vous attendez que ce soit elle à en parler d'abord ?

Elle : Ouais...ça serait plus facile...Après dans quelques années...si j'ai mon appartement, si je pars et tout...peut-être que là oui peut-être je serais prête à lui parler parce que même si elle a une réaction de folie, je sais que ...

Moi : que vous pouvez partir !

Elle : Exactement ! (elle rit) J'aurais mon chez moi et tout...Franchement oui, je ne veux pas prendre le risque. [Fofana, 22 ans, fille de migrant, agent administratif d'impôt]

Fofana met en lumière un autre aspect fondamental pour elle, mais remarqué aussi par d'autres femmes : l'importance d'avoir « un chez soi ». Pour Fofana, le fait d'avoir son appartement, de ne plus vivre sous le même toit avec ses parents, est un élément qu'elle envisage comme émancipateur et déclencheur de la parole. Elle pense que « ce jour-là » quand ces conditions seront remplies, elle sera « prête » à en parler, notamment par le fait qu'elle aura les moyens pour mettre des limites, si la conversation dégénère et elle veut l'arrêter.

Les femmes qui habitent avec leurs parents ne parlent pas forcément de leur démarche de réparation. Elles pensent que les parents ne pourraient pas comprendre ou alors n'accepteraient pas ce genre de projet personnel, voire elles intériorisent le fait qu'il n'y a pas de place pour un projet personnel dans un contexte familial comme le leur. Le manque de dialogue et une éducation souvent basée sur le respect des anciens et des traditions, poussent les femmes engagées dans un projet de réparation à cacher définitivement leur projet. Souvent dans les familles nombreuses, les alliances avec la fratrie représentent des liens privilégiés. Parfois les femmes se sentent prises par un sentiment de culpabilité et de honte. Elles ont clairement peur de blesser leur mère ou de l'exposer à un danger. De même, elles ont aussi peur de provoquer une humiliation, car le respect envers les parents se manifeste par une absence de questions, qui sont perçues de manière négative, comme une tentative de mettre en cause un savoir, une autorité et de ne pas faire confiance. Un sentiment de loyauté leur impose de garder le secret, de mettre un voile de silence sur l'excision, sur ces traditions exclusivement féminines et transmises sans explications majeures.

Dans certains cas, le conflit est inexistant, latent ou simplement évité par la fille qui développe une stratégie de négociation interne lui permettant de faire exister à la fois une image extérieure de fille pudique, voire vierge, attendue par la famille et des choix intimes cachés plus émancipés en matière de sexualité. Dans ces cas, les femmes ne souhaitent pas « blesser » ou « décevoir » leur famille, voire elles veulent clairement éviter le conflit et la confrontation directs sur certains sujets. Elles pensent que les parents n'ont pas les ressources ou la volonté pour changer d'opinion, mais elles sont en même temps assez fortes pour poursuivre leurs choix sans leur approbation.

## **Distance géographique et indépendance économique : le partage du projet pour soi**

2) *Les femmes qui ne co-habitent plus avec les parents mais gardent des liens avec eux* montrent dans leurs discours qu'elles distinguent les traditions du contexte africain et du style de vie parisien. Ces femmes se construisent comme les « moutons noirs » de la famille, celles qui sont considérées comme « bizarres » par leur entourage familial à cause des discours ou des propos qu'elles tiennent quant à leur choix en matière conjugale et sexuelle. Ce sont des femmes issues d'un milieu traditionnel, mais qui ne fait pas usage de la violence et ne soumet pas à des contraintes trop exigeantes. Bien qu'elles soient confrontées à des modèles auxquels les autres membres de la famille adhèrent, elles semblent avoir le choix de « faire autrement », de se distinguer par rapport à la trajectoire des femmes de leur famille. Dans certains cas, les membres de la famille, notamment les parents, les considèrent comme étant « bizarres » ou de manière plus dépréciative les traitent de « blanches ». Pourtant cette « bizarrerie » est une des caractéristiques exaltées par les spécialistes, notamment la sexologue, et interprété comme signe d'émancipation. Aux yeux de l'équipe, cet écart, cette différence – « bizarrerie » pour les parents de la femme - est une ressource que ces femmes possèdent et qui leur permet de « s'en sortir ». Pour l'équipe, ce sont ces femmes qui sont les plus aptes à s'intégrer à un style de vie occidental (indépendance économique, liberté sexuelle) et au modèle de « féminité » dominant (femme libérée).

Souelha se dit être « très attachée à sa famille, à ses origines et à ses traditions ». Elle n'hésiterait pas à laisser un de ses propres enfants en Afrique si on lui demandait de le faire. Elle a donc un double discours sur l'excision : elle veut la réparer, mais elle ne la construit pas en termes de « traumatisme ». L'équipe se trouve en porte-à-faux de ce type de déclarations, jugeant ce type de patiente comme tenant un discours « paradoxal ». Pour l'équipe, ce genre de situations indique que la femme n'a pas encore atteint une sorte de « maturité » qui lui aurait permis d'élaborer l'événement de l'excision comme une expérience traumatique. Ces patientes-là sont considérées comme « suspectes » par l'équipe et « un temps supplémentaire pour réfléchir » leur est alloué pour savoir si elles sont prêtes à la réparation. C'est le cas de Souelha, qui a décidé finalement de se faire opérer chez le Docteur Foldès, jugeant le parcours ordinaire trop long et trop contraignant. Qui plus est, elle indique n'avoir pas apprécié certaines questions qui lui ont été posées

(mariage forcé, questionnaire sur la vie sexuelle). Elle se considère très satisfaite de la chirurgie et déclare qu'au bout de 8 mois, elle a découvert des sensations, un plaisir sexuel, qu'elle n'avait jamais éprouvé auparavant.

Elle : Je me rappelle qu'elle [la sage-femme] m'avait plein de questions... je m'attendais pas qu'on me pose de telles questions, maintenant je me rappelle plus, mais c'est vrai qu'en sortant je me suis demandé « mais pourquoi on m'a posé toutes ces questions ? et puis rencontrer une psychologue, elle va poser quoi comme questions encore ?! » Voilà c'était : « vous êtes mariée ? est-ce que c'était un mariage forcé ? » Voilà comme ça, vous voyez ?

M : Comme ça ?

Elle : Oui ! Voilà, poser de questions comme ça... Parce que pour moi quand on pose de questions comme ça c'est qu'on généralise les choses, alors que...Bon c'est vrai qu'il y a un décalage d'âge entre moi et mon mari de 12 ans, mais c'est un choix que j'ai fait ! Bon je vous dis ça parce qu'en fait, j'ai rencontré le docteur Foldes et lui au départ il est très froid aussi et après quand on rentre dans la conversation, c'est là qu'il va vous rassurer... mais quand je l'ai rencontré je me suis dit dans ma tête « ah bon comment va se passer encore ! » et il m'a vraiment rassurée hein ! Pendant la conversation il m'a vraiment rassurée. [Souelha, 34 ans, fille de migrants, agent administratif]

Malaika a 25 ans et est née à Paris de parents maliens de l'ethnie Kassonké. Elle est en couple avec un Français originaire du Bénin avec qui elle a un enfant, mais vit toujours avec ses parents. Après avoir obtenu son Bac, elle commence à travailler et au moment de l'entretien occupe un poste de conseillère d'assurance. Malaika découvre avoir été excisée très tard, à 22 ans et se fait opérer peu de temps après.

M : Et quels sont les sentiments que vous portez envers vos parents ?

Elle : c'est vrai qu'au début, j'étais assez remontée quand même, j'étais beaucoup remontée...peut-être qu'avec la chirurgie ça s'est un petit peu apaisé... ? sans que ce soit quelque chose qu'on peut excuser ou quoi que ce soit , mais...je pense que si c'était à refaire elle ne le ferait pas quoi ! Parce que au moment où ça s'est passé elle avait encore une mentalité... était encore imprégnée de ses coutumes et tout et tout, elle venait d'arriver. Elle était vraiment encore imprégnée de sa culture, elle venait d'arriver en France, et elle pensait que c'était quelque chose de bien pour nous parce que je pense qu'elle aussi a dû passer par là...mais je sais que si c'était à refaire, elle le referait pas. [Malaika, 25 ans, fille de migrants, conseillère d'assurance]

Comme Malaika, d'autres femmes cherchent à comprendre les conditions dans lesquelles leurs parents ont agi. Elles supposent qu'ils « ont été obligés », mais que maintenant ils ont compris que « c'est pas bien » et ne le referaient pas. Cette posture

permet de renouveler la confiance envers les parents et, ainsi, de reconfirmer la relation d'amour. Parfois ces discours sont jugés comme ambigus et ambivalents par les spécialistes.

Keicha est une femme sénégalaise de 28 ans issue de l'ethnie Peul. Elle a quitté son pays avec ses parents à l'âge de 6 ans. Scolarisée en France, elle a un niveau d'étude Bac+4 en logistique et est responsable commerciale. Keicha est en couple depuis un an, mais ne cohabite pas avec son partenaire. Elle a été excisée vers l'âge de 2 ou 3 ans, avant d'arriver en France. Elle dit « avoir toujours su » être excisée et garder des souvenirs de cette partie de sa vie : « je me souviens qu'on m'avait fait quelque chose à ce niveau-là et que c'était très douloureux et que, inconsciemment, j'avais compris que j'avais été excisée » dit-elle. Elle n'en a jamais parlé avec ses parents et c'est à l'adolescence qu'elle réalise ce que l'excision signifie.

M : et vous avez parlé avec vos parents ?

Elle : Non. Un jour peut-être on en parlera, mais aujourd'hui ce n'est pas dans mes priorités, disons. C'est que c'est difficile aussi pour eux, de comprendre la démarche parce qu'ils sont dans une autre culture, dans une autre tradition, moi je suis née au Sénégal, mais j'ai quand même grandi en France, donc il y a un grand décalage, et il faut quand même prendre le temps et se poser...expliquer...

M : vous êtes beaucoup compréhensive...

Elle : aujourd'hui oui, mais avant non. Avant j'en voulais beaucoup à mes parents et aujourd'hui j'ai compris que ce n'est pas que de leur faute, c'est la tradition qui a voulu, la tradition de notre ethnie....[Keicha, 28 ans, migrante, responsable commerciale]

Bien qu'il s'agit de cas de figure rares, certaines femmes disent avoir un bon dialogue au sujet de l'excision avec un ou les deux parents. Cela peut aussi impliquer un autre membre de la famille de la génération des parents, une nièce ou une tante, avec qui ces femmes ont tissé une relation privilégiée avec qui elles partagent des projets plus intimes. Elles disent pouvoir parler librement et se sentir enrichies par ces discussions. Certaines mères regrettent ouvertement leur acte, la décision d'avoir excisé leurs filles ou le fait de n'avoir pas su suffisamment s'y opposer. Dans ces familles, l'excision est un sujet discuté, les parents ont des remords et appuient le projet de réparation que leurs filles entreprennent. Parfois, c'est au travers d'un événement tragique au sein de la famille, ou à cause d'une complication de type médical, que les parents réalisent et regrettent avoir adhéré à la coutume. La reconnaissance de l'échec du modèle éducatif de la part des



parents et l'exigence d'une intervention médicale permettent à ces femmes de discuter, de partager leur douleur, mais aussi de pardonner à leurs parents.

Salimata, 24 ans, est née à Créteil (Paris) des parents maliens de l'ethnie Bambara. Elle a un niveau Bac secrétariat et travaille comme standardiste. Mariée traditionnellement avec un Malien avec qui elle a un enfant de 18 mois, elle habite toujours chez ses parents pour des raisons financières. Elle a beaucoup parlé de son excision avec ses parents. Une de ses sœurs a eu des complications suite à la mutilation (infibulation) et a dû être opérée. Cette opération et la réaction agressive de sa sœur envers ses parents ont provoqué une discussion de famille sur le sujet de l'excision. Les parents ont pu exprimer à cette occasion leurs regrets et le sens de culpabilité d'avoir cédé aux pressions de la grand-mère. Salimata n'a pas rompu les rapports avec ses parents, mais vit un décalage parfois difficile à gérer. Elle a su qu'elle était excisée à l'âge de 7 ans lors d'une activité de sensibilisation sur ce sujet à l'école. Après avoir demandé des explications à sa mère, celle-ci lui a répondu que « c'est une bonne chose ». Elle est confrontée ensuite à d'autres arguments qui mettent en avant la raison médicale et les dégâts occasionnés par cette pratique nuisible. Les injonctions (maternelle et médicale) sont si contradictoires qu'elles troublent profondément Salimata.

Elle : Quand ma grande soeur avait subi cette opération-là pour pouvoir re-ouvrir son vagin, comme il avait été fermé, suite lors de cet accident-là, je l'avais accompagnée à l'hôpital. Elle savait qu'elle était excisée, mais elle ne savait pas que ça avait causé ces dégâts-là sur son corps... Elle était vraiment énervée, elle était vraiment pas bien.

Moi, personnellement, je n'en ai pas beaucoup voulu à mes parents... mais j'y ai pensé beaucoup... « est-ce qu'ils ont laissé faire ? » Je me suis posée beaucoup de questions sur ce côté-là quoi.

M : et vous en avez re-parlé avec vos parents ?

Elle : bah non, c'est vrai qu'on en a pas plus parlé que ça... parce qu'avec ma grande sœur qui s'est beaucoup fâchée quand elle a su qu'elle devait se faire opérer par rapport à ça, c'est vrai que ça a fait un froid entre mes parents et ce sujet-là quoi ! Et quelquefois, ils se sont sentis un peu coupables, « on a fait ça et aujourd'hui on voit aussi les conséquences, les conséquences de ce qu'on a laissé faire... [Salimata, 24 ans, fille de migrants, standardiste]

*Les femmes qui ont une partie ou la totalité de la famille en Afrique gardent des rapports à distance plus ou moins étroits. Tout en considérant les liens familiaux comme très importants, elles décident que certaines sphères de leur vie (choix des conjoints, projet*

de réparation) relèvent du domaine « privé » et ne souhaitent pas discuter, ni partager ces décisions avec leur famille. Les femmes migrantes qui gardent des rapports avec la famille en Afrique, pensent qu'au pays les gens ont « d'autres habitudes » comme d'autres modèles d'éducation. Bien qu'elles se disent opposées à l'excision, elles peuvent faire deux lectures de cette pratique, selon le contexte et la signification sociale attribuée en son sein. Une bonne partie – et cela est identique pour les filles de migrants qui ne co-habitent plus avec leurs parents mais gardent les rapports avec eux – se dit pacifiée avec les siens, et également quand il s'agit des sujets « délicats » (l'excision, la réparation) elles arrivent à prendre du recul. Toutes ces femmes ont développé une stratégie pour négocier avec les deux cultures de référence. Elles préfèrent donc éviter ce genre de thèmes dans les discussions avec leurs familles, conscientes du fait que cela constitue un facteur de conflit. Elles ne semblent pas chercher à résoudre ce « conflit culturel » (Kilani, Rivera ; 2001) au sein de leur famille d'origine et choisissent une stratégie diplomatique de l'évitement. Elles opèrent des choix qui peuvent contraster fortement avec les points de vue de leur milieu d'origine, mais les rapports familiaux apparaissent comme secondaires dans la cohérence de leurs choix individuels.

Saïba, nigérienne de 27 ans s'est faite opérer. Entièrement socialisée en Afrique, où dit-elle « l'excision est normale », elle n'a pas été scolarisée. Elle n'a jamais parlé de son excision et encore moins de sa décision d'entreprendre un parcours de réparation qui, dans son cas, a abouti à la chirurgie. Elle dit notamment avoir compris que l'excision « ce n'est pas normal » une fois arrivée en France, entourée par des femmes d'origine différente connues dans un foyer pour femmes et qui elles n'étaient pas excisées. Saïba montre à quel point l'excision n'est pas discutée dans son milieu d'origine, pas problématisée, ce qui laisse la réparation comme un impensé autant social que personnel.

M : Avez-vous parlé avec quelqu'un de votre entourage ? avec vos copines... ?

Elle : Non. Moi j'ai rien dit ! (Elle rit)

M : Avec votre famille non plus ?

Elle : bah qu'est-ce que je vais dire à ma famille... là bas j'ai les grands frères, les grands sœurs, qu'est-ce que je leur dis ? Chez nous, les gens disent que si on a pas excisé une femme, elle trompe toujours son mari. Moi je ne sais pas si c'est vrai ou c'est faux. Moi j'ai vu des femmes qui pouvaient rester 5 ans, 10 ans, sans faire l'amour. Peut-être son mari voyageait, il travaille ailleurs...et sa femme est là et il sait pas si elle va avoir un autre homme ou pas. Chez nous on dit que les femmes qui ne sont pas excisées vont voir à droite et à gauche. [Saïba, 27 ans, migrante, sans emploi]

D'autres femmes, au contraire, témoignent avoir un très bon dialogue sur ce sujet au sein de leur famille. Ce sont des cas minoritaires, comme chez les filles de migrants, mais l'excision peut être discutée. Il ne s'agit pas forcément des classes sociales très élevées, cette discussion semble toutefois se développer dans des *terrains métissés*, où plusieurs ethnies – notamment qui ne pratiquent pas toutes l'excision – coexistent ou alors il y a un accès à de discours diversifiés sur le sujet de l'excision, notamment via les actions de sensibilisation menées sur le terrain.

Faraa est une femme de 33 ans, originaire du Burkina Faso, de l'ethnie Mossi. Elle a trois enfants, dont un dans un précédent mariage et resté au pays. Arrivée en France à 26 ans, elle habite à Toulouse avec son deuxième mari, un homme originaire du Zaïre, avec qui elle eu deux autres enfants. Elle a été opérée et les changements ont eu un impact sur sa vie de couple. Son désir de réparation naît de sa difficulté à assumer son excision en contexte migratoire, elle dit : « Chez nous l'excision, c'est normal, c'est l'opposé de ce que c'est ici et j'ai commencé à me sentir mal à l'aise ». Elle se définit une « femme épanouie », elle dit : « je me sens mieux dans mon corps ». Le dialogue avec son partenaire est très intense et également avec sa famille. Elle a notamment discuté de son projet de réparation et de l'opération avec ses sœurs et sa mère, une femme africaine traditionnelle âgée de 74 ans.

Moi : quel impact a eu la chirurgie dans votre vie ?

Faraa : Je me sens bien dans ma vie, je me sens beaucoup plus ouverte, je ne suis plus complexée. Dans ma vie de couple, je me laisse plus aller, je suis plus heureuse. Je me dis « je suis normale, j'ai toutes les parties de mon corps, et donc je suis bien ! » Mes sœurs et ma mère me soutiennent aussi. Ma mère m'a dit : « tu fais bien, tu peux te combler et vivre ta vie d'Européenne en France ! » [Faraa, 34 ans, migrante, puéricultrice]

Au sein de ce groupe – qui comprend de manière équivalente des femmes migrantes et des filles de migrants - les femmes affirment « comprendre » le choix de leurs parents ou l'influence des grands-parents dans la décision d'effectuer l'excision comme d'autres décisions dans d'autres domaines. Elles ne cherchent pas à discuter ces questions avec leurs parents, bien qu'elles s'y opposent très clairement. Elles peuvent contester de manière explicite le modèle inégalitaire des rapports des sexes et prétendent agir différemment que leurs mères quant à cette problématique/question.

La capacité de ces femmes de s'écarter des normes – particulièrement en matière sexuelle et conjugale – transmises par la génération précédente, ainsi que la capacité d'évoluer dans deux univers différents est prouvée. Toutefois, ces femmes montrent que la possibilité d'opérer des choix individuels, d'entreprendre seules, un chemin traditionnellement non autorisé, dérive aussi du fait que leur parents – leurs familles au sens large – leur donnent cette possibilité. L'entourage dans lequel elles ont évolué – en partie ou totalement - dans leur enfance et dans leur adolescence se montre prêt à leur accorder cet espace d'indépendance. Bien qu'une distance, un écart, s'opère, il ne s'agit tout de même pas d'une fracture. À l'inverse, là où les marges de négociation sont étroites, voire inexistantes, il arrive souvent que les femmes décident de se situer volontairement en dehors de ces marges, à travers des choix extrêmes comme la fugue, le suicide ou la prostitution.

### **Rupture des liens et violence : un projet pour soi qui exclut les autres**

3) *Les femmes qui ne co-habitent plus avec les parents et ont coupé tout lien* ont souvent connu une trajectoire plus ou moins parsemée par la violence.

Les femmes de la deuxième génération de migrants, qui se trouvent face à des décisions imposées (excision, mariage, planification d'un retour en Afrique) sont rarement prêtes à les accepter. Celles qui se sont vues menacées d'un mariage forcé, dans la totalité des cas, sont des femmes issues de familles très « traditionalistes », qui opèrent conformément aux habitudes culturelles du pays d'origine. Les parents – ou les grands-parents consultés en Afrique – n'ont pas l'impression de dépasser les limites et de violer la sphère intime. Selon les femmes interrogées, leurs parents, ou grands-parents, agissent en accord aux habitudes de leur contexte originaire. En revanche, pour ces femmes, entièrement socialisées en France, l'intrusion de leurs parents est souvent vécue en termes de violation ou de trahison. Dans ces cas, une rupture des relations, une sortie – parfois précoce – du foyer familial – et la conséquente coupure des liens familiaux sont fréquentes. La mise à distance de la famille se fait dans ces deux cas de manière physique (déménagement, sortie du foyer, migration). Le manque de dialogue qui régit le secret de l'excision est parfois mal supporté, mais le départ du foyer familial survient souvent lorsqu'elles se voient imposer une nouvelle décision prise par la famille, notamment un mariage, qui est qualifié alors de « arrangé » voire « forcé ». À ce moment, les femmes - et a

fortiori pour les femmes qui ont le moins accepté leur excision, dont elles gardent des souvenirs - se révoltent et s'enfuient.

Awa, 28 ans et fille de migrants, est issue d'une famille traditionnelle sénégalaise, dont le père est polygame. Elle découvre son excision à l'âge de 20 ans, lors d'un examen gynécologique dont l'objet était une demande de contraception. Bouleversée par cette découverte, elle a de la peine à s'en remettre et cherche à comprendre ce qui lui arrive. Elle s'adresse d'abord à sa mère, mais ne trouve pas le dialogue souhaité. Elle entreprend alors une psychothérapie qui dure plusieurs années. C'est dans ce contexte qu'elle réussit à construire un discours autour de cet événement et à élaborer son histoire personnelle.

J'étais très très choquée et j'en ai parlé à ma mère, parce qu'à ce moment-là je vivais encore chez elle et la seule chose qu'elle a trouvé à dire c'est de me culpabiliser et de me gifler et depuis on en a jamais plus reparlé. Et puis c'est resté... sans communication sans rien par rapport à cette histoire. [Awa, 28 ans, filles de migrants, assistante maternelle]

Dans son cas, le décalage entre elle (et sa socialisation française) et ses parents (et leur socialisation africaine traditionnelle) est trop grande et ne laisse aucun espoir de compréhension. La communication est absente, voire impossible, les référents culturels pour la rendre réalisable manquent. Une fracture entre ces deux univers, chacun informé par des modèles culturels différents, semble inévitable. Ces mondes semblent cloisonnés, renfermés, les capacités ou les conditions d'établir une négociation entre les deux sont inexistantes.

Ça a toujours été compliqué, j'ai toujours eu un grand problème : la France, le Sénégal, mélanger, tout ça. J'ai toujours eu un grand problème, j'ai toujours été à part de toute la famille de toute façon, bah... à la maison j'étais traitée... bah en fait on me disait que j'étais la petite blanche, miss *prout-prout*, parce que justement je ne faisais pas les choses comme tout le monde. [Awa, 28 ans, filles de migrants, assistante maternelle]

Les femmes migrantes peuvent également mal vivre l'intrusion des parents (ou grands-parents) dans leur vie (excision, mariage, éducation de leurs enfants) et le désir d'émancipation est à l'origine de leur projet de migration. Bien que socialisées dans le même pays, ces femmes expérimentent un décalage culturel – et a fortiori générationnel – dû aux effets modernisateurs de la globalisation. Le milieu où elles ont été socialisées – notamment si elles sont issues d'une ville plutôt que d'un village - est plus complexe et moins traditionnel que celui où ont grandi les femmes de la génération précédente. Une

modernisation de la vie, favorisée par la circulation des discours et la diffusion d'une pluralité de modes de vie, rend ces femmes attentives sur la possibilité d'une vie différente de celle de leurs mères ou grand-mères. Les messages des campagnes de prévention contre l'excision, les discours sur les droits des femmes ainsi que la diversification des représentations de la sexualité via les médias (transmission radio, film), leur permettent d'élaborer un projet personnel qui s'écarte du modèle traditionnel transmis par la famille d'origine. Toutefois, lorsqu'elles n'arrivent pas à réaliser leur projet de vie – et c'est le cas des femmes dans ce groupe – elles entreprennent un voyage (migrants) ou elles s'installent seules (filles de migrants), parfois en portant plainte contre leurs parents.

Dans certains cas où le dialogue avec les parents est très difficile, voire inexistant, une assistante sociale peut être assignée par les services sociaux, particulièrement quand il s'agit des cas de mineures. Ce sont des cas où le contexte familial est particulièrement précaire. Ces femmes, même en absence d'une véritable rupture, présentent des traits d'indépendance extrême. Ce sont des enfants émancipés, qui n'ont pas attendu l'adolescence ou l'âge adulte pour quitter, bien que métaphoriquement, le foyer familial. Il arrive alors que les filles de migrants soient accompagnées dans leur démarche de réparation par une éducatrice spécialisée qui les suit parfois depuis l'enfance. Dans ces cas, le projet de réparation – comme bien d'autres questions – n'est pas discuté en famille. Il s'agit des situations de violences multiples (physique, psychologique, sexuelle si on y inclut l'excision et le mariage forcé, mais parfois des viols également). Les femmes (migrantes ou filles de migrants) décident d'interrompre ce cycle de violence et s'enfuient du domicile, en coupant par la même occasion tout rapport avec la famille. Les femmes issues d'un milieu extrêmement précaire et pauvre sont très fragilisées par cette coupure qui les isole socialement.

Sakina, 26 ans, est née à Paris de parents sénégalais de l'ethnie Soninké. Lorsqu'elle vivait au domicile familial, elle subit plusieurs formes de maltraitance de la part de son père. Les violences augmentent lors qu'elle refuse de rentrer en Afrique et de se marier avec un homme choisi par son père. Elle fait des heures supplémentaires comme serveuse dans une chaîne de restaurants pour éviter de rentrer à la maison et d'être battue. Mineure, dépendante économiquement (le père perçoit son salaire) et juridiquement, elle n'arrive pas à sortir du cycle de violences et fait une tentative de suicide. Son employeur décide alors de l'aider à quitter le foyer familial. Le père interdit à ses frères et sœurs tout contact

avec elle, ce qui la coupe de tous liens familiaux. Sakina a deux enfants dans une relation très instable, son partenaire est absent pendant de longues périodes, lui laissant entièrement les charges parentales. Ses enfants présentent des troubles du comportement, requérant une présence constante et l'empêchant de travailler. Isolée socialement, elle recourt à l'aide sociale et se retrouve dans une situation extrêmement précaire.

Peut-être j'ai un traumatisme qui s'est renfermé dans moi-même, je ne sais pas... je sais qu'il y a beaucoup de choses que j'ai essayé d'oublier. Parce qu'il y a beaucoup de choses qui sont enfouies en moi et ça suffit de quelque chose qui ne va pas, que je vais avoir ou des personnes qui insistent sur certaines choses et... les souvenirs vont revenir à la surface ! Il y a beaucoup de choses que j'essaie d'oublier... pour moi, peut-être c'est aussi une manière de me protéger, de ne pas faire sentir à mes enfants que je ne vais pas bien... il faut toujours que j'ai la force pour être bien devant les enfants, j'ai pas le droit de baisser les bras, j'ai pas le droit de montrer que je ne vais pas bien et essayer d'être au mieux avec les enfants. [Sakina, 26 ans, filles de migrants, aide sociale]

L'histoire de Yasmin, femme migrante, est également parsemée de violences sur plusieurs niveaux depuis l'enfance. Yasmin a 28 ans, mais les traits tendus de son visage la font paraître plus âgée. Elle a été excisée à 10 ans et garde des souvenirs très précis de ce moment-là, y compris de la douleur éprouvée. Elle a ensuite été mariée de force à 15 ans à un mari âgé de 20 ans de plus qu'elle et qui exerçait une violence physique et sexuelle pour obtenir ses services. La grand-mère (paternelle) a choisi l'homme pour elle et organisé le mariage sans demander l'avis de Yasmin, comme précise-t-elle « c'est d'habitude là-bas ». Elle a son premier et seul enfant à 16 ans. Elle fait plusieurs fugues, mais la famille la ramène au mari, jusqu'au moment où elle quitte le pays en rentrant dans un circuit de prostitution. Elle arrive ainsi en Europe, où elle reste un an en Espagne dans des conditions d'esclavage, obligée à se prostituer pour payer les dettes. Aidée par une femme africaine, une Guinéenne mariée à un homme du réseau de la prostitution, elle arrive à s'enfuir et arrive à Paris, où elle peut enfin stabiliser sa situation. Elle trouve un emploi et un logement.

J'ai trop de souvenirs. Ils m'ont mariée à 14 ans, et puis mon mari était violent, il me battait et tout.

Ils m'ont même pas dit que je vais me marier. Ils m'ont dit qu'il y a quelqu'un qui veut me marier, j'ai dit que je ne veux pas...il m'ont rien dit. Et un jour comme ça, ma grand mère m'a dit, « bon demain on va... ». J'avais peur parce que je ne savais pas comment ça se passe et puis...ça m'a marqué parce que le soir quand mon mari voulait me

toucher je lui ai dit qu'il me fait mal quoi ! Il m'a pas laissé, ça m'a fait mal la première fois, il m'a pas laissé. Et puis quand je disais que ça me faisait mal, il me laissait pas. J'ai fui mon mari, parce qu'il me maltraitait. Quand j'étais à la maison, il m'a dit qu'une femme doit se soumettre, que c'est comme ça. [Yasmin, 28 ans, migrante, assistante de vie]

Si l'excision est un sujet difficile à aborder, il en est de même pour le projet de réparation (Andro, Lesclingand, Pourette, 2010). Les femmes migrantes se retrouvent souvent seules juges face à la décision de faire part de leur choix à leur famille restée au pays. Il s'agit souvent d'un vrai dilemme pour ces femmes, car elles n'ont pas été socialisées à faire des choix pour elles-mêmes, ces choix personnels peuvent aller à l'encontre d'une loyauté envers leurs proches. L'idée d'individualité s'oppose donc à un souci envers la collectivité, ce qui pour les femmes migrantes correspond à des liens forts qu'elles gardent avec leur ancien entourage qui reste en Afrique. Entreprendre une opération, passer par une hospitalisation, nécessite un appui, un soutien moral et spirituel – l'équipe dit « psychologique » - du groupe, du collectif. Dans ce sens, la famille représente à leurs yeux une source importante pour franchir cette étape. En même temps, ces femmes craignent les réactions des leurs, notamment des femmes âgées de la famille, et pensent – souvent à juste titre – qu'elles n'appuieront pas leur démarche. Dans de nombreux cas, lorsque la femme décide de discuter sa « réparation » avec la famille, cela entraîne une rupture des rapports familiaux : la femme se voit accusée de renier les traditions, d'avoir trahi ses origines.

Huba, 31 ans et née à Bamako, arrive en France à l'âge de 27 ans. Excisée à l'âge de 12 ans, elle se rappelle très bien de son excision, qui s'est passée dans la brousse, effectuée par une vieille dame, sans anesthésie. Elle est restée plusieurs jours dans une cabane dans la forêt et est rentrée à la maison ensuite avec tout le groupe des filles. Suite à l'excision, elle a eu des troubles urinaires (dysurie, incontinence sévère). Elle subit un viol à l'âge de 15 ans, à la suite duquel elle tombe enceinte. La famille veut « réparer » cet accident et l'oblige à épouser son agresseur, mais elle refuse. Elle abandonne sa fille, qui est élevée par sa famille, elle « regrette » dit-elle, mais ajoute « j'étais trop jeune pour m'en occuper ». Sa fille est restée en Afrique et est excisée, elle aurait voulu lui éviter cette excision, mais elle n'avait aucune voix décisionnelle en la matière. Elle rejoint en France un homme qu'elle avait connu « au pays ». Il est originaire de Bamako également et fait un doctorat en France. Ils ont un enfant ensemble, un garçon de quatre ans (qu'elle a emmené avec elle à l'entretien).



Elle voudrait bien se marier avec son ami, qui au contraire semble hésiter et demande « du temps ». Le mariage représente pour elle la stratégie pour amorcer l'opération de reconstruction clitoridienne autrement incomprise, voire condamnée par sa famille, qui n'a pas accepté la chirurgie.

J'ai dit à ma mère que j'avais soulagé mon problème. Oh il fallait pas lui dire ! Elle a dit « Non ! T'as changé nos coutumes ! Il faut rester là-bas. Tu n'es plus ma fille !! » Elle a raccroché et elle veut pas me parler. Elle veut pas écouter, moi j'avais de problèmes, c'est pour ça que j'ai fait l'opération. Mais non elle n'a pas compris. Elle a parlé à la grand-mère, à la famille, donc eux ils vont plus me parler aussi. Ils disent que j'ai changé les idées, si je veux me marier je peux pas rester comme ça. Ils n'essaient pas de me comprendre. Elle m'a dit tu veux faire comme les Blancs, tu va rester là-bas. Ça m'a fait trop pleurer, ma copine m'a soulagé. Les parents comptent beaucoup pour nous. Mais comme ça je peux pas retourner hein. Je dois trouver une solution. [Huba, 31 ans, migrante, sans emploi]

À travers la description de la population interrogée et la construction parallèle des profils des patientes, j'ai voulu montrer que les femmes interrogées dans le cadre de cette étude ont des caractéristiques précises qui les distinguent d'autres femmes excisées. Elles ont notamment un parcours similaire quant à la manière d'interpréter et de donner sens à leur excision (rejet, condamnation), la façon de se positionner face aux proches qui soutiennent l'excision (rébellion, fugue, opposition), la réaction au sein de leur réseau (parler, rechercher des informations, partager l'expérience avec d'autres femmes) et enfin les stratégies résolutive (réparation médicale). Aux yeux des professionnel-les de santé, ces « patientes » sont des femmes dotées de « ressources » spécifiques – qui doivent pourtant être démontrées - leur permettant d'entreprendre ce chemin de réparation. Le parcours de réparation vise notamment à déceler, aiguiller mais également à prouver l'existence de ces ressources considérées par l'équipe comme nécessaires à la réussite d'une réparation effective. La première partie de ce chapitre a montré que la population étudiée se constitue d'un ensemble des personnes ayant un profil particulier : les femmes constituant mon échantillon possèdent certaines caractéristiques qui leur permettent 1) d'accéder à certaines ressources (esprit d'initiative, autonomie, indépendance, liberté d'action, formation, niveau d'étude), 2) de problématiser leur excision et de l'apprécier négativement, 3) d'entreprendre les démarches de manière indépendante afin de changer cette situation.

Ces caractéristiques se révèlent comme essentielles, car, si d'une part elles sont requises par l'équipe médicale, d'autre part elles permettent à ces femmes de s'écarter des normes sexuelles transmises par les femmes de la génération précédente. L'idée de la démarche individuelle (projet pour soi) aide ces femmes à dépasser et combler le manque de dialogue – et de soutien – de leur famille (parents, frères ou sœurs). Comme pour l'excision, la réparation est un sujet difficilement abordé avec les parents. Si le sujet de la réparation est discuté, ce sont les femmes qui soulèvent le sujet et cela se fait souvent de manière très superficielle. Dans la plupart des cas, les femmes interviewées disent n'avoir pas su (ou voulu) expliquer à leur mère en quoi consiste le parcours de réparation.

Si le dialogue en famille est souvent difficile, il ne l'est pas moins avec leurs partenaires, qui ne possèdent pas toujours *les outils* pour comprendre les histoires, les choix et les décisions de ces femmes.

### **Sexualité et relations sentimentales**

Dans cette deuxième partie, les thèmes, concernant la sexualité (pratiques et représentations) et les relations sentimentales, abordés en entretien, sont traités. Dans un premier temps, une description générale, concernant les pratiques sexuelles ainsi que les trajectoires conjugales des femmes, est restituée. Ces dernières sont analysées de manière particulière par rapport au référent culturel de l'excision à l'intérieur de deux contextes, analysés encore une fois en termes de *cadre* (Goffman, 1991[1974]) : 1) le cadre du couple mixte et 2) le cadre du couple non mixte. À l'intérieur de ces cadres définis, l'outil théorique des *scripts sexuels* (Gagnon, 2004) est utilisé pour interpréter et décrire les comportements ainsi que les enjeux des relations sexuelles. La socialisation sexuelle prend forme pour les femmes excisées – comme pour les autres – à travers un corps fonctionnant et en accord avec une image du corps (*scripts intrapsychiques*) à l'intérieur de relations reconnues comme légitimes (*scripts interpersonnels*) selon le contexte dans lesquelles elles ont lieu (*scripts culturels*).

L'expérience sexuelle des femmes interrogées est explorée notamment en lien avec le rapport à leur propre corps et l'image sociale préalablement construite du corps, en lien également avec les relations familiales, amicales et conjugales, ainsi qu'avec les normes dominantes (médicales et juridiques) et les modèles informels circulant dans l'espace

public (médias, pornographie). Tous ces éléments contribuent à construire une sexualité féminine considérée socialement « normale » en Occident (*scripts culturels*) et cela tant pour les femmes excisées que pour les femmes non-excisées. Les femmes non-excisées sont invoquées par les femmes de mon étude – « les autres », « les femmes normales » - comme modèle de référence auquel les femmes excisées se confrontent. Ces « autres » invoquées sont des femmes rêvées, imaginées, (re)interprétées dans les discours des femmes excisées. La construction d'un référentiel idéalisé de comparaison est questionnée, notamment en faisant dialoguer les entretiens des femmes avec leurs portraits cliniques produit par l'équipe médicale. La représentation, voire le modèle, dominant de la féminité et de la sexualité féminine est ainsi interrogée.

### **Socialisation et pratiques sexuelles**

Cette partie explore le comportement sexuel des femmes en comparant ce qu'elles disent dans l'entretien et ce qu'elles ont déclaré dans le questionnaire (là où il était disponible) sur l'évaluation de la vie sexuelle (voir Annexe 7A Les questionnaires), qui est normalement distribué lors de la première consultation (par la sage-femme) et auto-administré par les femmes. Un parallèle avec les portraits cliniques dressés par la sexologue et la psychologue du Service A est également établi. La tendance globale des femmes interrogées est d'une hétérosexualité androcentrée, où la pratique de la masturbation féminine rencontre beaucoup de réticences d'ordre moral. Le cunnilingus est généralement évité, cela pour des raisons plus liées à une prétendue « anormalité » esthétique et corporelle liée à l'excision des certaines parties du sexe.

Une description de l'ensemble des femmes interrogées montre en outre une différence entre les femmes migrantes et les filles de migrants relativement aux choix conjugaux et aux aménagements des relations amoureuses.

### **Sexualité androcentrée : la masturbation féminine reste un « tabou »**

De manière générale, les femmes interrogées ont leur premier rapport vers l'âge de 16 ans, ce qui est un peu plus tôt à la moyenne nationale des femmes en France (Bozon et Bajos, 2008). La fellation est pratiquée, mais cela n'est pas toujours réciproque. Le cunnilingus et les caresses dans la zone génitale sont souvent évitées de manière

stratégique (interdire la lumière, ne pas se déshabiller complètement, éviter certaines positions) par les femmes elles-mêmes qui ne désirent pas « qu'on touche, ni qu'on regarde cet endroit-là ». La conscience de cette marque corporelle et la construction de l'excision en termes de « dégât » influence directement leur image corporelle. Ces femmes se perçoivent déjà « en manque de quelque chose » bien avant qu'un partenaire – éventuellement - le leur dise. Ces expériences (les commentaires des partenaires, notamment dans les couples biculturels) ne font que confirmer et fonder une vérité qu'elles ont construite : le corps est défaillant et leur sexe inapte au plaisir.

La masturbation est une pratique problématique pour toutes les femmes interrogées, notamment pour les plus jeunes qui semblent la rejeter ou la trouver inutile « ça sert à rien de toute façon ». Historiquement réprimée et condamnée moralement, la masturbation renvoie à une conduite immorale pour la majorité des femmes, excisées ou non. Comme les femmes africaines de première et de deuxième génération, les femmes européennes (et occidentales en général) ont été socialisées à une sexualité androcentrée. La pratique de la pénétration vaginale se situe en ce sens comme l'acte central de l'accouplement, qui se développe – sans l'explicitement tellement cette mise en scène semble aller de soi – dans un couple hétérosexuel. L'éducation sexuelle (y compris dans les programmes contemporains) associe implicitement la masturbation à la stimulation du pénis, la stimulation du clitoris étant rarement évoquée dans ces livres à vocation pédagogique (Ferrand, 2010). Dans l'imaginaire collectif, quand on parle de masturbation, on pense immédiatement et par défaut à la masturbation masculine. Le sentiment d'illégitimité de l'acte naît donc par l'absence d'une norme préexistante, par le manque, l'oubli ou l'omission voulue au sujet de la stimulation du clitoris. L'expérience de prendre du plaisir pour soi-même, de manière solitaire, est vécu comme troublante par toutes les femmes (Bozon et Bajos, 2008).

Sakina et Samya sont deux filles de migrants des parents maliens, elles ont respectivement 26 et 25 ans, les deux mères de jeunes enfants qu'elles élèvent seules dans de conditions précaires. Sakina a été abandonnée par son partenaire qui revient occasionnellement à la maison et Samya vit dans un foyer pour femmes en attendant que son partenaire sorte de prison. Tandis que Sakina est en attente de la chirurgie sans savoir quand l'équipe lui donnera l'accord, Samya a été opérée. Concernant la masturbation, les deux semblent ne pas pouvoir franchir cet interdit moral.

Dans le contexte où j'ai été élevée, ça c'est le genre de trucs qu'on fait pas...qu'on a pas droit de faire et donc que ça serait bien que j'essaie déjà de reconquérir mon corps parce que c'est normal que je n'arrive pas à être à l'aise avec un homme, parce que déjà je ne suis pas à l'aise dans mon corps, j'arrive pas à manipuler mon corps. Je n'arrive pas. [Sakina, 26 ans, filles de migrants, aide sociale]

Pour vous dire, je n'ai jamais essayé parce que j'ai un peu honte, parce que je me dis quand même c'est...c'est faire ça soi-même c'est un peu.... C'est un peu bizarre quoi. [Samya, 25 ans, fille de migrants, aide sociale]

### **Encadré 8.1 Profil clinique de Sakina**

#### **Cas : en attente d'un avis du staff, pas opérée**

##### **Avis de la sexologue**

Actuellement : les rapports restent presque toujours douloureux ; peu de désir spontané/ un peu de désir « réponse ». Très récemment évolution plutôt positive : excitation (brève) lors lectures, films ; plaisir (un peu court aussi) dans certaines positions (elle sur lui).

Pas d'auto-érotisme (masturbation) mais expérience de rêves érotiques (étonnée...). Caresses buccogénitales pratiquées avant les grossesses (→ plutôt agréables) mais « bloque » depuis les accouchements → refuse.

Problème d'image d'elle-même plutôt négative, en particulier depuis les grossesses (se sent moins désirable).

Problème de dialogue avec le partenaire = n'arrive pas à lui exprimer ses besoins. Partenaire « peu caressant » → elle est en manque (tendresse, petites attentions) mais n'arrive pas à le lui dire.

⇒ *J'ai proposé de les revoir en couple. Me semble dans une démarche de maturité très +*

### **Encadré 8.2 Profil clinique de Samya**

#### **Cas : opérée, durée du parcours (6 mois), plus le suivi post-opératoire**

##### **Avis de la sexologue**

Pas de dyspareunie actuellement. Réactions d'excitation bien perçues (soit lors imaginaire érotique, soit lors préliminaires si le partenaire est attentif à ses réactions). Pas de masturbation (encore tabou culturellement).

« pas toujours envie » mais surtout pas besoin de temps de détente avant d'être sollicitée. Peut avoir du plaisir lors des rapports (préliminaires + pénétration) (si partenaire attentif ...)

Semble avoir expérience de décharge orgasmique (brusque détente + bien-être) mais non identifiées comme telles

Un peu « bluffée » par vision surévaluée de ce qu'est la sexualité « normale » d'une jeune femme de son âge !

Attente = voudrait être comme les autres – Semble avoir entendu que la chirurgie n'apporterait pas nécessairement une amélioration spectaculaire et immédiate de ses perceptions/réactions sexuelles.

##### **Avis de la psychologue**

Motivation davantage psychologique : savoir qu'elle a récupéré ce qu'on lui a enlevé, même si pas de changement au niveau de sensations. Avant de voir la sexologue, motivation pour « être normale », comme les autres mais grand changement depuis son entretien avec sexo : regain apparemment de confiance en elle grâce au fait qu'elle relativise la sexualité débridée et pleine de jouissance des femmes non excisées.

Ces deux femmes présentent deux profils similaires sur le plan socio-démographique ; pourtant aux yeux de l'équipe ces deux femmes sont différentes. L'absence, voire le refus, de pratiquer la masturbation est interprétée différemment par l'équipe dans les deux cas. Dans le cas de Sakina, l'absence d'auto-érotisme est diagnostiquée comme le signe d'un dysfonctionnement du couple. Le partenaire apparaît aux yeux de la sexologue comme « peu caressant » et en manque d'écoute. La sexologue propose alors de les revoir en couple (ce qui ne se produira pas car le partenaire a abandonné Sakina avec ses deux enfants). Sakina pour parler de son expérience sexuelle a parlé de son histoire conjugale, sa sexualité n'est concevable pour elle que dans le cadre du couple. Dans l'entretien, par contre, où l'on contextualise sa vie sexuelle dans son histoire personnelle, elle affirme que la masturbation dans sa famille d'origine était « un genre de choses qu'on a pas le droit de faire ». Invitée à parler de ses difficultés économiques, elle révèle alors que son copain l'a abandonnée, lui laissant l'entière responsabilité et la charge de ses deux enfants. Elle se plaint notamment des difficultés à gérer toute seule sans « avoir droit à baisser les bras quand ça ne va pas ». Dans ce contexte, l'invitation de la sexologue à entreprendre une thérapie de couple apparaît d'autant plus décalée. Quelles sont les raisons pour lesquelles cette femme ne s'est pas sentie légitime de dire à la sexologue que sa proposition était irréalisable ?

Dans le cas de Samya à l'inverse, la sexologue note dans le dossier que l'absence de masturbation doit être imputée à la présence d'un « tabou culturel ». Ce qui encourage l'équipe à procéder à une chirurgie, est le fait que nonobstant sa socialisation, Samya fait preuve d'une capacité critique. Elle met à distance ses croyances, se montre « bluffée par la vision surévaluée de la sexualité » qu'elle s'était construite, enfin elle se montre « apte, mature » à changer son regard, à « relativiser la sexualité débridée et pleine de jouissance des femmes non excisées ». Pour l'équipe médicale, la réparation du corps s'opère en même temps qu'une « normalisation » des attentes sexuelles. Samya, dont le copain est en prison, est opérée, sa motivation est davantage psychologique, centrée sur elle-même et sur son identité.

Des réponses telles que « je ne me vois pas en train de faire ça ! » pourraient décrire l'expérience de toute femme. Cette pratique alors devient alors « ridicule » car inutile, les femmes excisées se voient « bloquées » avant d'essayer ; elle justifient ce blocage par leur propre excision.

M : est-ce que vous vous masturbez ?

Filly : non jamais. Puisque j'ai pas d'envie...quand je demande à mon copain, lui il se masturbe parce qu'il a envie, parce qu'il sent qu'il va avoir du plaisir. Moi pour moi...il n'y a pas d'utilité en fait.

M : mais même pas pour curiosité par exemple ? vous avez déjà essayé ?

Filly : oui j'ai essayé ! Mais j'ai pas eu de...ça m'a énervé plus que tout en fait ! Je me suis dit « mais attend c'est quoi ? » j'ai trouvé ça ridicule en fait. J'ai trouvé ça nul en fait. Parce que je crois que la sexologue m'avait demandé de faire ça, de re-apprendre mon corps doucement. Bah j'ai fait ça une fois, mais c'est bête, c'est rien, je ressens rien et puis bon. Je ne me vois pas en train de faire ça en fait ! [Filly, 32 ans, migrante, agent administratif]

Cette partie a mis en valeur les pratiques sexuelles présentes dans le répertoire sexuel des femmes excisées, mais aussi le sens que les femmes donnent à ces pratiques. Leurs expériences, ainsi que leurs sensations sont souvent interprétées et reliées à leur excision. Celle-ci prend une place très importante dans leur discours, dont la récurrence peut être expliquée sociologiquement. Les référentiels culturels, les discours publics et les médias jouent un rôle dans l'image que ces femmes ont d'elles-mêmes, de leurs corps, de leur sexualité et de leur capacité d'avoir du plaisir.

### **Migration et fragmentation des trajectoires sentimentales**

La décision de quitter un pays implique la re-organisation du réseau de connaissances, d'amitiés et des histoires sentimentales. La migration implique le re-aménagement des relations.

Les femmes migrantes ont souvent été mariées auparavant et eu plusieurs grossesses. Il s'agit rarement d'une première mise en couple. Une partie importante d'entre elles habitent avec leur partenaire (8 femmes sur 18). Dans bien des cas, les partenaires se connaissaient déjà dans leur pays d'origine, et se sont retrouvés en France, les femmes venant rejoindre les hommes qui ont migré en premier. Les filles de migrants en revanche habitent majoritairement avec leurs parents (7 femmes sur 13), y compris quand elles sont en couple, elles ne co-habitent pas avec leurs partenaires. Dans les deux groupes, un tiers habite seule : ce sont des femmes, en couple ou célibataires, économiquement indépendantes. Aucune femme ne vit une relation homosexuelle, ni n'a jamais mentionné en avoir eu une.

Le parcours sentimental des femmes migrantes est, en général, plus complexe de celui des filles de migrants. Un certain nombre d'entre elles a été déjà marié une fois, souvent très jeune et avec un homme choisi par la famille, avec qui elles ont passé une période de leur vie et ont eu un ou plusieurs enfants. Les enfants qui restent au pays sont dans la plupart des cas gardés par la grand-mère (paternelle ou maternelle) ou par une sœur. Ces enfants sont dans tous les cas confiés à une femme de la famille et pas à leur père. Les filles de migrants ont des parcours plus similaires à la population majoritaire française (Bozon, 2008 :123), une première relation vers l'âge de 17-18 ans qui coïncide avec l'entrée dans la sexualité. Certaines d'entre elles ont eu un enfant à un jeune âge et ne sont plus en couple avec le partenaire.

Dans certains cas, les filles de migrants ont subi aussi la menace d'être mariée de force (4 femmes sur 13). Aucune d'entre elles pourtant ne l'a été. Elles se sont opposées et ont quitté le foyer familial. Parmi les célibataires, une partie déclare avoir plusieurs partenaires, ce qui qualifie vaguement le type d'engagement dans la relation. Ce sont des partenaires sexuels « habituels » ou occasionnels, dont les enjeux se limitent aux rencontres sexuelles sans investir d'autres sphères (enfants, vie en commun, projet de réparation). L'exclusivité sexuelle du partenaire ne semble pas être liée à la durée de la relation, il s'agit plutôt d'une norme clairement explicitée et négociée dans le couple. Le partenaire ne coïncide pas toujours avec le père des enfants, avec qui les femmes concernées gardent les contacts. En matière de nombre de partenaires, les hommes semblent jouir d'une marge de liberté majeure quant au fait « d'aller voir ailleurs » ou d'utiliser les relations externes comme point de comparaison dans le couple - « tu es comme les autres » ou « tu n'es pas comme les autres ». Aucune de ces femmes n'est toutefois concernée par un mariage polygame. En revanche, plusieurs d'entre elles ont connu cette typologie de mariage dans leur famille d'origine, les pères ayant plusieurs épouses.

Les filles de migrants sont plus souvent dans un couple mixte que les femmes migrantes. Dans 6 cas sur 13, le partenaire est originaire d'un pays en dehors de l'Afrique (français, antillais, italien ou portugais), alors que les femmes migrantes se mettent plus souvent en couple avec un homme de la même origine nationale et ethnique (7 femmes sur 18). Les autres femmes migrantes sont engagées dans des relations soit avec un Français (5 femmes sur 18) soit avec un Africain originaire d'un pays (et souvent d'une ethnie) différent (5 femmes sur 18). La plupart de ces hommes ne sont pas socialisés à la pratique



de l'excision. La plupart d'eux ne savent pas précisément en quoi consiste la pratique de l'excision.

Bien que très descriptive, cette partie va permettre de déceler les dynamiques à l'intérieur des relations de couple ou avec plusieurs partenaires, notamment lorsque l'on explore la sexualité. Les relations que ces femmes entretiennent influencent le sens qu'elles donnent à leurs expériences sexuelles où l'excision, telle qu'une marque corporelle, leur rappelle leur socialisation d'origine. Le référent culturel de l'excision et sa (re)signification évoluent et se modifient à l'intérieur des cadres dans lesquels les échanges sexuels se mettent en scène.

### **Les cadres de la sexualité : les référents culturels de l'excision**

Toutes les femmes interrogées déclarent avoir une sexualité qui s'exprime au sein d'un couple hétérosexuel, ou du moins, elles évoquent exclusivement des expériences qui ont lieu dans un cadre hétéronormé. Ce cadre se caractérise par deux configurations possibles : le premier concerne les couples biculturels, le second s'applique aux couples où les deux partenaires ont été socialisés dans une société où se pratique l'excision.

#### ***Cadre 1. Couple mixte : l'excision comme handicap***

C'est souvent dans le cadre des *relations affectives et sexuelles dans des couples biculturels*, que l'excision apparaît le plus directement comme une forme de handicap. La mutilation sexuelle est conçue, dans les discours des femmes concernées, comme une restriction fonctionnelle majeure de leur capacité d'action dans leur vie sexuelle. Dans cette configuration, les femmes ne se sentent alors pas légitimes à revendiquer un droit au plaisir sexuel. Cette absence de plaisir sexuel est alors portée au compte de la mutilation, de leur corps défaillant et des partenaires masculins les renvoyant à leur étrangeté. À ce titre, la plupart des femmes concernées rapportent l'expérience douloureuse de la « sentence » formulée par le partenaire - sans que ce dernier en prenne toujours la mesure - : « *tu n'es pas comme les autres filles que j'ai connues* ».

Les *femmes dans un couple biculturel* sont confrontées à un partenaire (français ou originaire d'un autre pays où l'excision ne se pratique pas) qui n'est pas socialisé à l'excision. Les réactions des partenaires sont alors très différentes. Elles peuvent être de

l'ordre de la surprise et de l'étonnement comme du choc, voire du rejet et du mépris. Ces partenaires se retrouvent dans tous les cas désarmés et ne savent pas comment s'y prendre. Certains posent des questions et laissent la femme se raconter, d'autres choisissent de se renseigner. La description de ces réactions provient des informations (imprécise et partielle) rapportées par les femmes dans la mesure où ces hommes n'ont pas été interrogés. Une fois le dialogue engagé, les partenaires peuvent se sentir légitimes d'exprimer des opinions plus au moins tranchées sur l'excision. Ces opinions ont dans tous les cas un impact important sur l'opinion que les femmes se font d'elles-mêmes (corps et sexe) et de leur capacité sexuelle (aptitude au plaisir). Bien que la difficulté à obtenir du plaisir soit fréquente chez les femmes qui débutent leur vie sexuelle (Levinson, 2008 :488), les femmes excisées relient à nouveau cette difficulté à leur problème spécifique de l'excision. Filly, 32 ans, est née en Côte d'Ivoire. Elle rejoint sa mère qui est déjà en France à l'âge de 9 ans. Elle poursuit ensuite ses études en France et fait une spécialisation au Canada dans le domaine du tourisme. Filly travaille comme agent administratif dans un collège, est mariée à un Ivoirien et n'a pas d'enfants. Elle a été opérée, mais trouve que l'opération ne lui a apporté aucun résultat (esthétique ou fonctionnel).

Mon partenaire me l'a dit aussi : « mais t'as pas le clitoris ! » L'ancien me l'avait dit, et le nouveau me l'a dit aussi ! Il m'a dit « T'es pas comme toutes les femmes que j'ai connu ». Pour lui, c'était la première femme, que c'était moi, qui n'avait pas de clitoris, donc il trouvait ça bizarre. Il avait jamais vu ça. Ça lui faisait bizarre parce qu'au touché c'était tout plat, il n'y avait rien. Je lui ai expliqué, après il a cherché à connaître. Il savait ce que c'était l'excision, mais il n'avait jamais fréquenté une fille qui avait ça. [Filly, 32 ans, migrante, agent administratif]

### **Restriction du réseau sexuel**

Certaines femmes interviewées racontent avoir toujours anticipé cette stigmatisation dans leur trajectoire affective et sexuelle en ne considérant comme partenaires potentiels que certains hommes qui, soit connaissent l'excision, soit ne sont pas susceptibles d'aborder le sujet. C'est alors plutôt en termes d'aptitude au plaisir sexuel et, par ce biais, de droits à la sexualité qu'elles énoncent les enjeux de leur démarche.

Ina a 32 ans et est née au Mali. Elle est arrivée en France à l'âge de 8 ans où elle a poursuivi ses études jusqu'au niveau secondaire. Elle a été en couple avec un homme de la même origine et socialisé à l'excision, avec qui elle a eu trois enfants (une fille de 13 ans et deux jumeaux de 6 ans). Son partenaire la quitte. Ina est donc célibataire, sans emploi, avec

trois enfants à sa charge. Les difficultés matérielles et liées à la gestion de sa vie de famille ne lui laissent aucune place pour réaliser son projet de réparation. Elle décide – après l’avoir commencé et rapidement abandonné – de le reporter à plus tard, au moment où elle pourra confier ses enfants à quelqu’un pendant une semaine. D’ici-là, elle vit l’excision comme un handicap, un problème qu’elle n’a pas le moyen de résoudre actuellement. Elle met en place alors une stratégie relationnelle qui vise à chercher des partenaires dans un réseau restreint, en délimitant cet espace avec des règles précises et fixant les conditions des échanges amoureux.

Je sors avec des hommes, que des Africains quoi ! Eux, ils ont conscience de l’excision, de ce qui a été fait aux femmes et c’est vrai que j’ai un blocage. Moi j’ai un blocage avec les hommes. Par exemple, moi je ne peux pas sortir avec quelqu’un que je viens de rencontrer. Je n’arriverai pas. Je préfère plutôt retourner avec un ex, plutôt que me remettre dans une situation... parce qu’eux ils me connaissent déjà et ça m’a jamais arrivé que, à part avec le père de mes enfants, eux ils m’ont jamais dit que je n’étais pas entière, enfin que je n’ai pas le clitoris, quand je dis entière. Et déjà rien que par rapport à ça et ça me gênerait parce que je ne voudrais pas qu’ils voient que je n’ai pas le clitoris, ou qu’ils se disent que je suis frigide, ou que je n’arrive pas à avoir de plaisir parce que je n’ai pas le clitoris. Alors mon comportement avec les hommes, même si je suis une femme peut-être attirante, sexy, c’est juste une image en fait, mais je n’arriverais pas aller vers lui et sortir avec lui, encore moins coucher avec lui. En tous cas, aujourd’hui je n’arriverais pas. [Ina, 32 ans, migrante, sans emploi]

Ina place son excision au centre de son rapport aux hommes. Elle fait de cette marque corporelle une règle pour inclure ou exclure les hommes dans son cercle de partenaires possibles. Ne pas pouvoir sortir « et encore moins coucher » avec quelqu’un qu’elle vient de rencontrer – ce qui est le cas pour beaucoup de femmes – s’explique pour elle par le fait de son excision. Certaines femmes considèrent cette restriction des rencontres sexuelles et affectives - conditionnées par la crainte de se retrouver dans une situation de révélation du statut de femme excisée et par ce fait discriminées - comme inadmissible et dont résulte un véritable handicap limitant de façon drastique l’espace social et les possibilités de rencontres. Maïmouna s’oppose très fortement à l’excision et à la culture de ses parents. Très jeune, elle se rebelle contre ses parents et part du foyer familial, en développant un refus contre les hommes « noirs ».

Je pense que j’ai eu un rejet total de ce que j’étais, donc de mon identité, surtout dans la période de l’adolescence jusqu’à aujourd’hui, je n’ai des relations qu’avec des Européens, en tout cas des blancs. La seule personne, le seul BLACK c’est un partenaire

que j'ai eu, mais il n'y avait pas de donnant-donnant. Donc c'était lui qui prenait du plaisir tout seul, donc moi je n'en avais pas en fait. Donc après on s'est séparé.  
[Maïmouna, 32 ans, migrante, directrice centre de loisir]

### **Une féminité déviante**

Les partenaires peuvent toutefois contribuer à fragiliser une identité féminine déjà troublée car « déviante » de la norme à laquelle ces femmes se réfèrent. Si ces femmes portent préalablement un regard dévalorisant sur elles-mêmes, les commentaires du partenaire confirment cette « anormalité ». Parfois, les commentaires peuvent être relativement crus et prendre la forme des véritables accusations « de ne pas être normales » ou « de ne ressentir rien » lors des rapports sexuels ou encore de feindre l'orgasme.

Nafi a 20 ans, migrante originaire de Sénégal de l'ethnie Peul, et est arrivée en France à l'âge de 5 ans. Sa grand-mère l'excise juste avant de partir en France pour rejoindre ses parents. Nafi a des souvenirs de ce moment-là, ayant été attirée chez l'exciseuse par un cousin sous l'excuse de faire un tour dans le village. Elle dit avoir vécu ce moment-là comme une forme de trahison, s'étant sentie piégée car attirée par un mensonge. Ayant quitté le pays, Nafi est entièrement scolarisée en France, où elle obtient un Bac de secrétariat. Sous la menace d'un mariage arrangé par la famille avec un homme africain, Nafi quitte le foyer familial quand elle est encore mineure et porte plainte contre ses parents. Elle est ainsi placée dans un foyer social sous la tutelle d'une assistante sociale, mais ne bénéficie pas d'un permis de séjour valable ni par conséquent d'une couverture sociale. Nafi est dans un couple mixte depuis 5 ans, son partenaire est français d'origine antillaise. La dépendance totale (plan économique, plan juridique) a un impact direct en termes de dépendance émotionnelle et de subordination sexuelle.

Une fois, il m'a dit « de toute façon, t'es.... » enfin c'est un truc qui m'a beaucoup beaucoup blessée, je me souviendrai toute ma vie parce qu'il m'a dit un mot très fort en me disant « de toute façon TU N'ES PAS UNE FEMME ». C'est un truc qui m'a beaucoup touchée. C'est un truc que je garde pour moi et parfois quand j'ai envie de le quitter je me dis « Il a dit que je ne suis pas une femme » mais après je me dis « si je le quitte, est-ce que je trouverai quelqu'un d'autre qui fera attention, qui sera là, qui pourra rester des jours, des mois, sans faire l'amour ? ». [Nafi, 20 ans, migrante, sans emploi]

Nafi ne ressent pas une pulsion sexuelle qui entraînerait un désir de « faire l'amour », ce qui, pour elle, est problématique et difficilement acceptable pour un homme. Elle estime

que son excision lui a enlevé cette partie de « féminité » qui lui permettrait de ressentir le désir et de prendre les devants avec son partenaire. En considérant le manque d'initiative sexuelle comme un manque de féminité, Nafi – comme d'autres femmes interrogées – nous révèle la représentation de la sexualité féminine qui est prise comme modèle de référence. Ce n'est donc pas un modèle qui fait appel – comme dans le siècle précédent en Occident, notamment d'empreinte catholique et encore plus calviniste – à la pudeur, à la continence (voire chasteté), à la sobriété et à la tempérance. Au contraire, le modèle de référence est celui de la classe moyenne, intellectuelle et héritière des revendications de Mai Soixante-huit et des propos de libération sexuelle. À partir de là, un nouveau modèle de la féminité s'impose : affranchie, indépendante et entreprenante notamment dans la sphère sexuelle. Par rapport à ce modèle, plusieurs femmes excisées voient leur sexualité défaillante à cause de leur excision.

Pour certaines femmes, la dissimulation de leur excision, ainsi que la simulation du plaisir sexuel, s'imposent comme stratégies de maintien de la relation de couple. Cette double démarche se concrétise dans les situations où les femmes désirent cacher à leur partenaire qu'elles sont excisées et ne souhaitent pas aborder le sujet. Dans bien des cas, elles pensent que leur partenaire n'a pas les moyens pour comprendre leur situation et, de ce fait, craignent d'être rejetées. Dans tous les cas, elles pensent que la faute se situe en elles et non chez le partenaire. Par rapport à cela, Nafi croit n'avoir pas le pouvoir de négocier au sein de son couple et vit dans la peur constante d'être quittée. Elle ne veut pas parler de son excision avec son compagnon et garde le secret par honte de ne pas éprouver de plaisir sexuel : « *s'il me demande si je ressens quelque chose, je dis oui. Mais si ce n'est pas vrai.* ». Mentir est pour elle le moyen de s'assurer « *qu'il n'aille pas voir ailleurs* ».

Dans le cadre des couples mixtes, l'excision est donc un handicap qui limite la femme dans ces choix par le fait qu'elle restreint un réseau potentiel de partenaires sexuels. L'image défaillante, non seulement de sa sexualité mais aussi de sa féminité, renvoyée par le partenaire fragilise ces femmes, elles deviennent sexuellement handicapées.

### ***Cadre 2. Couple non mixte : l'excision comme élément troublant les rapports de genre***

Dans les situations où il s'agit d'un couple où les deux partenaires ont été socialisés dans une société où se pratique l'excision, celle-ci devient un élément de confusion dans les rapports de genre, en raison de la « dé-signification » de cette pratique dans le contexte

migratoire. Si, dans le pays d'origine, l'excision fait sens parce qu'elle s'inscrit dans un univers spécifique de hiérarchisation matérielle et symbolique des sexes, dans le contexte migratoire, ce référent culturel est mis en discussion, et devient un sujet de reformulation des relations entre femme et homme (Signe, 2004). L'excision passe du statut d'élément fondamental de l'assignation du genre aux enfants-filles à celui de pratique délinquante, puisque condamné pénalement. Ces situations sont particulièrement explicites dans les couples qui ont donné naissance à des petites filles et se posent la question sur le fait d'exciser leur fille. Dans de nombreux cas, les femmes interrogées sur leur rapport avec le corps et le partenaire, disent avoir senti – notamment en début d'histoire ou lors des premières relations sexuelles - le besoin d'être rassurées – notamment par le partenaire – sur leur « normalité » sexuelle.

Je lui ai expliqué tout ça et voilà... il me trouve tout à fait normale, c'est vrai qu'il me rassure beaucoup aussi et voilà... j'ai demandé à mon meilleur ami comment il me trouvait parce que c'est vrai qu'on a eu une petite histoire tous les deux et... enfin il me connaît vraiment bien. Et il m'a dit que j'étais tout à fait normale et je n'avais pas forcément besoin, mais après que la décision m'appartenait. [Awa, 28 ans, fille de migrants, assistante maternelle]

Comme on l'a déjà mentionné, cette enquête n'intègre pas l'opinion des hommes. Les femmes interviewées ont beaucoup d'idées sur ce que les hommes pensent et ressentent. La représentation de l'autre – comme dans tous les couples – se fait sur la base d'éléments de différente nature (discours, mémoire, imagination, informations disponibles) qui permettent de construire un portrait plus ou moins réaliste du partenaire. La relation amoureuse est une recherche constante de cohérence entre imaginaire et factuel, entre perception et réalité. Les hommes sont construits ici à partir de la subjectivité des femmes et de la relation qu'elles entretiennent avec leurs partenaires. Ils n'existent qu'à travers les discours des femmes interviewées<sup>217</sup>.

Salimata dit qu'il sait depuis « toujours » qu'elle est excisée, son mari étant originaire d'une société où l'excision se pratique. Ils ont beaucoup discuté de cette question et son mari souhaiterait apporter un changement dans leur vie sexuelle et l'a encouragé à faire la chirurgie.

---

<sup>217</sup> Nous pourrions imaginer d'approfondir la relation entre hommes et femmes et le point de vue des hommes à travers une étude supplémentaire qui permet de prendre en compte l'opinion de ces derniers, ce qui permettrait à son tour d'interroger la question de la « domination masculine ».

C'est vrai que c'est plus lui qui me sollicite à avoir des rapports que moi et je pense que ça vient plus du fait que quand on a des rapports... bah ça me fait rien quoi ! C'est sans plus, ça me donne pas du tout envie et puis même quand on a fini c'est comme si j'avais rien fait. Donc... et ça aussi il l'a remarqué et puis c'est vrai que lui aussi, il ne se sentait pas bien non plus, parce qu'il pense qu'on fait l'amour mais que c'est pour lui, et que moi je suis là, mais j'observe... donc je prends pas de plaisir non plus... donc il m'a dit que si on peut faire quelque chose pour que ce soit réparé, ce serait bien de le faire quoi !

M : donc ça, c'est ce qu'il pense... et vous le pensez aussi ?

Elle : oui, oui oui, parce qu'il a vu que je me sentais pas bien, parce que je lui posais beaucoup de questions, je lui demandais... même si c'est un homme... même si c'est pas pareil, les hommes et les femmes, c'est pas pareil le plaisir qu'on a, mais je lui demandais quand même, qu'est-ce que ça fait quand tu as un orgasme ? Qu'est-ce que ça fait quand tu as du plaisir ? Je posais beaucoup beaucoup beaucoup de questions. Et lui il me disait souvent : « Je veux que toi aussi tu connaisses ce plaisir-là. Je veux le partager avec toi, je ne veux pas que ce soit que moi qui le ressent quoi ». C'est ce qu'il me dit souvent d'ailleurs. [Salimata, 24 ans, fille de migrants, standardiste]

### **Transmission intergénérationnelle du « féminin »**

Parmi les stratégies élaborées, certaines femmes acceptent d'avoir des rapports sexuels même si elles n'en ont pas envie par « peur qu'il aille voir ailleurs », ce qui n'est pas spécifique des femmes excisées. D'autres simulent le plaisir sexuel ou l'orgasme pour ne pas décevoir leur partenaire. Presque la totalité laisse au partenaire le rôle décisionnel, c'est donc le conjoint masculin qui établit les temporalités des rencontres et des rapports sexuels, mais aussi les pratiques. Elles perçoivent leur excision comme un « défaut » qui ne leur permet pas de négocier leur sexualité comme elles le voudraient. Cependant ces conditions reflètent en réalité bien d'autres situations très répandues à l'intérieur desquelles se (re)mettent en scène les codes d'un modèle dominant de la sexualité. Les rôles sexuels - masculin et féminin - sont ainsi codés selon des scripts culturels (domination masculine). Bien que la mise en oeuvre de l'interaction entre partenaires sexuels soit codifiée de manière moins nette, il reste pourtant des attentes précises qui règlent cette interaction entre les partenaires, permettant ainsi de réaliser l'acte sexuel. L'initiative et l'action restent plutôt masculines, la séduction et la réaction féminines. Le schéma du déroulement d'une relation sexuelle suit une modalité - les *scripts sexuels* - souvent simple, routinière et répétée. C'est d'ailleurs la possibilité de cette répétition qui à la fois fonde la norme et confirme son fonctionnement. Dans la construction des rapports entre hommes et

femmes et tout particulièrement dans le domaine de la sexualité, Aline Tauzin montre comment la passivité recherchée chez la femme à l'intérieur de la société mauritanienne se construit à travers les techniques du gavage, du mariage précoce et de l'excision (Tauzin, 1988 :33). Ces pratiques visent à éliminer toute forme d'expression ou ressenti de désir féminin qui est dirigé ailleurs, dans l'oralité et non pas dans la sexualité génitale (Tauzin, 1986). La représentation islamique d'une sexualité féminine privée de désir et comblée autrement, renforce et justifie ces pratiques. Dans l'Islam, les femmes sont des êtres à moitié humains, elles constituent une métaphore du paradis, qui est dans cette religion décrit comme le lieu d'un orgasme infini (Bouhdiba, 1975). Dans cette représentation de la sexualité, qui est similaire à l'idéal romantique de la femme angélique, la femme se voit privée d'une subjectivité et d'une volonté individuelle et est ainsi assouvie du besoin comme du désir sexuel.

La décision d'entreprendre un parcours de réparation et plus précisément de recourir à la chirurgie, est, dans la majorité des cas, le fruit d'un projet individuel. Certaines femmes en parlent à leur partenaire. En général, les partenaires ne se disent « pas opposés » et pensent que ce choix revient à leur compagne. Parfois, ils sont totalement indifférents, ou peut-être ne veulent-ils pas prendre une position vis-à-vis de cette question. Il est aussi possible qu'ils se sentent plutôt « inexperts » et « inadéquats » à s'exprimer sur ce sujet. Les partenaires sont les grands absents par le fait qu'ils n'ont pas été interrogés dans cette étude. De manière générale, et par rapport à ce que les femmes rapportent, les hommes africains socialisés à l'excision semblent se tenir plus à l'écart dans le projet de réparation de leurs partenaires, alors qu'ils seraient quelque part plus légitimes que les hommes « occidentaux » à s'exprimer sur ce sujet puisqu'ils le connaissent. Au contraire, il émerge une attitude à la fois de respect d'une sphère à laquelle ils ne semblent pas avoir le droit d'accès et une acceptation complice qui peut les rendre « coupables » d'une domination masculine. Mais l'excision (ou toutes autres formes de mutilations génitales) demeure une affaire féminine. L'excision touche bien souvent toutes les femmes (sœurs, mère, grand-mères et partenaires) de la famille de ces hommes. Il s'agit d'une tradition intergénérationnelle et transmise sur la base du genre. Les hommes n'ont que leurs partenaires comme interlocutrices. En aucun cas, ils ne peuvent mettre en discussion cette pratique avec leurs propres mères. Les femmes doivent d'abord rompre avec le « féminin »



de la génération précédente avant d'adhérer à un nouveau modèle. Les femmes engagées dans le parcours de réparation semblent réussir cette étape.

Les partenaires s'opposent rarement au projet de réparation, mais dans les cas où une opposition se manifeste au début du processus, souvent ces hommes changent d'avis sur la chirurgie pendant le parcours. Toutes les femmes engagées dans ce parcours démontrent une motivation suffisante à continuer « seules » leurs parcours. Certaines se sont séparées en cours de parcours, pour ne pas « avoir la pression du partenaire » ou pour marquer le fait qu'elles font cette réparation « pour elles-mêmes et pas pour lui ». On peut avancer l'hypothèse que le soutien du partenaire représente un facteur déterminant la spécificité de la population étudiée. Une sélection préalable est faite avant même que les femmes excisées arrivent à l'hôpital ; celles qui n'arrivent pas à continuer leur projet sans l'appui de leur partenaire, voire contre le vouloir du partenaire, ont abandonné ou laissé de côté leur projet de réparation.

### **Perception de soi et projet de réparation**

Les significations que les femmes attribuent au clitoris, au plaisir et à la chirurgie nous informent de la complexité de leur démarche. Les femmes demandeuses de chirurgie réparatrice aspirent à un changement qui va bien au-delà de la modification physiologique de leurs organes génitaux. Les femmes interviewées racontent avoir vécu, à un moment donné de leur vie, une expérience où, subitement, elles ne se sont plus senties « normales ». Tous leurs questionnements commencent par la notion de « normalité » qui est au centre de leurs discours et se décline en deux temps. Cette notion se caractérise d'une part par la recherche, que l'équipe du Service A qualifie d'identitaire alors que l'équipe du Service B qualifie de symbolique, d'être une femme « normale », « à part entière », et, d'autre part, par le désir de jouir d'une « sexualité normale ». La double logique de la recherche d'une normalité se déclinant à travers un corps physique (apparence) et un corps physiologique (performance). Le sentiment de ne pas pouvoir utiliser ces deux compétences (apparence et performance) jugées nécessaires à l'articulation des phases de la relation sexuelle est notamment à l'origine d'une sensation d'inadéquation, voire un d'un handicap (Andro, Lesclingand, Cambois, Cirbeau, 2009).

## **La normalité corporelle et l'importance de l'apparence esthétique**

Les femmes abordent souvent la question de la « normalité » de leur corps dans la double perspective du *corps physique* et du *corps physiologique* (Villani et Andro, 2010). Il s'agit donc à la fois pour elles de retrouver un corps « intègre » c'est-à-dire un appareil génital entier et donc semblable à celui des femmes qui n'ont pas subi l'excision. Néanmoins ces femmes aspirent aussi à la réappropriation d'un corps « capable », compris comme un corps apte au plaisir. Ces attentes les conduisent alors à questionner les normes dominantes et les images disponibles de ces corps revendiqués. Ce questionnement les amène à penser et à revendiquer, dans une démarche de réappropriation, leur place de sujet social et politique dans la société.

### **« Je vois, ça existe » : réalité-rêve ou réalité pornographique ?**

Les femmes accordent une importance particulière à l'aspect visuel de l'opération et se réfèrent généralement à l'apparence physique d'un appareil génital non mutilé. L'évocation du désir de normalité dans sa dimension physique s'exprime dans certaines situations sous la forme d'un discours sur la dimension « esthétique » d'un corps intact. Les femmes qui mettent l'accent en particulier sur l'aspect esthétique accordent une pertinence aux discours et aux images produites dans l'univers médiatique (notamment dans la production pornographique) qui, à leurs yeux, s'imposent comme un modèle de corps intact et désirable. Awa a finalement décidé de ne pas se faire réparer, alors que son malaise se fondait clairement sur un « complexe » d'anormalité au départ.

Je voulais me faire réparer, parce que je me trouvais pas bien, pas normale, j'avais l'impression que tout le monde voyait ça, surtout mon partenaire de l'époque je pensais qu'il ne voyait que ça. [Awa, 28 ans, fille de migrants, assistante maternelle].

Une partie non négligeable de femmes interrogées, toutefois, affirme avoir un bon rapport avec leur corps et considère comme important de donner une image « sexy » d'elles-mêmes. Si certaines d'entre elles acceptent difficilement leur corps depuis qu'elles sont conscientes d'avoir été excisées, d'autres estiment que cela n'affecte en rien la bonne image qu'elles avaient déjà d'elles-mêmes. Ces femmes avaient une image de leur corps et de leur sexe plutôt positive. La découverte de l'excision vient troubler cette vision, mais ne la détruit pas complètement. Elles se disent être gênées seulement lors des situations

précises, notamment lorsqu'elles se trouvent dans de cas d'interactions qui impliquent la nudité. Leur demande de réparation se centre très fortement sur une recherche de « normalité visuelle ». L'apparence - de leur corps et de leur sexe - ne doit pas être « différente » des autres femmes. La chirurgie sert pour elles à reconstruire une « normalité esthétique ». Zahra et N'Deye ont deux profils très similaires, il en est de même des « motivations » qu'elles donnent relativement à leur demande d'une chirurgie.

Zahra : Pour avoir un vagin normal comme tout le monde.

Moi : Pour vous un vagin « normal » ça signifie quoi ?

Zahra : Bah les petites lèvres, les grandes lèvres et le clitoris. Tout ce qui est vu de l'extérieur en fait. [Zahra, 21 ans, fille de migrants, étudiante]

M : Et au niveau esthétique vous vous attendez à quoi ?

N'Deye : Mais avoir un sexe comme les autres. Dans la norme quoi ! Je ne sais pas un clitoris qui ressort, parce que le mien sera sous la peau. J'aurais voulu que le clitoris soit visible, mais apparemment non, il ne sera pas visible, il sera sous la peau. [N'Deye, 23 ans, fille de migrants, étudiante]

L'aspect visuel est un facteur très important de la réparation pour une bonne partie des femmes, qui font du résultat esthétique la preuve d'une normalité acquise. Cependant les images de référence des « sexes normaux » sont rares, tout particulièrement quand il s'agit du clitoris. Les femmes en viennent souvent à questionner le référentiel, c'est-à-dire ce qui caractérise un sexe de femme entier et non-mutilé. Leurs interrogations témoignent de l'ignorance dans laquelle sont toutes les femmes sur leur corps et de l'impossibilité qu'il y a à trouver des informations sur l'anatomie précise du sexe des femmes. La plupart des supports d'information sur la sexualité, livres de biologie ou de sciences naturelles destinés au grand public ou aux élèves dans les établissements scolaires par exemple, ne permettent pas aux femmes de savoir à quoi ressemble un sexe et plus particulièrement un clitoris de femme (Ferrand, 2010 ; Mazaurette, 2008). La dimension physique est, de ce fait, complexe : les femmes ayant recours à l'opération aspirent à avoir un sexe conforme sans disposer d'une image de ce qu'est un sexe « conforme ». La recherche de cette conformité s'effectue sur la base des sources visuelles partagées. De la « conformité » à l'« uniformité » de l'image, les représentations des sexes féminins et des sexualités sont très homogènes.

M : Quels sont les changements dont vous parlez ? Ces changements que vous attendez de la chirurgie ?

Filly: Déjà avoir un clitoris comme toutes les femmes. Parce que moi j'ai pas de clitoris. J'étais sur internet et j'ai regardé comme c'était avec le clitoris, et moi je n'ai pas ça en fait. [Filly, 32 ans, migrante, agent administratif]

Or les images de sexes féminins disponibles sur Internet sont issues principalement de l'industrie pornographique. D'autres images, photographiques ou graphiques, sont disponibles sur des sites spécialisés (médecine, art visuels et plastiques, photographie professionnelle) et qui demandent souvent une inscription ou une restriction payante pour y avoir accès. Aucune de ces femmes n'a indiqué faire partie d'un réseau particulier, l'évocation d'un « Internet » générique fait donc penser à des images de type pornographique.

L'absence de clitoris est chargée d'un sens symbolique : ces femmes craignent d'être vues et perçues – jugées – , notamment par des partenaires masculins, comme des êtres mineurs, de fausses femmes. Pour ces femmes, « avoir un clitoris » qui soit visible est une manière de se protéger face à un jugement - une accusation de « ne sentir rien » ou de n'être pas « une vraie femme » - qu'un partenaire sexuel pourrait porter sur elles. Elles affirment vouloir un clitoris, « même s'il ne marche pas ».

Entièrement socialisée en Afrique, Ode est issue d'une classe supérieure. Elle fait des études poussées (doctorat en France) et jouit d'une grande liberté. Si dans son milieu culturel et ethnique (Samo), l'excision reste répandue, dans son milieu social elle est rarement pratiquée. Plusieurs de ses amies n'étaient pas excisées et vers 12 ans, pendant les cours d'éducation sexuelle, Ode se sent mal à l'aise par rapport à son excision et n'ose pas en parler.

M : l'aspect de votre sexe, de votre clitoris...est-ce que pour vous c'était important ?

Ode : oui, pour moi oui. Pour moi, l'important est qu'il soit déjà visible. Des fois, je sais pas, j'ai l'impression que quand je suis debout...ça dépend des positions en fait. Quand je suis assise c'est visible, quand je suis debout, je me lave, je le sens pas. Je sais pas. Mais pour moi le fait de voir c'est déjà beaucoup. Alors pour ça je me dis que je suis satisfaite.

M : et par rapport à l'idée que vous aviez, vous êtes satisfaite ?

Ode : en fait, c'est peut-être parce que je me suis faite des idées, mais dans ma tête ça allait être plus gros...c'est par rapport à ça. C'est pour ça que je dis que je suis « assez satisfaite », c'est par rapport à la taille... [Ode, 30 ans, migrante, experte comptable]

Bien que Keicha dise « avoir toujours su » être excisée, vers l'âge de 15 et 16 ans, période pendant laquelle ses copines commencent à avoir leurs premières expériences sexuelles et à en parler, elle vit ce « décalage » comme un traumatisme dit-elle. Elle se perçoit comme « anormale » car différente dans son anatomie sexuelle, mais au même temps elle est à la recherche des images de cette « normalité » corporelle.

Elle : À l'époque, je ne savais pas à quoi ça ressemblait le sexe féminin et j'imaginai la forme de ce que j'aurais pu avoir... et donc c'était plus pour me sentir dans la normalité, parce que moi quand je marchais dans la rue, avant de faire l'opération, je me disais « bah, tiens, cette fille-là, elle a quelque chose de plus que moi je n'ai pas ». Et ça faisait vraiment très mal de dire « je suis née avec quelque chose et on me l'a enlevée, mais qu'est-ce que c'est ? » avoir une... pouvoir mettre une... pas un visage mais... une image, une forme ! [Keicha, 28 ans, migrante, responsable commerciale]

Ainsi, il apparaît qu'une partie des femmes ne se réfère pas à des images trouvées sur Internet et qu'elles mobilisent alors leur propre faculté d'imagination. Pour une bonne partie de ces femmes, le regard qu'elles portent alors sur elles-mêmes change après la découverte de l'excision. À partir de ce moment-là, le corps est perçu comme un corps étranger sur lequel elles fantasment et imaginent des propriétés originelles qui ne correspondent pas toujours à la réalité. C'est au moment où on leur annonce qu'elles « n'ont pas de clitoris » qu'elles cherchent à savoir, à imaginer, ce qu'avoir un clitoris veut dire.

Avant de savoir [*que j'étais excisée*], je ne regardais jamais. Mais après qu'ils me l'ont dit, je pouvais rester des heures à regarder et penser ce qu'on m'a enlevé...parce que pour moi mon vagin était normal. Le jour où il m'on dit qu'il me manque quelque chose alors...voilà quoi. [Zahara, 21 ans, fille de migrants, étudiante]

Le clitoris reste un organe fantasmé. Elles imaginent plusieurs résultats, mais en général s'attendent à quelque chose d'assez voyant et proéminent. Le clitoris est parfois conçu comme un implant, comme un organe qui est installé à nouveau, comme une greffe. La grande imagination autour de cet organe fantasmé dévoile que ces femmes n'ont pas reçu (ou trouvé) beaucoup d'information sur le clitoris, que celui-ci est un grand absent des cours d'éducation sexuelle, d'anatomie féminine ou des discours vulgarisés sur la sexualité. Cette absence laisse la place à une importante production de fantasmes, attentes, rêves et projections parfois très éloignées du réel. Une bonne partie des femmes opérées marque

une déception après l'opération si le clitoris n'est pas assez voyant, tout comme elles peuvent se plaindre si le clitoris se rétracte excessivement après l'opération.

**« Je l'ai donc je suis » : le clitoris aux fondements de la féminité**

Pour les femmes interrogées, avoir un clitoris signifie « être normales ». L'exigence d'une preuve visible de la possession du clitoris révèle en même temps un autre type d'exigence : la reconnaissance du statut de femme, qui ne semble pas aller de soi. Pour qu'il soit validé, le statut doit être socialement reconnu : il faut être reconnue « femme » pour être « une vraie femme ». Pour ces femmes, ce statut se concrétise à travers une modification corporelle, qui renouvelle le corps et renouvelle ainsi le statut. Ode dit avoir toujours ressenti de la « honte » par rapport à l'excision et à ses parents. Pour elle la réparation est à la fois un moyen de pardonner sa famille et de quitter le statut de femme excisée.

Dans ma tête, ce que je voulais, c'était d'être comme les autres en fait. Parce que quand j'ai vu sur le net, il y en a certaines qui disaient « non, ça ne change pas grand chose »...beh, il y en avait qui disaient « au moins elles ont un clitoris » ! Pour moi, c'était ça surtout en fait. Et puis, si ça pouvait augmenter les sensations comme ils disaient, pas de problème ! Donc pour moi, c'était surtout ça de pouvoir me dire que j'avais moi aussi un clitoris. Que je ne suis plus excisée en fait. [Ode, 30 ans, migrante, agent comptable]

Dans ce sens, la « quête identitaire » passe forcément par la reconstruction du sexe, l'aspect esthétique devient alors central. Bien qu'elles aient un clitoris qui est toujours là, mais refoulé, ces femmes veulent le voir. Ina ne se considère pas « entière ». Cette perception l'a fait se placer dans une position d'infériorité par rapport aux autres femmes.

On est pas entière, hein ! En sachant qu'on a pas de clitoris, on est pas entière ! Par rapport aux autres femmes...il y a toujours ce petit manque qui est là quoi ! Parce que c'est quoi la différence entre une femme qui a le clitoris et une qui ne l'a pas ? Je ne sais pas quoi ! Parce que moi, je connais que ma situation, le reste je ne connais pas. Je ne sais pas comment les autres femmes sont. [Ina, 32 ans, migrante, chômage]

Le changement tangible et visible, la trace corporelle, la preuve esthétique servent à concrétiser ce projet – initialement abstrait - de reconstruction de soi. Le clitoris - visible - devient la preuve qu'elles sont changées. Une déception, une désillusion, sont perceptibles

lorsque l'équipe explique que parfois les changements ne sont pas visibles ou que la seule chirurgie peut parfois ne pas changer « grand chose ». La démarche de Keicha est « vraiment esthétique » parce que, dit-elle « le plaisir, j'en avais déjà ». Elle dit que le fait de savoir « qu'ils m'ont enlevé quelque chose » l'a toujours bloquée, elle ne se sentait pas « comme les autres femmes ». C'est la raison pour laquelle pour elle il était d'autant plus important que *son corps ressemble à un corps normal*, que l'apparence de son sexe soit celui d'un sexe anatomiquement intact. Keicha se fait opérer au sein du Service A et souligne l'importance du résultat esthétique en demandant de reconstruire les petites lèvres. Toutefois, la reconstruction des lèvres ne rentre pas dans le protocole de réparation (reconstruction du clitoris) et n'est ainsi pas prise en charge par l'assurance maladie. Le médecin qui l'opère lui dit que « ils verront ce qu'ils peuvent faire », Une fois opérée, elle découvre que « rien à été fait à ce niveau-là ». Elle est particulièrement déçue, car ce n'était pas ce qu'elle voulait et le dit aux spécialistes de l'équipe (gynécologue et sexologue). Elle décide alors de se tourner vers le Docteur Foldès et se fait opérer une deuxième fois pour se faire reconstruire les petites lèvres<sup>218</sup>.

Ils m'ont dit qu'il fallait attendre, mais au niveau esthétique...enfin c'était pas ça ! je l'ai exprimé à la sexologue, ils m'ont dit qu'avec le temps, ça allait beaucoup changer. Donc c'est pour ça que six mois après j'ai consulté quand même le Docteur Foldès, parce que j'étais quand même déçue et je suis allée le voir et il m'a regardé et il m'a dit que l'opération au clitoris était bien fait mais qu'effectivement il n'y avait rien au niveau de petites lèvres. Et moi je lui ai demandé est-ce qu'éventuellement il peut rattraper en termes esthétiques parce que à moi, ça me plaisait pas. J'ai demandé s'il pouvait rattraper au niveau des petites lèvres et il m'a dit d'attendre la cicatrisation quand même et donc 8 ou 9 mois après, je suis retournée en consultation et il m'a dit que c'était possible et je me suis fait re-opérer en fait...[Keicha, 28 ans, migrante, responsable commerciale]

Dans les comptes-rendus cliniques de la sexologue et de la psychologue, aucune mention n'est faite quant à la demande explicitement formulée par Keicha de vouloir reconstruire chirurgicalement ses petites lèvres. La sexologue interprète sa demande de « retrouver un corps de femme » comme le signe d'un manque de confiance en elle, ce qui

---

<sup>218</sup> La chirurgie de reconstruction des petites lèvres est considérée comme de la chirurgie esthétique et ne rentre pas dans le protocole de chirurgie réparatrice des mutilations sexuelles qui prévoit la seule reconstruction clitoridienne. Le Docteur Foldès a élaboré un protocole expérimental et propose la reconstruction des petites lèvres également qui est soit pris en charge par la patiente soit par une assurance complémentaire privée qui rentre en matière dans ce genre d'opération.

la « bloquerait » et principalement par l'existence diagnostiquée des « tabous culturels ». La sexologue entend et interprète le désir de « découvrir de sensations externes », comme une manière pour demander d'avoir plus de plaisir, alors que Keicha précise en entretien avec moi que l'opération pour elle se jouait presque exclusivement sur le plan esthétique car « le plaisir je l'avais déjà ».

### **Encadré 8.3 Profil clinique de Keicha**

**Cas : opérée, durée du parcours (4 mois, 4 consultations) plus suivi post-opératoire et deuxième chirurgie de reconstruction des petites lèvres chez Foldès**

#### **Avis de la sexologue**

Jeune femme très mature, a longuement pris le temps de la réflexion...

Découverte d'émoi sexuel en âge lors des sorties (honte !) Pas d'auto-érotisme car culture → tabous sexuels (virginité, etc...) mais plusieurs partenaires.

Attentes : « retrouver un corps de femme » (« bloquée » car pas de confiance en elle) ; découvrir des sensations « externes » (!)

#### **Avis de la psychologue**

Révolte, sentiment de trahison lors de découverte, mais dit être femme très indépendante, ce qui rendait inacceptable cette atteinte à son corps sans accord. Démarche de réparation est un repositionnement en tant que maître de ses décisions et de son corps.

L'importance du « côté visible » de cette démarche semble contenir la matérialité d'un changement plus profond (identitaire ou symbolique pour l'équipe). Les femmes rapportent l'existence d'un sentiment d'angoisse vécu dans la période post-opératoire lorsque le clitoris rétrécit et se rétracte sous la peau. Ode relate la sensation d'avoir eu des hallucinations « parfois il est petit, parfois il est gros, des fois je le vois et d'autres [fois], je ne le vois pas ». Elle a peur que ça redevienne « à zéro » :

Quelques mois après, le clitoris est rentré sous la peau, avait disparu, il avait rétracté. Et ça, ça a réveillé des anciens souvenirs en fait. Comme si j'avais eu quelque chose et puis ça avait encore disparu. Et là, c'était douloureux en fait. [Ode, 30 ans, migrante, experte comptable]

L'aspect esthétique n'est donc pas secondaire dans cette chirurgie. La qualificatif d'esthétique ne renvoie pas à une question de beauté, au sujet de laquelle l'équipe elle-même trouve les résultats esthétiques parfois insatisfaisants. La chirurgie, bien qu'elle se fonde sur une restauration esthétique du clitoris dans sa position visible et normale, acquiert sa propriété réparatrice en remettant un clitoris dans sa position initiale. Le clitoris refoulé existe et peut fonctionner. Dans certains cas, un refoulement trop profond



provoqué par une mutilation grave nécessite une intervention structurelle et chirurgicale, mais, dans bien des cas, il peut être stimulé et rééduqué sans intervenir dans la chair. L'équipe du Service A parle alors de « réparation identitaire », l'équipe du Service B de « réparation symbolique ». Les femmes quant à elles s'expriment souvent en termes de « droits », en disant qu'elles veulent récupérer « ce qui leur appartient » ou « ce qu'on m'a pris » ou « ce qu'on m'a volé ». N'Deye dit vouloir faire l'opération « par rapport à moi, pour récupérer ce qu'on m'a pris ! ».

C'est dans ce sens que les revendications exprimées par les femmes en termes de vouloir qu'on lui rende ce qu'on leur a pris, doivent être lues comme des revendications politiques que ces femmes demandent qu'un droit leur soit reconnu. Elles souhaitent restaurer une normalité corporelle, à travers laquelle elle vont pouvoir s'affirmer égales aux autres (femmes non excisées). En réalisant cela, ces femmes s'engagent dans un processus de normalisation de leur sexualité, dans la mesure où l'égalité demande à se conformer aux normes sexuelles dominantes.

### **La normalisation sexuelle et l'engagement dans la sexualité**

La normalisation sexuelle évoque l'idée d'une conformité des comportements sexuels notamment envers les modèles dominants. Les femmes qui s'engagent dans un parcours de réparation, se mettent dans ce sens en quête de référents culturels véhiculés par des discours savants (médecine) ou des discours vulgarisés (médias), recherchés dans des espaces institutionnels (l'hôpital) ou dans des contextes informels (Internet).

Depuis quelques années, les médias<sup>219</sup> tendent à représenter le clitoris comme l'organe associé à la capacité sexuelle de la femme à avoir du plaisir. Parfois cette capacité sexuelle est exaltée de manière exagérée en « hyper érotisant » le corps de la femme. Les médias – et la vulgarisation du savoir sexologique – contribuent à construire une sexualité féminine multi-orgasmique sur un corps ultra-sensible. La mise en avant du corps biologique contribue à construire une représentation de la sexualité féminine située dans un corps doté d'une quantité de terminaisons nerveuses telle qu'il est particulièrement réceptif aux stimulations. À partir d'un corps équipé d'un dispositif biologique si puissant, le plaisir sexuel serait certain, voire obligatoire. La situation inverse se définit pour le corps

---

<sup>219</sup> Il s'agit des « médias » générique ici invoqués, dans la mesure où la représentation de la sexualité se médiatise à travers les discours (articles, reportages) et les images (cinéma, photographie).

médical comme « dysfonctionnelle » et demande à être « réparée ». Hommes et femmes sont aujourd'hui socialisés à ce type de sexualité ultraperformante. Parallèlement, lorsque cette situation n'est pas réalisée – et cela est une préoccupation contemporaine – un nombre considérable de personnes affectées d'une « pathologie sexuelle » (absence d'orgasmes, troubles de l'érection, baisse du désir, etc) consultent des spécialistes (les sexologues) et s'engagent – en assumant souvent les frais financiers – dans un parcours thérapeutique solitaire ou en couple. L'injonction à jouir d'une sexualité dont le plaisir est exalté, est devenue la nouvelle norme. Les femmes excisées – si elles échouent à vivre ce genre d'expériences fantastiques présentées dans les médias (reportages dans les magazines, films, documentaires, internet, etc.) – expliquent cet échec par leur excision. La majorité des femmes interrogées est venue consulter pour réparer leur sexualité. Ces femmes 1) se confrontent à ce modèle spécifique de sexualité féminine ultra performante 2) vivent une ou plusieurs expériences d'échec, 3) expliquent cet échec par le fait qu'elles ont été excisées. D'autres femmes excisées peuvent se déclarer satisfaites de leur vie sexuelle ou ne pas considérer comme un problème l'absence de désir et de plaisir sexuel.

**« J'ai un clitoris, j'ai du plaisir » : reconstruction du clitoris et légitimation du plaisir**

Ces femmes estiment que leur excision est la cause qui ne leur permet pas de légitimer leur propre plaisir et de s'autoriser les mêmes pratiques sexuelles des femmes « qui ont le clitoris ». Faraa a 33 ans et est née au Burkina Faso, originaire de l'ethnie Mossi. Elle est arrivée en France à 26 ans et laisse au pays son ex-mari et un enfant. Elle fait une formation pour obtenir un certificat (CAP) de secrétariat et trouve ensuite un emploi comme assistante maternelle dans une crèche (puéricultrice). Elle s'est installée à Toulouse avec un homme africain originaire du Zaïre, avec qui elle est en couple depuis 7 ans et a eu deux enfants. Elle a été excisée à l'âge de 7 ans et garde des souvenirs précis de son excision. Son partenaire n'a pas été socialisé dans une culture où l'on pratique l'excision, mais se montre « très compréhensif » dit-elle et l'appuie dans sa démarche de réparation. Elle entreprend ce projet « à distance » et fait les allers-retours entre Paris et Toulouse. À cause de la distance, elle bénéficie d'un allègement en termes de durée de parcours et est opérée rapidement.

Faraa montre comment la chirurgie déclenche un processus de légitimation au plaisir, qui est entendu comme une possibilité active de se laisser aller. Cette nouvelle capacité

relève à la fois des conditions matérielles apportées par la réparation physique et d'un nouveau regard sur sa propre sexualité et ses propres potentialités.

C'est vrai que dans la tête on se dit « le plaisir, on peut pas l'avoir ». On essaye de se contenter de ce qu'on a et de vivre avec quoi ! Mais là maintenant [*après la chirurgie*] on sent qu'il y a eu des changements et on se laisse aller pour beaucoup plus de choses, dans des délires, dans des trucs qu'on faisait pas avant. On se dit qu'il y a ça [*le clitoris*] qui est là et on vit plus ! [Faara, 33 ans, migrante, assistante maternelle]

Ritha est une femme migrante de 29 ans. Elle est née en Côte d'Ivoire et est arrivée en France à l'âge de 20 ans, à la recherche d'indépendance et d'une condition de vie meilleure et d'un travail, puisque dans son pays d'origine elle ne trouvait pas un emploi. Elle travaille comme assistante maternelle et a une relation avec un Ivoirien depuis trois ans qui est resté au pays. Elle a été opérée, toutefois ni l'excision ni la réparation n'ont jamais été discutées dans son couple. Elle se rend régulièrement en Côte d'Ivoire et elle retrouve son partenaire un mois après son opération. Elle décide toutefois de rien lui dire, elle espère qu'il remarque son changement. Elle est rapidement déçue, car son copain ne semble pas avoir changé son regard sur elle, ce qui annule les effets qu'elle a pourtant remarqués au départ. L'immutabilité des comportements sexuels de la part de son partenaire efface les fantasmes sexuels – les « trucs dans la tête » - qu'elle commençait à imaginer.

Elle : Mais non, c'est ce que j'ai dit : il n'y a pas grand chose qui a changé ! Au début en fait, au mois d'août, je me suis dit que j'avais plus d'effets, je me faisais trop de trucs dans la tête, je me disais que c'était bien sorti...

M : « de trucs dans la tête » qu'est-ce que ça signifie ?

Elle : Je me disais .... J'étais plus libérée dans la tête, je me disais que... bon je suis comme toutes les femmes, j'étais plus à l'aise quand je faisais l'amour et tout... mais après quand je suis rentrée d'Afrique... quelque chose s'est renfermé à nouveau

M : ... quelque chose dans la tête ou dans le sexe ?

Elle : dans la tête. L'amour c'est aussi dans la tête hein !

M : l'amour ou le plaisir ?

Elle : un peu les deux... si dans la tête il y a trop de pensées... pour moi le plaisir ça dépend aussi. Quand j'aime quelqu'un j'aime que ce soit ... là je peux dire que j'ai un blocage, je peux pas me donner à quelqu'un à 100% [Ritha, 29 ans, migrante, assistante maternelle]

La quête exacerbée de la normalité dans la démarche de réparation attribuée à l'excision a beaucoup d'effets. Réparer les dégâts - physiques ou psychologiques - de l'excision fait croire à ces femmes que l'opération apportera des changements positifs dans leur vie (relationnelle, affective, familiale, sexuelle). L'idéal d'amélioration - une idée d'évolution, de progrès vers quelque chose de mieux - nourrit le projet de réparation. De l'autre côté, les membres de l'équipe craignent ces attentes « démesurées » et cette idée d'une « chirurgie magique ». Par ailleurs, lors des consultations (avec la sage-femme, sexologue, psychologue et gynécologue), les spécialistes répètent à plusieurs reprises la relativité des améliorations que la chirurgie peut apporter (« parfois ça change pas grand chose ») et l'importance d'un travail demandé à travers l'engagement d'un véritable parcours de réparation.

Le cas de Aïcha est particulièrement intéressant puisqu'il montre un profil de femme qui s'écarte complètement du profil type de patiente encouragé par l'équipe médicale. Femme de 45 ans, originaire du Nigéria de l'ethnie Ijaw, elle a fait tout le parcours de réparation à l'intérieur du Service A qui a abouti à un refus chirurgical. Jugée trop « âgée », sa sexualité en « perte de vitesse » est naturalisée à travers l'âge. En outre, elle tient un discours pour l'équipe « ambivalent », « flou » et « paradoxal » puisqu'elle ne formule pas son excision clairement en termes de traumatisme. Elle a d'ailleurs refusé de faire l'entretien avec moi, qui s'est réduit en une conversation téléphonique d'une durée de 20 minutes. C'était pourtant pour moi un personnage rare et que je ne voulais pas exclure de mon analyse, bien qu'il ne soit pas représentatif des trajectoires des femmes interrogées. Sociologue, avec un Bac +4, Aïcha mène une vie très indépendante économiquement et sexuellement. Elle n'a pas d'enfants et n'est pas mariée, mais a eu plusieurs relations amoureuses. Elle a été excisée très jeune, quand elle n'avait que quelques jours de vie, et ne garde aucun souvenir de son excision. Elle a formulé une demande de réparation quand elle a eu connaissance de l'existence de cette opération car dit-elle voulait savoir « ce qu'être réparée veut dire » et les éventuelles nouvelles sensations que cette chirurgie peut apporter. Elle ne se conçoit en tout cas pas comme une « victime » et au contraire exalte la liberté sexuelle dont elle jouit. Cette femme ne peut donc pas « être réparée » par l'équipe, qui refuse sa demande. Cette « mobilité » demandée par l'équipe consiste à sa capacité à s'intégrer dans la vision dominante de l'excision et de ces conséquences.

#### Encadré 8.4 Profil clinique d'Aïcha

##### Cas : non opérée, durée du parcours (4 mois, 5 consultations) refus chirurgical

###### Avis de la psychologue

Patiente décidée à faire la chirurgie réparatrice mais motivations relativement paradoxales :

- veut découvrir ce que c'est d'avoir un clitoris d'un côté MAIS d'un autre côté, me dit avoir été « très peu » excisée (minimise ++ mutilation) → orgasmes était plus jeune, plaisir ++ quand se masturbe.
- Veut être une femme comme les autres MAIS n'a jamais été gênée, ou ébranlée depuis qu'elle a appris qu'elle était excisée.

⇒ Expliquer +++ possibilité que l'opération soit peut-être délétère sur le plaisir qu'elle ressent aujourd'hui

Pour elle, au Nigeria, l'excision est une pratique quasi symbolique tant le geste est réduit à la coupure la plus minime « pour faire plaisir aux grands parents » → Recadrer le bénéfice du temps entre consultations pour mûrir la demande

###### Avis de la sexologue

En fait dialogue pas très facile car effectivement beaucoup d'aspects très paradoxaux =

- au fond assez peu traumatisée par son statut d'excisées (dont l'anormalité n'est apparue qu'à cause de la migration en France)
- assez libre par rapport à sa culture d'origine quant aux relations hommes / femmes (et revendique cette liberté)
- de toute évidence, sexualité actuellement en « perte de vitesse » (mis sur le compte de l'âge) mais a été apparemment très satisfaite à certaines périodes

Demande de réparation chirurgicale dont les motivations paraissent assez floues...

J'ai essayé de la remettre dans le réel, mais ce n'est pas très facile → car curieusement niveau de réflexion et d'élaboration « meuble » assez pauvre par rapport à d'autres patientes moins éduquées...

⇒ Bien reposer la réalité de ce qu'on va faire chirurgicalement (avec ses aléas...)

Les femmes – une minorité – qui considèrent l'apparence de leur sexe comme « normal » et ne perçoivent pas une différence particulière, ont une image positive d'elles-mêmes et de leurs corps. En revanche, elles jugent leur sexualité moindre ou mauvaise. Elles se disent insatisfaites et demandent à avoir (plus) de plaisir sexuel. La demande de Souelha, par exemple, est centrée de manière exclusive sur le plaisir sexuel. Pour elle, l'excision n'est pas gênante sur le plan esthétique.

Souhela : Vous savez j'ai toujours eu des sœurs excisées... enfin pour moi l'excision c'est normal hein ! Et même aujourd'hui, vous me demandez ce que j'en pense : prr ! La différence, je la vois pas trop quoi ! Je ne sais pas...le clitoris là on le voit, enfin il apparaît, mais sans plus quoi ! Mon mari regarde et il est pas plus choqué que ça, il me dit « c'est tout à fait normal ». Au niveau des lèvres, on voit pas la différence. Il m'a dit « on ne voit pas la différence ».

M : donc ...pour vous quel était le sens de faire une chirurgie réparatrice ?

Souhela : avoir une vie sexuelle normale. Que j'avais jamais eu. Trouver le plaisir que j'avais jamais eu. Parce que quand je parlais avec mes copines qu'elles disaient ce

qu'elles faisaient avec leurs maris, moi je disais « il y a un truc qui va pas. Moi je ressens rien » [Souelha, 34 ans, fille de migrants, agent administratif]

Pour une partie de femmes faisant la demande de reconstruction l'anormalité physique et la différence esthétique n'est pas mise en avant. Cet élément peut entraver leur demande car être interprétée par l'équipe comme le manque d'une prise de distance avec la culture de l'excision et tout ce que celle-ci implique.

### **Les références à la normalité : l'industrie pornographique**

La plupart des femmes interrogées cherchent une « normalité sexuelle ». Elles disent demander souvent à leurs amies ou à leurs partenaires ce qui est normal et ce qui ne l'est pas. Cette manière de construire la sexualité (ainsi que d'autres aspects de sa personnalité) n'est pas spécifique aux femmes excisées. Dans cette recherche extérieure des références cognitivo-culturelles, ces femmes accèdent aux discours médiatiques et publics (sur l'excision et sur la sexualité). Lorsqu'elles entendent des messages tels que « une femme excisée n'est pas une vraie femme »<sup>220</sup>, elles se retrouvent complètement perdues et seules à la recherche de ce « qu'être femme veut dire ». De la même manière, lorsqu'elles apprennent que « l'excision détruit la sexualité de la femme », elles chercheront sans doute à réparer la cause de ce qui est désigné comme élément détruisant leur sexualité : l'excision.

Comme pour la recherche d'une « normalité corporelle », également dans la recherche d'une « normalité sexuelle », les femmes cherchent des modèles auxquels elles peuvent se confronter. Le matériel pornographique devient alors souvent un référentiel (visuel, pédagogique). Les femmes interviewées expriment une préoccupation quant à l'aptitude au plaisir, ce qui les amène à interroger plus largement la question du plaisir sexuel féminin et les formes d'injonctions et de normes sociales structurant la sexualité des femmes. Elles questionnent la production pornographique qui propose des scénarii sexuels où les femmes prennent du plaisir et le manifestent de manière exagérée. Ces matériaux pornographiques leur sont souvent renvoyés comme référentiel d'une activité sexuelle performante, par leur partenaire homme. Les images de la sexualité des femmes et les normes sociales de la sexualité qu'elles véhiculent entrent plus ou moins en cohérence avec le vécu et les

---

<sup>220</sup> Plusieurs femmes disent avoir entendu cette phrase par leurs partenaires ou des amies non-excisées. Une femme dit avoir entendue une phrase similaire par sa tante : « une femme excisées est une femme à moitié », une autre femme raconte avoir entendu cette phrase par ses propres sœurs non-excisées.

aspirations des femmes opérées ou engagées dans le protocole. Filly est mariée avec un homme de même nationalité qu'elle (Côte d'Ivoire). Elle a eu une relation avant le mariage avec un autre homme, qui lui avait dit trouver son sexe « bizarre ». Son mari lui a aussi confirmé « qu'il y a des filles différentes et qui ont beaucoup de plaisir ». Elle s'est faite opérer, mais n'a pas constaté de grands changements (esthétiques et fonctionnels) après l'opération. Elle affirme que « c'est pareil, c'est comme avant ». Elle songe à se faire opérer une seconde fois, car elle trouve que la première « n'a pas marché ». Cette raison la motive d'ailleurs à accepter l'entretien que je lui ai proposé puisqu'elle pense pouvoir être renseignée sur son état. Son partenaire lui propose souvent de visionner des films pornographiques ensemble, expérience vécue ainsi :

Même là aujourd'hui, je pense qu'il me manque quelque chose pour m'épanouir plus en fait. Je me sens bien, au niveau physique, dans mon corps et tout, mais sexuellement, c'est tout. Quand [mon copain] me fait regarder de films pornos et il me dit « voilà, tu vois comme les filles sont ». Donc des fois, je me dis ce sont aussi des sketch aussi, c'est un peu exagéré, mais il me dit « il y a certaines filles qui sont exactement comme ça ». Je me dis « ah, c'est comme ça qu'elles ont du plaisir... » mais moi bon... je ne suis pas comme ça. C'est de là que j'ai commencé à voir que je ne suis pas vraiment comme toutes les filles qui ne sont pas excisées. Moi je suis excisée. Peut-être, c'est pour ça que je n'ai pas autant de plaisir. [Filly, 32 ans, migrante, agent administratif]

Les femmes excisées s'insèrent dans un espace social et politique où les référents à la sexualité sont culturellement déterminés. La culture pornographique, parmi d'autres, détient tout de même une suprématie dans la diffusion d'une représentation de la sexualité. Cette socialisation à la sexualité est partagée par les femmes non excisées, mais la différence est que les premières expliquent leurs difficultés à correspondre à un modèle, souvent uniforme, de sexualité féminine par le fait de leur excision et non pas par une domination masculine.

### **Adoption du modèle de sexualité dominant et réussite sociale**

Ces femmes sont également confrontées à une représentation de la sexualité féminine qu'elles n'ont pas choisie elles-mêmes. Elles s'y trouvent confrontées par leurs partenaires masculins, ou par leurs amies qui y adhèrent également. Des injonctions, des indications, voire des contraintes externes suggèrent de se comporter d'une telle manière, réagir d'une autre, prouver un tel sentiment dans une telle situation. Comme toutes les femmes, elles ne

peuvent donc pas échapper aux constructions externes des cadres légitimes dans lesquels elles sont reconnues, cataloguées et étiquetées en tant que femmes. La sexualité se construit sur des représentations préexistantes, élaborées, véhiculées, orientées et construites par des agents plus ou moins conscients d'élaborer et de véhiculer avec elles des valeurs morales et des libertés d'agir. Les femmes questionnent enfin cette capacité d'avoir du plaisir (Maïmouna) mais également de donner, renversant la représentation classique qui assigne les femmes à un rôle passif et récepteur (Salimata). Maïmouna s'oppose à l'éducation « africaine » qu'elle juge machiste et opprimante. Elle sort du foyer familial et s'installe seule dès sa majorité civile. Elle développe une indépendance autant au niveau économique, qu'affectif et sexuel. Pour elle la sexualité implique avant tout « prendre du plaisir », ce qui historiquement correspond au modèle de sexualité masculine.

La sexualité, c'est très psychologique. Je pense qu'avant d'avoir du plaisir, il faut se donner du plaisir. Voilà, il faut se donner du plaisir. Et pour se donner du plaisir, il faut découvrir son corps pour pouvoir diriger son partenaire à ce qu'on aime et pas forcément subir...

Je ne suis pas d'accord avec cette place que la société donne à la femme. Elle n'est pas capable de mener... Moi, pour arriver là où je suis, c'est toute une bataille, c'est toute une bataille. C'est de croire en ce que je fais, pas forcément attendre d'avoir quelqu'un qui dit « oui, c'est très bien ce que tu fais », non c'est prouver à moi-même tout ce que je suis capable de faire. Après on dit « les femmes ne sont pas capables de ... » : ce sont les machistes ! On peut diriger et quand on fait l'amour aussi ! En tout cas pour moi, si on veut vraiment découvrir le plaisir, il faut se faire plaisir soi-même. [Maïmouna, 32 ans, fille de migrants, directrice d'un centre de loisir]

Lorsque Salimata a pris contact la première fois avec le Service A, elle était enceinte. Elle attend aujourd'hui que son enfant soit un peu plus grand, pour reprendre son projet de réparation. En effet, elle était surprise d'apprendre lors du premier rendez-vous, qu'avant la chirurgie, plusieurs consultations étaient nécessaires. Elle a réalisé « de n'être pas normale » à l'âge de 17 ans, lors du premier rapport sexuel. Elle dit que ses copines racontaient ce qu'elles faisaient avec leur copains et ce qu'elles ressentaient, « enfin elles expliquaient vraiment l'effet » ce qui la met en décalage avec les autres : « à l'intérieur de moi, je me disais : mais comment ça se fait que moi je ne ressens pas ça ? il y a quelque chose de bizarre en moi, quelque chose qui ne va pas ». Ainsi, elle a construit sa sexualité en dehors du plaisir, ce qui la rend extrêmement insatisfaite. Elle souhaite se faire réparer



pour améliorer ses relations sexuelles, mais aussi comme elle dit « pour retrouver justement quelque chose auquel je n'ai plus accès de tout ! j'attendais de retrouver des nouvelles sensations, des nouvelles choses... ». Salimata désire changer une « histoire » qu'elle connaît, ce qui veut dire changer le rôle de son personnage, devenir celle qui « donne du plaisir » à son partenaire.

C'est vrai que quelquefois juste avant d'avoir de rapports sexuels, je me dis à l'intérieur de moi « de toute façon ça sert à rien de commencer, parce que je sais déjà comment ça va finir... », je me dis ça sert à rien d'aller plus loin, c'est comme si je connaissais déjà l'histoire... je la connaissais déjà et... j'aurais envie que ça se passe autrement quoi.

Quand je dis que « je me sens coupable » c'est parce que j'ai l'impression de pas participer. Et en fait, j'ai l'impression de ne pas assez faire pour que lui puisse avoir son plaisir aussi. C'est pour ça que je me sens coupable. [Salimata, 24 ans, fille de migrants, standardiste]

Les femmes qui invoquent comme première raison de leur engagement dans un parcours de réparation la recherche du plaisir sexuel (améliorer, découvrir), se plaignent clairement de leur vie sexuelle : elles admettent vouloir améliorer leurs rapports sexuels ou augmenter le plaisir. Celles qui évoquent ce dernier argument, disent avoir une vie sexuelle et conjugale relativement satisfaisante.

Les transformations physiologiques attendues ou expérimentées par ces femmes après l'opération les confrontent à des situations sexuelles nouvelles qui ne sont pas toujours directement appréhendables comme une amélioration de la qualité de vie sexuelle ou de leur capacité sexuelle. Les pratiques sexuelles sont porteuses de valeurs et de significations pouvant s'avérer différentes voire opposées selon qu'elles sont insérées dans une culture ou dans une autre (Caplan, 1987) et donc elles se doivent d'être « re-signifiées ». La sexualité des femmes est en général appréhendée à l'aune de son adéquation au désir et aux attentes des partenaires masculins. Il se peut donc que d'autres normes soient prises comme références, mais cela a été un cas figure très marginal dans cette population, qui souvent se réfère à une norme occidentale dominante de la sexualité. Les conséquences de l'opération en matière de lubrification sont emblématiques de cette dimension. Les femmes interviewées expriment des points de vue très divergents. Pour certaines, la valorisation du « dry sex », c'est-à-dire la pénétration vaginale « à sec », a créé un problème pour elles à la suite à l'opération à cause de l'augmentation des sécrétions vaginales lors des rapports sexuels. Dans ces situations, le fait de « mouiller » n'est pas conçu

comme signe de l'excitation et de plaisir mais comme une source de gêne dans le cadre de l'échange sexuel. Saiba dit parfois regretter d'avoir fait l'opération à cause des changements qu'elle entraîne dans sa manière de vivre sa sexualité, notamment par rapport aux référents culturels dans lesquels elle a vécu sa sexualité jusqu'alors.

Maintenant, quand je suis avec mon copain, je mouille beaucoup, je mouille vite, je mouille beaucoup ! Avant, il disait que c'est sec et tout... et c'était mieux pour lui.

[Saiba, 27 ans, migrante, chômage]

Le cas de N'Deye révèle également l'existence des normes sexuelles prises en référence et différentes de celles du contexte social dans lequel vit la femme. N'Deye, issue d'une famille sénégalaise musulmane de l'ethnie Peul, souligne l'importance de la virginité dans sa religion, à laquelle elle adhère, du moins formellement. Elle parle de sexualité avec quelqu'un de son entourage, notamment des amies également musulmanes. Elle donne en exemple le cas d'une amie en couple pour expliquer comment elle gère sa relation amoureuse et sexuelle (sans pénétration vaginale) tout en gardant sa virginité. Actuellement célibataire, N'Deye est tiraillée entre un désir de se mettre en couple et s'affranchir sexuellement, et le maintien d'une loyauté par rapport à l'éducation reçue.

Elle : il est musulman, les deux sont d'accord. C'est comme ça hein dans le milieu musulman. En général, les gens font tout et n'importe quoi, mais il n'y a pas de pénétration.

M : et pour vous aussi ?

Elle : oui, c'est une obligation aussi pour moi. Autrement, je l'aurais fait il y a longtemps, peut-être il y a 2 ou 3 ans. Mais comme c'est une obligation, le respect etcetera... et après ce qu'on va dire... Parce que nous sommes musulmans sénégalais et au Sénégal je sais qu'il y a différentes pratiques le jour du mariage et ils vérifient qu'on soit bien vierge. Pour les arabes, il y a un espèce de test, ou je ne sais pas quoi. Mais nous, c'est une espèce de drap qui doit avoir une tâche de sang. Pour nous, c'est plus une obligation qu'un choix. En plus, c'est pas juste parce que les hommes vont à gauche et à droite, tandis que la femme doit être... mais bon, on peut pas mettre en cause les traditions. On doit faire avec. [N'Deye, 23 ans, fille de migrants, étudiante]

Une pluralité de normes et de références sexuelles existe et est évoquée par ces femmes. La norme de la virginité musulmane ou la norme médicale de l'intégrité corporelle agissent dans le même espace social, où les échanges et la circulation de cette pluralité des normes doivent se lire comme l'expression d'une « démocratie sexuelle » (Fassin, 2005). À l'intérieur de cet espace et par la pluralité d'injonctions relatives à la « normalité », les

femmes élaborent des stratégies et négocient de manière plus ou moins consciente, les rôles et les cadres à l'intérieur desquels elles construisent leur propre « normalité sexuelle ». Adhérer au modèle dominant devient pour ces femmes un enjeu majeur, où se jouent le degré et le succès d'une intégration sociale et politique dans une société leur rappelant sans arrêt leur diversité.

### **L'institutionnalisation du « projet pour soi »**

La réparation d'un corps violé et mutilé dans son intimité constitue à la fois un projet privé (sexe) et un engagement public (lutte aux mutilations sexuelles). La réparation – physique ou symbolique – acquiert une valeur politique lorsque les femmes se rapproprient de leur corps, de leur choix en matière sexuelle, de leur pouvoir de négociation dans les rapports de genre. Le projet pour soi s'institutionnalise à travers le parcours de réparation.

Satina a 27 ans et est née en France de parents maliens de l'ethnie Soninké. Elle a niveau d'étude Bac+ et travaille en qualité d'assistante de gestion. Célibataire sans enfants, elle est en attente d'être opérée.

C'est très très symbolique, même si je l'ai [le clitoris] mais qu'il ne fonctionne pas, c'est pas grave, mais au moins qu'il soit là quoi ! Je le veux parce que ça appartient à moi.  
[Satina, 27 ans, fille de migrants, assistante de gestion]

L'excision, construite dans les cultures qui la pratiquent comme un rituel pour accéder au statut de « vraies femmes », devient pour les femmes qui souhaitent avoir recours à la chirurgie réparatrice, une mutilation qui ne les a pas rendues normales mais au contraire les a mises en marge, dans une catégorie de femmes « incomplètes ». Il y a un renversement dans leur esprit de ce qu'est la normalité ou, en tout cas, une contestation de leur ancienne condition. L'excision les ayant dépossédées de la maîtrise de leurs corps, les femmes interviewées veulent en reprendre possession. Ce discours de dépossession/reprise de contrôle est également exprimé par ces femmes qui désirent « retrouver ce qu'on m'a pris ». Ce qui leur a été pris est plus qu'une terminaison nerveuse, c'est leur individualité et l'accès à la maîtrise de leur propre corps.

### **Réparer son corps, reconstruire sa sexualité**

Dans cette optique de construire un espace pour soi, elles s'engagent dans cette démarche individuelle, tout en sachant que le prix à payer est parfois très élevé (isolement

social, rupture des liens familiaux, accusation de trahison par rapport aux ancêtres et à la tradition). Le cas de Fatou est exemplaire dans ce sens. Femme de 38 ans, migrante et arrivée en France très tard, à l'âge de 22 ans. Elle a été entièrement socialisée en Côte d'Ivoire, où elle est née de l'ethnie Bambara. Elle a été excisée lorsqu'elle avait quelques mois et ne garde donc aucun souvenir. Fatou découvre la signification de son excision, lors de son mariage, à 16 ans avec un homme âgé de 20 ans de plus qu'elle et choisi par la famille. Ce mariage arrangé fonctionne pourtant dans le temps et elle se considère comme heureuse. Mère de quatre enfants, elle n'est pas scolarisée et travaille au noir comme femme de ménage. Très attachée à ses origines et à sa famille en Afrique avec qui elle maintient les contacts, la chirurgie est pour elle une de rares choses qu'elle fait par elle-même (sans consulter personne ni demander la permission à quelqu'un) et pour elle-même (à son bénéfice). Le fait que son projet de réparation – « ça » - s'inscrit dans une démarche secrète et individuelle acquiert pour elle le sens d'être maître et propriétaire – peut-être pour la première fois dans sa vie - de son destin.

Moi : et vous avez parlé avec quelqu'un de votre famille, vos sœurs, votre mère ?

Fatou : Non, je n'ai pas parlé. Ça, c'est MA VIE ! Ça, c'est à MOI. S'il y a un secret, ils vont le dire ailleurs. Ça, c'est à moi. Peut-être je vais parler à une copine, que je lui fais confiance, que j'ai son secret. [Fatou, 38 ans, migrante, femme de ménage]

L'excision est un rituel qui institue les petites filles biologiques en filles sociales et futures femmes, c'est-à-dire en êtres dotés d'un statut social inférieur à celui des hommes, en êtres dont le corps ne leur appartient pas. La réparation clitoridienne leur permet de renverser cette logique et contester ainsi cette prétendue infériorité originelle. Missa, mariée à 14 ans, est arrivée en France à 15 ans, pour rejoindre son mari âgé de 30 ans plus qu'elle. Bien qu'il s'agisse d'un mariage organisé par la famille (mariage forcé), elle se dit heureuse et amoureuse de son mari : « je faisais de trucs pour lui, c'était mon chéri ». Elle dit également qu'en Afrique, « on nous apprend qu'on élève les enfants de cette façon, qu'on doit s'occuper des enfants, qu'on doit s'occuper de mari et tout », mais qu'en vivant en France elle se rend compte que les choses peuvent aller différemment : « au début on voit pas trop, on voit pas tout suite ». Elle demande alors que son mari aussi s'occupe des enfants, qu'il l'aide physiquement et moralement. Mère de 4 enfants, elle travaille comme femme de ménage et dit que la situation a complètement changé depuis que son mari, âgé de 65 ans, est resté à la maison « sans donner un coup de main, sans rien foutre » dit-elle.

Missa exprime clairement le désir de vouloir changer une situation et son projet de réparation s'inscrit dans cette volonté de renégocier sa relation et son pouvoir à l'intérieur de son couple. En disant qu'« aujourd'hui, il y a certaines choses que je ne peux pas accepter quoi ! », elle se réfère à la fois à la charge des tâches domestiques et éducatives distribuées de manière inégalitaire et à la reconnaissance d'une initiative (d'entreprendre ou de refuser) dans les rapports sexuels.

Si j'ai pas le moral, si je ne suis pas bien, je lui dis que je suis fatiguée. Mais après si ça commence à être 3 ou 4 fois, lui il va me dire, bon ça fait combien de fois que tu es fatiguée ? Alors pour que je puisse dormir, je lui dis : « bon fais ce que tu as envie de faire ! » ouais, comme ça je peux dormir après et il me laisse tranquille. [Missa, 37 ans, migrante, femme de ménage]

Il en ressort plus un effet de génération que de culture, car ces femmes se déclarent contre la reproduction des rapports de genre auxquels elles ont été pourtant socialisées dans la famille. De la même manière qu'elles contestent la répartition inégale des tâches domestiques (ménage, courses, préparation de la nourriture) et d'éducation des enfants, elles s'opposent à une distribution inégalitaire des plaisirs au sein du couple. Ces femmes expriment une dénonciation envers l'inégalité entre hommes et femmes qui est proche du discours, et des revendications, des féministes en occident. Missa, femme malienne de 37 ans, le résume ainsi :

J'ai commencé à travailler et j'ai commencé à faire de connaissance avec d'autres gens et tout et j'ai commencé à changer la mentalité, la façon de voir les choses... Aujourd'hui il y a certaines choses que je ne peux pas accepter quoi !  
[Missa, 37 ans, migrante, femme de ménage]

L'importance pour ces femmes de remettre le clitoris « à sa place » doit être lue donc à la lumière de plusieurs facteurs invoqués et considérés comme essentiels pour les femmes. Le repositionnement de cet organe leur permet de (re)gagner la confiance en elles et en leur sexe. Cette confiance conquise les légitime en tant que « femmes », mais aussi en tant que sujets ayant droit à une parole et à un pouvoir décisionnel dans leur sphère intime comme dans la sphère sociale. Ina est en attente de la chirurgie. Pour l'instant, seule avec trois enfants à charge, elle a repoussé ce projet n'ayant « pas les moyens de s'organiser pour la faire ». Son excision est pour elle une véritable « limite » dans ses rencontres avec des hommes qui sortent d'un périmètre très restreint qu'elle-même a défini pour se protéger

d'une éventuelle – et crainte – humiliation. Elle a peur qu'un homme lui fasse la remarque « qu'elle n'a pas le clitoris », expérience qu'elle a vécue avec le père de ses enfants durant laquelle elle s'est sentie mortifiée. À ce propos, et en justification de la démarche de la réparation clitoridienne, elle dit :

Je pense que quand une femme demande à faire ça, c'est parce qu'elle ne se sent pas bien déjà. Comme moi, beaucoup des femmes, c'est parce qu'on nous le dit ! Parce que nous comme ça, on le sait pas, on ne voit pas trop... c'est-à-dire, moi, je ne sais même pas à quoi ça ressemble un clitoris. Alors quand on vous dit : « vous ne l'avez pas ! », ah... là vous vous posez la question ! Je veux dire... moi je ne suis jamais allée me regarder dans un miroir. C'est un truc que j'ai jamais fait et j'ai jamais eu l'idée de le faire. [Ina, 32 ans, migrante, chômage]

Ina met en lumière trois éléments essentiels dans la genèse du sentiment de « handicap », bien qu'elle n'utilise pas explicitement ce terme, mais préfère parler de femme qui « ne se sent pas bien ». Ce sentiment naît chez les femmes impliquées dans un projet de réparation de la confrontation à une norme – ou à ce que la population majoritaire leur dit qu'est une norme. Sans cette confrontation, elles ignoreraient leur excision, « parce que nous comme ça, on le sait pas », et sans la norme – avoir le clitoris intact – elles ne se deviendraient pas déviantes. Au-delà de complications médicales qui sont rarement diagnostiquées dans l'immédiat suivi et difficilement diagnosticables sur le long terme, le fait qu'une femme « ne sent pas bien » se présente dans un contexte où l'image sociale de la femme excisée est stigmatisée. La dimension culturelle et socialement construite de l'excision apparaît dans toute son évidence lors que le rituel se transforme en crime, le statut social en handicap. La femme excisée devient une victime, figure stigmatisée et stigmatisant, même lorsque la personne veut s'en débarrasser.

### **La double faute : la stigmatisation de la victime**

Les femmes affirment ressentir un sentiment de honte vis-à-vis de leur excision. Ce sentiment s'exprime à travers une honte individuelle (gêne de son corps, malaise avec la nudité) et une honte collective (envers sa famille, ses parents, ses origines). Cette honte se retourne contre elles – comme dans le viol où la victime pense avoir provoqué son agresseur (Le Goaziou, 2009) - et ces femmes déclarent se sentir « coupables ». Si la sexualité avec leurs partenaires est insatisfaisante, si elles n'arrivent pas avoir du plaisir, si elles ne sont pas heureuses, c'est de leur « faute ». Elles protègent ainsi leurs partenaires,

souvent maladroits, indéclicats, voire violents, tout en préservant également leurs parents, leur milieu d'origine. La réparation chirurgicale devient alors un objet concret qu'il est possible de réaliser et sauver en même temps tous les auteurs qui contribuent à cet échec sexuel réel ou supposé. La nécessité morale de placer le « mal » dehors (l'excision) et le « bien » dans sa propre histoire (la réparation du clitoris, la nouvelle normalité acquise) est une attitude humaine, que ces femmes déclinent autour de cette expérience spécifique.

C'est gênant pour moi de dire à quelqu'un que je suis excisée. Parce que ça ne se fait pas. J'ai honte pour mes parents aussi. J'ai honte de dire que leur fille est excisée et qu'ils ont laissé exciser leur fille. Si je disais ça à mes copines, elles diraient : comment tes parents ont pu laisser te faire ça !? [Ode, 30 ans, migrante, experte comptable]

La représentation de l'excision dans les médias contribue à figer la femme porteuse d'une excision dans la figure stigmatisante de la victime. S'affranchir de cette figure est essentiel pour ces femmes. Une partie d'elles voient dans la réparation, une modalité pour effacer les traces, pour dire « je ne suis plus ça ». Awa apprend de son gynécologue à l'âge de 20 ans d'avoir été excisée durant sa petite enfance et accepte très mal cette découverte. À cet instant, elle est très troublée dans son corps, mais plus tard, elle fait différentes expériences sexuelles « notamment le libertinage » qui l'aide à se « décomplexer ». L'échangisme notamment, dit-elle, lui a permis de découvrir que les personnes ne remarquaient rien de « bizarre » dans son corps et dans son sexe et que cette pratique l'a aidé à se sentir bien. Elle s'était construite une image d'elle-même de « femme gâchée » et à partir de cette image (empruntée aux images issues de reportages sur l'excision), elle se percevait comme une victime sans espoir.

J'avais une très très mauvaise image de mon corps en fait... J'ai vu déjà plusieurs reportages sur l'excision, c'était très très violent.... Après avoir vu toutes ces images, j'ai lu des bouquins, j'ai été sur internet, j'ai regardé et c'est vrai qu'après avoir vu toutes ces images un peu... choquantes... j'ai cru que j'étais pareille en fait. Il m'a fallu beaucoup de temps, ils m'ont expliqué que j'avais beaucoup de chance dans mon malheur en fait, qu'il y avait de femmes pour qui c'était beaucoup pire que pour moi, qu'en sachant que j'avais trois ans, ils m'ont enlevé un tout petit bout d'un rien de tout, un tiers et que ce tiers, cette partie-là ne se voit pas. Quand j'ai compris ça, ça allait beaucoup mieux, je n'avais plus mal au ventre quand j'avais de rapports sexuels, j'étais beaucoup mieux dans ma tête, je ne faisais plus la fixette sur justement « je ne suis pas normale ». Je n'avais plus honte de me montrer... parce que j'avais aussi cette honte-là justement de me montrer face à mon copain. [Awa, 28 ans, fille de migrants, assistante maternelle]

### Encadré 8.5 Profil clinique d'Awa

**Cas : non opérée, durée du parcours (2 mois, 4 consultations) chirurgie déconseillée**

#### **Avis de la sexologue**

Réaction de honte/inhibition. Anxiété de montrer son corps. Impression d'anormalité. Par contre, rapports sexuels au total pas trop difficiles. A eu en particulier un partenaire très « initiateur » qui lui a permis de se percevoir comme une femme désirable et désirée. Il l'a initiée à la masturbation (très tabou jusque-là) et aux relations sexuelles avec désir/plaisir/orgasme, mais systématiquement suivies de douleurs profondes (dysménorrhée → endométriose ?) → à voir avec X

#### **Avis de la psychologue**

Motivation avant tout symbolique. Reconstruction chirurgicale vient s'inscrire dans un parcours global de réparation, de réappropriation de sa vie par la patiente. Pas d'attentes démesurées, mais étape indispensable dans son cheminement personnel.

Dans le cas de Awa, l'équipe ne formule pas un refus au sens propre. Awa est orientée à vivre sa sexualité qui semble être « au total pas trop difficile ». Sa démarche – et sa motivation – sont pour l'équipe principalement « symbolique », s'inscrivant dans un projet de « réappropriation de sa vie » à l'intérieur de son « cheminement personnel ». Son blocage sexuel dérive d'une honte ressentie lorsqu'elle est censée montrer son corps, considéré par elle comme de « anormal ». Mais cette « impression d'anormalité » peut être réparée selon l'équipe selon une adéquation de l'image qu'elle a d'elle et ce qu'elle est. Mais Awa montre bien l'influence des médias sur la construction de son image précisément. Le pouvoir qu'elle accorde à ces images tout comme au corps médical ne laisse aucune place à une légitimité subjective. À travers l'échangisme, elle voulait voir si les autres voyaient une « différence », ce qui n'a jamais été remarquée. Sur le plan anatomique, Awa a subi une excision très légère ce qui n'a pas provoqué de grands dégâts au niveau fonctionnel (bourgeon en place) ni au niveau esthétique (apparence normale). Lors de sa dernière consultation avec le chirurgien, elle entend le médecin déclarer qu'elle a les mêmes sensations « qu'une femme normale », ce qui est en tout cas ce qu'elle retient de cette consultation. Pour Awa si les autres ne voient pas cette différence, celle-ci cesse d'exister.

Elle : Les gynécologues que j'ai vu, parce que j'en vu plusieurs, et aussi le professeur que j'ai vu, m'ont expliqué que je ressentais beaucoup plus de choses qu'une femme normale. À partir de ce moment-là, je me suis demandée : « est-ce que j'ai besoin de me faire réparer chirurgicalement ? » J'ai vu le professeur, j'ai posé mes questions et il m'a dit comment l'opération allait se passer, qu'il y avait de risques, parce que de toute façon il y a toujours de risques et en fait je suis sortie de son bureau, j'étais avec ma meilleure amie, je suis sortie du bureau : je ne voulais plus me faire réparer chirurgicalement. Comme si j'étais guérie en fait ! [Awa, 28 ans, fille de migrants, assistante maternelle]



Zahara a fait tout son parcours à l'intérieur de l'hôpital et a été enfin opérée. Bien que l'équipe souligne que l'opération « n'efface » pas l'excision, pour elle était important le nouveau statut que cette chirurgie permet d'acquérir. Le passage de « femme excisée » à « femme réparée » était pour elle « visible » à tout le monde, mais c'est au regard social que la société porte sur ces deux figures (femme excisée et femme réparée) qu'elle se réfère.

Je ne voulais pas que les gens le sachent justement. J'avais peur que les gens, juste en me regardant, sachent que j'étais excisée. Je ne voulais pas qu'on me montre du doigt en fait... si vous voulez, j'avais peur d'être rejetée... c'est ça en fait. J'avais honte d'être excisée. [Zahara, 21 ans, fille de migrant, étudiante]

Le statut de victime est systématiquement rejeté, les femmes excisées souhaitent être le plus possible égales aux autres femmes vivant en France dans l'apparence et dans les faits.

\*\*\*

### **De la réparation personnelle à la réparation sociale**

Concernant la décision de faire une chirurgie, un laps de temps se profile entre la découverte de l'excision et la formulation de la demande. Ce temps correspond à une période pendant laquelle les femmes disent réfléchir à une série de questions qui concernent principalement : l'événement de l'excision, la sexualité et le plaisir, la signification de la féminité. Certaines femmes se considèrent « prêtes » quand elles s'adressent au Service A. Elles soutiennent avoir déjà longtemps réfléchi et attribuent une signification importante à la chirurgie qu'elles insèrent à l'intérieur d'un cheminement personnel touchant souvent plusieurs sphères de leur vie. La chirurgie est alors encadrée dans un processus de remise en question complexe qui peut parfois accompagner d'autres événements importants, comme une re-orientation professionnelle, la sortie du foyer familial, la mise en couple ou l'inverse la fin d'une relation amoureuse. La chirurgie vient symboliquement « compléter » cette période de reconstruction de soi, où les rôles et les objectifs sont également redéfinis. Un grand nombre de femmes engagées dans cette démarche, ont élaboré des stratégies de réussite (du projet migratoire, d'émancipation par rapport au milieu d'origine, de capacité à sortir d'un cycle de violences) qui se fondent

notamment sur la désignation de l'excision comme « bouc émissaire ». Les problèmes qu'elles ont rencontrés dans leur vie sentimentale (échec de mariage, difficulté à trouver le « bon » partenaire, limitation des choix de partenaires), dans leur vie sexuelle (manque de désir, absence d'orgasmes et de plaisir en général, incapacité à prendre l'initiative dans les rapports sexuels), mais également dans le rapport à soi (manque de confiance, mauvaise image de leur corps, sens d'inadéquation), ont été provoqués, selon elles, par l'excision.

La réparation devient alors une promesse pour une deuxième sexualité, pour revivre à nouveau, pour avoir des relations sexuelles satisfaisantes. Le parcours de réparation implique plusieurs séances, est long et contraignant. Pour certaines femmes, ce facteur est décisif dans le choix d'abandonner le projet de réparation. Ce sont des femmes qui ont des enfants, ou qui habitent loin et se déplacent en transports publics ou encore qui ont des horaires de travail qui sont difficilement compatibles avec les horaires de consultations auxquelles elles sont censées se tenir au sein de l'hôpital. D'autres femmes, notamment celles qui ont un long parcours ou qui ont été opérées, disent avoir apprécié ce temps assez long qui les a obligées à réfléchir, grâce à la pluridisciplinarité et les nombreuses consultations. Elles disent avoir trouvé cette prise en charge comme une occasion pendant laquelle elles ont été mises au centre de l'intérêt de plusieurs personnes. Le parcours les encadre dans un chemin et une réflexion et leur a donné un fil rouge. La prise de conscience et le sentiment d'anormalité les poussent à formuler la demande et à entreprendre le chemin médicalisé. À l'intérieur de ce parcours, elles mettent alors en scène leurs raisons et font preuve de volonté face à une équipe médicale censée évaluer la véritable motivation de leur demande. Au final, elles réparent un corps physique, censé garantir une apparence normale et un corps physiologique qui les rendra capables d'avoir et de donner le plaisir.

Je suis passée par trois phases. La phase où j'étais excisée où je disais : c'est comme ça, c'est une fin en soi, mon corps est comme ça. Puis au niveau de moi-même, je savais qu'il me manquait quelque chose et quand on parlait de sexe, c'est pas que j'étais gênée, mais voilà, je n'avais pas plus des choses à dire. Ensuite, après j'ai commencé à parler beaucoup avec des amis et ça a commencé à se développer. La période où je parlais beaucoup avec mes amis, je me suis déjà pas mal libérée, j'étais déjà assez libre, par rapport à mon corps, mais j'avais encore ce complexe. Et après, il y a eu l'opération où là je me suis faite complètement libérer.

[Maïmouna, 32 ans, fille de migrants, directrice d'un centre de loisirs]

L'excision leur signifiant une sexualité impliquant un plaisir diminué, voire interdit, la chirurgie, tout comme le « parcours de réparation », leur sert à revendiquer une nouvelle place dans leur couple comme dans leur sexualité (Iman, Mama, Sow, 2004). Ces femmes demandent clairement à « récupérer ce qu'on lui a pris » et avoir ainsi « un clitoris comme tout le monde ».

Je voulais faire ça parce que je me disais que je n'étais pas comme toutes les femmes. Parce que je me dis : il me manque quelque chose. Et je voulais voir l'inconnu, ce que ça fait si tu es excisée ou pas excisée. Pour moi, c'était pour dire « voilà, aujourd'hui, j'ai un clitoris comme tout le monde ». [Filly, 32 ans, migrante, agent administratif]

Un temps s'écoule entre la « découverte » de l'excision, qui apparaît comme l'événement inaugural de la genèse du sentiment de gêne ou de honte, et la décision d'entreprendre une démarche de réparation. Ce temps, qui peut s'étendre de quelques mois à plusieurs années, correspond à la période durant laquelle l'excision est reformulée en termes de handicap à travers ce que l'équipe valorise comme la construction d'un *discours sur soi*. Comme on l'a vu dans les chapitres précédents (chapitre 6 et 7), dans la revendication des femmes déclarant « je veux récupérer ce qui m'a été enlevé », nous retrouvons la formulation d'une demande de réparation qui s'inscrit dans les droits à l'intégrité du corps et à son statut inviolable. Les registres du crime d'abord et du handicap ensuite, pour désigner l'expérience de l'excision, sont dicibles dans ces termes pour les femmes parce qu'elles peuvent accéder et se référer à de tels discours qui circulent dans l'espace public. C'est donc « l'invention » de la chirurgie et du handicap de vivre sans clitoris, qui permet aux femmes de revendiquer leur plaisir et pas l'inverse.

M : Quel impact a eu la chirurgie dans votre vie... de couple, dans vos relations, dans la relation avec votre corps mais aussi dans votre vie sociale, et par rapport à votre entourage... quel impact a eu l'opération ?

Maïmouna : C'est la confiance en moi. La première chose que je pourrais dire c'est ça. Cette confiance en moi. Maintenant, enfin je suis une femme à part entière. Je prend la vie comme ça : je fais, si je rate, je recommence. Je vais pas désespérer, non. Maintenant je n'ai plus peur de dire les choses, je suis une battante.

[Maïmouna, 32 ans, fille de migrants, directrice d'un centre de loisirs]

Le fait qu'il s'agisse d'une forme de construction (sociale et culturelle) de la sexualité et de l'identité sexuelle, dérange le corps médical, la médecine se fondant sur une prétendue naturalité de la sexualité (animale) et du corps (vérité biologique). Si les MGF attribuent des

significations au genre et inscrivent une modalité de la sexualité directement sur le corps (en lui empêchant plus ou moins de faire certaines choses), la médecine effectue le même travail en proclamant ce qui est « normal » et en éloignant, corrigeant, réparant ce qui ne l'est pas. Personne ne désire être « anormal » puisque de l'anormalité découle la stigmatisation. Les formes de réparation servent donc à réadapter et reconstruire un corps selon un modèle culturel occidental, où la performance et l'apparence priment sur le ressenti. La mise en place de la réparation se fonde sur la notion même d'une « normalité » prédéfinie du corps, de la sexualité, de la féminité et cela apparaît dans le discours de ces femmes. La sexualité révèle dans cette expérience de reconstruction que le comportement sexuel demande un apprentissage, un parcours où l'on apprend à maîtriser certains codes qui définissent le champ du sexuel. Selon les époques, ce champ a été peuplé de différents acteurs (église, médecine, éducation, pornographie) mobilisant différents savoirs (moral, hygiénique, pédagogique, esthétique). Ces acteurs, chacun avec son savoir, ont proposé des normes de conduite qui ont été capables de régler les comportements humains au sein d'une société.

Vivre sa sexualité pleinement et en être les propriétaires et également les responsables sont devenus tant des conquêtes que des contraintes pour les femmes. Le clitoris devient donc l'organe de la capacité sexuelle qui n'est plus centrée sur la seule reproduction. La question est de définir comment le clitoris est devenu central et indispensable pour se définir en tant que femme. Ce genre de questions, autour de l'excision et de la réparation, sont soulevées dans le cadre d'un blog intime par une femme directement concernée. Ce dispositif et les discours qui circulent en son sein sont analysés dans le chapitre suivant.

## **Annexe 8A Récapitulatif profil des femmes interviewées**



Nom attribué	RK	Durée de l'entretien	Cas	Âge actuel	Lieu de naissance/ethnie	Parcours migratoire	Âge arrivé en France	Situation sentimentale	Origine partenaire	Enfants	Niveau d'étude	Profession	Âge excision	Âge découverte excision	Ménage
Aka	2	1H, 20min	OPÉRÉE	42	Mali (Djoula)	Migrante	15	Divorcée, nouvel couple	Ex-mari malien, copain actuel ivoirien	3	BAC	AGENT GÉRIATRIE	BÉBÉ	15	Seule
Awa	3	40 min	NON OPÉRÉE	28	Paris (12)	Fille de migrants	-	Couple	Italie	PAS	BAC+	AIDE AUXILIAIRE ENFANTS	3	20	Seule
Samya	4	1 H	OPÉRÉE	25	Colombes (92)	Fille de migrants	-	Couple	Sénégal (prison)	1	BEP SECRÉTARIAT	PAS D'EMPLOI	1	16	Foyer social
Nafy	10	1H	NON OPÉRÉE	20	Sénégal (Peulh)	Migrante	5	Couple depuis 5 ans	Français/Antillais	PAS	BEP SECRÉTARIAT	PAS D'EMPLOI (IRRÉGULIÈRE)	4	SOUVENIRS PRÉCIS	Foyer social
Didi	13	1H	NON OPÉRÉE	26	Sénégal (Peulh)	Migrante	20	Mariée (mariage religieux)	Sénégal/Wolof	PAS	MASTER 2 SANTÉ	ÉTUDIANTE	12	SOUVENIRS PRÉCIS	Partenaire
Kadi	14	1H	NON OPÉRÉE	26	Côte d'Ivoire (Djoula)	Migrante	21	Célibataire	plusieurs partenaires occasionnels	PAS	PRIMAIRE	PAS D'EMPLOI	BÉBÉ	NE SAIS PLUS	Parents
Ritha	18	40 min	OPÉRÉE	29	Cote d'Ivoire	Migrante	20	Couple depuis 3 ans	Côte d'Ivoire	1	PRIMAIRE	GARDE ENFANTS	1 OU 2	18 (1er R.S.)	Seule
Missa	20	1 H 30 min	NON OPÉRÉE	37	Mali (Malinké)	Migrante	15	Mariée (mariage religieux)	Malien (65 ANS)	4	PAS SCOLARISÉE	FEMME DE MÉNAGE	5	SOUVENIRS	Partenaire
Filly	22	1H 20 min	OPÉRÉE	32	Côte d'Ivoire	Migrante	9	Mariée	Côte d'Ivoire	PAS	BAC TOURISME	AGENT ADMINISTRATIF COLLÈGE	BÉBÉ	20	Partenaire
Bakary	23	1H 25 min	NON OPÉRÉE	35	Mali (Bambara)	Migrante	28	Couple	Mali	1	PAS SCOLARISÉE	FEMME DE MÉNAGE	ne sait pas	ne sait pas	Seule
N'deye	34	50 min	NON OPÉRÉE	23	Montreuil (93)	Fille de migrants	-	Célibataire	jamais eu de RS	PAS	BAC+2	ÉTUDIANTE LICENCE EN DROIT	BÉBÉ	15	Mère
Keicha	37	1H, 40 min	OPÉRÉE (2 fois)	28	Sénégal	Migrante	6	Couple	France	PAS	BAC+4	RESPONSABLE COMMERCIAL	3 ou 4	15	Seule
Zeneba	39	40 min	NON OPÉRÉE	32	Côte d'Ivoire (Toura)	Migrante	30	Couple	France	2 + enceinte	PRIMAIRE	CHÔMAGE	6 ou 7	SOUVENIRS PRÉCIS	Partenaire
Satina	42	50 min	NON OPÉRÉE	27	France	Fille de migrants	-	Célibataire		PAS	BAC+	ÉTUDIANTE + ASSISTANTR DE GESTION	5	SOUVENIRS PRÉCIS	Parents
Souehla	49	1H, 10 min	OPÉRÉE	34	France	Fille de migrants	-	Mariée	Sénégal	4	BAC	AGENT ADMINISTRATIVE	6	SOUVENIRS PRÉCIS	Partenaire
Fatou	50	50 min	OPÉRÉE	38	Côte d'Ivoire (Bambara)	Migrante	22	Mariée depuis 20 ans	Côte d'Ivoire (Bambara)	4	PAS SCOLARISÉE	FEMME DE MÉNAGE	BÉBÉ	16	Partenaire
Salimata	54	1H, 10min	NON OPÉRÉE	24	France/Créteil	Fille de migrants	-	Mariée traditionnellement	Mali	1	BAC SECRÉTARIAT	STANDARDISTA	1	6 OU 7	Parents
Maïmouna	55	1H, 40min	OPÉRÉE	32	Paris	Fille de migrants	-	Célibataire		PAS	BAC + 3	DIRECTRICE CENTRE LOISIR	12	SOUVENIRS	Seule

<b>Aïcha</b>	56	20 min (entretien téléphonique)	NON OPÉRÉE	45	Nigéria (Ijaw)	Migrante	20	Célibataire	*dernier partenaire français	PAS	BAC+ 5	SOCIOLOGUE	BÉBÉ	20	Seule
<b>Ina</b>	57	1H	NON OPÉRÉE	32	Mali	Migrante	8	Multipartenaire	Tous origine africaine	3	SÉCONDAIRE	CHÔMAGE	BÉBÉ	5 OU 6	Seule
<b>Sakina</b>	65	1H, 20 min	NON OPÉRÉE	26	Paris 12	Fille de migrants	-	Couple	Sénégal	2	BEP HÔTELLERIE	CHÔMAGE	BÉBÉ	17	Seule
<b>Zuwena</b>	67	40 min	NON OPÉRÉE	24	Paris	Fille de migrants	-	Couple	Côte d'Ivoire	1	BAC	AGENT ADMINISTRATIVE	9	SOUVENIRS	Seule
<b>Idrissa</b>	82	1H	NON OPÉRÉE	20	Paris	Fille de migrants	-	Couple	Mauritanie	PAS	BAC	ÉTUDIANTE	8	SOUVENIRS	Parents
<b>Fofana</b>	86	45 min	OPÉRÉE	22	Ivry	Fille de migrants	-	Couple	Sénégal/Antilles	PAS	BAC SÉCRÉTARIAT	AGENT ADMINISTRATIF D'IMPÔTS	ne sait pas	15 OU 16	Parents
<b>Huba</b>	91	1H 30 min	OPÉRÉE	31	Mali (Bamako)	Migrante	27	Couple	Mali (Bamako)	2	CAP	FEMME DE MÉNAGE	12	SOUVENIRS PRÉCIS	Partenaire
<b>Saiba</b>	97	50 min	OPÉRÉE	27	Nigéria	Migrante	22	Célibataire		2	PAS SCOLARISÉE	CHÔMAGE	BÉBÉ	23 OU 24	n.r.
<b>Zahara</b>	99	50 min	OPÉRÉE	21	France	Fille de migrants	-	Célibataire		PAS	BAC (TERMINALE)	ÉTUDIANTE	2	16 OU 17	Parents
<b>Malaika</b>	100	1H	OPÉRÉE	25	Paris	Fille de migrants	-	Couple depuis 6 ans	France/Bénin	1	BAC	CONSEILLÈRE ASSURANCE	BÉBÉ	22	Parents
<b>Faraa</b>	109	35 min (entretien téléphonique)	OPÉRÉE	33	Burkina Faso (Mossi)	Migrante	26	Couple depuis 7 ans	Zaire	3	CAP SÉCRÉTARIAT	ASSISTANTE CRÈCHE/PUÉRICULTRICE	7	SOUVENIRS	Partenaire
<b>Ode</b>	112	1H 40 min	OPÉRÉE	30	Burkina Faso (Samo)	Migrante	26	Mariée	Burkina Faso (Samo)	PAS	BAC+5	DOCTORANTE+ EXPERTISE COMPTABLE	4 OU 5	SOUVENIRS	Partenaire
<b>Yasmin</b>	115	1H 30 min	OPÉRÉE	28	Mali (Bambara)	Migrante	23	Multipartenaire	Mali/Cameroun	1	CAP	ASSISTANTE DE VIE	10	SOUVENIRS	Seule

## Annexe 8B Note descriptive de femmes interviewées

**Aka** est une femme migrante, originaire du Mali, dont le père de l'ethnie Djolo et la mère de l'ethnie Bambara. Elle a 42 ans et est arrivée en France à 15 ans. Elle a eu trois enfants avec le premier mari, originaire également du Mali, de qui elle a divorcé. Au moment de l'entretien elle était à nouveau en couple avec un homme de la Côte d'Ivoire. Elle a été excisée alors qu'elle était bébé, elle ne garde donc aucun souvenir de cet événement-là. Elle travaille en qualité d'aide soignant en gériatrie et a été opérée chez Foldès.

**Awa** est née à Paris dans le douzième arrondissement. Elle a 28 ans et est l'aînée de cinq filles et trois frères d'un père polygame. Ses deux parents sont sénégalais, dont l'origine ethnique de la mère est Toucouleur et inconnue pour le père. Elle découvre son excision à l'âge de 20 ans, lors d'un examen gynécologique, ce qui la bouleverse énormément. Elle subit plusieurs menaces de la part de la famille car elle refuse un mariage forcé. Aidé par son fiancé de l'époque (un Portugais) et un ami (un policier français) elle arrive à s'enfuir. Dès la sortie de la maison, elle coupe tous les rapports avec la famille. Célibataire, elle s'installe seule et travaille en qualité d'assistante maternelle. Elle n'a pas été opérée.

**Samya** est une jeune femme de 25 ans, née à Paris d'un père malien et d'une mère sénégalaise de l'ethnie Soninké. Elle a été excisée à l'âge d'un an environ pendant un voyage en Afrique. Elle ne garde aucun souvenir de ce moment-là. Elle est mère d'un enfant de 18 mois dont le père, un Sénégalais avec qui elle est en couple depuis 3 ans, est actuellement en prison. Elle habite dans un foyer pour femmes, prise en charge par l'assistance publique. Elle a été opérée.

**Nafy** a 20 ans. Femme migrante originaire de Sénégal de l'ethnie Peul, elle est arrivée en France à l'âge de 5 ans. Sa grand-mère l'excise juste avant de partir en France pour rejoindre ses parents. Nafy a des souvenirs de ce moment-là, ayant été attirée chez l'exciseuse par un mensonge. Entièrement scolarisée en France, Nafy obtient un Bac de secrétariat. Menacée d'un mariage arrangé par la famille avec un homme africain, Nafy quitte le foyer familial quand elle est encore mineure et porte plainte contre ses parents. Elle est ainsi placée dans un foyer social sous la tutelle d'une assistante sociale, mais ne bénéficie pas d'un permis de séjour valable ni par conséquent d'une couverture sociale. Nafy est un couple depuis 5 ans avec un Français d'origine antillaise. Elle n'a pas été opérée

**Didi** est une femme sénégalaise de l'ethnie Wolof, issue d'une classe moyenne supérieure. Elle a 26 ans au moment de l'entretien et est arrivée en France à 20 ans pour compléter sa formation. Elle a un niveau Master 2 en gestion de risque en santé. Elle a été excisée à 12 ans dans une clinique hospitalière sous anesthésie totale. Elle ne garde pas un souvenir douloureux. Elle n'a jamais eu de rapports sexuels avec pénétration, car elle souhaite arriver vierge, selon les règles de la religion musulmane auxquelles elle adhère. Elle n'a pas été opérée.

**Kadi** est une femme migrante de 26 ans, née en Côte d'Ivoire, de l'ethnie Djoula. Elle est arrivée en France à 21 ans et son entourage est presque exclusivement africain. Issue d'une famille traditionnelle, elle tient un double discours sur l'excision que condamne d'une part mais ne considère pas comme « traumatique » puisque les femmes de sa famille disent vivre bien leur sexualité. Elle même a été excisée quand elle était bébé et ne garde aucun souvenir de ce moment-là. Elle a niveau d'étude secondaire et est sans emploi. Elle n'a pas été opérée.



**Ritha** est une femme migrante de 29 ans, née en Côte d'Ivoire. Elle est arrivée en France à 20 ans, a un niveau d'étude secondaire et travaille au noir comme baby sitter. Elle a été excisée à l'âge de 1 ou 2 ans et elle ne garde aucun souvenir. Elle a « découvert » son excision au moment de son premier rapport sexuel à l'âge de 18 ans. Elle est en couple avec un Ivoirien depuis 3 ans et a eu une fille dans une union précédente. Elle a été opérée.

**Missa** est une femme migrante de 37 ans. Née au Mali, de l'ethnie Maninké, Missa arrive en France à l'âge de 15 ans pour rejoindre son mari épousé à 14 ans selon un mariage arrangé par la famille, mais qu'elle définit heureux. Lui, un Ivoirien âgé de 30 ans de plus qu'elle, est le père de ses quatre enfants. Elle est très peu scolarisée et travaille comme femme de ménage. Elle n'a pas été opérée.

**Filly**, 32 ans, est née en Côte d'Ivoire. Elle rejoint sa mère qui est déjà en France à l'âge de 9 ans. Elle poursuit ensuite ses études en France et fait une spécialisation au Canada dans le domaine du tourisme. Filly travaille comme agent administratif dans un collège, est mariée à un Ivoirien et n'a pas d'enfants. Elle a été opérée, mais trouve que l'opération ne lui a apporté aucun résultat (esthétique ou fonctionnel).

**Bakary** est une femme malienne de l'ethnie Bambara. Elle a 35 ans et est arrivée en France à 28 ans avec son enfant de à peine un an. L'enfant, un garçon de 8 ans, souffre de problèmes comportementaux et a un suivi pédopsychiatrique. Elle, mariée religieusement à un Malien qui est également le père de son fils, ne vit plus avec son mari. Elle a une relation avec un autre homme, un Malien vivant en France. Elle n'est presque pas scolarisée et travaille comme femme de ménage. Son excision est normale pour elle et ne constitue pas un problème. En effet elle rentre en contact avec le Service A par le biais d'un IVG qu'elle fait dans le même service. À ce moment-là on lui parle de la chirurgie du clitoris, mais sa démarche ne poursuit pas. Elle n'a pas été opérée.

**N'Deye**, 23 ans, est née à Montreuil des parents sénégalais de l'ethnie Peul. Entièrement socialisée en France, elle poursuit actuellement ses études en droit après avoir obtenu un diplôme Bac+2. Elle est célibataire et n'a jamais eu de rapports sexuels. Sa mère, très attachée à la religion, lui a transmis l'importance de la virginité avant le mariage, à laquelle elle adhère. Elle ne garde aucun souvenir de son excision car elle a été effectuée quand elle était bébé. Elle la découvre à l'adolescence, en se confrontant « avec les autres » et en regardant des images. Elle n'a pas été opérée.

**Keicha** est une femme sénégalaise de 28 ans issue de l'ethnie Peul. Elle a quitté son pays avec ses parents à l'âge de 6 ans. Scolarisée en France, elle a un niveau d'étude Bac+4 en logistique et est responsable commerciale. Keicha est en couple depuis un an, mais ne cohabite pas avec son partenaire. Elle a été excisée vers l'âge de 3 ou 4 ans, avant d'arriver en France. Elle l'a découverte à l'âge de 15 ans. Elle récupère quelques souvenirs, qui ré-émergent pendant son parcours de réparation. Elle a été opérée deux fois.

**Zeneba** est une femme migrante de 30 ans, arrivée en France à 30 ans. Originnaire de la Côte d'Ivoire de l'ethnie Toura, elle est enceinte de 7 mois au moment de l'entretien. Elle est en couple avec un Français, père de l'enfant, mais a déjà deux enfants de 10 et 4 ans laissés au pays. Elle a été très peu scolarisée et travaille comme femme de ménage. Elle a été excisée à l'âge de 6 ou 7 ans et garde de souvenirs très clairs de ce moment-là. Elle n'a pas été opérée, elle attend son accouchement.

**Satina** a 27 ans, née en France de parents maliens de l'ethnie Soninké. Elle a niveau d'étude Bac + et travaille en qualité d'assistante de gestion. Elle a été excisée à 5 ans et garde de souvenirs de ce moment-là. Célibataire sans enfants, elle habite toujours chez ses parents. Elle est en attente d'être opérée.

**Souehla**, 34 ans, est née à Paris de parents sénégalais de l'ethnie Soninké. Entièrement socialisée en France, possède un Bac et un excellent niveau de langue. Mariée, elle a 4 enfants et travaille à 80% comme agent administratif. Elle a été excisée à 6 ans lors d'un voyage au pays et elle en garde des souvenirs. Elle a été opérée.

**Salimata** a 24 ans est née à Créteil (Paris) des parents maliens de l'ethnie Bambara. Elle a un niveau Bac secrétariat et travaille comme standardiste. Mariée traditionnellement avec un Malien avec qui elle a un enfant de 18 mois, elle habite toujours chez ses parents pour des raisons financières. Elle a beaucoup parlé de son excision avec ses parents et avec son mari a été, qui est son seul et unique partenaire. Elle n'a pas encore été opérée.

**Fatou** est une femme de 38 ans, migrante et arrivée en France à l'âge de 22 ans. Elle a été entièrement socialisée en Côte d'Ivoire, originaire de l'ethnie Bambara. Elle a été excisée lorsqu'elle avait quelques mois et ne garde aucun souvenir. Elle « découvre » son excision à 16 ans lors de son premier rapport sexuel avec un homme âgé de 20 ans de plus qu'elle et choisi par la famille. Ce mariage arrangé fonctionne pourtant dans le temps et elle se considère comme heureuse. Mère de quatre enfants, elle n'est pas scolarisée et travaille au noir comme femme de ménage. Très attachée à ses origines et à sa famille en Afrique avec qui elle maintient les contacts. Elle a été opérée.

**Maïmouna**, 32 ans, née à Paris des parents sénégalais de l'ethnie Soninké, a été excisée à l'âge de 12 ans avec sa cousine lors de ses vacances scolaires passées au Sénégal. Entièrement scolarisée en France, elle est titulaire d'un Bac +3, a une excellente maîtrise de la langue et est directrice d'un centre de loisirs. Elle s'oppose à l'éducation traditionnelle donnée par ses parents et à 18 ans fuit le foyer familial. Elle a plusieurs partenaire et très « libérée » sexuellement. Elle est célibataire et sans enfants. Elle a été opérée.

**Aïcha** est sociologue de formation, diplômée d'un Bac+4 mais travaille également comme enseignante de langue anglaise. Originaire du Nigeria de l'ethnie Ijaw, elle a 45 ans au moment de l'entretien et est arrivée en France à 20 ans. Elle ne garde aucun souvenir de son excision, qu'elle ne considère pas de tout comme « traumatique ». Elle a eu plusieurs relations et est très libre sexuellement. Elle habite seule et n'a pas d'enfants. Elle n'a pas été opérée.

**Ina**, 32 ans, est née au Mali. Elle est arrivée en France à l'âge de 8 ans où elle a poursuivi ses études jusqu'au niveau secondaire. Elle a été en couple avec un Malien, avec qui elle a eu ses trois enfants (une fille de 13 ans et deux jumeaux de 6 ans). Séparée de son partenaire, Ina est célibataire. Sans emploi et avec trois enfants à charge, elle est dans une situation socialement stressante. Elle a été excisée quand elle était bébé et le apprend par sa mère. Elle n'a pas été opérée.

**Sakina**, 26 ans, est née à Paris de parents sénégalais de l'ethnie Soninké. Son père est polygame et elle a sept frères et cinq sœurs, toutes excisées. Elle abandonne les études précocement et, après avoir obtenu un BTS hôtelier, commence à travailler dans le secteur de la restauration. Elle vit toujours au domicile familial, où elle subit plusieurs formes de maltraitance de la part de son père. Les violences augmentent lors qu'elle refuse de rentrer en Afrique et de se marier avec un homme choisi par son père. Elle fuit le foyer familial, mais depuis est isolée socialement. Elle a deux enfants avec un Sénégalais qui l'abandonne. Elle a été excisée quand elle était bébé, ne

garde aucun souvenir. Elle le découvre lors du premier rapport sexuel qui a été très douloureux, suite auquel elle a dû être hospitalisée par hémorragie. Elle n'a pas été opérée.

**Zuwena** est une femme de 24 ans, née à Paris de parents maliens de l'ethnie Soninké. Elle est en couple avec un homme originaire de la Côte d'Ivoire avec qui elle a une fille de 4 ans. Elle a un niveau d'étude Bac et travaille comme agent administratif. Elle a été excisée à 9 ans lors d'un voyage en Afrique pendant les vacances et elle garde de souvenirs clairs de ce moment-là. Elle n'a pas encore été opérée.

**Idrissa** est une jeune femme de 20 ans, née à Paris. Cadette de trois sœurs, elle est la seule à être excisée. Ses sœurs la traite comme une « folle » et disent qu'elle n'est pas normale. Elle est en couple avec un jeune homme originaire des Antilles avec qui elle a eu un rapport sexuel. Elle a niveau Bac et continue les études universitaire. Elle a été excisée à l'âge de 8 ans lors d'un voyage en Afrique pendant les vacances. Elle garde de souvenirs, plutôt traumatiques et n'arrive pas en parler. Elle n'a pas été opérée.

**Fofana**, 22 ans, est née à Ivry de parents malien de l'ethnie Bambara. Elle habite toujours avec ses parents et a un partenaire d'origine sénégalaise et antillaise, qu'elle voit durant le week-end. Elle a un diplôme Bac secrétariat, un niveau de langue très bon et travaille comme agent administratif d'impôt. Elle ne garde aucun souvenir de son excision et ne connaît pas les circonstances dans lesquelles elle a été effectuée. Elle a découvert d'avoir été excisée à l'âge de 15/16 ans. Elle a été opérée.

**Huba**, 31 ans et est née à Bamako, arrive en France à l'âge de 27 ans, où elle obtient un permis provisoire et attend longtemps une régularisation. Très peu scolarisée, Huba a été excisée à l'âge de 12 ans, selon un rituel traditionnel qui impliquait un groupe des filles du même âge. Elle garde de souvenirs précis de ce moment-là. Suite à son excision, elle a eu des troubles urinaires (dysurie, incontinence sévère). Elle subit un viol à l'âge de 15 ans, suite auquel elle tombe enceinte. La famille veut « réparer » cet accident et l'oblige à épouser son agresseur, mais elle refuse. Elle abandonne alors sa fille et s'enfuit. Elle rejoint un homme qu'elle avait connu à Bamako et qui fait un doctorat en France. Ils ont un enfant ensemble, un garçon de quatre ans. Elle a été opérée.

**Saïba**, 27 ans, née au Nigeria, a été excisée deux semaines après sa naissance, et ne garde donc aucun souvenir de cet événement. Elle a toujours « su » quelque part qu'elle était excisée parce que l'excision dit-elle était la normalité dans son milieu. Arrivée en France à 22 ans, non scolarisée et sans emploi, Saïba découvre que « ce n'est pas normal » d'être excisée et l'excision devient pour elle un problème. Célibataire avec 2 enfants, dont un resté au pays, elle se fait opérer.

**Zahara**, 21 ans, née en France de parents maliens de l'ethnie Soninké. Etudiante en fin de baccalauréat, elle est célibataire, sans enfants et habite avec ses parents. Elle a été excisée à 2 ans environ, mais ne garde aucun souvenir de ce moment-là. Elle découvre son excision vers 16/ 17 ans. Elle a été opérée.

**Malaika** a 25 ans et est née à Paris de parents maliens de l'ethnie Kassonké. Elle est en couple avec un Français originaire du Bénin avec qui elle a un enfant, mais vit toujours avec ses parents. Après avoir obtenu son Bac, elle commence à travailler et au moment de l'entretien occupe un poste de conseillère d'assurance. Malaika découvre avoir été excisée très tard, à 22 ans et se fait opérer peu de temps après.

**Faraa**, 33 ans, est née au Burkina Faso, originaire de l'ethnie Mossi. Elle est arrivée en France à 26 ans et laisse au pays son ex-mari et un enfant. Elle fait une formation pour obtenir un certificat (CAP) de secrétariat et trouve ensuite un emploi comme assistante maternelle dans une crèche (puéricultrice). Elle s'installe ensuite à Toulouse avec un homme africain originaire du Zaïre, avec qui elle est en couple depuis 7 ans et a deux autres enfants. Elle a été excisée à l'âge de 7 ans et garde des souvenirs précis de son excision. Elle a été opérée.

**Ode**, 30 ans, née au Burkina Faso originaire de l'ethnie Samo, experte comptable en fin de thèse de doctorat, arrive en France à 26 ans. Excisée à l'âge de 4 ou 5 ans selon la volonté de sa grande-mère, elle se rappelle vaguement de cet événement, qu'elle re-découvre à l'âge de 13 ou 14 ans lors d'un cours d'éducation sexuelle à l'école. Entièrement socialisée en Afrique, issue d'une famille de classe moyenne supérieure, elle a fait des études poussées. Dans son milieu, l'excision n'est pas répandue, plusieurs de ses amies ne sont pas excisées, ce qui engendre chez elle un sentiment « d'anormalité » dès l'âge de 12 ans. Elle est en couple avec un homme originaire du Bénin, qui ne connaît pas l'excision et qui est également en France pour faire un doctorat. Elle a été opérée.

**Yasmin** a 28 ans et est née à Bamako. Elle a été excisée à 10 ans et garde des souvenirs traumatiques de ce moment-là, notamment suite au décès de sa meilleure amie excisée avec elle. Elle est mariée de force à 15 ans à un mari âgé de 20 ans et très violent. Elle a son premier et seul enfant à 16 ans. Elle fait plusieurs fugues, mais la famille la ramène au mari, jusqu'au moment où elle quitte le pays en rentrant dans un circuit de prostitution. Elle arrive ainsi en Espagne dans des conditions d'esclavage, obligée à se prostituer pour payer les dettes. Aidée par une femme africaine, une guinéenne mariée à un homme du réseau de la prostitution, elle arrive à s'enfuir et arrive à Paris à 23 ans, où elle stabilise sa situation en trouvant un logement et un emploi comme assistante de vie.

## Annexe 8C Guide d'entretien

RK

Jour de l'entretien

Heure début de l'entretien

Heure fin de l'entretien

Durée de l'entretien

Commentaire

Description de la RK (habillée, niveau langue, avec qui elle vient, elle arrive en retard ou à l'heure...)

### **A. Questions démographiques/générales**

1) Quel âge avez-vous ?

2) Où est-ce que vous êtes née ?

---

2a) (si ne pas née en France) En quel année vous êtes arrivée en France ?

Quel âge aviez-vous quand vous êtes arrivée en France ?

2b) Où est-ce que vous avez fait vos études ?

3) Où est née votre père ? Il est de quelle ethnie ?

4) Où est née votre mère ? Elle est de quelle ethnie ?

5) Quel est votre niveau d'étude ?

6) Quelle est votre profession ?

7) Est-ce que vous avez des enfants ?

Combien ?

---

### **B. Les relations : famille, entourage amical, partenaire**

8) Est-ce que vous êtes actuellement en couple ?

9) Vous êtes mariée ?

Type de mariage :

10) En couple : depuis combien de temps vous êtes ensemble ?

Est-ce que vous habitez ensemble ?

11) Où est-ce que est né votre partenaire ?

De quelle origine est-il ?

---

*Maintenant je vais vous poser quelque question sur votre excision.*

12) Est-ce que vous savez quel âge aviez-vous quand vous avez été excisée ?

13) Vous savez où est-ce que ça s'est passé ?

Au pays (quand vous étiez petite, lors de vacances,...) ? En France ?

14) Est-ce que vous gardez quelque souvenir de ce moment-là ? Lesquels ?

15) Est-ce que de souvenirs sont resurgis lors de votre parcours de réparation ? Lesquels ?

(Cas où stimuler en peu : vous vous souvenez de la douleur après l'excision ? Vous étiez toute seule ou il y avait un groupe ? Combien de femmes il y avait ce jour là ? Qu'est qu'il vous ont dit ?)

16) Est-ce que vous avez parlé avec vos parents ? Où est-ce que vous savez qui a décidé de votre excision ?

### **C. Réaction à l'excision et décision de la chirurgie réparatrice**

17) Quand est-ce que vous avez pris conscience que vous étiez excisée (de l'excision) ?

18) Comment vous l'avez su ? (lors d'une consultation ? accouchement ? Copine ? partenaire ? ...)

Comment cela s'est passé ?

Qu'est qui vous a été dit ?

19) Quelles ont été vos réactions ?

Comment avez-vous réagi par rapport à cela ?

Qu'est que vous avez ressenti ?

Quels sentiments ?

20) A votre avis : pourquoi on excise les femmes ?

21) Avez-vous parlé avec quelqu'un de votre entourage ? Qui ?

22) Est-ce que ça vous gêne de parler de votre excision ?

### **D. Partenaire**

23) Avez-vous déjà parlé avec votre partenaire de votre excision ?

24) Est-ce qu'il connaissait déjà cette pratique ?

25) En quelle occasion, cet argument a été abordé ?

26) Avez-vous déjà parlé avec votre partenaire de votre désir de réparation ?

---

### **E. Chirurgie réparatrice**

27) Comment avez-vous su de l'existence de la chirurgie réparatrice ?

Qui est-ce qui vous en a parlé ?

28) Qu'est-ce qui vous a été dit sur la chirurgie réparatrice ?

Qu'est-ce que vous avez entendu dire à propos de la chirurgie réparatrice ?

29) A quel moment vous avez décidé d'entreprendre une chirurgie réparatrice ?

Pourquoi désiriez-vous faire une chirurgie réparatrice ?

30) Qu'est que vous vous attendiez par cette opération ?

Quels sont les changements que vous souhaitiez ?

Et est-ce que votre opération a répondu à votre demande ?

31) A votre avis, est-ce que le résultat esthétique est-il important?

#### **F. Image de soi**

32) A votre avis, est-ce que le fait d'être excisée influence l'opinion que vous avez de votre corps ? et comment ?

33) Est-ce que vous avez jamais regardé votre sexe/vagin avant l'opération ?

Et qu'est que vous pensiez ?

34) Est-ce que vous avez jamais vu le sexe d'une femme non excisée ? ( de photos, film...)

35) Est-ce que pour vous avez confronté ces photos avec votre sexe ?

#### **G. Le service de consultation/ la démarche de la réparation**

*Parcourir le dossier : vous avez vous .... en premier, et puis..., et puis... et enfin....*

36) Est-ce que vous considérez d'avoir été bien informée ? qu'est que vous auriez voulu qu'on vous parle plus

37) Retenez-vous que le nombre de consultations est-il excessif ou c'est bien comme ça ?

38) Est-ce que c'est important pour vous le fait que le médecin soit un homme ou qu'il soit une femme ?

#### **H. Questions sexo post-opératoire**

39) Est-ce que vous avez plus d'envie qu'avant ?

40) Est-ce que vous avez plus de plaisir ?

Plus qu'avant ? Egal ? Moins ?

(voir échelle AE +10                      0                      -10)

41) Est-ce que vous avez remarqué un nouveau type de plaisir après l'opération ?

Si oui, pourriez vous le décrire ?

42) Est-ce que vous vous masturbiez avant l'opération ? Et après l'opération?

43) Y a-t-il des changements au niveau du plaisir ?

Et de la douleur ?

44) Après l'opération quels changements avez-vous remarqué ?

45) Quelles sensations avez-vous au niveau du clitoris ?

(Désagréable, bizarre, neutre, agréable, orgasme)

46) Est-ce que vous vous sentez moins inhibée qu'avant ?

47) Est-ce qu'il y a eu de changements au niveau des pratiques sexuelles après l'opération ?

48) Quel impact a eu l'opération dans votre vie ?

Dans votre couple ?

Dans votre vie sociale ? / Par rapport à votre entourage ? / Vos ami-e-s ?

Votre famille ?

49) Est-ce que vous sentez d'avoir fait quelque chose de bien ou pas bien ?

## Annexe 8D Entretien de Awa, 28 ans, fille de migrants, célibataire, auxiliaire puéricultrice

RK 3

Jour de l'entretien 20/06/2008

Non opérée

Heure début de l'entretien 12 :20

Heure fin de l'entretien 13 :30

Durée de l'entretien 1h10 minutes

**Commentaire** Le rendez-vous était à 12 :00, j'arrive avec un quart d'heure de retard. Elle est très disponible et, à fur et à mesure, je comprends qu'elle est aussi beaucoup motivée à faire cet entretien, à parler, à faire le point de sa situation actuelle par rapport à sa demande de réparation avec moi.

**Description de la RK** (habillée, niveau langue, avec qui elle vient, elle arrive en retard ou à l'heure...)

Belle femme, souriante, sûre de soi ; Habillée à la mode, jeune. J'ai l'impression qu'elle est « bien dans son corps », elle dégage un sens de « présence » et d'une féminité réfléchie, mûre et assumée. Elle parle sans problème de sa sexualité.

**Retranscription de l'entretien**

M : comment vous êtes rentrée en contact avec ce service ?

Elle : je suis venue il y a euhmm... je ne sais plus ça fait combien de temps. Je suis venue à la base parce que j'avais découvert que j'étais excisée.

M : oui

Excision Elle : Je l'ai découvert à l'âge de 20 ans.

M : vous avez 27 là ?

Elle : J'en ai 28 !

M : comme moi !

Elle : voilà ! Donc je l'ai découvert à l'âge de 20 ans, sauf que j'ai eu beaucoup du mal à l'accepter depuis et encore en 2004, où j'ai eu... car j'ai eu beaucoup de problèmes familiaux...vous savez, mariage forcé et tout ça... j'ai eu tout ce parcours-là avec ma famille, ce qui a fait que j'ai coupé les ponts avec eux et j'ai eu un grand problème d'identité...enfin je me sentais pas bien. Par rapport à toute cette histoire je me trouvais pas normale, je me disais que j'étais pas une femme normale et voilà... et donc par rapport à ça j'ai suivi une psychothérapie, par rapport à mon histoire de famille et par rapport à cette histoire d'excision

M : et elles sont sorties au même temps les deux ?

Elle : bah en fait... à l'âge de 20 ans j'ai découvert que j'étais excisée et puis à l'âge de 24 ans je suis partie de chez moi parce j'en avais, enfin... c'est aussi par rapport à la culture parce que l'aînée des filles, c'est elle qui gère tout

M : et vous êtes l'aînée ?

Elle : ouais

M : pas de chance...

Elle : voilà ! et comme mon père était polygame, toutes les filles, on était 5, j'étais la seule à avoir été excisée. Ça s'est passé quand j'étais petite, à l'âge de 3 ans, mon père nous a amené au Sénégal et voilà...donc je ne me rappelais pas jusqu'à... jusqu'en 2004 où j'ai eu.... Parce qu'en fait, j'ai su que j'étais excisée à 20 ans parce que je suis allée voir une gynécologue. Donc elle m'a dit que j'étais excisée et j'ai eu beaucoup du mal à l'accepter.

M : c'est là où vous avez découvert... ?



Elle : voilà, à l'âge de 20ans parce que j'allais avoir mon premier rapport sexuel et donc je voulais la pilule et tout ça et donc... c'est là que la gynécologue m'a expliqué que il y avait une partie de mon corps qui n'était plus là

M : et vous comment avez-vous réagi par rapport à cela ?

Elle : J'étais très très choquée et... j'en ai parlé à ma mère, parce que à ce moment-là je vivais encore chez elle et la seule chose qu'elle a trouvé à dire c'est de me culpabiliser et de me gifler et depuis on en a jamais plus reparlé. Et puis c'est resté... sans communication sans rien par rapport à cette histoire et puis en 2004 je suis partie parce que justement ils sont venus me marier de force. Donc je suis partie. J'ai eu de la chance à l'époque, j'avais un copain ...

M : et vous auriez dû aller en Afrique au même temps ?

Elle : ah non non c'était ici, tout devait rester ici en fait, ils avaient prévu de me marier à la maison et mes frères devaient me séquestrer à la maison pour que je ne sorte, voilà, tout était bien machiné enfin tout était bien organisé !

M : vous vous êtes adressée à qui pour sortir de cette disons .... « machine » ?

Elle : mais c'était mon copain, celui avec qui j'étais, mon meilleur ami aussi est policier et il était là pour moi et voilà... la famille de mon ex qui était là à l'époque et est toujours là et donc voilà, ce sont eux qui m'ont aidé parce que sur ma famille je ne pouvais plus de tout compter.

M : et vous êtes arrivée jusqu'au point de porter plainte ou ... ?

Elle : par rapport à l'excision non... honnêtement non j'ai voulu le faire, mais j'étais en colère. Donc là avec recul, j'ai 28 ans maintenant, j'ai mon petit chez moi, mon petit travail, j'ai ma vie tranquille, ma mère a repris contact avec moi depuis quelque temps... je me méfie encore beaucoup d'elle, mais c'est pas elle qui a fait l'acte. La personne qui m'a excisée est décédée depuis longtemps, donc voilà, moi si je porte plainte, en sachant que mes parents ont divorcé... et qui sont en conflit tous les deux, donc ils ont problèmes de dettes et tout ça... ça m'apporte rien de le faire, j'ai mes petites sœurs derrière, mes petits frères enfin, voilà ça m'apporte rien de le faire.

M : disons que par rapport à cela, ce qui pourrait vous apporter quelque chose c'est la réparation ? si j'ai bien compris ?

Elle : à l'époque oui, en 2004 oui. Je pensais que... enfin quand je commençais à faire les démarches, à me renseigner, qui pouvait me réparer... parce que je me sentais vraiment pas bien dans ma peau et... oui, à l'époque je voulais me faire réparer, parce que je me trouvais pas bien, pas normale, j'avais l'impression que tout le monde voyait ça, surtout mon partenaire de l'époque je pensais qu'il ne voyait que ça et en fin de comptes, avec la psychothérapie... ah non ! C'est juste moi ! J'avais besoin de faire le tri en fait, la part de choses, entre moi et ma tête et voilà ça va beaucoup mieux !

M : est-ce que je peux vous demander avec qui vous avez fait la psychothérapie ?

Elle : c'était un médecin...ah ! bonne question ! ( nom d'une psychologue) elle opérait dans ma ville.

M : mais est-ce que c'est une psychothérapeute qui connaît l'excision ?

Elle : non, elle ne la connaissait pas. C'est peut-être aussi pour ça que j'ai arrêté après... dès que je me suis sentie un peu mieux... j'ai fait le machinement, je continuais à apprendre... avec qui je suis... à être vraiment ... comme je suis, à vivre, je pense que... ça m'a beaucoup aidé, mais j'ai arrêté parce que je pense que j'avais pas l'impression d'avancer après. Donc voilà ! Et depuis, c'est vrai que j'estime que je n'ai plus besoin, c'était... je ne sais pas, je me sens beaucoup mieux avec moi-même, donc ... parce que je ne me connaissais pas de tout.

M : donc c'était à ce moment-là... je vais juste résumer, si j'ai bien compris, à 24 ans vous êtes sortie de chez vous et c'est à ce moment-là que vous avez commencé la psychothérapie ? Ou c'était après ?

Elle : C'était un petit peu après, un petit peu après.

M : et à ce moment-là avec votre partenaire de l'époque... vous aviez déjà parlé de l'excision avec lui ?

Elle : Bien sûr bien sûr. Il m'a écouté. Il savait pas de tout ce que c'était et en fait il a été...

M : il était français ou ?

Elle : oui français, d'origine portugaise. Et c'est vrai que.... Il était surpris d'entendre tout ça. Il avait entendu parler de toutes ces histoires, parce qu'il fréquentait beaucoup de filles africaines, avec la culture sénégalaise musulmane ou...

M : et vous êtes originaire du Sénégal ?

Elle : voilà je suis d'origine du Sénégal et c'est vrai que la religion musulmane est très très forte... bon voilà il connaissait déjà tout ça et sans trop rentrer dans les détails je lui ai expliqué les choses et lui aussi il s'est beaucoup documenté là dessus et voilà il a compris. Bon il était persuadé qu'il fallait à tous prix que je me fasse opérer

M : ah oui ?

Elle : oui, et c'est pour ça que la démarche a été quelque part aussi grâce à lui parce que je me disais que j'en avais absolument besoin sinon je serai pas normale, sinon je... et en fin de comptes... voilà quand j'ai fait le point avec le (nom du gynécologue), il m'a expliqué comment allait se passer et j'ai eu un questionnaire assez bien, enfin bien ! bien complet en fait ! à savoir ce que je ressentais avant, pendant, après, de ce que je me rappelle et c'est vrai que au bout du compte, on a réalisé que je ressentais beaucoup de choses pour une femme qui avait été excisée et que si je me fais réparer donc ce serait juste pour l'esthétique et que je risque perdre ce que j'ai déjà donc voilà. Il m'a laissé six mois, un an, il m'a dit « écoutez vous me rappelez, vous voyez et si vous avez envie de vous faire opérer d'ici là, on le fera, mais si.... »

M : donc vous avez fait tout le parcours ?

Elle : ah oui quand même, oui ! Je pense que c'était bien, j'avais aussi besoin de ce temps là, pour peser les pro et les contre, pour voir vraiment si j'en avais besoin et c'est vrai que j'ai eu... enfin... mon copain actuel qui c'est un italien...

M : aaah !

Elle : voilà ! ça fait un petit moment qu'on est ensemble, donc... je lui ai expliqué tout ça et voilà... il me trouve tout à fait normale, c'est vrai qu'il me rassure beaucoup aussi et voilà... j'ai demandé à mon meilleur ami comment il me trouvait parce que c'est vrai qu'on a eu une petite histoire tous les deux et... enfin il me connaît vraiment bien. Et il m'a dit que j'étais tout à fait normale et je n'avais pas forcément besoin, mais après que la décision m'appartenait et c'est vrai que depuis... je me sens vraiment bien. Voilà.

M : est-ce que vous-même vous vous sentez « normale » ?

Elle : Oui... enfin... normale ! Je sais qu'il me manque quelque chose...

M : Oui, « normale » pardon, entre guillemets...

Elle : oui « normale » entre guillemets ... Je sais qu'il me manque quelque chose, mais ce « quelque chose » c'est pas... c'est pas handicap maintenant en fait, j'ai...

M : parce qu'il y a eu un moment où vous... vous l'avez considéré comme un handicap ?

Elle : oui, voilà. C'était plus dans la tête en fait. Je pense que c'était plus dans la tête, comme j'ai vraiment... je me suis rappelé de tout, quand j'étais petite

M : ... les souvenirs sont revenus ?

Elle : voilà ! en fait j'ai lu un bouquin, je ne sais pas si vous en avez entendu parler, mais je pense que si : « Mutilée » de Khadi et voilà

M : oui

Elle : eh voilà. Et en fait c'est... c'est dingue ! Parce que ce livre je l'ai lu dans une journée et le soir j'ai fait tous les cauchemars quoi ! je n'ai pas dormi, je me suis rappelé de tout, tout, tout... je veux dire... je pensais pas que je pouvais me rappeler, j'avais trois ans...

M : et c'était après avoir vu la gynécologue ?

Elle : non, c'était avant, c'était avant. J'ai lu le bouquin, je me suis rappelé de tout, j'ai eu beaucoup du mal à accepter tout ça...

M : eeehm, non moi j'entendais la première gynécologue qui vous a consultée....

Elle : ah oui, c'était après... 2004.... Oui, c'était en 2005... 2005 ! Ah oui oui, c'était après. Entre 2000 et 2004 je n'ai vraiment pas accepté, je refusais carrément de n'être pas normale, d'être bizarre... d'être mutilée. Voilà. Donc maintenant ça va beaucoup mieux.

M : donc vous vous sentiez comme ça, vous vous perceviez comme ça, mais vous vouliez pas parler ? mettre de mots.... ?

Elle : non, non, j'avais honte, j'avais honte ! A l'époque j'avais honte. J'avais vraiment honte. Je pensais que c'était de ma faute, il y avait de la culpabilité...

M : est-ce que cette honte venait de vous ou c'était plutôt ce geste de la gifle, même symbolique... de votre mère... ? à votre avis ?

Elle : uhhmmmm.... Je me sentais pas bien... je pense que ça venait de moi, au même temps la gifle n'a pas dû m'aider ah ! mais bon non, je pense que ça devait venir de moi, je pense c'était... l'acceptation de ce que s'est passé en fait, voilà. ....

M : donc voilà, on arrive là, vous arrivez dans ce service ? ... déjà, est-ce que c'était ici ou c'était au Service A la première fois ? est-ce que vous vous souvenez si c'était toujours ici ou ?

Elle : non... en fait la première fois, quand j'ai eu les coordonnées, je suis allée voir une gynécologue qui m'a suivi à peu près pendant plus d'un an à Porte de Montreuil.

M : ah, vous habitez là bas ?

Elle : J'habitais là-bas à l'époque et c'est vrai qu'entre-temps j'ai déménagé, mais j'ai continué quand même à aller la voir, c'est elle qui m'a orienté vers une gynécologue... et je ne sais plus quoi, elle a un nom composé... et c'est elle qui m'a parlé de tout ce programme-là par rapport au Service A et en sachant que je ne savais pas de tout ce que j'allais faire, je me suis dit « allez ! tu vas aller voir, tu vas poser de questions et on va voir ce qui va se passer ! ». Je suis venue ici donc...

M : donc vous consultiez cette gynécologue pour d'autres problèmes....

Elle : mais en fait, la première gynécologue que j'ai vu c'était par rapport à de problèmes....

M : sexuels ... ?

Elle : oui sexuel, par rapport à la pilule et autre et voilà. Ensuite elle m'a orienté vers la deuxième gynécologue qui était beaucoup plus... connaissait beaucoup l'excision, c'est vrai qu'on en a beaucoup parlé aussi, elle a répondu à mes questions...

M : c'était (*nom de la sexologue*) ?

Elle : oui (*nom de la sexologue*) ! voilà tout à fait ! je cherchais le nom ! et c'est elle qui m'a dit... enfin qui m'a parlé de ce programme, elle a répondu à toutes mes questions, c'est vrai que j'en avais beaucoup

M : mmmhhhh mmmmh

Elle : j'avais beaucoup beaucoup de questions ! ehmmmmmm

M : sur la chirurgie ? ou sur la sexualité même en général ?

Elle : Surtout ! Surtout ! Enfin si ce que je ressentais était normal ou pas... si j'étais normale... si j'étais réparée comment ça se passerait... enfin voilà, tout était mélangé, mais je posais plein plein de questions

M : et vous étiez satisfaite de... ?

Elle : de questions : oui ! de réponses : oui !

M : avant ces mêmes questions vous les avez déjà posées à quelqu'un d'autre ou vous les avez jamais posées ?

Elle : non j'avais jamais osé. Honnêtement j'avais jamais posé ces questions parce que encore une fois, j'avais honte de parler de ça quoi, j'étais pas à l'aise. Et ba...elle m'a... c'est elle qui a commencé à parler de tout ça, elle m'a raconté un petit peu des histoires, je me suis retrouvée en peu là-dedans. Elle m'a mis beaucoup en confiance par rapport à ça. Beaucoup d'écoute, je pense j'en avais besoin. Ehmmmm... pas forcément qu'on me comprenne mais voilà qu'on m'écoute et que je dise un peu ce que j'avais sur le cœur, ce que je ressentais et... voilà.... Elle m'a aussi bien expliqué, en sachant qu'à

l'époque j'avais déjà commencé la psychothérapie, elle m'a bien expliqué qu'il fallait que je fasse la part des choses, que tant que je ne serai pas bien dans ma tête, de toute façon ça n'irait pas.

M : mais donc, si je reprends vos paroles, votre problème était, entre guillemets « dans votre tête »... ?

Elle : Je fais un gros blocage, voilà! je fais un gros blocage ! Disons, le fait d'avoir un gros blocage dans la tête, je me suis un peu bloquée au niveau sexuel aussi. Et il y a eu quand même de répercussion pendant près de deux ans, où je n'étais pas...

M : pas bien ?

Elle : j'étais pas bien du tout et j'avais même commencé à tout arrêter parce que justement je me sentais vraiment pas bien quoi. La psychothérapie qui avançait...je commençais à mieux comprendre les choses et à mieux comprendre moi-même et voilà... après ce cheminement... donc la consultation, les questions...

M : donc à ce moment-là la question... enfin le sujet de la chirurgie réparatrice est apparu disons... ?

Elle : là je voulais... enfin au moment où justement je me sentais pas bien dans ma tête et donc je me sentais pas bien dans mon corps, je voulais me faire réparer absolument, c'était ça ou rien !

M : donc c'est vous qui a fait la demande ou c'est la sexologue qui vous a proposé ?

Elle : je fais la demande...ah, non non, je fais la demande, elle m'a expliqué toutes les alternatives, comment ça se passait, en sachant qu'encore une fois c'est clair « tant que vous ne serez pas bien dans votre tête on pourra pas vous opérer et voilà, vous serez suivie, il y aura... vous allez voir un médecin, un gynécologue, une sage-femme » voilà, on m'a expliqué tout le parcours et c'est vrai que j'ai fait un peu le tri dans ma tête, j'ai fait le point, mais en sachant que jusqu'à la dernière étape, j'ai vu le professeur, pour moi c'était : « je devais me faire réparer sinon je ne serai pas normale, sinon je me sentirai pas bien ». Et c'est vrai que quand je l'ai vu, après...

M : donc vous êtes arrivée à l'hôpital et vous avez rencontré en premier la sage-femme...

Elle : voilà !

M : et avec elle est-ce que c'est bien passé ?

Elle : ah, très bien ! J'avais peur, j'étais pas très très à l'aise, en peu épurée de ce qui allait se passer, comment allait se passer... après...

M : vous vous attendiez quoi par rapport à cette première consultation ? est-ce que vous aviez des attentes ?

Elle : bah, j'étais surprise en fait, je m'attendais pas à être aussi bien encadrée, je pensais pas comment vous dire ... rien que par rapport au questionnaire...je l'avais entre les mains, j'étais un peu choquée... je me suis dit qu'est ce que c'est ces questions ? c'est personnel ! je ne pourrai jamais répondre et puis... je suis rentrée à la maison et... je me suis posée un peu et j'ai repris les questions, et puis je me suis dit que en la fin de comptes que ...c'est normal ! Et après avoir répondu à ces questions, je me sentais un petit peu mieux, je me suis dit « bon bah à mon avis voilà c'est quelque chose de vraiment bien encadrée » et c'est vrai que ça m'a beaucoup rassurée, le fait d'être dans un carré, sécurisée.... Que c'était pas comme ça quoi, que j'étais pas dans ma nature.

M : parce que il y avait plusieurs questionnaires non ? un sur les troubles urinaires et puis ?

Elle : oui, tout était sur une petite pile quoi, tout était ensemble, voilà !

M : et sinon par rapport à la consultation... elle vous a expliqué ?... j'imagine qu'elle vous a posé pas mal de questions non ?

Elle : oh oui on a parlé de tout, de l'excision, de ce que je me rappelais, comment je me suis rappelée, qu'est qui a fait que j'étais là à ce moment-là, pourquoi est-ce que je voulais me faire réparer, enfin voilà, c'était....et il fallait que je cite toute mon histoire... de ma famille, les complications qu'il y a eu, le fait que je sois partie, le fait que j'aie coupé le ponts avec ma famille aussi... donc

M : ... est-ce que à votre avis cela a eu une répercussion sur vous ... vous étiez en train de provoquer une rupture forte avec votre famille, vous l'avez provoqué, vous étiez en train de reconstruire votre équilibre, votre espace, votre vie... est-ce que cela à votre avis a eu aussi une répercussion sur votre vie sexuelle...

Elle : oui, je pense...

M : ... à côté de l'excision je veux dire...

Elle : oui, je pense ! bah... j'étais beaucoup... oui j'étais beaucoup perturbée en fait par rapport à toute cette histoire, c'est vrai que j'ai toujours été habituée à vivre avec beaucoup de gens autour de moi, famille nombreuse, polygamie, enfin... toujours du monde à la maison et c'est vrai que d'un jour au lendemain on se retrouve à deux, avec le compagnon, toute seule, oui ça m'a beaucoup perturbée et ça m'a perturbée dans tous les sens du termes, parce que j'avais moins de libido, j'étais...ouais j'étais bizarre... j'étais pas bien.

M : sinon avant la découverte de l'excision, avant la menace du mariage forcé... est-ce que ça se passait bien ?

Elle : écoutez, avant je me trouvais normale ! Avant l'âge de 20 ans je me trouvais.. enfin, j'ai jamais eu la curiosité d'aller voir comment j'étais faite aussi parce que chez nous ce sont de choses qui sont tabou... j'ai jamais eu la curiosité d'aller voir...

M : donc ce n'est pas une histoire de miroir... ?

Elle : non non non ça n'a rien à voir. Parce quand j'étais au lycée, j'avais même milité, justement j'avais...j'avais réussi à encourager ma classe entière et j'étais déléguée justement à faire un espèce de gros exposé dans tout le lycée par rapport à l'excision et j'étais la première à avoir apporté le sujet quoi ! Donc... voilà, pour vous dire à quel point j'étais contre l'excision sans savoir que je l'étais moi-même.... Donc, non je me trouvais normale ! Et jamais j'aurais cru que j'avais eu ce parcours-là quoi... j'ai complètement occulté le truc, en fait c'était tellement fort que j'ai zappé.

M : mais sinon les relations avec votre père, votre mère, vos frères, sœurs...

Elle : mais avant ça...bah... après par rapport à la culture la relation père/mère, fille/père et fille/mère c'est vrai que déjà c'est assez particulier.

M : oui, parce que vous êtes française, née en France, scolarisée en France, grandie en France et...

Elle : bah ça toujours était compliqué, j'ai toujours eu un grand problème la France le Sénégal, mélangé tout ça, j'ai toujours eu un grand problème, j'ai toujours été à part de toute la famille de toute façon, bah à la maison j'étais traitée... ba en fait on me disait que j'étais la petite blanche, miss prout-prout, parce que justement je ne faisais pas les choses comme tout le monde

M : donc vous même si vous êtes l'aînée, et vous étiez censée de donner l'exemple... vous étiez en arrière par rapport à vos sœurs qui étaient plus intégrées....

Elle : ah oui carrément, ça n'a rien à voir ! Même encore aujourd'hui, j'ai repris contacts avec mes sœurs, ça fait... depuis février là...

M : ah vous aviez coupé aussi avec elles ?

Elle : oui, avec tout le monde malheureusement, parce que mes frères ont un grand pouvoir dans la famille, en fait ce sont les hommes qui décident tout, enfin chez nous et le problème est que mes frères ont décidé que mes sœurs me reverraient plus et tandis que ce sont les plus petites et elles avaient peur de représailles, on s'est plus vues pendant deux ans... un peu plus. Il y a une gémelle que j'ai vu en cachette et l'autre que je n'ai pas vu, que j'ai retrouvé en février mais ça faisait deux ans qu'on ne se voyait, mon petit frère aussi...

M : et elles par rapport à vous, elles ont pas coupé le lien familial?

Elle : non elles sont encore à la maison, mais le climat est assez particulier... il y en a une qui veut partir, l'autre qui est pas bien et cherche une formation pour partir aussi, après le climat familial n'est pas sain, personne n'est à l'aise dans la famille en fait, tout le monde veut partir. Mon frère aîné est parti et il s'est marié, mon frère gémeau est parti avec sa copine, moi je suis partie parce que je me sentais pas bien, il y avait toute cette culture que c'était trop pour moi.

M : et vos frères ont repris contacts avec vous ou pas encore ?

Elle : ah non non ! De toute façon je ne reprendrai pas contact avec eux, parce que c'est un parcours assez particulier, ils ont levé la main sur moi, j'ai porté plainte contre eux, beaucoup de violence et voilà, il y a eu quand même pas mal de choses, je ne suis pas prête à pardonner, enfin j'ai complètement coupé les ponts. Il y a juste le frère aîné que j'ai revu et qu'il s'est marié, moi j'étais pas à son mariage, il m'en vaut, ce que je comprends tout à fait, mais moi à l'époque je me sentais pas bien dans la famille donc, je préférerais pas venir, mais sinon enfin voilà je...c'est encore très froid, mais je pense que je ne ferai pas le pas et lui je pense il le fera pas non plus, après le climat dans ma famille est assez particulier, voilà...là les personnes avec qui je suis le plus en contact ce sont mes deux petites sœurs, mais comme j'ai mes deux petits bébé... elles ont 19 ans quand même mais bon, ce sont lesquelles avec qui j'ai plus de contact. J'ai aussi contact avec mon beau-père et avec ma mère, mais c'est assez particulier, parce que il y a beaucoup de choses qui n'ont pas été dites, après elle a eu de problèmes de santé, je veux lui dire tout ce que j'ai ressenti pendant ces 5 ans, et même avant, enfin mais elle a de problème de cœur ... après c'est toute une histoire...mais ça va se faire, parce que j'ai envie de dire aussi, que ce soit clair, donc voilà...maintenant que je suis indépendante.

M : au même temps, c'est plutôt pour vous... car sa réaction pourrait être une autre gifle...

Elle : honnêtement j'ai pris beaucoup de recul ça et je m'attends à tout avec elle maintenant et tandis qu'elle m'a fait les pires horreurs, maintenant je m'attends à tout avec elle, mais ça reste quand même ma mère, j'ai quand même ces valeurs-là où la famille est importante, mais je garde mes distances. L'autre maman, la maman d'adoption avec qui je m'entends beaucoup mieux et après...donc voilà et je fais avec.

M : votre discours est tellement clair, lucide...

Elle : ah oui mais maintenant... il y a 4 ans j'étais complètement perdue, j'étais... je savais pas ce que je voulais vraiment, j'avais peur de beaucoup de choses, et voilà... je pense que le fait d'avoir eu mon petit chez moi, d'avoir eu mon travail...

M : vous faites quoi ?

Elle : je travaille dans les classes avec les enfants, je suis aide-auxiliaire. D'avoir trouvé un travail dans lequel je m'épanouie, de personne qui m'entourent et qui sont là pour moi quand ça va et quand ça va pas, j'ai mon petit chéri, donc voilà tout va bien, tout va bien.

M : au moment où vous êtes échappée par le mariage forcé, vous aviez un copain de l'époque et c'est lui qui vous as aussi accompagné... qui vous a poussé pour faire la chirurgie ?

Elle : oui

M : c'est ce copain d'origine portugaise ?

Elle : oui, c'est lui qui m'a ...

M : vous êtes restée longtemps avec lui ?

Elle : oui, trois ans. Non c'est vrai qu'enfin... lui il m'a dit voilà : « tu devrais aller consulter et te faire réparer » et c'est vrai qu'il avait beaucoup de contrôle sur moi, j'étais complètement perdue encore une fois et bon bah, je me suis dit s'il le dit il faut que je le fasse.

Son téléphone sonne

Elle : excusez-moi, je vais couper.

M : oui, donc c'est lui qui vous a ...

Elle : c'est lui qui m'a poussé vers cette démarche, parce que j'étais vraiment pas sûre, j'étais vraiment pas sûre

M : est-ce que pour vous c'était la chose la plus importante à ce moment-là ?

Elle : à l'époque oui.

M : la réparation ?

Elle : et à l'époque, pour vous dire à quel point j'étais perdue, je voulais le faire pour lui

*Son téléphone sonne encore*

Elle : ah, c'est pas possible, c'est pas vrai – elle répond : « je te rappelle, je suis à un Rdv » - voilà c'était lui. A l'époque je voulais le faire pour lui, même pas pour moi. Mais c'est vrai qu'à l'époque, par rapport à la réparation chirurgicale, lui m'a poussé vers les démarches mais j'étais pas claire...

*Son téléphone sonne pour la troisième fois. Elle répond c'est toujours lui, ce copain de l'époque dont on est en train de parler, elle lui dit qu'elle est à un rendez-vous et puis elle s'excuse.*

Elle : donc je disais... ? oui voilà, donc il m'a dit « va faire les démarches, va te faire réparer, tu dois te faire réparer chirurgicalement », c'est vrai que j'avais beaucoup de problèmes au bas du ventre aussi, mais je pense que c'était toujours dans la tête, parce que bizarrement je n'ai plus aujourd'hui ! Donc voilà systématiquement quand on avait un rapport les deux j'avais mal au bas du ventre, mais ça me faisait des spasmes et j'étais pas bien, j'avais envie de vomir, de nausées enfin, de diarrhées, uff... j'étais pliée en quatre, c'était... et je me suis dit il faut que je le fasse pour lui, il était pas bien quoi ! il vivait très mal la situation, il pouvait pas m'aider... c'est vrai que à la base c'était pour lui, c'était pas pour moi, c'était pour lui. Donc après voilà, j'ai commencé la psychothérapie et je me suis dit « non, pour qui tu fais ces démarches ? est-ce que c'est pour lui ? est-ce que c'est pour toi ? » et voilà j'ai fait la part des choses et avant tout si je devais faire cette réparation, si j'avais décidé de là, normalement ça serait été pour moi.

M : est-ce que vous donnez une signification symbolique à la réparation ? est-ce que pour vous faire cette réparation avait un sens même symbolique ?... parce que finalement vous n'arrivez pas à la chirurgie....

Elle : oui c'était vraiment pour dire... j'ai subi un choc.... C'était l'acte... pour dire voilà... j'ai été mutilée, j'ai été excisée... oui c'était juste pour me faire réparer, juste symbolique voilà, c'était voilà, c'était pour dire « vous m'avez fait ça.... » en plus j'étais très en contraste avec la famille, donc c'était vraiment quelque chose de... c'était très très très mélangé.... Parce que en fin de compte, j'ai voulu me faire réparer, dans ma tête c'était « je me ferai réparer », donc c'était plus contre la famille, que par rapport à cet acte.

M : est-ce que vous diriez que vous aviez été réparée ? même s'il n'y a pas eu de chirurgie ?

Elle : aujourd'hui oui. Honnêtement oui ! Oui ! Avant...parce que j'ai quand même connu beaucoup de choses avec mon ami, il m'a fait connaître pas mal de choses, notamment le libertinage, c'est vrai que je connaissais pas de tout, je savais même pas que ça existait, tellement j'étais dans ma petite campagne, dans ma famille vraiment... et... c'est bizarre à dire mais le fait d'avoir côtoyé un peu ce milieu-là... à la base j'avais honte de moi, j'étais vraiment pas bien quoi !

M : votre ami, vous entendez l'actuel ou ... ?

Elle :non, l'ancien ! mais c'est vrai que j'avais beaucoup de mal devant les autres femmes, devant les autres hommes...je me déshabillais jamais. Parce que je me disais : « voilà, ils vont voir ce que j'ai, oh mon dieu, quelle catastrophe ! », jusqu'à un jour où j'ai écouté mes envies, et voilà j'ai suivi mes envies et je me suis rendu compte justement à ce moment-là que les gens ne s'étaient aperçus de rien, bon bah... à partir de ce moment-là « pourquoi devrais-je me faire réparer ? » et comment ça dans ma tête a commencé à tourner et au bout de 6 mois, je me suis dite : « non , t'as besoin de te faire réparer », ça se voit pas à l'extérieur, parce que à la base je pensais que ça se voyait, c'est pour ça aussi que j'étais pas bien, tu ressens de choses plus ou moins normales, les gynécologues que j'ai vu, parce que j'en vu plusieurs aussi, et le professeur que j'ai vu, m'ont expliqué que je ressentais beaucoup plus de choses qu'une femme normale. A partir de ce moment-là : est-ce que j'ai besoin de me faire réparer chirurgicalement ? Au risque de perdre ce que j'ai déjà, parce qu'ils m'ont expliqué que si je me fais réparer je risque de perdre ce que j'ai déjà.... Bon bah alors ? c'est clair et net ! j'ai vu le chirurgien, j'ai posé mes questions et il m'a dit comment allait se passer, qu'il y avait de risques, parce que de toute façon il y a toujours de risques et en fait je suis sortie du bureau, j'étais avec ma meilleure amie, je suis sortie du bureau : je ne voulais plus me faire réparer chirurgicalement. Comme si j'étais guérie en fait !

M : vous avez vous qui comme gynécologue ? (*nom du gynécologue*) ?

Elle : le (*nom du gynécologue*). Il était avec deux personnes, deux assistants. Donc à ce moment-là, je suis sortie du bureau, j'en ai reparlé avec ma meilleure amie, parce qu'elle est venue avec moi à la consultation...

M : Elle est excisée, elle aussi ?

Elle : Non non non ! Rien de tout ça ! Elle est d'origine antillaise, mais c'est vrai que voilà, on se connaît depuis pas mal d'années, c'est la seule que j'ai gardé de mon enfance en fait... Donc, elle m'a donné son point de vue, j'ai demandé le point de vue de mon meilleur ami, j'en ai parlé avec mon copain à l'époque et après... voilà...

M : est-ce qu'ils vous ont jamais montré de photos ? (*nom du gynécologue*) ? ou la sage-femme ?...

Elle : non. J'ai vu plein de dessins, tout au long de mon parcours j'ai vu plein de dessins, ils m'ont expliqué comment allait se passer, comment j'aurais dû être si je n'étais pas excisée... voilà j'ai vu plein de dessins, de schémas et tout ça. J'avais besoin de voir tout ça, je pense. Peut-être pas de photos parce que ça aurait été un choc aussi, mais de voir un schéma, de voir vraiment comment ça se passait, oui !

M : et ils vous ont bien expliqué comment ça se passe la chirurgie ?

Elle : ah mais carrément ! Carrément ! Là je sais que si j'aurais dû être opérée, je sais comment ça se serait déroulé.

M : et sinon pour vous même est-ce que vous avez cherché des images, de photos .... ? est-ce que après la « découverte » est-ce que vous vous êtes confronté avec de images, vous vous êtes regardé ou non ?

Elle : J'ai eu la curiosité de regarder une fois, parce que je n'avais jamais regardé... je trouvais pas qu'il y avait quelque chose de choquant...ahmmm... je me suis pas confronté avec cette image-là longtemps, c'était juste histoire de voir deux secondes et op ! on passe à autres choses ! à ce moment-là peut-être j'étais pas prête à regarder... je ne sais pas

M : et c'était une image de quoi ? prise par un journal ? un dessin d'anatomie ? une photo ? .... je n'ai pas compris.... C'était l'image d'un sexe non excisé ?

Elle : ah oui j'ai regardé de photos, j'ai regardé de films coquins enfin je suis quand même, j'ai essayé de voir comment ça se passait...et dans le milieu du libertinage c'est vrai que j'avais la curiosité de voir comment elles étaient faites. A un moment donné enfin... je trouve qu'à un moment donné c'était trop poussé, j'étais vraiment trop accentuée sur ça et je me suis dit mais non « c'est pas normal ! tu devrais pas et puis, bon voilà ou moins tu sais comment c'est fait et puis...après j'ai regardé comment j'étais faite moi aussi et j'ai vu plus ou moins la différence et au bout de comptes... ça change pas trop.

M : et ça que vous a « normalisé » disons... ?

Elle : Bizarrement oui ! Oui !

M : parce que votre sensation de n'être pas normale, ce n'était pas pour le côté esthétique... mais c'était par rapport à quoi que vous vous sentiez pas normale ? Par rapport à ce qui disait votre copain ? ou à l'image renvoyée ?

Elle : ba... en fait... J'avais une très très mauvaise image de mon corps en fait... en fait... J'ai vu déjà plusieurs reportages sur l'excision, c'était très très violent... Donc en fait... après avoir vu toutes ces images, j'ai lu de bouquins, j'ai été sur Internet, j'ai regardé et c'est vrai qu'après avoir vu toutes ces images un peu ... choquants... j'ai cru que j'étais pareille en fait. Il m'a fallu beaucoup de temps, mais ils m'ont expliqué que j'avais beaucoup de choses dans mon malheur en fait, qu'il y avait de femmes qui c'étaient beaucoup pire que moi, que en sachant que j'avais trois ans ils m'ont enlevé un tout petit bout d'un rien de tout, un tiers et que ce tiers, cette partie-là ne se voit pas, et puis quand j'ai compris ça, ça allait beaucoup mieux, j'avais plus mal au ventre quand j'avais de rapports sexuels, j'étais beaucoup mieux dans ma tête, je faisais plus la fixette sur justement « je ne suis pas normale », j'avais plus honte de montrer... parce que j'avais aussi cette honte-là justement de montrer face à mon copain.

M : et aussi de pratiquer certaines choses ?

Elle : oui, j'avais beaucoup beaucoup beaucoup du mal, il y avait beaucoup de choses que je refusais de faire

M : est-ce qu'avec votre copain actuel vous avez parlé de l'excision ?

Elle : oui.



M : de la réparation ?

Elle : ehmmmm... ba, le moment où je l'ai rencontré, je venais justement de quitter... enfin de voir le professeur, j'étais encore un tout petit peu perdue, mais bon c'était clair que j'allais pas me faire réparer.

M : et c'était l'année dernière ?

Elle : oui. Donc je lui ai parlé de tout mon parcours et voilà...

Téléphone qui sonne, une femme qui me cherche pour déplacer le Rdv. Je m'excuse.

M : oui, on a bientôt fini, je voulais justement savoir lui qu'est qu'il pense... si vous avez repris le discours... ?

Elle : bah, il a eu beaucoup du mal à accepter, lui ça l'a choqué, parce qu'en fait, il pensait vraiment pas, parce qu'en fait quand on voit de l'extérieur... c'est ce qu'il m'a expliqué « quand on te voit de l'extérieur, t'as l'air vachement bien, t'as l'air sûre de toi, enfin je ne sais pas... donc jamais j'aurais cru qu'il t'étais arrivé tout ça quoi... et j'ai dit beh, oui quelque part c'est un signe d'une carapace quoi et il m'a posé beaucoup de questions aussi, à savoir qu'est que j'avais ressenti, si j'étais normale aussi, il a quand même posé la question si je me sentais normale bah, je lui ai répondu qu'il y a eu une longue période où j'étais pas bien, que je me sentais pas bien dans ma peau et ça allait pas dans ma tête non plus

M : bah, disons que cette histoire vous l'avez répété quand même pas mal de fois...

Elle : mais l'air de rien, j'en ai parlé en fait à trois, quatre personnes, mais ces trois, quatre personnes-là ce sont toujours dans ma vie quoi et ce sont les seules auxquelles j'en ai parlé aussi et lui c'est vrai que... mais à la base on était amis, on est devenus amis intimes et jusqu'à présent il fait partie de ça, et puis il a voulu savoir comment je me sens, si je ressens de choses, et puis voilà ! en fin de comptes tout ça se passe bien, il est même très très étonné ! Donc... et moi honnêtement je me sens très très bien.

M : et sinon quand vous avez rencontré la sexologue, à ce moment-là vous avez dit que elle vous a tout bien expliqué comment allait se passer la chirurgie, mais elle vous a proposé aussi des alternatives ... ? ... enfin vous avez dit qu'elle vous a parlé des alternatives...Je voulais savoir quelles alternatives, qu'est qu'elle vous a conseillé ?

Elle : en fait non... elle m'a expliqué comment allait se passer, elle m'a donné une fiche informative qui m'expliquait toutes les étapes, que j'allais voir telle personne et telle personne, que c'est une équipe organisée, qu'il va se passer ça, qu'ils vont se réunir pour délibérer si j'allais être réparée ou pas, vous allais voir une psychologue et elle m'a donné cette feuille, elle m'a expliqué la même chose, et voilà, elle m'a dit, elle m'a expliqué comment allait se passer, parce qu'encore dans ma tête était clair que j'allais me faire réparer et puis voilà elle m'a expliqué quelles étaient les étapes.

M : et elle aussi vous a dit la même chose que le (*nom du gynécologue*), que peut-être ça va pas changer grandes choses...

Elle : ah oui, bien sûr, de toute façon voilà, on m'a dit que ce n'était pas parce que j'étais opérée que ça changeait grandes choses, qu'il y avait un suivi, une psychothérapie...oui, qu'il y avait beaucoup de choses à prendre en compte, ça de toute façon on m'avait expliqué. On m'avait expliqué aussi qu'au bout d'un an je risque de ressentir de choses, mais qui ce n'est pas... enfin oui que c'est très très long. Et c'était très clair aussi. Mais à ce moment-là j'étais prête à subir tout ça et puis voilà... la dernière consultation a été la consultation de la délivrance... et voilà.

M : c'est là que vous avez mis un point à ce dossier.

Elle : Ba, pour moi c'était complètement fermé, c'était une histoire réglée.

M : est-ce que le fait que je vous ai rappelé, que vous êtes là aujourd'hui... comment vous vivait la chose ?

Elle : mais je me sens très très bien, il n'y a aucun problème avec ça, ba en effet j'avais vu sur mon agenda qu'il fallait que je vous rappelle pour dire où est-ce que j'en était par rapport à ces étapes, qu'est que je voulais et puis je me suis dite « bah écoute c'est simple :tu n'as pas besoin, ils t'ont pas rappelé, tu rappelle pas, tout vas bien, la vie continue, voilà ».

M : bah, ouais, en effet c'était plus à moi de rappeler... c'est par rapport à votre dossier et votre parcours que vous avez commencé et puis vous êtes pas arrivée à la chirurgie... pour voir où est-ce que vous en étiez par rapport à ça... pour moi

c'était important de vous voir et en plus votre dossier est particulièrement intéressant.... Parce que vous avez les mêmes résultats d'une femme opérée, je dirais...

Elle : eh oui ! Oui, bizarrement je devais me soigner là, dans ma tête. C'était plus simple. J'avais tout mélangé et puis il fallait que je fasse la part de choses : l'excision, la réparation et le problème à la tête.

M : est-ce que vous êtes actuellement encore en psychothérapie

Elle : non j'ai arrêté, j'ai arrêté. Beh, je n'avais plus l'intention de continuer avec elle et j'ai arrêté. Et puis... beh, je n'ai pas l'impression de n'avoir besoin aussi. J'ai mes amis qui m'écoutent, qui me conseillent donc... ça vaut pas peut-être comme une psychothérapie, mais ça vaut beaucoup, ils me connaissent....

M : est-ce que vous pensez qu'un groupe de parole ça vous auriez été utile ?

Elle : bah, j'y ai pensé plusieurs fois, je me suis rendue plusieurs fois aussi au Gams.

M : bah, en fait je voulais vous demander si vous militez quelque part ?

Elle : non en fait, non je ne sais pas si je me sens prête à militer en fait. ... Si vous voulez jusqu'à maintenant je suis dans une démarche plutôt personnelle et égoïste. Je pensais plutôt à moi. Mais je me suis rendue plusieurs fois, j'étais très très impressionnée...

M : par ?

Elle : bah... par les femmes qui étaient là, parce que je faisais partie de plus jeunes aussi, bah, la première fois que j'étais là, j'ai suivi une espèce de réunion, et justement elles ne parlaient que de ça, j'étais un peu épourée, j'étais pas à l'aise, mais à l'époque j'étais pas bien aussi... donc

M : et à l'époque... c'était quand ?

Elle : mais 2004/ 2005

M : ah, parce que c'est aussi le GAMS qui vous a aidé pour le mariage forcé ?

Elle : ah non non, je me suis débrouillée toute seule et avec mon meilleur ami

M : parce que vous savez qu'eux ils s'occupent aussi de mariage forcé...

Elle : Oui, oui, beaucoup, mais en fait... moi à l'époque j'étais pas bien, j'étais en colère, j'étais perdue... mais en fait je voulais pas... en fait je pensais à mes frères et sœurs, mes petits frères et sœurs derrière.... Je me suis dit « si tu engages une procédure contre tes parents... voilà, qu'est qu'il va arriver pour les petits quoi ? en fait je pensais plus... bah en fait il n'y a que toi, tu y arrivera quoi, dans ma tête c'était tu y arriveras coûte que coûte... et c'est vrai que voilà ça m'apportera à rien de faire payer à mes parents pour ce qui s'est passé, même si quelque part ils sont responsables, que ma mère aurait dû plus s'occuper de moi, que mon père n'aurait jamais dû là bas, qu'il aurait dû jamais laisser entre les bras de sa sœur ... malheureusement arrivé, on peut rien changé, c'est la vie et maintenant c'est vrai que je ne regarde pas derrière. Et c'est vrai que je pensais à mes petites sœurs et mon petit frère ça va être trop dur pour eux..... Déjà que je suis partie et j'ai culpabilisé que je suis partie...même si j'avais raison de faire ce geste-là...maintenant non, le GAMS j'ai envie d'y retourner, j'y pense beaucoup ce temps-ci et voilà donc... pour parler un peu de mon histoire, mais j'ai commencé aussi un livre personnel, pour écrire un peu ce qui s'est passé, mon histoire... sur mon ordinateur

M : ah d'accord, alors je l'attendrai...

Elle : beh, mais je ne sais pas si j'avais osé le sortir ou quoi...ça m'a aussi beaucoup aidé dans tout ça, dans ce parcours...le fait de l'écrire...

M : bah, écoutez, ça m'intéresse beaucoup que vous écrivez

Elle : .... bah quelque part ça fait plaisir... moi, aujourd'hui je suis fière entre guillemets de raconter mon parcours et voilà je suis fière de moi, voilà !

M : ça se voit...

Elle : j'ai passé beaucoup de galère depuis 5 ans, 4 ans et demi, et aujourd'hui j'ai un très bon entourage.... Avant j'avais honte à parler, mais maintenant il n'y a aucun problème, d'où mon envie de parler au GAMS, peut-être aussi de commencer à militer...je ne sais pas, en fait je ne sais pas si j'aurais le temps en fait, je ne sais pas...

M : bah, de fois ça commence de tout près, vous avez dit que vous travaillé avec les enfants, est-ce ça vous arrive qu'il y a de petites filles et vous vous posez la question : est-ce qu'elles sont excisées ?

Elle : c'est vrai que je me pose beaucoup de questions sur les petites filles africaines qui sont en classe... c'est vrai, j'ai eu ce reflet là, mais je suis passé à autres choses après. C'est vrai que maintenant ce n'est plus...c'est vrai que chaque fois que je voyait une petite fille je disais : voilà elle est excisée », parce que je voyait la famille comme elle était, la culture et voilà... maintenant c'est bizarre, mais j'arrive à voir une femme qui l'est ou l'est pas. J'ai aussi une collègue, avec laquelle je m'entends très très bien, elle aussi elle a subi la même choses, seulement que elle c'est pire que moi, dans le sens qu'elle est mariée, elle a trois enfants, elle a choisi son mari... elle aime ses enfants, mais par exemple on en a parlé ensemble, elle ne ressent rien avec son mari, voilà. Et je me dis quelque part j'ai eu beaucoup de chance, il y a pire que moi, et ça qui m'aide aussi à avancer.

M : et c'est vous qui a posé la question à elle ou c'est elle qui a parlé ?...

Elle : bah, quelque part est venu comme ça en fait, on a parlé... la culture malienne et la culture sénégalaise se ressemblent beaucoup. On a plus ou moins les mêmes responsabilités, en sachant qu'elle n'est pas l'aînée de filles, son parcours familial est similaire au mien, par rapport aux responsabilités et coutumes et c'est vrai que la chose est sorti comme ça, je ne sais pas, elle a commencé d'abord à en parler, moi je.... Bah, honnêtement quand elle m'a parlé j'ai été choquée parce que je ne m'attendais pas de tout qu'elle m'en parle, mais à la suite de ça, j'ai mis quand même un mois à lui dire quoi et elle m'a dit « t'inquiète pas , je l'avais senti parce que tout suite quand je t'ai dit tout à redis tout suite : ah bon ? et en fin de compte t'as eu une expression corporelle et c'est là où je me suis dit : mince ! elle aussi elle a été ! ». On en a beaucoup beaucoup parlé pendant les heures de travail, et au bout de comptes on a les deux une vie particulière, elle me considère comme sa sœur et beh, le fait d'en parler toutes les deux, bah...elle connaît comment je suis, comment je vis, et tout ça, en sachant qu'elle, le sexe c'est tabou, beaucoup de genre de choses... et voilà je suis dans un état beaucoup plus élevé qu'elle et puis... j'aurais envie de la pousser, de l'aider et tout ça, mais je préfère qu'elle fasse sont petit cheminement et quand elle aura envie, beh je serai là... voilà tout simplement.

M : ah ah, oui..... et par rapport au groupe de parole... ? il y a un groupe de parole qui est en train de se monter... je ne sais pas si vous êtes encore en contact avec la gynécologue du Service B ?

Elle : bah, non, non.

M : bah, parce que ça se passe toujours par l'hôpital, le Service B, je ne sais pas si vous voyez... Elle : oui oui

M : et là il y a une idée de mettre en place ce groupe de parole...

Elle : ah, bah un groupe de parole oui ! oui !

M : bah, enfin si ça vous intéresse, à l'hôpital ils vous donneront des informations plus précises... parce que je ne sais pas si l'échange de parole aura lieu à l'hôpital ou dans un autre endroit....

Elle : d'accord

M : et puis je ne sais pas si vous avez des questions... sinon pour moi c'était très bien de vous avoir rencontrée !

Elle : bah, je pense j'en avait besoin aussi. Bah je suis venue et j'étais contente de faire le point en fait. Justement j'ai vu mon meilleur ami hier, je lui ai dit « tiens, je vais encore voir quelqu'un, je vais encore parler de tout ça », bah franchement merci.

M : beh, merci à vous !

## Annexe 8E Entretien de Yasmin, 28 ans, migrante, célibataire, assistante de vie

RK 115

Jour de l'entretien (en juin)

Opérée –

Heure début de l'entretien 18h 30

Heure fin de l'entretien 19h30

Durée de l'entretien 1 heure environ

**Commentaire :** Très belle entretien et pas programmé. Ce jour-là j'ai l'entretien avec *nom d'une interviewée* qui a appelé sa copine *nom d'une interviewée* et lui a proposé de l'accompagner pour faire elle aussi l'entretien. Belle surprise.

### Retranscription

Je présente rapidement la recherche et je décris les questions que je vais poser. Je précise que je ne suis pas médecin.

M : quel âge avez-vous

Elle : 28

M : et vous êtes née où ?

Elle : à Bamako

M : vous connaissiez *nom d'une interviewée* déjà au pays ?

Elle : oui oui

M : et en quelle année vous êtes arrivée en France ?

Elle : 2007

M : donc ça fait pas longtemps...

Elle : ah...non 2002 excuse-moi

M : 2002 ?

Elle : oui oui

M : et vous aviez quel âge quand vous êtes arrivée ?

Elle : 23

M : donc vous êtes arrivée avant *nom d'une interviewée* ... ?

Elle : oui

M : et quand elle est arrivée vous vous êtes vues ... ?

Elle : oui, on s'est vues...

M : vous avez faites vos études au pays ?

Elle : oui oui

M : et vous avez quel niveau d'études ?

Elle : CAP

M : et vos parents est malien aussi ?

Elle : oui oui

M : et de quelle ethnie ?

Elle : Bambara

M : et votre mère ?

Elle : ma mère est Burkinabé, mais sa race est Samoko

M : et vous travaillez en ce moment ?

Elle : oui oui

M : et quelle est votre profession ?

Elle : assistante de vie, je fais la garde des personnes âgées.

M : d'accord, à domicile ?

Elle : oui

M : et est-ce que vous avez des enfants ? - comme elle est venue avec un enfant je réponds pour elle en disant : oui

Elle : non mais c'est pas ma fille, j'ai un enfant , mais au pays.

M : d'accord, donc vous avez un enfant ?

Elle : oui

M : c'est une fille ?

Elle : un garçon

M : est-ce que vous êtes actuellement en couple ?

Elle : non

M : vous êtes pas mariée ?

Elle : non

M : d'accord...bon écoutez, comme je n'ai pas votre dossier sous les yeux, je dois vous demander quand est-ce que vous avez fait l'opération ?

Elle : le 10 avril

M : ah d'accord c'était à peu près le même moment que *nom d'une interviewée* ....

Elle : oui oui moi le 10, elle le 17

M : d'accord, écoutez alors là je vais vous poser quelque question sur votre excision. Est-ce que vous savez quel âge aviez-vous quand vous avez été excisée ?

Elle : mmmh mmmh, j'avais 10 ans

M : et vous étiez en groupe ?

Elle : en groupe oui

M : et est-ce que vous avez de souvenirs de ce moment-là ?

Elle : oui

M : est-ce que vous pourriez me parler un peu ?

Elle : oui, parce que le souvenir que j'ai c'est quand j'ai perdu une de mes copines. Quand ils nous ont fait, elle a eu...avant je ne savais pas que c'était de l'hémorragie. Elle a eu une hémorragie. Bon, vous savez, quand ils font ça, ils mettent de poussière, des trucs dessus, de selle, ils disent que ça va passer. Elle, le sang n'arrêtait pas et puis elle a perdu la vie. Quand j'ai demandé, ils m'ont dit que c'est comme ça, que ça arrive parfois, que c'est dieu qui a voulu et tout ça.

M : ... et vous, comment vous avez réagi ?

Elle : moi, aussi je me souviens que j'avais le sang qui n'arrêtait pas et dans ma tête j'ai pensé que j'allais rester aussi. Quand je pense à ça, je perds... [elle pleurt]

M : mmmh donc cette copine a été excisée au même moment que vous....

Elle : oui on était en groupe, on était dix à peu près. Mais elle et moi on était toujours ensemble on a grandi ensemble, dans le même quartier. Je la connaissais bien, plus que les autres

M : et ça vous a beaucoup choqué ?

Elle : mmmh mmmh Parce que moi dans ma tête ils l'ont tuée quoi !

M : mmmh.... Est-ce que vous vous rappelez qui a fait l'excision ? est-ce qu'il y avait plusieurs femmes ?

Elle : il y avait plusieurs femmes, c'est les femmes forgerons, sont elles qui font ça là-bas.

M : oui... et puis vous êtes restée là-bas ou vous êtes rentrée au village ?

Elle : Je suis rentrée le lendemain avant que les plaies se cicatrisent un peu, après on est parties.

M : et est-ce que vous vous rappelez si vous avez posé des questions à votre mère ?

Elle : à ma grand-mère j'ai posé des questions, elle m'a dit que quelqu'un qui n'est pas excisée, c'est comme si tu n'est pas une femme, tu es un homme. Et puis les hommes te voient comme si t'es sale quoi. C'est normal, tout le monde a subi ça, ma mère...c'est comme ça quoi !

M : et ça ils vous l'ont dit avant de l'excision ou après ?

Elle : après ! Ils vont faire l'excision, ils te disent pas. Le matin ils viennent te chercher et puis ils ne te disent même pas où on va te ramener...

M : et est-ce que vous vous rappelez si vous aviez de la douleur ?

Elle : oui. Oui j'ai eu mal. J'ai eu très mal même.

M : et pour aller uriner, vous aviez des douleurs ?

Elle : après ?

M : oui

Elle : non...oui avant que les plaies guérissent si je faisais pipi oui, ça me faisait mal. Mais après ça allait mieux.

[*J'allais poser une question, elle m'interrompte*] Mais dans ma tête je me suis toujours dit qu'ils ont pris la vie de ma copine et puis moi aussi ils ont pris quelque chose sur mon corps quoi ! Tout le temps je pensais à ça, comme si on m'arrachait quelque chose de moi.... Mais c'est comme ça ....Mais moi j'ai de souvenirs...Après on m'a marié à 14 ans

M : donc vous étiez jeune, très jeune....

Elle : j'étais jeune oui...puis mon mari était violent avec moi, il me battait et tout ça. J'ai eu mon fils à 16 ans

M : mmmh... et vous vous rappelez qui est-ce que vous a dit que vous alliez vous marier ?

Elle : c'est ma famille, c'est ma grand mère. Parce que chez nous, mon père il a un grand frère, des hommes et tout ça...c'est pas lui qui décide à la maison

M : c'est pas le père ?

Elle : non. C'est pas lui qui décide. S'il y a quelque chose, ils viennent lui dire que c'est comme ça et puis il peut rien dire parce que c'est comme ça

M : et même pour l'excision ?

Elle : bon là c'était ma grand mère, ma mère n'était pas là, mais même si elle était là, elle ne pouvait rien faire parce que c'est comme ça

M : et c'est la mère de votre père ou... ?

Elle : oui oui c'est la mère de mon père

M : d'accord...donc il y a eu un moment où votre grand mère vous a dit que vous alliez vous marier...

Elle : oui oui

M : et vous comment vous avez réagi ?

Elle : ils m'ont même pas dit que je vais me marier. Ils m'ont dit qu'il y a quelqu'un qui veut me marier, j'ai dit que je veux pas...il m'ont rien dit. Et un jour comme ça, ma grand mère m'a dit, « bon demain on va... » parce que chez nous quand tu te marie, on te lave la tête, c'est notre coutume quoi ! Je pensais qu'il rigolait mais...u matin elle est venue me réveiller...ils m'ont mis de trucs...je ne sais pas comment je vais te dire ça sur les pieds, comme des dessins....

M : d'accord de l'henné

Elle : après je vois il y avait beaucoup de monde é la maison...ils m'ont mis un boubou, un truc noir de tête au pieds et puis on m'a ramenée chez mon mari

M : un « truc noir » qu'est-ce que vous voulez dire ? vous étiez complètement couverte ?

Elle : oui, chez nous on met un truc qui couvre complètement la tête, tu peux voir, mais les gens ne doivent pas voir le visage de la mariée

M : et est-ce que vous aviez peur à ce moment-là ?

Elle : j'avais peur parce que je ne savais pas comment ça se passe et puis...ça m'a marqué parce que le soir quand mon mari voulait me toucher je lui ai dit qu'il me fait mal quoi ! Il m'a pas laissé, ça m'a fait mal la première fois, il m'a pas laissé. Et puis quand je disais que ça me faisait mal, il me laissait pas.

M : donc les premiers rapports sexuels étaient douloureux ?

Elle : oui c'était douloureux

M : et puis aussi après ?

Elle : oui parce que quand il veut me toucher, si je dis non, il me prend en force.

M : et c'était encore pire...

Elle : mmmh mmmh

M : écoutez et vous avez dit qu'à 16 ans vous avez eu votre premier enfant ?

Elle : oui

M : et il a quel âge maintenant ?

Elle : il a 13 ans.

M : et il est à Bamako ?

Elle : oui

M : il est avec le père ?

Elle : non ma sœur.

M : d'accord, en 2002, vous avez décidé de quitter votre pays... ?

Elle : oui j'ai fui

M : vous avez fui quoi ? qui ?

Elle : j'ai fui mon mari, parce que il me maltraitait. Quand j'étais à la maison il m'a dit qu'une femme doit se soumettre que c'est comme ça.

Un jour j'ai rencontré une fille sénégalaise et on a causé et on est devenues copines. Parce que chaque fois qu'il me frappe et il me faisait mal je fugais à Bamako quoi. Je ne pouvais pas aller chez ma famille, parce que si je vais, ils me ramènent. Et la mère de la fille elle m'a cachée plus d'une semaine. Après ils m'ont retrouvé, ils sont venus me chercher, je suis repartie. La fille est partie est allée à Dakar, on est restées en contact. Puis moi j'ai fui je suis allée à (Acai - pas compris) c'est une région de Bamako. Quand je suis allée là-bas, là-bas j'ai rencontré une fille là-bas aussi, je travaillais dans un salon de coiffeuse, je l'aidais un peu. Un jour il y a une dame qui est venue faire sa tête et puis elle m'a reconnue. C'était une de ses cousines de mon mari, moi je la connaissait pas très bien, mais elle m'a reconnue. Et puis elle est partie parler avec la fille au

salon...parce que elle ne savait pas trop mon histoire quoi. Je ne lui avais pas dit clairement pourquoi je suis à Acai. J'ai eu ma copine à Dakar, puis elle m'a envoyé et je suis partie à Dakar. Et puis là-bas, je me suis débrouillée pour venir ici. Je suis venue en bateau...

M : oui...vous vous êtes débrouillée comment ?

Elle : parce qu'elle avait quelqu'un qui travaillé au port...elle a dit au monsieur, bon ils ses ont arrangé. Le monsieur a dit qu'il pouvait m'aider, mais si je viens en Espagne, il fallait que je travaille pour lui, pour payer son argent. J'ai dit pas de problème.

M : ... mmmh et quel type de travail

Elle : [elle rit] Je faisais de la prostitution

M : pendant combien de temps ?

Elle : je suis restée en Espagne presque une année....

M : donc vous êtes partie environ en 2001 depuis l'Afrique ?

Elle : oui...

M : et en Espagne vous étiez où ?

Elle : à Madrid....

M : et vous êtes restée un an pour payer ses dettes

Elle : oui pour payer ses dettes- Un jour il y a ...parce que je sortais pas – si je sortais c'était pour aller gagner de l'argent. Un jour il y a un de ses amis il vient avec sa femme. Et puis j'étais dans la cousine, la femme elle m'a vue, et puis on a causé un peu et elle m'a dit qu'elle vit à Paris avec son mari. C'est elle qui m'a aidé à venir ici en France.

M : c'était une femme de Bamako ?

Elle : non c'était une guinéenne

M : et ce monsieur était du Mali ?

Elle : non du Cameroun

M : d'accord...donc cette femme vous dites elle vous a aidé à venir jusqu'à Paris ?

Elle : oui

M : et comment ?

Elle : oui parce qu'on est restées en contact, puis un jour elle est revenue et on a fait la cousine. Et elle m'a dit si le monsieur te dit d'aller travailler, elle m'a dit d'aller à un endroit, elle m'a indiqué, je sais plus, elle m'a dit de l'attendre là-bas. Et puis elle est venue me chercher. C'est elle qui a payé les billets, on est venue en Tgv.

M : Et vous êtes venue à Paris et c'est toujours elle qui vous a aidé ?

Elle : J'ai habité un peu avec elle, après je suis partie, comme j'ai connu l'association, une association...

M : le Gams ?

Elle : oui le Gams oui, mais aussi une autre association « Bis des femmes »...c'est dans le XXème, Pères Lachaises.

M : je ne connais pas cette association, mais je vais noter. Et comment vous l'avez trouvé ?

Elle : parce que c'est quelqu'un qui m'a montré là-bas. C'est la dame qui m'a montré l'association. Parce qu'eux ils aident les gens qui font la prostitution, à trouver du travail. Et puis je faisais de l'informatique aussi

M : c'était des cours ?

Elle : oui ils donnaient de cours...

M : et donc là vous avez commencé à trouver un boulot, vous vous êtes installée...

Elle : oui



M : d'accord, donc là on va parler un peu de votre opération. Comment vous êtes venue à connaissance de l'existence de la chirurgie ?

Elle : parce qu'un jour j'ai causé avec une copine, elle avait déjà fait l'opération et elle causait de ça avec une autre et moi j'ai fait comme si j'a pas entendu, mais ça m'intéressait. Et puis quand les autres sont parties, je suis allée lui demander et elle m'a expliqué...c'est elle qui m'a montré le Gams et le Gams m'a envoyé ici.

M : et comment vous avez rencontré cette copine ?

Elle : chez la dame-là, parce que sa maman venait toujours causer...

M : quelle dame ?

Elle : celle qui m'a aidé à venir ici

M : et vous êtes toujours en contact avec elle ?

Elle : non, elle est plus là, elle est partie.

M : mmh mmh d'accord, tout à l'heure vous avez dit que quand elles parlaient de la chirurgie eccetera, vous avez fait semblant de ne pas entendre, pourquoi ?

Elle : parce que je ne voulais pas que les autres vont savoir ce que je vais faire... parce que si elles savent que j'ai fait ça, elles vont le dire en Afrique, ce sera un autre problème pour moi. C'est pour ça, je ne veux pas que les gens savent.

M : d'accord...donc vous êtes allée au Gams après, ils vous renseignée et qu'est-ce qu'ils vous ont dit ?

Elle : j'ai vu une fille, et après elle m'a envoyé ici. Et j'ai vu une dame...

M : la sage-femme....

Elle : oui et elle m'a tout expliqué

M : elle vous a expliqué comment ça se passe l'opération ?

Elle : oui après j'ai vu la sexologue, la psychologue,

M : et le chirurgien aussi ?

Elle : oui

M : et est-ce que vous trouvez qu'il y avait trop de RDV ?

Elle : non c'était bien parce qu'on a pris le temps...en tout cas pour moi c'était bien parce qu'on m'a rassurée. Je voulais faire l'opération mais je ne savais pas comment aller se passer....

M : et qu'est-ce qui vous a été dit sur la chirurgie ?

Elle : on m'a montré comment c'est un sexe excisée et puis les parties qu'on va remettre en place

M : ils vous ont montré de photos ?

Elle : oui

M : et quel effet ça vous a fait de voir de photos ?

Elle : moi je ne sais pas, parce que je suis comme ça depuis...déjà dans ma tête, je me suis dit que si on pouvait me rendre ce qu'on m'a pris...parce que même avant que j'arrive en France, moi c'était ça, je détestais ces gens là quoi ! Quand je les vois, ça me rappelle trop de souvenirs...

M : quels gens ?

Elle : les gens qui ont fait l'excision. Mais dans ma tête je voulais devenir comme toutes les autres...parce que déjà dans ma tête je me suis dites, moi je ne suis pas comme les autres femmes. En Afrique, oui...si vous êtes en Afrique...c'est comme ça. Mais dans ma tête on m'a pris quelque chose. Mais quand je suis venue ici, que je cause avec les filles, elles ne sont pas excisées. Moi j'ai honte de me déshabiller devant elles. Quand les hommes en Afrique disent « si tu n'es pas excisée, tu es sale... »

M : vous pensez quoi de ça ?

Elle : quand ils disent ça...ça me fait mal. Ça me fait mal.

M : donc vous avez dit que vous rencontré de filles qui n'ont pas été excisées et vous avez discuté avec elles...et est-ce que vous avez déjà vu le sexe d'une femme qui n'est pas excisée ?

Elle : non

M : une photo ?

Elle : sauf l'enfant, si je change les couches...et puis les pornos, si je vois

M : et est-ce que vous avez déjà regardé votre sexe avant l'opération ?

Elle : oui

M : et comment vous le trouviez ? Beau ?

Elle : (Elle rit) c'est bizarre

M : est-ce que pour vous le résultat esthétique était important ?

Elle : oui

M : vous en avez discutez avec le médecin ?

Elle : oui je lui ai dit

M : et vous êtes contente là ?

Elle : oui

M : ça vous plaît ?

Elle : oui ça me plaît.

M : tout à l'heure vous avez dit que vous avez eu l'impression « qu'ils vous ont enlevé quelque chose » et aussi que votre sexe avant l'opération était « bizarre ». est-ce que vous pensez que l'excision peut influencer l'opinion que vous avez de votre corps ?

Elle : avant ça me dérangeait pas, mais quand je suis venue ici j'ai rencontré un homme et je sortais avec lui. Et chez lui ils font pas d'excision aux femmes. Alors chaque fois qu'on fait l'amour il me demande si j'ai du plaisir, je dis non il s'énerve, il dit « c'est comme ça, l'excision... » ça ça m'a donné encore plus d'angoisse, je me suis dite « peut-être lui il me voit pas une femme comme les autres...parce que comme il a l'habitude de sortir avec des femmes qui ne sont pas excisées, c'est comme ça, c'est comme ça. C'est pour ça, si j'étais au Mali, j'avais mal, parce que l'excision ça m'a traumatisée, mais j'ai toujours dit qu'ils m'ont pris quelque chose, parce que moi dans ma tête ils ont tué ma copine. Ils ont tué ma copine, moi aussi ils m'ont arraché quelque chose. C'est vrai je ne suis pas restée, mais pour moi ils ont pris quelque chose de moi. Vous savez les hommes maliens vont pas dire c'est comme ça, c'est comme ça. Même moi si je vais parler, il y a personne qui va m'écouter. Mais quand je suis venue ici, et quand j'ai commencé à sortir avec lui, chaque fois qu'il me demande si j'ai du plaisir, si je dis non, il s'énerve. Il me dit que chaque fois lui qui vient vers moi, moi je vais jamais. C'est comme ça...c'est comme ça...

M : et là vous parlez de qui ?

Elle : quand je suis venue ici j'ai rencontré quelqu'un, c'était un camerounais aussi.

M : et vous êtes restée combien de temps ensemble ?

Elle : on est resté longtemps. On s'est séparé avant de l'opération

M : ah avant l'opération !

Elle : oui

M : et pourquoi ?

Elle : parce qu'il supportait pas, moi non plus je ne supportais pas...chaque fois il me disait, moi j'écoutait mais je ne voulait pas qu'il guide ma vie trop quoi. Parce que j'ai trop de souvenirs. Moi je voulais pas que...parce que s'il dit quelque chose c'est comme ça et il voulait pas m'écouter. Moi je voulais pas me laisser faire.

M : et vous étiez amoureuse de lui ?

Elle : oui oui je l'aimais bien

M : et comment ça se passait au niveau sexuel ? vous aviez mal ou... ?

Elle : parfois j'avais mal

M : et vous aviez jamais du plaisir ? ou quelque fois ?

Elle : quelque fois, mais pas tout le temps.

M : et lui il vous caressait ? il vous touchait ?

Elle : oui

M : et vous comment vous étiez par rapport à ça ?

Elle : de fois ça me faisait rien, c'est ça qui lui fait mal aussi

M : et il vous a dit ça ?

Elle : oui. Parce que chaque fois, lui fait tout un effort et moi je dis non non non Et lui ça l'énerve. Et moi « oui, mais c'est comme ça, je vais pas te mentir »

M : et après vous vous êtes séparé...

Elle : oui

M : et vous n'avez pas parlé avec lui de la chirurgie ?

Elle : au début il était au courant. Quand j'ai commencé les démarches il était au courant. Et il m'a dit que c'était bien, et moi je dis « je fais ce que je veux quoi ! », que c'est bien...avant que ça se termine...il me prenait trop la tête alors je me suis dit « bon, c'est bon ».

M : donc l'opération vous l'avez faite pour vous ?

Elle : oui, c'est ça que je voulais lui montrer, l'opération je l'ai faite pour moi, pas pour lui.

M : et qu'est-ce que vous vous attendiez de l'opération ? Pourquoi vous avez décidé de vous faire opérer ?

Elle : parce que dans ma tête c'est comme si on m'a pris quelque chose. Quand on m'a dit qu'on peut faire ressortir, je me suis dit que je vais redevenir comme avant. C'est comme j'ai retrouvé le truc qu'on m'avait pris. C'est ça.

M : et est-ce que vous êtes contente de l'opération ?

Elle : oui

M : et depuis est-ce que vous trouvez que vous avez plus d'envie ?

Elle : oui parce que quand je me caresse, là je me caresse toute seule, je sens de trucs là.

M : de trucs quoi ?

Elle : que j'ai envie, soit quand je regarde les films, ça m'excite.

M : et avant ce n'était pas le cas ?

Elle : non

M : donc vous avez plus d'envie et plus de plaisir ?

Elle : oui. Maintenant j'ai pas mal quand je fais l'amour. Et puis je sens bien maintenant.

M : et vous faites de nouvelles choses que vous faisiez pas avant ?

Elle : non je fais toujours les même s chose, mais je sentais pas avant.

M : et les films porno vous les regardiez aussi avant ?

Elle : oui mais si je regardais ça me disait rien, alors je regardais pas. Mais si je regarde aussi ça me fait rien.

M : après l'opération, lors de la cicatrisation, vous avez eu quelque RDV avec le chirurgien, c'est juste ?

Elle : oui...

M : et après combien de temps vous avez repris les rapports sexuels ?

Elle : après l'opération....parce que j'ai un ami maintenant, mais lui n'est pas ici, il est aux Etats-Unis. Quand j'ai fait l'opération, 45 jours après il est venu

M : et à cette occasion-là, vous avez eu un rapport sexuel ?

Elle : oui

M : et ça s'est bien passé ?

Elle : oui oui

M : vous avez eu tout suite du plaisir...ou ?

Elle : la première fois, quand j'ai fait j'ai pas senti quelque chose, mais après quand on a fait, j'ai senti.

M : d'accord, donc pas la première fois....

Elle : la première fois, je ne sais pas c'était bizarre aussi, mais après quand on a fait, parce qu'il est resté une semaine plus au moins...et à fur et à mesure j'ai commencé à sentir...

M : du plaisir ?

Elle : de plus en plus

M : d'accord, donc cet ami que vous avez en ce moment il habite aux Etats-Unis ?

Elle : oui

M : donc vous vous voyez pas beaucoup ?

Elle : il vient de temps en temps. Quand il est parti, je n'ai pas fait !

M : d'accord depuis mai il n'est plus revenu ?

Elle : non, il doit revenir en septembre là.

M : d'accord, et cet ami, vous l'avez connu comment ?

Elle : je l'ai connu à travers quelqu'un, une copine.

M : ici à Paris ?

Elle : non, j'ai une copine aux Etats-Unis, comme on est en contact, c'est lui qui nous a mis en relation [*elle rit*]

M : et vous êtes bien avec lui ? vous êtes amoureuse ?

Elle : oui, je l'aime bien

M : et lui il est de quelle nationalité ?

Elle : il est malien, mais comme il est né là-bas, il est grandi là-bas, il connaît pas...

M : et vous avez parlé avec lui de l'opération ?

Elle : oui je lui ai parlé, avant même que je fais l'opération je lui ai dit...parce que lui il connaît pas bien l'excision, parce qu'il est pas né là-bas...

M : il savait pas ce que c'est ?

Elle : il savait un peu, mais il cherchait à comprendre. Je lui ai expliqué un peu, après il m'a dit que si je sais que c'est quelque chose qui va me faire du bien, que lui il s'en foutte.

M : d'accord...écoutez est-ce que vous en avez parlé avec quelqu'un d'autre ? avec votre copine... ?

Elle : oui, c'est tout à lui aussi, c'est tout

M : et quelqu'un de la famille ?

Elle : ....j'ai dit à ma petite soeur

M : et votre sœur habite ici ?

Elle : non en Afrique, j'ai encore contact avec elle

M : d'accord, c'est la seule personne...

Elle : oui

M : et si vous direz ça à votre mère... ?

Elle : elle va me tuer [elle rit]

M : à votre avis pourquoi ?

Elle : parce que je suis née là bas et j'ai essayé de venir ici, dans ma tête j'essaie de devenir comme les blancs ! [elle rit] - excuse-moi le terme ! [elle rit]

M : donc ça c'est pas bien pour votre famille... ?

Elle : non non et puis si je retourne là-bas, ils vont m'exciser à nouveau. Parce que tant que tu n'est pas excisée tu n'est pas une femme quoi, ils vont pas comprendre

M : d'accord...écoutez moi je crois que je vous ai un peu tout demandé...peut-être dernière question générale, à votre avis la chirurgie qu'est-ce qu'elle a changé dans votre vie ? dans votre rapport avec les hommes, les autres, votre corps ?

Elle : ça a changé quelque chose, c'est même pas les relations avec les hommes...parce que moi dans ma tête maintenant je suis tranquille parce que ...dans ma tête le truc qu'on m'avait pris, je l'ai retrouvé. C'est ça qui me fait sentir bien.

*Salutations, remerciements, fin de l'entretien.*

## ***Chapitre 9/ Réappropriation de l'espace public : analyse d'un Blog***

---

La parole des femmes est investie d'une valeur différente lorsqu'elle circule dans l'espace public. Le passage de la dimension privée du parcours individuel à la dimension publique de l'histoire collective des femmes excisées en quête de réparation, acquiert une portée politique, notamment quand cette parole s'exprime et s'affiche. Ce dernier chapitre clôt la partie empirique, l'analyse d'un blog créé par une femme excisée permet de restituer une parole en dehors de l'espace médical. Le travail de terrain a permis de reconstruire le parcours de réparation des femmes excisées en demande de réparation. Si leur demande se formule en termes de reconstruction chirurgicale, c'est parce que la médecine a acquis dans notre société un pouvoir de conférer un nouveau statut aux personnes. Considérées comme victimes ou handicapées, les requérants d'aide peuvent accéder à un statut de « personne à part entière » à travers notamment la réparation corporelle. La « normalité » corporelle ou sexuelle nécessite d'être confirmée par une autorité institutionnelle conférant ainsi une valeur supérieure à la simple appréciation subjective. Mais, si nous avons exploré le parcours de ces femmes au sein de l'hôpital, comment vivent-elles ce passage, cette réparation identitaire et corporelle, en dehors de l'institution ? Comment choisissent-elles de raconter leur intimité, leur sexualité, leur rapport au corps qui va se modifier par une intervention chirurgicale ? Quelle signification donnent-elles à cette « quête de féminité » qu'elles entreprennent à travers la reconstruction du clitoris ?

Comme pour les entretiens, la volonté est de restituer la parole aux femmes, premières actrices de leur expérience. Cette restitution, politiquement nécessaire, est pourtant limitée. Comme à l'hôpital, dans le blog la sélection de mon échantillon à l'intérieur d'un groupe très défini est revendiquée, l'intérêt de ce chapitre est encore une fois de saisir les logiques des femmes excisées voulant réaliser une réparation à travers la chirurgie du clitoris. Ce blog, découvert lors d'un entretien avec une « patiente », est considéré comme un « dispositif de réparation » au même titre que les dossiers et les consultations. Cette analyse a offert notamment la possibilité de m'ouvrir, bien que virtuellement, sur le monde externe. Les « expertises sauvages » des femmes, excisées ou

pas, circulant dans le blog contrastent avec les expertises savantes de l'équipe médicale. Les logiques de ces femmes ne sont pas toujours en désaccord avec les réponses médicales, mais elles n'y adhèrent pas non plus sans les questionner et les reformuler dans leurs propres termes. Ainsi l'analyse du blog porte sur la description du cadre et des conditions de production et de circulation d'un discours, tout comme sur le discours lui-même, comme production d'un savoir spécifique sur l'excision et la réparation, dans la mesure où « savoir consiste à rapporter du langage à du langage. À restituer la grande plaine uniforme des mots et des choses. À tout faire parler » (Foucault, 1966 : 55).

Ce chapitre s'organise en trois parties. Dans la première partie, l'analyse porte sur le blog en tant que dispositif. Comment s'organise-t-il ? Quelles sont les logiques qui permettent son fonctionnement ? Cette première partie mobilise les outils de la sociologie des médias et propose d'aborder des questions telles que la présentation de soi, le travail sur soi ou la figuration de soi. J'emprunterai certains concepts à la sociologie des activités en ligne (Beuscart, Dagiral et Parasie), champ de la sociologie relativement récent en France par rapport aux Etats-Unis et qui étudie précisément le phénomène d'Internet. Parmi les chercheurs et chercheuses qui s'y sont intéressé-e-s, on se référera aux travaux de Mathieu Paldacci (Paldacci, 2004) permettant d'analyser le blog comme forme de « journal intime en ligne » ainsi que d'observer le rapport entre le « diariste » et son lecteur. D'autres auteurs vont aussi être mobilisés, qui permettent d'illustrer le cas de « l'intimité anonyme » (Velkovka, 2002) et de « l'individualisme expressif » (Allard, Vandenberghe, 2003) derrière le projet de publier ses propres écrits.

Dans la deuxième partie, le dispositif du blog est rapproché du dispositif médical du « parcours de réparation » (dossiers et consultations) mis en place en milieu hospitalier. Il s'agit de tracer les points de convergence et les points de divergence entre les deux logiques : d'une part la production et la circulation d'un discours intime touchant l'excision et la réparation dans le cadre du blog ; d'autre part l'exigence de la construction d'un discours sur soi cohérent attendu par le corps médical. Comment se caractérisent ces deux logiques ? Peuvent-elles co-exister et comment ? Que signifie « réparer » pour le corps médical ? Que veut dire « réparer » pour les femmes ?

Dans la dernière et troisième partie, l'analyse se focalise sur les enjeux de la chirurgie réparatrice dans la vie sexuelle d'une femme. Celle-ci est observée du point de vue de la

femme, l'auteure du blog qui entreprend librement son projet d'écriture en ligne. Comment aborde-elle la question du plaisir ? Qu'est-ce qu'elle qualifie de « sexuel » ? Quels sont ses questionnements, les représentations auxquelles elle fait référence et ses pratiques en matière de sexualité ?

### **La diariste, le blog et les lectrices. Se dire dans l'espace public**

En février 2007, une femme excisée ouvre un blog intitulé « Excision : le chemin de ma reconstruction ». Elle se présente comme « une femme qui a été excisée, qui cherche à s'en remettre et qui veut en parler ». Elle choisit le pseudonyme de « Papillon » et précise que son blog parle de : « Mon rapport à l'excision que j'ai subie, l'impact qu'elle a eu sur ma vie, ma volonté d'en sortir... ». Elle poste son premier billet en février et l'intitule « La femme derrière l'excisée », dont les premières lignes d'introduction disent :

J'ai 30 ans, je suis d'origine sénégalaise et je vis à Paris. J'ai un travail bien payé qui me permet de vivre confortablement. Je vis avec mon compagnon dans le sud de la ville. Quand j'avais 4 ans, ma mère m'a faite exciser. Et ça a bousillé ma vie. (19 février 2007)

L'appellation *blog*, contraction du mot *weblog*, sert à désigner des pages personnelles créées à partir d'un logiciel d'autopublication disponible en libre accès sur Internet : « les blogs se présentent comme des journaux avec des textes personnels ordonnés chronologiquement auxquels le lecteur peut réagir en postant des commentaires et proposent des liens hypertextes vers d'autres sites, d'autres weblog de la « blogosphère » liés aux thèmes abordés et aux informations délivrés »<sup>221</sup>. Seulement une partie d'entre eux peuvent se qualifier de « journal intime en ligne » (Paldacci, 2003 :11) dont les caractéristiques seront illustrées plus loin. La forme de blog choisi par Papillon, se caractérise par la description de sentiments et de situations intimes. L'analyse de Matthieu Paldacci<sup>222</sup> montre que les principales caractéristiques lexicales des blogs « intimes » renvoient à « soi, aux sensations personnelles » et à « une corporéité intime » (Paldacci, 2003 :11), comme le rapport avec son corps ou, dans le cas de Papillon, à son sexe.

---

<sup>221</sup> Note reprise dans Allard, et Valdenberghe (2003).

<sup>222</sup> Paldacci effectue une analyse lexicale à l'aide d'un logiciel (Alceste ) sur un corpus de vingt-cinq journaux intimes publiés sur Internet.



À travers une approche de la sociologie pragmatique, Dominique Cardon et Hélène Delaunay-Teterel produisent en 2006 un essai de typologie des blogs. Ces deux auteurs s'intéressent au rapport entre les formes d'énonciation de soi et les relations qui s'établissent avec le public. Sur la base du rapport entre les énoncés blogu  s et le type de relation avec le public, les auteurs modélisent quatre typologies de blog, qui se distinguent par le mode de communication : 1) Partage des intériorités ; 2) Communication continue ; 3) Affinités   lectives ; 4) Echange d'opinions. Le blog de Paillon correspond au premier type, qui sera analysé de manière plus approfondie dans le cadre de ce chapitre. Selon ce modèle théorique, les blogs de « partage des intériorités » se caractérisent par le style propre du journal intime, forme littéraire apparue au XIXème siècle. Les énoncés portent sur la personne de l'énonciateur, qui délivre, sous forme anonyme à travers un pseudonyme, ses sentiments, ses   tats internes et sa vie privée. Il s'agit d'un récit sur soi qui s'insère dans un dispositif d'écoute qui permet le partage d'expériences intimes.

Le public n'est pas un aspect secondaire. Le blog implique à la fois une dimension individuelle « d'exacerbation de la sensibilité à soi et de quête de reconnaissance publique » et une dimension sociale puisque le blog peut être considéré également comme « un répertoire de contacts permettant aux individus de tisser des liens avec d'autres autour d'énoncés à travers lesquels ils produisent de façon continue et interactive leur identité sociale » (Cardon, Delaunay-Teterel, 2006 :17). Dans ce sens, le blog est à la fois un outil de « production identitaire » et un instrument de « production de sociabilités » (Cardon, Delaunay-Teterel, 2006 :18). Dans le blog de Papillon le ressort individuel, voire « narcissique », occupe une place aussi importante que le ressort relationnel, comme nous le verrons plus tard.

Le blog de Papillon se présente de manière relativement simple, à travers la publication d'un message, ou billet, qui consiste en un texte relativement long (environ une page A4) et des commentaires s'affichant en dessous par ordre chronologique. Le graphisme est presque absent (les textes sont publiés sur des pages à fond blanc) et le blog n'est pas illustré. Chaque billet (52 au total) est ordonné par mois (9 au total), qui sont, à leur tour, classés dans une rubrique, « Archives », s'affichant sur la gauche de la page. Au-dessus, une deuxième rubrique, la « Blogoth  que », affiche les liens à d'autres blogs

appartenant souvent aux lectrices<sup>223</sup> du blog de Papillon. Cette rubrique a une valeur importante pour les *bloggers*<sup>224</sup>, car cela permet d'entretenir les liens sociaux qui se tissent dans ces interactions. S'il est vrai que les échanges concernent deux individus, le public – comme un témoin – est toujours présent et participe à cette relation. Le public, quant à lui, possède un caractère éphémère et mobile, car cela dépend de la participation des lecteurs. Pour que ces derniers participent sur un blog et pour que ceci soit connu, Cardon et Delaunay-Teterel constatent que l'auteur du blog doit constamment participer aux blogs de ceux qui le lisent, rentrant ainsi dans une logique circulaire qui donne une double identité à l'auteur/lecteur.

### **L'intime mis en ligne : démocratisation de la sexualité**

La gestion d'un blog personnel de type intime, requiert la présence des certaines conditions : d'une part, la connaissance technique et l'accès à un ordinateur équipé d'une connexion Internet, d'autre part un « goût pour l'écriture ainsi que le sentiment d'une certaine légitimité à écrire » (Palducci, 2003 :8). L'entretien d'un blog demande également une série de compétences pratiques et une connaissance technique du dispositif énonciatif du blog. À cela s'ajoute l'exigence d'une intelligence relationnelle qui garantit la « réussite » d'un blog, qui dépend fortement d'une certaine maîtrise par les acteurs des codes et des grammaires de communication (Cardon, Delaunay-Teterel, 2006 : 20). Ces compétences nous informent sur le profil de la diariste, que nous pouvons reconstruire et compléter à partir des informations qu'elle-même nous livre. Nous savons que Papillon, femme de 30 ans, originaire du Sénégal, de l'ethnie Mandingue de Casamance, chez qui l'excision est pratiquée couramment, n'a pas d'enfant et cohabite avec son compagnon. Elle dit avoir fait « des études solides d'ingénieur » et avoir un emploi « qui lui permet de gagner bien sa vie ». Nous remarquons qu'elle possède des hautes compétences linguistiques, avec une maîtrise du langage psychanalytique et également une certaine maîtrise des connaissances informatiques. Nous savons, en outre, qu'elle a été excisée avec sa sœur de deux ans plus âgée qu'elle, événement dont elle ne garde aucun souvenir. Par sa cousine, elle a obtenu quelques informations qui lui ont permis de reconstruire sa biographie. Pourtant sa

---

<sup>223</sup> Nous utilisons le féminin universel, car, à quelques rares exceptions, le public du blog de Papillon est composé de femmes.

<sup>224</sup> Personnes qui tiennent les blogs.

mémoire reste fragmentaire et est source d'un malaise profond qui l'amène à entreprendre une psychothérapie qui dure déjà depuis six ans au moment de la naissance de son blog.

À la question « pourquoi écrire un journal », le lien unissant le travail sur soi, le rapport avec un public et l'activité d'échange émerge. Qu'est-ce qui amène Papillon à écrire un blog ?

J'ai cherché, sur Internet, des témoignages de femmes excisées. Je ne peux pas en parler à ma mère, c'est un sujet totalement tabou. Ma soeur refuse d'en discuter. Il n'y a eu jusqu'ici que ma cousine pour accepter de m'en parler. J'ai cherché pendant plusieurs semaines sur Internet, pour une récolte maigre, très maigre. Alors j'ai décidé d'écrire ce blog, d'y témoigner, d'aider, peut-être, une femme ou une jeune fille qui a été excisée et qui cherche d'autres femmes qui ont subi la même chose sur Internet. J'ai aussi besoin de mettre à plat le chemin que j'emprunte cette année, le chemin de ma reconstruction. (19 février 2007)

Ce type de blog s'inscrit en continuité d'un travail personnel, que dans le cas de Papillon correspond à un travail psychothérapeutique, uni au commencement d'un chemin de reconstruction. La naissance d'un blog, souvent « associée à la traversée de moments biographiques particuliers », coïncide pour Papillon au moment où elle décide d'entreprendre la démarche de réparation de l'excision : « le blog apparaît dans ces moments d'interrogation personnelle où se redéfinit la trajectoire de vie des individus » (Cardon, Delaunay-Terrel, 2006 : 32). Qu'est-ce qui implique alors pour elle le maintien d'une écriture à la fois intime et publique ? Depuis l'ouverture de son blog, Papillon s'engage à raconter à son public ses sentiments, ses peurs et ses rêves, mais elle fournit également, avec une variation de registre linguistique, des éléments concernant les conversations familiales ainsi que de véritables comptes-rendus des consultations médicales. Il s'agit alors pour cette femme de mettre en un dispositif supplémentaire « d'intensification du rapport à soi » qui lui permet d'effectuer un exercice d'autocontrôle par le moyen de la réflexivité. La pratique de l'écriture du journal intime soulève la question de l'engagement que la personne entretient, à un moment donné de sa vie, avec elle-même. Tenir un journal intime implique un travail sur soi. Lorsque ce travail éditorial fait l'objet d'une publication, ce qui constitue une autre étape, l'engagement de l'auteur est politique dans la mesure où l'« identité narrative » de l'auteur s'expose à une validation ou une critique dans un contexte de lecture publique. À travers ses énoncés blogués, l'auteur délivre une forme de vérité sur sa propre expérience intérieure, la subjectivité de ses énonciations est légitimée par l'authenticité de l'écriture personnelle.

Le modèle du « Partage des intériorités », selon Cardon et Delaunay-Teterel, « vise le monde comme un halo » et laisse souvent ce genre de blogs en absence de commentaires. Au contraire, le blog de Papillon se caractérise une fréquentation constante et relativement nombreuse de la part du public. Le succès de ce blog s'explique par la singularité et l'originalité du sujet traité. L'excision est un sujet très peu abordé par ces femmes, notamment au sein de leurs familles (Andro, Lesclingland, Pourette, 2010). Dès l'ouverture de son blog et la publication de son premier billet, Papillon reçoit les commentaires de neuf personnes, dont six déclarent avoir été excisées et désirent rentrer en contact avec elle. Quelques femmes témoignent à leur tour leur drame de l'excision ou leur projet de réparation. Le blog devient alors un contexte de partage d'expériences et des propos qui font écho avec les « intériorités (vie intime, états d'âmes, imaginaire) » (Cardon, Delaunay-Teterel, 2006 : 35) d'autres internautes. Comme nous le verrons plus loin, certaines femmes postent des messages très intimes, d'autres se limitent à remercier Papillon d'avoir abordé le sujet de l'excision. Une femme publie entièrement son expérience de réparation chirurgicale dans le cadre d'un commentaire. Si d'une part, cette femme décide d'ouvrir un blog principalement pour elle-même, l'importance des échanges et des relations tissées dans le net est évidente. Papillon questionne la pratique de la tenue d'un blog en termes « d'engagement », ce qui implique une raison supérieure à la simple nécessité personnelle :

Mon blog est pour moi un moyen de me dire, de déposer mes pensées sur cette abomination, de sortir du traumatisme et d'ingérer le fait que j'ai été excisée. C'est pour moi un moyen d'avancer, de quitter les rives de mon drame personnel, de prendre de la distance et de me rassurer sur le fait que je suis toujours un être humain normal. Je me disais qu'il suffirait qu'il soit lu par d'autres femmes dans ma situation, que ça les aiderait peut-être d'une façon ou d'une autre. Mais c'est trop peu, je crois. Et puis c'est trop facile, aussi... Alors je voudrais faire de ce blog un lieu d'échange, un endroit où chacune peut trouver des informations, des réponses, des témoignages, du réconfort, un appui. Ce pourrait être un premier pas dans ma démarche de vouloir aider... (10 avril 2007).

Ce dispositif de « figuration de soi » s'insère dans une logique de reconnaissance entre pairs. L'identité s'affiche comme « forme discursive et dispersive » sur le réseau et demande constamment une validation de type *peer to peer*. Dans ce sens, l'identité narrative qui s'affiche sur le blog est également une « identité de liens » (Allard, Vandenberghe, 2003 : 212) qui dans ce sens doit être interprétée, validée et reconnue par d'autres internautes visiteurs du blog. Toutefois le support médiatique rend ces liens

abstrait, tout comme ces expériences de partage, qui se font à distance. Les relations qui se créent dans cet espace virtuel qu'est le blog sont à la fois « intimes et anonymes » (Velkovska, 2002 : 201), le support technique rend possible et autorise une conversation intime entre inconnus.

### **Logiques des femmes, logiques médicales**

Ayant décrit le fonctionnement du dispositif du blog, et ayant montré que celui-ci s'organise sur un ressort individuel et un ressort social, nous allons maintenant le comparer à deux autres dispositifs, cette fois-ci, de caractère médical : le dossier médical (chapitre 7) et les consultations à la réparation dans le cadre du « parcours de réparation » (chapitre 6). Si le blog est un dispositif, le discours circulant à l'intérieur, sous forme de textes et de commentaires, constitue un élément de ce dispositif qui a toute légitimité d'être étudié au même titre que d'autres données recueillies sur le terrain, à savoir les discours des spécialistes, sous forme de comptes-rendus réparables dans les dossiers. La comparaison de ces deux dispositifs permet de mettre en lumière la dimension individuelle présente dans chacun, le blog et la pratique d'écriture sur soi, le dossier et le compte-rendu sur le patient. Que place Papillon derrière le mot « réparation » ? Qu'est-ce qui fait une « réparation » pour le corps médical ? Quels sujets sont traités par la femme dans son blog et quelles « rubriques »<sup>225</sup> à l'intérieur du dossier retiennent l'intérêt des spécialistes ? Quelles sont les différences et quels sont les points communs de ces deux représentations de la « réparation » ? La comparaison entre le dispositif du blog et le dispositif des consultations du « parcours de réparation » permet, à l'inverse, d'extraire et mettre en lumière la dimension sociale de ces deux dispositifs. La dimension de l'échange entre les internautes dans l'espace du blog acquiert une propriété thérapeutique lorsque ces échanges consistent à partager une expérience commune, souvent définie comme traumatique. Dans le cas des consultations médicales effectuées par les spécialistes, la dimension thérapeutique s'exerce plutôt par une transmission des normes et des règles pour rééduquer un corps déformé, blessé. Dans les deux dispositifs pourtant la parole est

---

<sup>225</sup> Par « rubriques » nous nous référons aux différents titres indiquant le contenu des informations demandés et contenues dans les dossiers.

centrale : le soin, la guérison, le changement, la libération se produisent par le simple fait de parler.

### **Les objets de la réparation : dossier et blog**

Une chirurgie réparatrice permet de réparer les dégâts de l'excision et de reconstruire un clitoris d'apparence normale. Une patiente qui décide de se soumettre à cette chirurgie rentre dans un circuit qui prévoit plusieurs consultations successives effectuées par une équipe pluridisciplinaire, à l'intérieur du « parcours de réparation ». Ce dispositif, qui se fonde sur une approche de prise en charge globale de la patiente (Villani, 2009), exige l'ouverture d'un dossier dans lequel chaque spécialiste, mobilisant ses propres compétences, laisse une trace écrite de son évaluation en matière de « réparation ».

Comme on l'a vu, le dossier est un dispositif qui structure la pratique médicale, et plus précisément la pratique clinique (chapitre 7). Il représente dans ce sens le lieu de la mémoire écrite, de l'histoire médicale du patient. Le dossier devient également l'outil du clinicien à l'intérieur d'une équipe, où les savoirs spécifiques se multiplient et se fragmentent dans une prise en charge pluridisciplinaire. Le dossier constitue la trace d'une unité, d'un travail concerté, le point de gravité autour duquel se structure le travail médical. L'analyse des motivations (chapitre 7) a montré que les éléments du dossier ne rendent pas complètement compte des toutes les raisons des femmes, de celles exprimées et de celles cachées. Parmi toutes les motivations exprimées par les patientes, les professionnels en retiennent seulement certaines, qui correspondent aux motivations « audibles » par le corps médical et sont donc les seules à être entendues.

### **Partage ou épreuve de la *narration* de soi**

L'analyse des dossiers a montré comment la « motivation » acquiert une place centrale dans la construction du profil de la patiente et l'évaluation de la candidate à la chirurgie. Les expressions « veut être une femme comme les autres », « veut être une femme normale », « ne veut plus se sentir différente » ou encore « veut être une femme à part entière », sont codifiées par le corps médical dans une catégorie de réparation « identitaire » ou « symbolique ». Les demandes déclinées dans ces différents énoncés,

permettent à l'équipe de justifier leur décision de prolongement de délai, d'allongement de la durée du « parcours de réparation », lors duquel se produirait un temps de réflexion censé faire mûrir le discours des patientes. Ce que Papillon écrit sur son blog n'est pas son expérience directe, mais la *narration* de celle-ci. Cela implique d'une part qu'elle reconstruit son vécu *a posteriori*, le rattache à des réflexions survenues plus tard ou au moment qu'elle écrivait. La production d'un soi cohérent « *à travers la construction réflexive et narrative d'une identité* » se dessine au fil de l'écriture, qui permet d'interpréter un événement après coup d'y revenir, de l'observer et de le reconstruire en lui donnant un sens choisi. D'autre part, il y a la question du public, de la publicisation de soi, ce qui implique un choix, une sélection d'éléments que Papillon désire afficher en écartant d'autres. À l'instar de la pratique de l'écriture du dossier, qui est réfléchie, effectuée suite à la démarche afin de maintenir une cohérence interne, l'écriture de soi demande également une réflexivité en grande partie rétrospective, qui vise à reproduire une représentation cohérente du « soi » à la fois objet et sujet de l'écriture. Dans un ouvrage qui tente d'esquisser une nouvelle théorie de l'identité, Jean-Claude Kaufmann associe le récit à l'identité dans la mesure où cette dernière « est l'histoire de soi que chacun se raconte » (Kaufmann, 2004 : 151). La narration de soi permet dans ce sens de libérer l'identité de sa composante essentialiste et statique, ce qui correspond pour l'auteur à la structure de l'individu moderne qui construit son unité, sa cohérence, autour du récit.

Les deux dispositifs, s'ils ont une portée et des fins différents, suivent le même procédé et demandent à l'individu de constituer une « identité narrative », dans le sens où « L'identité, narrativement comprise, peut être appelée par convention de langage, identité du personnage » (Ricoeur, 1990 :168). Cette identité se construit en liaison avec celle de l'intrigue, que, dans le cas du récit, équivaut à une *narration de soi*. La construction du personnage alors, à travers le récit, est une construction de soi-même. Comme l'illustre Ricoeur, le rapport entre auteur, narrateur et personnage ainsi que leurs rôles et leurs discours sont moins distincts. Dans l'écriture de soi, la personne qui écrit est à la fois l'auteur de l'écriture, le narrateur de l'histoire et l'objet de son histoire (Ricoeur, 1990 :189). Le travail d'écriture, intime et personnelle, se dirige vers soi avant tout. L'« identité personnelle » de l'auteur est engagée dans l'écriture, au même titre que dans l'élaboration d'un récit sur soi, dans la mesure où, pendant ce processus de construction de

son journal intime ou de son discours, l'auteur s'édifie lui-même comme un individu cohérent (face à lui-même ou face à l'institution).

Les thèmes que Papillon met en avant dans son blog durant son parcours d'écriture permettent d'opérer un questionnement sur « *son chemin de reconstruction* ». Elle envisage la chirurgie comme un « *miracle* », le parcours devient un « *marathon* » et la première consultation avec le « *chirurgien miraculeux* » devient « *le jour plus important de ma vie* ». Nous remarquons rapidement comment la « réparation » est, pour elle, chargée d'émotions profondes, mais également d'attentes. Ses rêves parlent d'un « *changement* » que la chirurgie apporterait dans sa vie. Après avoir été « *réparée* », elle espère pouvoir conduire « *une vie heureuse comme toutes les autres femmes* ». Sa recherche personnelle vise, en particulier, à améliorer deux aspects dans sa vie : l'épanouissement personnel à travers la réalisation d'un idéal de « *féminité* » et la reconnaissance d'un nouveau statut acquis à travers la chirurgie. Ces deux objectifs personnels sont au centre de son projet de « *réparation* » et exercent deux tensions constantes dans son processus d'émancipation envers « *cette cicatrice qui barre mon sexe* » :

Quand je m'autorise à rêver et à espérer, j'imagine de la joie: la joie de ne plus sentir cette cicatrice qui barre mon sexe, la joie de me sentir une femme à part entière, la joie de jouir. Me sentirai-je plus féminine que maintenant? (28 février 2007)

Pour elle, l'épanouissement personnel implique la confiance en soi et l'acceptation de sa personne, à travers un rapport à soi-même plus indulgent et plus tolérante.

J'ai lu des témoignages de femmes opérées qui se disent plus épanouies. Mais je ne comprends pas ce que ça veut dire "plus épanouies". Ont-elles plus confiance en elles? S'aiment elles d'avantage? Sont-elles moins dures avec elles-mêmes? Sont-elles plus joyeuses? (28 février 2007)

Très rapidement, elle met en avant aussi la possibilité, qui s'exprime par la forme interrogative, de l'irréversibilité de l'excision, comme si ses traces ancrées dans sa personne l'avaient constituée telle qu'elle est sans espoir de modification :

Ce qui me fait peur, c'est... et si ça ne changeait rien? Tout à l'heure, j'ai lu sur un blog le commentaire d'une femme qui a été opérée et qui dit toujours se sentir excisée dans sa tête. Et si ça m'arrivait aussi? (28 février 2007)

Dans les dossiers médicaux, le thème de la « *féminité* » est relié par le corps médical à la motivation de la demande d'une chirurgie. Il est souvent noté sous la formule « *veut être une vraie femme* », ce qui ne dit pas si la femme a réellement exprimé sa demande dans ces



termes, mais le fait qu'elle soit audible, voire écrite, révèle que le corps médical reconnaît une « essence » dans « l'être femme ». De l'autre côté, Papillon intitule un billet de son blog « Le grand mystère de la féminité » et se livre à une véritable interrogation sur le sens du mot « féminité », sur son rapport à la féminité, ce qui semble n'être pas si différent de celui de toute femme, indépendamment de l'excision.

Ma cousine m'a dit se sentir inférieure, moins femme que les autres. C'est un sentiment que j'éprouve aussi parfois : je me sens une féminité immature, grossière, primitive et maladroite par rapport aux autres femmes. Mon manque de féminité peut avoir pour origine mon excision, ou ma relation distante avec ma mère, ou une accumulation d'événements dans mon histoire. Depuis le milieu de ma vingtaine, j'éprouve une sorte de complexe à ne pas être féminine. (4 avril 2007)

Dans cette recherche de « féminité », Papillon ne tente pas vraiment de définir les contours de son objet, au contraire elle proclame son côté éphémère :

Qu'est-ce que la féminité? Comment puis-je faire pour être plus féminine?

Ce que je comprends de tout ça, c'est que la féminité est une notion subjective.

J'ai l'impression que la féminité s'appuie sur une sorte de sérénité par rapport à la perception qu'on a de soi et de son corps, ce qui revient à sa posture de subjectivité de la féminité.

Il est intéressant de voir comment cette question suscite beaucoup de réactions parmi les lectrices qui répondent à leur tour :

À mon sens la féminité peut se définir de deux façons: soit par et pour le regard des autres, soit par le ressenti intérieur. La difficulté que bon nombre de femmes éprouvent par rapport à cela (non non, tu n'es pas seule!) vient sans doute de ce que souvent, les deux angles de vision ne se recoupent pas. (commentaire 1)

Moi je me maquillais beaucoup avec comme philosophie "Si tu ne plais pas à toi-même, plais au moins aux autres" (...) ça m'a toujours été indispensable que les autres me voient la plus féminine possible, peut-être ils ne se douteraient pas que j'ai été excisée, je ne voulais pas que l'excision transparaisse. La féminité c'est pour plaire. (commentaire 2)

J'ai toujours eu l'impression d'être excisée dans ma tête. Je crois que l'excision physique est la manifestation la plus extrême de la répression du corps des femmes, et je ne vois pas comment on peut être féminine, s'accepter en tant que femme, si notre milieu nous refuse de jouir de notre propre corps. (commentaire 3)

La féminité, telle qu'elle est interprétée et vécue par ces femmes, rejoint la définition donnée par Butler lorsqu'elle déclare que le « genre n'est pas un fait, il ne pourrait pas exister sans les actes qui les constituent » (Butler, 2006 :264). Le geste du maquillage qui

ressemble à une opération de déguisement nécessaire pour que les « autres me voient la plus féminine possible » révèle le caractère non pas tant artificiel que performatif de la construction du genre. « La féminité c'est pour plaire » nous informe sur le fait que « être femme » implique une tenue et des traits féminins culturellement définis, que ces signes externes d'une féminité exhibée doivent être reconnus et identifiés comme du « féminin », que le sens attaché, la finalité même, du féminin est d'engendrer du plaisir au regard, ce qui est formellement établi par les canons des modèles dominants de la beauté féminine (Vigarello, 2006). Le genre, dont la construction sociale reste parfois peu problématisée, acquiert la définition d'une norme dans le premier commentaire, lorsqu'une femme déclare que la féminité se définit à la fois « par et pour le regard des autres » et « par le ressenti intérieur ». Cet « intérieur » doit se signifier à la surface à travers la « répétition stylisée d'actes » qui nécessitent de se répéter pour affirmer mais aussi figer l'identité de genre. Butler dirait : « le genre est une norme que l'on ne parvient jamais entièrement à intérioriser » (Butler, 2006 :265). Le dernier commentaire interroge le genre dans sa dimension politique, la naturalisation d'une hiérarchie sexuelle est questionnée. La question que cette femme pose « comment peut-on être féminine lorsque nous sommes réprimées en tant que femme dans notre corps » rejoint celle posée par Butler : « le corps, serait-il façonné par des forces politiques ayant stratégiquement intérêt à faire en sorte qu'il reste fini et constitué par les marqueurs du sexe ? (Butler, 2006 :248)

Dans le monde médical, le sujet de la féminité émerge dans une autre occasion, cette fois-ci il est mobilisé lors d'une étude d'évaluation de l'efficacité de la réparation. Au cours d'une consultation post-opératoire, un questionnaire élaboré par un interne, a été soumis aux femmes opérées. Une question leur demandait d'évaluer leur satisfaction relativement à leur « féminité » et si elles remarquaient un changement de cet aspect après la chirurgie :

« *Est-ce que vous vous sentez plus féminine qu'avant ? -10            0            +10* »<sup>226</sup>

Des questions similaires ont été posées dans le cadre de la première étude prospective effectuée sur un ensemble de 453 femmes opérées entre 1992 et 2005 (Foldes et Louis-Sylvestre, 2006), où les auteurs mettent en lumière les motivations à la demande, dont la raison invoquée par la totalité des femmes (100 % des patientes) est la « *recherche de*

---

<sup>226</sup> La femme était ici censée répondre à travers un numéro, sur une échelle qui allait entre - 10 (je me sens « moins féminine » qu'avant) ; 0 (rien n'a changé avec la chirurgie) ; +10 (je me sens « plus féminine » qu'avant) qu'elle attribuait au niveau de « féminité » qu'elle accordait à elle-même.

*l'identité féminine rattachée au clitoris* ». De telles questions, portant sur l'importance d'une définition sexuelle afin d'entreprendre une chirurgie, sont également celles de cas désignés dans le jargon médical *par les termes de « clitoridoplastie des ambiguïtés sexuelles* ». Cela concerne donc les intersexes lorsque l'opération s'effectue à un âge adulte ou pour d'autres cas il s'agit de *« chirurgie du transsexualisme* ». Dans ces situations, le corps médical se réfère très clairement à une *« identité sexuelle* » qui préexiste par rapport au corps et on demande notamment au patient de *« choisir »* son sexe.

### **Reconnaissance sociale, reconnaissance médicale**

L'autre aspect qui émerge en filigrane dans le discours de Papillon est le besoin de reconnaissance. Pour Papillon, la reconnaissance doit se matérialiser à travers la parole, un acte verbal qui aurait l'autorité de lui conférer le statut de *« femme réparée »*. La réparation par reconnaissance se manifeste en deux temps différents : d'une part sous forme de *« pardon »* exprimé par les auteurs du crime ; d'autre part sous forme de *« déclaration de normalité »* de la part du corps médical.

La première forme de reconnaissance concerne le rapport que Papillon entretient avec sa famille : sa sœur, sa mère et son père. Dans le blog, elle dédie plusieurs pages, ou parties de messages, à la description de ses relations familiales. Elle raconte que ses parents n'étaient pas d'accord au sujet de l'excision. Sa mère, ayant cédé aux pressions de la grand-mère paternelle, aurait fait exciser ses deux filles contre le vouloir de son mari. Pour Papillon, l'excision est vécue comme un manque de protection de la part de ses parents, lesquels se sont montrés, à ses yeux, incapables de protéger leurs filles. Elle ne parvient pas à donner un sens à cette pratique *« barbare »* ni à accorder un *« pardon »* à ses parents, tant qu'eux avant tout, ne forment pas leurs excuses explicites. Il s'agit d'une forme de reconnaissance qu'elle n'arrive pas à obtenir. Elle semble coincée entre la haine et l'amour sans pouvoir réellement faire le deuil du crime qu'elle a subi : si d'un côté elle n'arrive pas à aborder ce sujet *« tabou »* au sein de sa famille, de l'autre côté ses parents se montrent attentionnés, mais toujours muets sur ce sujet, ce qui conduit Papillon à les haïr en même temps qu'elle les aime.

Je voudrais bien que mes parents me demandent pardon un jour. (6 juin 2007)

Loin d'eux, je bouillais de rage, je me disais qu'ils n'avaient pas été à la hauteur, qu'ils ne m'avaient pas protégée et que je me devais de leur dire à quel point je leur en voulais pour ça. J'aurais voulu dire à mon père que j'espérais enfin être digne de tout : de respect, d'estime et d'amour. J'aurais voulu lui dire que j'espérais tuer enfin cette petite voix qui me souffle de temps en temps que j'ai peut-être été excisée parce que je n'étais pas quelqu'un de bien. J'aurais voulu lui dire que je croyais quand même être quelqu'un de bien à la base. Sauf qu'aucune de ces paroles n'a franchi mes lèvres. (12 juin 2007)

Dans mes rêves éveillés de grande naïve, j'avais imaginé que mes parents me demanderaient platement pardon, pleurant à chaudes larmes et jurant qu'ils s'en sont voulu depuis le jour de mon excision. J'avais imaginé qu'ils me raconteraient la vérité sur ce qui s'est passé ce jour-là. Et que moi, je parviendrais à leur pardonner de m'avoir fait tant de mal. (21 juin 2007)

La deuxième forme de reconnaissance assume la forme d'une déclaration énoncée par une figure d'autorité, le chirurgien, qui détient une sorte de « vérité » capable de proclamer la « normalité » chez la patiente. Papillon, comme d'autres femmes excisées en démarche de réparation, désire se « sentir normale » et « être comme toutes les autres ». Pour elle, la possibilité d'effectuer l'opération, représente un pas vers la normalité. Lors de sa première consultation, qu'elle définit comme le « jour plus important de sa vie », elle attend de savoir si elle pourra bénéficier de la chirurgie :

On peut tout à fait effectuer une réparation ». Quand il a dit ça, mon coeur a bondi dans ma poitrine et quelque chose s'est comme dilaté dans ma cage thoracique, comme une fleur qui éclôt. Mon Dieu que ça m'a fait du bien de l'entendre cette phrase ! (3 mars 2007)

Mais c'est après l'opération, dans une consultation de contrôle, que le médecin assume pour Papillon un rôle très particulier, que nous pourrions assimiler à un guérisseur capable de la libérer d'un mal, ou d'un poids – son excision – qu'elle porte sur son corps. La performativité de la langue du spécialiste doit être lue comme l'expression du pouvoir médical. La capacité d'instituer la femme réparée par le simple acte de langage lui vient de la reconnaissance sociale d'un savoir dominant. Ce savoir-pouvoir médical se fonde sur la performance de la langue.

Après un rapide examen, il s'est extasié : « Parfait! Vous avez un magnifique clitoris! Bonne place, bonne taille et belle couleur. Il est par-fait ! Vous êtes contente ? ». « Oh que oui » ai-je répondu, toute fière.

« Vous n'êtes désormais plus une femme excisée ». Elle m'a fait monter les larmes aux yeux, cette phrase. Je considérais que je n'étais plus excisée depuis ma sortie de la salle d'opération mais l'entendre, là, de sa bouche à lui, ça m'a vraiment touchée. C'est comme s'il me libérait de quelque chose. Comme s'il m'absolvait. (5 juillet 2007)

La reconnaissance dans les dossiers est repérable de manière moins explicite, il faut la chercher entre les lignes. Demander à la femme d'exposer la « motivation » ou de raconter comment elle est venue à connaissance de la chirurgie implique une action d'écoute, d'évaluation et de jugement que la femme produit à travers sa réponse. Les spécialistes encouragent la femme à produire un discours sur soi et sur la réelle motivation à la réparation, idéalement ils attendent que cette motivation soit formulée sur le ton d'une revendication (chapitre 8). De manière indirecte, on retrouve la nécessité que cette demande soit entendue et pour ce faire elle doit se rendre audible à qui a le pouvoir d'en reconnaître la portée et faire de cette demande une véritable demande de réparation. Le corps médical, légitimé dans sa fonction thérapeutique, devient en même temps le censeur de certaines demandes, jugées « floues » ou « paradoxales » et le promoteur de demandes « mûres ».

Les consultations constituent le cadre à l'intérieur duquel les interactions les interactions médecin-patient se mettent en scène. Ces échanges entre le thérapeute et la femme sont asymétriques et inégalitaires par définition (relation d'aide), mais se construisent précisément sur des attentes qui sont relatives à la représentation de l'excision, et des mutilations génitales féminines, telles qu'elles ont été construites dans l'espace public (chapitre 1), à savoir en termes de violence et de crime. L'expérience de l'excision ne peut pas être appréhendée par les spécialistes autrement que comme traumatisme suscitant ainsi la pitié et la légitime réparation.

### **La dimension thérapeutique : consultation et blog**

Les échanges dans le blog exercent un effet thérapeutique à la fois pour Papillon et pour son public de lectrices. À la façon d'un groupe de parole, réunissant des personnes partageant un même problème, le blog recrée une communauté d'internautes, physiquement distants, mais unis par des sentiments communs, tels que la tristesse pour les femmes excisées, la rage envers cette pratique ou la joie pour la possibilité de réparation. De tels sentiments s'expriment sous la forme d'un « bouleversement » ou le fait

de se sentir « touchée » par l'histoire de Papillon. Les interactions entre internautes qui participent au blog de Papillon, font penser aux dynamiques de fonctionnement des communautés d'alcooliques anonymes (AA). L'anonymat, à la base des AA et du blog, rend les membres égaux. S'il n'y a pas un travail thérapeutique dirigé, il existe, comme dans les AA, une idée de rétablissement à travers l'échange d'expériences et le partage d'émotions. Dans le blog, les participantes ne sont pas obligées de parler, de réagir, chacune intervient à son rythme, selon ses besoins ou son envie. Dans les communautés d'alcooliques anonymes, le fonctionnement est similaire : chacun est libre d'assister au nombre de réunions qu'il souhaite, de se présenter ou non, de parler ou d'écouter simplement.

Bouleversée par ton témoignage...je ne suis pas excisée mais je ressens la même chose que toi !

Je suis bouleversée par ton témoignage...j ai lu tout tes billets d'une traite sans m'arrêter comme si j'avais soif d'apprendre, soif de ressentir ce que tu as ressenti comme joie, soif de me voir un jour comme toi dans cette clinique...je suis dans ton cas, excisée à 6-7 ans.

Je suis une femme Suédoise. Votre histoire m'a fait beaucoup de peine pour vos souffrances, mais autant d'admiration pour votre fortitude.

Ce blog exerce un double effet « thérapeutique », d'une part par l'action de l'écriture, comme forme d'édification de soi, d'autre part grâce au partage de l'expérience qui permet de «sortir du vase clos de sa propre excision ».

C'est terrible à dire mais ça fait du bien de savoir qu'il y a d'autres femmes qui ont subi cette horreur. Ca permet de déculpabiliser, déjà, et en plus, ça permet de partager la douleur qu'on éprouve et que d'autres ont également. Ca permet de sortir du vase clos de sa propre excision et d'aller de l'avant... (commentaire de Papillon)

De l'autre côté, le public des femmes qui interviennent sur le blog semble bénéficier également de cet effet thérapeutique, ce qui est visible par les remerciements et les encouragements à continuer à écrire, ou par le partage de leurs propres expériences.

J'ai aussi été excisée, j'ai l'impression de ne pas être une femme complète, le pardon de mes parents j'ai envie de l'entendre aussi [...] Je n'en peux plus de vivre comme une handicapée et dans l'angoisse de l'intimité.

Papillon, merci de m'avoir aidé à en parler.

J'ai 16 ans et moi aussi j'ai été excisée... Mon excision, je n'en ai parlé encore à personne car j'ai trop honte et je ne veux pas qu'on me voit comme une "vulgaire" victime. Merci du fond du coeur.

C'est fou comme ton histoire peut ressembler à la mienne. Et je t'avoue que ça m'a fait le plus grand bien de lire ton témoignage. Comme toi je suis une victime de l'excision. En tout cas sache que je suis de tout coeur avec toi.

Comme toi, j'ai été excisée [...] Je voulais te remercier d'avoir, tout au long de tes messages, partagé tes peurs, tes doutes, tes interrogations, ton envie aussi d'avoir une sexualité épanouie et surtout, d'avoir eu le courage de franchir le pas. [...] te remercie infiniment.

### **Quête identitaire ou quête communautaire ?**

Dans ces commentaires, on retrouve la volonté d'exprimer un besoin de se reconnaître dans une expérience similaire, de partager la souffrance tout en gardant sa propre histoire. Le fonctionnement de la communauté virtuelle qui réunit des femmes excisées ou pas, engagées dans une démarche de réparation au sens large et au-delà de la reconstruction clitoridienne, se base sur cette idée de mettre en commun une partie de son histoire personnelle. La fonction thérapeutique du blog est alors similaire à celle des communautés d'alcooliques, selon l'idée que : « Qui mieux qu'un malade alcoolique rétabli peut comprendre un autre malade alcoolique qui souffre encore ? ». Au même titre, les femmes excisées sont des « expertes » de l'excision, de la souffrance, l'endurance, le questionnement qu'elle engendre par la suite. L'expérience racontée par Paillon, qui est une « experte par appartenance » (Becker, 1985) du chemin de reconstruction entrepris constitue une véritable « expertise sauvage », dont la narration constitue le matériel brut de savoir acquis. Ce qui compte pour ces femmes, les internautes au même titre que les alcooliques dans leurs communautés anonymes, est de s'identifier à l'expérience de l'autre, d'y voir une partie de soi-même réelle ou projetée dans la situation ou tout simplement de se reconnaître dans les émotions et les sentiments éprouvés au-delà de la contingence réelle de l'expérience réalisée. Avoir été excisée dans le corps ou dans la tête équivaut, car le chemin de la réparation demande une reconstruction capable de réunir les diverses singularités.

Le dispositif médical du « parcours de réparation » prévoit également la production d'un *discours sur soi*, demandé à la femme d'une part pour « mûrir » son projet de réparation, d'autre part pour faire preuve d'une réelle motivation. La « quête identitaire » est selon les médecins la « vraie raison », la plus profonde, et liée à un véritable désir de

« réparation ». Dans ce sens, les spécialistes attendent que les femmes construisent un récit cohérent qui présuppose une réflexivité propre du *travail sur soi*. Les logiques des deux dispositifs ici convergent sur deux points principalement. Le premier concerne leur forme réflexive du travail sur soi à travers le récit, oral ou écrit. Le deuxième point de convergence réside dans l'échange et le partage, ce qui correspond à l'objectif discuté en réunion d'équipe de mettre en place des groupes de parole pour femmes excisées. Il est intéressant d'observer que Papillon est opérée dans une clinique qui ne prévoit pas une prise en charge pluridisciplinaire. Le médecin qui la consulte, établit son diagnostic et la nécessité d'une reconstruction chirurgicale immédiatement. Papillon ne participe pas à un parcours de réparation, n'est pas obligée de consulter plusieurs spécialistes à la suite et d'attendre leur décision. En même temps, Papillon montre que le partage de son expérience et parler de son excision représente beaucoup pour elle. Si elle ne revendique ni ne cherche « *cette place de parole* » au sein de l'hôpital, elle le réalise pourtant dans un espace librement choisi. En ce sens, Papillon montre qu'elle est capable de trouver les moyens et de réaliser un besoin qui est personnel. Bien que, comme on l'a vu dans la première partie de ce chapitre, cette initiative indique la détention d'un bagage de connaissances, elle dénote l'existence d'une capacité à se prendre en charge et s'organiser de manière autonome. En cela, Papillon met en cause l'aspect obligatoire du « parcours de réparation » fixé par le protocole médical, lequel acquiert une fonction de surveillance lorsqu'il est imposé aux patientes faisant preuve de ces mêmes capacités discursives. La prise en charge des femmes excisées voulant effectuer une réparation au sein d'un hôpital public est totale : selon le corps médical les femmes doivent être aidées et cette aide doit leur être imposée. En ces termes, la production d'un récit sur soi acquiert la même valeur thérapeutique au sein du dispositif blog qu'au sein du dispositif médical ; la différence capitale est que dans le premier cas il est autogéré, dans le second il est dirigé.

La nécessité de partager cette expérience et la possibilité d'échanger sur une problématique commune est réalisée au sein d'un espace désiré et redouté à la fois. Nous avons vu comment les femmes interviewées (chapitre 8) souvent déclarent ne pas souhaiter que l'on sache qu'elles ont été excisées dans leur entourage ou cercle d'amis-e-s. Certaines cachent leur excision aussi à leurs partenaires. La plupart entreprennent une démarche de réparation sans l'accompagnement de ces derniers. On le constate, la logique de la réparation est complexe, le désir de changement peut naître d'un sentiment



ambivalent envers son excision. Pour certaines femmes, l'excision est perçue et vécue comme problématique par rapport aux autres davantage que par rapport à elle-même. Cette ambivalence, dont la complexité n'est souvent pas formulée, est lue comme un « *paradoxe* » par l'équipe médicale, qui interprète la verbalisation de la demande ainsi formulée, à savoir ambiguë et floue, comme « *immature* ». La nécessité de définir, et donc de figer, une typologie de demande, un profil de patiente, est propre au raisonnement médical lequel exige la formulation d'un énoncé clair de manière similaire à celle dont on formule un diagnostic. Le raisonnement médical lorsqu'il est circonscrit au cadre unique de l'hôpital devient myope et limité, incapable de considérer la complexité des stratégies singulières derrière les choix en matière de santé et de sexualité. La reconnaissance de l'excision comme un problème est constitutive de la demande même de réparation, mais ce qu'on met derrière le mot « problème » n'est ni homogène ni universel. Si d'une part, la reconnaissance est importante, d'autre part les femmes engagées dans un parcours de réparation désirent s'émanciper de l'image de « femme excisée ». Pour beaucoup de femmes il est difficile d'assumer pleinement leur démarche de réparation au sein de leur entourage, et cela est valable parfois même pour celles qui sont dès le départ au clair par rapport à leur projet. En effet, parler de leur réparation implique pour ces femmes de parler de leur excision. Or, l'image de la « femme excisée » reste pour un grand nombre d'entre elles difficile à assumer socialement, car elle renvoie à la figure stigmatisante de la victime. Papillon exprime sa difficulté à expliquer son arrêt maladie vis-à-vis des amis, des voisins, de la belle-famille et des collègues. L'image sociale de la « femme excisée » est connotée d'un poids et d'une souffrance qui suscite une compassion, voire une pitié anéantissant toute possibilité d'être autre chose, comme Papillon l'a dit, d'être une « *femme derrière l'excisée* » :

Leur dire la vérité m'est difficile. J'ai peur de ne plus avoir le même statut à leurs yeux. J'ai peur d'être cataloguée VICTIME (majuscule de l'auteur) alors que je suis bien plus que cela. Je ne veux pas être l'incarnation de la « femme qui a été excisée quand elle était petite ». Je ne veux pas être réduite à cela. Je n'ai pas envie d'expliquer que mon opération était une reconstruction clitoridienne. Quand je le fais, je ne peux m'empêcher de guetter la réaction de mon interlocuteur. Et trop souvent, cette réaction me déçoit ou m'agace. On dirait que mon interlocuteur n'a pas entendu la partie de mon discours où j'explique que j'ai cheminé et que mon opération était une reconstruction. Du coup, j'endure toutes sortes de phrases convenues sur la brutalité des hommes en Afrique, sur la nécessité d'enrayer cette pratique abominable. Et ça m'énerve. Parce

qu'au final, ces phrases restent très générales et très éloignées de moi et de ce qui m'arrive. En réalité, je crois qu'aucune réaction ne me convient réellement. Dire ce qui m'arrive en ce moment me coûte beaucoup parce que ça revient à lever le voile sur un sujet très intime, quelque chose qui me tient profondément à cœur. Alors forcément, en face, c'est difficile d'être à la hauteur. (Papillon, 25 mai 2007)

Une lectrice régulière, Fafa, réagit au billet de Papillon pour raconter son histoire et approuver elle aussi, la difficulté de parler de son excision à cause du regard social misérabiliste et compassionnel envers les femmes qui l'ont subi. Ce regard dénie (ou refuse) à ces femmes toute possibilité d'émancipation, alors qu'elles voudraient montrer aux autres qu'une femme excisée est aussi autre chose qu'une « femme excisée » et enfin que s'il est vrai que l'excision est un élément douloureux de leur vie, ce n'est pas non plus le seul élément sur lequel ces femmes se construisent.

Et c'est ça qui est magique, les gens ne nous jugent pas, ni nous, ni nos détracteurs. J'aurais pu avoir des "ma pauvre" ou "c'est terrible ce qu'ils vous ont fait"... Mais le fait d'avoir des remarques de ce type m'aurait sans doute conforté dans ma position de victime et jamais je n'aurais pu me dire « je suis certes victime de l'excision mais j'en suis sortie maintenant, et je n'ai plus envie qu'on me le rappelle. Je ne suis pas marquée au fer par l'excision, je ne l'ai jamais connue, maintenant ce n'est plus la honte de ma vie, c'est un mauvais cauchemar qui a duré 19 ans. (Fafa, 13 avril 2007)

Le blog, espace public et anonyme, permet la réalisation d'une triple finalité : l'expression, l'échange, la reconnaissance. Le travail sur soi représente une véritable « *conquête du soi* » (Cardon, Delaunay-Teterel, 2006 : 36) lorsqu'il donne à l'individu la possibilité de se réaliser personnellement et de manière autonome. L'émancipation de la dépendance relationnelle des proches accompagnée par la reconnaissance des autres internautes, permet à l'individu de se concevoir de façon nouvelle, de s'exprimer en dehors d'une prescription identitaire stable et immuable. Dans le projet de construction de soi, l'individu décide d'intégrer certaines expériences d'un passé plus ou moins proche, entrecoupe le temps de son vécu et retient ce qui fait sens pour lui : au sein de ce matériel mémoriel, il décide d'afficher seulement certains éléments.

L'institution hospitalière, en tant que dispositif d'« *administration des corps* » (Memmi et Fassin, 2004) diverge des caractéristiques du blog, où l'horizontalité des échanges en ligne caractérise les liens sociaux établis entre pairs. La composante normative

institutionnelle présente en milieu hospitalier se traduit dans l'espace du blog en composante politique. Papillon produit son propre discours sur sa propre excision et acquiert par là le statut de sujet dont la voix est entendue dans un espace public. Dans la même approche que l'étude conduite par Ananda Mitra sur l'influence que l'espace virtuel exerce sur la construction des identités chez une communauté de migrants, le blog de Papillon constitue pour les femmes excisées un espace de parole. Les nouvelles technologies permettent alors de trouver une voix, autorise la production d'un discours dont la place légitime la circulation d'« *identités narratives* » jusqu'alors muettes (Mitra, 2005 : 377). En ce sens, « *avoir une voix* »<sup>227</sup> dans l'espace public, comme l'est le blog, déplace l'individu du rôle d'agent au rôle d'acteur : sa voix lui confère la capacité de prononcer son point de vue. (Mitra, 2005 : 377).

Les lectrices du blog, tout comme les membres d'une communauté, peuvent retrouver dans ce lieu l'expression d'une partie de leurs identités. La création et la circulation de leurs mémoires à l'intérieur de l'espace virtuel laisse des traces de leurs identités narratives. Ces récits sont d'autant plus importants qu'ils représentent les histoires personnelles et individuelles. Ainsi, ils ne sont pas réfractés, déformés, lissés par une idéologie institutionnelle. Ils constituent la matière première d'une contre-culture, si l'on considère le discours savant et institutionnel au sens de Gramsci comme produisant une « hégémonie culturelle ». Lorsque cette hégémonie s'exerce dans le milieu hospitalier, le contrôle de la pensée (l'usage d'une nosographie médicale) s'associe au contrôle de la pratique (normes hygiéniques et traitement thérapeutique) et le discours médical acquiert alors une valeur supplémentaire dans la domination, notamment du « *biopouvoir* » foucauldien qui agit sur les corps et administre une population. La prolifération des espaces et la circulation des *expertises sauvages*, telles qu'elles sont énoncées dans les blogs dédiés à la santé ou à la sexualité, prennent leur importance de ce qu'elles pluralisent et réduisent la composante dominante au savoir institutionnel.

---

<sup>227</sup> Concept emprunté à Eric King Watts (2001) « Voice and Voicelessness », *Rhetorical Studies QJS* 87 : 79-196

## **La production d'un savoir sexuel : se réappropriier le discours, se réappropriier son expérience**

Inserée dans un véritable processus de « *réappropriation du corps* », la réparation pour Papillon consiste avant tout à se mettre à l'écoute de ses « états d'âme », devenir plus indulgente envers elle-même et prêter attention à ses émotions. Le corps devient ainsi le moyen pour réaliser sa réparation. La dimension corporelle vient ici s'ajouter à la dimension interne et psychologique du travail sur soi.

Je fais plus attention à mes états d'âme, mais je ne les juge pas. J'ai la curieuse impression d'être plus « intime avec moi-même » que je ne l'ai jamais été, de vivre un peu plus à mon rythme. (15 mars 2007)

L'attention exacerbée aux changements du corps, aux variations d'états d'esprit ou à l'évolution du regard sur soi-même sont reliés sans cesse à l'excision. L'attribution à l'excision de multiples effets rend aveugle Papillon à d'autres causes, à d'autres éléments, qui sont catégoriquement exclus, qui ne sont *a priori* pas pris en compte. Au centre de son investigation intérieure, le corps est également son point de départ. Nécessaire pour produire un discours authentique sur elle-même, il lui permet de décrire, de manière indirecte et détournée, les situations extérieures. À travers les gestes et les soins que notre protagoniste adresse à son corps, celle-ci met en lumière les événements marquant de sa vie, tels que l'excision et la chirurgie.

J'ai retiré mon vernis à ongles et je me suis épilée. Les deux gestes sont nécessaires et requis par la clinique. Plusieurs jeunes femmes qui ont déjà été opérées me l'ont d'ailleurs gentiment précisé.

J'ai quand même eu comme un blocage à l'idée de devoir enlever tous les poils de mon sexe.

J'ai maintenant un sexe de petite fille, tout lisse, tout fragile, sans barrière de poils pour le protéger et ça me perturbe. Je ne peux m'empêcher de penser que la boucle est bouclée et que je vais me présenter à la clinique comme j'étais en ce jour noir de mes quatre ans. Ça fait une sensation bizarre. Pas vraiment de la tristesse, mais un peu quand même... (14 mai 2007)

La sexualité est rarement traitée dans le blog de Papillon de manière directe. Nous avons choisi trois moments qui nous permettent de mettre en valeur le caractère culturel et

socialement construit de la sexualité : son rapport au clitoris ; l'abstinence et la masturbation. La première série d'extraits porte sur l'interaction entre Papillon et son clitoris. Cette description, particulièrement intime, ne se construit pourtant pas sur le langage érotique. Au contraire, nous voyons cette femme explorer son vagin, attentive à décrire son apparence externe, sa réaction au contact de ses doigts, ses propres émotions vis-à-vis de lui et l'explicitation des représentations qu'elle y attache, sous forme d'attentes formulées par la crainte et l'interrogation.

Aujourd'hui, face à mon clitoris retrouvé, j'avoue que je me sens troublée. Je l'observe discrètement. Pourtant, il m'intimide. L'opération de reconstruction du clitoris n'est pas une greffe. Je le sais bien, mais, dans mon esprit, ça y ressemble fort. (4 juin 2007)

Entre mon clitoris et moi, la glace se rompt de plus en plus. Ma timidité a alors cédé la place à une grande curiosité. J'étudie sa forme, j'explore les plis et recoins de ses alentours, j'évalue sa taille, j'essaie de le sentir « de l'intérieur », bref, je me promène dans la région en toute liberté.

Ma relation avec mon clitoris n'en est qu'à ses balbutiements. Je fais le vœu que nous finissions, mon clitoris et moi, par nous entendre comme larrons en foire, et ce, dans un avenir très proche... (12 juillet)

J'ai envie d'éprouver plus de désir et plus de plaisir. J'ai envie de savoir ce que ça fait d'avoir un orgasme. Et là aussi, j'ai peur. Et si mon clitoris retrouvé ne me procurait pas ces sensations que j'envie tant aux autres femmes ? (28 février 2007)

Cette autre série d'extraits porte sur la période postopératoire, pendant laquelle la jeune femme est censée ne pas avoir de rapports sexuels, au moins pendant les six semaines de cicatrisation, selon la prescription médicale. Tout au long de son blog, elle se réfère à son partenaire sous l'appellation « *mon homme* » et fournit rarement des éléments précis sur son couple. Nous savons qu'ils cohabitent, que son partenaire était son « *meilleur ami* » avant de devenir « *[s]on homme* » et qu'ils ont discuté de la reconstruction clitoridienne de Papillon. Pendant la période postopératoire, ce qui semble le plus difficile à supporter pour Papillon, outre les « tiraillements » dans la zone opérée qu'elle décrit largement, est l'obligation d'abstinence sexuelle que l'opération impose à « *[s]on homme* ». Par son texte, on ne lit pas la description d'un homme impatient qui la forcerait à reprendre l'activité sexuelle. Au contraire, elle évoque un homme très compréhensif qui met en cause l'image qu'elle avait de lui, à savoir avec des « *besoins sexuels* » et « *qui a envie de faire l'amour tout le temps* ». Que son partenaire réagisse de manière différente à ses attentes, « *je pensais*

que... si sa partenaire est indisponible trop longtemps, et bien il s'en va voir ailleurs », oblige Papillon à prendre conscience des stéréotypes sur lesquels elle avait construit sa sexualité. Cette représentation de la sexualité masculine constitue un modèle présent aussi chez d'autres femmes, au-delà de l'excision. Une période d'abstinence prolongée imposée par la femme, par exemple pendant le post-partum (Desgrées du Loû et Brou, 2004), légitime, ou tout du moins rend plus tolérables socialement, des rapports extraconjugaux justifiés par une représentation de la sexualité masculine animée par des « besoins sexuels ».

J'ai été assaillie par mille pointes de culpabilité ces dernières semaines. Chacune de ces pointes me parlait de la frustration de mon homme. J'y pensais d'autant plus que mon clitoris était pratiquement cicatrisé, ce qui ne me laissait aucune excuse, aucune justification pour ne pas reprendre la question sexuelle là où je l'avais laissée.

Alors plus de deux mois d'abstinence, c'est l'antichambre de la rupture dans mon esprit ! Il m'a fallu beaucoup de temps pour faire vaciller cette croyance. Et en attendant, je me fabriquais une petite angoisse...

Ce que révèle cette peur d'être quittée pour défaut de sexe, c'est la prééminence du plaisir de mon homme dans mon esprit. Jusqu'ici, ses besoins, envies et son rythme ont plus nourri notre vie sexuelle que les miens. Ma libido faiblarde se contentait de peu et se nourrissait beaucoup de l'envie de lui faire plaisir. En poussant le raisonnement plus loin, je dirais que j'étais « à la disposition » de mon homme. Ne pouvant lui faire plaisir pendant ma cicatrisation, j'avais la sensation de manquer à mon devoir, d'être prise en défaut. Triste constat de la réussite complète de l'excision que j'ai subie : je suis une femme docile, sexuellement soumise au désir masculin. J'avais, et j'ai toujours, l'esprit braqué sur les besoins sexuels de mon homme, niant totalement les miens. (30 juillet 2007)

Si « *les comportements sexuels des individus, les pratiques, les relations et les significations s'enracinent dans l'ensemble des expériences qui les construisent comme êtres sociaux* » (Bozon, 2005 : 77), nous pouvons conclure que Papillon, comme d'autres femmes, occupe une place discriminée dans une société inégalitaire en matière de genre<sup>228</sup>. Le déplacement de l'inégalité politique se traduit dans la sphère sexuelle par la reproduction de ces mêmes rapports. Les représentations sexuelles stéréotypées de l'autre culturel ou social ne cessent pas d'exister dans la sphère sexuelle, qui est un espace social réglementé comme tant d'autres. Celui-ci encadre la sexualité et devient politique lorsqu'il légitime la reproduction des formes d'inégalités entre deux sujets politiques, les hommes et les

---

<sup>228</sup> Par « genre » nous indiquons non seulement les formes d'assignation d'une personne au groupe féminin ou au groupe masculin, les comportements attendus en fonction de cette assignation, mais aussi la volonté politique de hiérarchiser les sexes et reproduire une inégalité. À ce propos voir : Bereni L, Chauvin S, Jaunait A, Revillard A (2008) *Introduction aux Gender Studies*, Bruxelles : De Boeck.

femmes. Comme dans les autres sphères de la société (le travail, la politique publique, le sport, l'éducation, la médecine, etc.) et d'autres activités (la spécificité du métier, le soin du corps, les tâches ménagères, la charge des enfants, les achats, etc.), la sexualité reste inégale entre hommes et femmes qu'il s'agisse de l'accès aux biens matériels (nombre de partenaire, plaisir sexuel, choix des pratiques) et aux biens moraux (légitimité des relations et des sentiments, pouvoir d'initiative et de direction).

Cette condition inégalitaire, si elle s'exprime de manière visible à travers l'excision, n'est pas spécifique des sociétés à tradition mutilatoire ; au contraire elle est à l'œuvre dans toutes les sociétés d'empreinte patriarcale et notamment en matière de sexualité. En ce sens, l'histoire de Papillon fait partie de l'histoire des femmes et de la discrimination sexuelle qu'elles subissent.

Tu n'es pas la seule en France à mettre le désir de ton compagnon avant le tien, à penser que faire plaisir c'est déjà SE faire plaisir. (commentaire 1)

Si ça peut te rassurer, il me semble que d'une manière générale, même sans avoir subi l'excision, la société se charge pas mal, à coup de messages subliminaux (pubs, cinéma, médias, idées reçues, etc.), de nier le désir féminin. On ne le voit que formaté, et bien trop souvent « au service » de l'homme. Conclusion, j'ai l'impression qu'on est nombreuses à adopter ce genre de comportement sans se poser de questions. Et puis un jour, un déclic, qui s'apparente souvent à la rencontre avec un homme attentionné et amoureux qui nous demande sincèrement de suivre NOTRE désir, et là, c'est panique à bord : bon sang, mais qu'est ce que je veux ??

Bref, tout ça pour dire que cette remise en question, c'est un cheminement « normal » de femme... ça coïncide pour toi avec une opération. (commentaire 2 ; 30 juillet, 2007)

Les « croyances » de Papillon ont des conséquences pratiques dans sa vie sexuelle, car elles orientent sa modulation du plaisir en fonction de son partenaire. Dans les représentations sexuelles dominantes les hommes sont conçus comme des sujets désirants indépendants, alors qu'aux femmes on attribue plus facilement d'être sentimentales (Bozon, 2005 : 75). Elles ont la fonction de gardiennes du sentiment amoureux, c'est à elles qu'incombent le travail du maintien de la relation, la recherche du dialogue, la résolution des conflits. La mobilisation récurrente des stéréotypes sexués concernant une prétendue inclination naturelle à l'expression des émotions, les culpabilise lorsqu'une relation prend fin ou se dégrade : on le leur reproche implicitement, et ce sentiment est intériorisé jusqu'à

ce qu'elles se le reprochent elles-mêmes. Les représentations d'une sexualité récréative pour les garçons et d'une sexualité responsable pour les filles, qui circulent dans les médias (Legouge, 2010), favorisent une socialisation de genre différenciée en matière sexuelle dès le plus jeune âge. L'incorporation d'une sexualisation des émotions est justifiée par une psychologie des différences, laquelle renforce et institue la naturalisation des rapports de genre. Dans la sexualité, comme dans d'autres sphères, ce sont exactement ces rapports qui se mettent en scène, chacun interprète son propre rôle désormais acquis, incorporé et ainsi « naturalisé ».

Concernant les pratiques sexuelles, cette division « naturelle » des plaisirs et des pratiques est également à l'œuvre. La masturbation, pratique considérée longtemps comme masculine, conserve sa connotation genrée. Si aujourd'hui les femmes déclarent plus facilement pratiquer cette activité comme le montre les résultats de l'enquête CSF<sup>229</sup>, il est vrai aussi que le terme de « caresse » est majoritairement utilisé pour décrire la masturbation féminine. La sexualité masculine, que ce soit dans le cadre de la masturbation ou d'un rapport sexuel, est représentée comme ayant pour fin l'éjaculation. Cette représentation héténormative, ancrée dans une sexualité reproductive, est dominante. Dans les pratiques, la satisfaction du rapport sexuel se mesure souvent sur la base d'un plaisir visible et extériorisé tel que le sperme, qui en devient le symbole. Ce plaisir se porte comme preuve d'un double pouvoir, d'une part de prendre du plaisir, d'autre part d'en donner. L'activité sexuelle de deux individus s'oriente sur la base d'un plaisir dominant, celui de l'homme, qui, une fois atteint, détermine souvent la fin du rapport sexuel. Comme les montrent les résultats de l'enquête nationale sur la sexualité en France, si la pratique de la sexualité non pénétrative est en train de se banaliser, elle est considérée pourtant comme un « préliminaire » hiérarchisé et d'importance secondaire par rapport à la sexualité pénétrative. L'absence de visibilité et de discussion de la sexualité non pénétrative « *signale la prégnance de la norme hétéro-pénétrative, y compris dans les catégories qu'utilisent les chercheurs travaillant sur la sexualité* » (Andro et Bajos, 2008 : 310). Pour revenir au sujet de la masturbation, dans le cas de Papillon il est évident que le seul fait de poser la question entraîne l'embarras et le rejet. Six mois après son opération chirurgicale, la jeune femme confie à sa psychothérapeute qu'elle s'attendait à « *quelque chose d'un peu plus... renversant,*

---

<sup>229</sup> « Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé », sous la dir. Nathalie Bajos et Michel Bozon, Paris : La Découverte, 2008



*d'un peu plus intense* » et exprime en même temps sa « *petite pointe de déception* » par rapport à cette opération.

J'imaginai le nirvana, l'ivresse d'orgasmes multiples, le plaisir et la jouissance à tous les étages, le tout sans effort particulier.

Cette phrase, en plus de révéler une représentation médiatisée d'une sexualité féminine aux plaisirs exaltés, permet à Papillon de questionner son répertoire de pratiques sexuelles, telle que la masturbation. Son chemin de réparation, après la chirurgie, équivaut à une redécouverte et une réappropriation de son corps et de son clitoris. Si elle n'est pas caractéristiques des femmes excisées, l'absence de masturbation est, dans ce cas, doublement mise en relief et exprimée par ce sentiment de « *greffe* » d'un organe, le clitoris, qui a été excisé physiquement et culturellement.

« Quid de la masturbation ? » Et bien, la question va être réglée très vite: je ne me masturbe pas. Quand j'essaye de me visualiser en pleine fiesta en célibataire, je suis partagée entre le ridicule et l'effroi.

Je ne m'étais pas rendue compte que mon opération allait impliquer que je change de sexualité. Je ne m'étais pas douté qu'il allait me falloir être plus active dans ma vie sexuelle. Pourtant, c'est bien de cela qu'il s'agit : devenir maîtresse de ma sexualité et quitter la passivité facile qu'impliquait ma sexualité avant l'opération. (27 novembre 2007)

En rejoignant les postures d'autres féministes (Koedt, 1968; Hite, [1976] 2000; Mazaurette, 2008 ; Villani et Andro, 2010) qui ont mis en valeur que la pénétration vaginale reste avant tout la meilleure forme de stimulation sexuelle masculine et laisse très peu de chance à l'orgasme féminin, le parcours de réparation de femmes excisées permet de remettre le (nouveau) clitoris au centre de la définition du plaisir sexuel. La double confusion des femmes, d'abord de la localisation erronée du centre de l'orgasme et ensuite du désir de donner sens à cette expérience d'orgasme, est causée par le fait que les femmes elles-mêmes adoptent une définition masculine de la normalité sexuelle (Koedt, 1968). Sans ôter son caractère mutilatoire à cette pratique, la vie sexuelle de Papillon et son chemin de réappropriation du clitoris ressemble à celui d'autres femmes, dont le clitoris a été culturellement ôté (Mazaurette, 2008). « *L'ombre* » contre laquelle Papillon lutte est celle d'une culture de l'excision, qui a privé les femmes, comme dans d'autres espaces sociaux, de devenir actrices de leurs propres histoires.

Le jour où j'y arriverai, cela signifiera que j'aurai récupéré une partie très importante de moi qui me fut ôtée en même temps que mon clitoris : la possibilité de croire en un avenir radieux pour moi. La possibilité de croire qu'il peut m'arriver de bonnes choses sans que j'aie à sacrifier quoi que ce soit en échange. Oui, ce jour-là, je pourrai enfin déposer les armes et cesser de combattre l'ombre que mon excision a jetée sur ma vie. Ce jour-là, j'aurai vaincu mon excision. (15 mars 2007)

L'analyse d'une forme moderne d'investissement de l'espace public, telle que le blog, a permis de mettre en lumière les stratégies, mais aussi les priorités de thèmes et de préoccupations touchant les femmes qui, comme Papillon, entreprennent un parcours de reconstruction. Parler de soi, de son expérience, de son passé et de ses propres souvenirs deviennent des actes importants pour construire une parole, une histoire, un soi. Ce soi narratif, qui se raconte dans le cadre d'un espace publiquement accessible, acquiert une portée politique lors qu'il produit un contre-discours capable notamment de montrer que les femmes excisées ne se considèrent pas comme des victimes. Bien que l'excision soit condamnée par toutes les femmes qui participent à ce blog – ayant ou pas été excisées – ces mêmes femmes disent mal supporter le regard social que l'on porte sur l'excision. La réparation médicale est investie d'une remise en question profonde qui touche le rapport au corps, au sexe, mais aussi au genre. La féminité est questionnée et perd son évidence naturelle, cette essence à laquelle aspirent les patientes selon l'équipe médicale et que le chirurgien est capable de donner ou de restituer. Le couple y est également questionné. Il s'agit moins de préceptes à suivre que des conseils, produit d'un savoir par expérience. Ce que les internautes partagent sont des commentaires, subjectifs et individuels, qui se réfèrent à leur propre expérience. Les femmes qui ont déjà fait l'opération acquièrent un statut d'« expertes » : elles peuvent notamment renseigner tant sur les aspects pratiques (préparation et déroulement de la chirurgie, objets à prendre à l'hôpital, etc.) que sur les aspects immatériels (les sensations postopératoires, les réflexions qui émergent, les justifications à son entourage, etc.). Une transmission circulaire d'un savoir sauvage ainsi s'opère. Celui-ci est aux des femmes dans le blog aussi précieux que le savoir médical.

Le blog révèle que les femmes excisées savent et peuvent se prendre en charge, produire un discours, construire une référence. Si la première partie a mis en exergue la construction de l'objet sociologique en tant que « mutilations génitales ou sexuelles » opérées sur les sexes des femmes, la deuxième partie a illustré et analysé la mise en place des traitements élaborés, notamment dans le milieu hospitalier et médical. La troisième

partie s'ouvre sur l'analyse de la structure des politiques de réparation, impliquant donc une norme morale (droit), une violation (crime) et une forme de réparation (médicale). Dans quelle mesure, la détermination morale, la constatation d'un crime et sa prise en charge peuvent s'effectuer par le même pouvoir institutionnel sans entraîner une totalisation de l'institution elle-même ? L'espace de la santé s'est-il vraiment ouvert dans une démocratisation de la santé, ou au contraire le raisonnement médical a formaté la manière de voir le monde, le corps, les choses ? La santé, notamment lorsqu'elle est atteinte, est-elle devenue le principal, voire le seul, argument audible pour demander de l'aide, légitime pour obtenir un droit ?

Cette troisième et dernière partie propose d'élargir l'étude d'un cas en une généralisation. La logique des femmes (chapitre 10) et la logique médicale (chapitre 11) prennent de l'ampleur et permettent de théoriser le fonctionnement d'une politique de la réparation (chapitre 12), où les deux acteurs, donneur et demandeur, réparateurs et réparés jouent un rôle de complémentarité. Le dispositif d'une politique de la réparation demande notamment un esprit d'entreprise dans la réalisation du projet pour soi qui vise à construire un corps capable, ce corps mis au service de la construction des relations durables. Cette entreprise de soi dans le cas des femmes excisées prend la forme d'une recherche de nouvelles capacités. La performance sexuelle espérée sert à donner et à prendre du plaisir, ce qui donne satisfaction à l'intérieur du couple et renforce l'engagement.

**TROISIEME PARTIE – ENTRE DEUX LOGIQUES, UNE  
POLITIQUE DE REPARATION**



## **Introduction – Les logiques des acteurs et des actrices dans les politiques publiques**

---

Les mutilations génitales féminines ont été progressivement définies comme un problème social, trouvant sa place sur la scène publique. La pratique de la réduction d'une partie, plus au moins étendue, des parties génitales externes, soulève de nombreuses questions, notamment lorsque l'on touche au clitoris. Cet organe, récemment (re)découvert, soulève la question de la domination masculine. Considéré comme le centre, voire l'essence de la sexualité féminine, le clitoris, lorsqu'il est coupé pose un problème à la fois juridique et médical. L'identité de la femme est mise en cause à travers l'atteinte à son intégrité corporelle (raison juridique), de même qu'à sa spécificité sexuelle, cette « féminité » blessée (raison médicale) que le corps médical tente de restaurer. La sexualité n'est donc pas libérée, mais encadrée dans de nouvelles normes autant morales que corporelles. Cette normalisation du corps féminin se fait par le biais de l'intervention directe sur le corps (chirurgie, biomédecine) ainsi qu'à travers l'introduction d'une discipline corporelle, devant permettre de transmettre les directives réglementaires (sexologique et psychologiques) fixant le cadre de la normalité sexuelle.

Dans le prolongement de l'analyse des données du terrain, cette dernière partie revient sur le matériel empirique pour en produire une interprétation plus générale. Le premier chapitre prend pour objet l'articulation entre les droits acquis en matière d'égalité sexuelle et leur mise en application. Cette sociologie de la sexualité porte une attention particulière aux logiques mobilisées par les agents concernés, afin de restituer les raisons et les discours, inscrits dans les parcours biographiques et qui leur donnent sens. Le discours féministe, tel qu'il s'est institutionnalisé, crée de nouvelles catégories normatives, à l'intérieur desquelles la notion de libération acquiert un sens précis. À l'horizon de la réparation, autant pour les femmes excisées que pour les professionnelles engagées, il y a cette idée de « libérer » une sexualité féminine soumise par les hommes et ainsi dominée. Cette « libération » permet d'atteindre une nouvelle normalité recherchée. Si le corps peut être considéré comme un bien symbolique autant social que matériel à l'intérieur d'un marché moral d'échanges économico-sexuels (Tabet, 2004), les femmes réparées elles-

mêmes considèrent leur corps à la fois un outil de ces échanges et une preuve de l'égalité acquise en matière sexuelle.

Le deuxième chapitre montre que le processus de réparation implique le recours à de nouvelles normes, celles-là mêmes qui tendent vers la réalisation d'une égalité sexuelle. Le monde médical, autrefois considéré comme fermé, s'est ouvert et est devenu réceptif à l'importance d'intégrer à la clinique la participation active du patient, qui devient alors un *collaborateur évalué à l'intérieur de l'administration de la santé et de la sexualité*. La médecine n'est pas un monde déconnecté des évolutions sociales et politiques qui investissent le champ de la sexualité. À l'issue d'un processus de biomédicalisation, la médecine recherche les propriétés immatérielles dans le corps. Ce qu'autrefois la médecine appelait « esprit » aujourd'hui se reformule par le terme du « soi ». Ainsi, un possible désordre identitaire est également recherché dans le corps visible, chair ontologique des normes morales. Le corps, dont les parties et les organes répondent à des fonctions spécifiques, obéit à ce dressage, se plie, se modifie et enfin se répare. La médecine se montre donc d'une part attentive à l'importance d'un soi émotionnel qui est invité à s'exprimer et d'autre part se porte garante de la mise en pratique d'une justice revendiquée. La revendication d'égalité devient raison valide pour recourir à une réparation médicale, voire chirurgicale. L'égalité est une utopie politique contemporaine, qui implique débat, dont un élargissement de la citoyenneté humaine est le principal enjeu. L'argument de l'égalité revendiquée représente ainsi un argument qui est entendu et désormais reconnu. La redistribution de l'égalité a lieu à l'intérieur de la sphère intime, à laquelle toutefois les administrateurs ont maintenant accès. Cette ingérence dans la sphère intime, autrefois privée, a été rendue possible et légitime par les féministes, qui prétendent rationaliser les sentiments comme un objet régulateur des rapports de force et de domination.

Dans la sphère des politiques de réparation, deux acteurs se confrontent sur le terrain, prenant les postures de *demandeurs* et d'*administrateurs*. Le troisième chapitre montre comment ces deux logiques, de la justice et de la solidarité d'une part, de la consommation et de l'entreprise d'autre part, s'entrecroisent, se construisent en complémentarité dans la finalité de réparer. Si cette réparation vise à réaliser une égalité, elle rend viable un corps sur un marché de la sexualité. Finalement, il est indéniable que les rapports de pouvoir ne disparaissent pas. Dès lors, différentes questions se posent. Qui, désormais, détermine les nouvelles normes ? Comment se mettent-elles en pratique ? Qui répare qui ? Connaître les

raisons des demandes de réparation, offre l'accès à la compréhension des nouvelles formes de gouvernement et tout particulièrement dans le domaine des politiques de la sexualité.

Enfin, une politique de la réparation voit le jour. Si les rapports de pouvoir ne disparaissent pas à son intérieur, la logique de solidarité propose une nouvelle forme de régulation de la justice. Une redistribution des caractéristiques et des propriétés liées aux catégories sociales permet aux femmes excisées de quitter les catégories plus faibles (victimes), d'avoir accès à d'autres possibilités (réparation clitoridienne), enfin d'égaliser les capacités d'action (égalité dans la sexualité) en rentrant ainsi dans les catégories plus fortes (femmes émancipées).





## ***Chapitre 10/ Logiques des femmes : l'égalité dans la sexualité***

---

Sur la base des paroles des femmes, recueillies dans le cadre des entretiens et sur le blog, ce chapitre propose de dessiner le contour des nouvelles normes sexuelles. Trois éléments définissent les caractéristiques contemporaines de la sexualité féminine, telle qu'elle est revendiquée par les femmes excisées en quête d'égalité avec les autres femmes en France : la *performance sexuelle*, la *normalité visuelle* et la *conformité sexuelle*.

Les femmes veulent un corps capable de « prendre » et de « donner » du plaisir. Cette demande de *performance sexuelle* était autrefois l'apanage exclusif des hommes. L'activité sexuelle est ainsi soumise aux mêmes normes que celles circulant dans d'autres espaces sociaux (travail, marché, sport, etc) où la participation active est une compétence mise à l'épreuve. La notion de *capabilité*, proposée par l'économiste et philosophe politique Amartya Sen ([1992]2000) est particulièrement utile pour comprendre les effets d'un nouveau modèle de sexualité féminine, tel qu'il s'est défini à la suite des changements sociopolitiques de l'époque contemporaine. Les concepts développés à l'intérieur des *disabilities studies* deviennent particulièrement pertinents pour l'analyse de la problématique traitée, qui touche tant au corps qu'aux formes médicales de réhabilitation. Ces concepts permettent d'élaborer un nouvel outil théorique dans le cadre des politiques de la sexualité, les *capabilités sexuelles*.

Ces capacités permettent de réaliser le but de la réparation, la valeur ultime recherchée, qui est l'égalité avec les femmes en France. À l'intérieur de la sexualité, l'égalité, au centre de la demande de réparation, se décline à la fois en *normalité visuelle* et *conformité sexuelle*. Si « être comme les autres » donne aux femmes l'espoir de voir leur clitoris chirurgicalement réparé, le « faire comme tout le monde » implique un engagement relationnel à l'intérieur duquel la sexualité se construit. Finalement, les capacités permettent de réaliser une égalité dans la sexualité qui reste inscrite à l'intérieur des relations et des liens sociaux.

## **Les capacités sexuelles : les moyens pour réaliser l'égalité**

Les logiques réglementaires de transactions des biens (les plaisirs, le *care*, les sentiments, l'engagement), à l'intérieur des échanges intimes et sexuels, se déterminent, du moins initialement, sur la base d'un capital de *capabilités* dont la personne est censée, soit être douée biologiquement (capacités), soit les avoir acquises socialement (compétences).

Les réflexions produites au sein des *disabilities studies* (Hughes et Paterson, 1997 ; Erikson et Shakespeare, 2000) se révèlent particulièrement adéquates pour la production d'une réflexion théorique sur la sexualité contemporaine – tout comme de la santé – puisqu'elles permettent de questionner le raisonnement médical. Bien que sur le terrain d'une « démocratie sexuelle » on puisse parler de *sexualités* au pluriel, il n'en reste pas moins que les catégories théoriques et pratiques dominantes appartiennent au terrain biomédical, lequel assoit des orientations disciplinaires puissantes dans la régulation des temporalités, des choix et des comportements en matière sexuelle. Du moins est-ce le cas dans le cadre de la réparation du clitoris et de la réhabilitation d'une sexualité considérée à la fois comme socialement déviée et déviante. L'absence du clitoris peut être considérée comme une déviance lorsque, comme c'est le cas aujourd'hui, il est admis qu'avoir et utiliser le clitoris fait partie de la norme. On peut se demander quand l'usage du clitoris est devenu une norme de la sexualité féminine. On peut se demander également quand s'impose l'idée que si l'on ignore le clitoris on a le sentiment – et à raison puisque confirmé par la science médicale – de *passer à côté de quelque chose*. L'absence d'intérêt pour le clitoris dans les pratiques sexuelles est devenue un dysfonctionnement.

Enfin, l'idée d'égalité telle que problématisée par les féministes occidentales, implique une confrontation, et la nécessité d'une redistribution, entre deux catégories sociales : les femmes et les hommes. Mais l'égalité revendiquée par les femmes interrogées prend comme point de comparaison la femme française, blanche et non excisée. Ce glissement, d'une catégorie « les hommes » à une autre « les autres femmes », est révélateur de la persistance des rapports de domination, toujours d'actualité dans l'espace politique, et notamment dans l'espace sexuel.

### **« Je veux prendre mon plaisir » : un corps capable**

L'idée de capacité développée par Sen implique une définition préalable des capacités. Qu'est-ce qu'une capacité ? Les capacités considérées peuvent être multiples et

de nature très différente. Elles relèvent donc des caractéristiques personnelles (âge, sexe, ethnie), des dispositions acquises (capacités intellectuelles, talents), des ressources sociales (milieu d'origine, réseau, profession) et des ressources économiques (richesse).

L'approche par les capacités prend en compte à la fois ce qu'une personne est capable de faire et ses préférences, mais aussi les possibilités qui lui sont offertes pour développer ses compétences, c'est-à-dire les opportunités et les moyens d'agir. La possession de ressources ne suffit pas en effet à garantir la capacité réelle d'agir. Pour que les ressources soient exploitées effectivement, il est nécessaire de disposer des « facteurs de conversion » de ces ressources en capacité d'agir, voire en action. Ces facteurs de conversion se composent de deux catégories. D'une part, il y a les facteurs individuels concernant les caractéristiques assignées (sexe, âge, ethnie, statut migratoire) et les caractéristiques acquises (qualifications, professions), et d'autre part, il y a les facteurs sociaux. Ces dernières caractérisent le contexte social dans lequel les individus évoluent et englobent à la fois les normes (hétérosexualité, performance sexuelle, conformité visuelle) et les opportunités d'intégration économique et sociale à disposition des personnes (nombre des hôpitaux qui font la chirurgie, temps d'attente, coûts éventuels).

À l'intérieur d'une politique régulatrice de la justice qui permet d'acquérir l'égalité – pour Sen la « liberté » - les termes définissant le concept même de capacités, impliquant la réalisation des droits, nécessitent d'être explicités. Si dans les cas des femmes excisées il s'agit des droits sexuels, dans l'approche des capacités, les droits s'articulent en plusieurs typologies. Les droits-contraintes définissent les cadres à l'intérieur desquels les opportunités de choix peuvent se déployer. Les droits-buts indiquent les capacités qui enrichissent la marge d'action individuelle. Ces derniers sont mis en œuvre à travers des droits-moyens, qui peuvent aussi être appelés droits procéduraux : il s'agit précisément d'un ensemble des droits permettant à une personne d'être en mesure de participer aux processus de régulation la concernant, ainsi qu'à rendre effectifs les droits-buts. Dans le cas des droits sexuels, les droits procéduraux permettent aux individus d'accéder à l'espace démocratique de la sexualité, c'est-à-dire à rendre effectives les permissions ou les autorisations formelles d'agir et de choisir en matière sexuelle. Dans la vision de Sen, le glissement entre « liberté » et « obligation » est très subtil. Par ailleurs, tout le débat sur la « libération sexuelle » l'est : on peut se demander si la sexualité clitoridienne est aujourd'hui une liberté ou une nouvelle injonction à la normalité.

Typologie de droits	DROIT-CONTRAINTES	DROIT-MOYEN	DROIT-BUT
Effets recherchés dans le domaine de l'excision	Sexualité épanouie	Chirurgie réparatrice	Egalité

Amartya Sen fait un lien entre la « capacité » et la « liberté ». Il confère donc une propriété politique à l'action et aux stratégies résolutes de l'individu, qui peut dès lors avoir la capacité d'obtenir une plus grande marge d'action. De ce fait, le concept de liberté doit également être défini. Selon Sen, la liberté peut être acquise par l'accès aux droits et à leur mise en œuvre. L'approche de la sociologie des problèmes publics, adoptée dans la première partie, analyse notamment les conditions qui ont permis la revendication de tels droits, les acteurs impliqués dans la mobilisation, les arguments invoqués, la manière dont les revendications s'harmonisent. La reformulation de l'excision en termes de droits (mutilation génitale féminine) a permis d'appréhender la question sous l'angle de la santé et de la sexualité. La reconnaissance politique de ce problème public donne aux femmes excisées la possibilité de formuler la demande d'être réparées. Si le travail de reconstruction socio-historique de la catégorie des mutilations sexuelles a été relevé, la question de la liberté mérite d'être problématisée car elle fait notamment échos à la question de la « libération sexuelle ».

L'analyse de Bénédicte Zimmermann (2008), qui recourt à l'approche des capacités en sociologie du travail, peut être utilisée afin de définir la notion de liberté, en lien avec les capacités. Elle considère la liberté non pas comme une dimension naturelle ou contractuelle, mais un « produit social qui se développe dans l'interaction entre des personnes associées à des collectifs ». La distribution de la liberté positive, c'est-à-dire le pouvoir effectif d'agir, est à la base de toute théorie de la justice. Dans ce sens, la sociologie peut considérer la liberté à la fois comme le pouvoir et la capacité effective d'agir (*agency*). La notion de justice, centrale dans la demande de réparation clitoridienne, met dans ce sens en lien la notion de liberté avec la notion de capacité d'agir. Si l'on conçoit la liberté comme un « processus permanent de libération » selon la définition de Simmel, la liberté n'est pas un état mais un processus interactif qui se déploie dans une relation de pouvoir : « loin de prendre une condition stable, la liberté s'actualise dans l'agir » (Zimmermann, 2008 :126). Dans cette conception relationnelle de la liberté, et en l'appliquant au cas des femmes

excisées qui demandent une chirurgie réparatrice, le pouvoir de celles-ci d'accéder à l'espace démocratique de la sexualité (Fassin, 2009) ne renvoie pas seulement à l'action (formulation d'une demande), mais également aux rapports de force qui façonnent la capacité d'obtenir une telle réparation (évaluation de dossiers, décision médicale).

Affirmer se sentir « libérée dans la tête » signifie pour Ritha, 29 ans migrante d'origine de la Côte d'Ivoire, se donner l'autorisation de faire ou de penser ce qui auparavant était interdit. Des rêves sexuels ou d'autres pratiques, ces femmes amplifient leurs marges de manœuvre dans la réalisation de leur sexualité. Interrogée sur l'impact que la chirurgie clitoridienne a eu dans sa vie, Faraa, une Nigérienne migrante de 33 ans, offre un exemple de la réalisation de la réparation à travers l'idée de libération. Cette « liberté » évoquée, exprime notamment sa capacité d'agir qui se voit augmentée, élargie dans ses possibilités et ses opportunités.

Moi : quel impact a eu la chirurgie dans votre vie ?

Faraa : Je me sens bien dans ma vie, je me sens beaucoup plus ouverte, je ne suis plus complexée. Dans ma vie de couple, je me laisse plus aller, je suis plus heureuse. Je me dis « je suis normale, j'ai toutes les parties de mon corps, et donc je suis bien ! »

Maintenant [*après la chirurgie*] on sent qu'il y a eu des changements et on se laisse aller pour beaucoup plus de choses, dans des délires, dans des trucs qu'on faisait pas avant. On se dit qu'il y a ça [*le clitoris*] qui est là et on vit plus ! [Faara, 33 ans, migrante, assistante maternelle]

La sexualité, et la réparation du clitoris, ont un impact sur la relation du couple pour les femmes. L'idéal de se « laisser aller activement » exprime cette capacité de s'investir dans le couple, qui se construit désormais sur d'autres formes de contrats et notamment l'engagement dans la sexualité. L'excision est enfin vue comme une forme d'oppression. Cette vision s'impose précisément à travers l'histoire de sa construction en terme de crime, de violence procurant un traumatisme. La réparation signifie pour les femmes excisées – mais aussi pour les professionnelles de la santé engagées – une libération de cette forme d'oppression ainsi exprimée dans le Blog :

J'ai toujours eu l'impression d'être excisée dans ma tête. Je crois que l'excision physique est la manifestation la plus extrême de la répression du corps des femmes. (commentaire dans le Blog)

Foucault critique l'idée d'une « libération sexuelle » qui s'effectuerait comme une sortie du contrôle social vers la nature libre ; elle se réalise en réalité pour les actrices à travers un changement des formes de pouvoir. Les nouvelles normes sexuelles, si elles ne sont plus répressives, obligent en revanche l'individu à se maîtriser, soi-même et ses désirs ; demandent à l'individu de se connaître, d'être à même de parler *librement* de ses expériences sexuelles et produire un discours sa propre sexualité. À l'inverse, là où ces conditions ne se réalisent pas, l'individu est suspecté – telles que les femmes excisées dans le parcours le sont par la sexologue – d'être « bloqué » ou « inhibé ». La libération de la sexualité de la honte ou de la peur devient alors une injonction à exhiber la preuve d'une sexualité décomplexée. Le processus de libération sexuelle prend donc la forme d'un déplacement du pouvoir, autrement dit un déplacement des cadres sociaux à l'intérieur desquels la sexualité est réglementée (Bozon, 2001). Telles qu'elle est exprimée par les femmes, cette libération implique une augmentation en capacités d'action, ce qui est antithétique d'une sexualité libérée des normes sociales. Si les normes se déplacent, elles continuent d'exister et introduisent de nouvelles contraintes. Les acteurs qui veillent à l'application des normes sexuelles dans la société contemporaine sont d'une part la médecine, dont le pouvoir en la matière est ancien, d'autre part l'individu lui-même, devenu le responsable principal du bon ou du mauvais fonctionnement de sa propre sexualité.

### **Normes ou droits sexuels : nouvelles libertés et nouvelles contraintes**

Les droits sexuels sont un concept qui s'est imposé historiquement. Comme on l'a vu dans la première partie, les « droits sexuels » sont d'abord apparus dans le cadre de la santé reproductive, puis ils se sont précisés en soulevant et dénonçant l'élément de la violence faite aux femmes, et ont finalement pris la forme sémantique du langage du droit, plus particulièrement des droits universels (Miller, 2004, Parker et alii, 2004, Petchesky, 2000, Wilson 2002). Les capacités sexuelles permettent de réaliser les droits et d'entrer ainsi dans un nouvel espace politique de gouvernement de la sexualité.

Comme il a été montré, le droit de bénéficier du plaisir sexuel était complètement absent dans les débats de la conférence de Pékin en 1995 (chapitre 1). En effet, le discours sur les droits sexuels s'est développé plus tard, notamment à partir de la définition des contours de la violence et de la connotation de certains comportements, actes et pratiques comme « violents ». C'est dans ce sens que le champ du sexuel s'est construit par défaut sur

ce qui ne relève pas de la violence. Les droits sexuels se concrétisent alors dans les pratiques, dans les identités et dans les relations. Selon la définition couramment utilisée (Richardson 2000), la notion de droits sexuels fait référence à une dimension pratique comprenant le droit de participer à l'activité sexuelle, à accéder au plaisir sexuel et à disposer de manière autonome de son corps et de sa capacité reproductive. Les droits sexuels basés sur l'identité concernent les droits d'expression de soi, de réalisation de soi, « la liberté d'identification à un genre précis, tout comme l'interprétation, le renouvellement ou la modification de celui-ci » (Corboz, 2009 :4). Les droits sexuels liés aux relations concernent les droits de pouvoir choisir son propre partenaire sexuel, de consentir ou non aux pratiques sexuelles dans le cadre d'une relation intime et personnelle, de pouvoir faire connaître cette relation et de bénéficier du droit de reconnaissance et de légitimité de cette relation (Richardson, 2000).

Le « corps capable », demandé et espéré par ces femmes, par le biais de la chirurgie, est un corps à même de bénéficier de tous les droits susmentionnés. La capabilité sexuelle consiste non seulement à acquérir la capacité (corps capable et apte au plaisir) mais également à être en mesure de jouir de ce droit (le plaisir sexuel). Dans ce sens, si l'on considère les capabilités comme « l'ensemble de conditions de réalisabilité des droits » (De Munck, 2008:28), le parcours de réparation doit être vu comme un droit intermédiaire, un droit-moyen ou droit procédural. La réparation n'est pas une finalité en soi, mais plutôt le moyen d'accéder à la représentation admise d'une sexualité normale et juste. Avant de traiter de la justice dans la sexualité, il est souhaitable d'expliquer les procédures d'application de ce processus de réalisation des droits sexuels. À ce propos, on peut reprendre l'exemple du diplôme utilisé par Sen. Le diplôme est l'objet officiel qui vient sanctionner le processus d'apprentissage d'une capacité : le diplôme constate l'existence de la capacité d'une personne. Toutefois, ce n'est pas le diplôme qui crée cette capacité : celle-ci résulte d'un processus éducatif qui est externe et précède l'obtention du diplôme. Pourtant, le diplôme ajoute *quelque chose* à ce constat, puisqu'il est un titre doté d'une valeur utilisable et reconnue dans le champ social. Le diplôme ouvre notamment un espace social, des nouvelles possibilités. En d'autres termes, il représente un capital social : on peut prétendre à une meilleure rémunération, à une qualification différente, à une légitimité de la parole. Dans ce sens, le diplôme apporte une « liberté ». L'élargissement des opportunités



dû à un diplôme est en lien direct avec une reconnaissance institutionnelle : dans ce sens, l'institution limite ou ouvre l'espace d'action.

Lorsque les femmes déclarent vouloir un clitoris « même si ça marche pas », elles affirment la valeur symbolique de la reconnaissance sociale de l'organe qui légitime à la fois leur plaisir et leur capacité à en avoir. Pour les femmes excisées, il n'est pas question d'imposer une vérité, il est question d'affirmer leurs droits et leurs capacités. Avoir un clitoris visible permet à ces femmes de se protéger des accusations des partenaires quant à leur impossibilité d'éprouver du plaisir, et au fait de le simuler, au point de leur refuser l'appartenance à une catégorie sociale, celle de femme à part entière.

Mon partenaire me l'a dit aussi : « mais t'as pas le clitoris ! » L'ancien me l'avait dit, et le nouveau me l'a dit aussi ! Il m'a dit « T'es pas comme toutes les femmes que j'ai connues ». [Filly, 32 ans, migrante, agent administratif]

Je me souviendrai toute ma vie parce qu'il m'a dit un mot très fort en me disant « de toute façon TU N'ES PAS UNE FEMME ». [Nafi, 20 ans, migrante, sans emploi]

Le clitoris reconstruit peut être considéré comme le diplôme qu'elles peuvent obtenir à la fin d'un « parcours de réparation ». Pendant ce parcours, l'équipe médicale est censée guider, accompagner, mais quelque part aussi former les femmes à avoir accès au plaisir sexuel. De ce fait, ce n'est pas le clitoris reconstruit – en tant que diplôme – qui crée la capacité de jouir et d'avoir du plaisir pendant les rapports sexuels, mais le « parcours de réparation », considéré comme préalable obligatoire à la réhabilitation de l'organe. Cette phase d'apprivoisement de l'organe invite les femmes à réfléchir sur leur corps, sur leur couple, sur leurs pratiques sexuelles, sur leur « féminité ». De l'autre côté, dans l'espace social, le clitoris reconstruit (et donc visible) permet justement cette reconnaissance revendiquée par les femmes, notamment vis-à-vis des partenaires ou des ami-e-s qui peuvent constater l'objet – comme un diplôme – attestant la réparation, comme l'exprime Ode :

Donc pour moi, c'était surtout ça de pouvoir me dire que j'avais moi aussi un clitoris. Que je ne suis plus excisée en fait. [Ode, 30 ans, migrante, agent comptable]

La chirurgie réparatrice correspond dans ce sens, à un droit-moyen (obtention d'un clitoris) qui permet de réaliser des droits-buts (une sexualité égalitaire, des relations égalitaires). Dans ce contexte, ce qui reste à interroger est le droit-contrainte, la norme

dominante qui, dans ce cas de figure, entre dans la définition des droits sexuels et de l'injonction contemporaine au plaisir sexuel. La genèse de la reconnaissance des mutilations sexuelles comme forme de violence et de l'affirmation du plaisir comme droit sexuel (Chapitre 1), permet d'interroger le postulat de l'égalité revendiquée en matière de sexualité. Insérée dans un espace médical et médicalisé, la « sexualité épanouie » exerce la fonction d'un droit-contrainte, qui détermine le glissement vers le pathologique lorsqu'elle n'est pas réalisée et impose aux femmes excisées d'y adhérer pour se considérer « réparées ».

Les femmes excisées demandent d'avoir un corps « capable » de prendre du plaisir, mais cela implique notamment la reconnaissance de cette capacité de la part des partenaires. Comme on l'a vu, malgré leur reconstruction, certaines femmes continuent à être cataloguées comme « excisées » par leurs partenaires, qui les accusent de simuler le plaisir ou prétendent qu'elles ne peuvent « rien ressentir ». D'autres femmes s'autocensurent et bannissent la masturbation « car de toute façon ça sert à rien ». D'autres femmes élaborent des stratégies de sélection des partenaires en limitant le réseau social et privilégiant les partenaires déjà connus (les ex) ou les partenaires « qui connaissent l'excision » (même origine ethnique). En gardant donc le concept de capabilité et en le mettant en lien avec le bien-être, le bien-être accompli dépend directement de la capabilité à fonctionner. La capabilité apporte la liberté de rechercher les éléments constitutifs du plaisir (par exemple la masturbation), en même temps, la capabilité de fonctionner est liée à la liberté d'accomplir son propre plaisir (la légitimité de pratiquer la masturbation).

L'approche de la sexualité en termes de droits et de capabilités implique la conception de l'espace social en termes d'espace à la fois normé et normatif. Car s'il existe une capacité, il y a l'idée que celui ou celle qui ne l'acquiert pas est un « incapable ». Dans le cas des femmes excisées, la possibilité de reconstruction amène à concevoir l'excision (et son maintien) comme une forme de handicap. Si l'on considère qu'il y a une injonction, voire une norme au plaisir clitoridien, les femmes qui ne se conforment pas à cette norme se placent elles-mêmes en dehors de la conception dominante de la sexualité. Afin de problématiser l'excision en termes de handicap, je ferai référence aux outils théoriques développés par les *disabilities studies* (Hughes et Paterson, 1997 ; Erikson et Shakespeare, 2000).

## « Je veux faire plus » : une sexualité engagée

L'idée d'une performance féminine s'exprime à travers l'idée de la possibilité et des capacités de « faire plus ». Socialement construite comme passive, la sexualité féminine se réaffirme aujourd'hui comme proactive, entreprenante et indépendante. Cette idée de performance sexuelle implique la capacité à avoir du plaisir ainsi qu'un « savoir-faire » permettant d'en donner. Mais la demande des femmes visant à améliorer leur performance sexuelle est orientée vers un engagement relationnel. Si les femmes revendiquent la capacité de pouvoir se donner du plaisir à elles-mêmes (Maïmouna) elles désirent également acquérir la capacité d'en donner (Salimata). La sexualité féminine quitte son royaume de « passivité facile » à l'intérieur duquel elle s'était construite (Papillon). La nouvelle norme de performance est encadrée dans un investissement actif demandé qui prouve et à la fois fait exister un engagement dans la relation sexuelle.

Je pense qu'avant d'avoir du plaisir, il faut se donner du plaisir. [Maïmouna, 32 ans, fille de migrants, directrice d'un centre de loisir]

J'ai l'impression de ne pas assez faire pour que lui puisse avoir son plaisir aussi. C'est pour ça que je me sens coupable. [Salimata, 24 ans, fille de migrants, standardiste]

Je ne m'étais pas douté qu'il allait me falloir être plus active dans ma vie sexuelle. Pourtant, c'est bien de cela qu'il s'agit : devenir maîtresse de ma sexualité et quitter la passivité facile qu'impliquait ma sexualité avant l'opération. (Blog Papillon, 27 novembre 2007)

Un parallèle, plus qu'une opposition, entre la sexualité masculine et la sexualité féminine se réalise. Si on assiste à la fin d'une conception androcentrée de la sexualité sur la base d'un modèle anatomique fondé sur le pénis et voyant le vagin comme son équivalent inversé (Laqueur 1999, Martin 1987), l'association du clitoris au pénis semble établir une « phallicisation »<sup>230</sup> de la sexualité féminine. Dans les discours militants contre les mutilations sexuelles, le clitoris est comparé au pénis, notamment pour dessiner l'équivalence des dégâts sur le sexe masculin si une « excision » y était effectuée. Cette

---

<sup>230</sup> Terme emprunté de l'anglais « phallicize » utilisé par Kristel Bell : « Indeed, by defining the clitoris as the female penis, contemporary activist discourses merely *phallicize* female sexuality instead of attempting to understand it on its own terms. » in Bell (2005), « Genital Cutting and Western Discourses on Sexuality » *Medical Anthropology Quarterly*, Vol 19, Issue 2, pp. 125-148.

comparaison maintient et déplace à la fois la définition de la physiologie masculine comme norme sur la base de laquelle la physiologie féminine est comprise et mise en relation (Bell, 2005 :135). La reconnaissance du clitoris, tout comme la dénonciation de l'avoir symboliquement excisé, est une préoccupation contemporaine de notre société (Mazaurette, 2008). Il est évident que l'émergence d'une sexualité clitoridienne est devenue aujourd'hui une nouvelle norme, à la suite d'autres acquis, comme par exemple l'usage de la contraception. Dans la sexualité hétérosexuelle, qui reste aujourd'hui la norme dominante, l'enjeu pour les femmes est de correspondre aux caractéristiques de la féminité définies socialement et historiquement. De même, les hommes doivent correspondre aux caractéristiques définissant la masculinité. Autrement dit, le nouvel enjeu des femmes est de faire valoir leurs capacités à *prendre* et à *donner* du plaisir sexuel, ce qui introduit un changement radical de la définition de la sexualité féminine dans l'ère contemporaine.

Le champ médical révèle toute la complexité à traiter un handicap construit socialement (la sexualité clitoridienne étant la nouvelle norme) mais aussi physiquement (l'excision étant une amputation d'un organe, le clitoris). L'enjeu pour la médecine est donc double : si d'une part la chirurgie est censée réparer le corps biologique (réparation biomédicale), d'autre part l'équipe pluridisciplinaire prétend réparer le corps politique (réparation symbolique). Cette double réparation de l'excision est la réponse élaborée par le corps médical face à l'émergence d'un handicap social (*disability*) et d'un handicap physique (*impairment*), l'analyse empirique ayant démontré que l'un ne peut être séparé de l'autre.

Les *disabilities studies* distinguent notamment le dysfonctionnement (*impairment*) du handicap (*disability*), le premier est d'ordre biologique, le deuxième est socialement construit. Dans ce sens, la société crée un handicap lorsqu'elle considère un type d'incapacité spécifique comme problématique. Le handicap est donc défini comme « les désavantages ou les restrictions des activités causées par l'organisation sociale contemporaine qui ne prend pas en compte, ou prend très peu en compte, les limitations physiques de certaines personnes et les excluent ainsi de la pleine participation aux activités sociales »<sup>231</sup>. Les *disabilities studies* ont mis l'accent sur la différence entre le

---

<sup>231</sup> Cette définition a été élaborée par l'Union of Physically Impaired Against Segregation, organisation qui a également développé les réflexions intellectuelles et politiques définissant le modèle social du handicap. La citation originale est en anglais : « The disadvantage or restriction of activity caused by a contemporary social organization which takes little or not account of people who have physical impairments and thus excludes

handicap comme réalité individuelle et pathologique et le handicap comme réalité sociale et collective. Dans ce sens, l'incapacité se situe à la frontière du physique et du social : « Le handicap est saisi comme un statut social doté d'une certaine visibilité, produisant sur le corps un effet de marquage qui, reconnu par l'autre, entraîne une mise à l'écart ou des comportements singuliers dont résulte une mise hors normes » (Boucher, 2001; Stiker, 1999). Dans l'enquête « Excision et Handicap » (encadré 3.1), le handicap est appréhendé comme un discriminant de l'état de santé ; cette enquête vise à mettre à jour l'impact des mutilations sexuelles comme « un phénomène relevant d'un état de mauvaise santé » (Andro, Lesclingand, Cambois, Cirbeau, 2009 :4). Dans le cas des femmes excisées, la notion de handicap est plus proche de la notion de stigmaté (Goffman, 1977), au sens même d'un marqueur corporel ayant le pouvoir de séparer, comme dans l'Antiquité grecque les hommes libres des esclaves, les normaux des anormaux.

C'est gênant pour moi de dire à quelqu'un que je suis excisée. Parce que ça ne se fait pas. [Ode, 30 ans, migrante, experte comptable]

J'avais une très très mauvaise image de mon corps en fait... J'ai vu déjà plusieurs reportages sur l'excision, c'était très très violent.... j'avais honte de me montrer. [Awa, 28 ans, fille de migrants, assistante maternelle]

Je ne voulais pas que les gens le sachent justement. J'avais peur que les gens, juste en me regardant, sachent que j'étais excisée. Je ne voulais pas qu'on me montre du doigt en fait... J'avais peur d'être rejetée... J'avais honte d'être excisée. [Zahara, 21 ans, fille de migrant, étudiante]

L'excision, le fait d'être excisées, produit une discrimination sociale, le clitoris étant considéré désormais comme une caractéristique essentielle de l'être femme. La stigmatisation des femmes excisées se concrétise par leur exclusion de l'espace politique de la sexualité. L'approche biomédicale vise alors à combler ce manque (le clitoris), qui est appréhendé comme une dysfonction (impairment), par le biais de techniques biomédicales et chirurgicales, ainsi que par le processus de réhabilitation. Cette approche repose donc sur un ajustement individuel et non pas sur un changement social. Le postulat de départ est celui d'une perfection corporelle originelle accompagnée d'une perfectibilité du corps atteignable par la technologie, la chirurgie esthétique. Dans ce sens, la capacité à

---

them from participation in the mainstream of social activities » (UPIAS, 1975), pris dans T. Shakespeare « The social Model of Disability » :p.267.

s'améliorer, voire à se réparer et à s'adapter à l'environnement social ainsi qu'aux normes politiques de l'usage du corps, relève de la responsabilité individuelle.

Le handicap du vivre sans clitoris peut être pensé comme tel grâce aux revendications des féministes. Toutefois bien que ces revendications prônent une égalité et un réajustement des libertés, la création de cette nouvelle catégorie implique des nouvelles formes d'exclusion et de stigmatisation. Dans les sociétés africaines pratiquant l'excision, le clitoris représente l'organe équivalent au pénis. Selon cette vision, le clitoris est associé à une sexualité infantine, où le plaisir est indépendant des normes de fertilité et de mariabilité, qui ont été, et sont parfois encore, centrales dans la construction culturelle de la sexualité féminine. Dans la société occidentale contemporaine, le clitoris acquiert une nouvelle place sociale. Si d'une part il décrit l'existence d'un droit d'une sexualité à soi, d'autre part devient-il un organe au service de la relation ? Lorsqu'un commentaire sur le blog soulève la question d'une intimité rêvée mais esquivée à cause de l'excision, le clitoris – et le plaisir pour soi – devient l'organe qui permet de valoriser l'autre et d'en reconnaître le pouvoir d'action dans la relation sexuelle. Se soucier du partage de son propre plaisir avec l'autre relève d'un investissement personnel, d'une forme d'engagement sexuel, comme l'exprime une lectrice du Blog de Papillon dans ce commentaire :

Je n'en peux plus de vivre comme une handicapée et dans l'angoisse de l'intimité.

La genèse du sentiment de handicap naît de la violation de ces deux normes : la norme du corps intègre et intact (norme juridique) et la norme du corps capable (norme médicale). Ces deux conditions sont considérées – du moins dans notre société occidentale (qui occupe par ailleurs une position dominante dans la circulation géopolitique des savoirs) – comme essentielles pour bénéficier de certains droits et de la possibilité d'accéder ainsi à l'égalité. Lorsque ces deux conditions (intégrité juridique et aptitude médicale) viennent à manquer, l'individu se voit handicapé par manque des possibilités de bénéficier d'un traitement égalitaire tout comme des possibilités de vivre une relation sexuelle plus engagée.

## **Normalité visuelle : les effets de l'égalité**

Les femmes expriment également dans leurs demandes l'exigence d'avoir un « sexe normal ». L'accent est mis spécialement sur l'apparence physique, esthétique, qui est loin d'être secondaire dans cette démarche de réparation. Parallèlement, à la démarche réparatrice et/ou reconstructrice d'un sexe blessé, excisé, dont la nature pathologique a été reconnue grâce à la reconnaissance de l'acte en tant que crime, il y a un marché médical qui se spécialise dans la chirurgie esthétique des organes sexuels. En effet, il apparaît que les arguments des femmes excisées sont très proches, voire identiques<sup>232</sup>, à ceux brandis par les femmes non excisées, généralement blanches et de classe moyenne (Liao, Creighton 2007 ; Latham, 2010 ; Berer, 2010), même si les critères d'accès aux prestations médicales sont très différents dans un cas ou dans l'autre. Bien que dans ces deux cas, les interventions chirurgicales soient très similaires, il y a une différence de taille quant à la connotation attribuée par le corps médical à leurs propres actes chirurgicaux. L'importance du visuel est aujourd'hui devenue centrale pour le bien-être sexuel des femmes.

### **« Je veux que ça se voit » : l'hégémonie du visuel**

L'accès aux médias et à la pornographie se banalise. La consommation d'images médiatisées est une pratique très courante et très diffusée dans tous les milieux, ethnies et classes sociales. Si une différence de genre et d'âge persiste, elle est plus d'ordre qualitatif que quantitatif. Les individus – et particulièrement dans le milieu urbain - consomment tous les jours une quantité énorme de produits visuels. Que ce soit par le biais de photos ou d'autres images, le corps de la femme est largement exploité et exploré. Or, le visuel a une propriété qui lui est propre, celle d'être considérée comme la « vérité ». Dans notre société, ce que l'on voit, existe, et ceci est d'autant plus vrai puisque visuellement validé. Cet univers visuel, dans lequel les individus évoluent sans même en avoir conscience, fournit un matériel abstrait, cérébral, que l'on réutilise pour produire nous-mêmes des *mises en scènes virtuelles de notre quotidien*. À l'intérieur d'une sociologie de la sexualité, ce processus est

---

<sup>232</sup> Dans son étude qualitative sur la chirurgie esthétique au Brésil, Dorneles de Andrade montre que la majorité des femmes se soumettant à ce genre de chirurgie (notamment labioplastie) déclare vouloir être « normales ». À ce propos, voir : Daniela Dorneles de Andrade 2010 « On norms and bodies : findings from a field research on cosmetic surgery in Rio de Janeiro, Brazil » *Reproductive Health Matters* (18) :74-83

expliqué par la théorie des *scripts sexuels* (Gagnon et Simon, [1973]2005) qui mobilisent le concept de « scénario », réel ou imaginé, indispensable à la rencontre sexuelle.

Dans la construction des scénarii sexuels, au sein de la société occidentale, les individus empruntent, entre autres, les images produites par le marché pornographique, qui se banalise et qui détient quasiment l'exclusivité de la production des représentations visuelles des actes sexuels. Bien que ce marché se divise en différents secteurs, la pornographie « grand public » reste néanmoins plus largement produite par et adressée aux hommes. Les femmes-actrices qui jouent dans ces films sont soumises elles aussi à des critères physiques qui les mettent en compétition sur un marché de travail désormais très prisé (Trachman, 2011). La chirurgie esthétique des organes génitaux est très diffusée en France (Fetton et alii, 2008 ;), comme ailleurs (Berer, 2010). La représentation dominante du sexe des femmes, souvent filmé en gros plan, apparaît comme un vagin sans poils et avec de petites lèvres similaires à un sexe d'un enfant. Le clitoris, quant à lui, apparaissant majoritairement sur photos, est vu comme un bouton exposé de taille relativement grande lorsque les petites lèvres sont écartées. Cette preuve ontologique de la « vérité du sexe » ainsi représentée, et sa diffusion à travers les technologies de production de la visibilité – les films porno - (Bourcier, 2005), devient le référent de la normalité. Bien qu'une analyse approfondie du matériel visuel pornographique ne soit pas fournie ici, cette dernière serait très pertinente, ce matériel méritant d'être approfondi<sup>233</sup>. En ce qui concerne plus spécifiquement la réparation de l'excision, la référence à la pornographie, et donc l'exigence de la traiter dans l'analyse, vient de ce qu'elle a souvent été mentionnée à titre de référence, par les femmes interviewées. D'un côté elles mentionnaient la pornographie comme exemple de « normalité physique » de l'aspect visuel des organes génitaux, et de l'autre, elles s'y référaient en tant que « normalité sexuelle » des comportements et des façons de manifester le plaisir féminin.

Les images médicales et les images en gros plan de sexe dans la pornographie sont du même ordre, la construction d'une anatomie politique des parties génitales s'opère par la manière de les montrer et le point de vue depuis lequel ces parties sont observées. Or la

---

<sup>233</sup> D'autres recherches ont montré l'incidence du matériel pornographique comme référence visuelle mentionnée dans les demandes de chirurgie esthétique. À ce propos voir le documentaire de Virginia Braun *The Perfect Vagina* et l'article Virginia Braun 2005 « In search of (better)sexual pleasure : female genital « cosmetic » surgery » *Sexualities* 8(4) :407-24 et Tracey M Plowman 2010 « The Perfect Vagina » (Review) *Reproductive Health Matters* 18 (35) :111-114



réalité est que la plupart de personnes ne voient pas si bien le clitoris qui est en revanche un organe pas très exposé et couverts de poils. La pornographie, comme l'imagerie médicale, produisent des zoom de la réalité déconnecté du contexte et des moyens de production de telle image. Mais si les photographies médicales restent peu accessibles, la pornographie en revanche devient un bien de consommation de masse.

Un marché chirurgical s'est construit notamment dans la spécialisation de la chirurgie sexuelle. Si plusieurs procédures d'intervention ont été mises au point et sont actuellement disponibles sur le marché<sup>234</sup>, les raisons plaidées et invoquées tant par les femmes excisées que par les femmes non excisées, sont très similaires : correspondre à la norme. Toutes souhaitent atteindre une norme, une normalité qui est plus visuelle que fonctionnelle.

### **« Je veux avoir un sexe normal » : la normalisation du corps**

Lorsque l'offre visuelle n'est pas très diversifiée, et que celle-ci devient référence de la normalité, l'hégémonie du visuel se concrétise en une normalisation des corps. L'impact que la norme visuelle exerce sur le désir de se conformer, cette norme devenant pour les femmes excisées synonyme de normalité, est dénoncé aussi par la sexologue du Service A, dont la mission est de « recadrer » ces femmes dans leur parcours et leur individualité.

T : si tu ne montres qu'une photo, elles pensent que c'est la norme et ça c'est pas très bien.

Les femmes excisées engagées dans le parcours de réparation expriment leur difficulté à avoir un sexe « différent ». Cette différence ressentie et stigmatisée socialement est à l'origine de leur handicap : elles disent se percevoir comme « anormales ». La normalité visuelle acquise leur donne accès à un espace sexuel à l'intérieur duquel les références visuelles ne sont pas si démocratiques. Le corps visible, un clitoris proéminent avec des petites lèvres autour, sont pour ces femmes les signes visuels d'une normalité corporelle.

---

<sup>234</sup> Les procédures chirurgicales les plus communément effectuées sont : la labioplastie des petites et des grandes lèvres, technique qui consiste à modifier en réduisant la taille des lèvres ; réduction du capuchon clitoridien ; la chirurgie plastique du périnée ; vaginoplastie (resserrement du vagin) et hyménoplastie (reconstruction de l'hymen).

Or, l'anthropologie culturelle a amplement démontré que la conception du corps est profondément imprégnée de significations culturelles, tout particulièrement lorsqu'il s'agit des organes sexuels et de leur fonction reproductive. La beauté et la désirabilité sexuelle sont également socialement construites et incorporées de manière variée d'une société à l'autre. La conformité individuelle à ces normes corporelles est encouragée par les productions culturelles des valeurs esthétiques traditionnelles. De ce fait, le travail sur le corps, son façonnement, son altération, sa décoration, sa mutation ou sa mutilation, sont influencés à la fois par les valeurs esthétiques – ce qui est considéré « beau » et « sexuellement désirable » – et par les valeurs morales – ce qui est considéré décent, propre et bien (Gruenbaum, 2001 ; Mascia-Lees et Sharpe, 1992). La forme particulière du corps peut définir le statut de la décence et de la moralité, tout comme son contraire. Ces valeurs esthétiques revêtent une connotation négative lorsqu'elles provoquent un rejet du corps, qui est considéré répugnant, comme dans l'exemple, désormais classique, de la corpulence, considérée comme un canon de beauté dans certaines sociétés et comme objet de répulsion, voire de honte ou de pathologie, dans d'autres.

Des études empiriques faites par certaines anthropologues (Lightfoot, 1999, Gruenbaum, 2006) montrent comment le vagin fermé des femmes soudanaises infibulées provoque un sentiment de « beauté, de propreté et de moralité » (Gruenbaum, 2006 : 126). Au contraire, un vagin ouvert est considéré comme « anormal et est associé à la honte » (Gruenbaum, 2006 : 126). Les femmes soudanaises infibulées et interrogées dans cette étude pensent que les hommes préfèrent un vagin étroit et serré, et de ce fait se sentent ainsi plus désirables que les autres. Selon ce courant de pensée, c'est le même comportement qui est observé chez les femmes occidentales qui se soumettent à des régimes, ou à des opérations chirurgicales plus au moins invasives sur leurs organes génitaux. L'argument soulevé par les femmes engagées dans une chirurgie esthétique, est qu'elles se lancent dans de telles entreprises pour se sentir « plus désirables », « sexy » et finalement « mieux dans leur peau » (Liao et Creighton, 2007).

Cette anthropologie compare plus particulièrement les pratiques traditionnelles (mutilations sexuelles) aux pratiques médicales de la chirurgie esthétique (labioplastie, vaginoplastie, hymenoplastie, etc.). La critique porte sur le fait que la légitimité des actes varie selon qu'ils soient pratiqués dans les pays du Nord ou dans les pays du Sud (Johnsdotter et Essen, 2010). Le cadre sociopolitique confère ainsi une légitimité aux uns et

l'ôte aux autres (Berer, 2010), débat largement exploité dans l'anthropologie médicale, qui problématise la hiérarchisation de la biomédecine comme supérieure aux savoirs traditionnels. Des questions éthiques se posent alors. On s'interroge notamment sur les raisons qui rendent légales et légitimes certaines interventions corporelles, criminelles et condamnables d'autres, alors que le résultat esthétique est parfois très similaire. Les valeurs morales ainsi distribuées et assignées aux actes, relèvent de l'émancipation dans la chirurgie esthétique et de la violence dans les mutilations sexuelles. On peut se demander également quelles sont les normes morales qui établissent la normalité et la beauté tolérées.

Face à de telles questions, un positionnement éthique devient nécessaire dans la mesure où on ne peut ici invoquer la « science » ou une prétendue position « neutre ou objective ». Bien que des chercheur-e-s tentent d'établir un parallèle ontologique entre elles, les mutilations sexuelles sont un objet sociologique différent des opérations esthétiques. Cela a été montré à travers leur reconstruction sociale et historique dans la première partie. L'analyse des données du terrain a ensuite permis d'interroger les catégories théoriques définissant l'objet non pas selon la position de l'observateur, mais selon celle, subjective, des femmes. Ces femmes considèrent leur excision comme un handicap. C'est à partir de cette définition qu'une lecture théorique de l'excision a été produite, telle qu'elle est comprise par les femmes concernées et telle qu'elle est traitée par l'équipe médicale. Si l'excision peut être vécue comme un handicap, elle peut au contraire – bien que cela ne concerne pas les femmes de cette étude – être investie d'autres significations sans être reformulée en termes de problème. En revanche, lorsque le traitement s'institutionnalise, et cela autant dans les discours des féministes que dans le milieu médical, les « mutilations sexuelles » se figent dans une catégorie stigmatisante, dans une étiquette sociale dévalorisante.

De l'autre côté, un deuxième type de réponses peut être donné, celles-ci mobilisant les entités nosologiques biomédicales, à l'intérieur desquelles les organes et parties du corps sont ordonnés selon une hiérarchie ontologique qui leur confère un ordre d'importance différencié. Or, médicalement parlant l'organe se définit par « une partie anatomique individualisée, exerçant une fonction particulière »<sup>235</sup>. Même si le clitoris était reconnu

---

<sup>235</sup> Définition prise dans le *Dictionnaire médical*, Larousse, édition 2006, disponible en ligne, consulté le 28 mai 2012.

médicalement comme un organe depuis longtemps, il était néanmoins un organe sous-estimé (taille sous-évaluée) et politiquement ordonné comme secondaire, voire déviant dans le développement de la sexualité féminine. Le bouleversement récent dans la médecine, provoqué par les recherches médicales qui mettent à jour la taille et l'importance de l'organe, confère au clitoris une centralité dans le plaisir sexuel féminin. Cet organe ressemble à un tendon, un ligament qui est investi de multiples terminaisons nerveuses. Les petites lèvres, en revanche, sont considérées comme des excroissances, des prolongements de la peau, hautement sensibles par leur innervation et par le fait qu'elles entourent le clitoris passant par-dessous. Or, l'impact que ces deux parties ont sur le plaisir sexuel reste une question ouverte au débat, les méthodes biomédicales cherchant à fournir une « vérité » sont elles aussi, et encore une fois, culturellement et historiquement situées<sup>236237</sup>. Toutefois, ce qui est important ici est de pouvoir recourir à cette classification des parties du corps et des organes. En effet, celle-ci participe à la hiérarchisation des actes médicaux, qui est particulièrement importante dans l'administration de la santé s'appuyant sur les définitions d'une *médecine des assurances*.

L'ordre, ou le classement anatomique fait que certains actes chirurgicaux sont remboursés et d'autres pas. Dans le cas de la chirurgie sexuelle, la reconstruction du clitoris est reconnue comme une chirurgie réparatrice car invalidant la vie de la femme dans sa santé sexuelle et reproductive (puisqu'un lien entre l'excision et la difficulté à

---

<sup>236</sup> Les études médicales sur le clitoris sont en train de se multiplier. Elles utilisent les techniques de la dissection, de la biopsie du tissu clitoridien ou de l'imagerie médicale (écographie, IRM, reconstruction anatomique en 3D). Certaines études visent offrir une meilleure description anatomique : Schober, Meyer, Ransley « Self-assessment of genital anatomy, sexual sensitivity and function in women: implications for genitoplasty » *British Journal of Urology International* 2004 Sep;94(4):589-94 ; Komisaruk, Brody et alii « Women's clitoris, vagina, and cervix mapped on the sensory cortex: fMRI evidence » *Journal Sexual Medicine* 2011 Oct;8(10):2822-30 ; Foldes, Buisson « The clitoral complex: a dynamic sonographic study » *Journal Sexual Medicine* 2009 May;6(5):1223-31 ; O'Connell, Sanjeevan, Utson « Anatomy of the Clitoris » *Journal of Urology* 2005 Oct;174(4) :1189-95 ; Rees, O'Connell, Plenter, Hutson « The suspensory ligament of the clitoris : connective tissue support of the erectile tissues of the female urogenital region » *Clinical Anatomy* 2000 :13(6) :397-403 ; Caruso, Cavallari et alii, « Ultrastructural and Quantitative Study of Clitoral Cavernous Tissue from Living Subjects » *Journal Sexual Medicine* 2011 ; 8 :1675-1685 ; O'Connell, DeLancey « Clitoral anatomy in nulliparous, healthy, premenopausal volunteers using unenhanced magnetic resonance imaging » *Journal of Urology* 2005 Jun;173(6):2060-3.

<sup>237</sup> D'autres études visent à démontrer l'impact (biologique, neuronal) du clitoris sur le plaisir sexuel : Martin, Shelley et alii « Clitoral sexual arousal: neuronal tracing study from the clitoris through the spinal tracts » *Journal of Urology* 2008 Oct;180(4):1241-8 ; Puppo « Embryology and anatomy of the vulva: the female orgasm and women's sexual health » *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2011 Jan;154(1):3-8.

l'accouchement a été établi). Au contraire, le rétrécissement de l'orifice vaginal (vaginoplastie), la reconstruction de l'hymen (hymenoplastie), la réduction ou la modification des petites lèvres (labioplastie) sont considérés comme des interventions esthétiques et ne sont prises en charge par l'assurance maladie dans aucun pays. Ce débat ne fait l'objet d'aucune polémique médicale, ce qui revient à dire que le clitoris est universellement reconnu comme un organe à part entière, alors que les petites lèvres ne le sont pas. Une fois encore, il est démontré que ce ne sont pas les actes eux-mêmes (couper, modifier) qui ont un sens intrinsèque. La connotation qui leur est attribuée dépend du contexte (milieu hospitalier/dehors), du statut de qui exerce l'acte (personnel médical/autres) et du savoir qui lui est attribué (compétence/ignorance), tout comme du statut de qui le subit (enfant/adulte) et de sa possibilité de formuler un consentement (choix/violence). Enfin le sens ontologique selon lequel les organes sont définis et l'ordre hiérarchique à travers lequel ils sont classés par la biomédecine (organe/partie du corps), rendent ces actes licites ou illicites, médicaux ou criminels.

Les femmes remettent en question cet ordre lorsqu'elles déclarent vouloir un « clitoris même si ça ne marche pas ». Dans ce sens, l'hégémonie visuelle prime sur la réalité corporelle du ressenti. La normalité apparaît alors plus formelle que fonctionnelle.

### **Conformité sexuelle : l'égalité réalisée ?**

La définition androcentrée de la sexualité est de plus en plus remise en cause, alors que la définition des sexes se *phallicise* (Bell, 2005 :135), le clitoris devenant l'équivalent du pénis. Le changement de la perception sociale de ces organes peut être interprétée comme le résultat d'une application à la lettre de l'égalité sexuelle. L'émergence des enquêtes sur la sexualité, dans les sciences sociales, montre des évolutions, parfois lentes mais toujours nettes, des comportements sexuels. La masturbation se banalise parmi les femmes, la sexualité orale devient réciproque, le nombre de partenaires sexuels déclarés par les hommes et les femmes se rapproche. La sexualité d'une population peut se décrire et peut s'observer ; la sexualité n'étant qu'une des activités sociales dont les comportements, les modes, les règles à son intérieur évoluent avec la société.

## **« Je veux faire comme tout le monde » : socialisation des comportements sexuels**

La question de la normalité invoquée par les femmes interviewées fait certes référence à une « normalité visuelle », comme on vient de le voir, mais également à une « normalité sexuelle ». Cette dernière consiste à demander le droit, par le biais d'une conformité corporelle et sexuelle, d'exercer les mêmes pratiques que les femmes non excisées. L'usage du corps, du sexe, dépend de son habilitation formelle et fonctionnelle. Le corps habilité permet d'accéder à un statut égalitaire aux autres femmes en France. Le sexe réparé et le clitoris reconstruit légitime l'exercice de certaines pratiques, comme la masturbation et le sexe oral.

Les femmes – et cela n'est pas une spécificité des femmes excisées - le montrent lorsqu'elles déclarent ne pas pratiquer la masturbation non pas parce qu'elles ne ressentent rien mais par le fait – disent-elles – que « ça sert à rien ». Des phrases comme « c'est le genre de trucs qu'on fait pas... » ou « je ne me vois pas en train de faire ça ! Je trouve ça ridicule en fait ! » affirmées par les femmes interrogées sur la masturbation, montre que cette pratique fait l'objet d'une répression au-delà de l'excision. Le refus s'opère à priori, avant même la constatation de l'échec. Toutes déclarent refuser le cunnilingus à cause de la honte inspirée par leur sexe. Certaines disent préférer ne pas se déshabiller complètement ou éteindre la lumière pendant les rapports sexuels. Et d'un autre côté, celles qui disent ressentir du plaisir sexuel sont souvent accusées, par leurs partenaires, de feindre et de simuler, ce qui insinue chez elles un réel doute quant à leurs sensations. Ainsi, la peur de se voir accusées de feindre, comme si elles pouvaient être démasquées, comme si elles simulaient réellement, constitue un frein à leurs actions. Il semble qu'elles ne puissent pas « ressentir » quoi que ce soit, tant que le droit de ressentir ne leur a pas été accordé. Est-ce que de pareilles situations se sont déjà produites à d'autres époques, lorsque le plaisir sexuel de la femme n'était également pas valorisé, ou en tout cas loin des priorités des relations conjugales ? La composante sociale du plaisir est mise en lumière par les discours des interviewées : le plaisir implique différents éléments (biologiques, physiologiques, culturels) mais également une place, un cadre, un contexte socialement reconnu comme légitime pour s'exprimer.

Si la conformité visuelle est importante pour se voir comme « normales », elle est également nécessaire pour accéder à l'espace social de la sexualité, la normalité visuelle

conférant alors un statut nécessaire pour accéder à cet espace. Une fois admises, les femmes « réparées » se verront accorder les droits sexuels leur permettant de revendiquer le plaisir sexuel à l'égal des autres, notamment des femmes non excisées. Ces femmes sont donc actrices de la définition de leur espace sexuel, elles désirent l'élargir et, avec lui, augmenter le niveau d'engagement dans la relation. Leur démarche n'est pas celle de « pauvres femmes victimes », telles qu'elles sont représentées par les médias. Au contraire, elles sont des entrepreneuses sexuelles : elles revendiquent un statut sexuel qui donne plus de pouvoir et elles entendent l'utiliser dans un espace sexuel plus grand que celui qui leur est destiné. Ces femmes montrent que la conformité visuelle – éventuellement fonctionnelle – leur ouvre des possibilités, des opportunités, et augmente ainsi leurs capacités. La question est donc celle de savoir quelles sont les possibilités, les opportunités, que les femmes excisées et en demande de réparation cherchent à augmenter. On se demande par exemple si elles aspirent à avoir plus de plaisir ou si elles visent à acquérir la reconnaissance du droit au plaisir. On peut se demander également si, à travers la réparation, elles veulent s'assurer un lien fort au sein de leur couple, la sexualité devenant centrale pour la « santé » - et donc la stabilité - de celui-ci. L'analyse des entretiens a montré que ces femmes sont exposées, par leurs partenaires, à une comparaison avec d'autres femmes, qui n'ont pas été excisées. Cette comparaison les fragilise, car elle leur enlève de la « valeur » sur le marché conjugal : les femmes non excisées voient leurs capacités augmenter, et ont de ce fait plus de chance de trouver un partenaire. Il est légitime de se demander si, à travers la réparation, elles cherchent à augmenter la possibilité de trouver un partenaire ou celle de consolider une histoire conjugale. La dimension relationnelle mérite d'être elle aussi interrogée.

La décision d'entreprendre un parcours de réparation et plus précisément de recourir à la chirurgie est, dans la majorité des cas, le fruit d'un projet individuel. Certaines femmes en parlent à leur partenaire. En général, les partenaires se disent « pas opposés » et pensent que ce choix revient à leur compagne. Parfois ils se montrent totalement indifférents. Peut-être ne veulent-ils simplement pas prendre une position sur ce sujet. Il est aussi possible qu'ils se sentent plutôt « inexperts » et « inadéquats » pour s'exprimer sur ce sujet. Les partenaires sont les grands absents par le fait-même qu'ils n'ont pas été interrogés dans le cadre de cette étude. De manière générale, et par rapport à ce que les femmes rapportent, les hommes africains socialisés à l'excision semblent se tenir plus à l'écart que les hommes « occidentaux » dans les projets de réparation de leurs partenaires, alors que leur opinion

sur ce sujet qu'ils connaissent bien, pourrait être considérée comme plus légitime. Au contraire, de leur attitude émerge à la fois le respect d'une sphère à laquelle ils ne semblent pas avoir le droit d'accéder et une acceptation complice, née de la « culpabilité » d'une domination masculine. Quoi qu'il en soit, l'excision – de même que toute autre forme de mutilation génitale – demeure une affaire féminine, touchant bien souvent l'ensemble des femmes (sœurs, mère, grand-mères et partenaires) appartenant aux familles de ces hommes en retrait. Il s'agit d'une tradition intergénérationnelle et transmise sur la base du genre. Les hommes, qui ne peuvent en aucun cas aborder cette pratique avec leurs mères, ont pour unique interlocutrices leurs partenaires. Quant aux femmes, elles doivent rompre avec le genre « féminin » de la génération précédente avant de pouvoir adhérer à un nouveau modèle de féminité. Il apparaît que les femmes engagées dans des parcours de réparation réussissent bien à franchir cette étape.

L'idée de la démarche individuelle (projet pour soi) aide ces femmes à dépasser et à combler le manque de dialogue – et de soutien - de leur famille (parents, frères ou sœurs). Comme pour l'excision, la réparation est un sujet difficilement abordé avec parents. Si le thème de la réparation est discuté, ce sont les femmes qui le soulèvent, la discussion restant toutefois à un niveau très superficiel. Souvent, les femmes interviewées disent n'avoir pas su (ou voulu) expliquer à leur mère en quoi consiste le parcours de réparation. Enfin les femmes engagées dans cette démarche ont élaboré des stratégies de réussite (du projet migratoire, d'émancipation par rapport au milieu d'origine, de capacité à sortir d'un cycle de violences) qui se fondent notamment sur la désignation de l'excision comme « bouc émissaire ». Les problèmes qu'elles ont rencontrés dans leur vie sentimentale (échec de mariage, difficulté à trouver le « bon » partenaire, limitation des choix de partenaires), dans leur vie sexuelle (manque de désir, absence d'orgasmes et de plaisir en général, incapacité à prendre l'initiative dans les rapports sexuels), mais également dans le rapport à soi (manque de confiance, mauvaise image de leur corps, sentiment d'inadéquation) sont dus, selon elles, à l'excision. Les stratégies de réussite analysées ici sont d'ordre sexuel et correspondent à ce que nous avons appelé les capacités sexuelles. C'est par le biais de la sexualité que les femmes excisées souhaitent s'émanciper, et en cela, elles ne sont pas très différentes des femmes non excisées, puisque pour elles aussi la sexualité a une forme multidimensionnelle, à l'intérieur de laquelle se construisent des relations, des liens, des projets.



Historiquement socialisée comme passive, la sexualité féminine, à l'inverse, joue un rôle libérateur dans la construction du soi, dans la réalisation d'un projet personnel d'émancipation et d'indépendance. Elle devient, particulièrement pour les femmes, un terrain aux enjeux multiples leur permettant d'acquérir compétences et pouvoirs. La notion de *capabilité sexuelle* permet dans ce sens d'intégrer à la fois le pouvoir effectif (pratiques sexuelles) et le pouvoir symbolique (droits sexuels) que ces femmes souhaitent acquérir par la réparation.

### **« Je veux être une femme à part entière » : la féminité comme statut juridique**

Les droits sexuels revendiqués sont accessibles grâce à la reconnaissance d'un statut acquis. Ce statut est d'une grande importance juridique puisque – comme le disent les interviewées – il permet de devenir « une femme à part entière ». La personne entière est donc une personne dotée d'un sexe entier, ou du moins une personne sexuée.

Les médecins interprètent la demande des femmes, comme une demande identitaire, puisqu'elles veulent être « comme les autres » et cherchent leur identité de femmes. Pour l'équipe médicale, la réparation devient symbolique car elle ne répare pas exclusivement le corps physique, mais également l'intégrité juridique violée du corps inséré dans un espace politique de la sexualité. Pour le corps médical, ces femmes recherchent leur « féminité », propriété essentielle et constitutive de l'identité. Bien que celle-ci ne soit pourtant guère interrogée, elle fait l'objet d'un consentement unanime au sein du corps médical. Elle existe par elle-même et ne peut être définie, tant elle est évidente. La médecine place cette essence immatérielle dans l'organe récemment découvert et dont la fonction a longtemps été jugée incertaine : le clitoris. L'excision renvoie aux femmes excisées cette idée d'un destin qui les situe dans une catégorie de femme inférieure. Elles rattachent sans cesse leur expérience personnelle et leur questionnement – que d'autres femmes ont au-delà de l'excision – à la spécificité du traumatisme provoqué par la mutilation sexuelle.

Ma cousine m'a dit se sentir inférieure, moins femme que les autres. C'est un sentiment que j'éprouve aussi parfois : je me sens une féminité immature, grossière, primitive et maladroite par rapport aux autres femmes. Mon manque de féminité peut avoir pour origine mon excision, ou ma relation distante avec ma mère, ou une accumulation d'événements dans mon histoire. Depuis le milieu de ma vingtaine, j'éprouve une sorte de complexe à ne pas être féminine. (Blog Papillon, 4 avril 2007)

La médecine considère le clitoris comme symbole de la féminité. La féminité, bien qu'une notion culturellement variable, est reconnue comme un statut juridique (être femme) ; ainsi la réparation clitoridienne devient une réparation juridique. Ce statut nouvellement acquis permet aux femmes excisées et réparées de rentrer de plein-pied dans la sexualité en tant qu'espace social, à l'intérieur duquel elles peuvent enfin bénéficier de droits sexuels. Mais il ne faut pas pour autant s'empresser d'oublier que ces espaces démocratiques de la sexualité, tout comme les droits qui y ont cours, ne se sont pas constitués naturellement. Ces espaces n'existent que parce que des acteurs – des *entrepreneurs de morale* (Becker, 1985) – les désignent, les conquièrent et les légitiment. C'est la reconnaissance sociale, de ces *espaces sexuels* qui permet leur investissement. La mobilisation des féministes est donc centrale dans la conquête des droits et du pouvoir de les exercer. Concernant l'excision, on a essayé de reconstruire et de montrer quels sont les enjeux quant à la possibilité que ces femmes ont d'être réparées. D'un autre côté, les médias rendent accessibles les discours des politiques publiques, permettant aux femmes excisées de se re-appropriier des discours ainsi démocratisés. Si la réparation est devenue envisageable, ou pensable, c'est aussi grâce à la perspective de la « deuxième chance » qui a vu le jour dans l'espace public français, dans les discours annonçant le « début d'une nouvelle vie »<sup>238</sup> ou témoignant d'une « féminité restaurée »<sup>239</sup>. À ce titre, Internet semble occuper une place particulière, notamment à travers les blogs<sup>240</sup> spécifiquement consacrés à ce sujet et permettant mise en commun et partage d'expériences. L'importance des médias est également attestée par les résultats de l'enquête qualitative ExH (Andro et alii, 2009 :73), qui révèle que près de la moitié des femmes (44%) ont eu connaissance de la possibilité d'une chirurgie par ce biais.

\*\*\*

---

<sup>238</sup> Titre d'un article apparu dans la revue de presse féminine : *Glamour*, n°7, Octobre 2004.

<sup>239</sup> Extrait d'un article paru dans le quotidien *Sud Ouest*, 11 décembre 2007.

<sup>240</sup> Par exemple, les blogs *Doctissimo* ; *Bonjour-Docteur* ; *Papillon*.

## **Les femmes excisées, un sujet politique ?**

À la différence du mouvement des personnes handicapées revendiquant leurs droits, les femmes excisées en France ne forment pas un mouvement organisé. Elles ne parlent pas en leur propre nom, et lorsqu'elles apparaissent dans des débats publics, ou sont au centre de discours politiques, c'est plus en tant que « témoins » qu'en tant que « représentantes ». En France, les femmes excisées d'origine migrante de première et de deuxième génération n'ont pas investi la scène publique, mais ont été prises en charge. Comme pour étayer ces dires, le Groupe d'abolition des mutilations féminines est dirigé par des femmes françaises blanches et non excisées. Ce sont elles les porte-parole des femmes excisées, elles qui défendent leur cause, qui parlent à leur place, qui utilisent leurs histoires comme une matière brute qui nécessite élaboration, réflexion et critique. Les femmes africaines y occupent une position secondaire et subalterne. Les femmes noires françaises ne s'assument ou ne se perçoivent pas en tant que catégorie discriminée. Il n'existe pas en France de mouvement similaire au Black Feminism américain. À l'intérieur de la scène publique française, les femmes excisées sont plus souvent des objets de discours qu'elles n'en sont productrices. Les femmes africaines de deuxième génération qui demandent une réparation – mais aussi de première génération comme les données le montrent (chapitre 7) – sont aussi diplômées que les femmes françaises. Pourtant, elles occupent moins souvent des postes de pouvoir. Il n'y a par exemple aucune femme noire dans les deux équipes médicales prises en considération dans le cadre de ce travail. On les retrouve plus souvent du côté des administrés que du côté des administrateurs de la santé.

À l'intérieur du parcours de réparation, l'équipe ne semble pas leur accorder un statut « d'expertes », bien que ce soit elles qui sachent réellement, ou de l'intérieur, ce qu'est une excision. Au contraire, leur expertise et leurs histoires leur sont extirpées et utilisées pour être insérées dans un savant savoir médical, capable de juger la légitimité de leurs demandes. Face au pouvoir médical, ces femmes ne se sentent pas assez légitimes pour prendre la parole en premier, pour éventuellement corriger la représentation traumatique de l'excision qui leur est donnée par le corps médical. Dans le cadre du parcours, ces femmes acceptent d'avouer leur histoire intime devant des équipes médicales curieuses, qui exigent de savoir afin d'être en mesure de juger leurs trajectoires personnelles. Elles acceptent donc de se soumettre à ce processus d'aveu, le choix d'aller voir ailleurs (un autre service, Foldés) peut être parfois coûteux ou difficile à réaliser. Le mouvement des

personnes handicapées s'est constitué dans le but de partager une discrimination sociale communément vécue. Leur rassemblement et leur mobilisation – comme dans d'autres groupes, les homosexuels par exemple – se justifient autant par l'exigence de lutter contre cette discrimination que par celle de revendiquer des droits. Ainsi organisés, ces mouvements qui prennent la forme d'associations ou d'organisations structurées, constituent de véritables lobbies sur la scène publique. Ils ont, dans ce sens, développé des stratégies de libération, notamment grâce au regroupement en organisations de personnes handicapées – qui étaient jusque là dispersées, à la connexion entre des différentes communautés qui permet de se soutenir réciproquement, à la prise de conscience du conditionnement social et au développement d'une conscience positive, à l'abolition de la ségrégation sociale, au contrôle des formes de représentations dans les médias, à l'engagement dans la lutte pour une économie sociale plus juste, à l'encouragement et au soutien dans la formation des personnes handicapées (Shakespeare, 2002).

Quelles sont donc les raisons pour lesquelles les femmes noires excisées et issues de la migration se sentent illégitimes pour investir l'espace politique en tant que sujets ? S'il est indéniable que la discrimination raciale représente une part de la réponse, il est également opportun de se demander si elles se reconnaissent effectivement dans ce statut de « femmes excisées ». L'enquête montre que pour beaucoup d'entre-elles, la découverte de l'excision est très tardive et bouleversante. Leur identité ne semble pas être construite en fonction de la catégorie des « femmes noires excisées ». Au contraire, il semble que leur image de soi, construite selon un modèle dominant de la femme française, soit tout à coup mise en danger – et cela est d'autant plus évident pour les femmes de deuxième génération ayant été entièrement socialisées en France – lors de la découverte de leur excision. Les femmes interviewées ne désirent pas se construire à l'intérieur de cette étiquette sociale, raison pour laquelle elles ne forment pas une identité collective. La découverte de leur excision leur « tombe dessus ». Elles cherchent rapidement à se défaire de cette étiquette qui les fige, qui les stigmatise et qu'elles espèrent transitoire et réparable.

Mon excision, je n'en ai parlé encore à personne car j'ai trop honte et je ne veux pas qu'on me voit comme une "vulgaire" victime. (commentaire Blog Papillon)

J'ai peur de ne plus avoir le même statut à leurs yeux. J'ai peur d'être cataloguée VICTIME (majuscule de l'auteur) alors que je suis bien plus que cela. (Papillon)

Les femmes noires et excisées ne peuvent investir l'espace public, ne peuvent parler par elles-mêmes, à cause d'une hiérarchie raciale qui se doit d'être assurée. C'est donc en ce sens, et à la lumière de ces éléments, que doit être comprise la demande de réparation. « Être comme les autres » signifie qu'elles espèrent faire partie d'une catégorie de citoyenneté supérieure. Pourquoi sinon ne pas se comparer à d'autres femmes noires non excisées ? Dans leurs entretiens, elles se réfèrent à leurs amies françaises, avec qui elles établissent une comparaison. Dans le cadre des consultations, elles se retrouvent à répéter le fait qu'elles aspirent à cette égalité, le corps médical leur demandant sans cesse de justifier leur réel désir de réparation. Si d'une part la médecine apporte la réparation recherchée par les femmes noires excisées, de l'autre côté le corps médical demande à cette catégorie spécifique de patientes de justifier leur demande de soin ; l'excision cliniquement constatée ne suffit pas à fonder la raison de la demande.

Force est de constater que le corps médical attend de ces femmes une reconnaissance de la supériorité sexuelle des femmes non excisées, puisque l'argument « je veux être comme les autres » est accepté. La notion de normalité, mais également la notion de féminité, s'élabore donc au sein de cette catégorie de personnes, qui deviennent modèles universels. Le fait que « l'inventeur » de la technique chirurgicale soit un médecin homme, blanc et Français peut être expliqué sociologiquement. La disponibilité d'un capital social, culturel et symbolique dominant tout comme les conditions pour les exercer y joue un rôle. Le fait que ce même chirurgien s'affiche comme le « médecin qui répare les femmes », qu'il se soit mis en scène comme « le docteur qui sauve les femmes » d'une domination masculine, est encore autre chose. Il s'agit d'un geste visant à rétablir un ordre culturel et racial qui repositionne ces populations comme des dominées qui, d'une part doivent être pris en charge et réparées, d'autre part éduquées, civilisées. La racialisation de la sexualité des autres se réactualise à travers la construction médiatique de la médecine blanche qui normalise et répare les populations noires.

La psychologisation du problème de l'excision s'inscrit dans le registre traumatique dont l'histoire individuelle doit être dite, l'équipe exigeant que les femmes excisées produisent ce récit. La production de ce dernier vient confirmer l'expérience collective de l'excision et ainsi légitimer le registre du traumatisme. L'ethnographie (chapitre 6) a montré que l'équipe exerce un rôle d'éducation en matière sexuelle et tout particulièrement au sein du Service B. Un engagement politique visant à « libérer » la parole des femmes, fait

que l'équipe se sent légitime pour orienter moralement les femmes excisées vers ce qui est bien, ce qui est la bonne sexualité.

Chirurgienne M (Service B) : La première étape consiste à expliquer le fonctionnement du clitoris, donner un descriptif. Aux femmes soutenant n'avoir « plus rien », le médecin explique qu'on leur a enlevé seulement un petit bout, mais que la plupart du clitoris est là.

Sexologue T (Service B) : on a bien lui expliquer les dynamiques du plaisir. Elle a l'air d'écouter, c'est ça qui est intéressant, mais je ne sais pas ce qu'elle applique.

Sexologue T (Service B) : La définition du plaisir elle ne sait pas ce que c'est finalement.

L'idée de réparation se fonde pour l'équipe sur une libération de la parole. Les femmes trouvent à l'intérieur du parcours de réparation une place, une possibilité d'être écoutée. Les professionnels engagés dans le Service B – et ce au de-là de leur spécialité – deviennent les « libérateurs » des diverses formes d'oppression dont ces femmes sont prisonnières.

Sexologue T (service B) : et qui devrait parler sinon ? Ce n'est pas nous l'agresseur ! C'est comme la question du viol, on leur enlève la honte en libérant la parole.

Les femmes excisées de leur côté, du moins celles qui correspondent à la figure des femmes « mûres », adhèrent à la logique de la réparation par la parole, ce qui acquiert la forme thérapeutique de guérir et libérer à la fois.

La période où je parlais beaucoup avec mes amis, je me suis déjà pas mal libérée, j'étais déjà assez libre, par rapport à mon corps, mais j'avais encore ce complexe. Et après, il y a eu l'opération où là je me suis faite complètement libérer. [Maïmouna, 32 ans, fille de migrants, directrice d'un centre de loisirs]

Derrière le projet de réparation, il y a donc un idéal d'émancipation, un modèle auquel les femmes excisées aspirent. L'idée de libération exprime pour les femmes impliquées dans la démarche une sortie d'un monde cloisonné et limité pour élargir leur capacités d'action. Pour les professionnelles de la santé qui sont également des féministes engagées, il s'agit d'une forme de re-éducation, qui libère les femmes excisées des croyances dépassées, des « tabous » liées à la culture de l'excision. Si les logiques parfois se recoupent, du moins dans l'aspiration à l'égalité, les enjeux (la solidarité pour les uns, la citoyenneté pour les autres) comme les rôles et les pouvoirs diffèrent profondément. Le corps médical a cette

autorité qui lui est reconnue par les femmes excisées de « libérer », de produire des effets par la seule parole.

« Vous n’êtes désormais plus une femme excisée ». Elle m’a fait monter les larmes aux yeux, cette phrase. Je considérais que je n’étais plus excisée depuis ma sortie de la salle d’opération mais l’entendre, là, de sa bouche à lui, ça m’a vraiment touchée. C’est comme s’il me libérait de quelque chose. Comme s’il m’absolvait. (Blog Papillon, 5 juillet 2007)

Si le principe revendiqué par les femmes interviewées est celui de l’égalité, de l’égalité des opportunités, celle-ci semble surtout se réaliser à travers leur parcours de réparation. Certes, l’engagement dans ce parcours a un prix qu’il faut être prêt à payer, mais les femmes engagées dans ce parcours sont prêtes à le faire. Et si la hiérarchie raciale existe toujours, cette dernière semble pourtant se transformer et devenir plus « perméable ». Les capacités sexuelles deviennent une monnaie d’échange pour s’acheter – ou racheter – un statut social plus élevé. Si individuellement la réparation permet aux femmes d’accéder à un statut de normalité, elle ouvre également un espace politique à une population historiquement dominée.

La logique mise en œuvre par les femmes excisées formulant une demande de chirurgie réparatrice montre que ces dernières ne sont passives dans ce processus. À l’inverse d’une image trop souvent véhiculée par les médias, celle qui voudrait ces femmes comme des victimes qu’il faut assister, les femmes excisées élaborent des stratégies et réassignent à cette chirurgie une place politique dans leur vie. La reconstruction du clitoris, la réparation de la sexualité, est pour elles le moyen de réaliser l’égalité sexuelle avec les femmes de la population majoritaire.

## ***Chapitre 11/ Logiques médicales : la médecine émotionnelle***

---

Les stratégies développées par les femmes engagées dans un processus de réparation ont été problématisées en termes de capacités. La capacité implique la présence d'une capacité ainsi que les conditions pour la réaliser. Les capacités sexuelles, comme on l'a démontré, comprennent une série de qualités, ou compétences, que les femmes en demande d'une chirurgie de réparation doivent démontrer à l'équipe médicale, afin d'être admises dans le processus de reconstruction, qui a la fonction de réhabiliter à la fois le corps (au niveau chirurgical) et le « soi » (au niveau thérapeutique). Ces capacités sexuelles se définissent d'une part par le fait que le langage du droit intègre le champ du sexuel, d'autre part par le fait que des nouvelles normes sexuelles apparaissent, concernant l'engagement dans les relations sexuelles et l'égalité comme normalité visuelle et conformité des comportements sexuels.

Ce chapitre s'intéresse aux logiques médicales et à la manière dont elles prennent part à l'élaboration d'un protocole complexe, dont l'objectif est d'appuyer l'approche chirurgicale. L'ethnographie en milieu hospitalier et l'analyse des dossiers médicaux montrent que le paradigme biomédical n'est pas appliqué systématiquement à l'intérieur du parcours de réparation, la chirurgie étant considérée comme un « dernier recours » dans le Service B. Dans la réparation de l'excision, un nouveau paradigme apparaît ; la question de la réparation se déplace sur un terrain politique de régulation de la justice, où la médecine devient un des interlocuteurs principaux des femmes excisées.

La clinique contemporaine fait place aux émotions, et attend du patient la production d'un discours sur lui-même ainsi que sur sa perception de sa propre maladie ou handicap. Autrement dit, nous entrons dans une époque de subjectivité de la santé, où celle-ci se développe à l'intérieur de cadres administratifs précis. Ces cadres sont eux-mêmes construits par des acteurs (les professionnels de la santé) qui, comme on l'a vu précédemment (chapitre 6), ont des trajectoires professionnelles et militantes complexes, ainsi que des cheminements personnels en relation directe avec leur investissement au travail. La sexualité se situe à l'intersection du biopolitique et de l'économique, où la complexité, voire la contradiction des forces en jeu relève de ce que le social est toujours le



produit d'actions et de logiques humaines. Si d'une part la biomédicalisation de la sexualité est issue de la volonté de normaliser le corps des femmes, d'autre part, le désir de féministes professionnelles de libérer ces femmes, tout comme la volonté étatique de réparer d'anciens crimes, produits ou tout au moins tolérés il n'y a encore pas si longtemps, y contribuent également. Si d'une part le processus de réparation implique un engagement total des femmes de par leur corps et de leurs trajectoires personnelles, d'autre part, un savoir-pouvoir complexe, puisque constitué à la fois de pitié humanitaire et d'émancipation politico-sexuelle, entend s'acquitter de sa dette par la réparation d'une population autrefois abusée.

### **La fin du paradigme du « corps vérité »**

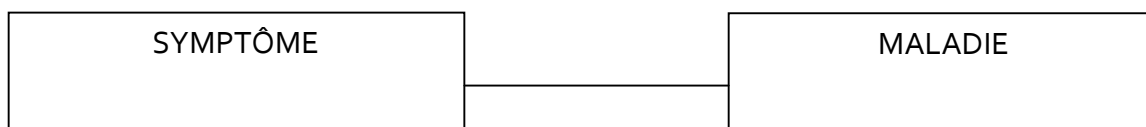
« Nous ne faisons pas de la médecine vétérinaire »  
Médecin, gynécologue, 2011

Si l'on ne peut pas réellement parler de la fin du paradigme foucauldien « savoir-pouvoir », il mérite néanmoins d'être mis à jour lorsqu'une pluralité de pouvoirs se trouve à l'intersection d'un même champ sémantique. Le discours sur le sexuel engage tout à la fois la biologie (biomédecine), les émotions (psychologie), les pratiques (sexologie), le juridique (droits), le politique (mobilisations) et le contexte d'une époque spécifique (histoire). Chaque discipline revendique un savoir spécifique, établi selon l'angle sous lequel la sexualité est abordée. Ainsi, les équipes pluridisciplinaires, résultat de l'association de cette pluralité des savoirs, empêchent l'aliénation du corps par un seul savoir, dominant et contrôlant. Cette pluralité démocratique fragilise le corps en le rendant humain, concret, unique. L'évaluation faite au « cas par cas » implique la production répétée d'une même histoire, uniquement renouvelée par les récits personnels et subjectifs des patientes expertisées. On peut se demander pourquoi le corps médical exige cette production discursive avant d'intervenir sur le corps.

Faire un retour sur l'histoire dépeinte par Foucault de la naissance de la clinique et la transformation du paradigme médical (Foucault, 2007[1963]), permet de mettre en évidence l'évolution de ce paradigme ainsi que les changements à l'œuvre dans le cas des consultations pré-opératoires. La naissance de l'hôpital se conçoit comme un « lieu artificiel » qui reconfigure le sens de la maladie. Autrefois appréhendée par les mots du

malade et ceux de ses proches, qui participaient inévitablement à ce drame humain, la maladie, de par son déplacement à l'hôpital, est isolée et transplantée, perdant ainsi « son visage essentiel, son lieu naturel étant le lieu naturel de la vie, la famille » (Foucault, 2007[1963] : 15-16). En ce sens, le paradigme appliqué dans le raisonnement médical avant la naissance de la clinique s'explique d'abord par la manifestation subjective de la maladie, puis par la reconnaissance de celle-ci par le biais de l'écoute (paradigme A). Une personne était reconnue et déclarée malade à partir du moment où elle se définissait et se reconnaissait elle-même comme telle, personne n'ayant l'autorité de contester cette « vérité » interne et subjective. Le seul symptôme légitimait dans ce sens l'existence de la maladie. De ce fait, la médecine peut être originellement considérée comme un art, une activité visant à soulager la souffrance : « avant d'être un savoir, la clinique était un rapport universel de l'humanité à elle-même » (Foucault, 2007[1963] :54). Dans le cas de l'excision, ce paradigme n'est jamais appliqué, car les signes visibles de la blessure occasionnée par la mutilation sont recherchés systématiquement.

#### Paradigme A



Le paradigme utilisé dans le raisonnement médical change avec l'introduction des hôpitaux, lieux spécifiquement dédiés à la prise en charge des malades et à l'isolement de la maladie. La classification devient une des activités principales du raisonnement médical, dont « l'acte fondamental de la connaissance médicale était d'établir un repérage : situer un symptôme dans une maladie, une maladie dans un ensemble spécifique, et orienter celui-ci à l'intérieur du plan général du monde pathologique » (Foucault, 2007[1963] :29). À l'intérieur de l'hôpital, le propre de la connaissance médicale, n'est pas la relation du médecin au malade, ni même la confrontation d'un savoir avec une perception : « c'est le croisement systématique de plusieurs séries d'informations homogènes les unes et les autres, mais étrangères les unes les autres – plusieurs séries qui enveloppent un ensemble infini d'événements séparés, mais dont le recoupement fait surgir, dans sa dépendance isolable, le fait individuel ». (Foucault, 2007[1963] : 29-30). À partir du XIX ème siècle, un

glissement s'opère dans la tâche du médecin qui, pour Foucault, devient politique : la médecine construit son savoir sur la base d'un type de fonctionnement ou de structure organique définissant la règle, la norme. Le rapport au corps et à son fonctionnement est de plus en plus généralement appréhendé sous l'angle de la normalité plutôt que de la santé.

La médecine détient alors un savoir autre que les techniques de guérison. Il s'agit d'un savoir sur « l'homme en santé, c'est-à-dire à la fois une expérience de l'homme non-malade et une définition de l'homme modèle » (Foucault, 2007[1963] :35). Dans cette mission, le rôle du médecin comme le paradigme utilisé dans son raisonnement acquièrent une nouvelle valeur (paradigme B), fondant ainsi les bases de la biomédecine. Le médecin a la nouvelle tâche de diffuser et de faire appliquer des normes de conduite, censées orienter l'individu vers une vie saine, vécue au sein de la société. En contrepartie, lorsqu'il y a « maladie », celle-ci doit impérativement être isolée de la vie sociale. L'hôpital permet au regard clinique d'observer le corps « dans sa vérité propre » : « le regard clinique a cette paradoxale propriété d'entendre un langage au moment où il perçoit un spectacle » (Foucault, 2007[1963] :108). Avec la naissance de la clinique, le corps est « regardé » et objectivé grâce à l'observation médicale, qui doit y reconnaître les signes de la maladie. L'exigence de l'isolement, l'éloignement de tout ce qui est « social » se justifie par la nécessité d'observer objectivement, sans distraction, projections, ni explications profanes. La pensée médicale crée des classes, des catégories de maladies. Autrement dit, elle développe une nosologie médicale du *pathologique*, qui se dessine en regard d'une normalité prédéfinie et circonscrite. Cette classification qui délimite précisément le pathologique, permet également de confirmer la norme du comportement normal. Désormais, le symptôme manifesté (*disease*) doit être validé par le diagnostic médical, dont l'objectif est de confirmer l'existence d'une maladie (*illness*). Ni l'expérience ni les plaintes du patient ne suffisent : il peut y avoir des plaintes (douleurs) sans qu'aucune maladie ne soit diagnostiquée (par faute de signes). Dans ce paradigme, la médecine exproprie le patient-e de sa propre expérience de la maladie. Le symptôme n'est pas suffisant à prouver l'existence de cette dernière. Dans le cas de l'excision, ce paradigme est appliqué lorsqu'une femme excisée s'adresse à l'hôpital en se plaignant d'une douleur ou d'un problème. L'examen clinique constatant son excision détermine alors que le problème de cette patiente est lié à son excision et cela au-delà de ce que la patiente elle-même pense ou exprime. Le signe explique le symptôme que la patiente ne saurait formuler qu'en

termes de douleur. Le sens que la patiente elle-même peut donner à sa douleur n'est pas pris en compte. Dans le cas de l'excision, ce paradigme se réalise lorsque la femme se plaint de son excision et le médecin sollicité la soigne pour cela. C'est le cas de l'expérience humanitaire de Foldès, qui, sollicité par les femmes excisées en Afrique, commence à soigner les fistules occasionnées par l'excision elle-même. Initialement Foldès n'y voit pas une injustice, mais une souffrance causée par une « opération » sur laquelle il a peu de connaissance et ne demande pas d'explications.

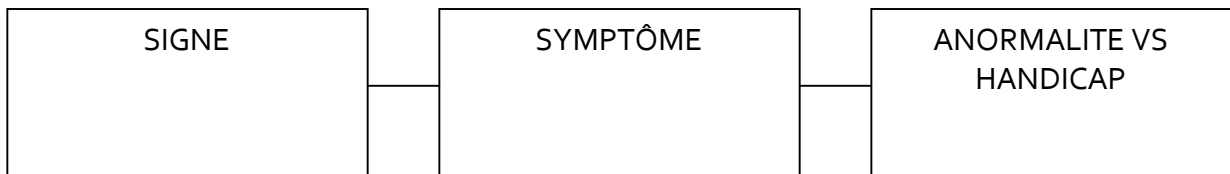
### Paradigme B



Dans le cas de l'excision, le paradigme médical contemporain est inversé (paradigme C). Pour accéder à une chirurgie du clitoris, la seule réalité visuelle du corps qui se laisse observer « muet » et privé de tout savoir n'est plus suffisante. Si Foldès reste ancré dans le Paradigme B et opère après une seule consultation gynécologique lors de laquelle il constate l'excision à travers l'examen clinique, le raisonnement développé par les équipes pluridisciplinaires est différent. À travers l'élaboration d'un parcours qui se fonde exclusivement sur une activité discursive, les spécialistes veulent que, et nonobstant la présence des signes, le symptôme soit clairement verbalisé. Bien que l'excision plus au moins profonde du clitoris ainsi que celle, lorsqu'il y a lieu, des petites lèvres, soient cliniquement constatées dès la première consultation, cette constatation ne suffit pas pour autant à légitimer une demande de réparation. Le corps médical veut réparer un « corps qui parle », un corps capable de raconter ce qui lui est arrivé, de parler de cette expérience par la production d'un récit – qui se doit d'être traumatique - et d'exprimer de manière rationnelle les émotions qui y sont rattachées. La clinique contemporaine de la chirurgie réparatrice se situe dans ce troisième schéma, qui implique la validité, et la validation, de la demande du patient par une formulation claire de celle-ci. Dans le cas de l'excision, le signe corporel, visible et objectif, ne suffit plus à poser le diagnostic. C'est par l'expérience subjective de la femme, reformulée en termes de traumatisme, que la violence subie est

qualifiée de crime, et est ainsi reconnue comme un handicap. La patiente doit démontrer que l'événement survenu a changé le rapport de cette dernière à son corps, à sa santé, à sa sexualité : l'excision devient ainsi un handicap.

### Paradigme C



L'équipe pluridisciplinaire montre dans sa manière d'opérer, une sortie du modèle biomédical, représenté par le paradigme B. Dans le paradigme C, le patient devient un sujet qui participe au processus administratif de la santé. Ici, il n'y a pas de vérité ontologique que le corps médical pourrait constater ou détenir. Au contraire, il y a une expérience subjective de la sexualité qui doit être écoutée, interrogée, évaluée, et enfin corrigée, réparée. Dans les cas où les demandes de changement de sexe sont formulées par des intersexes ou des transsexuels, elles sont interprétées par le corps médical comme l'exigence d'un ajustement corporel médical, qui reconnaît une pathologie identitaire de dissociation entre genre et corps sexué.<sup>241</sup> Le genre n'arrive pas à s'identifier à son corps, et l'intervention médicale permet de rétablir cette corrélation « naturelle ».<sup>242</sup> Les transsexuels doivent justifier leurs demandes qui relève pour la médecine d'un dysfonctionnement biologique ; la justification sert à traduire l'identité transsexuelle dans une entité de la nosographie psychiatrique. Or, dans le cas des femmes excisées, le corps

---

<sup>241</sup> Il y a une vaste littérature médicale qui étudie la transexualité (et l'intersexualité) sous l'angle de la pathologie et de la nécessité de la réassignation sexuelle chirurgicale. À titre d'exemple : A. Michel, J.-L. Pedinielli « Demandes de transformations corporelles esthétiques et/ou sexuelles par la chirurgie : proximités et différences » *Pratiques psychologiques* 14 (2008) 137-146 Parola et alii « Étude de la qualité de vie chez des transsexuels après réassignation sexuelle » *Sexologies* (2010) 19, 58-63 M.H.H. Sohn, K. Exner « Chirurgie de réassignation sexuelle pour les transsexuels » *Sexologies* (2008) 17, 283-290 M. Revol, J.-M. Servant, P. Banzet « Prise en charge chirurgicale des transsexuels masculins : évaluation rétrospective d'une expérience de dix ans » *Annales de chirurgie plastique esthétique* 51 (2006) 499-511

<sup>242</sup> L'idée d'une naturalité, et d'une normalité biologique, affirmée dans la science médicale sert notamment à justifier et faire exister – par opposition – le pathologique. À titre d'exemple, concernant l'approche médicale relatif au genre, je me réfère à ces études : M.-L. Bourgeois « La différenciation des sexes et des genres. 1. Aspects biologiques » *Annales Médico-Psychologiques* 166 (2008) 755-769 C. Chiland, « La problématique de l'identité sexuelle » *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 56 (2008) 328-334 Navelet C, Gastambide A. « Réflexion sur la captation des transsexuels par l'image », *Psychiatr* 1999;64:309-22.

médical considère que leurs motivations doivent non seulement faire l'objet d'une enquête, mais également qu'elles constituent un élément central dans la réussite de la réparation elle-même. Lorsque les motivations et les arguments amenés se formulent en termes de « demande identitaire » ou de « demande symbolique », l'équipe médicale considère ces demandes comme valides, voire supérieures.

Dans ce sens, le savoir médical, tel qu'il s'élabore dans sa phase embryonnaire, n'est pas dogmatique. Les points de vue des membres des différentes disciplines sont discutés et harmonisés. Bien que la sexologie occupe une place importante dans les négociations, la formulation du discours, quant à elle, relève du langage psychologique. Par exemple, même si le chirurgien considère que l'opération « ne change pas anatomiquement » l'organe génital, il s'aligne sur ses collègues. Les experts insistent : il s'agit d'une opération symbolique. Dans le Service B particulièrement, la santé est considérée comme un espace en continuum avec le social. Cette équipe invite des personnes qui n'ont pourtant aucune légitimité médicale (une réalisatrice, une médiatrice, une directrice de maison des femmes) à s'exprimer sur le sujet ; pourtant ces « invité-e-s externes » apportent aux yeux de l'équipe des éléments importants pour la réparation. Au sein de deux équipes, on parle de « réparation » et non pas de « réhabilitation », ce qui signifie qu'acte et sens sont entrelacés. Foldès, animé par des d'ordre humanitaire, voire spirituel (encadré 3.3), mobilise aussi le paradigme C dans son intervention. Bien qu'en dehors d'un véritable parcours, Foldès demande également aux femmes excisées formulant une demande de reconstruction chirurgicale d'avouer la souffrance qu'elles ont endurée, de dénoncer la violence subie.

Au sein du paradigme C, il n'est plus nécessaire de manifester le symptôme pour être considéré comme malade ou « à risque ». Le signe devient la norme qui est incorporée par l'individu, et qui régule son comportement face à cette dernière, en venant établir la règle et marquer le seuil du pathologique. Suite à la problématisation de la normalité et à la surveillance médicale (Armstrong, 1995 :393), tous les individus sont impliqués dans l'éventualité du devenir « malade ». La clinique contemporaine anticipe la maladie, ou toute forme de « déviance », grâce à un travail prophylactique, basé sur une politique préventive. Dans la sexualité également, l'individu devient un potentiel « dysfonctionnant sexuel » (Bejin, 1990) que la sexologie est censée recadrer. Le patient peut légitimement consulter avant même que le symptôme (de la maladie) se manifeste. Il est désormais suffisant qu'il juge que sa situation s'écarte de la normalité et risque de devenir pathologique. À travers la

médicalisation de la société (Pinell, 1998), le paradigme C se banalise dans un raisonnement médical de sens commun, le patient devient le « médecin de son corps » (Andrieu, 1999). Le patient, en tant que sujet pleinement actif dans l'administration de sa santé, est un individu formé, préparé, qui a incorporé les standards de la normalité, et qui sait distinguer un comportement « normal » d'un comportement « à risque », voire d'un comportement « pathologique ». La *préoccupation de soi* est un sentiment légitime, moralement approuvé et encouragé dans l'espace politique de la santé. Si cet espace se démocratise, notamment par l'accès aux informations et aux sources concernant le savoir médical, l'individu n'a plus l'alibi de l'ignorance. Il est censé savoir (comment faire) et pouvoir (prévenir, adopter le bon comportement).

Le savoir se dogmatise au fur et à mesure qu'il s'institutionnalise à travers la clinique. La répétition des histoires reformulées en cas cliniques ainsi que les résultats des opérations chirurgicales observées, valident l'intervention pluridisciplinaire. Dans le cas de la réparation clitoridienne, il n'est pas simplement question de réparer un corps ou un organe. Le genre est également concerné, la médecine le considérant comme une « essence identitaire ». En effet, le corps médical matérialise le genre dans le corps individuel et dans ses signes extérieurs, ce qui permet de le figer dans une catégorie identitaire et sexuelle. Dans le cas de la réparation, du corps et de la sexualité, ces éléments se croisent pour décrire la logique médicale ici illustrée.

Le corps médical a besoin d'avoir un « corps parlant » producteur d'un discours, qui plus est, un discours d'ordre émotionnel. Cette reformulation de l'expérience de l'excision ou de sa découverte en un récit traumatique, implique un accès, une maîtrise et un usage du matériel émotionnel. Ces attentes envers les femmes en demande de réparation permettent notamment l'évaluation de leurs capacités rhétoriques ainsi que de leurs performances discursives. Le corps blessé prend alors vie. Il devient sujet politique et dénonce un crime, en exposant le traumatisme qui demande que justice soit faite. Soumise à une évaluation, la demande de réparation clitoridienne peut possiblement être satisfaite lorsque validée par des preuves langagières. Le langage des émotions, c'est-à-dire la capacité communicative de ces femmes, constitue l'apparition de ce qu'on peut appeler une *médecine émotionnelle*.

## Clinique contemporaine et naissance d'une médecine émotionnelle

L'institutionnalisation de normes nouvelles en matière de sexualité (engagement et égalité sexuelle) et l'injonction ancienne de la maîtrise de soi font apparaître, au sein de la médecine, des nouvelles formes de contrôle du plaisir. Si le biopouvoir foucauldien est d'actualité, il est utile de remarquer que ses producteurs actuels sont ses détracteurs d'autrefois. La gouvernance de soi est notamment le produit d'une responsabilité déléguée et d'un contrôle de l'autorité incorporée qui fait de nous les responsables (et les coupables) de notre état de santé. Par ce basculement de la gouvernance des corps à la gouvernance de soi, le sujet est placé au centre du système. L'histoire subjective et le sujet parlant sont donc les acteurs principaux dans l'arène politique de la santé et de la sexualité, ce binôme (santé et sexualité) devenant évident lorsque la sexualité est traitée dans un espace médicalisé. On peut se demander si l'on peut parler de *biomédecinisation* de la sexualité dans le cas de la chirurgie du clitoris.

La médicalisation est définie comme le processus par lequel les aspects de la vie qui se déroulaient autrefois en dehors de la juridiction médicale y sont désormais placés et considérés comme problèmes médicaux (Zola, 1972, Conrad 1992, Renaud, 1995, Clarke et Olesen, 1999). À l'époque contemporaine, définie comme ère « technoscientifique » (Latour, 1987), les recherches en sciences sociales portant sur la médecine problématisent l'intervention médicale et les technosciences en termes de « biomédicalisation ». Ce terme fait référence à l'approche contemporaine de la biomédecine, dont l'intervention est moléculaire, chimique ou génétique. La biomédicalisation est définie comme « le processus de médicalisation adoptant de nouvelles formes sociales d'intervention, notamment en recourant aux technologies scientifiques biomédicales » (Clarke, Mamo, Fishman, Shim, Fosket, 2003 :162). La biomédicalisation implique alors, non seulement la reformulation d'un problème en termes médicaux (médicalisation), mais également le traitement de celui-ci (chirurgie, traitement chimique) afin de *normaliser* les conditions (Crawford, 1985, Armstrong, 1995). Dans ces circonstances, la chirurgie du clitoris ne peut être considérée comme une biomédicalisation de la sexualité, puisqu'il est admis qu'elle n'a pas, à elle seule, le pouvoir de rétablir chez les femmes excisées l'état de « normalité » de la sexualité. Toutefois, la biomédicalisation peut également être interprétée comme une extension de la biomédecine à la vie de tous les jours, et donc être transférée en dehors de l'hôpital. Donc, si elle prévoit un traitement biomédical et une normalisation technologique des problèmes



autrefois jugés d'une nature autre que médicale, elle se traduit également par de nouvelles formes de « technologie du soi » (Foucault, 1984 :16-17). Ces innovations thérapeutiques et ces interventions biomédicales ne sont plus uniquement administrées par le corps médical, mais aussi auto-administrées grâce à la *gouvernance de soi*, directement appliquée par les individus eux-mêmes. (Foucault, 1988 ; Rose, 1996). Dans le cas des femmes excisées, l'introspection, l'analyse et la construction d'un récit qui élabore et communique un soi cohérent et apte à la chirurgie peuvent être considérées comme une forme de gouvernance de soi et de biomédicalisation de la réparation. Ainsi cette maîtrise de soi ressemble étrangement aux revendications des féministes sur la gestion de son corps et de son sexe, ainsi qu'à leur volonté de produire un discours sur soi, une indépendance dans l'exercice du contrôle de soi-même. L'extension de la « juridiction médicale » dans la vie de tous les jours a provoqué le phénomène qu'on peut nommer *management de soi*, où le bilan de santé (comme de la sexualité) et l'administration des soins constituent une responsabilité morale et économique individuelle. Cette activité de *management de soi* est une compétence qu'il faut apprendre, notamment grâce à la possibilité démocratique d'accéder aux sources et aux informations du savoir médical (sites Internet spécialisé sur la santé, et sur la sexualité), l'autocontrôle (self surveillance), la prévention, l'établissement des facteurs de risques, le traitement du risque, et la consommation de produits et de services d'une médecine auto-administrée. L'apparition du sujet émotionnel et du *management de soi* assujettissent l'individu à une nouvelle gouvernance, où se connaître, maîtriser son corps et réaliser ses désirs deviennent des obligations, l'auto affirmation, l'autonomie, l'autoproduction du discours, être un sujet parlant producteur de sa propre vérité sont une injonction, une preuve de maturité. Les revendications féministes concernant le droit de contrôler son propre corps et sa propre sexualité ont dans ce sens favorisé des nouvelles formes d'assujettissement, le sujet désormais obligé à exercer un travail sur soi (Foucault, 1984 :112) et un travail sur son propre corps (Blood, 2005). Devenir « sujet de son corps » signifie aujourd'hui s'approprier des biotechnologies aptes à modifier l'état et la nature de son corps afin de le faire correspondre à l'ordre de ses désirs (Andrieu, 2004 :14).

Les pratiques de la biomédicalisation s'orientent vers une « médecine du désir » (Tain, 2005 :18), où l'aspiration à la normalisation, tout comme à la rationalisation par l'homogénéité et la conformité (visuelle, sexuelle, chapitre 10) sont les principes régulateurs. Comme on l'a vu, dans la biomédicalisation, l'intervention médicale bascule du

traitement du corps au traitement du comportement. La normalisation passe donc par la modification d'un style de vie qui, pour les femmes engagées dans le processus de reconstruction, implique une modification des pratiques sexuelles (plus égalitaires) et des relations de couple dues à l'émancipation par la parole, à la production d'un discours à soi et sur soi et à l'affirmation de soi et de ses propres désirs. L'apparition des « identités technoscientifiques » (Foucault, 1984 :16-17) soutient l'idée de la possibilité de pouvoir « transformer » son corps, sa santé, sa sexualité et enfin son soi, par les techniques biomédicales. Ces nouvelles « identités » sont produites par l'application des sciences et des technologies, soit sur le corps directement, soit sur son image, soit sur son histoire. Les « femmes réparées » sont alors les produits de la technoscience et de la biomédecine.

D'un côté, l'application technoscientifique permet notamment d'acquérir l'identité sociale désirée (femme normale, femme à part entière), et de l'autre côté, l'approche biomédicale de la sexualité introduit notamment la norme de la performance, associée à la pratique du *management d'un soi* sain et sexuellement actif. C'est ainsi que l'on peut attribuer à la biomédicalisation du traitement de l'excision, la création de la catégorie du handicap, puisque jusqu'ici, l'excision était uniquement pensée dans les termes juridiques du crime et de la violence.

### **Le travail émotionnel des acteurs**

Puisque certains auteurs se sont intéressés au travail émotionnel, auquel plusieurs catégories professionnelles sont soumises – comme les "care providers" (Hochschild, 1983, 2003) ou les « nounous africaines » (Ibos, 2008) les travailleurs du sexe (Brewis et Linstead, 2000, Kempadoo et Doezema, 1999, Chapkis, 1997) ou les actrices du porno (Trachman, 2011), on se propose de développer une sociologie qui s'intéresse au travail émotionnel à l'intérieur de la catégorie des consommateurs (Fareen Parvez, 2006, Voros, 2012). Les femmes excisées, faisant partie de la *clientèle hospitalière*, exercent elles aussi un travail émotionnel lorsqu'elles exposent leur intimité.

La pratique du « travail sur soi » constitue un changement social qui investit l'individu et le rapport qu'il entretient avec soi-même. Cette pratique apparaît au début du XIX<sup>ème</sup> siècle en parallèle à d'autres grandes transformations sociales et économiques (Boltanski et Chiapello, 1999). La culture industrielle d'abord, et ensuite la culture de l'entreprise et du

management, favorisent la diffusion d'idées psychologiques et la production de guides pratiques dans la sphère du travail. Parallèlement, les revendications féministes, et notamment la demande de reconnaissance du travail domestique, du *care*, autrement dit la politisation des problématiques privées, légitiment une ingérence dans la sphère de l'intime. L'émergence du discours de management à l'intérieur de la société capitaliste, l'institutionnalisation du discours thérapeutique et l'affirmation du discours féministe influencent ensemble la conception et la régularisation des espaces intimes. Ces discours ont fourni les arguments et les méthodes qui ont chassé les sentiments hors du royaume de la vie intérieure et les ont placé au centre d'un « moi » socialisé au modèle culturel dominant de la communication (Illouz, 2006). Les idées issues de la psychologie selon lesquelles chaque individu a une tendance innée à la réalisation de soi<sup>243</sup> et une motivation à réaliser ses capacités, se retrouvent dans l'approche adoptée par les deux équipes médicales.

Les relations intimes s'insèrent ainsi dans un processus de rationalisation, ce qui constitue un terrain favorable pour sa régulation médicale. La rationalisation des valeurs consiste à faire correspondre les objectifs personnels à des valeurs préétablies, ces dernières définies bien souvent par des logiques économiques. Les coûts et les bénéfices sont des éléments désormais invoqués pour effectuer des choix personnels (mise en couple, sortie du couple, faire un enfant, etc.). Mais si la logique économique s'impose dans l'espace de l'intimité, le langage quant à lui baigne dans les références de la psychologie. Dans chacun des deux Services, l'utilisation du langage psychologique dans presque toutes les disciplines médicales contribue à faire du parcours de réparation un processus de régulation du « moi ». Le glissement de la réparation corporelle à la réparation psychologique (identitaire ou symbolique) est évident. À l'intérieur de l'approche psychologique, on entrevoit certaines valeurs propres au discours féministe, telles qu'elles sont diffusées par les membres engagés dans un milieu militant. La reconversion de ressources provenant du milieu militant par la sphère professionnelle fait de la « quête identitaire » un parcours dirigé vers l'acquisition d'un nouvel idéal : les femmes « en réparation » sont invitées à s'interroger sur leurs propres valeurs et à affirmer un « moi » autonome et indépendant. Ainsi, il apparaît clairement que le processus de réalisation de

---

<sup>243</sup> Dans l'analyse de Illouz (2006), elle cite les sources de la psychologie et fait remonter la théorisation de ce discours à Carl Rogers (1961).

soi intègre les revendications issues du féminisme. Les femmes deviennent leur propre objet d'examen (Illouz 2006:65) : la définition de ses propres valeurs, l'affirmation de son point de vue, le pouvoir d'exprimer ses choix selon ses propres préférences et selon la maîtrise de ses propres sentiments, deviennent les étapes obligatoires pour se définir comme femme émancipée, c'est-à-dire une femme « mûre » pour être réparée. En dehors de ce parcours, seules les femmes « sans outils », celles qui peuvent encore inspirer une pitié directement par la souffrance corporelle exposée, la plupart d'entre elles faisant partie de la catégorie des femmes migrantes (chapitre 7), sont abordées selon une approche compassionnelle plus qu'émotionnelle de la médecine.

La rationalisation des émotions - et des sentiments - introduite par les psychothérapeutes et les féministes peut être observée dans le travail des professionnels des deux Services : ils utilisent notamment des catégories numériques évaluatives et auto évaluatives pour formaliser la perception qu'ils ont du parcours de réparation. Par exemple, lorsque l'interne demande à une patiente opérée, dans le but d'évaluer le degré de réussite de l'intervention chirurgicale, si elle se sent « plus », « autant » ou « moins » « féminine » qu'avant (exemple A), ou lorsque le questionnaire demande aux patientes d'exprimer leur degré chiffré d'appréciation des qualités physiques qu'elles attribuent à elles-mêmes (exemple B), nous sommes très précisément dans ce processus de régulation « d'émotions froides » de Illouz.

**Exemple A : questionnaire d'évaluation post-opératoire**

« Vous sentez-vous plus, autant ou moins féminine qu'avant la chirurgie ? -10    0    +10 »

**Exemple B : questionnaire d'évaluation de la vie sexuelle pre-opératoire**

Avez-vous l'impression d'être plutôt : (on demande aux patientes de mettre une croix selon leur degré d'appréciation personnelle exprimée en échelle de 1 à 10)

Agréable à regarder	1	5	10
Attirante	1	5	10
Désirable	1	5	10
Sensuelle	1	5	10
Optimiste	1	5	10
Facile à vivre	1	5	10

La volonté de transformer toute appréciation subjective en un savoir médical objectivable et quantifiable – permettant de définir des rapports entre les choses, d’exprimer un jugement et d’exercer le travail clinique - est visible dans plusieurs exemples analysés dans la deuxième partie de ce travail (voir notamment chapitre 6 et 7). Le travail émotionnel est ainsi objectivé et objectivable, ce qui permet à l’équipe médicale de travailler sur matériel désormais quantifiable, mesurable et modifiable.

### **L’intimité, la nouvelle norme d’engagement sexuel**

La logique quantitative et d’objectivation de tous les aspects de la vie, y compris de la sphère intime, est intégrée à la logique scientifique déjà utilisée par la science médicale. Le langage psychologique et psychothérapeutique d’une part, et le féminisme d’autre part, ont contribué à sa mise en œuvre. L’intimité, désormais affaire publique, autrement dit la médicalisation de la sexualité, est ainsi retirée de l’usage exclusivement privé, secret et individuel, où naguère encore elle était régulée par la pudeur, la honte ou la peur des sanctions. Autrefois réglementée par un langage relevant du magique ou du religieux, la sexualité aujourd’hui s’exprime par un langage mobilisant une rhétorique de la rationalité capable de quantifier, calculer, mesurer voire rentabiliser les rapports sexuels et leurs effets. L’approche du monde émotionnel a ainsi été bouleversée, puisque pour les psychologues comme pour les féministes, il était impensable que celui-ci ne soit pas exprimé. Alors que pour les psychologues, les émotions sont devenues le matériel d’observation privilégié, pour les féministes les émotions font l’objet d’une prise de conscience indispensable, puisque conditionnelle à la libération des formes implicites et invisibles de la domination masculine. Le processus de rationalisation des sentiments (Illouz 2006) et de mesure des émotions (Espeland et Stevens 1998) a changé les pratiques personnelles et professionnelles d’expression et de traitement du bagage émotionnel.

Les émotions sont alors reformulées en langage psychologique, dont la valeur est revendiquée à travers le raisonnement juridique. Ainsi reformulées, les émotions deviennent les objet de transaction entre science, morale et intimité. Le corps des femmes, et tout particulièrement le sexe et le clitoris, constituent le matériel de la réparation. Bien que la médecine admette une réparation matérielle à travers la reconstruction physique de l’organe, le parcours de réparation, quant à lui, s’effectue sur un terrain abstrait. Lors de ce

processus, les femmes sont invitées à modifier les représentations de leur corps, de leur sexe, tout comme à introduire un nouveau *credo* dans leurs relations et dans leur couple. Dans le fond, l'équipe demande aux femmes de modifier leur rapport, leur relation à l'objet (le clitoris) qui, de par sa propre modification devient le prétexte pour apporter un changement plus profond. La sexologue oriente la patiente, pendant la consultation, à exprimer « ses besoins à elles », à verbaliser « ses désirs » ; aux yeux de la sexologue un couple qui fonctionne est « communicant », à l'intérieur duquel les partenaires ont la place pour s'exprimer et se sentir écoutés (chapitre 6).

Les arguments psychologiques (chapitre 6) justifient et valorisent la réalisation de soi, considérée comme l'état-même de la santé. La prise de conscience de ses propres sentiments et pensées constitue, pour la psychologie comme pour la sexologie, une étape fondamentale pour accéder à l'intimité. Tout au long du parcours de reconstruction, les injonctions psychologiques et sexologiques sont claires : l'intimité est un idéal à atteindre dans les relations sexuelles et conjugales. Les femmes doivent se dire prêtes à s'engager dans un dialogue avec leurs partenaires : « la notion d'intimité posée comme norme des relations saines » (Illouz, 2006:90). Le modèle de la communication ainsi proposé par le savoir psychologique et sexologique doit permettre à chacun de s'exprimer, d'être entendu et compris, mais aussi de se sentir respecté. La communication devient une technique de gestion de soi reposant sur le langage ainsi que sur le contrôle et la maîtrise de ses propres émotions. Les équipes médicales des deux Services demandent aux femmes de démontrer cette capacité. Pour que communication il y ait, il est nécessaire de maîtriser une forme de langage plutôt bien élaborée. Non seulement ces femmes doivent être en mesure d'exprimer rationnellement leurs émotions, mais elles doivent également pouvoir les exposer sous la forme d'un récit cohérent et compréhensible pour leur interlocuteur. De ce fait, la communication opère directement sur les émotions, puisque d'une part elle les produit et les met en forme (un discours pour les femmes, un texte pour Papillon), et que d'autre part elle les objective en matériel d'analyse soumis à interprétation. Pour accéder au matériel des émotions, la personne doit avoir préalablement développé une connaissance de son « vrai soi », puis l'avoir mis en scène ou en récit. Cependant, puisque ces femmes sont en demande de réparation, leur « soi » est également sujet à modification, ce parcours les engageant dans une remise en question intérieure profonde, voire totalisante. De l'autre côté, pour l'équipe, qui considère le soi comme étant le terrain d'action des émotions ainsi

que l'objet d'intervention, certaines caractéristiques sont mieux vues. La « mobilité » invoquée par la sexologue (chapitre 6) indique précisément la présence d'un soi souple, malléable, accessible et vulnérable. Ce sont toutes des caractéristiques appréciées par l'équipe car elles rendent leur pouvoir d'action plus profond et plus durable. Le « soi » immatériel, dont il est ici question, se concrétise et matérialise les émotions profondes, par le biais du récit, de preuves de réflexivité, d'arguments, d'expériences intimes ainsi que de la manière de les agencer et de les investir de sens, de la disposition à admettre ses erreurs et de la volonté de s'y prendre différemment.

Le travail de la sexologue consiste à aider ces femmes à vivre une sexualité épanouie, cette dernière étant considérée comme le signe d'un état de santé et de normalité. L'approche des sexologues Master et Johnson, qui sont toujours d'actualité et des références incontournables dans la formation en sexologie, défend l'idée selon laquelle les partenaires doivent apprendre à rechercher le plaisir ensemble « *comme des égaux* » (Master, Johnson, Levin, 1974:84). Pour la sexologue, la sexualité « saine » se développe à l'intérieur d'un « couple qui communique bien », dans lequel les relations conjugales sont justes (respect, écoute) et les plaisirs égaux puisque les conjoints s'expriment sur le mode de la réciprocité (masturbation pour lui, caresses pour elle, sexe oral pour les deux). Le langage des droits est omniprésent dans la descriptions des actions sexuelles, faisant ainsi du plaisir et de l'épanouissement le résultat de la réalisation de cette égalité. La production d'un discours sur soi en termes de droits s'explique à la fois par une raison formelle (le langage juridique est une forme d'expression culturelle) et par une raison fonctionnelle (obtention de la reconnaissance). L'objectif final de la réparation est de posséder la capacité d'affirmer et de réaliser ses droits sexuels (chapitre 10). La psychologue et la sexologue valorisent une demande motivée par l'obtention de ces droits et de cette capacité. La demande des femmes excisées se produit à travers un récit personnel, où les émotions communiquées (la peur, la honte, la colère, la déception, etc.) s'expriment à l'intérieur d'une revendication en termes de droit. Lorsqu'elles demandent « je veux qu'on me remette ce qu'on m'a pris », elles énoncent à la fois la dénonciation d'une perte et la revendication d'une récompense.

## **Les émotions froides dans le travail professionnel**

Si jusqu'ici nous avons exposé le travail émotionnel effectué par les « consommateurs », les membres de l'équipe médicale sont soumis également à un travail similaire. Bien que les émotions soient constamment présentes dans l'interaction entre ces acteurs, elles sont mises à distance et rendues invisibles ; le personnel soignant et les patientes ne sont pas censés investir la relation thérapeutique d'une composante émotionnelle. Au contraire, le travail thérapeutique vise notamment à objectiver les émotions. Lorsque les émotions débordent, par exemple lorsqu'une patiente commence à pleurer, celles-ci sont immédiatement limitées « Vous voulez qu'on arrête Madame ? », rapidement rationalisées « Pouvez-vous me dire qu'est-ce qui vous fait pleurer ? » ou très vite encadrées thérapeutiquement « Vous pouvez pleurer, il faut laisser aller, ça fait du bien ». La mise à distance des émotions est effectuée autant par le corps soignant (pour qui la maîtrise des émotions est une forme de compétence professionnelle) que par les femmes. Cette distance leur permet de raconter leurs histoires traumatiques, de répondre aux questions et de fournir des détails, tout en restant assises face à un étranger qui demande à écouter une partie profonde de leur intimité. Dans la plupart des cas, les femmes interrogées avaient mis à distance les émotions liées aux événements exposés, bien avant d'entrer dans un processus de réparation médicalisée. Ce sont d'ailleurs ces mêmes capacités qui font d'elles des « femmes aptes » à la chirurgie : le savoir communiquer. Lorsqu'une émotion les rattrape, elles demandent d'arrêter, de sortir, de faire une pause tout en s'excusant pour cette interruption. Les émotions ainsi travaillées, transformées en objet et déplacées dans un contexte discursif, constituent l'objet principal de travail autant pour les professionnels que pour les consommateurs. Bien qu'invisible, un travail émotionnel est constamment exercé par ces deux acteurs.

Si le langage est utilisé comme un outil basique dans ce processus, l'équipe se montre pourtant prête à faire certaines concessions lorsqu'une patiente « manque d'outils linguistiques » pour s'exprimer. C'est le cas notamment du profil des femmes migrantes peu scolarisées qui mettent plus souvent en avant la douleur comme argument fondant leur demande de réparation. Ces femmes sont par ailleurs opérées plus facilement, plus rapidement, et leur parcours est abrégé (chapitre 7). Dans les autres cas, lorsqu'il y a « quête identitaire », le langage apparaît clairement autant comme le véhicule que comme l'instrument de la réparation. Le récit sur soi, demandé par l'équipe, est à la fois régressif



(événement du passé) et progressif (espoir de changement, réparation). De plus, comme on l'a montré précédemment, il est également performatif : il organise l'expérience (et le matériel émotionnel) en même temps qu'il la raconte. Cette capacité d'expression devient une forme de contrainte pour toutes les raisons mentionnées. Ce faisant, la culture thérapeutique crée un nouveau champ de marché dévolu à l'évaluation de la compétence émotionnelle, celle-ci étant désormais jugée essentielle à l'instar d'autres compétences (intellectuelles, organisationnelles, relationnelles, etc). Ces compétences émotionnelles augmentent les capacités sexuelles de la personne, le capital émotionnel est rentabilisé.

La maturité prouvée par la production du discours émotionnel relève d'une nouvelle conception de la vie émotionnelle qui, pour exister – et elle existe lorsqu'elle est communiquée et reconnue par autrui – doit être soumise à un travail sur soi. Dans le cadre du parcours, le travail sur soi est donc l'accompagnement offert par les deux équipes médicales ; le parcours de réparation permettant aux femmes d'entrer dans la nouvelle gestion économique de l'intimité. La compétence émotionnelle est donc un critère formel de sélection dans l'évaluation de l'opérabilité. Cela n'est pas le cas dans l'approche de Foldès, qui demande un investissement mineur de la part des femmes. En revanche, elles sont censées reconnaître son pouvoir guérisseur qui les « libère » par l'intervention directe – maîtrise technique qu'elles ne possèdent pas – sur leur corps. Le médecin reste dans ce sens le protagoniste de la réparation offerte, aux femmes il est demandé de s'y soumettre et de lui être reconnaissantes. Mais s'il y a moins de travail à faire dans l'approche de Foldès, moins d'investissement personnel demandé aux patientes, en même temps elles sont privées d'un certain mérite qui leur est accordé au sein des Services A et B.

### **Institutionnalisation du féminisme dans la santé**

Le féminisme s'institutionnalise lorsque, outre la production d'un discours politique, il se matérialise par l'institutionnalisation de pratiques de traitements. Plusieurs membres des deux équipes médicales militent ou sont issus du milieu militant. Bien que l'engagement tout comme la trajectoire professionnelle ou le parcours militant soient différents de cas en cas, il est cependant intéressant de remarquer que certains discours féministes sont parfaitement intégrés aux pratiques professionnelles. La participation à la vie associative du militantisme se traduit, pour la plupart de ces personnes, par l'adaptation de leurs

ressources au monde professionnel. Plusieurs membres des deux équipes, comme on l'a vu (chapitre 6), sont des femmes adhérant aux principes des luttes féministes, notamment en matière sexuelle. L'engagement au sein du militantisme politise le travail de ces professionnelles de la santé.

A la lumière de ce qui a été exposé jusqu'ici, le travail sur soi, tel qu'exigé dans de ce parcours de réparation, acquiert une signification supplémentaire. Le féminisme, particulièrement blanc et de classe moyenne, s'est fixé pour objectif de libérer les femmes du joug des relations familiales traditionnelles. La rationalisation des relations intimes, processus soutenu par le discours psychothérapeutique, implique un intense travail d'introspection et de négociation. Les changements que les mouvements des années 1960 apportent dans la sexualité influencent l'évolution du rapport de l'individu – dans ce cas, les femmes – vis-à-vis de soi-même. Pour les féministes, la réappropriation de sa sexualité, de son corps et de son plaisir se réalise d'une part par la nécessité de se défaire des conditionnements sociaux et politiques qui ont contribué à faire des femmes des opprimées, d'autre part par l'affirmation de son identité et de sa sexualité. Dans cette équation (sexualité=soi), le clitoris est reconnu comme le seul organe destiné uniquement au plaisir sexuel. Echafaudée dès les années 1960 (Koedt, 1968 ; Hite 1976, 2000 ; Holland et Sharpe, 1992 ; Jackson et Scott, 1996), le clitoris comme organe symbolisant l'affirmation sexuelle féminine est repris dans le discours développé dans la campagne « Osez le Clito », promue par le groupe féministe français « Osez le Féminisme » dans les années 2010. Le clitoris devient notamment le symbole de l'autonomie, de l'indépendance, de la liberté. Considéré comme le siège du plaisir féminin par excellence (Mazaurette et Mascret, 2008), le clitoris permet de rétablir une égalité et devient un organe incontournable des rapports sexuels.

Dans le cas des femmes excisées, la revendication du clitoris et de sa réparation, apparaît dans des moments particuliers de la trajectoire personnelle (chapitre 7). La demande de réparation se fait quasi systématiquement en coïncidence avec un autre (ou plusieurs) événement de la vie marquant une forme d'indépendance acquise. Le changement de profession, le départ du foyer familial pour s'établir dans un logement indépendant, la fin d'une relation, le projet de migration, la problématisation des rapports de genre dans le couple, le questionnement du rôle de la femme et de la « féminité », sont tous des éléments déterminants dans les demandes de réparation de ces femmes. La

sexualité clitoridienne doit être comprise comme composante dans une phase d'émancipation, dans leur trajectoire de vie, et peut surgir à différents moments et par différents biais. Si chaque femme a une histoire unique, singulière et personnelle, la demande de réparation du clitoris, quant à elle, présente une régularité, une homogénéité formelle, une assiduité et une constance dans sa répétition.

La réparation du clitoris implique donc la réhabilitation d'un organe et la reconstruction d'une sexualité. De ce fait, le parcours de réparation élaboré réunit l'ensemble des mécanismes analysés jusqu'ici : le travail sur soi, la normalisation corporelle, le développement des capacités sexuelles. Pour les professionnelles de la santé, engagées dans le parcours de prise en charge de l'excision, l'émancipation personnelle va de pair avec l'émancipation sexuelle, ou l'inverse : l'émancipation sexuelle rend possible une émancipation personnelle. Lorsque la sexologue évalue l'état de « libération » de la sexualité, elle est en train de produire un bilan des formes d'assujettissement des patientes expertisées à une domination masculine résiduelle dont les spécialistes, indirectement, demandent aux femmes de se libérer.

Sexologue : Elle est assez libre par rapport à sa culture d'origine quant aux relations avec les hommes. Elle est très libre sexuellement, a une sexualité très « active ».

Se défaire des étiquettes comme des rôles, des catégories théoriques et pratiques produites par « l'ennemi », comme des formes de relations classiques entre hommes et femmes, conduit les femmes dans le projet politique féministe à se retrouver « en-dehors » de la conventionalité, du « préfabriqué ». De ce fait, une grande partie du travail consiste à délimiter de nouvelles formes et cadres, à l'intérieur desquels il est possible de se définir, de se dire et de se reconnaître. La construction d'un nouveau référentiel passe alors par un travail autoréférentiel, c'est-à-dire sur soi et à partir de soi. Ainsi les femmes ne sont pas plus libres aujourd'hui qu'hier. Au contraire, elles sont soumises aux normes de construction d'une « identité » complexe qui doit sans cesse faire preuve d'indépendance, d'émancipation, d'autonomie, voire de performance. La catégorie « femme » n'est plus unique : elles se compose aujourd'hui des femmes opprimées, - les femmes « inhibées » - et des femmes émancipées - les « femmes libérées ».

Sexologue : Elle est très mature, par contre elle est très imprégnée par sa culture. Elle a très intégrée tout le discours culturel qui va avec l'excision : elle a jamais de plaisir,

elle est très marquée par le fait que le sexe oral c'est pas bien, que toutes les pratiques un peu déviantes c'est pas bien...Donc elle est très marquée par sa culture en fait. C'est ce que je cherchais à comprendre : la contradiction quand elle te dit qu'elle veut être opérée pour avoir plus de plaisir et quand tu la fais parler sur sa sexualité actuelle, elle est complètement inhibée par des tabous culturels.

Sexologue : Je pense que pour elle c'est très très symbolique de sa démarche intérieure, qui est ancienne à mon avis, d'accès à un statut de femme libre.

Ces positionnements, la valeur des deux logiques, leur complémentarité et leur disparité sont résumés dans le tableau récapitulatif illustré ci-dessous.

\*\*\*

À travers l'étude d'une population très spécifique (les femmes excisées qui demandent une réparation clitoridienne), le parcours de réparation révèle l'existence d'une nouvelle gestion de l'intimité et des émotions. Ce cheminement amène les femmes excisées à associer la sexualité clitoridienne à une forme d'émancipation, qu'elles réalisent d'ores et déjà dans et hors de l'hôpital. La réparation du clitoris devient pour elles le moyen d'élargir leur pouvoir d'action et leurs capacités sexuelles. Leur ascension sociale est intimement liée à leur ascension sexuelle – tout comme c'est également le cas pour les femmes non-excisées. Le projet de réparation clitoridienne, qui s'insère dans un projet personnel plus grand, constitue donc sans aucun doute une véritable étape de réalisation de l'égalité. La sexualité clitoridienne est une sexualité permettant d'affirmer et d'exercer une capacité individuelle dans le domaine de la sexualité – tout comme dans les autres sphères sociales. Elle a également pour objectif la détermination de manière libre, indépendante et autonome des temporalités, des modalités, de la fréquence et du partage du plaisir sexuel et donc l'établissement des nouveaux types de relations.

La médecine contemporaine prend en compte des nouveaux éléments par rapport à d'autres époques du passé. Les revendications féministes, portées par les professionnelles et l'exercice de leurs fonctions, ainsi s'institutionnalisent. La médecine est engagée dans ce travail qui prend comme appui les femmes, la sexualité et le matériel émotionnel. À côté d'une raison humanitaire, la solidarité entre femmes justifie l'engagement médical. Si aux

yeux des professionnel-le-s, les femmes excisées sont des victimes, une proximité s'instaure dans le projet de « libérer » leur sexualité. Si les rapports entre ces deux acteurs, corps médical et femmes, est asymétrique, les logiques mobilisées (tableau 11.1) quant à elles établissent des convergences et des similitudes, elles sont dans tous les cas complémentaires.

<b>Tableau 11.1 Les deux logiques</b>	<b>Logique médicale</b>	<b>Logique des femmes</b>
<b>Idéal recherché</b>	Egalité	Egalité
<b>Mission politique</b>	Humanitaire, solidarité	Acquérir la citoyenneté
<b>Résultat espéré</b>	Libérer les femmes opprimées	Etre comme les « autres »

<b>À l'hôpital</b>	<b>Acteur A</b>	<b>Acteur B</b>
<b>Regard sur soi</b>	Autorité	Entrepreneuse de soi
<b>Regard sur l'autre acteur</b>	Victime	Autorité
<b>Pouvoir d'action</b>	Offrir, diriger	Recevoir, accepter ou renoncer
<b>Moyens d'action</b>	Compétences techniques	Investissement personnel
<b>Résultats recherchés</b>	Normaliser le corps et la sexualité	Acquérir la normalité visuelle et sexuelle
<b>Rôle des acteurs</b>	Evaluateurs, administrateurs des droits sexuels	Patientes, consommatrices de l'offre réparatrice

Deux logiques donc se dessinent et, si elles sont par moments antithétiques, elles sont complémentaires. Les deux contribuent à dessiner une nouvelle politique sociale de réparation de la sexualité.

## ***Chapitre 12 / Les politiques de réparation***

---

La réparation est finalement  
le seul fruit de l'écoute.  
(Pierre Foldès, *Victoire sur l'excision*, 2006)

Les logiques mobilisées par les deux acteurs impliqués dans le parcours de réparation ont montré d'une part leur complexité, d'autre part leur complémentarité. Si dans la logique des femmes, la sexualité devient un terrain d'intégration, dans la logique médicale la reconstruction du clitoris vient compenser une violence globale qui rend ces femmes victimes et handicapées.

Les femmes considèrent l'espace sexuel comme un lieu aux enjeux et aux significations multiples (vie conjugale, vie familiale, vie professionnelle), la réparation de leur sexe constituant un avantage dans leur vie sociale. Ainsi reconstituées, elles s'autorisent l'accès à un espace politique où se négocient les résultats des relations, le succès tout comme l'échec des investissements personnels sur le terrain de l'intimité. Les capacités sexuelles, ce capital corporel, émotionnel, relationnel ainsi valorisé, en somme toutes ces compétences qu'elles souhaitent acquérir au sein du parcours hospitalier constituent à la fois les capacités et les conditions pour réaliser leurs droits sexuels. Si d'une part, les femmes excisées doivent démontrer un capital préalable pour être jugées « aptes à la chirurgie », de l'autre côté la réparation chirurgicale leur confère à la fois l'opportunité – tout comme la preuve – de développer cette capacité. Le capital personnel ainsi rentabilisé (corps normalisé, sexualité performante, sexe conforme) les égalise dans les opportunités d'échange avec d'autres « personnes à part entière ». Si les bénéfices primaires d'une sexualité désormais restaurée concernent la facilitation d'accès au plaisir et une meilleure appréciation des rapports sexuels, les bénéfices impliquent l'amélioration des conditions des relations et du couple, ainsi que l'augmentation du pouvoir de négociation en son sein. Pour le sens commun, les croyances et le savoir savant qui maintiennent la sexualité dans une qualification de naturalité, associée aux « besoins biologiques » tels que la soif, le sommeil et la nécessité de s'alimenter, la sexualité reste relativement peu questionnée et très limitée à ce domaine des « nécessités ». Dans la pratique, la sexualité est un champ

d'action, un terrain politisé qui répond aux mêmes logiques appliquées à d'autres sphères de la vie impliquant des décisions, des choix, d'orientations.

Le corps médical, d'autre part, élabore un processus de réparation porté par une logique bien différente. Constitué par des membres dont les trajectoires sont complexes et diversifiées, il se donne pour objectif de réparer un crime à la fois actuel et ancien. La clientèle est vue comme une catégorie handicapée, dont les droits fondamentaux ont été violés. Le statut de victime leur est accordé au nom d'une mutilation subie mais aussi d'une liberté amputée, rattaché dans les discours de l'équipe au colonialisme et au racisme subi dans le passé. Face à leurs patientes les membres de l'équipe adoptent une posture humanitaire, une solidarité engagée, une reconnaissance du crime et une volonté d'y remédier qui va au-delà de leur responsabilité. Les relations qui se déploient entre ces acteurs gardent pourtant une asymétrie structurelle, le corps médical adoptant une attitude paternaliste : l'équipe veut aider les femmes excisées et sait ce qui est bon pour elles. L'accès à la chirurgie, un monde qui reste encore particulièrement cloisonné, est ainsi restreint, une contrepartie étant demandée : l'investissement des femmes qui s'engagent dans le parcours est très contraignant. Les femmes autorisent le corps médical à une ingérence sans égal ; comme sur une table opératoire, leur intimité y est sectionnée, auscultée, évaluée, coupée, modifiée, recousue et refermée. Les membres de l'équipe exercent un pouvoir d'action qui, confronté à celui de leurs patientes, reste connoté par la supériorité, même s'il n'est pas souverain.

Mais, si les logiques ont été clairement dégagées et si elles se recourent de sorte à donner à observer une activité mutuellement partagée, pour en saisir la complexité, il est nécessaire de faire un retour sur les acteurs impliqués. Car nous ne sommes pas face à un acteur A et un acteur B, définissables comme des blocs constitués d'une essence uniforme et identique. Les patientes et le corps médical ont plusieurs facettes, plusieurs rôles et étiquettes sociales qu'ils ne revendiquent pas explicitement. Tandis que ces acteurs analysés se figent dans leurs rôles assignés à l'intérieur du milieu hospitalier, les relations qui s'établissent entre ces acteurs sont complexes et doivent être analysées à l'intersection de toutes ces étiquettes qui interviennent dans les interactions. Le dispositif du pluralisme méthodologique utilisé a permis de rendre compte de ces différents aspects à partir de l'analyse des interactions entre la catégorie des « patientes » et celle des « médecins ».

Les patientes, des femmes excisées, sont affublées tour à tour de plusieurs étiquettes : « immigrées », « noires », issues d'une population « ex-colonisée » et « ex-esclave ». Enfin, toutes ont en commun d'incarner la figure type de la victime. Le corps médical, de son côté, est composé quasi exclusivement par des femmes, professionnelles de la santé, des militantes, féministes dont la trajectoire personnelle les a portés à s'engager dans leur vie professionnelle. Ce qu'elles partagent avec la catégorie des « victimes » est la domination masculine qu'elles s'efforcent de mettre au premier plan dans ce parcours de réparation complexe et ramifié.

Cette dernière partie propose trois formes de déplacement de l'analyse sociologique, (déplacement relationnel, déplacement de la question, déplacement politique) qui apportent une contribution dans le domaine d'étude des politiques de la réparation.

## **La décolonisation des relations**

« L'homme n'est humain que dans la mesure où il veut s'imposer à un autre homme, afin de se faire reconnaître par lui. Tant qu'il n'est pas effectivement reconnu par l'autre, c'est cet autre qui demeure le thème de son action. C'est de cet autre, c'est de la reconnaissance par cet autre, que dépendent sa valeur et sa réalité humaines. C'est dans cet autre qui se condense le sens de sa vie ».  
(Franz Fanon, *Peau noire, masques blancs*, 1952)

Dans l'histoire coloniale, les années 1990 sont appelées l'« âge du pardon ». C'est une époque où les victimes de crimes contre l'humanité, notamment de l'esclavage ou des crimes de guerre, demandent réparation (Bouda, 2008 :18). Les débats sur la réparation font référence aux crimes qui ont marqué l'histoire de l'humanité, dont les effets perdurent et sont ressentis comme persistant encore aujourd'hui par les victimes elles-mêmes ou par leurs descendants, au sens où il y a des personnes ou des communautés qui continuent à souffrir de leurs conséquences. Si les formes de réparation consistent en une restitution en nature, qui cherche à rétablir la situation originaire existant avant l'acte illicite, celle-ci se révèle impossible dès le moment où les victimes ne peuvent pas être dédommées. C'est donc la raison pour laquelle la nature de la réparation peut être symbolique ou morale. Cette idée est très récente, mais les germes de la « réparation morale » (Bouda, 2008 :193)



bourgeonnent avec les premiers discours abolitionnistes, entre la fin du XVIII siècle et le milieu du XIX siècle (Bouda, 2008 ; Vergès, 2001). La figure du « bon sauvage » est remplacée par l'idéal de la « mission civilisatrice », la décolonisation est considérée comme une réparation morale mais sans aucune compensation matérielle. Comme dans les débats des réparations que les pays du Sud demandent aux pays du Nord, dans la réparation clitoridienne il y a également un glissement d'un micro terrain hospitalier aux relations à l'intérieur d'une globalisation politisée : la demande de libération des peuples colonisés ou des femmes excisées est-elle si distante, si différente ? Quand des médecins blancs réparent des femmes noires, c'est aussi les rapports du passé colonial qui se rejouent sur la scène locale (et non plus internationale) d'un service hospitalier.

La mise en scène d'un théâtre de la rédemption, du pardon et de la réparation interroge le soubassement d'une rhétorique du bienfaiteur (Vergès, 2001 :18). Le discours abolitionniste du colonialisme se construit sur une rhétorique de l'urgence, à travers « les images du bienfaiteur et de la victime, le désir de faire le bien, l'injonction morale de prévenir et de soulager les souffrances, l'indignation et l'outrage devant les bassesses humaines, la croyance en l'idéal éducatif européen et la volonté d'élaborer un droit d'intervention des nations éclairées dans des pays souverains » (Vergès, 2001 :9). Les rôles (bienfaiteur vs malheureux), les idéaux (faire le bien) comme les sentiments (honte, culpabilité) sont des éléments immatériels présents dans l'activité, la raison et le projet professionnel des membres des équipes médicales du Service A et du Service B. La réparation – le nom n'est pas anodin - est un concept central dans la relation entre les deux parties impliquées, aussi bien du côté de ses requérants que de ses pourvoyeurs. Si la reconnaissance première que les femmes veulent faire valoir est le crime de la mutilation sexuelle, les dommages et les discriminations subis par ces dernières, en tant que femmes et en tant que descendantes de peuples colonisés sont également présentes dans les discours. Tout se passe comme si la réparation ne pouvait s'accomplir sans vérification préalable du statut de victime : « l'histoire du crime doit être dite, devenir un « récit partagé » par la communauté afin qu'il s'inscrive dans le passé et cesse de peser sur le présent et l'avenir » (Vergès, 2001 :13).

La volonté de l'équipe d'inscrire les biographies singulières des femmes expertisées dans une histoire collective se fait à travers la mise en valeur de la répétitivité des éléments « dysfonctionnant », en soulignant la fréquence constante de leur répétition, de leur

périodicité. Les récits des patientes deviennent ainsi des « histoires classiques ». Les rapports de domination, la violence, deviennent des signes, telle une maladie que l'équipe peut désormais diagnostiquer ; les spécialistes détiennent un savoir expert sur la violence, sur l'excision, qui font d'eux une autorité. Les parcours des singularités à l'intérieur de l'hôpital sont rendus anonymes, ils deviennent des cas cliniques, des exemples typiques auxquels se référer afin d'élaborer un savoir raffiné qui peut ainsi être généralisé, universalisé. Ce processus correspond à un projet politique. Aux yeux de l'équipe, ces femmes représentent une catégorie opprimée de la société. Le travail de l'équipe, qui est médical, devient en même temps politique ; l'équipe est censée pouvoir à la fois réparer le corps des patientes et extirper des idéologies erronées.

Elle est dans une relation de domination, des histoires très classiques comme il y en a des tas. (Sexologue du Service A)

C'est une nana qui a un retour assumé sur tout ça, c'est pas juste « je veux qu'on me répare le clitoris » et à côté de ça je m'en fiche. Elle est dans un refus de tout ce qui est culturel et idéologique. (Sexologue du Service A)

Ce don de la liberté que l'équipe médicale, l'Etat français entier, offre « gratuitement » à ces femmes noires excisées d'origine des pays ex-colonisés d'Afrique devient la nouvelle dette dont ces affranchies – les immigrées - ne peuvent ni se débarrasser ni s'acquitter. Autant la dette est rappelée, la réparation, la restitution d'une liberté, autant il devient impossible aux débiteurs de se détacher, de se construire de façon autonome par rapport au créancier français. L'idéologie humanitaire remplace aujourd'hui l'idéal républicain, là où des égalités semblent rester inachevées. Le discours proposé des médecins, notamment de « l'inventeur » de cette chirurgie se structure sur une rhétorique humaniste de la générosité, sur une logique dichotomique opposant les « bons » et les « méchants », les « forts » et les « vulnérables ».

Si politiquement, les demandes de réparation s'inscrivent à l'intérieur d'une « raison humanitaire » (Fassin, 2010) qui dans ces dernières années s'est substituées aux droits politiques, ces demandes concernent notamment les victimes des crimes de guerre, des génocides, des crimes reconnus contre l'humanité (Barkan, 2000). Dans le cas de l'excision, pourtant comme on l'a vu dans la première partie, l'engagement est désormais global, il implique la mobilisation des nations, des organismes internationaux, des militants de

différents horizons. La connotation criminelle est désormais acquise, elle intègre les systèmes juridiques dans la plupart des pays du monde, des peines sont également infligées, la réparation alors s'insère et se réalise sur le terrain hospitalier. En son sein, les discours de la réparation et du pardon, la reconstruction de l'identité et d'une mémoire collective entrent dans une « relation circulaire : certains souvenirs sont utilisés pour fonder l'identité collective, et ces souvenirs renforcent l'identité en question, qui, à son tour, choisit les souvenirs qui justifient les demandes » (Vergès, 2001 :25). En miniature, dans le microcosme hospitalier, nous avons observé l'agencement des relations entre pays du Nord et pays du Sud. Comme l'Europe se porte gardienne de ces valeurs morales dans un espace globalisé, les membres de l'équipe imposent le modèle d'une féminité et d'une sexualité restaurées.

La rhétorique propre du discours humanitaire permet de lire les récits comme des témoignages suscitant chez le spectateur un sentiment à la fois d'horreur et de pitié, de fascination et de dégoût. L'équipe médicale oriente les femmes vers la production d'un tel récit, le discours du féminisme majoritaire français, les médias aussi. Dans la lecture ou dans la vision de ces histoires, le spectateur ne peut que renforcer sa conviction et son bonheur d'appartenir au monde civilisé. La figure de la femme excisée, comme l'esclave, est construite comme un être sentimental et infantilisé. C'est un être fragile, traumatisé qu'il faut aider et accompagner. C'est un être qui émeut, notamment par la pitié qu'elle suscite chez les spectateurs. Dans la réparation toutefois, comme on le verra, cette émotion suscitée implique ensuite une forme d'action qui invite le spectateur à abandonner sa passivité d'observateur et à agir dans la gratuité. La politique humanitaire fait sienne les discours abolitionnistes des MGF, cette pratique est devenue une affaire du droit international. Le sentiment moral ainsi développé justifie une action particulière et concrète, comme la chirurgie du clitoris, qui est faite au nom de l'humanité : « les peuples et leurs Etats doivent assistance à ceux et à celles qui sont asservis partout dans le monde » (Vergès, 2001 :81).

La morale humanitaire fonde sa force dans le discours sentimentaliste qui s'affiche et s'institutionnalise à travers les formes démocratiques de circulation des discours et des images : les médias et Internet diffusent à grande échelle des messages éveillant chez le spectateur européen compassion et pitié. La relation liant les femmes excisées et les membres du corps médical cherche sans cesse à reproduire la mise en scène de la demande de reconnaissance. Les patientes affirment désirer vouloir être reconnues comme des

« femmes comme les autres », cette demande s'adressant précisément aux « autres » à l'intérieur de l'équipe. La spécificité de ces patientes consiste proprement dans le fait qu'elles aspirent à devenir des citoyennes, des « femmes à part entière » et comme « les autres ». Par la réparation, elles espèrent s'intégrer dans une normalité et l'équipe en est consciente.

En l'écoutant, j'ai l'impression qu'elle veut fermer la boucle. Elle veut vivre en France comme si en se réparant elle s'intègre dans le chemin. (Sexologue du Service B)

Afin que la demande de reconnaissance soit entendue, les acteurs doivent pouvoir sortir de cette relation inégalitaire. Si les requérantes de réparation souhaitent gagner un statut supérieur, les donneurs quant à eux adhèrent à la cause de cette catégorie opprimée. Cette opération de reconnaissance réciproque est possible lorsque la demande de réparation se formule et s'interprète sous l'angle d'une forme d'oppression commune. Le sexe, pris comme commun dénominateur, unifie dans la lutte les femmes excisées constituées en patientes et les féministes engagées devenues spécialistes de la santé et de la sexualité. La lutte contre la domination masculine devient alors tout à la fois la raison collectivement portée dans le processus de réparation, la clé d'interprétation des motivations respectives à l'engagement, le pacte de solidarité implicite qui soude cette relation thérapeutique dans la complicité. Les femmes excisées peuvent bénéficier d'une réparation, mais la chirurgie est soumise à un processus d'évaluation qui en restreint l'accès. La réparation clitoridienne ainsi conçue et ainsi réalisée vient se substituer à une réparation pécuniaire et fonder en même temps un pacte politique de solidarité internationale.

### **Reconnaissance de la question raciale et racialisation de la sexualité**

Lorsque les premières féministes réagissent face à la pratique de l'excision et des mutilations sexuelles, la race disparaît derrière l'exigence de réunir une masse critique unie pour dénoncer la domination sexuelle. Elle s'efface derrière ce « Nous, les femmes » revendiqué par le féminisme international majoritaire, représenté en France par des figures – telles Groult, Auffret et Thiam (chapitre 1) - qui vont se constituer porte-parole. Cette mobilisation se base sur un idéal de solidarité qui éclipse les différences entre les femmes, ainsi réunies sous une unique catégorie définie par le sexe. Tributaire d'un destin historique

commun, « la femme » ce nouveau sujet politique constitué est un être soumis à une oppression sociale et politique basée sur l'appartenance sexuelle. Ce féminisme d'empreinte universaliste rend légitime la parole de ses représentantes, y compris sur des questions étrangères et lointaines telles que les mutilations sexuelles.

Bien que la reconstruction de l'objet ait montré l'hétérogénéité de la pensée féministe à l'intérieur des particularités nationales, l'esprit universaliste caractérise le féminisme français majoritaire. Au sein des Services, la quasi exclusivité des membres de l'équipe médicale est française. La plupart des spécialistes sont des femmes professionnelles de la santé et engagées en matière des droits à l'égalité et tout particulièrement dans le domaine de la sexualité. À l'intérieur des deux équipes la race n'est pourtant pas un impensé. Elle fait l'objet d'une attention spécifique dans l'évaluation des dossiers, encore faut-il définir la connotation et le type de traitement que les spécialistes attribuent à ce concept. Mentionné plutôt en termes de « culture » dans les discussions de staff du Service A, le terme « race » est clairement cité au sein du Service B. Les réflexions, les connotations et les usages que ces deux équipes font de la variable de race sont différentes, mais dans les deux cas cette variable est au centre de la question de la réparation.

Au sein du Service A, l'impact de la « culture » dans le parcours biographique, et plus particulièrement dans la trajectoire sexuelle des patientes, est systématiquement relevé. Les demandes de réparation sont évaluées à la lumière de certains éléments jugés centraux dans la démarche qui engage ces femmes à faire recours à une chirurgie, dans lesquels les motivations formulées par les patientes occupent une place très importante. Les motivations font l'objet d'une interprétation ethnicisée de la part de l'équipe (chapitre 7). La « quête identitaire » consiste précisément aux yeux de l'équipe en ce désir d'être comme les femmes françaises. Les « autres » telles que les patientes les mentionnent ne sont jamais explicitées par l'équipe, laquelle tacitement considère savoir de qui l'on parle. Les femmes normales – ces « autres » - sont les femmes françaises, la culture de la « liberté » est celle de la République, libérée des « croyances culturelles » tout comme des « tabous ». L'absence de certaines pratiques sexuelles (masturbation, sexe oral) est interprétée par la sexologue comme le signe d'un « blocage culturel ». La réparation chirurgicale permet dans ce sens de « faire péter des barrières » qui sont culturelles, qui sont liées à une éducation traditionnelle se fondant sur des valeurs incompatibles avec une émancipation sexuelle, antithétiques à l'idée d'égalité, opposées à l'idée de parité dans les rapports entre hommes

et femmes. Au contraire, les valeurs véhiculées dans la « culture de l'excision » sont considérées comme rétrogrades, barbares, signe d'incivilité. Dans les discussions de staff, deux sujets se dessinent qui sont ainsi stéréotypés : les femmes libérées et les femmes opprimées. L'oppression venant d'une culture arriérée, les femmes ont un devoir moral – qui est le combat politique de ces professionnelles féministes – de « se libérer » et de « libérer leur sexualité ». L'idée de « libérer » la sexualité des femmes d'une population précise déplace la question vers l'idée d'une libération culturelle, dont la culture des femmes excisées est vue comme oppressive et opprimante et peut être changée à travers une réparation.

Dans la vague des premiers discours sur les mutilations sexuelles (chapitre 1), l'équipe voit l'excision comme une pratique ancestrale, lointaine, une tradition privée des formes de raisonnement et de lumière. Lorsqu'une patiente ne remarque pas le caractère traumatique de la pratique subie comme dans le cas d'Aïcha, analysé dans le chapitre 8, la patiente est soupçonnée, sa demande jugée « ambivalente », voire « paradoxale ». Une femme qui ne semble pas avoir été réellement choquée par l'excision, laisse l'équipe entière interpellée.

**Avis de la psychologue :** Patiente décidée à faire la chirurgie réparatrice mais motivations relativement paradoxales :

- veut découvrir ce que c'est d'avoir un clitoris d'un côté MAIS d'un autre côté, me dit avoir été « très peu » excisée (minimise ++ mutilation) → orgasmes était plus jeune, plaisir ++ quand se masturbe.
- Veut être une femme comme les autres MAIS n'a jamais été gênée, ou ébranlée depuis qu'elle a appris qu'elle était excisée.

Pour elle, au Nigeria, l'excision est une pratique quasi symbolique tant le geste est réduit à la coupure la plus minime « pour faire plaisir aux grands parents » → Recadrer le bénéfice du temps entre consultations pour mûrir la demande

**Avis de la sexologue :** En fait dialogue pas très facile car effectivement beaucoup d'aspects très paradoxaux =

- au fond assez peu traumatisée par son statut d'excisée (dont l'anormalité n'est apparue qu'à cause de la migration en France)
  - assez libre par rapport à sa culture d'origine quant aux relations hommes / femmes (et revendique cette liberté)
  - de toute évidence, sexualité actuellement en « perte de vitesse » (mis sur le compte de l'âge) mais a été apparemment très satisfaite à certaines périodes
- Demande de réparation chirurgicale dont les motivations paraissent assez floues...

La culture est un élément central qui permet à l'équipe de faire des interprétations des demandes de réparation. Ce faisant, des stéréotypes culturels se dessinent et sont mobilisés comme des catégories nosologiques permettant le diagnostic d'une maladie. La culture est rigidifiée, pensée comme unitaire, unique et figée. La culture « africaine » est opposée à la culture « française », l'origine des partenaires peut alors devenir un argument pour la sexologue pour expliquer certaines difficultés au sein du couple. Dans l'exemple reporté ci-dessus, la demande de réparation d'Aïcha est refusée. Son récit, qui n'est pas traumatique, est jugé ambigu, sa demande est considérée floue. Son dysfonctionnement sexuel est lié à son âge (Aïcha a 46 ans) et non pas à l'excision (nonobstant le fait qu'elle soit clairement excisée), ce qui fait sortir cette demande de la catégorie des femmes opérables. Au contraire, dans un autre exemple, l'âge est interprété à la lumière d'un stéréotype culturel, ce qui indigna la patiente qui abandonne sa démarche chirurgicale au sein du Service A et s'adresse peu de temps après à Foldès, qui l'opère. Souhela est née à Paris et mariée avec un Africain, âgé de 12 ans plus qu'elle, ce qui légitime la sage-femme, dans le cadre d'une première consultation qui a une fonction informative avant tout, à demander à Souhela si le sien était un mariage forcé. Bien évidemment cette question n'aurait jamais été posée si la patiente qui consultait avait été une femme blanche française.

Elle : Je me rappelle qu'elle [la sage-femme] m'avait posé plein de questions... je m'attendais pas qu'on me pose de telles questions..Voilà c'était : « Vous êtes mariée ? Est-ce que c'était un mariage forcé ? » Voilà comme ça, vous voyez ?

Moi : Comme ça ?

Elle : Oui ! Voilà, poser de questions comme ça... Parce que pour moi quand on pose de questions comme ça c'est qu'on généralise les choses, alors que...Bon c'est vrai qu'il y a un décalage d'âge entre moi et mon mari de 12 ans, mais c'est un choix que j'ai fait ! [Souhela, 34 ans, fille de migrants, agent administratif]

En somme ces stéréotypes culturels inscrits dans le sens commun, sont mobilisés pour interpréter la réalité, et plus que cela pour la comprendre et lui donner du sens. Dans la sexualité, ce processus de stéréotypisation des individus selon leur nationalité et leur culture – considérées comme si les cultures étaient des langues nationales – produit une racialisation de la sexualité. Ainsi certaines pratiques sexuelles sont attribuées à certains mais pas à d'autres, comme certaines qualités, voire certaines capacités. Selon ce sens commun généralisé, les Européens – et tout particulièrement les Français - sont plus attentifs, plus prédisposés aux préliminaires et à la sexualité orale dans un mode de

réciprocité. Les femmes excisées qui font demande de réparation, et c'est le cas tout particulièrement des filles de migrants, construisent des représentations stéréotypées des partenaires masculins selon leurs origines nationales. Certaines disent se refuser « *de sortir avec un Black* » par le fait qu'« *avec les noirs il n'y a pas de donnant-donnant* ». En revanche, la réciprocité, voire l'égalité, se réaliserait avec un partenaire français, lequel dans l'imaginaire de ces femmes, serait plus attentif, à l'écoute et avec qui « les préliminaires sont plus longs... ». Si l'équipe, et en particulier le Service A, mobilise la culture pour interpréter les demandes et les biographies des femmes excisées, les femmes de leur côté entretiennent et alimentent cette construction stéréotypée de la réalité.

Dans le cas de Foldès, les rapports de race s'articulent différemment, ils s'effacent derrière l'action humanitaire. Dans le roman biographique, l'auteur, Hubert Prolongeau, donne à lire le point de vue du médecin sans le questionner, le style est affirmatif : Foldès semble pouvoir restituer *la vérité* de la réalité. L'expérience acquise sur le terrain, rend ce médecin apte et légitime de dire et produire *l'histoire de ces femmes*. Dans cette posture de la narration, ce qui nous intéresse ici est la représentation des figures stéréotypées, notamment celle des « compagnons africains ». Les biographies singulières de ces derniers se cristallisent dans des propriétés éternelles et immuables et figent la complexité des relations qui relient les partenaires et les discours qu'ils portent sur l'excision. L'extrait du roman permet d'illustrer un exemple de la racialisation de la sexualité des autres (Encadré 11.1).

#### **Encadré 11.1 La race dans les représentations stéréotypées de la sexualité**

Extrait du roman biographique de Pierre Foldès, écrit par Hubert Prolongeau, *Victoire sur l'excision*, Paris : Alban Michel, p. 186

« Certains Blancs ont rencontré une Africaine « bandante », ont commencé avec elle une histoire. Et puis il y a cette « chose » qui vient se mettre entre eux, détruire le fantasme, créer un décalage entre l'image de la belle Noire et la réalité de ce qui se passe au lit. Ils souffrent eux aussi. Il y a là dans leur démarche une vraie compassion, au sens étymologique du terme, celui de souffrir avec, quelque chose de pur, d'ingénu. Je n'ai pas envie de creuser pour savoir si, dans le fond, je fais la réparation pour eux ou pour elle. C'est d'autant plus touchant que ces gens ne sont pas toujours des intellectuels. C'est un début du progrès humain, une conception de la sexualité duelle : je « banderai » mieux si elle réagit... Les Africains ont souvent des motivations moins altruistes, fruit d'une société plus machiste. Ils peuvent concevoir leur sexualité sans celle de leur femme, mais comme elle les embête vraiment, ils l'accompagnent. »



Dès la racialisation de la sexualité, on arrive à une véritable question raciale qui est soulevée et cela est le cas en particulier des débats qui ont lieu au sein du Service B. Le regard de l'autre, le Français blanc dominant, est interrogé comme déclencheur d'un sentiment d'infériorité. Deux phénomènes ont déjà été mis en relief par rapport à l'impact d'un regard racial sur la construction d'un regard sur soi racialisé. Le premier consiste dans la réticence que ces femmes ont à s'afficher et à revendiquer leur statut de « victimes » de l'excision. Bien que leur plainte soit évidente, elles développent des stratégies pour contourner et singulariser leurs demandes de réparation. La deuxième consiste dans les débats explicites au sein du Service B sur les effets de la discrimination raciale.

Au sein du parcours médical de réparation qui prévoit plusieurs consultations, les femmes excisées se montrent prêtes à répéter les mêmes éléments fondant leur demande de chirurgie à plusieurs reprises et devant plusieurs spécialistes différents. En revanche, ces patientes n'utilisent jamais le terme « victime », elles préfèrent se construire comme « anormales » ou « différentes ». Aucune d'entre elles est allée en justice, aucune des femmes au sein du Service A n'a porté plainte contre ses propres parents. En réalité, l'histoire de la jurisprudence française en matière de procès pour excision a été particulièrement animée dans les années 1990, où des peines exemplaires ont été attribuées à des parents et à une exciseuse vivant sur le territoire français (chapitre 3). Depuis, ce genre de procès a moins intéressé l'opinion publique et ils ont été moins médiatisés. Les femmes de leur côté, n'expriment jamais le désir d'une punition pour les auteurs de leur excision, ni ne souhaitent vraiment voir leur parents emprisonnés. Au contraire, leurs attentes de justice portent sur le désir de réparation ; elles espèrent éventuellement pouvoir en parler un jour à leurs parents, ou – et cela est plus rare – elles espèrent que leurs parents leurs demandent pardon. Dans ce sens, les femmes excisées constituent une catégorie théorique de victime, mais dans la pratique elles ne le sont pas. Elles refusent d'être vues comme des « vulgaires victimes », étiquette qu'elles rejettent avec constance.

Je ne veux pas être l'incarnation de la « femme qui a été excisée quand elle était petite ». Je ne veux pas être réduite à cela. On dirait que mon interlocuteur n'a pas entendu la partie de mon discours où j'explique que j'ai cheminé et que mon opération était une reconstruction. Du coup, j'endure toutes sortes de phrases convenues sur la brutalité des hommes en Afrique, sur la nécessité d'enrayer cette pratique abominable. Et ça m'énerve. Parce qu'au final, ces phrases restent très générales et très éloignées de moi et de ce qui m'arrive. [Blog Papillon]

Cette vision simplifiée de la réalité ne correspond pas à ce qu'elles vivent, ne décrit pas les rapports qu'elles ont avec des Africains de leur famille ou de leur entourage, rapports qui ne se structurent pas forcément – ou exclusivement - sur la violence et sur la brutalité. La plupart du temps ces femmes ne haïssent pas leur famille, pas plus que des femmes non excisées qui pourraient haïr la leur. Bien qu'elles puissent vivre mal la difficulté, voire l'absence de communication autour du sujet de leur excision, elles ne rejettent pas systématiquement leurs parents (chapitre 8). Pourtant, toutes les femmes engagées dans un processus de réparation ont rejeté l'excision, l'ont condamnée, l'ont problématisée et veulent réparer leur sexualité. La figure de la victime ne vient pas des femmes excisées, c'est une représentation venant des entrepreneurs de morale de la scène internationale. La cause de l'excision, dès qu'elle a été adoptée par les agences internationales de l'ONU, est devenue une affaire publique, un crime et un problème de santé publique universellement reconnu. Mais dans le quotidien, la plupart des femmes ont des rapports complexes avec leur entourage. Cette pratique, qui est souvent comparée au viol, définie comme une forme de domination masculine, est en réalité une tradition féminine qui est transmise par les femmes, lesquelles avec l'excision transmettent également un rapport au féminin qui est douloureux, traumatisant voire dévalorisant. L'excision ne peut pas être comparée au viol car il n'y a pas un coupable qui est clairement identifiable et à qui on peut imputer la seule responsabilité de l'acte. Dans le cas de l'excision, l'agresseur n'est pas individualisé, c'est toute la culture, toute la famille, toute la communauté qui est condamnée.

Au sein du Service B, la préoccupation concernant les effets de la discrimination raciale sur la communauté africaine sont discutés dans les séances des réunions de staff au sein d'un hôpital public. Selon l'ethnopsychothérapeute, le racisme envers les noirs engendre – ou du moins alimente - un « verrou » dans la communauté africaine. Le racisme français favorise la prolifération des sentiments collectifs, telle que la haine des minorités qui se replie sur soi-même et se renferme à l'intérieur d'organisations communautaires.

Il y a un verrou quand même. Le problème du racisme fait qu'il y a quelque chose de logique et en même temps destructeur qui fait que des noirs du Congo n'ont rien à voir avec les Soninkés et avec leur mode de vie, mais qui vont pouvoir s'identifier parce qu'ils sont noirs dans une société de blancs.

Ces groupes ethniques ainsi constitués développent une organisation interne qui communique de moins en moins avec l'extérieur et, à l'opposé, de plus en plus structurée de manière interne. À l'écart de la société, la communauté fait circuler des normes alternatives aux normes dominantes. La loi et les normes de la société peuvent ainsi transgressées – tel est le cas du maintien de la pratique de l'excision - sans dans ce sens perdre les liens sociaux ni les pactes de loyauté établis avec « les siens ».

Je ne voudrais pas forcément qu'elles portent plainte, mais que cette légende « ça se passe chez les blancs mais pas chez les noirs », que parler de ce qui se passe chez les noirs c'est les trahir, je veux que ça pète ! C'est pas possible ! Et bien sûr que j'ai une arrière-pensée c'est qu'après ça commence à porter plainte et d'être là pour les soutenir. Les agressions sexuelles au sein de la famille sont doublement verrouillées par le fait d'une croyance que « ça ne se passe pas chez les noirs » et la croyance que parler c'est trahir et fragiliser la communauté. Il y a cette idée que le pays « d'accueil » est un ennemi auquel il ne faut pas livrer les siens. Au nom de cette idée de protection du groupe, ils sacrifiaient leurs enfants et je pense que c'est exactement ce mécanisme-là en lien à la dimension raciste qui joue aussi un rôle... [dans le maintien de l'excision].

La question de la race est au centre de la réparation clitoridienne. Traitée à différents degrés, elle apparaît autant comme un élément de discrimination qui fige des comportements, des choix ou des qualités dans des traits culturels stéréotypés, qu'elle est explicitement problématisée comme un élément participant au maintien et à la reproduction de la pratique de l'excision. Les femmes excisées, quant à elles, ne sont pas des victimes. Au sein d'un parcours de réparation qui est désormais institutionnalisé, elles investissent la démarche réparatrice d'autres éléments venant de leurs histoires personnelles et de leurs expériences sexuelles. Le parcours médical de reconstruction clitoridienne suite à l'excision devient un lieu institutionnel pour régler d'autres questions, telle la discrimination raciale vis-à-vis de certaines populations.

### **De la politique du traumatisme à la politique de la réparation**

L'analyse du phénomène médical de prise en charge de l'excision et de réparation clitoridienne a permis de relever la complexité des rapports entre les acteurs en scène. Si les relations entre les nouvelles ou potentielles citoyennes (patientes) et les anciens citoyens (professionnels de la santé) se révèlent inégalitaires, les stratégies élaborées par les femmes d'une part et les principes de solidarité invoqués par le corps médical d'autre

part montrent un processus de décolonisation des relations. La question de la race est désormais intégrée dans les discours, et si elle fait encore l'objet d'une construction stéréotypée de la réalité, due à une approche universaliste qui hiérarchise plus qu'elle n'efface les différences culturelles, la race est une question qui est abordée et fait l'objet d'une préoccupation des agents de la santé.

Si les médias favorisent l'instauration d'une politique de la pitié dans le sens où ils permettent la reproduction d'un rapport distant entre des malheureux souffrants et des bienheureux spectateurs (Boltanski, 1993), le spectacle de l'excision appelle à un engagement qui casse la distance mise entre le soi observateur et l'autre souffrant. L'identification au corps et à la situation des « femmes de là-bas » par les « femmes d'ici » déplace l'implication politique face à l'objet. Les rapports entre les pays du Nord et les pays du Sud se voient chamboulés, la réaction des premiers va au-delà d'une simple « indignation sympathique » (Boltanski, 1993). Le fait de se sentir touché et ensuite obligé de réagir place le témoin de la souffrance dans une politique de la réparation qui implique un engagement plus profond dans la relation avec l'autre que la simple position du spectateur. Si les rapports coloniaux sont à l'œuvre, si la race ne s'efface pas, il est aussi vrai que les rapports de domination ont évolué, se sont complexifiés. La prise en charge des coûts, la constitution et la mobilisation de savoirs experts et la mise à disposition d'organismes étatiques tels que l'hôpital montrent un engagement concret de l'administration française face à une problématique importée.

Dès le départ, les premières féministes se sont identifiées à la souffrance des femmes noires africaines excisées (encadré 1.4), faisant leur cette cause étrangère (encadré 1.3). Or si cette identification était à l'origine naïve et faussée par le manque de reconnaissance des diversités qui séparent les femmes des pays du Nord des femmes des pays du Sud, cette identification primaire a désormais évolué dans une forme politique de solidarité. Les femmes issues des pays du Sud également se complexifient, la deuxième génération partage parfois très peu en termes de proximité d'expérience et de caractéristiques avec la population de premières arrivantes avec qui les seuls éléments en commun sont l'origine nationale (parfois ethnique) et l'excision.

## **D'une politique de la pitié suscitant la compassion à une politique de la réparation demandant un engagement**

Dans le modèle théorisé par Hannah Arendt ([1958]2012), la politique de la pitié voit deux sujets impliqués, les personnes qui souffrent d'un côté et les personnes qui ne souffrent pas d'un autre côté. La « question sociale » ici traitée, le caractère masculin de la violence faite aux femmes (mutilation sexuelle) afin de limiter sexuellement les demandes en termes de besoins sexuels d'un côté et la résolution à travers la réparation de la sexualité (physique et politique) de l'autre côté s'insère dans un cadre théorique différent. La question de l'égalité est au centre de cet engagement vis-à-vis des femmes excisées, autant du point de vue de l'engagement féministe (égalité dans la sexualité) que de celui de l'engagement humanitaire (égalité dans la santé). La volonté de leur donner les moyens d'accéder aux droits qu'elles méritent, de les rendre capables d'adhérer aux nouvelles normes de la sexualité (capabilités sexuelles) et de devenir ainsi des concurrentes valides et validées sur le marché de la sexualité, fait partie des valeurs morales qui dépassent la profession médicale. L'inégalité entre les acteurs persiste lorsqu'elle est relative à la typologie spécifique de la relation thérapeutique, cette inégalité semble vouloir être effacée par les acteurs lorsque ces derniers se confrontent sur un plan différent, c'est-à-dire en dehors de l'hôpital ou au-delà des rôles assignés en son sein.

Dans le modèle d'une politique de la pitié, les deux acteurs impliqués se trouvent dans des positions inégalitaires, les requérants d'un côté et les administrateurs de droits de l'autre côté. Or s'il est vrai que la justice inégalement distribuée est l'enjeu de la question de la réparation clitoridienne, les droits sexuels étant inaccessibles pour une catégorie de personnes (les femmes excisées) alors qu'ils sont au contraire accessibles pour la deuxième catégorie de personnes (professionnelles de la santé femmes libérées/émancipées), les femmes excisées ne s'expriment pas prioritairement sur le ton de la pitié.

Par ailleurs, dans le modèle politique de la pitié de Boltanski, la figure des femmes excisées correspond à la figure des malheureux, des souffrants tandis que la figure des femmes libérées/épanouies dans leur sexualité correspond aux non malheureux. Mais à la différence de cette politique de la pitié, il y a dans la politique de la réparation une solidarité entre ces deux acteurs qui occupent pourtant une place telle (différence de race, de classe, de statut politique) qu'elle ne permet pas une *sororité* (Wallace, 2008 :). Dans son fonctionnement, la politique de réparation intègre les règles d'une politique de la justice au

moment où elle situe le mérite (la maturité de la femme) comme condition nécessaire pour obtenir la réparation, et par celle-ci la possibilité d'obtenir un statut supérieur au niveau juridique (être femme à part entière). Dans la politique de la pitié au contraire la question demeure rhétorique, elle ne s'accompagne pas d'une mise à l'épreuve. Dans le cadre de celle-ci, la position des non malheureux implique un rôle de « spectateur pur » (Boltanski 1993 :50) qui se caractérise particulièrement par l'indétermination de leur opinion et leur désengagement. Ce détachement est la condition nécessaire qui fait du spectateur un témoin impartial et donc crédible.

<b>Tableau 12.1</b> <b>Type de politique</b>	<b>Relation</b>	<b>Statut des sujets</b>	<b>Sentiments</b> <b>Implication</b>	<b>Action</b>	<b>Réaction</b>
<i>Politique de la pitié</i>	Espoir	Malheureux	Ressentiment	Souffrance	Gratitude
	Sympathie	Spectateur	Bienfaisance	Observation	Attendrissement
<i>Politique de la réparation</i>	Attente	Victime	Justice	Revendication	Satisfaction
	Engagement	Administrateur de justice	Culpabilité	Lutte	Libération

Le spectateur à l'intérieur d'une politique de la pitié, face à la souffrance d'autrui peut ressentir une « indignation sympathique » (Boltanski, 1993), mais ce sentiment ne le pousse pas à agir, à intervenir dans un engagement politique différent de la posture du spectateur. La souffrance observée chez l'autre attendrit le spectateur qui, en s'émouvant à distance, aura le sentiment d'être déjà un bienfaiteur. Le sujet malheureux rendu conscient de susciter de l'intérêt chez un non malheureux s'adonne à un espoir paradoxal, puisque par cette distance sans espoir, le malheureux ne peut qu'être reconnaissant de cet intérêt gratuit manifesté.

Dans une politique de la réparation, l'engagement de l'acteur non malheureux est différent. Il n'est plus un simple spectateur dès le moment où il rentre dans le registre de l'intervention. Les féministes, dans le milieu militant et dans leur profession, les professionnels mobilisés par un idéal humanitaire, trouvent un engagement personnel, parfois politique voire spirituel, dans l'action qu'ils entreprennent. L'indignation sympathique devient une empathie, le fait d'agir en faveur d'une souffrance manifestée est une forme de devoir, de nouvelle responsabilité. De l'autre côté, les femmes excisées à qui

on demande la manifestation corporelle ou le récit de leur souffrance, répondent à une demande de preuve qui les habilite à obtenir une compensation en justice. Leur position vis-à-vis des non malheureux n'équivaut plus à un espoir abstrait et naïf, leur demande est une revendication qui attend compensation et satisfaction. Les femmes excisées, tout en étant dans une position dominée et subordonnée, sont néanmoins conscientes des droits qui les attendent et dont elles peuvent bénéficier.

### **La réparation ne demande pas une incorporation du traumatisme**

Dans le cadre politique illustré par Fassin et Rechtman (2007), l'empire du traumatisme se fonde d'une part sur la reconnaissance d'un traumatisme collectif qui crée « le lien moral entre la mémoire traumatique collective et l'événement fondateur » (Fassin et Rechtman, 2007 : 129), d'autre part sur une « pratique clinique individuelle qui cherche à réinscrire cet événement dans l'histoire singulière de chaque sujet » (Fassin et Rechtman 2007 : 129). Or, s'il est vrai que les mutilations sexuelles ont été construites comme un crime touchant des millions des femmes dans le monde, les études épidémiologiques venant renfoncer la perception collective du phénomène (chapitre 2), il est aussi vrai qu'il manque dans cette construction de l'objet la constitution des femmes excisées en sujet politique. La première partie a illustré les étapes et les évolutions de la genèse du problème et de la construction d'une catégorie le définissant en termes de crime et de problème médical. Or, les féministes – plutôt que les femmes africaines elles-mêmes – se sont engagées dans la lutte et ont adhéré à cette construction, cette dernière n'étant pourtant le fruit ni d'une invention ni d'une proposition des féministes elles-mêmes. Les entrepreneurs de cause dans la lutte contre l'excision, les acteurs qui ont contribué à produire un tournant institutionnel dans sa perception en tant qu'objet condamnable et condamné ont été les agences de l'ONU et l'OMS. À partir des années 1980, les féministes ont commencé à former un consensus interne et se sont constituées en sujet uni dans ce combat. Toutefois ce sujet politique, les féministes, n'englobe pas forcément les femmes excisées sur le terrain, lesquelles se sont vues imposer des campagnes de sensibilisation autant en Afrique qu'en contexte migratoire.

Les femmes excisées qui formulent une demande de réparation considèrent l'excision comme un problème. Toutefois, elles ne sont qu'une faible minorité – et aucune dans mon

étude – à avoir intenté des actions en justice pour dénoncer les mutilations sexuelles comme une violence subie. Si l’excision est un crime et a fait en effet l’objet d’un traitement en justice, les femmes, quant à elles, se sont rarement constituées en sujet juridique et jamais comme sujet politique revendiquant le statut de victime. Au contraire, et cela a été montré, ce statut est rejeté, par le fait que concrètement, au quotidien, il s’agit d’un statut difficile à porter ; il constitue un marqueur de honte et de discrimination au même titre que l’excision physique sur le corps. L’obtention d’une réparation matérielle (le remboursement d’une chirurgie réparatrice) est le résultat, d’une action collective entreprise par d’autres acteurs (ONU, OMS, féministes). Ces entrepreneurs de cause, qui n’étaient pas forcément eux-mêmes les victimes de l’excision, identifient comme coupable un objet abstrait puisque l’excision a été démontrée qu’elle est le fruit d’une idéologie politique (inégalité), d’un type de représentation de la société (la domination masculine).

L’égalité comme valeur de ce combat politique, la volonté d’égaliser les discriminations frappant les femmes au nom de leur seule inscription sexuelle, a fait « gagner ce procès ». À l’intérieur du parcours hospitalier, le corps médical attend des femmes la formulation d’un discours engagé, un discours « mûr » qui révèle que le sujet est prêt pour changer de statut. Il est toutefois vrai que, nonobstant le fait que la catégorie des « femmes mûres » est recherchée par les spécialistes et qu’elle est également privilégiée par eux, le corps médical accepte un discours moins « mûri », moins développé et moins réfléchi venant des femmes qui ont, elles, moins d’outils pour le produire. Ce profil de patiente, qui se trouve principalement au sein de la population des femmes migrantes, peut encore susciter de la compassion car l’argument exposé est le corps, témoin et preuve concrète des innombrables souffrances endurées. Ainsi une politique de la compassion plus que de la pitié persiste pour cette catégorie de patientes. Autrement que les femmes qui produisent un discours mûr, elles produisent une demande sur le ton de la dénonciation. À travers la formule « je veux qu’on me rende ce qu’on m’a pris » elles revendiquent une réparation pour l’injustice sociale subie.

Si, comme il est préconisé dans la politique du traumatisme, la narration de l’expérience doit souligner précisément la dureté de l’épreuve traumatique endurée, dans la politique de la réparation les femmes sont invitées également à montrer les séquelles que le traumatisme a laissées, mais également à montrer les capacités qui leur permettront de « s’en sortir » et d’être ainsi réparées. Le récit sert à la fois à dénoncer le traumatisme ainsi



qu'à produire une histoire collective clinique de l'excision. Toutefois, cette histoire, bien qu'elle soit répétée, semble pouvoir s'affranchir du statut figé et stigmatisant de la victime. Les femmes excisées s'émancipent de leur expérience traumatique grâce à la possibilité de pouvoir la réparer. Cette réparation thérapeutique est politique car elle a été réalisée par l'association, la collaboration, la participation, enfin l'engagement des différents acteurs sociaux autant sur le plan national que sur le plan international. D'une réparation clinique à une réparation politique, la reconstruction du clitoris résume une histoire de solidarité globale, relève l'apparition des nouvelles formes de mobilisation et avec elles de production des droits, de réalisation d'une citoyenneté au-delà des nationalités et des papiers.

Le corps des femmes et la sexualité féminine sont mis au centre de ce projet, qui, s'il est normalisateur à travers l'action médicale, il permet aux femmes excisées d'accéder aux droits sexuels et à l'égalité recherchée avec les autres femmes en France.

## **CONCLUSIONS GENERALES**



## Conclusions – La sexualité est un champ d'action

---

La possibilité d'une réparation change le regard sur les femmes excisées en France. Notre travail montre que contrairement aux attentes initiales, les femmes qui demandent une réparation ne sont pas les jouets passifs d'une médecine qui se contenterait de normaliser leurs corps. Loin de se voir comme des victimes et de chercher à susciter la compassion des dominants, ces femmes sont des actrices dans un parcours de réparation, qui prend la forme pour elles d'un projet personnel et d'une entreprise sur soi. Élément de la demande, la sexualité n'est pas strictement sexualo-centrée; la reconstruction du clitoris n'est pas recherchée exclusivement à des fins de plaisir. Située au carrefour de nombreuses sphères sociales, l'expérience personnelle et sexuelle des femmes excisées donne à voir une sexualité qui couvre un champ excédant ses définitions psychologiques et sexologiques. Activité relationnelle, la sexualité permet de construire des liens forts dans les unions, déconnectées des institutions (Etat, Eglise), mais c'est aussi un espace politique, puisqu'elle permet de réaliser des droits sexuels et d'accéder à l'égalité envers la population majoritaire. La problématique de la réparation clitoridienne renouvelle également le regard sur l'activité médicale, qui reste normative, mais intègre les revendications féministes à travers la reconversion d'un savoir militant en une pratique professionnelle, comme le montrent les biographies personnelles des professionnels des services hospitaliers. La réparation du clitoris des femmes excisées constitue en définitive le paradigme d'une *politique de réparation*.

La responsabilité de la chercheuse sur le terrain est celle de restituer un regard sur l'objet questionné tout en se souciant des effets moraux et politiques que cette restitution peut provoquer. L'adoption des *capabilités*, comme outil à la fois théorique et méthodologique, a permis de rendre compte non seulement de la logique des demandeuses, mais aussi de la valeur morale que ces dernières attribuent à la chirurgie, bien différente de celle du corps médical. L'égalité est un bien que les femmes excisées, migrantes ou issues de la migration, souhaitent acquérir pour mieux s'intégrer à la population d'accueil.

## **Ne pas isoler les expériences individuelles de leur contextes**

L'approche des capacités propose une nouvelle perspective de recherche. Cet outil théorique acquiert sa force lorsqu'il est utilisé en lien à d'autres approches, notamment à une sociologie de l'action publique et des mobilisations. La première partie de la thèse, où l'analyse adopte une approche de sociologie des mobilisations, met en exergue d'une part la construction d'un problème social (les mutilations sexuelles féminines) de l'autre les formes de traitement élaborées et leurs formes d'institutionnalisation (criminalisation de la pratique et invention de la réparation). L'approche des capacités permet d'articuler discours publics et biographies individuelles en relevant les formes pratiques qu'ils revêtent dans les trajectoires effectives, les récits individuels et les expériences personnelles et sexuelles.

Le travail empirique décrit les dynamiques qui opèrent dans l'institution médicale par excellence : l'hôpital. Ont été analysées les interactions entre les membres de l'équipe (Service A et Service B), les interactions entre les deux équipes, entre le personnel hospitalier et d'autres acteurs sociaux (Service B), la construction et la négociation du protocole élaboré et son application, la compréhension du raisonnement médical à travers l'analyse des raisons invoquées lors de la discussion des dossiers des patientes (Service A). L'ethnographie hospitalière fait apparaître que le droit à la chirurgie réparatrice n'est jamais acquis. Si l'Assurance maladie rembourse la chirurgie réparatrice (et la totalité du parcours de réparation), l'autorisation d'effectuer l'opération est donnée par l'équipe médicale, qui évalue les demandes des femmes. Le droit ne s'applique pas de manière automatique par le simple fait qu'il existe, il faut encore qu'il devienne accessible et ensuite applicable. La reconstruction de la logique des demandeuses à travers la notion de capacité permet de questionner non seulement leurs capacités individuelles, mais les conditions matérielles d'application des droits. Dans les cas des filles de migrants, les stratégies discursives sont déterminantes pour évaluer leur maturité et obtenir une chirurgie. D'autres caractéristiques le sont, comme la « mobilité » invoquée par la sexologue, c'est-à-dire cette capacité de se débarrasser d'une idée, voire d'une idéologie culturelle, pour faire place à une nouvelle qui est proposée par l'équipe. Dans les cas des migrantes socialisées en Afrique, la manifestation de la douleur et la mise en avant des difficultés sociales et matérielles constituent des arguments solides (indication médicale) pour justifier une intervention chirurgicale. Aux yeux de l'équipe, la « maturité » ou la

« précarité » représentent des conditions essentielles pour l'opérabilité. Les capacités permettent donc de relever ces deux aspects centraux dans la réalisation d'une activité : les capacités individuelles et les conditions socialement déterminées.

À la lumière du travail empirique et de l'analyse effectuée, la thèse suggère une perspective d'enquête qui intègre l'approche des capacités à l'analyse des parcours biographiques dans une démarche quantitative, ce qui a été réalisé à travers le traitement statistique des dossiers sur une petite population. L'exploitation des données institutionnelles (conventions, législation, réformes administratives) est également intégrée à l'analyse des parcours biographiques. Ces données constituent les éléments qui pèsent de l'extérieur sur les parcours possibles au sein de l'hôpital – comme au sein d'autres institutions, comme l'institution judiciaire. Les données organisationnelles sont également prises en compte (le protocole de l'équipe, les consultations, le fait d'effectuer le parcours complet, la politique de l'équipe – les arguments, les choix, etc.). Ces données représentent notamment les éléments qui façonnent les moments clés susceptibles de constituer des bifurcations (Bessin 2010) dans le parcours individuel, tels qu'une consultation ou un examen supplémentaires, l'attente de la réparation, la chirurgie elle-même.

Croiser analyse statistique des dossiers et analyse thématique des entretiens approfondis, permet d'inscrire les récits biographiques dans leur contexte, d'accéder aux choix formulés par les femmes excisées dans des moments donnés de leur vie, de restituer aux femmes le sens qu'elles-mêmes donnent aux données institutionnelles, organisationnelles et biographiques à l'intérieur de leur propre parcours et enfin de ne pas tout réduire au rapport de l'individu à l'hôpital, comme si tous les choix dépendaient exclusivement du pouvoir médical (pouvoir institutionnel, décision médicale). Les femmes reconstituent différemment – à l'intérieur de leur récit biographique – l'impact que la chirurgie a dans leur trajectoire personnelle, ou dans le cas inverse, les conséquences d'un refus, souvent non communiqué.

Le croisement des données biographiques (entretiens approfondis), institutionnelles (traitement statistique des dossiers médicaux) et organisationnelles (ethnographie hospitalière), permet de relever donc l'impact des institutions (et des droits) dans l'expérience personnelle. L'analyse croisée de ces trois dimensions à l'intérieur d'un parcours met en lumière les ressources, les contraintes, les opportunités, les possibilités, mais aussi les impossibilités de réalisation des individus. Ces éléments réunis permettent

de comprendre alors les bifurcations des parcours et de relever les conditions dans lesquelles les choix sont effectués. L'analyse des bifurcations à l'intérieur des parcours hospitaliers (abandon, sortie) montre que ces moments correspondent à des réorientations de la trajectoire - personnelle ou sexuelle - des femmes (sortie du foyer familial, sortie ou mise en couple, arrivée d'un enfant, etc.). La comparaison des caractéristiques des femmes selon leur parcours ou le fait qu'elles aient ou non été opérées, permet de montrer l'existence de deux profils de patientes, les femmes socialisées en France et celles socialisées en Afrique, auxquelles sont destinées des formes de prise en charge adaptées. Cette distinction est opérée par l'équipe hospitalière sur la base des critères indiquant la précarité chez certaines patientes, la maturité chez d'autres.

L'interrelation entre facteurs individuels et sociaux permet de dégager et d'analyser deux logiques de manière simultanée. Les caractéristiques acquises ou assignées des individus n'ont pas une valeur absolue ; ces caractéristiques acquièrent un sens, et changent de sens, selon le contexte spécifique, au sein duquel des normes morales définissent les biens, en distribuant ainsi les opportunités comme les inégalités. À l'intérieur de ce jeu complexe, les caractéristiques valorisées constituent des facteurs de conversion qui ont un impact sur les possibilités des individus de convertir leurs ressources en capacités d'agir. L'analyse situationnelle des capacités guide l'expérience empirique, même si elle n'a été pleinement développée que dans la phase de montée en généralité.

### **Les capacités dans la sociologie de la sexualité**

L'analyse des entretiens menés auprès des patientes inscrites dans un parcours médical de réparation et celle du blog de Papillon, femme engagée dans une démarche de reconstruction de sa sexualité, permet d'accéder à la parole des femmes excisées. Ces dernières ont un regard propre sur leur excision et leur parcours de réparation. Pour les femmes excisées engagées dans une réparation clitoridienne, la démarche de réparation représente l'occasion pour elles d'accéder à une forme d'égalité avec les autres femmes vivant en France. Concrètement, la réparation permet de développer des *capacités sexuelles* : d'une part le « parcours » représente une condition de réalisation des droits sexuels, d'autre part les femmes sont censées mobiliser des capacités spécifiques face à l'équipe médicale.

Le projet de réparation pour les femmes excisées correspond donc à une entreprise de soi, élaborée par elles-mêmes et pour elles-mêmes. En effet, la chirurgie réparatrice en France, à ce stade d'institutionnalisation, relève encore du choix personnel. Pour l'instant, il s'agit d'une petite population : d'après l'enquête ExH, environ 3,5% des femmes excisées vivant en France entreprennent une chirurgie reconstructrice du clitoris. Il s'agit donc d'une population fortement sélectionnée, dont la thèse dresse le portrait. On peut se demander si l'aspiration à la chirurgie réparatrice va se généraliser parmi les femmes excisées, voire se transformer en une injonction sociale à l'instar d'autres comportements lorsqu'ils sont médicalisés (contraception, allaitement au sein, grossesse précoce, etc.). Touchant à la sexualité, la chirurgie réparatrice du clitoris est susceptible d'engendrer également de nouvelles aspirations : on peut notamment se demander si les femmes excisées, une fois réparées ne seront pas soumises à l'impératif d'être sexuellement plus actives qu'avant.

Cette chirurgie est investie d'un sens supplémentaire, celui d'une demande d'égalité. Par cette réparation, les femmes désirent augmenter leur marge de manoeuvre dans la négociation des rôles sociaux dans la sphère privée, dans leurs relations, voire leur place dans la société. C'est l'égalité avec les autres femmes vivant en France qui est recherchée, plus que l'égalité avec les hommes. Si la sexualité devient un espace où l'on peut faire valoir des compétences (sexuelles, relationnelles, sociales) qui sont valorisées dans la société occidentale contemporaine, les rapports de race se voient également recomposés à travers ces processus : les femmes occidentales constituent un modèle pour d'autres femmes.

Les femmes excisées veulent être égales aux « autres femmes ». Il reste à préciser en quoi consiste cette égalité recherchée. Ce *quelque chose* qui les rend égales est le clitoris. Mais, est-ce le fait de le posséder ou la possibilité de l'utiliser ? Ou encore, est-ce le pouvoir symbolique dont le clitoris se voit investi dans la négociation sexuelle ? Les usages sociaux du clitoris sont multiples selon la lecture que l'on fait des trois niveaux du corps physique, social et politique (Sheper-Hughes, Lock, 1987). Lorsque l'on essaie de décliner une valeur philosophique – comme l'égalité – cette dernière peut acquérir une multiplicité de formes possibles en lien à l'hétérogénéité fondamentale des êtres humains. La réparation du clitoris – comme réalisation d'une égalité pratique – peut à son tour produire des effets diversifiés lors de son accomplissement : la satisfaction sexuelle (plaisirs réalisés, désirs assouvis), l'aisance (corporelle, conjugale, sociale), la qualité de vie (taux de mesure des



conditions de vie). L'usage de cet organe doit donc être compris à l'intérieur de ces différents espaces qui permettent d'évaluer nos vies en termes de réalisations.

Dans la mesure où le clitoris représente un moyen (clitoris = droit-contrainte) pour réaliser l'égalité (droit but), il s'agit de déterminer les évolutions sociales qui permettent d'égaliser les ressources afin de permettre l'accès aux biens jugés nécessaires. Dans le cas de la sexualité, la réparation du clitoris permet aux femmes excisées d'utiliser ce bien (le clitoris comme organe au service de la relation) pour augmenter leur pouvoir d'action (*agency*). Les femmes excisées se disent limitées dans leur pouvoir d'action et cette limite est attribuée à l'excision. Certaines ne se sentent pas libres de quitter un partenaire, même lorsqu'elles le souhaiteraient, car elles ont peur que personne d'autre ne veuille d'elles. D'autres n'osent pas sortir avec un homme français car elles ont peur d'être rejetées ou alors elles n'osent pas dire que le rapport sexuel les laissent insatisfaites, et simulent du plaisir en culpabilisant, convaincues d'être elles-mêmes le problème. Les femmes excisées se confrontent aux potentialités exprimées par les « autres femmes » non-excisées qui sont prises comme modèle, comme la valeur absolue venant fixer la norme. Le sens de l'égalité acquise dans la vie personnelle d'un individu peut se décliner par rapport à soi-même et par rapport à l'absolu. L'analyse des raisons qui fondent la demande des femmes excisées permet de comprendre ce que représente l'égalité pour elles. Les rapports de domination de race ou de sexe n'ont pas disparu, ils opèrent dans d'autres lieux, notamment à travers de nouvelles formes de civilisation des corps.

L'égalité est une utopie qui se fonde sur un idéal politique, plus que sur l'observation de la réalité. Or, dans le cas de l'égalité en matière de sexualité, la médecine exerce une fonction normative pour la réaliser, car un modèle idéal (droit-contrainte) doit être posé. Dans le cas de la sexualité les droits-contrainte peuvent être l'hétéronormativité, la sexualité émancipée/libérée des femmes, le plaisir clitoridien, etc. Le rôle normatif de la médecine dans le cas de la sexualité des femmes excisées se justifie par la nécessité morale d'apporter la normalité dans la vie de cette population minoritaire, voire handicapée. Cette normalité est, par ailleurs, recherchée, partagée et espérée par les femmes excisées elles-mêmes. La médecine a ainsi acquis le rôle social et la fonction politique de réparer des injustices.

## Reconfiguration morale de la médecine : féminisme et solidarité

Le cas de la réparation clitoridienne montre que la médecine peut devenir un espace procédural de régulation de la justice en matière de santé et de sexualité. La diversification de l'offre de réparation permet de penser une pluralité de types de demandes qui ne sont pas exclusivement sexualo-centrés. Si la médecine reste normative, elle ouvre également un espace de réflexivité pragmatique, se liant au monde associatif, et intégrant des logiques militantes. Les politiques de la réparation examinent des individus qui, par leurs biographies métissées et par la complexité d'une histoire sociale collective, ne sont pas des entités singulières figées, mais peuvent circuler en même temps dans plusieurs univers sociaux.

La sexualité féminine est médicalisée par le fait que la médecine (gynécologie et sexologie) a le pouvoir d'établir ce qui est normal et ce qui ne l'est pas. Si dans la logique médicale, ces femmes doivent être réparées à travers une *normalisation de leur corps*, et a fortiori de leur sexualité, dans la logique des femmes la réparation est la porte d'accès à l'égalité avec les autres femmes qui sont pour elles le modèle de la normalité. Ces deux logiques sont distinctes mais complémentaires. La réparation de la sexualité se construit pour la majorité des femmes à l'intérieur d'une définition, et donc d'une norme, médicale. Des *formes de libération* attribuées au processus de réparation sont invoquées constamment par les deux acteurs, les patientes et le corps médical. Elles font référence à la libération de la parole sur l'excision, à la libération de la sexualité féminine d'une définition strictement masculine du plaisir et donc d'une domination masculine plus globale, à la libération d'une oppression exercée par la culture de l'excision et donc des « tabous culturels ». Toutes ces formes de libération peuvent être comprises comme le passage à de nouvelles formes d'assujettissement, au sens de Foucault.

De l'idéologie médicale de la sexualité normale à l'utopie républicaine de l'égalité politique, en passant par les revendications féministes des droits sexuels, la sexualité féminine contemporaine est ainsi reconfigurée. Les cadres sociaux de la sexualité (Bozon 2001) changent et avec eux les significations attribuées aux actes. Dans une approche d'économie morale (Fassin 2010), l'intimité devient un nouveau bien social. La politisation de l'espace intime a transformé la question du couple et de la famille en affaire politique. Les revendications féministes, en voie d'institutionnalisation, ont permis de rendre visibles et de dénoncer des injustices touchant les femmes jusque-là ignorées (violences,

exploitation au travail, discrimination de genre). Parallèlement un langage spécifique sur l'intimité s'est développé, le langage psychologique est considéré comme capable de questionner la sexualité. Si cette dernière est souvent exprimée – et pensée – en termes psychologiques, l'institutionnalisation des perspectives féministes a diffusé la norme de réciprocité dans l'activité sexuelle.

L'observation ethnographique effectuée dans deux hôpitaux publics français montre que l'accès à la réparation du clitoris est soumis à une évaluation exercée par des équipes médicales pluridisciplinaires. *L'observation participante* fait apparaître une coopération entre *disciplines médicales* et une *diversification de l'offre de réparation*. L'analyse statistique des dossiers médicaux produits entre novembre 2005 et janvier 2008 au sein du Service A, a permis de tester les hypothèses sur les critères de sélection et sur l'attitude du corps médical en action. Les femmes ayant formulé une demande de réparation sont évaluées en fonction des caractéristiques qu'elles possèdent. La présence de facteurs de *précarité* et/ou de *maturité* détermine l'obtention ou pas de l'opération, mais a également conduit à une *diversification de l'offre médicale*.

S'il est vrai qu'un nombre croissant de chirurgiens sont formés à la technique chirurgicale, celle-ci est inscrite dans une prise en charge globale. Des équipes pluridisciplinaires se sont formées, constituées d'un-e gynécologue, d'un-e psychologue, d'un-e sexologue, d'un-e sage-femme et parfois, plus rarement, d'un-e ethno-psychothérapeute. Ces professionnel-le-s mettent en œuvre un protocole de prise en charge basé sur plusieurs consultations, qui constituent le « parcours de réparation ». Si le constat clinique de l'excision du clitoris apparaît évident, il n'en va pas de même des raisons de la demande. Aux yeux de l'équipe, les motivations constituent un élément dont le poids est important pour établir *l'opérabilité de la patiente*. Les expertises spécifiques de chaque spécialiste sont donc discutées dans des réunions de staff spécialement destinées à ces patientes. La comparaison entre le Service A, le Service B et la prise en charge de Foldès permet de mettre en valeur la différence des préoccupations spécifiques soulevées par les membres de deux équipes, analysés ici comme les *arguments moraux de cette politique de réparation*.

Au sein du Service A, on assiste à une psychologisation de la demande pour les femmes excisées dont la raison s'exprime par leur souhait d'« être comme les autres » et de « se voir normales ». La « quête identitaire » constitue pour l'équipe du Service A une des

raisons principales de la demande. Au sein des consultations, les patientes sont censées produire un *discours sur elles-mêmes et sur leur projet de réparation*. Les spécialistes, notamment la psychologue et la sexologue, détectent alors les « blocages » qui peuvent entraver l'efficacité de la réparation. Les « tabous culturels », voire « la culture de l'excision », doivent être extirpés à travers la *réparation par la parole*. Cette préparation de la patiente à la chirurgie sert à accroître les chances de la réussite chirurgicale, la chirurgie n'ayant pas le pouvoir de restaurer à elle seule la fonctionnalité de l'organe. Au sein du Service B, la *thérapie par les mots* occupe également une place centrale. Au sein de cette équipe, en plus de quatre consultations préalables (sage-femme, ethno-psychothérapeute, sexologue, gynécologue), une dernière consultation collective est proposée. Au final, la demande de la patiente est discutée pendant une réunion de staff, où les membres se confrontent quant à la cohérence du discours tenu par la patiente. Si la chirurgie n'est pas véritablement refusée, l'équipe du Service B soutient que la réparation dont la patiente a besoin est avant tout une *réparation symbolique*. Cette dernière est constituée par la narrativité de la patiente, qui produit, parfois pour la première fois, un récit traumatique de son histoire. Libérées d'un silence, d'un secret qu'elles portent, les femmes excisées sont alors considérées comme réparées ; l'équipe médicale est censée restituer aux patientes la capacité de produire cette nouvelle parole sur l'excision. La chirurgie pour le Service B n'est donc que le geste final, un acte technique qui se situe entre le *thérapeutique et l'esthétique*.

Les formes de traitements se diversifient (psychologisation de la demande, prise en charge communautaire, chirurgicale). Elles restent néanmoins des formes institutionnelles de traitement qui demandent en retour l'adhésion des patientes. L'analyse des stratégies d'adaptation des demandeuses est importante car elle met en valeur les logiques des utilisatrices qui ne sont pas des sujets passifs et privés de tout pouvoir d'action. Ces logiques se construisent toutefois par rapport à un pouvoir qui détermine les règles d'adaptation. Les politiques de réparation ne constituent pas toutes les formes de réparation possibles, mais seulement les réparations proposées par les institutions. Dans un univers plus démocratique, il est néanmoins important d'intégrer dans la réflexion sociologique les effets pratiques des idéaux politiques, les contre-pouvoirs, les formes de résistance comme de complémentarité, les logiques développées par les acteurs qui échappent au ciblage des politiques de la réparation.

## **Procédures de régulation des injustices sociales : les politiques de réparation**

L'invention de la catégorie médico-juridique des « mutilations génitales féminines (MGF) » résulte à la fois de la décolonisation et de la reconfiguration des rapports entre Nord et Sud, de l'apparition sur la scène internationale du droit humanitaire, de l'institutionnalisation des revendications féministes et de la mise en place de la notion des droits sexuels. Initialement vue comme une question de santé publique, reconnue comme crime et dénoncée comme une forme de violence frappant les femmes, les mutilations sexuelles ont finalement fait l'objet d'une politique de réparation de la sexualité. La reconstruction sociohistorique et politique de l'objet permet d'illustrer les étapes qui vont de l'invention des MGF à l'invention de la réparation. Ces pratiques culturelles autrefois ignorées, voire considérées comme exotiques, ont été reformulées en termes de « barbarie » et d'« actes de torture ». Dès la fin des années 1970, des « entrepreneurs de cause » se mobilisent dans la lutte contre l'excision au niveau international à travers les actions des diverses agences des Nations Unies, l'Organisation Mondiale de la Santé, les Organisations non gouvernementales, la société civile et les militantes. L'élaboration d'une politique et d'une action en France est toutefois antérieure à l'élaboration d'un consensus international.

Dès 1978, en effet des procès contre des actes d'excision pratiqués sur des petites filles ont lieu en France. L'excision, qui n'est pas directement mentionnée dans le Code pénal français est considérée comme « une infraction » constituant une torture et un acte de barbarie. Est considérée comme circonstance aggravante, l'excision pratiquée sur une mineure de quinze ans ou qui entraîne la mort. Des peines sévères d'incarcération sont appliquées ; des parents, jugés responsables de non-assistance, voire auteurs de l'excision, vont en prison. Depuis les premiers signalements médicaux en 1978, les affaires d'excision en France ont représenté plus d'une quarantaine de procès, dans lesquels des condamnations ont été prononcées. Durant cette première phase, qui a duré environ vingt ans, entre la fin des années 1970 et celle des années 1990, la justice est l'acteur principal dans le traitement des MGF à travers la répression. Les actions de prévention, menées par les acteurs socio-sanitaires et les militantes, appuient largement la politique de répression des MGF en France.

Dès l'année 2000, une nouvelle époque s'ouvre pour la question de l'excision, celle du pardon et de la réparation. À partir de cette époque, les femmes excisées vivant en France

ont la possibilité de se faire réparer. En 2004, une étape décisive est franchie dans la reconnaissance de la chirurgie réparatrice, par son intégration dans la nouvelle nomenclature des actes médicaux reconnus par la Sécurité sociale. À partir de ce moment, la chirurgie réparatrice est remboursée par l'Assurance maladie. Un nombre majeur de femmes y ont recours, et si au départ cette chirurgie était effectuée dans une démarche individuelle par son inventeur, l'urologue Pierre Foldès, elle se diffuse pour la suite au sein de plusieurs hôpitaux publics. L'association militante GAMS, très active dès la première phase historique (judiciaire), joue un rôle de service social d'appui, en détectant et en orientant les femmes vers la réparation. Le « parcours de réparation » est notamment le fruit de la coopération entre ce groupe militant institutionnalisé et un service médical, le Service A, dont on peut dire qu'il se forme au sein de l'association. Dès lors se met en place une *politique de la réparation* d'une injustice sociale, l'excision, où les formes de traitement envisagées sont à la fois protocolées et diversifiées. Dans les débats publics, ce qui est plutôt mis en avant la chirurgie, puisqu'elle est censée pouvoir réparer physiquement l'organe, mais dans la réalité de l'activité des services médicaux, les consultations sont jugées comme ayant un impact au moins aussi important que la chirurgie dans le « parcours de réparation ».

Relier les mobilisations, les revendications féministes, l'émancipation des femmes et de leur sexualité, la reconnaissance des droits à l'égalité, y compris les droits sexuels permet de reconstruire les conditions de *l'émergence de l'idée de réparation de la sexualité*. Le débat public permet de déterminer les ressources qui seront valorisées, les caractéristiques individuelles qui feront l'objet d'une reconnaissance sociale, les valeurs, les croyances et les attitudes que l'action collective est appelée à soutenir. La revendication d'une réparation peut être lue comme une conquête historique obtenue dans une configuration précise de mobilisations nationales et internationales. Dans ce cas précis, la demande de réparation ne naît pas comme une exigence directement formulée par la population concernée. Elles ne revendiquent le droit à la réparation que lorsqu'il existe déjà. Les femmes excisées ne constituent pas un mouvement social, ce sont des individus unis par un destin commun qui les assigne à *un statut de victimes*. Si certaines le refusent explicitement, d'autres l'utilisent, d'autres encore l'incorporent. Les femmes excisées qui font une demande de réparation refusent cette étiquette, elles se considèrent plutôt comme *différentes* : elles cherchent à réparer une *différence qui les déforme*. Si la réparation est un

droit, elle prend dans sa phase de réalisation la forme d'un service social. Afin de revendiquer leurs droits à la réparation, les femmes excisées demandent à bénéficier d'un service précis : la chirurgie reconstructrice du clitoris.

Face à un système juridique civiliste qui punit systématiquement lorsqu'une loi existe, la médecine coopère avec la justice à travers la *normalisation* des victimes de crimes. Reconnues handicapées dans leur sexualité à cause d'une injustice sociale qui leur a été faite, les femmes excisées vivant en France sont rachetées et libérées d'une culture opprimante à travers la réparation de leur mutilation. La médecine acquiert un rôle clé dans ce processus et devient le nouvel acteur censé réaliser la justice sociale.

À ce titre, la France est unique par le fait d'avoir élaboré un protocole médical qui vise à réparer les dégâts de l'excision. Pratiquée depuis les années 1990, une nouvelle technique chirurgicale permet de reconstruire l'organe et de restaurer ainsi une fonctionnalité sexuelle. Cette réparation, qui est rendue possible par la reconnaissance préalable du statut de victimes des femmes excisées, est censée apporter une nouvelle *normalité sexuelle*. La genèse de la reconnaissance de l'excision comme une pathologie dont la chirurgie réparatrice est remboursée par l'Assurance maladie doit être comprise en lien à la phase répressive antérieure. La France, ancien empire colonial de l'Afrique sub-saharienne, est confrontée aujourd'hui à des nouveaux citoyens potentiels venant des ex-colonies. La politique de type assimilationniste adoptée par la France vise à réduire et affaiblir les réseaux informels entre Nord et Sud, pour favoriser une meilleure intégration des migrants. À la lumière de la question raciale, la politique de réparation adoptée par la France en cas d'excision traduit la volonté à la fois de normaliser et de fonder un pacte de solidarité avec les nouvelles générations.

La chirurgie de réparation est une invention médicale. En ce sens elle pourrait être pratiquée à la demande par certaines femmes qui en ont les moyens – ce qui est le cas dans certains pays- et pourrait n'avoir aucune signification politique particulière. Le droit à la réparation, qui inclut sa prise en charge publique, est tout autre chose: c'est une *politique sociale*, qui ne se limite pas à son aspect médical. La possibilité n'en est pas limitée à celles qui peuvent payer, et elle se fonde sur un principe d'égalité entre femmes. Au-delà de la médicalisation de la sexualité et de la normalisation des corps féminins qu'elle induit, la politique de réparation traduit une politisation inédite de la médecine, ainsi que de la sexualité des femmes des anciens empires coloniaux.

## Bibliographie

---

- ABDALLA Rakiya Haji Dualeh (1982) *Sisters in affliction : circumcision and infibulation of women in Africa*, London : Zed Press.
- ABDULCADIR Jasmine, ORLANDO Vince (2009) Health promotion in women with female genital mutilations, *Journal of andrological sciences*, n°16, p.159-164.
- ABUSHARAF Rogaia Mustafa (2000) Revisiting feminist discourses on infibulation. Response from a Sudanese feminist, in Bettina SHELL-DUNCAN, Ylva HERNLUND (dir.), *Female circumcision in Africa: Culture, controversy and change*, Boulder : Lynne Rienner Publishers, p.151-166.
- ACKER, Françoise (2004) Dossier médical, in : *Dictionnaire de la pensée médicale* (dir.) Dominique LECOURT, Paris : Presses Universitaires France, p.1270
- ACCAD Evelyne (1982) *L'excisée*, Paris: L'Harmattan.
- AGAMBEN Giorgio (2007) *Qu'est-ce qu'un dispositif ?* Paris : Payot&Rivages.
- AHIYI Véronique (1997) Médecin-gynécologue. Henriette Carvalho d'Alvarengo, *Amina*, n°324, avril, p.30.
- AÏACH Pierre, DELANOE Daniel (dir.) (1998) *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris : Economica Anthropos.
- AJAYI Jacob (2004) La politique de réparation dans le contexte de la mondialisation, *Cahiers d'études africaines*, n°173-174, p.41-63.
- AKRICH Madeleine (2005) Introduction, *Cahiers du Genre*, n°38, p.5-14.
- ALBRECHT Gary, RAVAUD Jean-François, STIKER Henri-Jacques (2001) L'émergence des *disability studies* : état des lieux et perspective, *Sciences sociales et santé*, vol.19, n°4, p.43-73.
- ALDEEB ABU-SAHLIEH A.Sami (1994) To mutilate in the name of Jehovah or Allah : Legitimization of male and female circumcision, *Medicine and Law*, Vol. 13, N° 7-8, pp.575-622.
- ALLARD Laurence, VANDENBERGHE Frédéric (2003) Express yourself ! Les pages perso. Entre légitimité technopolitique de l'individualisme expressif et authenticité réflexive peer to peer, *Réseaux*, 117, pp.194-219.



American Sociological Association (1997) Code d'éthique, politiques et procédures du comité d'éthique professionnelle de l'American Sociological Association.

ANDRIEU Bernard (2004) La fin de la biopolitique chez Michel Foucault : le troisième déplacement, *Le Portique* 13-14, mis en ligne le 15 juin 2007, Consulté le 11 juin 2012.  
URL : /index627.html

ANDRO Armelle, LESCLINGAND Marie, CAMBOIS Emmanuelle, CIRBEAU Christelle (2009) *Rapport final. Volet quantitatif du projet Excision et Handicap (ExH). Excision et Handicap : mesure des lésion et traumatismes et évaluation des besoin en chirurgie réparatrice*, Paris : ANR, Ined, Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative.

ANDRO Armelle, LESCLINGAND Marie, POURETTE Dolorès (2009) *Rapport final. Volet quantitatif du projet Excision et Handicap. Comment orienter la prévention chez les filles et les jeunes filles d'origine africaine vivant en France : Une étude des déterminants sociaux et familiaux du phénomène*, Paris : INED, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, ACSE.

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*, n°77, p. 139-161.

ANDRO Armelle, BAJOS Nathalie (2008) La sexualité sans pénétration : une réalité oubliée du répertoire sexuel, In BAJOS Nathalie, BOZON Michel (dir.), *Enquête sur la sexualité en France*, Paris, La Découverte, p. 297-311.

ARENDT Hanna ([1958] 2012) *L'Humaine condition*, Paris: Gallimard.

ARMSTRONG, David (1995) The rise of surveillance medicine. *Sociology of Health and Illness*, vol.17, n°3, p.393-404.

ARNFRED Signe (2004) Re-thinking sexualities in Africa, Uppsala : The Nordic Africa Institut.

ASCHCROFT Bill, GRIFFITHS Gareth, TIFFIN Helen (1995) *The Post-colonial Studies Reader*, London : Routledge.

ASKEW Ian (2005) Methodological Issues in Measuring the Impact of Interventions against Female Genital Cutting, *Culture, Health & Sexuality*, vol. 7, n°5, p.463-477.

ASSAD Marie (1980) Female Circumcision in Egypt : Social Implications, Current Research, and Prospects for Change, *Studies in Family Planning* vol. 11, n°1, p.3-16.

- AUFFRET Séverine (1982) *Des couteaux contre les femmes*, Paris: Grasset.
- AUGE Marc, HERZLICH Claudine (1984) *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris : Editions des Archives Contemporaines.
- AUTAIN Clémentine (2002) Féminismes et sexualité : "jouissons sans entraves" !, *Mouvements*, vol. 2, n°20, p.30-36.
- AWA Thiam (1978) *La parole aux Nègresses*, Paris : Denoël.
- BAJOS Nathalie, BOZON Michel (2008) *Enquête sur la sexualité en France*, Paris : La Découverte.
- BARBOT Janine (2010), Figures de victimes et réparation des violences faites aux corps. Quand la chirurgie esthétique se donne à voir, *Politix*, vol.23, n°90, p. 91-113.
- BARBOT Janine (2002), *Les malades en mouvements. La médecine et la science à l'épreuve du sida*, Paris : Balland.
- BARKAN Elazar (2000) *The Guilt of Nations: Restitution and Negotiating Historical Injustices*, New York : Norton.
- BASZANGER Isabelle (1990) Emergence d'un groupe professionnel et travail de légitimation. Le cas des médecins de la douleur, *Revue française de sociologie*, vol.31, n°2, p.257-282.
- BAUJARD Julie (2005) Ni espionne, ni avocate. La place ambiguë de l'ethnologie auprès des réfugiés In : Bouillon F., Fresia M. Tallio V. (sous la dir.), *Terrains sensibles. Expériences actuelles de l'anthropologie*, Paris : Centre d'études africaines, EHESS, p.125- 143.
- BECKER S. Howard ([1998]1992) *Les ficelles du métier*, Paris : La Découverte.
- BECKER S. Howard ([1963]1985) *Outsider*, Paris : Métailié.
- BECKER Howard S., GEER Blanche, HUGHES Everett C., STRAUSS Anselm L. (1961) *Boys in White: Student Culture in Medical School*, Chicago : University of Chicago Press.
- Beijing declaration (1995) The fourth conference on women, Action for equality, development and peace, Beijing, China.
- BEJIN André (1990) *Le nouveau tempérament sexuel*, Paris : Kimé.
- BEJIN André, ARIES Philippe (1984) *Sexualités Occidentales*, Paris : Seuil.
- BELL Kristen (2005) Genital Cutting and Western Discourses on Sexuality, *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 19, n°2, p.125-148.

- BERENI Laure, CHAUVIN Sébastien, JAUNET Alexandre, REVILLARD Anne (2008) *Introduction aux Gender Studies*, Bruxelles : de Boeck (2ème édition).
- BERER Marge (2010) Labia reduction for non-therapeutic reasons and female genital mutilation :contradictions in law and practice in Britain, *Reproductive Health Matters*, vol.18, n°35, p.106-110.
- BERQUIN, Anne (2010) Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie, *Revue Médicale Suisse*, n° 258, p. 1511-1513.
- BETTATI Marie (1996) *Le droit d'ingérence*, Paris : Odile Jacob.
- BEUSCART Jean-Samuel, DAGIRAL Eric, PARASIE Sylvain (2009) Sociologie des activités en ligne (introduction), *Terrains & Travaux* Vol.1,15, p.3-28.
- BIBARD Laurent (2010) *Mondialisation et sexualité*, Paris : L'Harmattan.
- BINST Marianne (1990) *Du mandarin au manager hospitalier*, Paris: L'Harmattan.
- BIRKE Lynda (1999) *Feminism and the Biological Body*, Edinburgh: Edinburgh University Press.
- BLACKMAN Lisa (2010) Bodily integrity, *Body & Society*, n°16, p.1-9.
- BLANCHARD Pascal, LEMAIRE Sandrine (2003) *Culture coloniale. La France conquise par son Empire, 1871-1931*, Paris : Autrement.
- BLANCHARD Pascal, LEMAIRE Sandrine (2004) *Culture coloniale. Les colonies au cœur de la République, 1931-1961*, Paris : Autrement.
- BLANCHARD Véronique, REVENIN Régis, YVOREL Jean-Jacques (2010) *Les jeunes et la sexualité*, Paris : Autrement.
- BLANCHET Luc, DAUPHINAIS Renée, LAVIGUEUR Henri, MAYER Robert (1981) L'intervention en réseau, un modèle alternatif de prise en charge communautaire, *Santé mentale au Québec*, vol. 6, n°2, p.126-132.
- BLEICH Erik (2005) Des colonies à la métropole. Le poids de l'histoire sur l'intégration des immigrés en Grande-Bretagne et en France, in Patrick WEIL, Stéphane DUFOIX (dir.), *L'esclavage, la colonisation et après...* Paris : Presses Universitaires de France, p.437-466.

- BLIDON Marianne (2010) LIEBER Marylène, Genre violences et espaces publics. La vulnérabilité des femmes en question, *Genre, Sexualité & Société* [en ligne], n°4, mis en ligne le 05 décembre 2010, consulté le 10 décembre 2010. URL : <http://gss.revues.org/index1694.html>.
- BLOOD Sylvia (2005) *Body works: the social construction of women's body image*, London : Routledge.
- BLUM Virginia (2005) *Flesh wounds. The culture of cosmetic surgery*, University California Press.
- BODDY Janice (1982) Womb as Oasis: The Symbolic Context of Pharaonic Circumcision in Rural Northern Sudan, *American Ethnologist*, vol. 9, n°4, p.682-698.
- BODDY Janice (2002) Tacit Containment: Social Value, Embodiment, and Gender Practice in Northern Sudan, in Stephen J. ELLINGSTON, Christian M. GREEN (dir.), *Religion and Sexuality in Cross-Cultural Perspective*, New York : Routledge, p.187-221.
- BODDY Janice (2007) Gender Crusades: The Female Circumcision Controversy in Cultural Perspective, in Ylva HERNLUND, Bettina SHELL-DUNCAN (dir.) *Transcultural Bodies: Female Genital Cutting in Global Context*, New-York : Rutgers University Press, p.46-66.
- BODDY Janice (2011) Colonialism: bodies under colonialism, in Frances E. MASCIA-LEES (dir.) *A Companion to the Anthropology of the Body and Embodiment*, Oxford : Blackwell Publishing, p.119-136.
- BOLTANSKI Luc (1993) *La souffrance à distance*, Paris : Métailié.
- BOLTANSKI Luc (1971) Les usages sociaux du corps, *Annales Economies Sociétés Civilisations*, vol.26, n°1, p.205-233.
- BOLTANSKI Luc, CHIAPELLO Eve (1999) *Le nouveau esprit du capitalisme*, Paris : Gallimard.
- BONVIN Jean-Michel, DIF-PRADALIER Maël (2011) A capability approach to public policies for marginalized youth. The cas of FORJAD in the canton of Vaud, *Revue suisse de travail social*, vol.11, n°2, p.47-63.
- BONVIN Jean-Michel, FARVAQUE Nicolas (2008) *Amartya Sen, une politique de la liberté*, Paris : Michalon.
- BOP Coudou (1995) Du Caire à Pékin, le combat des femmes pour l'égalité, *La Chronique du CEPED*, N°19, p. 1-3.

- BOUCHER Normand (2003) Handicap, recherche et changement social. L'émergence du paradigme émancipatoire dans l'étude de l'exclusion sociale des personnes handicapées, *Lien social et Politiques*, n°50, p.147-164.
- BOUDA Etemad (2008) *Crimes et Réparations. L'Occident face à son passé colonial*, Bruxelles : André Versaille.
- BOUDHIBA Abdelwahab (1975) *La sexualité en Islam*, Paris : Presses Universitaires de France.
- BOUILLON Florence, FRESIA Marion, TAILLO Virginie (dir.) (2005) *Terrains sensibles. Expériences actuelles de l'anthropologie*, Paris : École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- BOURCIER Marie-Hélène (2005) Post-Pornographie, in DI FOLCO (dir.) *Dictionnaire de la pornographie*, Paris : Presses Universitaires de France, p. 378-380.
- BOURDIEU Pierre, CHAMBOREDON Jean-Claude, PASSERON Jean-Claude (1968) *Le métier de sociologue*, Paris : Mouton Bordas.
- BOURGEOIS Marc-Louis (2008) La différenciation des sexes et des genres. Aspects biologiques, *Annales médico-psychologiques*, vol.1, n°66, p.755-769.
- BOUSSAGUET Laurie (2009) Les "faiseuses" d'agenda. Les militantes féministes et l'émergence des abus sexuels sur mineurs en Europe, *Revue française de science politique*, vol.59, n°2, p.221-246.
- BOYLE Elisabeth (2002) *Female genital cutting: cultural conflict in the global community*, Baltimore : The John Hopkins University Press.
- BOZON Michel (2005) *Sociologie de la sexualité*, Paris : Armand Colin.
- BOZON Michel (2001) Les cadres sociaux de la sexualité, *Sociétés Contemporaines*, vol. 1, n°41-42, p.5-9.
- BOZON Michel (1996) Les Nations Unies et les femmes. Point de vue sur la Conférence Mondiale de Pékin In : INED, Populations. L'état des connaissances. La France, l'Europe, le Monde, Paris : La Découverte, p. 294-298.
- BOZON Michel (1995) Pékin : utilités et limites d'une conférence mondiale, *La Chronique du CEPED*, N°19, p 4-6.
- BRAH Avtar, PHOENIX, Ann (2004) Ain't I A Woman? Revisiting Intersectionality, *Journal of International Women's Studies*, vol. 5, n°3, p.75-86.

- BRAUN Virginia (2005) In search of (better) sexual pleasure : female genital « cosmetic » surgery, *Sexualities*, vol.8(4), p.407-424.
- BROQUA Christophe, DUCHESNE Sophie, FILLEULE Olivier, HAMIDI Camille, MAYER Nonna (2000) *Dynamique de l'engagement et l'élargissement des solidarités*, Paris : MIRE-Fondation de France.
- BRUBAKER Rogers (1997) Etre français, cela se mérite, in Rogers BRUBAKER, *Citoyenneté et nationalité en France et en Allemagne*, Paris : Belin, p. 213-250.
- BUCHER Rue, STRAUSS Anselm (1961) Professions in Process, *American Journal of Sociology*, vol. 66, n°4, p.325-334.
- BURAWOY Michael (1998) The extended case method, *Sociological Theory*, vol. 16, n°1, p.4-33.
- BUISSON Odile (2011) *Qui a peur du point G ?* Paris : Jean-Claude Gawsewitch.
- BUNCH Charlotte, FRIED Susana (1996) Beijing '95: Moving Women's Human Rights from Margin to Center, *Signs*, vol. 22, n°1, p. 200-204.
- BUTLER, Judith ([1990]2005) *Trouble dans le genre : pour un féminisme de la subversion*, Paris, La Découverte.
- CALDWELL John C., OLATUNJI OROBULOYE Israel, CALDWELL Pat (1997) Male and Female Circumcision in Africa from a Regional to a Specific Nigerian Examination, *Social Science and Medicine*, vol. 44, n°8, p.1181-1193.
- CARDON Dominique, DELAUNAY-TETEREL Hélène (2006) La production de soi comme technique relationnelle. Un essai de typologie des blogs par leurs publics, *Réseaux*, 138, pp.15- 71.
- CARR Dara (1997) *Female Genital Cutting. Findings from the Demographic and Health Surveys Program*, Calverton : Macro International Inc.
- CATANIA Lucrezia, HUSSEN Abdulcadir O. (2005) *Ferite per sempre. Le mutilazioni genitali femminili e la proposta del rito simbolico alternativo*, Roma : Derive et Approdi.
- CATANIA Lucrezia, HUSSEN Abdulcadir O., PUPPO Vincenzo, BALDARO VERDE Jole, ABDULCADIR Jasmine, ABDULCADIR Dalmar (2007) Pleasure and Orgasm in Women with Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C), *Journal Sexual Medicine*, vol. 4, n°6, p.1666-1678.

- CEFAI Daniel, COSTEY Paul, GARDELLA Edouard, GAYET-VIAUD Carole, GONZALEZ Philippe, LE MENER Erwan, TERZI Cédric (dir.) (2009) *L'Engagement ethnographique*, Paris : Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Economie, de l'Industrie et du Commerce et Macro International Inc. (2007) *Enquête Démographique et de la Santé, Mali 2006*. Calverton : INSD et ORC Macro.
- CHAMPAGNE Patrick, LENOIR Rémi, MERLLIE Dominique, PINTO Louis (1999) *Initiation à la pratique sociologique*, Paris : Dunod.
- CHAPERON Sylvie (2007) *Les origines de la sexualité*, Paris : Editions Louis Audibert.
- CHAPERON Sylvie (2008) *La médecine du sexe et les femmes. Anthologie des perversions féminines au XIXe siècle*, Paris : La Musardine.
- CHAPERON Sylvie (2010) Du féminisme à la sexologie : un parcours en Histoire, *Genre Sexualité & Société* [en ligne], n°4, mis en ligne le 05 décembre 2010, consulté le 10 décembre 2010, URL : <http://gss.revues.org/index1672.html>.
- CHAUVENET Antoinette (1973) Idéologies et statuts professionnels chez les médecins hospitaliers, *Revue française de sociologie*, vol. 14, p.61-76.
- CHERUBINI Daniela (2011) Intersectionality and the study of lived citizenship: a case study on migrant women's experiences in Andalusia, *Graduate Journal of Social Science*, vol.8, n°2, p.114-136.
- CHILAND Colette (2008) La problématique de l'identité sexuée, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n°56, p.328-334.
- CHRISTOFFERSEN-DEB Astrid (2005) "Taming Tradition": Medicalized Female Genital Practice in Western Kenya, *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 19, n°4, p.402-418.
- CICLITIRA Karen (2004) Pornography, women and feminism: between pleasure and politics, *Sexualities*, vol. 7, n°3, p.281-301.
- CICOUREL Aaron V., KITSUSE John I. (1963) A Note on the Uses of Official Statistics, *Social Problems*, 12, p. 131-139.
- COLEMAN James S. (1961) *The Adolescent Society*, Westport : Greenwood Press.
- COLLINS Patricia H. (2000) *Black feminist thought: Knowledge, consciousness, and the politics of empowerment*, New York : Routledge.

- CONRAD Peter (1992) Medicalization and social control, *Annual Review of Sociology*, vol.18, p.209–232.
- CORBOZ Julienne (2009) Sexuality, Citizenship and Sexual rights, *Australian research centre in sex, health and society* [en ligne], mis en ligne le 07 octobre 2009, consulté le 10 septembre 2012, URL : <http://sexualitystudies.net/files/Sexuality,%20citizenship%20and%20sexual%20rights.pdf>.
- CORREA Sonia, PARKER Richard (2004) Sexuality, Human Rights, and Demographic Thinking: Connections and Disjunctions in a Changing World, *Sexuality research & Social Policy*, vol. 1, n°1, p.15-38.
- CORREA Sonia, PETCHESKY Rosalind, PARKER Richard (2008) *Sexuality, Health and Human Rights*, New York : Routledge.
- CORREA Sonia (1997) From Reproductive Health to Sexual Rights: Achievements and Future Challenges, *Reproductive Health Matters*, n°10, pp. 107-116
- COUCHARD Françoise (2003) *L'excision*, Paris: Presses Universitaires de France.
- CREEL Liz (2002) *Abandonner l'excision féminine. Prévalence, attitudes et efforts pour y mettre fin*, Washington : Population Reference Bureau.
- CRENSHAW Kimberlé (1995) *Critical Race Theory: the key writings that formed the movement*, New York : New Press.
- DAVIS Khaty (2003) *Dubious Equalities, Embodied Differencess : Cultural Studies on Cosmetic surgery*, Oxford : Rowman&Littlefield Publishers.
- DAVIS Khaty (1995) *Reshaping the Female Body : The Dilemma of Cosmetic Surgery*, New York : Routledge.
- DELPHY Christine (2008) *Classer, dominer : Qui sont les "autres" ?*, Paris : La Fabrique.
- DESGRÉES DU LOÛ Annabel, BROU Hermann (2004) *La reprise des relations sexuelles après une naissance : normes, pratiques et négociations à Abidjan, Côte d'Ivoire*, Série Santé de la Reproduction, Fécondité et Développement. Documents de recherche n°3. Laboratoire Population-Environnement-Développement.
- DETREZ Christine (2002) *La construction sociale du corps*, Paris : Editions du Seuil.
- Direction Nationale de la Statistique (DNS) (Guinée) et ORC Macro (2006) *Enquête Démographique et de la Santé, Guinée 2005*. Calverton : INSD et ORC Macro.



- DIRIE Waris (1998) *Desert Flower: The Extraordinary Journey of a Desert Nomad*, New-York : William Morrow.
- DODIER Nicolas (2004) Expertise médicale, in LECOURT (dir.) *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris : Presses Universitaires de France, p. 475-478.
- DORLIN Elsa (2006) *La Matrice de la race. Généalogie sexuelle et coloniale de la Nation française*, Paris : La Découverte.
- DORLIN Elsa (2008) *Sexe, genre et sexualités : introduction à la théorie féministe*, Paris : Presses Universitaires de France.
- DORLIN Elsa (2009) *Sexe, race, classe. Pour une épistémologie de la domination*, Paris : Presses Universitaires de France.
- DOUCET Hubert (2010) De l'éthique de la recherche à l'éthique en recherche, *Ethique publique* [en ligne], vol. 12, n°1, mis en ligne le 10 mai 2011, consulté le 25 juin 2012. URL : <http://ethiquepublique.revues.org/88>.
- DU CHAZAUD Bertaud (2003) *Dictionnaire de synonymes et mots de sens voisin*, Paris:Editions Gallimard.
- DUBY Georges, PERROT Michelle (2002) *Histoire des femmes en Occident*, Paris : Perrin.
- ECHARD Nicole (1985) Même la viande est vendue avec le sang. De la sexualité des femmes, un exemple, in Nicole-Claude MATHIEU (dir.), *L'arraisonnement des femmes. Essais en anthropologie des sexes*, Paris : École des Hautes Études en Sciences Sociales, p.37-60.
- ELIAS Norbert (1983) *Engagement et distanciation. Contributions à la sociologie de la connaissance*, Paris : Fayard.
- ELIAS Norbert (1991 [1970]) *Qu'est-ce que la sociologie ?*, Paris : Aube.
- EL-ZANATAY Fatma, WAY Ann (2009) *Egypt. Demographic and Health Survey 2008*. Cairo : Ministry of Health, El-Zanaty and Associates, Macro International.
- ENGEL, George, L. « The clinical application of the biopsychosocial model » *Am. J. Psychiatry* 1980;137:535-44.
- ERLICH Michel (2007) La chirurgie sexuelle en France : aspects historiques, *Sexologies*, n°16, p.180-188.
- EL DAREER Asma (1983) Epidemiology of Female Circumcision in the Sudan, *Tropical Doctor*, vol. 13, n°1, p.41-45.

- EL SAADAWI Nawal (1980) *The Hidden face of Eva*, London : Zed Press.
- ESSEN Brigitta, BLOMKVIST Anna, HELSTRÖM Lotti, JOHNSDOTTER Sara (2010) The experience and responses of Swedish health professionals to patients requesting virginity restoration (hymen repair), *Reproductive Health Matters*, vol.18, n°35, p.38-46
- EYA NCHAMA Cruz Melchor (2007) *Mutilations génitales féminines en Afrique et dans le monde*, Genève : Bureau de l'intégration des étrangers, République et canton de Genève.
- FAINZANG Sylvie (1985) Circoncision, excision et domination masculine, *Anthropologie et Société*, vol. 9, n°1, p.117-127.
- FALQUE Anne Élise (2010) *La reconstruction clitoridienne*. Mémoire pour le D.E.S. de Gynécologie-Obstétrique, sous la direction du Pr. Jean-Louis BENIFLA, Université Paris VI – Pierre et Marie Curie.
- FALQUET Jules, HIRATA Helena, KERGOAT Danièle, LABARI Brahim, LE FEUVRE Nicky, SOW Fatou (2010) *Le sexe de la mondialisation. Genre, classe, race et nouvelle division du travail*, Paris : Editions de Sciences-Po.
- FANON Franz (1952) *Peau noire, masques blancs*, Paris : Le Seuil.
- FASSIN Dider (2011) Racialization. How to do races with bodies, in Frances E. MASCIALEES (dir.) *A Companion to the Anthropology of the Body and Embodiment*, Oxford : Blackwell Publishing, p.419-434.
- FASSIN Didier (2010) *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*, Paris : Gallimard.
- FASSIN Didier (2008) Beyond good and evil? Questioning the anthropological discomfort with morals, *Anthropological Theory*, vol.8, n°4, p.333-344.
- FASSIN Didier (2008) L'éthique, au-delà de la règle. Réflexions autour d'une enquête ethnographique sur les pratiques de soins en Afrique du Sud, *Sociétés contemporaines*, vol. 3, n°71, p.117-135.
- FASSIN Didier (2006) *Quand les corps se souviennent. Expérience et politiques du sida en Afrique du sud*, Paris : La Découverte.
- FASSIN Didier (2004) *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*, Paris : La Découverte.
- FASSIN Didier (1998) Les politiques de la médicalisation, in Daniel DELANOE, Pierre AÏACH (dir.) *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris : Economica Anthropos.

- FASSIN Didier, RECHTMAN Richard (2007) *L'Empire du traumatisme. Enquête sur la condition de la victime*, Paris : Flammarion.
- FASSIN Didier (2009) Les économies morales revisitées, *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 2009, vol. 64, n°6, p.1237-1266.
- FASSIN Didier, FASSIN Eric (2006) *De la question sociale à la question raciale ?* Paris : La Découverte.
- FASSIN Eric (2000) Usages de la science et science des usages. À propos des familles homoparentales, *L'Homme*, n°154-155, p.391-408
- FASSIN Eric (2005) Démocratie sexuelle, *Comprendre, revue de philosophie et de sciences sociales*, n°6, p.263-276.
- FASSIN Eric (2009) *Le sexe politique. Genre et sexualité au miroir transatlantique*, Paris : École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- FASSIN Didier, MEMMI Dominique (2004) *Le gouvernement des corps*, Paris : École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- FAURE Olivier (1998) La médicalisation vue par les historiens, in Daniel DELANOE, Pierre AÏACH (dir.) *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris : Economica Anthropos.
- FAUBION James J. (2011) *An Anthropology of Ethics*, New York : Cambridge University Press.
- FAUSTO-STERLING Anne (1992 [1985]) *Myths of Gender: Biological theories about men and women*, New York: Basic Books.
- FAUSTO-STERLING Anne (2000) *Sexing the body: Gender politics and the construction of sexuality*, New York: Basic Books.
- FERRAND Annie (2010) La "libération sexuelle" est une guerre économique d'occupation, *Genre, Sexualité & Société* [en ligne], n°3, mis en ligne le 18 mai 2010, consulté le 19 mai 2010, URL : <http://gss.revues.org/index1402.html>.
- FLANDRIN Jean-Louis (1981) *Le sexe et l'occident, évolution des comportements*, Paris: Le Seuil.
- FOLDES Pierre, CUZIN Béatrice, ANDRO Armelle (2012) Reconstructive surgery after female genital mutilation : a prospective cohort study, *The Lancet*, Online Publication, 12 June 2012, doi:10.1016/S0140-6736(12)60400-0

- FOLDES Pierre (2008) Chirurgie plastique reconstructrice pour excision rituelle et mutilations sexuelles, *Pelvi-périnéologie*, vol.3, n°2, p.141-151.
- FOUCAULT Michel (2009) *Le courage de la vérité. Le gouvernement de soi et des autres II. Cours au Collège de France. 1984*, Paris : Gallimard.
- FOUCAULT Michel (2007[1963]) *La naissance de la clinique*, Paris : Presses Universitaires de France.
- FOUCAULT Michel (1976) *Histoire de la sexualité. Tome I. La volonté de savoir*, Paris : Gallimard.
- FOUCAULT Michel (1984) *Histoire de la sexualité. Tome II. L'usage des plaisirs*, Paris : Gallimard.
- FOUCAULT Michel (1984) *Histoire de la sexualité. Tome III. Le souci de soi*, Paris : Gallimard.
- FOX Renée (1988) *Essay in Medical Sociology. Journeys into the field*, New Jersey : Transaction Publisher.
- FREIDSON Eliot (1984 [1970]) *La profession médicale*, Paris : Payot.
- GAGNON Eric (2010) Le comité éthique de la recherche, et au-delà, *Ethique publique* [en ligne], vol. 12 n°1, mis en ligne le 10 mai 2011, consulté le 25 juin 2012. URL : <http://ethiquepublique.revues.org/284>.
- GAGNON John (2008) *Les scripts de la sexualité*, Paris : Payot.
- GAGNON John, SIMON William (2005 [1973]) *Sexual Conduct. The social Sources of Human Sexuality*, New Jersey : Rutgers.
- GALLANT Nicole (2000) Quand le politique dit la justice : le cas des politiques de réparations transhistoriques, *Politique et Sociétés*, vol.19, n°2-3, p.115-131.
- GALLO GRASSIVARO Pia, VILLA Elisabetta (2006) Psycholinguistic Approaches to Ritual Labia Minora Elongation among the Baganda Women of Uganda. In: DENNISTON; GRASSIVARO GALLO; HODGES; MILOS; VIVIANI, *Bodily Integrity and the Politics of Circumcision. Culture, Controversy and Change*, Chap. 5, New York : Springer, p. 57-64.
- GARDEY Delphine et LOWY Ilana (dir.) (2000) *L'invention du naturel. Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, Paris : Archives Contemporaines.
- GARDEY Delphine (2004) Enjeux des recherches sur le genre et le sexe, *Rapport de conjoncture du Comité national de la recherche scientifique*, Paris :CNRS.

- GERACI Salvatore (2001) *Immigrazione femminile: quale assistenza sanitaria?*, Roma : Percorsi Editoriali.
- GIAMI Alain (2007) Une histoire de l'éducation sexuelle en France : une médicalisation progressive de la sexualité (1945-1980) *Sexologies*, n°16, p. 219-229
- GIAMI Alain, DE COLOMBY Patrick (2002) *La médicalisation de la sexologie en France, Evolution Psychiatrique*, n°3, p.558-570.
- GIAMI Alain, DE COLOMBY Patrick (2001) Profession sexologue ? *Sociétés Contemporaines*, vol.1, n°41-42, p.41-63.
- GILROY Paul (1987) *There ain't no black in the union jack*, London : Routledge.
- GIMLIN Debra (2010) Imagining the other in cosmetic surgery, *Body & Society*, n°16, p.57-76.
- GIRARD Françoise (2007) Negotiating sexual rights and sexual orientation at the UN, in Richard PARKER, Rosalind PETCHESKY, Robert SEMBER (dir.), *SexPolitics : Report from the Frontlines*, Sexuality Policy Watch [en ligne], consulté le 25 juin 2012. URL : <http://www.sxpolitics.org/frontlines/book/pdf/sexpolitics.pdf>, p. 311-358.
- GISQUET Elsa (2010) Cas de conscience et de loyauté du chercheur dans des terrains émotionnellement difficiles. Les cas des décisions d'arrêt de vie en réanimation néonatale, *Ethique publique* [en ligne], vol. 12 n°1, mis en ligne le 10 mai 2011, consulté le 25 juin 2012. URL : <http://ethiquepublique.revues.org/208>.
- GODEAU Emmanuelle (2007) *L'« esprit de corps ». Sexe et mort dans la formation des internes en médecine*, Paris : Editions de la Maison de sciences de l'homme.
- GOFFMAN Erving [(1991)1974] *Les cadres de l'expérience*, Paris : Les Editions de Minuit.
- GOFFMAN Erving (1975) [1963] *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, Paris : Editions de Minuit.
- GOFFMAN Erving (1968) [1961] *Asile*, Paris : Editions de Minuit.
- GOODMAN Michael P. (2011) Female Genital Cosmetic and Plastic Surgery: A review, *Journal of Sexual Medicine*, vol.8, p.1813-1825.
- GROULT Benoîte (1979) Les mutilations sexuelles, *F Magazine*, n°14, mars, p.50-59.
- GROULT Benoîte (1975) *Ainsi soit-elle*, Paris : Editions Grasset & Fasquelles.

- Groupe de travail des donateurs sur l'excision/mutilation génitale féminine (2009) *Plateforme d'action pour l'abandon de l'excision/mutilation génitale féminine (E/MGF)* [en ligne], consulté le 25 juin 2012. URL : [http://www.fgmcdonor.org/publications/dwg\\_platform\\_action\\_fr.pdf](http://www.fgmcdonor.org/publications/dwg_platform_action_fr.pdf)
- GRUENBAUM Ellen (2006) Sexuality issues in the movement to abolish female genital cutting in Sudan, *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 20, n°1, p.121-138.
- GRUENBAUM Ellen (2005) Socio-cultural Dynamics of Female Genital Cutting: research findings, Gaps and Directions, *Culture, Health & Sexuality*, vol.7, n°5, pp. 429-441.
- GRUENBAUM Ellen (2001) *The female circumcision controversy: An anthropological perspective*, Philadelphia : University of Pennsylvania Press.
- GRUENBAUM Ellen (2000) Is female circumcision a maladaptive cultural pattern ? In B. Shell-Duncan and Y. Herlund, *Female « circumcision » Africa : Culture, controversy and change*, Boulder : Lynne Rienner.
- GRUENBAUM Ellen (1996) The cultural debate over female circumcision: the Sudanese are arguing this one out for themselves, *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 10, n°4, p.455-475.
- GUILLAUMIN Colette (1992) *Sexe, Race et Pratique du pouvoir. L'idée de nature*, Paris : Côté-femmes.
- GUSFIELD Joseph (1981) *Drinking Driving and the symbolic order. The culture of public problems*, Chicago : The University of Chicago Press.
- GUYARD Laurence (2010) Chez la gynécologue. Apprentissage des normes corporelles et sexuelles féminines, *Ethnologie française*, vol.40, n°1, p.67-74.
- GUYARD Laurence (2002) Consultation gynécologique et gestion de l'intime, *Champ Psychosomatique*, Vol. 3, n°27, pp. 81-92.
- GUYARD Laurence, MARDON Aurélie (2010) *Le corps à l'épreuve du genre. Entre normes et pratiques*, Nancy : Presses universitaires de Nancy.
- HAMEL Christelle (2011) Immigrés et filles d'immigrés : le recul des mariages forcés, *Population & sociétés*, n°479, p.1-4.
- HAMEL Christelle (2006) La sexualité entre sexisme et racisme : les descendant-e-s de migrant-e-s originaires du Maghreb et la virginité, *Nouvelles Questions Féministes*, vol.25, n°1, p.41-58.

- HARDING Jennifer (1997) Bodies at risk: Sex, surveillance and hormone replacement, in BUNTON, *Foucault, Health and Medicine*, New York: Routledge.
- HARSTICK Nancy (1998) *The Feminist Standpoint Revisited*, Oxford: Basic Books.
- HAWLEY, John C. (2001) *Encyclopedia of Postcolonial Studies*, New York : Greenwood.
- HENRION Roger (2001) *Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé*, Paris : La Documentation française.
- HERNLUND Ylva, SHELL-DUNCAN Bettina (2000) *Female "Circumcision" in Africa. Culture, Controversy and Change*, London : Lynne Rienner Publishers.
- HERNLUND Ylva, SHELL-DUNCAN Bettina (2007) *Transcultural Bodies. Female Genital Cutting in Global Context*, New-York : Rutgers University Press.
- HERZBERGER-FOFANA Pierrette (2000) *Les Mutilations Génitales Féminines*, Thèse de doctorat, Université Erlangen-Nuremberg.
- HERZI HAGI-DIRIE Saida (1990) Against the Pleasure Principle, *Index on censorship*, vol. 19, n°9, p.19-20.
- HERZLICH Claudine (1969) *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*, Paris : Mouton.
- HERZLICH Claudine (1970) *Médecine, maladie et société*, Paris : Mouton.
- HERLICH Claudine (1969) *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris/La Haye : Mouton
- HERZLICH Claudine, PIERRET Janine (2010) Au croisement de plusieurs mondes : la constitution de la sociologie de la santé en France (1950-1985), *Revue française de sociologie*, vol.51, n°1, p.121-148.
- HEYES Cressida (2009) Diagnosing culture : body dysmorphic disorder and cosmetic surgery, *Body & Society*, n°15, p.73-93.
- HILL Marianne (2003) Development as empowerment, *Feminist Economics*, vol.9, n°2-3, p.117-135.
- HIRATA Helena, LABORIE Françoise, LE DOARE Hélène, SENOTIER Danièle (2011) *Dictionnaire critique du féminisme* Paris : Presses Universitaires de France.
- HITE Shere (2000) [1977] *Le nouveau rapport Hite*, Paris : Robert Laffont.

- HOCHSCHILD Arlie Russel (2003) *The Commercialization of Intimate Life: Notes from Home and Work*, San Francisco/Los Angeles : University California Press.
- HOCHSCHILD Arlie Russel (1983) *The Managed hearth: The Commercialization of Human Feeling*, Berkeley : University of California Press.
- HOCHSCHILD Arlie Russel et EHRENREICH Barbara (2003) *Global Woman: Nannies, Maids and Sex Workers in the New Economy*, New York : Metropolitan Press.
- HOLLAND Ramazanoglu et SHARPE Thomson (1998) *The Male in the Head: Young People, Heterosexuality, and Power*, London: The Tufell press.
- HOSKEN Fran P. (1979) *The Hosken Report: Genital and Sexual Mutilation of Females*, Lexington : Women's International Network News.
- HUBBARD Phil (2001) Sex Zones: Intimacy, Citizenship and Public Space, *Sexualities*, vol. 4, n°1, p.51-71.
- HUGUES Bill, PATERSON Kevin (1997) The social model of disability and the disappearing body: towards a sociology of impairment, *Disability & Society*, vol.12, n°3, p.325-40.
- IBOS Caroline (2008) Les "nounous" africaines et leurs employeurs: une grammaire du mépris social, *Nouvelles questions féministes*, vol. 27, n°2, p.25-38.
- ILLICH Ivan (1975) *Némésis médicale*, Paris : Le Seuil.
- ILLOUZ Eva (2006) *Les sentiments du capitalisme*, Paris : Le Seuil
- IMAM Ayesha M., MAM Amina, SOW Fatou (2004) *Sexe, genre et société. Engendrer les sciences sociales africaines*, Paris/Dakar: Codesria.
- Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) [Bénin] et Macro International Inc. (2007) *Enquête Démographique et de Santé (EDSB-III) - Bénin 2006*. Calverton: Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique, Macro International Inc.
- Institut National de la Statistique et de la Démographie et Macro International Inc. (2000) *Enquête Démographique et de la Santé du Burkina Faso 1998-99*, Calverton : INSD, ORC Macro.
- Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) et ORC Macro (2004) *Enquête Démographique et de la Santé du Burkina Faso 2003*, Calverton : INSD, ORC Macro.
- Institut National de la Statistique [Côte d'Ivoire] et ORC Macro (2001) *Enquête Démographique et de la Santé, Côte d'Ivoire 1998-1999*. Calverton : INSD, ORC Macro.



- Institut National de la Statistique (INS) et Macro International Inc. (2007) *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Niger 2006*. Calverton : INS, Macro International Inc.
- International conference on primary health care (1978) Primary Health Care, Alma-Ata, 12-13 septembre.
- JACKSON Stevi (1978) *On the social construction of female sexuality*, London : Women's Research and Resources Centre Publications
- JAFFRE Yannick, DE SARDAN Jean-Pierre (1999) *La construction sociale des maladies*, Paris : Presses Universitaires de France.
- JOHANSEN Ragnhild Elise (2007) Experiencing Sex in Exile: Can Genitals Change their Gender? On conceptions and experiencing related to Female Genital Cutting (FGC) among Somali in Norway, in Ylva HERNLUND, Bettina SHELL-DUNCAN (dir.) *Transcultural Bodies. Female Genital Cutting in Global Contexte*, New York : Rutgers University Press, p.248-277.
- JOHNDOTTER Sara (2007) Persistence of Tradition or Reassessment of Cultural Practices in Exile? Discourses on Female Circumcision among and about Swedish Somalis, in Ylva HERNLUND, Bettina SHELL-DUNCAN (dir.) *Transcultural Bodies. Female Genital Cutting in Global Contexte*, New York : Rutgers University Press, p.107-134
- JOHNDOTTER Sara, ESSEN Brigitta (2010) Genitals and ethnicity: the politics of genital modifications, *Reproductive Health Matters*, vol.18, n°35, p. 29-37.
- KAMINA Pierre (1984) *Anatomie gynécologique et obstétricale*, Paris : Editions Maloine.
- KAPUR Ratna (2002) The tragedy of victimization rhetoric: Resurrecting the "native" subject in international/post-colonial feminist legal politics, *Harvard Human Rights Journal*, vol. 15, p.1-37.
- KASTORYANO Riva (1994) Construction de communautés et négociation des identités ; Les migrants musulmans en France et en Allemagne, in MARTIN, *Cartes d'identité. Comment dit-on "nous" en politique ?*, Paris : Presses de la fondation nationale de sciences politiques.
- KASTORYANO Riva (1996) *La France, l'Allemagne et leurs immigrés négocier l'identité*, Paris : Armand Colin.
- KASTORYANO Riva (2005) Introduction : définir l'autre en France, en Allemagne et aux Etats-Unis, in KASTORYANO Riva, *Les codes de la différence*, Paris : Presses de Sciences Po, p.13-39.

- KAUFMANN Jean-Claude (2004) *L'invention de soi. Une théorie de l'identité*, Paris, Armand Colin.
- KHATTAB Hind (1996) *Women's Perceptions of Sexuality in Rural Giza*, Cairo : The Population Council Regional Office for West Asia.
- KLEINMAN Arthur (1988) *The illness narratives: Suffering, healing and the human condition*, New York: Basic Books.
- KOEDT Anne (1968) *The Myth of the Vaginal Orgasm, Notes from the First Year*, New York : New York Radical Women.
- KOMISARUK Barry R., WISE Nan, FRANGOS Eleni, LIU Wen-Ching, ALLEN Kachina, BRODY Stuart (2011) Women's Clitoris, Vagina, and Cervix Mapped on the Sensory Cortex: fMRI Evidence, *The Journal of Sexual Medicine*, vol. 8, n°10, 2822-2830.
- KOSO-THOMAS Olayinka (1987) *The circumcision of women. A strategy for Eradication*, London : Zed Books.
- LAME Danielle, ZABUS Chantal (1999a) *Changements au féminin en Afrique Noire. Volume I : Anthropologie et Littérature*, Paris : L'Harmattan
- LAME Danielle, ZABUS Chantal (1999b) *Changements au féminin en Afrique Noire. Volume II : Littérature*, Paris : L'Harmattan
- LAMONT Michèle (2002), *La dignité des travailleurs. Exclusion, race, classe et immigration en France et aux Etats-Unis*, Paris : Presses de Sciences Po.
- LAQUEUR Thomas (2005) *Le sexe solitaire. Contribution à l'histoire culturelle de la sexualité*, Paris : Gallimard.
- LAQUEUR Thomas (1992) *La fabrique du sexe. Essai sur le corps et le genre en Occident*, Paris : Gallimard.
- LAUB COSER Rose (1958) Authority and Decision-Making in a Hospital: A Comparative Analysis, *American Sociological Review*, vol. 23, n°1, p. 56-63.
- LEBAS Jacques (2005) *Commission "Genre et violence" : Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004*, Paris : Ministère de la santé et des solidarités.
- LE BRETON David (2010) *Expériences de la douleur*, Paris : Métailié.
- Le comité de rédaction (2003), Amartya Sen, *Feminist Economics*, vol.9, n°2-3, p.1-2.

- Le comité de rédaction (2010) Ce que parler de soi veut dire, *Genre, Sexualité & Société* [en ligne], n°4, mis en ligne le 05 décembre 2010, consulté le 10 décembre 2010, URL : <http://gss.revues.org/index1707.html>.
- LECLERCQ Catherine, PAGIS Julie (2011) Les incidences biographiques de l'engagement : socialisations militantes et mobilité sociale, *Sociétés contemporaines*, n°84, p.5-23.
- LEE BARNES Virginia, BODDY Janice (1995) *Aman. Histoire d'une jeune Somalie*, Paris : Plon.
- LEFRANC Sandrine, MATHIEU Lilian (2009) *Mobilisations de victimes*, Rennes : Presses Universitaires de Rennes.
- LEGOUGE Patricia (2010) Jeune&Jolie : une presse pour les adolescentes, In BLANCHARD Véronique, REVENIN Régis, YVOREL Jean-Jacques (dir.) *Les jeunes et la sexualité. Initiations, interdits, identités (XIX-XXI siècle)*, Paris :Autrement.
- LENOIR Remi (1979) L'invention du "troisième âge", *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 26-27, p.57-82.
- LIAO Lih Mei, CREIGHTON Sarah M (2007) Requests for cosmetic genitoplasty: how should healthcare providers respond ? *British Medical Journal*, n° 334, p.1090-92
- LIGHTFOOT-KLEIN Hanny (1983) Pharaonic circumcision of females in the Sudan, *Medicine and Law*, vol.2, p.353-360.
- LIGHTFOOT-KLEIN Hanny (1989a) *Prisoners of ritual: an odyssey into female genital circumcision in Africa*, New York : Harrington Park Press.
- LIGHTFOOT-KLEIN Hanny (1989b) The Sexual and Marital Adjustment of Genitally Circumcised and Infibulated Females in the Sudan, *Journal of Sex Research* , vol. 26, n°3, p. 375-392.
- MADZOU Sebastien, OUEDRAOGO Charlemagne, GILLARD Philippe, LEFEBVRE-LACOEUILLE Céline, CATALA Laurent, SENTILHES Loïc, DESECAMPS Philippe (2011) Chirurgie plastique reconstructrice du clitoris après mutilations sexuelles, *Annales de chirurgie plastique esthétique*, n°56, p.59-64.
- MARTIN Emily (1987) *The woman in the body: a cultural analysis of reproduction*, Boston: Beacon Press.
- MASTER William H et VIRGINIA Johnson (1966) *Human sexual response*, Boston : Little Brown.
- MASTER William H., JOHNSON Virginia E., LEVIN Robert J. (1974) *The Pleasure Bond. A new look at sexuality and commitment*, Boston : Little & Brown.

- MATHIEU Nicole-Claude (1991) *L'Anatomie politique*, Paris : Côté-femmes.
- MATHIEU Nicole-Claude (1985) *L'arraisonnement des femmes. Essais en anthropologie des sexes*, Paris : École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- MAZAURETTE Maïa, MASCARET Damien (2008) *La revanche du clitoris*, Paris : La Musardine
- MEEKS Chet (2001) Civil Society and the Sexual Politics of Difference, *Sociological Theory*, vol. 19, n°3, p.325-343.
- MEIDANI Anastasia (2007) *Les fabriques du corps*, Toulouse : Presses Universitaires du Mirail.
- MEIDANI Anastasia (2005) Différence honteuse et chirurgie esthétique : entre l'autonomie subjective des sujets et l'efficacité du contexte normatif, *Déviance et Société*, vol.29, n°2, p.167-179.
- MEIDANI Anastasia (2005) Différence "honteuse" et chirurgie esthétique : entre l'autonomie subjective des sujets et l'efficacité du contexte normatif, *Déviance et Société*, vol.29, p.167-179.
- MEMMI Dominique (2003) *Faire vivre et laisser mourir*, Paris, Edition la Découverte.
- MERCHANT Stephanie (2011) The body and the senses : visual methods, videography and the submarine sensorium, *Body & Society*, n°17, p.53-72.
- MICHEL Aude, PEDNIELLI Jean-Louis (2008) Demandes de transformations corporelles éthétiques et/ou sexuelles par la chirurgie: proximité et différences, *Pratiques psychologiques*, n°14, p.137-146.
- MILES Robert (1989) *Racism*, London : Routledge.
- MILLER Alice M. (2001) Uneasy Promises: Sexuality, Health, and Human Rights, *American Journal of Public Health*, vol. 91, n°6, p.861-864.
- MILLER Alice M. (2004) Sexuality, Violence against Women, and Human Rights: Women Make Demands and Ladies get Protection, *Health and Human Rights*, vol. 7, n°2, p.16-47.
- MILLER Alice M., VANCE Carole S. (2004), Sexuality, Human Rights, and Health, *Health and Human Rights*, vol. 7, n°2, p.5-15.
- MIMOUN Sylvain (dir.) (2007) *Le Petit Larousse de la sexualité*, Paris : Larousse.
- Ministère de la santé et des sports (2010) *Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines*, Paris : Ministère de la santé et des sports.

- Ministère du travail, de l'emploi et de la santé (2010) *Violences et santé : état des lieux*, Paris : La Documentation française.
- Minority Right Group (1980) *Female Circumcision, excision and infibulation : the facts and proposals for change*, report n. 47, London : Minority Rights Group.
- MITCHELL Stevens L., NELSON ESPELAND Wendy (1998) Commensuration as a social process, *Annual Revue of Sociology*, vol.24, p.313-43.
- MITRA Ananda (2005) Creating immigrant identities in cybernetic space : examples from a non-resident Indian website, *Media Culture Society*, Vol 27(3), pp.371-390.
- MOHANTY Chandra Talpade (1991) Under Western eyes : feminist scholarship and colonial discourses, in MOHANTY, RUSSO et TORRES *Third World women and the politics of feminism*, Bloomington : Indiana University Press.
- MORELATO Camilla (2005) *Diritti umani al femminile la mutilazione genitale femminile quale violazione dei diritti umani fondamentali*, mémoire sous la direction de Antonino Papisca, Univerisa degli Studi di Padova, Facolta di schienze politiche.
- MORRONE Aldo, SANNELLA Alessandra (2010) *Sessualità e cultura. Mutilazioni genitali femminili : risultati di una ricerca in contesti socio-sanitari*, Milano : FrancoAngeli.
- MORRONE Aldo, VULPIANI Pietro (2004) *Corpi e simboli. Immigrazione, sessualité e mutilazioni genitali femminili in Europa*, Roma : Armando.
- MOSER Ingunn (2005) De la normalization aux cyborg studies: comment repenser le handicap ? *Cahiers du Genre*, vol.1, n°38, p.127-162.
- MUCCHIELLI Laurent (2005) *Le scandale des « tournantes »*, Paris : La Découverte.
- MUNCK de Jean, ZIMMERMANN Bénédicte (dir.) (2008) *La liberté au prisme des capacités, Amartya Sen au-delà du libéralisme*, Paris : Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- NARAYAN Uma (1997) *Dislocating cultures ; identities, traditions and Third World feminism*, New York : Routledge
- NOIRIEL Gérard (2006) "Color blindness" et construction des identities dans l'espace public français in Didier FASSIN et Eric FASSIN (dit), *De la question sociale à la question raciale ?* Paris: La Découverte.
- National Bureau of Statistic (NBS) Tanzania et ICF Macro (2011) *Tanzania Demographic and Health Survey 2010*. Dar es Salaam : NBS, ICF Macro.

- National Statistics Office [Eritrea] et Macro International Inc. (1995) *Eritrea Demographic and Health Survey 1995*, Calverton : National Statistics Office, Macro International Inc.
- National Population Commission (NCP) [Nigeria] et ICF Macro (2009) *Nigeria Demographic and Health Survey 2008*, Abuja : National Population Commission, ICF Macro.
- National Statistics and Evaluation Office (NSEO) [Eritrea] and ORC Macro (2003) *Eritrea Demographic and Health Survey 2002*, Calverton : National Statistics and Evaluation Office, ORC Macro.
- NAVELET Claude, GASTAMBIDE Aude (1999) Réflexion sur la captation des transsexuels par l'image, *Evolution Psychiatrique*, n°64, p.309-322.
- NELSON ESPELAND Wendy (2002) Commensuration and Cognition, in Karen A. CERULO (dir.), *Culture in Mind: Toward Sociology of Culture and Cognition*, New York : Routledge, p.63-88.
- NFAH-ABBENYI, MAKUCHI Juliana (1997) *Gender in Africa Women's writing. Identity, Sexuality and Difference*, Indianapolis : Indiana University Press.
- NUSSBAUM Martha (2011) Capabilities as fundamental entitlements : Sen and social justice, *Feminist Economics*, vol.9, n°2-3, p.33-59.
- NUSSBAUM Marta (1999) *Sex and social justice*, New York : Oxford University Press.
- NUSSBAUM Martha (1992) Human functioning and social justice. In defense of Aristotelian essentialism, *Political Theory*, vol.20, n°2, p.202-246.
- NWAPA Flora (1960) *Efuru*, London : William Heinemann.
- OBERMEYER Carla (2005) The consequences of female circumcision for health and sexuality: an update on the evidence, *Culture, Health and Sexuality*, vol. 7, n°5, p.443-461.
- OBERMEYER Carla (2003) The health consequences of female circumcision: Science, advocacy, and standards of evidence, *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 17, n°3, p.394-412.
- OBERMEYER Carla (1999) Female genital surgeries: The known, the unknown, and the unknowable, *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 13, n°1, p.79-105.
- O'CONNELL Helen, SANJEEVAN Kalavampara V., HUSTON John M. (2005) Anatomy of the clitoris, *The Journal of Urology*, vol.174, p.1189-1195.

- OLINER Pearl, OLINER Samuel, BARON Lawrence, SMOLENSKA Zuzanna (1992) *Embracing the Other: Philosophical, Psychological, and Historical Perspectives on Altruism*, New York : NY University Press.
- OLIVIER De SARDAN Jean-Pierre (1995) *Anthropologie et développement, essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris : Karthala.
- ORIEL Jennifer (2005) Sexual Pleasure as a Human Right: Harmful or Helpful to Women in the Context of HIV/AIDS ? *Women's Studies International Forum*, n°28, p.392-404.
- Organisation mondiale de la Santé (2008) *Eliminer les mutilations sexuelles féminines : déclaration interinstitutions HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, NIFEM*, Paris : OMS.
- PALDACCI Mathieu (2003) Les quatre mondes du journal intime en ligne. Analyse statistique d'un corpus de journaux intimes écrits et publiés sur Internet, *Terrains & Travaux*, n° 5, pp.7-30.
- PARKER Richard, DI MAURO Dianne, FILIANO Beth, GARCIA Jonathan, MUNOZ-LABOY Miguel, SEMBER Robert (2004) Global Transformations and Intimate Relations in the 21st Century: Social Science Research on Sexuality and the Emergence of Sexual Health and Sexual Rights Frameworks, *Annual Review of Sex Research*, vol. 15, p.362-398.
- PAROLA Nathalie, BONIERBALE Mireille, LEMAIRE Antoine, AGHABABIAN Valérie, MICHEL Aude, LANCON Christophe. (2010) Etude de la qualité de vie chez des transsexuels après réassignation sexuelle, *Sexologies*, n°19, p.58-63.
- PARVEZ Fareen Z. (2006) The labor of pleasure: how perceptions of emotional labor impact women's enjoyment of pornography, *Gender & Society*, n°20, p.605-631
- PASSERON Jean-Claude (2006) *Le raisonnement sociologique*, Paris : Albin Michel.
- PATTERSON Chantal (1987) *Les mutilations sexuelles féminines : l'excision en question*, Paris : Présence Africaine, n°141, Adis-Abeba : Rapport du Ci-AF.
- PENEFF Jean (1992) *L'hôpital en urgence*, Paris : Métailié.
- PETER Fabienne (2011) Gender and the foundations of social choice : the role of situated agency, *Feminist Economics*, vol.9, n°2-3, p.13-32.
- PETCHESKY P. Rosalind (2000) Sexual Rights: Inventing a Concept, Mapping an International Practice, in Richard PARKER, Regina Maria BARBOSA, Peter AGGLETON (dir.) *Framing the Sexual Subject: the Politics of Gender, Sexuality and Power*, Berkeley : University of California Press, p.81-103.

- PETCHESKY P. Rosalind (2005) *Rights of the body and perversions of war: sexual rights and wrong ten years pas Beijing*, Oxford: UNESCO.
- PINELL Patrice (1998) Médicalisation et procès de civilisation, in Daniel DELANOE, Pierre AÏACH (dir.) *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris : Economica Anthropos.
- PITCH Tamar (2000) *La legge giusta : il trattamento giuridico delle mutilazioni dei genitali femminili*, Roma, AIDOS.
- PITTAU Franco (2001) *La nuova realtà socio-demografica dell'immigrazione femminile*, Roma: Carocci Editore.
- PLUMMER Kenneth (2003) *Intimate Citizenship: Private Decisions and Public Dialogues*, Seattle/London : University of Washington Press.
- PREARO Massimo (2010) Le moment 70 de la sexualité : de la dissidence identitaire en milieu militant, *Genre, Sexualité & Société* [en ligne], n°3, mis en ligne le 18 mai 2010, consulté le 19 mai 2010, URL : <http://gss.revues.org/index1438.html>.
- PREARO Massimo (2010) Politiques de la libération sexuelle, *Genre, Sexualité & Société* [en ligne], n°3, mis en ligne le 18 mai 2010, consulté le 19 mai 2010. URL : <http://gss.revues.org/index1478.html>.
- PROLONGEAU Hubert (2006) *Victoire sur l'excision*, Paris : Albin Michel.
- PSI Research Division (2009) *Enquête TRaC de base sur la pratique de l'excision en Guinée*, Conakry : PSI Social Marketing Research Series.
- PURI Jyoti, (1999) *Women, Body, Desire in Post-colonial India, Narrative of Gender and sexuality*, New York : Routledge.
- PUZZO Catherine (2002) Aspects du discours politique français et britannique en matière de contrôle de l'immigration (1970-1986), *Cahiers de l'Urmis* [en ligne], n°8, décembre 2002, mis en ligne le 15 juin 2004, consulté le 24 octobre 2010. URL : <http://urmis.revues.org/index22.html>.
- REVILLARD Anne (2000) Les interactions sur l'Internet (note critique), *Terrains & Travaux*, 1, pp.108-129.
- REVOL Marc, Jean-Marie SERVANT, Pierre BANZET (2006) Prise en charge chirurgicale des transsexuels masculins : évaluation rétrospective d'une expérience de dix ans, *Annales de chirurgie plastique esthétique*, n°51, p.499-511.



- RIBEIRO Olivia (2011) Approche de la vie affective et sexuelle des femmes en situation de précarité. Peut-on parler de "précarité sexuelle" ? *Sexualités humaines*, n°8, janvier-mars.
- RICHARDSON Diane (2000a) *Rethinking Sexuality*, London : SAGE.
- RICHARDSON Diane (2000b) Claiming Citizenship? Sexuality, Citizenship and Lesbian/Feminist Theory, *Sexualities*, vol. 3, n°2, p.255-272.
- RICHARDSON Diane (2004) Locating Sexualities: From Here to Normality, *Sexualities*, vol. 7, n°4, p.391-411.
- RICHARDSON Diane (2005) Desiring Sameness? The Rise of a Neoliberal Politics of Normalisation, *Antipode*, vol. 37, n°3, p.515-535.
- RICOEUR Paul (1990) *Soi-même comme un autre*, Paris : Le Seuil.
- ROBEYNS Ingrid (2003) Sen's capability approach and gender inequality: selecting relevant capabilities, *Feminist Economics*, vol.9, n°2-3, p.61-92
- ROGERS Carl R. (1961) *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*, Boston : Houghton Mifflin Company.
- ROHEIM Géza (1932) Psychoanalysis of primitive cultural types, *International Journal of Psycho-Analysis*, vol°13, p.1-221.
- ROSE Nikolas (1996) *Inventing our selves: Psychology, power, and personhood*, Cambridge: Cambridge University Press.
- ROUX Sébastien (2011) *No money, no honey. Economies intimes du tourisme sexuel en Thaïlande*, Paris : La Découverte.
- SAMBUC Roland (2004) *Violences et santé : rapport du Haut comité de la santé publique*, Paris : La Documentation française.
- SCHAPER-HUGHES Nancy, WACQUANT Loïc (2001) *Commodifying bodies*, London: SAGE.
- SCHAPER-HUGHES Nancy (1991) Virgin territory: the male discovery of the clitoris, *Medical Anthropology Quarterly*, vol.5, p.25-28.
- SCHAPER-HUGHES Nancy, LOCK Margaret M. (1987) The Mindful Body: A prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology, *Medical Anthropology Quarterly*, Vol.1, n°1, p: 6-41.

- SCHILDRICK Margrit (2010) Some Reflections on the socio-cultural and bioscientific limits of bodily integrity, *Body and Society*, n°16, p.11-22.
- SCHILLING Chris (2005) *The body in culture, technology and society*, London: SAGE Publications.
- SCHILTZ Marie-Ange (2005) Faire et défaire des groupes : L'information chiffrée sur les "populations difficiles à atteindre", *Bulletin de méthodologie sociologique*, vol.86, p.30-54.
- SCHNAPPER Dominique (1992) *L'Europe des immigrés, essai sur les politiques d'immigration*, Paris : François Bourin.
- SCHULTHEISS Dirk, MATTELAER Johan J., HODGES Frederick Mansfield (2003), Preputial infibulation: from ancient medicine to modern genital piercing, in *BJU International*, vol. 92, n°7, p.758-763.
- SCHWEDER Richard A (2009) Shouting at the Hebrews: Imperial Liberalism v Liberal Pluralism and the Practice of Male Circumcision, *Law, Culture and the Humanities*, vol. 5, n°2, p. 247-265.
- SCRINZI Francesca (2008) Quelques notions pour penser l'articulation des rapports sociaux de race, de classe et de sexe, *Le cahiers du CEDREF* [En ligne], n°16, Consulté le 26 juin 2012, URL: <http://cedref.revues.org/578>.
- SEIDMAN Steven (2001) From Identity to Queer Politics: Shifts in Normative Heterosexuality and the Meaning of Citizenship, *Citizenship Studies*, vol.5, n°3, p.321-328.
- SEIDMAN Steven (2005a) From the Polluted Homosexual to the Normal Gay: Changing Patterns of Sexual Regulation in America, in Chrys INGRAHAM (dir.) *Thinking Straight: The Power, the Promise, and the Paradox of Heterosexuality*, New York/London : Routledge, p.39-61.
- SEIDMAN Steven (2005b) From Outsider to Citizen, in Elizabeth BERNSTEIN, Laurie SCHAFFNER (dir.) *Regulating Sex: The Politics of Intimacy and Identity*, New York/London : Routledge, p.225-245.
- SEN Amartya (2000[1992]) *Repenser l'Inégalité*, Paris : Le Seuil.
- SHAKESPEARE Tom (2002) The social model of disability : an outdated ideology ?, *Research in social science and disability*, vol.2, p.9-28.

- SHAKESPEARE, Tom, ERICKSON, Mark (2000). Different strokes: beyond biological essentialism and social constructionism, in S. ROSE et H. ROSE, *Coming to life*, New York: Little.
- SHARP Lesley (2011) The invisible woman: the bioaesthetics of engineered bodies, *Body & Society*, n°17, p.1-30.
- SHELL-DUNCAN Bettina (2008) From Health to human rights ; female genital cutting and the politics of intervention, *American Anthropologist*, vol.110, n°2, p.225-236.
- SHELL-DUNCAN Bettina (2001) The medicalization of female "circumcision": harm reduction or promotion of a dangerous practice ?, *Social Science and Medicine*, vol.52, p.1013-1028.
- SINDZINGRE Nicole (1979) Un excès par défaut. Excision et représentations de la féminité *L'Homme*, vol.19, n°3-4, p.171-187.
- SIROTA Régine (1998) L'émergence d'une sociologie de l'enfance : évolution de l'objet, évolution du regard, *Education et sociétés*, n°2, p.9-33.
- SOHN Michael, EXNER Klaus (2008) Genital reassignment surgery for transsexual people, *Sexologies*, n°17, p.283-290.
- SOW Fatou (1997) Mutilations sexuelles féminines et droits humains en Afrique, *CLIO* [en ligne], n°6, mis en ligne le 01 janvier 2005, consulté le 18 janvier 2009, URL : <http://clio.revues.org/384>.
- SPIVAK Gayatri Chakravorty (1988) Can the Subaltern Speak ? In Cari NELSON Lawrence GROSSBERG *Marxism and the Interpretation of Culture*, London : Macmilan Education Basingstocke, pp. 271-313
- SQUILLACCIOTTI Massimo (dir.) (1995), *Produzione et riproduzione nel gruppo domestico. Saggi di ricerca in un villaggio somalo*, Torino : L'Harmattan Italia.
- STEUDLER Françoise (1974) *L'hôpital en observation*, Paris : Armand Colin.
- STEUDLER Françoise (1972) *Sociologie médicale*, Paris : Armand Colin.
- STOLER Ann (2002) *Carnal knowledge and imperial power : race and the intimate in colonial rule*, Berkeley : University of California Press.
- SYLLA Abdou (1987) Mutilations sexuelles et féminité, *Ethiopiennes, Revue négro-africaine de littérature et de philosophie* [en ligne], n°44-45, consulté le 25 juin 2012. URL : <http://ethiopiennes.refer.sn/spip.php?article1060>.

- TAIN Laurence (2005) Refus des médecins, abandons des couples: quel contrôle pour la pratique de procréation assistée ?, *Sciences sociales et santé*, vol.23, n°3, p.5-28.
- TAROZZI Massimiliano (2006) *Il senso dell'interculturalità. Ricerche sulle pratiche di accoglienza, interculturalità et integrazione in Trentino*, Trento : Editore Provincia Autonoma di Trento.
- TAUZIN Aline (1986) La femme partagée. Contrôle et déplacement de la sexualité en Mauritanie, in SOUMBALA (dir.) *Côté femmes, Approches ethnologiques*, Paris : L'Harmattan.
- TAUZIN Aline (1988), Excision et identité féminine. L'exemple mauritanien, *Anthropologie et Société*, vol.12, n°1, p.29-37.
- TERRE Dominique (2004) Droit, morale et sociologie, *L'Année sociologique*, Vol. 54, n°2, p.483-509
- TISSOT Sylvie, GAUBERT Christophe, LECHIEN Marie-Hélène (2003) *Reconversions militantes*, Limoges : PULIM.
- TODD Emmanuel (1994) *Le destin des immigrés. Assimilation et ségrégation dans les démocraties occidentales*, Paris : Le Seuil.
- TOUBIA Nahid (1985) The social and political implication of female circumcision : the case of Sudan, In E. W. Fernea, Austin, *Women and the family in the Middle East : New voice of change*, Texas: University of Texas Press.
- TOUBIA Nahid (1993) *Female Genital Mutilation : A Call for Global Action*, New York : Ink.
- TOUBIA Nahid (1994) Female circumcision as a public health issue, *Journal of Medicine* 331 :714-716.
- TRAVAILLOT Yves (1998) *Sociologie des pratiques d'entretien du corps. L'évolution de l'attention portée au corps depuis 1960*, Paris : Presses Universitaires de France.
- TRIBALAT Michèle (1995) *Faire France. Une grande enquête sur les immigrés et leurs enfants*, Paris : La Découverte.
- TURNER Bryan S. (1992) *Regulating bodies: Essays in medical sociology*, London: Routledge.
- TURNER, Bryan (1995 [1987]) *Medical power and social knowledge*, London: Sage.
- UNICEF (1999) *Les MGF : Fiche pays – Guinée*, Unicef : Enquêtes Démographiques de santé.

- UNICEF (2005a) *Changer une convention sociale néfaste : la pratique de l'excision/mutilation génitale féminine*, Florence : UNICEF Innocenti Research Centre.
- UNICEF (2005b) *Les Mutilations Génitales Féminines en Suisse. Enquête auprès des sages-femmes, gynécologues, pédiatres et services sociaux suisses*, Zürich : Comité Suisse pour l'UNICEF.
- UNICEF (2005c) *Rapport final de la Conférence UNICEF Les mutilations génitales féminines en Europe, 7 mars 2005 à Zurich*, Zürich : Comité Suisse pour l'UNICEF.
- UNICEF (2007) *Stratégie coordonnée pour l'abandon de l'excision/mutilation génitale féminine en l'espace d'une génération*, New-York : Unicef.
- U.S. Agency for International Development (USAID) (2000) *USAID policy on female genital cutting (FGC)*, Washington : USAID.
- VAN GENNEP Arnold (1992 [1909]) *Les rites de passage*, Paris : Picard.
- VANOTTI Marco, CELIS-GENNART Michèle (2000) Modèle bio-psycho-social et maladie chronique : la dimension communautaire de la médecine, *Revue Médicale Suisse*, n°680.
- VENDRIES Christophe (2006) Abstinence sexuelle et infibulation des chanteurs dans la Rome impériale, in Francis PROST, Jérôme Wilgaux (dir.), *Penser et représenter le corps dans l'Antiquité*, Rennes : Presses Universitaires de Rennes, p. 247-261.
- VERGES Françoise (2001) *Abolir l'esclavage : une utopie coloniale. Les ambiguïtés d'une politique humanitaire*, Paris : Albin Michel.
- VIGOUR Cécile (2005) *La comparaison dans les sciences sociales*, Paris : La Découverte.
- VILLANI Michela (2009) De la « maturité » de la femme à la chirurgie : les conditions de la réparation du clitoris », *Sexologies*, vol.4, n°17, p.297-303.
- VILLANI Michela, ANDRO Armelle (2010) Réparation su clitoris et reconstruction de la sexualité chez les femmes excisées : la place du plaisir, *Nouvelles Questions Féministes*, vol.29, n° 3, p.23-43.
- VILLANI Michela, BEURET Benoît (2011) Le parcours de réparation de l'excision : revendication, reconnaissance et différentes formes de prise en charge, *Sociologie Santé*, 33, p. 149-172
- VELKOVSKA Julia (2002) L'intimité anonyme dans les conversations électroniques sur les webchats », *Sociologie du travail*, 44(2), p.193-213

- VOLTE Ray (2003) Les chirurgiens esthétiques et les médias, *Annales de chirurgie plastique esthétique*, n°48, p.282-284.
- VOROS Florian (2010) Les transformations de la volonté de sa/voir pornographique après trente ans de sida. À propos de Dean Tim, Unlimited Intimacy. Reflections on the Subculture of Barebacking, *Genre, Sexualité & Société* [en ligne], n°4, mis en ligne le 05 décembre 2010, consulté le 10 décembre 2010, URL : <http://gss.revues.org/index1550.html>.
- VOROS Florian (à paraître) Domesticated Porn. Gendered Embodiment in Audience Reception Practices of Pornography, in Enrico BIASIN, Giovanna MAINA, Federico ZECCA (dir.) *Porn After Porn: Contemporary Alternative Pornographies*, Milan : Mimesis.
- VRANCKEN Didier, MACQUET Claude (2006) *Le travail sur Soi. Vers une psychologisation de la société ?* Paris :Belin.
- WACIUMA Charity (1969) *Daughter of Mumbi*, Nairobi : East African Publishing House.
- WALKER Alice (1992) *Possessing the secret of joy*, New York : Harcourt Brace Jovanovich.
- WALKER Alice, PARMAR Pratibha (1993) *Warrior Marks: Female Genital Mutilation and the Sexual Blinding of Women*, New York : Harvest/Harcourt Brace&Word.
- WALLACE Michele (2008) Un féminisme noir en quête de sororité, in DORLIN Elsa, *Black Feminism : anthologie du féminisme africain-américain, 1975-2000*, Paris : l'Harmattan.
- WEBER Florence (2009) *Manuel de l'ethnographe*, Paris : Presses Universitaires de France.
- WEGENSTEIN Bernadette, RUCK Nora (2011) Physiognomy, reality television and the cosmetic gaze, *Body and society*, n°17, p.27-55.
- WEIL Patrick (2004 [1991]) *La France et ses étrangers*, Paris : Editions Calmann-Lévy.
- WEIL Patrick, DUFOIX Stéphane (dir.) (2005) *L'esclavage, la colonisation et après...*, Paris : Presses Universitaire de France.
- World Health Organization (1998) *Female genital mutilation: An overview*. Geneva : WHO.
- YODER Stanley P., CAMARA Papa Ousmane, SOUMAORO Baba (1999) *L'excision et la socialisation des adolescentes en Guinée*, Calverton : Macro International Inc.
- YODER Stanley P., MAHY Mary (2001) *Female Genital Cutting in Guinea: Qualitative and Quantitative Research Strategies*, DHS Analytical Studies No 5, Calverton : ORC Macro.

YODER Stanley P., ABDERRAHIM Nouredine, ZHUZHUNI Arlinda (2004) *Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis*, DHS Comparative Reports No 7, Calverton : ORC Macro.

YODER Stanley P., KHAN Shane (2008) Numbers of women circumcised in Africa: The Production of a Total, *DHS Working Papers*, n°39.

ZABUS Chantal (1995) Relexification, in Bill ASHCROFT, Gareth GRIFFITHS, Helen TIFFIN (dir.) *The post-colonial studies reader*, London : Routledge, p.314–318.

ZABUS Chantal (2001) Writing Women's rites: Excision in experiential African literature, *Women's Studies International Forum*, vol. 24, n°3/4, p.335–345.

ZIGON Jarrett (2008) *Morality. An Anthropological Perspective*, Oxford : Berg Publisher.

ZOLA Irving K. (1982) *Missing pieces: A chronicle of living with a disability*, Philadelphia : Temple University Press.

## Table des Annexes

---

ANNEXE 4A DEFINITIONS DE SEXE, SEXUALITE, SANTE SEXUELLE ET DROITS SEXUELS SELON L'OMS, 2010. ....	131
ANNEXE 7A LES QUESTIONNAIRES .....	246
ANNEXE 8A RECAPITULATIF PROFIL DES FEMMES INTERVIEWEES.....	331
ANNEXE 8B NOTE DESCRIPTIVE DE FEMMES INTERVIEWEES.....	335
ANNEXE 8C GUIDE D'ENTRETIEN.....	340
ANNEXE 8D ENTRETIEN DE AWA, 28 ANS, FILLE DE MIGRANTS, CELIBATAIRE, AUXILIAIRE PUERICULTRICE .....	343
ANNEXE 8E ENTRETIEN DE YASMIN, 28 ANS, MIGRANTE, CELIBATAIRE, ASSISTANTE DE VIE.....	355

## Table des Tableaux

---

TABLEAU 1.1 RECAPITULATIF HISTORIQUE : L'EVOLUTION DU REGARD SUR L'EXCISION .....	50
TABLEAU 2.1 ESTIMATION DU NOMBRE DE FEMMES AVEC MGF DANS 20 PAYS AFRICAINS .....	63
TABLEAU 2.2 POURCENTAGE DES FEMMES EXCISEES SELON L'AGE, ENQUETES DHS .....	66
TABLEAU 2.3 ATTITUDE DES FEMMES ET DES HOMMES ENVERS LA MGF EN % .....	69
TABLEAU 7.1 CONTENU DES DOSSIERS MEDICAUX .....	199
TABLEAU 7.2 PATIENTES DANS LE SERVICE A : EVOLUTION DANS LE TEMPS .....	201
TABLEAU 7.3 FICHE D'OUVERTURE : LES RUBRIQUES.....	202
TABLEAU 7.4 LES INFORMATEURS DES FEMMES SELON L'ORIGINE .....	206
TABLEAU 7.5 CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES SELON QUE LA FEMME A ETE OPEREE OU NON.....	210
TABLEAU 7.6 LES AGES DANS LE PARCOURS DES FEMMES SELON L'ORIGINE .....	211
TABLEAU 7.7 LES AGES DANS LE PARCOURS DES FEMMES SELON L'ORIGINE .....	211
TABLEAU 7.8 CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES SELON L'ORIGINE .....	212
TABLEAU 7.9 CARACTERISTIQUES SOCIOECONOMIQUES SELON QUE LA FEMME A ETE OPEREE OU NON.....	213
TABLEAU 7.10 CARACTERISTIQUES SOCIOECONOMIQUES SELON L'ORIGINE.....	215
TABLEAU 7.11 CIRCONSTANCES DE L'EXCISION SELON QUE LA FEMME A ETE OPEREE OU NON.....	216
TABLEAU 7.12 CIRCONSTANCES EXCISION ET REPARATION SELON ORIGINE .....	217
TABLEAU 7.13 CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES D'UNE POPULATION SELECTIONNEE.....	219
TABLEAU 7.14 INDICATIONS MEDICALES SELON QUE LA FEMME A ETE OPEREE OU NON .....	221
TABLEAU 7.15 CIRCONSTANCES EXCISION ET REPARATION SELON ORIGINE .....	222
TABLEAU 7.16 NOMBRE DE CONSULTATIONS SELON QUE LA FEMME A ETE OPEREE OU NON .....	223
TABLEAU 7.17 DUREE DU PARCOURS DES FEMMES OPEREES SELON L'ORIGINE.....	224
TABLEAU 7.18 CONTENU DES DOSSIERS MEDICAUX SELON ORIGINE .....	224
TABLEAU 8.1 DIFFERENCE D'AGE SELON LE PARCOURS MIGRATOIRE .....	265
TABLEAU 11.1 LES DEUX LOGIQUES .....	452
TABLEAU 12.1 TYPE DE POLITIQUE.....	469



## Table des Encadrés

---

ENCADRE 1.1 LES INSTRUMENTS JURIDIQUES INTERNATIONAUX, ARTICLES INVOQUES EN MATIERE DE MUTILATION GENITALE FEMININE (MGF).....	31
ENCADRE 1.2 FRANCISCA HOSKEN .....	33
ENCADRE 1.3 <i>Ainsi soit-elle</i> , BENOITE GROULT 1975.....	37
ENCADRE 1.4 AUFFRET S. <i>De couteaux contre les femmes</i> , 1983.....	39
ENCADRE 1.5 FEMINISME DECOLONIAL .....	40
ENCADRE 1.6 LE FEMINISME DANS LE MILIEU ACADEMIQUE .....	46
ENCADRE 1.7 CLASSIFICATION DES MGF SELON L'OMS, 1995 .....	51
ENCADRE 2.1 LES CHARTES AFRICAINES .....	58
ENCADRE 2.2 QUESTIONNAIRE DES ENQUETES DEMOGRAPHIQUES ET DE SANTE (DHS).....	71
ENCADRE 3.1 ENQUETE NATIONALE FRANÇAISE « EXCISION ET HANDICAP » .....	83
ENCADRE 3.2 PERSONNAGES CLES DANS LA LUTTE CONTRE LES MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES.....	89
ENCADRE 3.3 PIERRE FOLDES .....	106
ENCADRE 3.4 DEFINITION ET REPRESENTATION MEDICALE DU CLITORIS .....	112
ENCADRE 6.1 MODELE BIOPSYCHOSOCIAL .....	158
ENCADRE 6.2 LE PROFIL DES PROFESSIONNELS .....	172
ENCADRE 6.3 MODELE DE L'ETHNOPSYSCHIATRIE .....	175
ENCADRE 7.1 COMPTE RENDU DE LA SAGE-FEMME.....	205
ENCADRE 7.2 RECONSTRUCTION D'UN DOSSIER : COMPTES RENDUS DES CONSULTATIONS.....	207
ENCADRE 8.1 PROFIL CLINIQUE DE SAKINA.....	292
ENCADRE 8.2 PROFIL CLINIQUE DE SAMYA .....	292
ENCADRE 8.3 PROFIL CLINIQUE DE KEICHA .....	311
ENCADRE 8.4 PROFIL CLINIQUE D'AÏCHA .....	316
ENCADRE 8.5 PROFIL CLINIQUE D'AWA.....	327
ENCADRE 11.1 LA RACE DANS LES REPRESENTATIONS STEREOTYPEES DE LA SEXUALITE.....	463

## Table des Figures

---

FIGURE 2.1 GRAPHIQUE QUI REPRESENTE L'ATTITUDE DES HOMMES ET DES FEMMES ENVERS LES MGF DANS LES DIFFERENTS PAYS. ....	70
FIGURE 3.1 IMAGE DE SYNTHESE DU CLITORIS, DANS LE DOCUMENTAIRE <i>Le clitoris, ce cher inconnu</i> , 2005. .	114
FIGURE 3.2 PARIS, 2010, LOGO DE LA CAMPAGNE IMPRIME SUR LES RUES ET LES TROTTOIRS DE LA VILLE. ....	115
FIGURE 3.3 PARIS, 2010, LOGO DE LA CAMPAGNE IMPRIME SUR LES RUES ET LES TROTTOIRS DE LA VILLE. ....	115
FIGURE 3.4 AFFICHE DE LA CAMPAGNE OSEZ LE CLITO.....	116
FIGURE 6.1 CROQUIS FIGURANT TABLE OVALE LES MEMBRES DU SERVICE A LORS D'UNE REUNION DE STAFF.....	155
FIGURE 6.2 REPRODUCTION DU CROQUIS EFFECTUE PAR LE CHEF DU SERVICE A LORS D'UNE PRESENTATION INTER-SERVICE.....	157
FIGURE 6.3 CROQUIS FIGURANT LA TABLE OVALE, LES MEMBRES DU SERVICE A ET B LORS D'UNE REUNION D'INTER-SERVICE.....	169
FIGURE 6.4 CROQUIS FIGURANT LA TABLE RECTANGULAIRE, LES MEMBRES DU SERVICE B, LES INVITES EXTERNES ET INTERNES LORS D'UNE REUNION DE STAFF.....	176
FIGURE 7.1 FICHE D'OUVERTURE VIERGE .....	205
FIGURE 7.2 FICHE DU COMPTE RENDU OPERATOIRE .....	209

# Table des matières

---

<b>SOMMAIRE.....</b>	<b>1</b>
REMERCIEMENTS.....	3
PROLOGUE - LES MOTS ET LES CHOSES.....	7
<b>INTRODUCTION GENERALE.....</b>	<b>9</b>
<i>La recherche sur l'excision : genèse et conditions d'un choix.....</i>	<i>10</i>
<i>Pluralisme méthodologique, population très spécifique et terrain délimité.....</i>	<i>11</i>
<i>Organisation de la thèse.....</i>	<i>12</i>
<b>PREMIERE PARTIE – EMERGENCE DU PROBLEME DE L'EXCISION ET DE SON TRAITEMENT.....</b>	<b>19</b>
<b>INTRODUCTION - DE LA GLOBALISATION D'UN CRIME A LA REPARATION DE LA SEXUALITE.....</b>	<b>21</b>
CHAPITRE 1/ GENESE D'UN CRIME : L'APPARITION DES MUTILATIONS SEXUELLES.....	23
<i>L'ordre moral des races, sexes et classes : la citoyenneté de la sexualité.....</i>	<i>23</i>
Moralisation médicale et pathologisation des comportements sexuels.....	25
1900 : Les colonies au service de la civilisation des « pratiques barbares ».....	27
<i>Décolonisation et universalité des droits. Les MGF, une affaire internationale.....</i>	<i>29</i>
1970 : Les mutilations génitales féminines, un problème de santé maternelle et infantile.....	32
1980 : Les politiques de prévention des « pratiques traditionnelles néfastes ».....	42
<i>Reconnaissance de la violence et de la discrimination de genre.....</i>	<i>45</i>
Institutionnalisation du féminisme et apparition des droits sexuels.....	47
2000 : Prise en charge globale d'un crime contre les femmes.....	51
CHAPITRE 2/ DROIT HUMANITAIRE ET MONDIALISATION DES MOBILISATIONS DANS LE SUD.....	55
<i>Des politiques attentives aux droits des femmes dans le Sud.....</i>	<i>57</i>
<i>Les nouvelles gouvernances : quantifier, mesurer, planifier.....</i>	<i>60</i>
La MGF, une pratique qui évolue et qui recule dans le temps.....	62
Adapter les entités nosologiques médicales au terrain d'enquête.....	71
<i>Coopération internationale et importation dans le Sud d'une « convention sociale ».....</i>	<i>73</i>
CHAPITRE 3/ DEPLACEMENT DES POPULATIONS, NOUVELLES CONNOTATIONS AUX ANCIENNES PRATIQUES.....	81
<i>Décolonisation du Sud, politiques d'intégration au Nord.....</i>	<i>81</i>
<i>Comparer les stratégies politiques d'action. Le cas de la France et de l'Italie.....</i>	<i>85</i>
Interculturalité italienne, une politique de la différence.....	86
Centralisation politique et <i>civil law</i> , la médecine au service de la justice.....	88
Criminalisation de l'excision, le tournant juridique français.....	90
Culture et santé, un exemple de traitement symbolique de l'interculturalité.....	95
<i>La construction d'un lien entre santé et violence.....</i>	<i>101</i>
Concertation et centralisation de la prise en charge française.....	101
La chirurgie réparatrice des violences commises contre les femmes africaines.....	106
<i>Redécouverte d'un organe : anatomie politique du clitoris.....</i>	<i>110</i>

CHAPITRE 4/ REPARATION DU CLITORIS. SEXUALITE, MEDECINE ET RACE .....	119
<i>Les mutilations sexuelles à l'intersection du sexe et de la race</i> .....	120
<i>Médecine, genre et réparation du clitoris</i> .....	122
<i>Sciences sociales, féminisme et sexualité</i> .....	125
<i>Hôpital, formes de réparation et droits sexuels</i> .....	128
<b>DEUXIEME PARTIE - PLURALISME METHODOLOGIQUE EN MILIEU HOSPITALIER .....</b>	<b>133</b>
CHAPITRE 5/ ELABORER UNE STRATEGIE METHODOLOGIQUE.....	135
<i>L'hôpital comme choix stratégique</i> .....	135
<i>Rôles choisis, rôles imposés : les effets de la sociologie spontanée</i> .....	138
Négocier son entrée .....	139
La position paradoxale de l'engagement détaché.....	146
Un dispositif méthodologique complexe .....	148
CHAPITRE 6/ ETHNOGRAPHIE HOSPITALIERE : INTERDISCIPLINARITE ET DIVERSIFICATION DE L'OFFRE .....	151
<i>Le parcours de réparation</i> .....	152
<i>Psychologisation du problème : la « quête identitaire » à l'intérieur du Service A</i> .....	154
Mobilisation des savoirs interdisciplinaires : les expertises des spécialistes.....	159
Les arguments de l'« opérabilité » et les ressources nécessaires de la patiente .....	164
La validation du savoir par les pairs : rencontres entre services .....	168
<i>Une question communautaire : la démarche engagée du Service B</i> .....	174
Démocratisation de l'espace médical ou médicalisation des problèmes sociaux ? .....	175
Préférer ne pas opérer : une conception globale de prise en charge.....	185
Politisation de l'espace de la santé : de l'engagement à l'action.....	188
CHAPITRE 7/ ANALYSE STATISTIQUE DES DOSSIERS MEDICAUX : LES CRITERES DE SELECTION .....	195
<i>Le sens de l'objet et son usage : qu'est-ce qu'un dossier ?</i> .....	196
Éléments constitutifs du corpus de dossiers : les catégories médicales .....	199
Pièces à l'intérieur d'un dossier : fiche d'ouverture et comptes rendus.....	202
<i>Caractéristiques d'une population clinique : femmes excisées en démarche de réparation</i> .....	209
L'impact de la migration sur la chirurgie.....	209
Des raisons différenciées de demandes de réparation .....	220
Précarité et demande physiologique : les raisons des femmes socialisées en Afrique .....	225
<i>La « motivation » à la base d'une réparation symbolique</i> .....	227
L'impact de la socialisation sur la production d'un récit psychologique.....	235
« Maturité » : une <i>preuve d'intégration</i> sexologique et psychologique.....	238
Des formes de réparation adaptées aux profils de patientes .....	242
CHAPITRE 8/ ENTRETIENS ET BIOGRAPHIES CLINIQUES : LA SEXUALITE RACONTEE PAR LES FEMMES EXCISEES ....	256
<i>Le cadre de l'entretien et le recrutement</i> .....	258
<i>Socialisation et relations familiales</i> .....	262
Les âges dans le parcours de réparation .....	264
Parler de son excision en famille : distance géographique et décalage intergénérationnel .....	273
<i>Sexualité et relations sentimentales</i> .....	289
Socialisation et pratiques sexuelles .....	290
Migration et fragmentation des trajectoires sentimentales .....	294
Les cadres de la sexualité : les référents culturels de l'excision.....	296
<i>Perception de soi et projet de réparation</i> .....	304
La normalité corporelle et l'importance de l'apparence esthétique .....	305
La normalisation sexuelle et l'engagement dans la sexualité .....	312

L'institutionnalisation du « projet pour soi ».....	322
De la réparation personnelle à la réparation sociale.....	328
<b>CHAPITRE 9/ REAPPROPRIATION DE L'ESPACE PUBLIC : ANALYSE D'UN BLOG .....</b>	<b>365</b>
La diariste, le blog et les lectrices. Se dire dans l'espace public.....	367
L'intime mis en ligne : démocratisation de la sexualité.....	369
<i>Logiques des femmes, logiques médicales</i> .....	372
Les objets de la réparation : dossier et blog.....	373
Partage ou épreuve de la <i>narration</i> de soi.....	373
La dimension thérapeutique : consultation et blog.....	380
<i>La production d'un savoir sexuel : se réapproprier le discours, se réapproprier son expérience</i> .....	387
 <b>TROISIEME PARTIE – ENTRE DEUX LOGIQUES, UNE POLITIQUE DE REPARATION .....</b>	<b>395</b>
 <b>INTRODUCTION – LES LOGIQUES DES ACTEURS ET DES ACTRICES DANS LES POLITIQUES PUBLIQUES</b>	
.....	<b>397</b>
 <b>CHAPITRE 10/ LOGIQUES DES FEMMES : L'EGALITE DANS LA SEXUALITE.....</b>	<b>401</b>
<i>Les capacités sexuelles : les moyens pour réaliser l'égalité</i> .....	402
« Je veux prendre mon plaisir » : un corps capable.....	402
« Je veux faire plus » : une sexualité engagée.....	410
<i>Normalité visuelle : les effets de l'égalité</i> .....	414
« Je veux que ça se voit » : l'hégémonie du visuel.....	414
« Je veux avoir un sexe normal » : la normalisation du corps.....	416
<i>Conformité sexuelle : l'égalité réalisée ?</i> .....	420
« Je veux faire comme tout le monde » : socialisation des comportements sexuels.....	421
« Je veux être une femme à part entière » : la féminité comme statut juridique.....	424
Les femmes excisées, un sujet politique ?.....	426
 <b>CHAPITRE 11/ LOGIQUES MEDICALES : LA MEDECINE EMOTIONNELLE .....</b>	<b>431</b>
<i>La fin du paradigme du « corps vérité »</i> .....	432
<i>Clinique contemporaine et naissance d'une médecine émotionnelle</i> .....	439
Le travail émotionnel des acteurs.....	441
L'intimité, la nouvelle norme d'engagement sexuel.....	444
Les émotions froides dans le travail professionnel.....	447
<i>Institutionnalisation du féminisme dans la santé</i> .....	448
 <b>CHAPITRE 12 / LES POLITIQUES DE REPARATION .....</b>	<b>453</b>
<i>La décolonisation des relations</i> .....	455
<i>Reconnaissance de la question raciale et racialisation de la sexualité</i> .....	459
<i>De la politique du traumatisme à la politique de la réparation</i> .....	466
D'une politique de la pitié suscitant la compassion à une politique de la réparation demandant un engagement.....	468
La réparation ne demande pas une incorporation du traumatisme.....	470

<b>CONCLUSIONS GENERALES .....</b>	<b>473</b>
<b>CONCLUSIONS – LA SEXUALITE EST UN CHAMP D’ACTION .....</b>	<b>475</b>
<i>Ne pas isoler les expériences individuelles de leur contextes.....</i>	<i>476</i>
<i>Les capacités dans la sociologie de la sexualité.....</i>	<i>478</i>
<i>Reconfiguration morale de la médecine : féminisme et solidarité.....</i>	<i>481</i>
<i>Procédures de régulation des injustices sociales : les politiques de réparation.....</i>	<i>484</i>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>487</b>
<b>TABLE DES ANNEXES.....</b>	<b>519</b>
<b>TABLE DES TABLEAUX.....</b>	<b>519</b>
<b>TABLE DES ENCADRES.....</b>	<b>520</b>
<b>TABLE DES FIGURES .....</b>	<b>520</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>521</b>