HAL
open science

Des chirurgies sexuelles féminines de “ reconstruction ” : Circulation de pratiques médicales et construction des corps féminins en médecine : Une enquête multi-située entre France et Égypte du corps exilé au corps globalisé

Sarah Boisson

▶ **To cite this version:**

Sarah Boisson. Des chirurgies sexuelles féminines de “ reconstruction ” : Circulation de pratiques médicales et construction des corps féminins en médecine : Une enquête multi-située entre France et Égypte du corps exilé au corps globalisé. Sociologie. Université Côte d'Azur, 2023. Français. NNT : 2023COAZ2006 . tel-04117796v2

HAL Id: tel-04117796

https://theses.hal.science/tel-04117796v2

Submitted on 5 Jun 2023

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.

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR

ÉCOLE DOCTORALE
SOCIÉTÉS, HUMANITÉS, ARTS ET LETTRES

THÈSE DE DOCTORAT

Des chirurgies sexuelles féminines de « reconstruction » : circulation de pratiques médicales et construction des corps féminins en médecine.

Une enquête multi-située entre France et Égypte : du corps exilé au corps globalisé.

Sarah BOISSON

Unité de recherche migrations et société (UMR CNRS 8245 – UMR IRD 205)

Présentée en vue de l'obtention du grade de docteur en sociologie de l'Université Côte d'Azur

Dirigée par : Marie Lesclingand
Professeure des Universités, URMIS, Université Côte d'Azur

Soutenue le : 7 février 2023

Devant le jury, composé de :

Dominique Memmi, Directrice de recherche CNRS émérite, Cresppa, Université Paris 8

Véronique Petit, Professeure des Universités, CEPED, Université de Paris

Jean-Michel Lafleur, Professeur de Recherche, CEDEM, Université de Liège

Nicolas Puig, Directeur de recherche IRD, URMIS, Université de Paris

Laura Schuft, Maîtresse de conférences, URMIS, Université Côte d'Azur

Centre d'Études et de Documentation Économiques, Juridiques et sociales

SCIENCES DE LA SOCIÉTÉ ET DE L'ENVIRONNEMENT
ÉCOLE UNIVERSITAIRE DE RECHERCHE

Thèse de doctorat :

Des chirurgies sexuelles féminines de « reconstruction » : circulation de pratiques médicales et construction des corps féminins en médecine.

Une enquête multi-située entre France et Égypte : du corps exilé au corps globalisé.

Sarah Boisson

Unité de recherche migrations et société (UMR CNRS 8245 – UMR IRD 205)

Jury :

Jean-Michel Lafleur, Professeur de Recherche, CEDEM, Université de Liège

Marie Lesclingand, Professeure des Universités, URMIS, Université Côte d'Azur (Directrice)

Dominique Memmi, Directrice de recherche CNRS émérite, Cresppa, Université Paris 8 (Rapporteuse)

Véronique Petit, Professeure des Universités, CEPED, Université de Paris (Rapporteuse)

Nicolas Puig, Directeur de recherche IRD, URMIS, Université de Paris

Laura Schuft, Maîtresse de conférences, URMIS, Université Côte d'Azur

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier tout d'abord l'équipe de l'URMIS Nice qui m'a accueillie pendant ces trois ans et demi. Plusieurs de mes collègues, m'ont accompagnée dans mes recherches par de précieuses relectures et recommandations qui m'ont stimulée intellectuellement. Je remercie particulièrement ma directrice de thèse, Marie Lesclingand, qui m'a encadrée pendant cette thèse avec beaucoup de bienveillance, de rigueur et d'attention. Je suis très heureuse d'avoir pu être sa première doctorante. Cette belle expérience professionnelle partagée a été très riche. Merci à Valérie Saurent, gestionnaire administrative pour avoir facilité le déroulé de cette thèse.

Je tiens à exprimer toute ma gratitude aux femmes, professionnel·les de santé et autres acteur·trices enquêté.es qui ont accepté de partager leurs expériences et engagements dans le cadre de cette enquête, de m'ouvrir leur monde et parfois de prolonger nos échanges à leurs domiciles ou dans le cadre d'autres rencontres informelles.

Merci également à l'équipe du CEDEJ du Caire qui m'a accueillie durant mon terrain, et même avant, autour du projet COCOMASR pendant la crise sanitaire de 2020. Grâce aux conseils et à la bonne connaissance du terrain égyptien des membres de l'équipe, mon terrain a pu être riche et m'apporter beaucoup de matière en termes de données et de réflexion.

Je remercie l'EUR Odyssée de l'Université Côte d'Azur qui m'a accordé un soutien financier pour réaliser mon terrain en Egypte, ainsi que l'Ecole doctorale SHAL pour le cadre bienveillant d'étude.

Je remercie mon comité de suivi de thèse en la personne de Clémence Schantz, Simona Tersigni et Jean-Luc Primon qui m'ont fait de nombreux retours scientifiques précieux durant mes deux dernières années de thèse.

Je tiens aussi à remercier particulièrement les doctorant·es et jeunes docteur·es de l'URMIS Nice, qui m'ont fait découvrir ce que signifiait de faire partie d'un collectif de recherche, m'ont beaucoup soutenue, et sont devenu·es des ami.es. Julie Chauvet, Célia Nguyen, Stélios Moraïtis, Thomas Bofill, Nada Matsimouna, Giulia Breda, Adèle Nièvre et nos ami.es d'en face du LAPCOS Roxane Bartoletti et Clément Andrieu. Merci d'avoir fait de Nice l'endroit accueillant dont j'avais besoin pour la rédaction de mon manuscrit.

Un grand merci à ma collègue et amie Gehad Elgendy qui m'a beaucoup aidée et soutenue pendant mon terrain égyptien. Nous avons réalisé des entretiens en binôme et

beaucoup échangé sur les résultats. Sans elle, ce terrain au Caire et à Alexandrie n'aurait jamais pu être possible. J'espère que cette collaboration continuera longtemps. Je remercie également Mariam Ghafir, également une collègue et amie du CEDEJ, avec qui j'ai aussi fait du terrain en collaboration au Caire alors qu'elle réalisait ses recherches de master. Au plaisir de se retrouver à nouveau toutes les trois sur nos sujets communs pour de nouveaux projets de recherche. Merci à Dina Elrakhawy pour ces nombreux cours d'arabe, son aide à la préparation d'entretien en arabe puis enfin son aide à la traduction de plusieurs entretiens.

Je tiens à remercier l'Institut Convergences Migrations dont je fais partie depuis avril 2020 qui m'a permis de rejoindre un autre collectif de recherche français sur les migrations et la santé en France. Par l'Institut, j'ai pu bénéficier de soutien financier pour des activités de valorisation de ma recherche doctorale. Les échanges riches avec nombre de ses membres m'ont beaucoup aidée à structurer ma pensée au cours de cette rédaction. Un merci tout particulier à Betty Roland, coordonnatrice du département HEALTH, pour ses conseils avisés, ses recommandations et sa confiance.

Toute ma gratitude à l'équipe du laboratoire Bases, Corpus, Langage : UMR 7320 (BCL) pour les commentaires et retours sur mes travaux sur corpus, particulièrement Laurant Vanni pour la formation sur le logiciel d'analyse textuelle hyperbase et sa grande disponibilité.

Je remercie beaucoup mes relecteur·trices qui ont passé du temps à lire et me proposer de nouvelles pistes de réflexion : Jocelyne Streiff-Fénart, Catherine Dorison, Valérie Caillet, Béatrice Osmond, Manon Vaux, Elisabeth Bernard, Alexandra Langlois, Ambre Froment, Cyrille de Compiègne, Arthur Binetti, Sophie Magne, Elaine Bertrand, et bien sûr Elisabeth Boisson. Vos remarques ont toujours été pertinentes et très constructives !

Je veux aussi remercier ma famille et mes ami·es pour leurs nombreux encouragements, relectures et leur patience avec moi quand les difficultés semblaient s'accumuler avec la crise sanitaire. Je remercie tout particulièrement Elisabeth Boisson pour le temps dédié à m'aider dans cette thèse et Virgile Sedrati-Lopes pour le soutien inébranlable, sa foi en moi et les inspirations engagées et justes qu'il a su me transmettre. Merci à Marie-Gabrielle et Daniel Medici pour leur accueil à Nice et les excellentes conditions de vie propices à une bonne rédaction !

Avant-propos

La rédaction de cette thèse favorise l'écriture épicène. Elle recourt également à une forme contractée d'écriture inclusive (le point médian « · »). Ce procédé d'écriture est utilisé lorsque des mots désignent des hommes et des femmes, afin d'éviter l'invisibilisation que produit le genre dit neutre, masculin. Pour respecter l'intention des enquêté·es, les citations ne sont en revanche pas en écriture inclusive.

Titre : Des chirurgies sexuelles féminines de « reconstruction » : circulation de pratiques médicales et construction des corps féminins en médecine. Une enquête multi-située entre France et Égypte : du corps exilé au corps globalisé.

Résumé : Historiquement, se sont observées dans différentes zones géographiques et époques des pratiques de modifications génitales féminines comme l'excision, des clitoridectomies, des sutures et autres interventions sur l'hymen. Loin d'être disqualifiées par l'apparition de la médecine moderne, certaines de ces pratiques, ou leur réparation, ont été assimilées par le secteur médical, et de ce fait, légitimées. Les progrès de la sphère biomédicale depuis les années 1970 ont ouvert un nouveau champ médical autour des techniques chirurgicales de (re)constructions génitales féminines. La thèse se concentre sur deux pratiques chirurgicales de « reconstruction », celle de la restauration de l'hymen et celle de la reconstruction du clitoris après une excision, tout en questionnant leurs circulations entre la France et l'Afrique du Nord – Egypte et Tunisie -, leurs modalités de transmission et d'adaptation à des contextes nationaux et sub-nationaux différents. S'interroger sur la circulation de techniques médicales « de l'intime » et les conceptions du « reconstruire » génital, permet d'aborder plusieurs terrains. En effet, plusieurs travaux se sont intéressés à ces reconstructions dans le contexte européen d'immigration. Néanmoins, leur implantation et la circulation dans les pays d'origine, liées à la mobilité des professionnel·les de santé, des patientes et la circulation des savoirs médicaux n'a, jusqu'à présent, pas fait l'objet de travaux scientifiques en sciences sociales. C'est donc une approche globale multi-située de l'étude de pratiques médicales traitant de l'intime féminin et de l'idée de (re)construire le sexe des femmes qui a été mise en œuvre et qui tend en cela à dépasser certains biais ethnocentrés. En quoi ces chirurgies s'inscrivent-elles dans des rapports de genre, de classe, ainsi que dans les rapports Nord-Sud, dans ces différents contextes socio-culturels ? Comment celles-ci se déploient-elles dans un nouveau paradigme de santé globale où se juxtaposent des phénomènes migratoires et de circulation de pratiques ? Ces techniques s'articulent toutes deux avec des impératifs dits « traditionnels » ou « culturels » et semblent ainsi s'inscrire dans des processus de contournements normatifs mis en œuvre par les femmes. Des mythes anatomiques et une production structurelle d'ignorance –analysée au prisme des *ignorance studies* - sur l'appareil génital féminin se retrouvent alors au cœur de ces demandes chirurgicales. La méthodologie développée conjugue une recherche multi-située par entretiens (n=65) avec des médecins, des femmes et des acteur·trices d'institutions ou d'associations gravitant autour de ces procédures médicales, ainsi que des observations ethnographiques dans le milieu médical et dans des groupes de paroles de patientes. Une étude textuelle d'un corpus de presse (n=204 articles) dans le contexte médiatique français touchant à la représentation de ces chirurgies dans l'espace public vient compléter cette recherche. Des données chiffrées relatives à la fréquence des actes médicaux minoritaires et des données socio-démographiques ont été mobilisées selon leur disponibilité dans les différents contextes étudiés. Il ressort de cette étude que ces chirurgies sont identifiées dans le discours médical des praticien·nes interrogé·es comme des pratiques ethniques - ou au moins socialement situées dans des espaces où les personnes sont plus fortement soumises à la « culture ». Elles s'inscrivent aussi dans des circulations et des adaptations en lien avec les discours identitaires sur le nationalisme sexuel. Tous les discours collectés ont une dimension culturalisante et altérisante vis-à-vis des groupes socio-culturels auxquels appartiennent les patientes. Ces processus se matérialisent de manière différenciée selon les lieux d'étude. Ces chirurgies semblent toujours jouer un rôle intégrateur sur le plan corporel soit pour se maintenir dans un milieu social, soit pour s'adapter à un nouveau milieu ou contexte.

Mots clés : chirurgie sexuelle féminine – circulation de pratiques médicales – migration – santé et genre – reconstructions génitales féminines – hyménoplastie – réhabilitation clitoridienne – modifications génitales féminines – excision

Title : Female sexual surgeries of "reconstruction": circulation of medical practices and construction of female bodies in medicine. A multi-sited investigation between France and Egypt: from exiled body to globalized body.

Abstract : Historically, female genital modification practices such as female circumcision, clitoridectomies, sutures and other interventions on the hymen have been observed in different geographical areas and times. Far from being disqualified by the advent of modern medicine, some of these practices, or their repair, have been assimilated by the medical sector, and thus legitimized. Advances in the biomedical sphere since the 1970s have opened up a new medical field around the surgical techniques of female genital (re)construction. The thesis focuses on two surgical practices of "reconstruction", that of the restoration of the hymen (hymenoplasty) and that of the reconstruction of the clitoris after an excision, while questioning their circulation between France and North Africa - Egypt and Tunisia, their modalities of transmission and adaptations to different national and sub-national contexts. Questioning the circulation of medical techniques "of the intimate" and the conceptions of genital "reconstruction" allows us to approach several fields. Indeed, several works have focused on these reconstructions in the European context of immigration. Nevertheless, their implementation and circulation in the countries of origin, linked to the mobility of health professionals·les, patients and the circulation of medical knowledge has not been the subject of scientific work in social sciences until now. It is therefore a multi-sited global approach to the study of medical practices dealing with female intimacy and the idea of (re)constructing women's gender that has been implemented and which tends in this way to overcome certain ethnocentric biases. How do these surgeries fit into gender and class relations, as well as into North-South relations, in these different socio-cultural contexts? How do they unfold in a new paradigm of global health where migratory phenomena and circulation of practices are juxtaposed? These techniques are both articulated with so-called "traditional" or "cultural" imperatives and thus seem to be part of normative circumvention processes implemented by women. Anatomical myths and a structural production of ignorance - analyzed through the prism of ignorance studies- about the female genitalia are at the heart of these surgical requests. The methodology developed combines multi-sited research through interviews (n=65) with doctors, women and actors·trices from institutions or associations gravitating around these medical procedures, as well as ethnographic observations in the medical environment and in patients' discussion groups. A textual study of a press corpus (n=204 articles) in the French media context affecting the representation of these surgeries in the public space completes this research. Numerical data on the frequency of minority medical procedures and socio-demographic data were mobilized according to their availability in the different contexts studied. What emerges from this study is that these surgeries are identified in the medical discourse of the practitioners·nes interviewed as ethnic practices-or at least socially situated in spaces where people are more heavily subjected to "culture." They are also embedded in circulations and adaptations related to identity discourses on sexual nationalism. All the discourses collected have a culturalizing and altering dimension with respect to the socio-cultural groups to which the patients belong. These processes materialize in a differentiated way according to the places of study. These surgeries always seem to play an integrating role on the body level either to maintain oneself in a social environment or to adapt to a new environment or context.

Keywords: female sexual surgery - circulation of medical practices - migration - health and gender - female genital reconstruction - hymenoplasty - clitoral rehabilitation - female genital cutting

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS *4*

TABLE DES MATIERES *10*

TABLE DES ILLUSTRATIONS *15*

INTRODUCTION *19*

PREMIERE PARTIE. « RECONSTRUIRE » LES PARTIES GENITALES DES FEMMES, CIRCULATIONS TRANSNATIONALES DE PRATIQUES DE SANTE *31*

Chapitre 1 - Chirurgie génitale féminine et « reconstruction » en médecine *32*

I - Médecine et modifications génitales féminines **32**

A - Historicité des interventions médicales de « reconstruction » autour des organes génitaux féminin 33

B - Le corps médical : représentations et constructions symboliques autour des chirurgies « légitimes » de reconstruction et de « sous » chirurgies. 37

II - Reconstruction du clitoris et de l'hymen : enjeu de classification et de définition de ces pratiques médicales **40**

A - Description anatomique et médicale des deux chirurgies 40

B - La médecine de l'intime : siège d'une production active d'ignorance ? 50

III - Altérité et médicalisation des corps féminins **62**

A - Entre tradition et modernité : une frontière ethnique au sein des chirurgies sexuelles ? 64

B - Quand le sexe dit la « Nation » : normes sexuelles et espaces nationaux 71

C - Soins et logique différencialiste autour de ces chirurgies 75

IV - Une approche en termes de genre, de classe, et de "race" : comment analyser les enjeux de pouvoir dans ces pratiques ? **79**

A - Cadre analytique autour de l'approche de D. Kergoat : 79

B - Cinq impératifs de recherche pour guider l'analyse et l'investigation 80

Chapitre 2 - Enjeux de circulation et de transnationalisation des pratiques de santé pour les femmes *85*

I - Approche globale de ces pratiques et « mobilities studies » **85**

A - Penser les pratiques médicales dans un espace globalisé 85

B - Une coloration coloniale : rapports Nord-Sud, importation et adaptation nationale.. 89

C - L'approche globale comme dépassement de biais ethnocentrés et de représentations universalistes des procédures en médecine : 92

II - Le choix des terrains ethnographiques : lieux de controverses et de circulation en santé **94**

A - Le cas français et la question migratoire 94

B - Le cas égyptien et la question coloniale de l'importation 96
C - Le tourisme médical en Tunisie 98

Chapitre 3 : Des méthodes mixtes pour une compréhension globale des chirurgies de reconstruction génitale féminine 104

I - L'enquête de terrain 108
A - Une approche globale et multi-située pour une compréhension transnationale des pratiques médicales étudiées 108
B - La modalité de l'entretien comme outil principal d'enquête 113
C - Cheminement d'une enquête ethnographique : les différents terrains et méthodologies mises en place 123

II - Quantifier, objectiver des pratiques minoritaires 146

III - L'analyse textuelle de corpus, une étude de cas 148
A - Présentation du corpus 148
B - Réalisation du corpus 149
C - Méthodologie de l'analyse 154

IV - Réflexivité sur l'exploitation des données et la position de recherche : enjeux scientifiques et éthiques 158
A - Exploitation et analyse des données collectées 158
B - Position de chercheuse face à des sujets tabous 159
C - La question éthique en sociologie du genre et de la santé : comment protéger les enquêté.es, comment faire face à l'institutionnalisation des procédures éthiques ? 164

DEUXIEME PARTIE. ENTRE PRATIQUE ET DISCOURS : UN TRAVAIL CONTEXTUEL SUR CES PRATIQUES MEDICALES 170

Chapitre 4 : Contextualiser les pratiques médicales étudiées 171

I - Situations juridico-politiques des contextes d'étude et articulation avec les normes internationales de santé 171
A - La chirurgie esthétique : une tension entre thérapeutique et confort 171
B - Contextualiser la prise en charge chirurgicale de l'excision : retour sur la criminalisation de l'excision et ses formes de médicalisation 174
C - Législation sur les hyménoplasties : entre interdit et tabous 185

II - Des chiffres pour comprendre les réalités sanitaires et médicales qui accompagnent ces chirurgies 190
A - Enjeux autour de la mesure de pratiques médicales minoritaires 190
B - La réhabilitation clitoridienne : une pratique difficilement quantifiable au début de sa diffusion 192
C - L'hyménoplastie : un acte médical ancestral inconnu au plan statistique 205
D - Qui sont les médecins ? La répartition genrée professionnelle dans les praticien·nes de ces chirurgies 210
E - Qui sont les patientes ? Des profils socio-démographiques incomplets 214

F - Les coûts de ces chirurgies selon les contextes nationaux et les systèmes de santé. 217

Chapitre 5 : Représentations sociales et traitement médiatique des chirurgies sexuelles de reconstruction ... 225

I - Présentation du corpus ... 225

II - A qui la parole sur ces chirurgies ? Construction de figures stéréotypées et déséquilibre des témoignages dans le récit médiatique ... 230

A - Le sauveur et la victime : deux types de figures stéréotypées du récit médiatique. 230

B - Les différences de traitement : déséquilibres dans la parole et les témoignages 233

III - Le cadrage médiatique autour de l'intégration nationale des corps dans la presse généraliste ... 236

A - Différenciation culturelle et sociale et effet de cadrage nationaliste dans la presse généraliste de masse, les grands quotidiens. ... 237

B - La presse d'extrême droite et le traitement médiatique spécifique de ces chirurgies ... 240

C - Entre hyménoplastie et réparation du clitoris : défaut d'intégration ou outil d'intégration des corps féminins ? ... 245

IV - La presse féminine et sa lectrice-consommatrice : lieux de déploiement d'un marché des chirurgies cosmétiques intimes ... 247

V - Les spécificités du discours médical médiatisé sur ces chirurgies ... 250

A - Le silence médical autour des hyménoplasties face au « brouhaha » médico-militant de l'excision ... 250

B - Le corps « normal » dans le discours médical médiatisé ... 251

VI - Accents misérabilistes : l'image de la femme victime dans le discours médical et dans la presse généraliste ... 253

A - Des femmes sans voix : victimisation des patientes de ces chirurgies ... 253

B - L'Adjectif « jeune » et les processus d'infantilisation, voire de réification des femmes ... 255

C - Le registre de l'aide humanitaire ... 255

TROISIEME PARTIE. MEDECINS ET PATIENTES TENTENT DE DIALOGUER AUTOUR DE LA RECONSTRUCTION GENITALE : RETOUR SUR DES TEMOIGNAGES. ... 259

Chapitre 6 : Trajectoires sexuelles et paroles de femmes autour de l'expérience de reconstruction génitale ... 260

I - Parole construite, parole négociée ... 260

A - Le parler pour dénoncer ... 262

B - Les motifs évoqués de la réparation ... 266

C - Conception de la virginité chez les femmes interrogées ... 274

D - Monétisation des corps et la « plus-value » de la réparation chirurgicale : discours sur l'estime de soi, l'honneur et la pureté ... 277

I - L'accès sinueux aux chirurgies : des parcours pluriels ... 282

A - Circulation de l'information : réseaux de solidarité, digitaux et amicaux dans le contexte postrévolutionnaire égyptien 283
B - Le poids du monde associatif dans le parcours médical en France 285
C - Difficulté d'accès et rapport des femmes au médical 290

II - La prise de décision : les réticences, pressions sociales, pressions intériorisées ... 294
A - Le référent religieux et ses déclinaisons discursives en France et en Egypte 294
B - L'hymen : enjeu social, symbole négocié et signifiant 297
C - Un silence de classe en Egypte, obstacle au développement de la reconstruction clitoridienne 298
D - Le choix du médecin, des réticences genrées ? 301

Chapitre 7 : Les patientes face à des injonctions sociales structurelles, stratégies de contournement et résistance 305

I - Dynamiques « in and out » : la question de l'intégration ou du (re)alignement social des corps par l'intervention chirurgicale 305
A - Logiques d'orientation et d'inscription de la reconstruction clitoridienne dans les parcours d'accueil en France 307
B - Le stigmate culturel intériorisé 311
C - Intrication entre rentrer dans l'ordre social et « rédemption » individuelle : la question de la purification 312

II - « Je me débrouille » : stratégies de résistance face au marché biomédical 314
A - Inégalités d'accès aux chirurgies en raison des coûts financiers 314
B - Mobilité thérapeutique et tourisme médical 316

III - Enjeux d'ignorance dans la parole des femmes 319
A - Conceptions anatomiques : la certitude des faux-savoirs 319
B - Déconstruire les non-savoirs par l'entrée dans le milieu médical ? 324

IV - La relation aux professionnel·les de santé : une agentivité questionnée 326
A - Les rituels de l'aveu et l'intrusion clinique du « faire-parler » dans la procédure médicale de reconstruction génitale 326
B - Une méfiance profane vis-à-vis du monde médical 328

Chapitre 8 : Doutes et difficultés du secteur médical dans les prises en charge des reconstructions génitales féminines : paroles de soignant·es 335

I - Trajectoire de soignant·es, ouverture à l'international et transnationalisation des pratiques de soin 335
A - Des trajectoires Nord- Sud : migration de diffusion de pratique 337
B - Des trajectoires Sud – Nord : migration pour étude et formation 339
C - Les conférences internationales : lieux de rencontres et d'échanges de savoir médicaux 346
D - Circulation des pratiques : transnationalisation des chirurgies 350

II - Des milieux médicaux pluriels et divisés pour accueillir ces chirurgies 356
A - Le champ esthétique et l'archipel des cliniques privées 356

B - Le public et ses ambitions humanitaires 364
C - Fractures au sein du système de santé égyptien 366
D - Se former à des pratiques de soin minoritaires 367

III - Des dilemmes médicaux 370

A - Que savez-vous d'un hymen ? Savoir partiel et production active d'ignorance 370
B - Du malentendu au dilemme : se positionner au sein d'une pluralité de normes 373
C - Discours sur l'altérité imbriquée dans ces pratiques médicales 380
D - Un décalage institutionnalisé des schémas de compréhension des pratiques médicales entre patientes et médecin ? 382
E - En France, des associations, alliées du médical dans la prise en charge. Des effets d'orientation. 383

IV - Biopouvoir et question de la (ré)intégration des corps féminins dans le contexte national 384

A - Biopouvoir et intégration des corps 384
B - Normalité génitale et consultation : façonner les corps féminins 386

V - La place des enjeux économiques : quand le lucratif conditionne l'offre de soin 387

A - Des actes médicaux rentables ? 387
B - Un système de concurrence : rapports de force et rivalité professionnelle dans la sphère médicale 389
C - Le Marketing de la clinique 391

CONCLUSION GENERALE 398

BIBLIOGRAPHIE 412

ANNEXES 434

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Table des encadrés

Encadré 1. Reconstruire, reconstruction, quel sens ? 22

Encadré 2. Description anatomique de la réhabilitation clitoridienne....43

Encadré 3. Présentation du site officielle de l'association Hymen redéfinitions 46

Encadré 4. Description anatomique des différentes techniques d'hyménoplastie....49

Encadré 5. Synthèse de la « taxinomie » de N. Tuana, une typologie de l'ignorance épistémique ……..54

Encadré 6. Présentation du Forum Estheticon....129

Encadré 7. Le format « confession », trace de religiosité ou importation venue d'outre-Atlantique ? ……...139

Encadré 8. Présentation officielle de la page Facebook « Cairo Confessions » traduit en français ……142

Encadré 9. Présentation officielle de la page Facebook « Confessions of a married women » ...143

Encadré 10. Les bases de données utilisées dans la collecte d'articles....149

Encadré 11. Les trois catégories de presse du corpus : 150

Encadré 12. Fonctions utilisées sur le logiciel Hyperbase et définition des indicateurs....157

Encadré 13. Extrait du carnet de terrain n°3. Discussion informelle entre des expatrié.es chercheur·es au Caire. 162

Encadré 14. Textes juridiques encadrant à la question de l'excision en France 175

Encadré 15. La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et la question de l'excision ..179

Encadré 16. Extrait de l'émission télé égyptienne « Dieu seul sait » sur « La virginité : caractéristique temporaire, incertaine et différente selon les jeunes femmes »....188

Encadré 17. Enjeux de mesure de l'excision : les estimations directes et indirectes....194

Encadré 18. Le dispositif d'enquête du projet MSF-Préval....199

Encadré 19. Confession en ligne portant sur la perte de sa virginité, publiée sur Cairo Confessions ……280

Encadré 20. Extrait du carnet de terrain du 26 juillet 2021 « Réunion à [nom de l'association] dans un centre de santé » :....287

Encadré 21. Post Facebook « Qu'est-ce que la membrane à bakara (hymen) ? » 320

Encadré 22. La trajectoire d'un inventeur : élaboration et diffusion de la pratique dans les pays du sud. ……337

Encadré 23. La trajectoire d'un chirurgien dans les années 1970 : le cas du Dr. Ali, urologue, chirurgien plasticien au Caire....340

Encadré 24. La trajectoire d'une chirurgienne dans les années 2010 : le cas de Dr. Rana, chirurgienne au Caire 341

Encadré 25. Extrait d'une intervention publique du GAMS Lyon à l'EHESS (2018) 383

Table des tableaux

Tableau 1. Liste des mythes anatomiques identifiés, éclairés par l'épistémologie de l'ignorance de N. Tuana (2006).....57

Tableau 2. Déclinaison des outils méthodologiques choisis en articulation avec les questions de recherche développées dans les chapitres 1 et 2. 106

Tableau 3. Entretiens semi-directifs menés en France entre janvier 2020 et janvier 2022.....124

Tableau 4. Observations ethnographiques réalisées in vivo : 127

Tableau 5. Entretiens semi-directifs menés en Egypte 130

Tableau 6. Détail du type de données mobilisées par chapitre de la thèse 159

Tableau 7. Récapitulatif des enquêtes quantitatives mobilisées dans le cadre de la contextualisation des pratiques chirurgicales de reconstruction génitales féminines.....192

Tableau 8. Estimations du nombre de femmes mutilées à l'échelle mondiale et européenne. 193

Tableau 9. Prévalences estimées de l'excision et de la réhabilitation clitoridienne dans trois départements français 200

Tableau 10. Evolution du pourcentage de femmes excisées (15-49 ans) en Egypte entre 1995 et 2014 ……...202

Tableau 11. Prévalences estimées de l'hyménoplastie dans trois départements français 209

Tableau 12. Répartition genrée sur l'ensemble des spécialités d'exercice en France en 2016..211

Tableau 13. Répartition genrée dans la spécialité « Chirurgie plastique reconstructive et esthétique » en 2016 en France. 212

Tableau 14. Récapitulatif des prix de la réhabilitation clitoridienne (clitoridoplastie) selon les données de terrain ……219

Tableau 15. Récapitulatif des prix d'une hyménoplastie selon le site Estheticon et les données de terrain ……220

Tableau 16. Sociotypes récurrents dans le récit médiatique sur les chirurgies étudiées.....231

Tableau 17. Liste des mots et signes (par forme)1 statistiquement spécifiques aux articles issus de la presse généraliste de masse avec leurs indices de spécificité sous forme d'écart. 235

Tableau 18. Liste des mots (par lemme)1 statistiquement spécifiques aux articles issus de la presse généraliste marginale avec leurs indices de spécificité. 241

Tableau 19. Liste des mots (par lemme)1 statistiquement spécifiques aux articles issus de la presse spécialisée féminine avec leurs indices de spécificité. 248

Tableau 20. Liste des mots (par forme)1 statistiquement spécifiques aux articles issus de la presse spécialisée féminine avec leurs indices de spécificité. 250

Table des figures

Figure 1. Chronologie d'un lent cheminement institutionnel vers la criminalisation de l'excision en Egypte depuis l'époque nassérienne. 181

Figure 2. Evolution du nombre de réhabilitations clitoridiennes déclarées entre 2004 et 2021 ……196

Figure 3. Evolution de la part des opérations de réhabilitation clitoridienne réalisées dans des établissements publics entre 2012 et 2021 (en %).....198

Figure 4. Evolution du nombre d'hyménoplasties déclarées entre 2004 et 2021.....207

Figure 5. Evolution de la part des hyménoplasties réalisées dans des établissements privés entre 2012 et 2021 ……208

Figure 6. Répartition genrée des médecins en Egypte au niveau national, tous secteurs confondus1, en 2016.....213

Figure 7. Orientation politique des articles du corpus 1 : reconstruction de l'hymen, issus d'une presse revendiquant une ligne politique polarisée.....244

Table des photos

Photo 1. Offres comparées sur le site « séjour-médical.fr » pour des hyménoplasties et le séjour à Tunis ou Marrakech.....100

Photo 2. Exemple de confession en ligne postée sur Facebook sur le groupe « Confessions of a Married Women ». 140

Photo 3. Visuel officiel de présentation du groupe Facebook « Confessions of a married Woman » ……144

Photo 4. Logo de la plateforme « Speak up » avec leur devise « girls supports girls » 145

Photo 5. Article de presse dans le magazine féminin Marie-Claire, « Les chirurgies du vagin : des indications toujours plus nombreuses », mis en ligne le 5 janvier 2018.....249

Photo 6. Post Facebook dénonçant l'usage des termes « chirurgie esthétiques » pour couvrir l'excision féminine dans le milieu médical, publié sur la page de l'association nationale égyptienne « Tadwein », le 13 février 2021 : 331

Photo 7. Infographie d'une clinique privée située sur la côte Nord de Tunis :.....363

Photo 8. Post Instagram de l'association et clinique « RestoreFGM » proposant des prises en charge chirurgicale (2 juin 2021) : 390

Photo 9. Pub postée sur Facebook pour une clinique au Caire pour des « rétrécissements vaginaux » et des « blanchiments au laser de la vulve » : 392

Photo 10. Visuel d'une vidéo promouvant l'injection de collagène et autres interventions au niveau des parties génitales « abîmées », Clinique FLC du Caire. 393

Photo 11. Annonce publicitaire pour des hyménoplasties en Egypte.....394

Photo 12. Pub d'une clinique tunisienne proposant un package : intervention et opération pour 1 000 euros. ……395

Table des cartes

Carte 1. Comparaison des pourcentages de femmes excisées selon les enquêtes EDS 201

Carte 2. Prévalence de la pratique des FGM en Égypte par région en 2014.....203

Carte 3. Trajectoire professionnelle de P. Foldès, urologue, inventeur de la réhabilitation clitoridienne ……338

Carte 4. Trajectoire géographique professionnelle et pour étude du Dr Ali 341

Carte 5. Une trajectoire professionnelle des années 2010-2018. Dr. Rana, une chirurgienne formée au Moyen Orient et aux Etats-Unis avant d'opérer au Caire 342

Carte 6. Trajectoire professionnelle du Dr. Maurice, égyptien s'étant installé en France au moment des études et travaillant dans un CH de province, ainsi qu'au Caire et de manière ponctuelle ailleurs dans le monde : une pratique globalisée 344

INTRODUCTION

> *« En ouvrant la bouche ou en nous habillant le matin, nous portons les marques du genre. Ce faisant, pour le meilleur, nous élaborons un imaginaire de la différence sexuelle (un large spectre qui va jusqu'à l'indifférenciation), et pour le pire, nous activons de pauvres stéréotypes. »*
>
> *(Bard et Le Nan, 2019).*

L'imaginaire de la différence sexuelle s'inscrit dans nos paroles et nos vêtements, mais il prend sa source principalement dans l'intimité sexuelle de nos corps, c'est-à-dire la forme que ces corps prennent et que nous sommes en mesure d'accepter, de rejeter ou de transformer afin de les rendre conformes à nos imaginaires sociaux - négociés individuellement. En cela, le corps humain semble s'actualiser en un agrégat de symboles déterminants qui tendent systématiquement à s'opposer selon une représentation binaire : le féminin contre le masculin (Bourdieu, 1998). Cette différenciation s'incarne alors dans l'intimité des corps où se loge le dispositif structurant de la sexualité (Foucault, 1976a) et est sans cesse à « reconstruire », à réactualiser :

> *« La masculinisation du corps masculin et la féminisation du corps féminin, sont des tâches immenses et en un sens interminables qui, sans doute plus que jamais aujourd'hui, exigent presque toujours une dépense considérable de temps et d'efforts. » (Bourdieu, 1998, p 81)*

Les organes génitaux féminins et masculins n'échappent pas à cet effort constant. Ils sont dès lors le lieu de luttes normatives politiques en tant que leur aspect, et la normativité qui leur incombe, sont un socle à l'ordre genré établi, directement relié aux rapports de domination qui régissent une société. En cela, Bourdieu souligne que ces efforts de mise en forme des corps selon des représentations genrées participent d'une « somatisation de la relation de domination, ainsi naturalisée » (Bourdieu, 1998 : p 81). Ce processus de distinction binaire mutuelle des parties génitales semble avoir pris tout son sens au tournant du XVIIIe siècle, moment où, selon Thomas Laqueur, l'on « cessa de voir dans les organes génitaux des deux sexes une reconfiguration topologique mutuelle pour les juger désormais radicalement distincts » (Laqueur et Gautier, 2013, p. 17)[1]. Le masculin et le féminin des parties génitales se

[1]Antérieurement à ce tournant épistémologique, pour reprendre l'expression foucaldienne, T. Laqueur rappelle que l'on considérait les sexes féminin et masculin comme deux déclinaisons différentes d'un même sexe biologique humain et universel,

construisent dès lors dans une opposition systématique, un différentialisme impliquant « que les sexes soient séparés en deux catégories dissymétriques et mutuellement exclusives » (Debergh et Torrent, 2020 ; Raz, 2016).

Le fait que les parties génitales soient intronisées comme le siège d'une stabilité sociale et d'une politique genrée, en particulier du côté des femmes, n'est en rien une nouveauté, comme le souligne Yvonne Knibiehler dans ses travaux sur la virginité féminine (Knibiehler, 2012). Plus spécifiquement, les parties génitales féminines sont un enjeu de pouvoir et de domination en tant qu'elles ont toujours fait l'objet d'interventions dans le but d'être « re-féminisée » (Piazza, 2014), se heurtant paradoxalement à une perpétuelle inconformité aux idéaux-types féminins anatomiques, comme le souligne Sara Piazza dans ses travaux : « Il est classique par exemple que le clitoris soit considéré comme la « part mâle » du sexe féminin (assimilé au pénis), et que le capuchon clitoridien et les petites lèvres dans son prolongement soient associés au prépuce. Les opérations de modifications génitales féminines visent alors à « féminiser » le sexe, jugé anatomiquement inadéquat (Piazza, 2014). Cette re-féminisation suit alors les représentations normées de la société dans laquelle elle est pratiquée.

Au cours de l'histoire, se sont observées dans différentes zones géographiques et à différentes époques des pratiques de modifications génitales féminines comme l'excision en Afrique subsaharienne, dont les premières traces remontent à l'Égypte antique (Erlich, 1986 ; Mackie, 1996), des clitoridectomies (ablation du clitoris) en Europe au Moyen Age, puis de nouveau à partir du 19e siècle afin de réfréner les désirs sexuels féminins (Erlich, 1986 ; Mackie, 1996). De même, la pratique de la suture de l'entrée du vagin pour garantir ou simuler la chasteté des jeunes filles a existé et perdure toujours sous plusieurs formes : « le raccommodage des jeunes pucelles perdues » au 11e siècle en France (Knibiehler, 2012), les réfactions de l'hymen au Maghreb, en Asie et dans certains pays européens, ou encore l'infibulation[2] – majoritairement en Éthiopie, Érythrée, Somalie et au Soudan (Yoder et Khan, 2008). Ces modifications génitales féminines s'inscrivent dans une logique de socialisation, tantôt des rites de passage, tantôt des rectifications anatomiques ayant pour but de réinscrire un corps « déviant » dans l'ordre social : reconstruire l'hymen d'une femme ayant eu des rapports

le sexe masculin en constituant la référence. Les ovaires féminins étaient ainsi vues comme une déclinaison des testicules, le clitoris comme une forme de verge humaine, etc (Laqueur et Gautier, 2013).

[2] L'infibulation est la suture de la majeure partie des grandes ou des petites lèvres de la vulve, ne laissant qu'une petite ouverture pour que l'urine et les menstruations puissent s'écouler. Elle est considérée par l'OMS comme une mutilation génitale féminine de type III.

sexuels avant son mariage, retirer le clitoris d'une femme pour répondre à des troubles psychiques et sexuels, etc. Loin d'être disqualifiées par l'apparition de la médecine moderne en Europe, certaines de ces pratiques ont même été remises au goût du jour par les médecins, de ce fait, légitimées. C'est le cas des clitoridectomies au 19e siècle, mais aussi de l'excision présentée par la médecine coloniale comme nécessaire contre ce qui fut nommé une « hypertrophie » des parties génitales féminines des femmes africaines (Peiretti-Courtis, 2016). Quelles sont alors les formes contemporaines de ces pratiques que la médecine, au niveau mondial, a entrepris d'assimiler, de transformer, ou de rejeter ?

Un basculement sur le plan historique : le nouveau rôle de la médecine

Mon questionnement part d'une évolution historique au tournant du XIXe siècle, consistant en un basculement de certaines pratiques de modifications des organes génitaux féminins, autrefois associées, dans l'imaginaire social, à des pratiques traditionnelles, culturelles, voire religieuses, vers le monde médical des chirurgies sexuelles féminines[3]. Cela est directement lié à une évolution plus globale décrite par Foucault comme l'émergence d'un biopouvoir - celui de la clinique - qui rivalise désormais avec les anciennes instances de contrôle (Foucault, 1963). La médecine prend en charge des domaines de la vie de plus en plus larges, y compris lorsqu'il s'agit de modifier les organes génitaux féminins. Elle propose de nouvelles justifications fondées non plus sur le sacré ou la tradition, mais l'anatomie et la biologie. Aujourd'hui, à l'échelle mondiale, la médecine semble toujours s'inscrire dans ce même processus d'appropriation, voire de monopolisation des pratiques de modifications génitales féminines, le discours médical disqualifiant les cadres antérieurs (sacrés, traditionnels). L'excision traditionnelle – j'entends ici pratiquée dans un cadre domestique ou religieux, renvoyant à des traditions ancestrales - mondialement reconnue comme une atteinte grave aux droits humains sur les plans éthique et sanitaire, en est un exemple frappant. En effet, c'est d'abord la médecine et ses arguments sanitaires qui ont fait autorité dans l'entreprise de disqualification internationale de cette pratique (Andro et Lesclingand, 2016a ; WHO, 2008).

L'objet de recherche

Ce phénomène est également saillant dans le domaine émergeant des chirurgies sexuelles esthétiques (vaginoplastie, nymphoplastie, labioplastie, hyménoplastie, etc), des chirurgies qui

[3] Selon Y. Knibiehler en effet : « L'autorité de la science s'impose peu à peu. Les sciences médicales, notamment, prétendent désormais non plus seulement soigner les maladies, mais établir des règles de vie, inspirer une morale hygiénique. Le médecin de famille pense à concurrencer le confesseur comme confident et conseiller des familles. » (Knibiehler, 2012, p135).

font ainsi l'objet d'investigations en sciences sociales depuis un peu plus d'une décennie (Bader, 2016 ; Colson, 2012 ; Griffin et Jordal, 2019 ; Lesclingand, 2019 ; Martin, 2014 ; Zwang, 2011). Dans cette recherche doctorale, je m'intéresserai donc tout particulièrement à deux chirurgies de « reconstruction » : celle de la restauration de l'hymen (hyménoplastie) et celle de la reconstruction du clitoris (réhabilitation clitoridienne) après excision. L'hyménoplastie est une technique chirurgicale pratiquée sous anesthésie générale consistant à (re)créer une membrane hyménéale à partir d'éventuels résidus hyménéaux ou de lambeaux de muqueuse vaginale (Dridi, 2017). Il s'agit d'une chirurgie esthétique à laquelle une femme peut avoir recours pour remplacer son hymen qu'elle pense avoir perdu - ou fortement altéré - lors du premier rapport sexuel ou d'une activité physique sportive. Certaines femmes ont recours à cette opération pour retrouver "leur virginité".

La réhabilitation clitoridienne – aussi désignée par la classification de la sécurité sociale (CCAM) comme « transposition du clitoris » - est un « procédé de reconstruction du clitoris réalisé après une excision, visant à restaurer une anatomie normale du clitoris et un organe si possible fonctionnel » (Foldès, 2004). La technique consiste à réséquer la cicatrice puis à libérer le corps du clitoris en préservant l'innervation. « Un gland clitoridien est reconstitué par plastie cunéiforme, puis réimplanté en situation anatomique » (Foldes, 2004). C'est une opération chirurgicale à laquelle une femme excisée peut avoir recours dans le but de « (re)trouver » un clitoris, sur le plan esthétique et « fonctionnel », ainsi que du plaisir sexuel. Lors de l'opération, le chirurgien fait ressortir une partie interne du clitoris pour en recréer un à l'extérieur des parties génitales de la femme.

Encadré 1. Reconstruire, reconstruction, quel sens ?

J'ai choisi de reprendre ce terme de « reconstruction » car il revenait régulièrement dans les discours médicaux, ainsi que chez les patientes qui me disaient : « ici on se fait reconstruire » (patiente de réhabilitation clitoridienne, Seine Saint-Denis, 2020). Elles parlaient également d'autres processus au niveau psychologique dans leur parcours. Par exemple une patiente d'hyménoplastie m'explique, suite à une première relation amoureuse douloureuse qui s'est soldée par un avortement, qu'elle voulait : « d'abord chercher à me reconstruire personnellement, sur le plan psychologique. Et puis avant de faire une reconstruction sur le plan physique. » (Jasmine, patiente d'hyménoplastie, 2021)

Dans le cas de la chirurgie du clitoris, un chirurgien m'explique : « Quand je fais mes... mes sessions de formation ou d'enseignement, c'est que les victimes qu'on voit, elles ont une excision plus des traumatismes, des séquelles qui vont se rajouter et donc on est devant une vulve poly-cicatricielle qui a pleins de problèmes et le but n'est pas du tout d'aller chercher symboliquement le clitoris, c'est de tout reconstruire. C'est une reconstruction complète de la vulve. » (Chirurgien, région parisienne, 2020). En cela, je m'attacherai à reprendre une formulation émique ayant émergé au début de mon terrain.

Par ailleurs, la polysémie du mot « reconstruction » semble alors particulièrement heuristique pour appréhender les processus sociaux – évoquant des interventions complexes au niveau physique et des démarches d'élaboration psychiques et individuelles - à l'œuvre derrière la réalisation et la demande

de ces chirurgies. Selon le centre national de ressources textuelles et lexicales[4] , le terme de reconstruction sous-entend que l'on part d'un « ensemble complexe et fonctionnel détruit ou inutilisable » qu'il s'agit de transformer à nouveau, de réhabiliter. Par ailleurs, l'idée de re-construire, à la différence de « réparation », participe d'une sémantique centrale en sociologie – développée dans la notion de « déconstruction » par le courant structuraliste et notamment la pensée de Derrida (Derrida, 1967) - en tant qu'elle souligne la dimension profondément temporelle et non-nécessaire des constructions anatomiques à l'œuvre dans ces pratiques médicales. Nous sommes dans un construit du monde médical, social et genré qui va proposer une interprétation de ce que pourrait être une réparation d'un sexe de femme altéré. Mais, comme déjà mentionné plus haut, le chemin de ce retour au « normal » ne peut que relever d'un nouveau construit puisqu'aucune réalité anatomique ne saurait englober la diversité des vulves existantes, de même qu'aucune opération n'est en mesure de recréer la partie manquante du clitoris ou une membrane hyménale. Il s'agira toujours d'un construit proposé par les techniques médicales que nous décrirons de manière détaillée dans la première partie de cette thèse (voir chapitre 1, section 3).

Des terrains et une approche globale multi-située

Ces chirurgies existent dans plusieurs pays et y sont, en fonction de l'histoire nationale, des normes sexuelles et du contextes sociales, différemment déclinées. Pour plusieurs raisons, deux terrains principaux, ethnographiques, ont été retenus.

La reconstruction clitoridienne a été développée en France dans les années 1990 par l'urologue Pierre Foldès pour proposer une prise en charge aux femmes excisées vivant en France, l'opération ayant été initialement développée lors de missions humanitaires en Afrique de l'Ouest. Au cours des vingt dernières années, l'opération a eu tendance à être "(ré)importée" dans certains pays africains. C'est le cas de l'Égypte où plus de 80 % de la population féminine aurait subi des excisions - et où la pratique des MGF est de plus en plus médicalisée. En effet, environ 75% des excision à destination de jeunes filles (âgées de 1 à 14 ans) seraient pratiquées par des médecins (EDS, 2008) et parmi les femmes (15-49 ans) excisées en 2014 plus de 30% déclarent l'avoir été par un·e professionnel·le de santé. Cela implique de fortes divisions au sein du secteur médical égyptien, qui se charge d'une part de réaliser les MGF, et d'autre part de les réparer. Inversement, les hyménoplasties ont un caractère intemporel et « ancestral » en tant qu'elles découlent d'une série de stratagèmes historiques de mise en scène de la virginité féminine. Elles semblent s'être formalisées dans les années 1970, et particulièrement pratiquées en Afrique du Nord et en Asie. En Europe, elles sont néanmoins des opérations disponibles et sollicitées principalement par des femmes migrantes ou issues de l'immigration. Cette thèse se

[4] Définition de « Reconstruction », CNRTL, consulté le 11/05/2022, url : https://www.cnrtl.fr/definition/reconstruction#:~:text=Action%20de%20reconstruire%20un%20%C3%A9difice,r%C3%A9ussie%3B%20Minist%C3%A8re%20de%20la%20Reconstruction.

concentre donc sur ces deux pratiques chirurgicales de « reconstruction » tout en questionnant leurs circulations entre la France et l'Afrique du Nord – Egypte et la Tunisie dans une certaine mesure -, leurs modalités de transmission et d'adaptation à des contextes nationaux et sub-nationaux différents. S'interroger sur la circulation de techniques médicales « de l'intime » et les conceptions du « reconstruire » génital, permet d'aborder des terrains extra-européens. En effet, plusieurs travaux se sont intéressés à ces reconstructions dans le contexte européen d'immigration. Néanmoins, leur implantation et la circulation dans les pays d'origine, liées à la mobilité des professionnel·les de santé, des patientes et la circulation des savoirs médicaux n'a jusqu'à présent pas fait l'objet de travaux scientifiques en sciences sociales. C'est donc une approche globale multi-située de l'étude de pratiques médicales traitant de l'intime féminin et de l'idée de (re)construire le sexe des femmes dans différents espaces qui a été mise en œuvre et qui tend en cela à dépasser certains biais ethnocentrés (chapitre 2).

Les spécificités de ces chirurgies

On peut mettre en évidence dans ces chirurgies des spécificités de trois ordres.

Premièrement, elles entretiennent des rapports ambigus avec la chirurgie dite « esthétique », tout en s'affirmant sur un autre pan : celui de la réparation (Ehrlich, 2007). Dans la littérature médicale, elles sont également parfois englobées dans le large spectre des chirurgies esthétiques (Foldès, Droupy et Cuzin, 2013 ; Martin, 2014a). Toutes deux relèvent de la spécialité médicale « chirurgie plastique reconstructrice et esthétique » (CPRE), une branche qui ne fut formalisée qu'en 1988[5], ce qui implique que la plupart des praticien·nes les réalisant ont pu avoir des formations très diverses lorsque leur spécialisation est antérieure à cette date[6]. Cette dimension de « réparation », à l'instar du « cosmétique » et de l'esthétique qui propose des « améliorations corporelles », renvoie alors à l'image d'un sexe dégradé,

[5]Plus d'information sur, consulté le 15/04/2022 : http://www.senat.fr/rap/r11-653-1/r11-653-115.html#:~:text=L'article%20R.,sans%20vis%C3%A9e%20th%C3%A9rapeutique%20ou%20reconstructrice%20%C2%BB.

[6] Elles peuvent être même enseignées à des internes ayant une spécialisation en chirurgie obstétricale ou en chirurgie gynécologique selon les compétences et pratiques de leur chef·fe de service. De même qu'on peut les retrouver de manière assez différente selon qu'il s'agisse d'établissements publics de santé et du libéral. Leur statut semble cependant très flou et changeant selon le lieu où elles sont pratiquées, si elles sont remboursées ou pas comme le précise un chirurgien libéral du Val d'Oise (95) : « Alors en fait maintenant, faut définir en fait ce que… Il y a l'esthétique et il y a la plastie de reconstruction en même temps. On va dire l'esthétique c'est ce qui a… c'est ce qui n'est pas pris en charge par la sécurité sociale, de manière très… très simple. Et la plastique reconstructrice c'est pris en charge par la sécurité sociale. Donc il faut qu'on arrive à définir les deux. (…) Tout le reste dans le secteur privé reste beaucoup de la chirurgie esthétique. On a peu de chirurgie reconstructrice en fait en vrai. »

anormal, qu'il est nécessaire de réparer, de « reconstruire », comme me l'ont formulé plusieurs professionnel·les de santé et patientes, ainsi que comme dit dans la littérature médicale.

De plus, cet aspect peut être questionné sur le plan symbolique, social et médical. En effet, au niveau anatomique, ces « réparations » seraient plutôt des « constructions » puisque le résultat ne renvoie pas à une réalité corporelle fixe et universelle. Par ailleurs, sur le plan symbolique, l'idée d'une réparation nécessite de s'interroger sur la normalité présupposée en médecine des parties génitales et ainsi sur la portée normative et prescriptive de ces interventions sur les corps féminins. Enfin, ces pratiques s'inscrivent dans des trajectoires sociales particulières sur lesquelles il est intéressant de revenir, en lien notamment avec des normes culturelles, sociales et genrées. Plusieurs questions se posent alors : quels sont les normes et les imaginaires qui sous-tendent ces pratiques et de qui émanent-elles ? Sont-elles construites différemment selon la classe, le genre, l'origine ethnique ou le contexte national (différence entre les pays et les zones géographiques) ? Cela revient à interroger la « catégorie de pratique » (Brubaker et Junqua, 2001) du « normal » en médecine dans une perspective intersectionnelle.

Deuxièmement, ces deux chirurgies ont un statut particulier en tant qu'elles sont indirectement ou directement liées à des injonctions dites « traditionnelles » – la reconstruction d'une pratique « traditionnelle » qu'est l'excision d'une part, l'impératif de virginité au mariage de l'autre – extérieures au monde médical. En cela, la dichotomie entre l'espace du traditionnel et de la modernité médicale se brouillent dans des processus d'hybridation où la médecine se propose par exemple de refaire des hymens et ainsi que des clitoris alors qu'elle réalise également des excisions dans de nombreux pays (Egypte, Kenya, Mali, etc). Cela amène le monde médical à se confronter à des dilemmes éthiques, à réinterroger son rôle dans la construction des corps féminins, mais aussi à mettre à jour des rapports de pouvoir très forts qui accompagnent les modifications génitales féminines dans les différents espaces du social – la clinique, la tradition, le politique, la famille, le couple, la sexualité, la religion, les cercles de connaissance interpersonnels (amicaux ou professionnels). De même que selon les contextes historiques nationaux de réalisation de ces pratiques, les profils des patientes peuvent être très variés et révélateurs d'enjeux ethniques forts entre population majoritaire et population minoritaire (Guillaumin, 1992). Les patientes sont souvent vues comme victimes des injonctions de leur groupe d'origine altérisé dans les contextes nationaux étudiés : des communautés migrantes ou issues de l'immigration en France, des femmes jugées pour leur

pratique sexuelle ou victime de leur groupe social d'origine dit « populaire » et marqué par des injonctions culturelles plus fortes en Egypte. De manière générale, dans le discours médical, politique ou médiatique - peu importe le contexte national -, du fait de ce lien avec des injonctions traditionnelles, les patientes de ces chirurgies semblent considérées comme d'éternelles « victimes » (Abu-Lughod, 2015 ; Fusaschi, 2010) et placées au cœur d'enjeux en lien avec la gestion de l'altérité présupposée de leur groupe d'origine. En cela, ces pratiques médicales semblent s'inscrire à plusieurs niveaux dans des logiques d'inclusion ou d'exclusion des corps féminins vis-à-vis des groupes sociaux fréquentés par les patientes. En quoi, ces chirurgies participent-elles ainsi d'une (re)intégration ou (ré)assignation à la norme corporelle d'un milieu social (où il faut être vierge, où au contraire il faut être épanouie sexuellement avec un clitoris fonctionnel), voire d'un espace national au plan rhétorique et symbolique ? Comment les femmes naviguent-elles entre ces différents choix médicaux et dans quel but, au plan social, veulent-elles transformer leurs parties génitales ?

Troisièmement, dans le cadre de la mondialisation des normes et des procédures médicales, ces pratiques circulent, comme évoqué précédemment (p.5), en fonction de la mobilité des personnes (médecins et patientes) et des savoirs. Il est donc important de les resituer dans le champ des migrations internationales. En effet, en Europe, elles circulent directement à travers les migrations de populations, qui impliquent de nouvelles demandes médicales au niveau de la patientèle, et à travers les migrations des personnel·les de santé (Kaspar, Walton-Roberts et Bochaton, 2019). Par ailleurs, dans des pays d'Afrique subsaharienne et d'Afrique du Nord où ces injonctions traditionnelles sont largement à l'œuvre et se répercutent sur la majorité de la population féminine, les chirurgies de réparation font également l'objet de découvertes, d'importations et d'adaptations locales. Elles se déclinent alors sous des modalités différentes de trois ordres : autour de questions migratoires et des logiques d'intégration ou de stigmatisations culturelles de certains corps féminins en Europe, quand à l'inverse dans des sociétés comme l'Egypte, elles sont questionnées sous le prisme de l'importation, de l'injonction culturelle occidentale, voire de la réapparition locale (1). En cela, on notera la dimension transnationale (2) de ces pratiques médicales, conséquente à la migration des professionnel·les de santé et à l'existence de plateformes internationales d'échanges de connaissances scientifiques autour de la santé, ainsi qu'à la circulation de la demande par la migration des femmes potentiellement intéressées par ces chirurgies. Enfin cela amène à s'interroger sur l'importance des rapports Nord-Sud (3) et des questions de colonialité dans ces échanges et circulations de pratiques médicales.

Questionnements de recherche

Ainsi, de ces divers constats concernant ces types de chirurgies et les enjeux sociaux dont elles relèvent, plusieurs questions de recherche ont émergé dans mon cheminement scientifique.

Tout d'abord, au niveau du monde médical, il m'a paru central d'interroger la dimension normative endossée par la médecine dans la définition des parties génitales « normales » féminines, en lien avec la construction sociale des corps genrées, *via* ces nouvelles techniques biomédicales. Mais aussi, au niveau microsociologique, dans la pratique quotidienne des médecins plusieurs questions de recherche se posent. Quels sont les arguments cliniques, sociaux et économiques qui incitent les chirurgien·nes et les autres fournisseurs de soins à intervenir ou à dissuader les femmes d'avoir recours à ces chirurgies ? En somme, il s'agit de s'interroger sur les interactions au sein de la consultation gynécologique ou chirurgicale autour de ces chirurgies. Mais également, il convient de se demander comment comprendre, sociologiquement, les différents motifs des médecins pour justifier de leur pratique médicale, leur refus, leur encouragement, leur dilemme ?

Ensuite, au niveau des demandes et des patientes de ces chirurgies : comment comprendre, sociologiquement, les différents motifs mis en avant pour les femmes, leurs motivations dans leur demande de soin en lien avec les espaces sociaux et nationaux dans lesquelles elles vivent ?

Enfin, au vu des enjeux globaux de circulation et de mobilité présentés dans les spécificités de ces chirurgies, on pourra se demander en quoi la circulation de ces pratiques joue - sur la mise en place des procédures et comment se fait leur adaptation à différents espaces symboliques, sociaux, culturels et nationaux liés à des configurations historiquement et socialement situées ? Cela interroge notamment le paradigme de la « santé globale » et globalisé qui semble se mettre en place depuis plusieurs décennies mais qui se heurte dans son ambition d'universalité scientifique à la pratique en contexte, devant se plier à des enjeux socio-économiques, culturels et genrés.

Pour résumer ces diverses questions de recherche qui ont structuré la construction de mon objet, ma méthodologie et l'enquête réalisée, on pourra dire que cette thèse s'organise finalement autour de la problématique principale suivante : en quoi ces chirurgies s'inscrivent-elles dans des rapports de genre, de classe, ainsi que dans les rapports Nord-Sud, dans différents

contextes ? Comment celles-ci se déploient-elles dans un nouveau paradigme de santé globale où se juxtaposent des phénomènes migratoires et de circulations de pratiques ?

Il s'agira de comprendre ces pratiques chirurgicales en les replaçant dans leur cadre social et leur trajectoire, à la lumière des processus de diffusion d'une santé globale. Pour cela, il faudra les analyser, tout d'abord dans certains contextes nationaux où elles sont pratiquées et auprès de différents acteurs. Les premiers chapitres théoriques auront notamment pour objectif de revenir sur cette problématique générale et de la décliner en plusieurs questions de recherche.

Organisation de la thèse

Cette thèse se divise en trois parties. La première présente les cadres théoriques, analytiques et méthodologiques de cette recherche. Elle articule les questionnements de recherche à des enjeux théoriques et se propose de décrire avec précision les méthodes d'investigation mises en œuvre durant la thèse. Il s'agit d'abord de revenir sur les considérations médicales et historiques qui accompagnent ces chirurgies et de voir en quoi celles-ci témoignent d'un paradigme de médicalisation au croisement de rapports de pouvoir et de domination puissants qui pèsent sur les corps féminins (chapitre 1). Puis je soulignerai l'importance de considérer ces chirurgies dans un paradigme de santé globalisé qui interroge la circulation des savoirs et des personnes en santé (chapitre 2). Cela m'amènera à justifier de la dimension multi-située de cette enquête induisant des méthodologies mixtes - qualitatives et quantitatives (chapitre 3). Je reviendrai également sur ma position de chercheuse et la démarche réflexive qui a été la mienne durant ce travail doctoral.

La deuxième partie contextualise mes objets d'étude : quelle place occupe ces actes médicaux dans les contextes étudiés au plan juridique, institutionnel, médiatique et socio-démographique ? J'analyserai tout d'abord des données quantitatives recueillies dans les différents contextes d'étude et traitant par exemple des prévalences de ces actes, leur coût ou encore les profils des patientes et des médecins (chapitre 4). Je présenterai ensuite un travail exploratoire sur les représentations sociales qui accompagnent ces chirurgies en m'appuyant sur l'analyse textuelle d'un corpus de presse dans l'espace médiatique français (chapitre 5).

La troisième et dernière partie interroge, à un niveau plus microsocial, les significations que revêtent ces chirurgies selon deux angles : la perspective de la patiente (chapitre 6 et 7) et celle des praticien·nes (chapitre 8). Il s'agira de décrire les positions de ces deux types d'acteur·trices,

les femmes-patientes et les médecins, dans la demande et le déploiement de ces pratiques médicales. Cette partie reviendra principalement sur l'analyse des résultats de l'enquête qualitative de terrain, les profils des enquêté.es, leurs attentes, dilemmes et la complexité des rapports sociaux qui s'actualisent dans leur interaction. Je décrirai les enjeux de pouvoir, d'ignorance, de négociation, mais aussi de coopération s'instaurant entre eux, parfois de manière assez similaire, ou au contraire antinomiques, dans les deux contextes ethnographiques.

PREMIERE PARTIE. « RECONSTRUIRE » LES PARTIES GENITALES DES FEMMES, CIRCULATIONS TRANSNATIONALES DE PRATIQUES DE SANTE

Cette partie expose le cadre théorique et analytique de la recherche, ainsi qu'une première présentation des terrains de recherche en lien avec l'approche théorique. Elle permet donc de replacer mon sujet dans des questionnements théoriques divers, d'entamer une démarche de contextualisation de la question de recherche et de décrire les différentes approches théoriques et problématiques qui ont nourri l'analyse des données collectées. Enfin, elle se terminera par une présentation de la méthodologie utilisée déclinée différemment selon les terrains de recherche.

Chapitre 1 - Chirurgie génitale féminine et « reconstruction » en médecine

Ce premier chapitre a pour objectif de situer les questionnements apportés en introduction dans un premier cadre théorique qui permette de mettre à jour les rapports sociaux de pouvoir impliqués dans la pratique des chirurgies de reconstruction génitales féminines. Il s'agit de revenir sur leur historicité, de voir en quoi les processus de domination en termes de genre, de classe et d'origine socio-culturelle qui s'y jouent interrogent tout un pan de la sociologie de la santé, mais aussi d'analyser comment les discours sur l'altérité, parfois discriminants, stigmatisants, qui s'exercent sur certains groupes sociaux « minoritaires », s'inscrivent dans la discipline médicale dite « moderne » en ce qui concerne ces pratiques de reconstruction génitale féminines.

I - Médecine et modifications génitales féminines

Cette étude s'intéresse aux formes bien spécifiques que prend le « gouvernement des corps » contemporain lorsqu'il s'agit de (re)construire génitalement les femmes, grâce à deux cas d'étude : celui de la réhabilitation clitoridienne pour les femmes excisées et celui de l'hyménoplastie. Je parle ici de « gouvernement » au sens décrit par D. Fassin et D. Memmi, de la mise en œuvre « de multiples et changeantes modalités d'une relation à soi et aux autres dans un cadre défini par des codes et des règlements, des normes et des valeurs, des rapports d'autorité et de légitimité, des interactions avec l'Etat et avec la loi. » (Fassin, Memmi et Collectif, 2004). Dans ces cas d'étude, il s'agit d'un gouvernement génital du féminin mis en œuvre en grande partie par l'institution médicale, mais également par des acteur·trices d'institutions ou d'associations, ainsi que dans le discours public politique et médiatique. Au niveau macrosociologique, cette étude questionne à la fois les différentes intrications de pouvoirs qui se retrouvent dans la relation intime que les femmes demandeuses de ces chirurgies ont d'un côté à « leur destin physique » (Fassin, et al, 2004, p. 10), et d'un autre côté au rôle tenu par le monde de la santé dans l'établissement de cette relation intime et privée à leur propre corps. En cela, la pratique médicale, le discours des agents sociaux (associatifs ou étatiques),

ainsi que les discours publics (politiques publiques, médias, etc.) impactent, comme le souligne D. Fassin et D. Memmi dans l'introduction de leur ouvrage, *Le gouvernement des corps* (2004), les « conduites physiques ». En effet, ils agissent sur les représentations et *a fortiori* sur « les usages de soi » (Fassin et al, 2004, p 11). En quoi les « reconstructions » génitales féminines médicalisées participent-elles alors de la diffusion d'une biopolitique des corps, surtout lorsque ces chirurgies concernent des femmes appartenant le plus souvent à des groupes sociaux stigmatisés culturellement ou socialement – indépendamment du contexte national dans lequel elles résident ? Car si en France ces « reconstructions » se jouent en lien avec la question migratoire, en Egypte les femmes excisées ou demandeuses d'hyménoplastie sont bien souvent ramenées à leur origines sociales supposées « populaires », et de ce fait supposées plus exposées aux injonctions culturelles, par le personnel médical ou les autorités de santé public.

Trop longtemps envisagé comme un objet d'étude peu sérieux, le corps est depuis un demi-siècle de plus en plus questionné dans les sciences sociales. Il sort de son impensé d'objet « pré-social » (Fassin et al, 2004, p. 12) depuis les premiers travaux de Mauss interrogeant les théories de l'incorporation, pour être ensuite questionné sous l'angle de l'habitus bourdieusienne, comme un lieu de pouvoir selon Foucault, et finalement comme la matrice de la construction des corps sexués par les travaux sur le genre, à commencer par ceux de Judith Butler. Ma recherche, dans la construction de son objet d'étude, s'inscrit ainsi dans la filiation de ces approches et tente de combiner les perspectives afin d'obtenir, de ces chirurgies, une vue d'ensemble, multidimensionnelle, en tant que pratiques sociales et médicales significatives, mais aussi en tant qu'elles incorporent des enjeux de pouvoir genrés, socio-économiques et culturels. Je reviendrai d'abord sur l'historicité de ces chirurgies, puis m'attacherai aux mécanismes hiérarchisant propres aux corps médicaux dans la définition des actes médicaux légitimes, articulant ainsi les dimensions synchroniques et diachroniques de ces pratiques médicales.

A - Historicité des interventions médicales de « reconstruction » autour des organes génitaux féminin

En remontant à l'Antiquité, on constate que le corps des femmes, dans ses représentations, a toujours été le lieu d'un jeu de pouvoir et a suscité des démarches d'appropriation et de contrôle afin de réguler la sexualité des individus (Gardey, 2013, 2019 ; Gardey et Vuille, 2018 ; Knibiehler, 2012).

L'histoire montre cependant que ces pratiques n'ont pas toujours été sous-tendues pas les mêmes procédés. A partir du 18ème siècle en Europe, il y a une évolution marquante. Les pratiques de modification génitale évoluent progressivement car elles s'inscrivent dans un processus général de désacralisation du réel. Des interventions qui s'appuyaient sur la tradition, le religieux, le sacré, se retrouvent systématiquement déconstruites par les pratiques médicales, qui prennent leur place et affirment leur autorité sur les corps, avec la « naissance de la clinique » (Foucault, 1963). Cette émergence de ce que Foucault nomme la « médecine moderne » s'inscrit dans des modes de pensée désenchantés, prônant une nouvelle forme de positivisme portée par des auteurs comme Auguste Comte (1844). Une médecine qui se borne à l'observation stricte et sobre du réel perçu :

> *« La médecine moderne a fixé d'elle-même sa date de naissance vers les dernières années du XVIIIe siècle. Quand elle se prend à réfléchir à elle-même, elle identifie l'origine de sa positivité à un retour, par-delà toute théorie, à la modestie efficace du perçu. En fait, cet empirisme présumé repose non sur une redécouverte des valeurs absolues du visible, non sur l'abandon résolu des systèmes et de leurs chimères, mais sur une réorganisation de cet espace manifeste et secret qui fut ouvert lorsqu'un regard millénaire s'est arrêté sur la souffrance des hommes. » (Foucault, 1963, p. 8)*

Ce phénomène, bien qu'il semble partir d'Europe, a eu une résonance dès la fin du 18e siècle au niveau mondial avec le développement de la bio-médecine dans des contextes coloniaux ou même au sein d'autres empires comme l'empire Ottoman (Chiffoleau, 2019).

Ce basculement est notamment souligné par l'historienne Yvonne Knibielher dans son ouvrage sur la virginité féminine :

> *« A la fin du XVIIIe siècle, de jeunes sciences ont pris leur essor : anatomie, physiologie, psychologie, anthropologie. Leurs investigations apportent des réponses nouvelles à des questions anciennes. L'autorité de la science s'impose peu à peu. Les sciences médicales, notamment, prétendent désormais non plus seulement soigner les maladies, mais établir des règles de vie, inspirer une morale hygiéniste. Le médecin de famille pense à concurrencer le confesseur comme confident et conseiller des familles. » (Knibiehler, 2012, p135).*

La place du médecin – presque exclusivement des hommes à l'époque - dans la définition du normal relatif aux corps des femmes, devient centrale. Certaines pratiques « traditionnelles » portant sur les corps des femmes sont progressivement disqualifiées, d'autres légitimées. C'est le cas de la médecine coloniale qui, jugeant les parties génitales des femmes noires disproportionnées, hypertrophiées (Gardey, 2019 ; Peiretti-Courtis, 2016), va finalement

légitimer la pratique de l'excision. La médecine inscrit ces pratiques dans une matérialité en même temps qu'elle les démystifie et les désacralise. Les sciences médicales sont aussi ce qui opère la naturalisation de certaines représentations anatomiques et de la différence binaire des sexes (Laqueur et Gautier, 2013). Elles intègrent dans des processus thérapeutiques certaines modifications génitales féminines comme l'ablation clitoridienne pour traiter la nymphomanie, comme le préconise Bienville ou Isaac Baker Brown. Ces spécialistes se réclament alors de la chirurgie « plastique » - appelée ainsi en référence aux arts plastiques (Jost, 2003) et essentiellement reliée au concept de « reconstruction », deux termes que l'on retrouve au niveau des noms des sociétés médicales européennes de ce domaine (Jost, 2003, p. 80) – par exemple la « Plastic and Reconstructive Society ».

Désormais, les femmes ne sont plus autant sujettes aux recommandations du médecin de famille qui dispensait ses conseils devant les yeux attentifs des parents ou de quelque tuteur·trice, il ne tient plus qu'à elles de devenir actrices de leur changement corporel dans un monde où la maladie et l'« anormalité » pathologique sont toujours rectifiables, soignables, susceptibles d'être corrigées. R. Gori et M-J. Del Volgo parlent alors d'une transformation du « patient en acteur, en « usager » des soins médicaux sans souci authentique pour sa souffrance psychique de sujet en détresse » (Gori et Del Volgo, 2009). Il appartient à la responsabilité des patientes de chercher à compléter leur parcours thérapeutique, surtout lorsqu'il s'agit de se faire « reconstruire ». Ces auteur·trices parlent alors d'« incorporations » des prescriptions sociales par les individus, définies comme « une "intériorisation" des normes culturelles qui confère à l'individu psychologique le soin de se maîtriser, et de se contrôler pour se conformer à ces mêmes normes », ainsi que de se « corriger ». Sara Piazza explique à partir de ces analyses que les femmes ont désormais une responsabilité supplémentaire relative à la forme de leur sexe, modifiable grâce à l'introduction de la chirurgie esthétique :

> *« Non plus seulement son sexe l'assignant à un genre, lui permettant de se reproduire, ou lui procurant du plaisir, mais elle doit désormais se préoccuper de lui donner la forme adéquate. Cet idéal s'est construit au fur et à mesure des époques, par transmissions de prescriptions et de codes qui s'appuient notamment sur des représentations conscientes et inconscientes que nous avons développées. La femme peut donc avoir recours à la chirurgie esthétique pour rendre conforme son sexe, au risque d'en arriver à la « médicalisation » ou à la « psycho-rééducation ». (Piazza, 2014)*

Entre « reconstruction » et « esthétique », la qualification des modifications génitales féminines médicalisées oscille fortement. Historiquement semble se dessiner au sein de la discipline chirurgicale – toutes pratiques confondues - une délimitation entre les deux, la reconstruction étant antérieure dans la littérature et liée à la médecine de réparation des blessures de guerre (Erlich, 2007). Cependant, la dimension esthétique reste une préoccupation qui n'est jamais loin. C'est le cas pour les chirurgies proposées aux « gueules cassées » de la première guerre mondiale qui réalisaient aussi bien des reconstructions d'organes internes que des reconstructions faciales. De plus, selon les écrits du chirurgien plasticien Guy Jost qui revient sur l'histoire de la chirurgie plastique, le souci esthétique pourrait être considéré comme antérieur. Il remonterait aux premières interventions datant de l'époque primitive avec la pratique de tatouages et de scarifications. « On peut imaginer qu'en matière de chirurgie les motivations esthétiques ont une antériorité par rapport aux motivations thérapeutiques. A partir de gestes, tels que tatouages et scarifications, ces « chirurgiens » se sont peu à peu enhardies, ce qui les a conduites à tenter des manœuvres plus profondes, à visées curatives » (Jost, 2003 : 81).

G. Jost tisse ainsi une filiation avec la chirurgie plastique puis s'attache à montrer que dans l'Antiquité, puis au Moyen âge, des chirurgiens se lançaient fréquemment dans des entreprises d'« embellissement de la face », selon l'expression Guy de Chauliac au XIVe siècle : la reconstruction nasale, la division labiale (dans le cas de bouche en « bec de lièvre ») ou encore le décollement des oreilles (Jost, 2003).

B - Le corps médical : représentations et constructions symboliques autour des chirurgies « légitimes » de reconstruction et de « sous » chirurgies.

« Tu as déjà fait de la chirurgie des organes sexuels ?

- *Un peu, avec Girard, le chirurgien plasticien, et Gallot, il y a trois ans, quand j'ai été son interne. Mais il ne s'occupe pas d'interventions lourdes. Il se contente de reconstruire des hymens de femmes qui n'en ont peut-être jamais eu. Réparer une excision ou faire un néo-vagin doté de sensibilité, c'est une autre paire de manches.*

Il ouvre de grands yeux : « C'est ce type de chirurgie que tu aimerais pratiquer ?

- *Entre autres. »*

« Le Chœur des femmes », Martin Winckler, Folio, 2009[7]

Le sens des opérations de « reconstruction » des organes génitaux féminins varie selon plusieurs normes, comme développé dans cet extrait du roman médical de Martin Winckler, médecin généraliste spécialisé en gynécologie (Winckler, 2009). Ici est traitée la dimension techniciste qui induit une valorisation ou une dévalorisation de l'opération sur les parties génitales dans le monde médical. Elle renvoie aussi à des représentations sociales où la réassignation sexuelle, la réhabilitation clitoridienne pour les femmes excisées ou encore l'hyménoplastie ne sont pas dotées du même prestige dans l'imaginaire social, voire se retrouvent même placées en antinomie stricte. S'il y a tant de valeur à reconstruire un clitoris à l'heure actuelle dans une partie du monde médical – que l'on définira plus précisément par la suite -, c'est parce qu'à côté il existe des chirurgies cosmétiques des parties génitales féminines comme les hyménoplasties, jugées « non-thérapeutiques », voire « nuisibles » sur le plan moral par ces mêmes praticien·nes.

Le fait que certaines techniques soient plus légitimes que d'autres tient à leur niveau de technicité, ce qui semble les inscrire pleinement dans une spécialité médicale et une identité professionnelle qui se targue d'atteindre un haut niveau de compétence. Ce constat paraît particulièrement pertinent dans le domaine de la chirurgie. A ce titre, il faut rappeler que des hiérarchies très fortes existent entre les différentes disciplines médicales, fait dont témoigne notamment Emmanuelle Zolesio dans son ouvrage sur les femmes chirurgiennes (2019). Travaillant sur le caractère genré des choix d'orientation des étudiant·es en médecine, elle souligne que la spécialité chirurgicale est la plus prisée et de fait la plus élitiste en termes de

[7] Roman médical dédié à la médecine des femmes et d'inspiration autobiographique, l'auteur étant lui-même médecin généraliste spécialisé en gynécologie.

recrutement et d'identité professionnelle (Zolesio, 2019). Et cette spécialité doit s'illustrer par sa difficulté technique, le praticien devant passer des heures au bloc, réaliser un travail minutieux, etc. Toutes choses qui permettent de prouver sa valeur dans le monde médical de la chirurgie. Or, ce type de jugement de valeur introduit une différence notable entre les deux chirurgies de reconstruction étudiées. Reconstruire certes c'est effectuer une réparation, et sémantiquement cela induit un travail minutieux et plus facilement valorisable symboliquement – en comparaison avec d'autres actes médicaux. Mais dans le cas de l'hyménoplastie la reconstruction génitale est souvent considérée dans le milieu comme une « fausse chirurgie ». Une de mes enquêtées, chirurgienne dans un centre hospitalier de région parisienne :

> *« C'est pas vraiment de la chirurgie... Enfin… Et puis effectivement c'est une chirurgie pas compliquée, il y a zéro risque et potentiellement lucrative, pourquoi pas ? » (Entretien chirurgienne, CH Ile-de-France, janvier 2020).*

L'opération de reconstruction de l'hymen ne répond donc pas aux critères symboliques d'une chirurgie reconstructrice supposée « altruiste », humaniste et valorisée scientifiquement. Pour la légitimité professionnelle du médecin dans un contexte européen, elle est en fait plutôt mal considérée, si l'on se réfère à la rare littérature médicale sur cette chirurgie (Ayuandini et Duyvendak, 2017 ; Tersigni, 2008) ou aux témoignages de médecins dans la presse (voir Chapitre 5). De plus, elle ne répond pas aux critères de technicité qui correspondent à une « belle » opération : elle se fait en ambulatoire, et non pas au bloc, l'anesthésie générale n'est pas obligatoire, l'intervention dure entre 20 et 30 minutes, etc. Elle est réputée facile à faire : tellement accessible que des gynécologues sans formation chirurgicale sont capables de la pratiquer, et de fait, le font fréquemment.

A l'inverse, la reconstruction clitoridienne semble être valorisée en tant qu'elle demande une plus grande technicité dans l'espace français. L'opération reste assez rapide : elle ne dépasse pas les 60 minutes. Cependant la formation est plus exigeante. Un étudiant français spécialisé dans les reconstructions génitales m'explique qu'il faut au moins assister à une vingtaine d'opérations, puis en pratiquer une quinzaine avec supervision pour être sûr d'être bien formé à la mise en œuvre de cette technique. Les premières générations qui ont appris cette technique ont souvent eu des formations plus réduites dans le temps, mais après avoir terminé leur internat ils ont suivi des formations spécialisées dans cette pratique. Seuls quelques chirurgien·nes libéraux m'ont confié qu'ils réalisaient cette technique en s'appuyant uniquement sur la littérature scientifique. Par ailleurs, le but fonctionnel de cette opération, qui

est d'améliorer le plaisir sexuel de la patiente, apparaît comme une tâche non seulement plus minutieuse en raison de son lien avec le système nerveux (l'hymen n'a pour sa part qu'une sensibilité nerveuse faible et ne représente pas une zone érogène), mais symboliquement plus prestigieuse. En effet, améliorer le plaisir sexuel des femmes, qui plus est de femmes dites « mutilées » - un qualificatif récurrent dans la presse, le discours médical, les institutions internationales – est jugé positivement dans le milieu médical, contrairement à la réalisation d'hyménoplastie associée à une logique non plus d'épanouissement sexuel mais de restreinte de la sexualité féminine, sans parler du manque de justification thérapeutique lié à de fausses conceptions de ce qu'est un hymen.

Ces représentations dans un contexte occidental, où l'on célèbre la « modernité médicale », entraine ainsi une hiérarchisation des pratiques chirurgicales de reconstruction génitale. Cependant cette hiérarchie ne s'observe pas en miroir dans un contexte national tel que l'Egypte. En effet, toute intervention génitale étant encore assez mal considérée, et surtout, la sexualité étant loin d'être encouragée dans les mêmes termes qu'en France, la réhabilitation clitoridienne est regardée avec presque autant de suspicion que les hyménoplasties pratiquées quasi systématiquement de manière clandestine. Plane sur cette chirurgie, dans certains milieux conservateurs de la société égyptienne, l'idée qu'elle promeut non pas un épanouissement sexuel, mais une dépravation morale de la femme. Ainsi, la question de la légitimité des chirurgies dans le secteur médical en fonction du contexte national, de ses constructions historiques et des normes sexuelles en vigueur, est centrale pour comprendre les dynamiques d'émergence, d'adaptation et de développement de ces chirurgies, pour comprendre aussi leur circulation et les demandes qui les accompagnent.

Enfin, la confrontation entre les diverses techniques et interventions disponibles au niveau génital induit, depuis un peu plus d'une dizaine d'années, des débats sur l'établissement de standards au niveau des procédures et autour d'enjeux éthiques (Goodman, 2009). Souvent, la reconstruction, les nécessités thérapeutiques, sont au cœur de préoccupations plus générales concernant ces techniques biomédicales pratiquées au niveau de l'appareil génital (dit « féminin » particulièrement), du fait de leur possible ressemblance, sur le plan anatomique, avec l'idéal typique repoussoir des « mutilations génitales féminines » (MGF) (Bader, 2011 ; Lesclingand, 2019a), ainsi qu'avec les réassignations de sexe à la naissance pour les personnes intersexes (Albospeyre-Thibeau, 2019), ou encore les interventions pour les personnes trans (Alessandrin, 2018).

II - Reconstruction du clitoris et de l'hymen : enjeu de classification et de définition de ces pratiques médicales

A - Description anatomique et médicale des deux chirurgies

a) Les points communs de ces deux chirurgies

Le point commun de ces deux chirurgies est la notion de réparation et de reconstruction. Elles suscitent pourtant toutes deux, de la part des individus qui gravitent autour, des positionnements variés. Ces positionnements se jouent tout d'abord en lien avec les questions d'altérité portées vis-à-vis de certains groupes sociaux minoritaires. Elles sont en fait l'occasion pour les acteur·trices sociaux d'élaborer un discours où eux-mêmes se positionnent dans un rapport du « nous » face au « eux ». On peut l'illustrer de manière caricaturale par la formule du président Sarkozy : « Personne n'est obligé, je répète, d'habiter en France, mais quand on habite en France, on respecte ses règles, c'est-à-dire qu'on n'est pas polygame […]. On ne pratique pas l'excision sur ses filles, etc ». Pour ces chirurgies, de la même manière, en des termes différents selon les contextes nationaux et culturels, les acteur·trices vont parler de culturel, de pratiques venues d'ailleurs ou extérieures à leur groupe social : « nous on n'excise pas, on répare », « nous on attend une fille vierge au mariage » (commentaire d'une gynécologue égyptienne enquêtées), ou au contraire « nous, la virginité n'a plus de sens, pas comme chez eux » (responsable d'une association de femmes en région parisienne). L'altérisation n'est pas toujours stigmatisante dans ce type de discours à la différence des paroles de l'ancien président français cité plus haut. L'évocation de l'altérité est parfois liée à une rhétorique de la connivence, de la compréhension dans le discours médical. Néanmoins, ces chirurgies suscitent, comme aucune autre intervention génitale féminine, ce type de remarques visant à dire le malaise lié à des questions d'altérité sociales, culturelles ou genrées. En effet, du fait de l'appartenance ethnique ou culturelle, étiquetée, présumée ou revendiquée des patientes, la médecine semble se faire un devoir d'adopter un positionnement. Le rapport à l'altérité et le culturalisme social semblent donc émerger systématiquement au sein des demandes d'opération (section III). Ces dimensions ont alors des retombées directes sur les patientes qui endossent, en demandant ces chirurgies, la responsabilité et le choix de s'intégrer ou au contraire de marquer leur distance avec un groupe social (un groupe social d'origine ou d'accueil), peu importe le contexte national dans lequel la demande est formulée, même si les modalités et les enjeux autour de l'altérité sont différents. En effet, il peut s'agir de s'intégrer

corporellement et normativement en France dans un contexte migratoire. Ou au contraire dans un autre contexte, la même chirurgie revêt le sens inverse de s'extraire socialement d'un milieu précaire et « culturellement » stigmatisé en Egypte. Il y a enfin l'idée de trouver par ces procédures un compromis pour se maintenir en adéquation avec la norme corporelle « culturelle » du milieu d'origine. Le détail de ces divers contextes sera abordé dans les analyses que proposent les chapitres 6, 7 et 8.

Par ailleurs, ces chirurgies sont exclusivement demandées par des femmes[8]. Les procédures sont en cela directement reliées à leur conception de la féminité et de leur expérience de femme. De manière très simplifiée, on pourrait souligner la question des impératifs de pudeur, de virginité en tant que femme, comme également les préoccupations de plus en plus déclarées en termes d'épanouissement sexuel féminin : des postures qui s'adressent à l'identité de genre « femme » principalement et singulièrement dans l'espace mondial où s'opère une globalisation de normes genrées touchant aux femmes - dans les plans de développement, les discussions autour du « gender mainstreaming », dans les médias, etc. (Cîrstocea, Lacombe et Marteu, 2018).

Dans le discours des médecins, les chirurgies de reconstruction génitales féminines sont avant tout en lien avec un « traumatisme » antérieur, une gêne aussi bien physique que psychologique :

> *« On répare quelque chose qui s'est mal passé quoi. Alors euh ça peut être... euh... (longue hésitation). Un traumatisme, on en a parlé ça peut être tomber sur quelque chose, le cheval... Enfin voilà. Et parfois c'est fait dans l'immédiat quand il y a une souffrance, tu vois. Quand il y a une petite fille qui tombe sur un mur et qui se fait mal. On va immédiatement réparer parce qu'elle est gênée. Après il y a des réparations symboliques et des réparations dites " de confort" pour cette histoire de la, de... des impératifs religieux et du saignements lors des premiers rapports, hein » (chirurgien libéral, 95)*

Les significations de ces interventions s'inscrivent dès lors dans un large spectre de trajectoires individuelles de patientes, de normes et enfin de justifications sociales comme thérapeutiques. En cela, ces chirurgies font appel toutes deux à des imaginaires symboliques et sociaux, aussi bien du côté de la patiente que du côté de la praticien·ne, dépassant souvent les réalités anatomiques au niveau des attentes et du résultat fourni. Pour reprendre la distinction

[8] On entend par « femme » dans cette thèse, des personnes s'identifiant en tant que femme, ayant des organes génitaux de type vulvaire, un utérus, etc. Les personnes intersexuées s'identifiant en tant que femme et ayant des caractéristiques sexuelles dites « féminines » entrent dans cette catégorie. Cette précision a pour but de rendre compte de notre attention au manque d'évidence, mis en valeur depuis plusieurs décennies par les études de genre, de ce qu'est « une femme » et sa catégorisation sociale.

que propose Kleinman entre les différentes conceptions d'une maladie à l'origine d'une demande de soins, ici la *sickness*, c'est-à-dire la dimension construite socialement de la maladie, surpasse le vécu individuel de la maladie qu'il nomme *illeness* et la théorie biomédicale qui la classifie, qu'il nomme *disease* (Kleinman, 1988). Il nous faut ainsi revenir sur les définitions de ces chirurgies et sur la description de leurs procédures pour appréhender la complexité et la diversité des imaginaires – voire parfois des mythes - et significations propres de ces opérations féminines.

b) La réparation du clitoris

Suite à l'indignation internationale croissante contre la pratique de l'excision, plusieurs interventions médicales ont été proposées pour permettre aux femmes excisées souffrant de complications d'être « soulagées » (Momoh et al., 2001). Certains soins ont fait l'objet de recommandations médicales validées par l'OMS comme l'opération de désinfibulation et la reconstruction vulvaire pour les MGF de type III[9] (Andro et Lesclingand, 2016b). Néanmoins, les opérations visant à répondre aux conséquences de la clitoridectomie (ablation du capuchon du clitoris) font toujours l'objet de recherches, d'évaluations, et de débats. La France joue un rôle tout à fait particulier dans ce processus puisqu'elle a vu émerger sur son territoire, dans les années 1990, une forme de réparation du clitoris appelée « réhabilitation clitoridienne » (Andro et Lesclingand, 2016c) ou, comme la nomme son inventeur, l'urologue français Pierre Foldès, la « clitoridoplastie » (Foldès, Droupy et Cuzin, 2013, p. 604). Selon ces travaux : « l'intervention vise à restaurer une intégrité anatomique la plus fidèle possible et une sensibilité clitoridienne fonctionnelle » (Foldès, Droupy et Cuzin, 2013). Elle est depuis 2004 remboursée par la sécurité sociale en France et a été « exportée » dans plusieurs pays d'Afrique francophone (Ouédraogo et al., 2016 ; Barkat Daoud, 2015), ainsi que dans une moindre mesure en Égypte, au Soudan et au Kenya.

[9]Aussi appelée « infibulation », ce type désigne, selon la typologie de l'OMS, le rétrécissement de l'orifice vaginal par recouvrement, réalisé en sectionnant et en repositionnant les petites lèvres, ou les grandes lèvres, parfois par suture, avec ou sans ablation du prépuce et gland clitoridien. Plus d'information sur les différents types d'excision en Annexe 7.

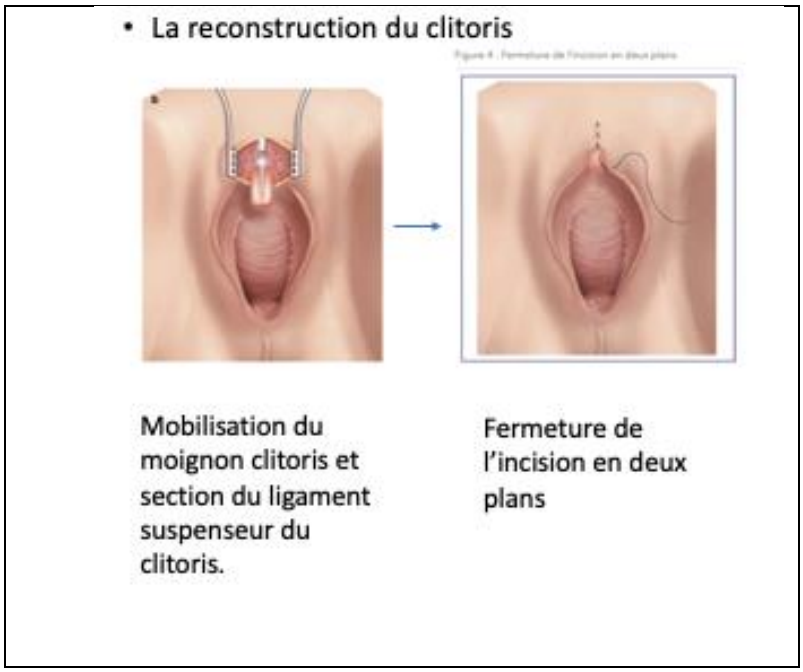
Encadré 2. Description anatomique de la réhabilitation clitoridienne

Sur le plan anatomique, cette opération consiste à faire ressortir une partie interne du clitoris – qui est en fait à 90% un organe interne et si le capuchon retiré lors d'une excision n'en constitue que la partie externe, il en est cependant la partie la plus riche en nerfs (Annexe 2). Ici il s'agit alors de couper le ligament suspenseur situé à l'arrière de l'organe (Schéma 1) pour faire ressortir une partie interne du clitoris. D'autres appellations peuvent être utilisées pour la désigner : « reconstruction du clitoris », « reconstruction clitoridienne », « clitoridoplastie », « clitoroplastie » (également utilisée dans le cadre d'opération de réassignation sexuelle visant à créer un clitoris pour les femmes trans), ou encore de manière plus générique « la chirurgie de réparation des mutilations sexuelles féminines » (Foldès et al, 2013).

Cela permet de faire ressortir le moignon du clitoris coupé et de lui donner une forme proche d'un capuchon habituel. Cette opération permettrait alors une « réparation » à la fois esthétique et fonctionnelle de l'organe – bien que le résultat puisse être très variable selon les femmes, selon les chirurgien·nes opérant et selon la cicatrisation post-opératoire. Ici néanmoins – comme dans le cas de l'hyménoplastie - le terme de « reconstruction » peut être discuté puisque le résultat ne pourra jamais être complètement équivalent à ce que le clitoris de ces femmes aurait pu être sans excision. C'est notamment ce qu'explicite, à propos des chirurgies réparatrices du clitoris, la gynécologue chirurgienne Ghada Hatem-Gantzer, directrice et cofondatrice de la maison des femmes de Saint-Denis, dans une interview[10] : « Il manquera forcément le capuchon du clitoris, les petites lèvres qu'on ne sait pas forcément réparer. (…) Notre travail c'est d'expliquer à la femme que la réparation sera symbolique ». Elle ajoute : « quand quelqu'un n'a jamais eu de clitoris, c'est difficile pour lui de savoir qu'est-ce que c'est une sexualité normale, si tant est que cela ait un sens, avec un clitoris. C'est parfois très fantasmé ».

[10]Vidéo 50/50 « Ghada Hatem à la maison des femmes », mis en ligne le 22/09/2016, visionnée le 05/03/2020 : https://www.youtube.com/watch?v=T9YjXTWismU&ab_channel=50-50magazine

Schéma 1. Opération de reconstruction du clitoris.



Source : Foldès, Pierre, Stéphane Droupy, et Béatrice Cuzin. « Chirurgie cosmétique de l'appareil génital féminin ». *Progrès en urologie* 23, nº 9 (2013): 601-11.

Cette chirurgie est maintenant très répandue en France dans les départements de chirurgie gynécologique des CHU, ainsi que dans les cabinets de chirurgien·nes gynécologues, et prend en charge – en majorité - des femmes migrantes ou issues de l'immigration d'Afrique subsahariennes. Il existe même des unités hybrides qui sont entièrement dédiées à la procédure de reconstruction de femmes excisées, et qui adoptent une approche pluridisciplinaire. A l'approche chirurgicale s'ajoutent des suivis sexologiques, psychologiques, des groupes de parole et pour les femmes migrantes en procédure d'accueil, des prises en charge juridiques. C'est le cas par exemple de l'unité de Women Safe à Saint-Germain-en-Laye fondée par les docteurs Frédérique Martz et Pierre Foldès – inventeur de cette chirurgie -, la maison des femmes de Saint-Denis dirigée par le docteur Ghada Hatem, l'hôpital du Kremlin-Bicêtre, le CH de Montreuil, le CH de Pontoise et deux unités hospitalières spécialisées en Rhône-Alpes et à Besançon, etc. Aucune liste exhaustive n'existe à ce jour. Cependant l'association du GAMS a établi une liste d'établissements proche de l'exhaustivité pour ce qui est des structures pluridisciplinaires œuvrant dans ce domaine (annexe 1).

c) La réparation de l'hymen

Le mot « hymen » vient du grec, il signifie « membrane ». Le dictionnaire de l'Académie Française de Médecine (2020), le définit ainsi : « d'anatomie variable d'une femme à l'autre, il s'agit d'un repli de la muqueuse vaginale situé au bord de l'orifice vaginal ». Ce repli

constituerait un vestige de la vie embryologique, sans aucune fonction anatomique connue[11]. À cette parcelle anatomique est attachée, dans diverses régions du monde, depuis la période hellénistique, toute une symbolique de la virginité des jeunes filles (Knibiehler, 2012) : sa présence et sa forme constituerait une preuve anatomique de la virginité féminine. Même si cette conviction a été réfutée à plusieurs époques de l'histoire et dans différentes sociétés (section C), on constate que sur cette base et dans certaines familles, l'intégrité de l'hymen a pu et peut toujours être vérifiée avant le mariage des filles.

Définir cet élément anatomique de la vulve a fait l'objet de diverses luttes de pouvoir au cours de l'histoire et représente depuis une dizaine d'années un nouvel enjeu pour certaines organisations associatives qui réalisent des ateliers sur la santé sexuelle ou l'éducation sexuelle (Planning familial, etc.) et abordent donc la question de la virginité féminine. En France, une association nantaise appelée « Hymen redéfinitions », constituée en 2019, est essentiellement dédiée à la question définitionnelle de ce qu'est un hymen (encadré 3). Elle milite auprès des dictionnaires, des encyclopédies de médecine et autres ouvrages médicaux de référence pour que l'articulation entre virginité et hymen soit abandonnée dans ces productions normatives et elle entend ainsi combattre la perpétuation d'un certain nombre de mythes anatomiques concernant la virginité (section II. C.).

[11] Explications recueillies : https://www.martinwinckler.com/L-hymen-mythes-et-realites-rappels-anatomiques-et-reflexions-ethiques, consulté le 06/01/2020.

Encadré 3. Présentation du site officielle de l'association *Hymen redéfinitions*

« **Ça a commencé comment ?**

Lors de l'écriture de la pièce radiophonique Hexenhammer (épisode 4) l'autrice Isabelle Querlé découvre que les définitions du mot « hymen » qu'elle trouve dans les dictionnaires contredisent des observations médicales avérées.

Elle modifie la définition du mot dans le dictionnaire participatif wiktionnaire, vérifie le site wikipedia, qui lui, a déjà été actualisé. Elle aurait pu s'arrêter là, mais les outils wiki, en donnant le pouvoir à chacun de modifier directement les sources de savoirs (selon certaines règles bien sûr), donnent aussi l'envie de faire modifier les autres sources de savoirs même si elles sont non-participatives. Si les définitions ont été modifiées là, pourquoi ne pas les faire changer dans les autres dictionnaires ? Pourquoi ne pas en faire un projet collectif ? Le projet hymen redéfinitions est créé.

Pourquoi les définitions d'aujourd'hui posent problème ?

Voici les définitions que l'on trouve encore en septembre 2019 dans nos dictionnaires :

Dictionnaire médical de l'académie de médecine : « Membrane formée, chez la femme vierge, par un repli de la muqueuse vaginale inséré au bord de l'orifice vaginal. […] »

Larousse: « Mince membrane de forme variable, qui obstrue partiellement le vagin des vierges. »

Le petit Robert : « Membrane qui obstrue partiellement l'orifice vaginal, chez la vierge. »

Toutes ces définitions induisent que la femme « perd » son hymen après le premier rapport sexuel puisque, comme il est écrit, cette membrane n'est présente que chez la « vierge ». Tout d'abord, nous pouvons affirmer que ceci est faux. Des études scientifiques montrent que l'hymen ne peut être considéré comme une preuve de la virginité féminine comme on peut le voir ici, là ou là. Mais au-delà de ces aspects anatomiques, c'est la notion même de virginité qui est problématique. Notre société patriarcale dote en effet la virginité vaginale d'une haute valeur morale. Faire usage de l'hymen comme marqueur de cette virginité est surtout un moyen de contrôle des femmes, de leur corps, et notamment de leur utérus.

Même si en France, la pratique des tests de virginité n'est pas répandue, ces définitions soutiennent un système de représentation oppressif qui a de nombreuses conséquences encore aujourd'hui : culte de la virginité, recours à l'hyménoplastie, vision stéréotypée de la première fois où la femme souffre et où l'homme violente, renforcement d'une inégalité de genre par un clivage passif/actif, primat de la pénétration vaginale dans les rapports hétérosexuels, rapport difficile de la femme à son propre organe sexuel…

Le collectif Hymen redéfinitions, qui sommes-nous ?

Nous sommes un groupe mixte de personnes, basé à Nantes, avec une forte sensibilité littéraire. Le projet est soutenu par l'association à la criée, laboratoire d'invention sociale.

Le projet hymen redéfinitions, c'est quoi ?

Ce projet s'organise autour de deux axes. Une première phase d'éducation populaire qui vise à acquérir du savoir, à provoquer des rencontres pour devenir à notre échelle des experts sur cette question de l'hymen avec comme outil principal ce site internet, hymenredefinitions.fr, qui réunit articles scientifiques, témoignages, textes littéraires. Nous avons également organisé une lecture, deux rencontres, participé à une émission de radio. Une deuxième phase qui vise à faire modifier la définition par la publication et la médiatisation d'un appel aux dictionnaires. »

Extrait de la rubrique en ligne « le projet » du site *d'hymen redéfinition*, consulté le 02/08/2022 : https://hymenredefinitions.fr/leprojet/

Au cours de l'histoire, de nombreux stratagèmes ont été développés par des femmes et dans une pluralité de sociétés et de zones géographiques afin que les jeunes filles saignent lors de leur nuit de noce (Dridi, 2017 ; Knibiehler, 2012 ; Wynn, 2016). Déjà au XVe siècle, on retrouve dans les écrits du théologien égyptien Jalâladdîn Suyûti la mention de neuf artifices pour simuler l'écoulement du sang (Dridi, 2017). De même, la médecine s'est emparée très tôt des réfactions d'hymens, comme en témoignent des traités médicaux français datant XIIIe siècle qui mentionnent la restructuration de l'hymen ou ce qui fut appelé « le raccoutrage des pucelages perdus » (Knibiehler, 2012).

Yvonne Knibiehler parle de notre ère comme celle de la « désacralisation de la virginité », liée notamment au triomphe des idées républicaines, qui, après avoir suscité de fortes résistances, vont permettre aux filles de finalement acquérir « le droit de disposer de leur corps ». Cependant, si désacralisation il y a, on ne peut parler d'un phénomène mondial, ni même d'un phénomène homogène dans la société française ici traitée par Y. Knibiehler.

En effet, la reconstruction de l'hymen apparaît comme chirurgie biomédicale dès les années 90. Elle semble particulièrement présente dans plusieurs pays du Maghreb, également en Égypte comme en témoignent la psychologue féministe égyptienne Naoual el Saadaoui dans son livre (Naoual el Saadaoui, 1991). Actuellement, la Tunisie, le Maroc et l'Égypte seraient les trois pays qui pratiquent le plus cette chirurgie (Rahou, 2013). Néanmoins, elles seraient aussi pratiquées dans une proportion non négligeable en Asie, notamment en Chine et en Inde (Prakash, 2009 ; Wei et al., 2015). En France, les premières interventions recensées dans la statistique publique datent de 2003 (Scan-santé, voir chapitre 4), cependant son existence semble bien antérieure, comme le souligne la plupart de mes enquêté·es issus du corps médical. Le tabou qui l'entoure n'a pas permis d'établir précisément le moment de son développement, elle tend tout de même à se standardiser de plus en plus au niveau des méthodes avec la circulation des savoirs médicaux et la publication d'articles scientifiques qui la recensent dans différents pays (Ahmadi, 2014 ; Ayuandini et Duyvendak, 2017 ; Bawany et Padela, 2017 ; Foldès, Droupy et Cuzin, 2013 ; Wei et al., 2015).

Selon l'enquête d'Ibtissem Ben Dridi sur cette pratique médicale en Tunisie, il existe actuellement deux types de chirurgie de réparation de l'hymen dans la médecine, l'hyménoplastie d'une part et l'hymorraphie d'autre part :

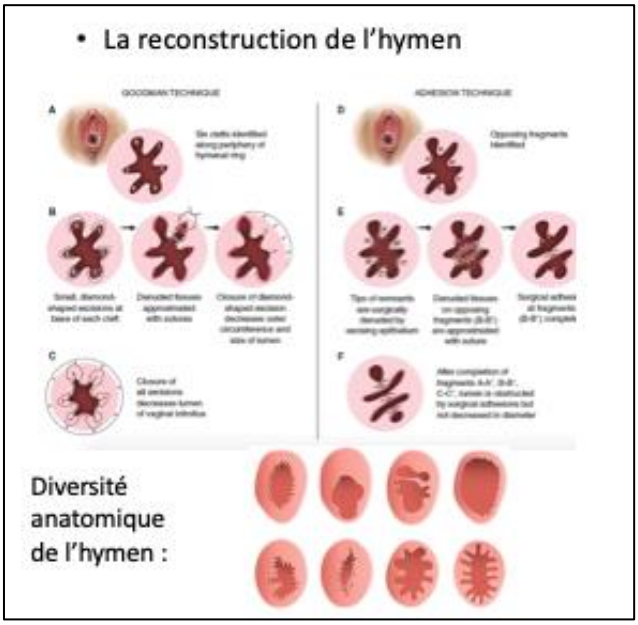
> *« L'hyménoplastie est une opération plus conséquente et plus coûteuse, qui consiste à recréer solidement une membrane hyménéale à partir d'éventuels résidus hyménéaux et de lambeaux de muqueuse vaginale. Cette*

technique, pratiquée sous anesthésie générale, permet une reconstitution solide de l'hymen, qui tient tant que la jeune femme n'a pas de rapport sexuel. Cette opération assure un saignement souvent abondant, mais peut rendre la défloration et les rapports sexuels suivants particulièrement douloureux. » (Ben Dridi, 2017)

« L'hyménorraphie, qui désigne littéralement la « suture de l'hymen », désigne un raccommodage provisoire de ces résidus hyménéaux. Le chirurgien fait passer un fil tout autour des résidus, et, en serrant les bords de l'hymen, il recrée un hymen annulaire aux contours intacts. Cette suture est assez fragile et ne tient que peu de temps. Elle doit donc se faire quelques jours avant le mariage (de trois à sept jours) et ne procure qu'un écoulement sanguin assez faible. » (Dridi, 2017).

Cependant, cette distinction semble être propre à l'espace Tunisien où les professionnel·les de santé nomment également l'hyménoplastie, telle que décrite ci-dessus, comme la « définitive ». Durant mes terrains en France et Egypte, aucun professionnel·les de santé n'a fait état de cette distinction, même si deux techniques semblent systématiquement décrites : celle du raccommodage des vestiges hyménaux et la technique du lambeau qui consiste à utiliser les parois vaginales pour faire un « lambeau en volet » fermant partiellement l'ouverture du vagin (schéma 2). Le terme d'hyménoplastie semble être l'appellation qui revient le plus souvent. Aussi j'utiliserai les noms émiques mobilisés par les professionnels de santé. Et notamment ceux proposés par le chirurgien américain Bawany dans l'article qui fait état de trois techniques (Bawany et Padela, 2017), les professionnels de santé pouvant facilement s'approprier les deux premières (schéma 2, annexe 3).

Schéma 2. Reconstruction de l'hymen et diversité anatomique de l'hymen (Annexe 3)



Sources : https://plasticsurgerykey.com/hymenoplasty/#ref12_59, consulté le 01/12/2019

On voit se dessiner déjà dans cette première question des techniques, la quasi-impossibilité pour les professionnel·les de santé, en fonction des contextes, de réellement s'accorder sur les procédures et d'uniformiser leur pratique pour ce qui est de cette chirurgie.

Encadré 4. Description anatomique des différentes techniques d'hyménoplastie

Brawany parle tout d'abord de la technique (1) du « raccommodage approximatif des vestiges hyménaux » (remants) qui correspond à ce qu'I. Ben Dridi identifie comme hyménorraphie ou « technique Goodman » (Goodman, 2009, 2011), puis de la technique de la « Super-hyménoplastie » qui correspondrait à la définition de l'hyménoplastie donnée plus haut (2), et enfin la technique (3) de l'encerclement ou du « cerclage » (cerclage method) développée à Taiwan consistant à utiliser un fil résorbable (catgut) de chirurgie de manière concentrique entre les lambeaux hyménaux afin de donner à l'hymen une forme de cercle (Ou et al., 2008). Un autre article de chirurgiens de Beijing en Chine de 2015 propose encore une autre technique, celle de la suture par trois states autour de l'orifice vaginale : la méthode STSI (suturing three stratums around the introitus). Elle consiste à suturer l'orifice du vagin en trois zones pour former de même un hymen concentrique (Wei et al., 2015). Pour cela, les praticiens opèrent parfois des incisions afin que le processus de suture lors de la cicatrisation soit plus efficace.

Si l'on en croit la littérature en la matière, les risques postopératoires et le niveau de difficulté de l'opération sont très faibles. La préoccupation principale des médecins semble être l'efficacité à long terme de cette opération. Ils cherchent tous des moyens pour que celle-ci tienne longtemps car les opérations d'hyménoplastie sont souvent très éphémères – information confirmée par certaines patientes rencontrées lors de mon terrain dont une qui me raconte avoir réalisé plusieurs fois l'opération car elle ne « fonctionnait pas ». Une chirurgienne française m'indique par exemple :

« E : Et puis l'hyménoplastie, c'est vraiment recréer l'hymen. Alors il y a deux techniques effectivement, c'est-à-dire qu'il y a des gens qui mettent juste un fil entre les petits fragments d'hymen déchiré et ça c'est ce que je faisais avant mais ça tient pas assez. Et puis il y a une autre technique où on va chercher un petit triangle de paroi du vagin. Et on s'en sert pour occlure un peu, comme un capot de voiture qu'on relèverait. Et que je couds aux fragments d'hymen qui restent. Et là ça ferme à moitié le vagin et là...

S : Et là c'est pas plus douloureux ?

E: Sûrement mais c'est ça qu'elles veulent… (rire un peu gêné)

S : Alors que le premier ça s'en va très rapidement...

E : oui ça s'en va très vite, c'est pour ça qu'on le fait trois semaines avant le mariage parce que sur le moment que le fil se soit un peu résorbé et qu'en même temps ça se soit pas redétricoté. C'est honnêtement, c'est 400% des cas (inaudibles), de A à Z.

S : Ah d'accord (rire gêné). Donc c'est plutôt, maintenant c'est plutôt l'hyménoplastie, ah oui mais les deux s'appellent...

E : Moi maintenant je fais ça. Cette technique-là parce que je me dis tant qu'à les opérer, autant que... euh... bah que si possible ça tienne bien et si possible ça fasse un peu mal et puis ça se déchire et puis avec un peu de chance elles vont saigner. Pfouu... (soufflement d'impuissance, lève les yeux).

S : Ouais, c'est un petit peu aléatoire quoi.

E : Bien sûr mais ça je leur dis : vous avez même pas la garantie que vous allez saigner, est-ce que ça vaut vraiment la peine de claquer 920 euros là-dedans. » (Chirurgienne Nord parisien, janvier 2020)

Néanmoins comme le précise l'article de V. Prakash, la littérature médicale sur cette procédure reste assez restreinte (Prakash, 2009) et les études présentées sont généralement menées sur une dizaine de patientes au plus, donc sur des échantillons très limités.

B - La médecine de l'intime : siège d'une production active d'ignorance ?

Ignorance, like knowledge, is situated. Understanding the various manifestations of ignorance and how they intersect with power requires attention to the permutations of ignorance in its different contexts. (Tuana, 2006, p.3)[12]

[12] L'ignorance, comme la connaissance, est située. Pour comprendre les diverses manifestations de l'ignorance et leur interaction avec le pouvoir, il faut prêter attention aux permutations de l'ignorance dans ses différents contextes.

Travailler sur des techniques, et *a fortiori* sur des techniques médicales à destination des femmes, amène à s'interroger sur les théories de la connaissance et de la circulation des savoirs, tels qu'elles ont été longtemps abordées dans la philosophie des sciences, les épistémologies telles que les travaux de Kant, Bachelard, et plus récemment Kuhn, Foucault ou encore Bruno Latour. Comment les savoirs médicaux s'inscrivent-ils en tant que pratiques dans la communauté scientifique médicale ? Comment les réalisations de ces techniques sont-elles mises en œuvre auprès des patientes, voire négociées avec elles dans leur application *in situ* ?

Cette approche par le prisme de l'ignorance revient à dépasser le simple questionnement sur la connaissance acquise dans l'élaboration de ces techniques et de ce qui en résulte. Il s'agit de comprendre l'influence des structures et des institutions sur les savoirs médicaux récupérés en savoirs profanes. Dans le cadre de l'analyse et de l'orientation de la recherche de terrain, le concept « d'ignorance » autour des modifications génitales féminines a émergé de manière centrale pour comprendre les différents processus de domination et d'altérisation à l'œuvre dans les procédures médicales de « reconstruction » génitale auxquelles nous nous intéressons ici. L'approche de l'épistémologie de l'ignorance (Tuana, 2004 ; Tuana, 2006) a été initiée dans l'espace anglo-saxon par les travaux de Robert Proctor sur la production de savoirs et d'ignorance sur le cancer (Proctor, 1996), puis Nancy Tuana a adapté ce questionnement à la recherche sur le genre par son travail sur l'orgasme féminin ainsi que sur l'idée d'ignorance produite et structurelle. Proctor soulignait notamment les enjeux de maintien dans l'ignorance – plus ou moins partielle - des patient.es atteint·es de cancer afin de faciliter le processus médical : éviter des découragements, des recherches en direction de traitements trop coûteux pour le·a patient·e, etc. De même, Nancy Tuana a interrogé les mécanismes de production d'ignorance autour du plaisir féminin et de l'orgasme féminin. Elle analyse notamment comment une méconnaissance en la matière se fonde le plus souvent sur des normes genrées - elles-mêmes construites par le truchement de processus d'ignorance (Debergh et Torrent, 2020). L'étude de l'ignorance en sociologie consiste finalement à chercher sur quels mécanismes de pouvoir certains savoirs sont produits, alors que d'autres sont complètement mis de côté (Debergh et Torrent, 2020 ; Tuana, 2006). Les questionnements théoriques propres à cette épistémologie de l'ignorance font aussi écho aux travaux de l'anthropologue Mary Douglas. Notamment dans son ouvrage sur les institutions, M. Douglas souligne « la surdité sélective » d'institution ou des partis pris dans un antagonisme épistémologique qui

« empêchent chaque partie d'entendre ce que dit l'autre »[13] (Douglas, 1986, p. 29). La connaissance et ce qui sera reconnu comme vérité découle de processus de contournement et de maintien d'ignorance réciproque soutenue par les structures institutionnelles et des processus sociaux :

> *« Une réponse ne sera considérée comme la bonne que dans la mesure où elle rencontre la pensée institutionnelle qu'ont déjà en tête les individus au moment où ils entreprennent de décider » (Douglas, 1986, p. 32)*

M. Douglas cite dans son texte L. Fleck pour souligner l'importance des configurations sociales dans la construction du savoir scientifique : « la connaissance de la vérité est l'activité de l'homme la plus conditionnée socialement, et le savoir, la création sociale souveraine » (Fleck, 1935, p. 42). Cette théorisation interroge directement le monde médical et l'établissement des savoirs médicaux, ainsi que les « non-savoirs » médicaux ou ceux n'émanant pas du « monde de pensée » médical – pour reprendre l'expression d'un pionnier des critiques des processus sociaux inhérents à la connaissance scientifique L. Fleck (1935 ; Löwy, 1988)[14] - en tant qu'ils sont comme gardés plus ou moins consciemment par le personnel médical devenu le « gatekeeper » de compréhension des corps féminins (Becker, 1985). Les *ignorance studies* sont ainsi les héritières de cette approche structuraliste, mais proposent un modèle plus large qui intègre la dimension structurelle, tout en l'articulant avec des perspectives diachroniques (l'histoire de la médecine en lien avec des contextes de pratique est largement analysée), et qui interroge l'agentivité des acteurs individuels. Selon Tuana (2004), le concept d'« ignorance » est alors particulièrement heuristique lorsqu'il s'agit de traiter la question des doutes, silences, incertitudes qui émergent dans divers domaines du savoir de manière active et continue, voire structurelle. Cela nous paraît tout à fait pertinent pour éclairer les démarches de reconstructions génitales qui s'accompagnent de doutes du côté de la patiente, mais aussi de beaucoup d'incertitudes du côté du corps médical. Enfin, de manière générale, ces opérations semblent reposer sur un certain de nombre de mythes anatomiques construits socialement et coconstruits également dans l'interaction médecin-patiente, ainsi que par divers intermédiaires :

[13] Elle donne ici comme exemple le débat autour de la recherche sur la médecine nucléaire qui se heurte aux « phobiques des radiations ». Les deux parties en présence ne s'écoutent pas, n'échangent pas sur les mêmes plateformes, ce qui empêche toute place à l'élaboration de compromis ou d'avancée dans le débat. Finalement le dernier mot revient à l'institution, selon M. Douglas.

[14] Ludwick Fleck dans ces travaux sur l'élaboration de la pensée scientifique (1935) parle de la structure de mondes de pensée (ou collectif de pensée, style de pensée) – sorte de champ bourdieusien ayant cependant une représentation plutôt circulaire avec un centre et sa périphérie et croisant d'autres mondes à sa circonférence amenant parfois à la fusion ou au contraire à la séparation stricte (voir schéma chapitre 3). De cette élaboration, M. Douglas tire son concept de « style de pensée souverain », une pensée dominante qui s'affirme dans les institutions et réalise un travail de sélection des savoirs légitimes et illégitimes.

associations, travailleurs sociaux, recommandations entre pairs : patientes ou professionnel·les de santé, contenus médiatiques (chapitre 5) dont certains en ligne, sur les procédures.

L'ignorance en médecine est souvent dépeinte comme un vide, une partie encore inconnue d'un problème posé. Cependant N. Tuana souligne que les conditions d'un « non-savoir » (*not knowing*) sont plus complexes. Par exemple, pour qu'un savoir advienne, il faut se demander d'abord pourquoi les personnes occupant des positions de pouvoir dans la communauté scientifique, au moment clé, « se sont mises d'accord pour accepter une croyance comme vérité » (Tuana, 2006, p.3). Les « non-savoirs » doivent être expliqués : pourquoi se maintiennent-ils, voir comment sont-ils parfois tout à fait construits de manière systémique ? Surtout lorsqu'il s'agit d'ignorance située comme celle qui entoure les corps féminins et qui amène à interroger ce que Donna Haraway, citée par N. Tuana (2006), appelle la fabrication des significations et des corps dans les systèmes globaux ainsi que dans des communautés très différentes et différenciées en termes de pouvoirs (Haraway, 1991, p. 187).

N. Tuana, pour affiner la question sur ce concept assez large d'ignorance, propose une taxinomie de l'ignorance, revenant à édifier une typologie de celle-ci en se basant sur des exemples liés au corps des femmes et leur traitement dans le mouvement pour la santé des femmes qui a vu le jour dans les années 1980 aux Etats-Unis (encadré 5). Les féministes de l'époque ont alors, pour contrer les phénomènes d'ignorance, mis en place ce qu'elle nomme « une épistémologie de la résistance ». C'est le cas par exemple des ouvrages féministes sur l'auto-examen gynécologique, autour de la découverte de la structure du clitoris. La création de savoirs et leur diffusion s'inscrit ainsi dans une résistance épistémologique de ce mouvement social. En tant qu'elle inclut la question de l'ignorance, cette étude a également relevé des formes de résistances épistémologiques employées par des acteur·trices associatifs souhaitant diffuser des savoirs aux femmes afin de les éclairer dans leur parcours médical et leur connaissance de leur corps. C'est le cas par exemple de l'association « Hymen redéfinitions » qui, par ses nombreuses démarches auprès des ouvrages encyclopédiques produisant activement de l'ignorance dans chacune de leur réédition (encadré 3, p. 43), par ses ateliers de sensibilisation, sa présence numérique, tente de dénouer le lien entre hymen et virginité.

Encadré 5. Synthèse de la « taxinomie » de N. Tuana, une typologie de l'ignorance épistémique

Ces types d'ignorance ne visent pas à décrire une typologie rigide. Ils découlent au contraire d'une étude de cas réalisé auprès du « mouvement pour la santé des femmes » qui s'est développé aux États-Unis à partir de 1968 et qui a pointé un certain nombre de points d'ignorance concernant les corps des femmes en santé. Cette typologie pourra être enrichie par d'autres travaux sur les processus de production d'ignorance.

Type I : « Savoir qu'on ne sait pas mais ne pas y accorder de l'importance. »

Il s'agit du fait de ne pas savoir quelque chose mais de considérer ce non-savoir comme non problématique, non dérangeant dans la communauté épistémique, soit parce que ce savoir ne serait pas rentable soit parce qu'il ne représente tout simplement pas d'intérêt scientifique dans le domaine étudié. N. Tuana prend l'exemple des recherches très développées autour de la contraception masculine – notamment hormonale - jugée peu rentable par les entreprises pharmaceutiques. Les effets secondaires – similaires à la contraception féminine – auraient été un trop grand obstacle pour les hommes. Elle donne également l'exemple du peu de recherches menées autour de la ménopause ou de l'éjaculation féminine qui n'ont pas suscité d'intérêt jusque très récemment dans la communauté scientifique.

Type II : « Ne pas savoir qu'on ne sait pas. »

En général, ce type d'ignorance s'explique par le fait que d'autres connaissances déjà reconnues obscurcissent activement les non-savoirs ignorés, et dans le cas de la connaissance du corps des femmes, cela a souvent un lien avec des biais sexistes ou avec l'androcentrisme des épistémologies. N. Tuana donne l'exemple de la méconnaissance de la structure du clitoris et de ses multiples moments d'oubli dans l'histoire de la médecine, oubli qui serait lié à la prédominance des savoirs sur la reproduction, et qui de ce fait, auraient pris le pas sur la connaissance du plaisir féminin. D'où également le fait que les recherches se soient concentrées sur l'appareil reproductif : le vagin et l'utérus, plutôt que le clitoris.

Type III : « Ils ne veulent pas que l'on sache. »

Il s'agit d'une ignorance cultivée par des autorités épistémiques. Par exemple, certains savoirs sont inaccessibles en raison de divers phénomènes de professionnalisation. Souvent les femmes ont alors été considérées comme des « objets de savoir » et non des « personnes savantes légitimes ». Les travaux de Seaman (1969) soulignent par exemple la méconnaissance entretenue par les laboratoires pharmaceutiques des effets secondaires de la pilule contraceptive féminine et de l'effet des hormones pendant des années sur les corps féminins.

Type IV : « L'ignorance volontaire / délibérée » (Willfull Ignorance)

N. Tuana développe ici l'idée de ne pas vouloir savoir en lien avec ce qu'elle appelle un « déni délibéré » qui semble jouer entre l'ambiguïté de l'inconscience individuelle et l'ignorance collective et systémique assumée, souvent loin d'être finalement un processus passif. Elle prend l'exemple du rôle de l'ignorance dans le racisme qui implique une ignorance des personnes non-racisées d'un système dont elles représentent pourtant l'autorité légitime. Elle se réfère aux travaux de Marilyne Frye sur « l'ignorance déterminée » dans les processus d'oppression raciale historiques (1983, p119) et de Charles Mills qui théorise le « contrat racial » (1997) et souligne que celui-ci prescrit à ses signataires une « épistémologie inversée, une épistémologie de l'ignorance, un modèle particulier de dysfonctionnements cognitifs localisés et globaux (qui sont psychologiquement et socialement fonctionnels) produisant le résultat ironique que les Blancs seront en général incapables de comprendre le monde qu'ils ont eux-mêmes créé » (Mills,1997, p18). Dans le mouvement sur la santé des femmes, N. Tuana mentionne deux exemples : celui des larges stérilisations involontaires des femmes de couleurs aux Etats-Unis au XXe siècle[15], ainsi que l'exemple d'épidémie de gonorrhée chez les petites filles blanches de classe moyenne

[15] Plus d'information dans cet article du Monde du 25 juillet 2020 « Aux Etats-Unis, un programme de stérilisation au XXe siècle ciblait expressément les Noirs », consulté le 10/08/2022 : https://www.lemonde.fr/international/article/2020/07/25/aux-etats-unis-un-programme-de-sterilisation-au-xxe-siecle-ciblait-expressement-les-noirs_6047249_3210.html

et supérieure aux Etats-Unis qui ont amené les professionnel·les de santé à réétudier les moyens de transmission de la maladie plutôt que d'envisager que ces filles pouvaient être victimes d'inceste dans leur famille. Car l'inceste était vu comme un phénomène inenvisageable dans ce groupe social et ethnique (Sacco, 2002). La dimension « délibérée » de ce type d'ignorance est discutable, néanmoins elle semble bien s'inscrire dans « un phénomène social actif d'oubli » (Herman, 1992, p.9).

Type V : « L'ignorance produite par la construction d'identités épistémiquement désavantagées »

Ce type d'ignorance est directement lié à la question de la confiance qui est normalement la condition *sine quo none* de l'appartenance à une communauté épistémique. Or, certaines identités ont été construites comme indignes de confiance du fait d'une incapacité supposée à créer de la connaissance. Aussi toute connaissance émergeant de ces groupes est d'emblée discréditée, hors des codes, et discréditée par les autorités épistémiques en rigueur. N. Tuana donne l'exemple du déni de savoir des indigènes lors des processus de colonisation. Il est nécessaire pour contrecarrer ce type d'ignorance de mettre en place des « épistémologies de résistance » comme le font les mouvements féministes, les courants anti-racistes, etc. Elle prend alors l'exemple de l'ignorance autour du maintien de l'usage du speculum en santé reproductive qui déniait aux femmes leur capacité à souligner la douleur produite par l'instrument et les risques que son usage représentait. Leur position de femmes non savantes sur leur propre corps a longtemps discrédité les critiques de l'usage de cet instrument médical, souligne N.Tuana.

Type VI : « L'ignorance aimante » (Loving Ignorance)

Enfin, ce type d'ignorance, valorisée dans cette taxinomie, s'inscrit dans un processus éthique de reconnaissance de « ce qu'on ne peut pas connaître » et s'apparente à des valeurs de respect et d'humilité consistant à reconnaître les limites de sa propre connaissance dans le rapport à autrui. Ce type d'ignorance est notamment important lorsqu'il s'agit de partager des expériences, des vécus de vie. N. Tuana prend l'exemple du rapport entre femmes blanches et femmes racisées au sein du mouvement pour la santé des femmes américain : les militantes se sont mises d'accord sur un socle commun d'expériences en tant que femmes mais ont aussi souligné et respecté leur incapacité, selon leur groupe ethnique ou leur statut social, de comprendre l'expérience vécue des autres. Ce type d'ignorance reconnue donne la parole à ceux dont l'expression est jugée plus légitime dans une situation donnée, en fonction de ses connaissances et de son expérience individuelle ou collective.

Sources : Tuana, Nancy. « The speculum of ignorance: The women's health movement and epistemologies of ignorance ». *Hypatia* 21, nº 3 (2006): 1-19.

De même, les nombreuses associations de femmes traitant de l'excision en France (Sylla et Andro, 2020b) fournissent également des informations, des contenus, des listes d'établissements médicaux où les MGF sont traitées, voire des espaces comme les groupes de parole (qui ont fait l'objet d'observations de ma part). En cela, elles fournissent également des lieux d'émergence de savoirs résistant à l'ignorance qui peut entourer ces chirurgies, ainsi qu'aux réalités anatomiques sous-jacentes. Souvent d'ailleurs, cette ignorance est liée intrinsèquement à ce qui se rapproche du deuxième type d'ignorance décrite par N. Tuana (encadré 5) : c'est-à-dire qu'elle est occultée par d'autres savoirs construits relatifs à d'autres domaines de recherche comme la santé reproductive, mais aussi à des construits sociaux, qui peuvent être faux du point de vue anatomique. On préféra dans cette recherche parler de « mythes anatomiques », pour reprendre l'expression de deux chercheuses norvégiennes qui

ont notamment travaillé sur les « mythes » entourant la question du « sexe féminin » (Brochmann et Dahl, 2018). Ces mythes sont dans les faits construits en lien avec des processus de production d'ignorance – des productions multiples qui croisent les différents types proposés par N. Tuana dans sa taxinomie.

Lors de l'étude exploratoire de ma recherche doctorale, plusieurs mythes anatomiques concernant ces chirurgies ont donc été identifiés et listés ci-dessous (tableau 1). Les mythes concernant la réhabilitation clitoridienne ont principalement été mis à jour par l'organisation et l'observation d'un atelier sur les violences génitales faites aux femmes qui, organisé en partenariat avec l'antenne jeune Amnesty international de l'Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, traitait de l'excision. Des intervenant.es issues du corps médical, d'associations et de la recherche ont alors répondu à des questions et à un sondage sur un certain nombre de préjugés concernant l'excision et sa réparation chirurgicale en France, et leurs apports ont été confrontés aux réponses et croyances des participant.es « profanes » de la salle (n=36). Si la plupart des participant.es étaient des étudiant.es de l'Unversité Paris 1, étaient également présents des membres d'associations telles que le Gams France, Sos Africaines en danger, et des professionnel·les impliqué·es dans l'accueil migratoire de femmes étrangères en France (traductrice de l'OFPRA, travailleur.es sociaux de centres d'accueil, etc). Cet échantillon ne constitue pas une population représentative, cela a néanmoins permis de faire émerger les mythes anatomiques les plus forts qui circulent autour de l'excision et de sa réparation, auprès de population non directement concernée mais pouvant être amenée à rencontrer (et véhiculer ces mythes) en région parisienne. Cela a donné lieu à des discussions et des échanges libres entre « expert.es » et profanes de ces questions. Plusieurs thématiques et mythes anatomiques sont ressortis et ont été confirmés lors de premiers entretiens avec des patientes et médecins (tableau 1). Par ailleurs, une chirurgienne-sexologue Yasmine Abdulcadir a également utilisé le mot « mythe » pour décrire un certain nombre de croyances concernant l'excision et sa prise en charge médicale. Elle a souligné que ces mythes touchaient largement les professionnel·les de santé qui parfois participent structurellement aux renforcements de certaines fausses conceptions sur ces questions[16]. Par exemple, peu d'entre eux sont aujourd'hui formés sur le traitement de l'excision d'une part et sur l'anatomie sexuelle des femmes – notamment en Egypte (chapitre 8).

[16] Vidéo du Ted Talk du 8 janvier 2019, consulté le 17/09/2021 : Countering myths about FGM/C | Jasmine Abdulcadir | TEDxPlaceDesNationsWomen - YouTube

Tableau 1. Liste des mythes anatomiques identifiés, éclairés par l'épistémologie de l'ignorance de N. Tuana (2006)

Mythes anatomiques	Etat des connaissances contribuant à la déconstruction de ces mythes	Types d'ignorance selon la terminologie de N.Tuana
Mythes anatomiques autour de la chirurgie du clitoris		
Les femmes excisées n'ont plus de clitoris.	Le clitoris est un organe génital dédié au plaisir qui mesure environ 12 cm. Il est composé d'un capuchon qui représente une partie externe, et de deux branches internes. Lors d'une excision, selon les types, est réalisée une clitoridectomie qui consiste en l'ablation de la partie externe du clitoris. Ainsi les femmes excisées ont encore la partie interne du clitoris.	**Type II : Ne pas savoir qu'on ne sait pas.** N. Tuana prend l'exemple de la structure du clitoris (2006) redécouverte autour des années 1970 par notamment les travaux de Anne Koedt, et les recherches sur la sexualité des sexologue William Master et Virginia Johnson (Gardey, 2019 : 57), puis par le développement d'imageries comme celle de la médecin autralienne Helen O'Connell qui a réalisé la première échographie du clitoris en 1998.
Toutes les femmes excisées n'ont plus de plaisir.	A nouveau, cette idée vient d'abord d'une méconnaissance de ce qu'est le clitoris, mais également d'où vient le plaisir féminin. La sexualité ne peut se résumer à des fonctionnalités physiques. Par ailleurs, on ne peut parler des femmes "excisées" dans un sens large, car chacune a un vécu différent vis-à-vis de sa sexualité et il existe par ailleurs de nombreux types d'excision qui dépassent largement les quatre types reconnus par l'OMS. La pratique de l'excision est très différente selon les communautés, pays où elle est réalisée, ou encore selon les praticien.nes traditionnel.les ou du monde médical qui la réalise. Les conséquences peuvent être ainsi très variables et de nombreuses femmes excisées peuvent ressentir du plaisir sans avoir eu recours à la moindre chirurgie réparatrice. Pourtant comme le souligne Dina Bader, le discours des professionnel.les de santé ou les juristes suisses qui se sont préoccupés de ces questions voient dans l'excision un acte qui empêche le plaisir féminin et rend les femmes tributaires de la médecine réparatrice pour accéder à une sexualité épanouie (2016). Yasmine Abdulcadir précise que le premier mythe qui entoure les FGM est celui que les femmes excisées auraient toutes la même expérience de l'excision.	**Type II :** Cela vient en effet d'une méconnaissance de la sexualité féminine d'une part. **Type IV : Ignorance délibérée.** Par ailleurs, il y a une méconnaissance de la complexité et de la diversité des pratiques d'excision dans le grand public précisément parce que les discours des experts (ici professionnel·les de santé et juriste interrogés par la chercheuse Dina Bader) est souvent difficilement accessible. Mais en vertu de la lutte contre la pratique "barbare" de l'excision, ils fournissent un discours propre à susciter l'indignation et le soutien pour leur démarche. De plus, la survalorisation de l'acte médical réparateur s'inscrit aussi dans une logique de valorisation du corps médical lié à des avantages symboliques (gagner en notoriété au sein du monde médical, avancement d'un champ de la connaissance) et des avantages lucratifs : plus d'opérations impliquent une certaine rentabilité de la pratique des opérations de reconstruction chirurgicale (chapitre 8).

La mutilation du clitoris est irréversible.	Souvent les femmes excisées sont considérées dans les médias ou auprès d'un public profane non racisé comme ayant un handicap à vie, une mutilation irréversible. La question est plus complexe. En effet, à nouveau cela dépend du type d'excision réalisée, de leur vécu, de la cicatrisation, des conséquences psychologiques. Par ailleurs la plupart des personnes ignorent qu'il existe des chirurgies réparatrices. Cependant, il est vrai qu'un événement tel que l'excision laisse des traces et le clitoris ne pourra jamais prendre la forme qu'il aurait eu si l'excision n'avait jamais eu lieu.	**Type V : L'ignorance produite par la construction d'identités épistémologiquement désavantagées**. Le type d'ignorance qui touche principalement le grand public profane mais également une grande partie des patientes vient d'une part de la sous-médiatisation du problème dans les pays de migration. Cela peut s'entendre puisqu'il s'agit d'une minorité de femmes. Cependant le fait que cette question reste souvent opaque et que peu de discours experts aient produit des connaissances sur la clarification de la dimension irréversible de l'excision (que cela soit dans les institutions internationales ou locales) est renforcé par l'existence d'un certain nombre de stéréotypes altérisant touchant les femmes excisées et imbriqués dans des dynamiques de racialisation et de hiérarchisation des corps féminin. En effet, retenir la permanence du stigmate de l'excision chez ces femmes racisées transportent le message implicite que leur fémininité n'est pas intacte et appuie sur le statut de non-femme à part entière en comparaison avec des femmes non-excisées et non - racisées. Cette hiérarchisation autour du statut de femme, indépendamment de la question de l'excision a notamment été développée dans les travaux de bell hooks dans "Ne suis-je pas une femme ? Femmes noires et féminisme" (1982) et témoigne de son expérience d'exclusion de la catégorie de femme en tant que personne racisée. Ainsi, maintenir le stigmate de l'excision dans une vision permanente dans les imaginaires sociaux participent de cette déformation cognitive propre à des sociétés racisantes et ethnicisantes, excluant implicitement les femmes racisées des répartitions genrées admises.
La reconstruction intégrale du clitoris est possible grâce à la chirurgie.	Cette idée reçue circule principalement entre femmes excisées et entre patientes, ainsi que dans les discours médicaux fait au grand public, qui laissent entendre ou laisse de côté une part de la complexité de la réparation dans des présentations sommaires sur leur site internet, dans la presse quotidienne, des capsules-vidéo circulant sur les réseaux sociaux, etc. Or, aucune opération ne peut remplacer la partie coupée du clitoris. Dans la technique de Pierre Foldès, une partie du moignon interne va venir remplacer le capuchon clitoridien qui aurait dû être la partie externe plus facilement stimulable du clitoris. Or, aussi	Il y a deux types d'ignorance qui s'entremêlent ici. **Le type II : Ne pas savoir qu'on ne sait pas** et **le type III : Ils ne veulent pas qu'on sache.** Il y a le fait que cette idée résulte d'une simplification qui ne pourra être que nuancer par la rencontre d'un·e médecin. Mais il y a aussi une logique lucrative et de légitimisation de la pratique qui émane des institutions de santé, comme des présentations qu'on retrouve dans les médias. En effet, laisser planer, même par omission, qu'une reconstruction est possible, laisse penser que celle-ci sera intégrale. Cette ignorance s'articule

	bien sur les plans nerveux et donc fonctionnel, qu'esthétique, le capuchon de remplacement ne sera jamais l'équivalent de ce qui aurait été présent à cet endroit sans excision. D'où une certaine préoccupation des médecins lors des premières consultations portant sur cette chirurgie de vérifier que leurs attentes ne sont pas trop grandes vis-à-vis de l'opération qui ne sera pas "magique", comme me précise un enquêté sexologue. Selon Yasmine Abdulcadir, qui a créé un des premiers centres de prise en charge pluridisciplinaire en Suisse à destination des femmes excisées, 70% des femmes réalisant le parcours se contentent finalement de l'accompagnement psychologique et sexologique et choisissent de ne pas recourir à la chirurgie (Ted Talk, 2019). Plusieurs centres en France font le même constat.	finalement au niveau sémantique autour des ambiguïtés même des notions de « reconstruction et de réparation » évoquées plus haut pour parler de ces chirurgies. Il s'agira plutôt d'une nouvelle construction d'un clitoris que d'une re-construction.
La pratique de l'excision est quelque chose de fondamentalement étranger à la culture occidentale / européenne.	Il est vrai que lorsque l'on parle d'excision ou de "mutilation génital féminine", il s'agit principalement d'une pratique historiquement apparue sur le continent africain dont les plus anciennes traces remontent à l'Egypte pharaonique (Mackie, 1996). Cependant des pratiques similaires ont pu exister en Europe, au sein de la médecine moderne. C'est le cas des clitoridectomies pratiquées au XIXe siècle sur les femmes hystériques et accusées de nymphomanie, théorisées au Royaume-Uni. En 2013, a été découvert que la pratique était également très présente en Indonésie. Sur d'autres continents, en Amérique latine et au Moyen Orient, la pratique serait réalisée dans plusieurs pays. De tout temps, des pratiques de modifications génitales féminines ont été mises en place dans un grand nombre de société pour contrôler la sexualité féminine.	**Type V : Ignorance produite par la construction d'identités épistémologiquement désavantagées.** N. Tuana parle ici de la constitution parfois de « fausse mémoire ». Oublier que les modifications génitales féminines ont aussi existé en Europe et qu'elles sont au centre d'enjeux de pouvoir genrés, permet de constituer, en un sens, une frontière ethnique (Barth, 1969 ; Poutignat et Streiff-Fénart, 2015) entre les femmes occidentales, blanches, européennes « intactes » dans leur corporéité de femmes, et les femmes « autres » (altérisées) atteintes dans leur féminité. Cet aspect sera développé dans la section III du chapitre.
Le plaisir sexuel féminin est lié uniquement au bon fonctionnement physique de l'organe génital féminin.	Le processus est beaucoup plus complexe et s'associe avec des composantes psychologiques, relationnelles, et hormonales. Beaucoup de femmes excisées n'ont pas besoin d'une réparation anatomique pour ressentir du plaisir. Certaines sont bloquées en lien avec le traumatisme (de l'excision ou de rapports non consentis parfois). Chaque femme est différente face à la construction de son plaisir sexuel et l'anatomie est loin d'avoir le rôle principal.	**Type I : Savoir qu'on ne sait pas mais ne pas se préoccuper de savoir.** Ce type d'ignorance vis-à-vis du fonctionnement du plaisir féminin est plus large, voire parfois s'applique également au plaisir masculin. Souvent des domaines de la science, comme la chirurgie ou la biologie, vont surestimer les fonctions corporelles sur la dimension psychologique. En fait, peu de travaux explorent simultanément toutes ces composantes du plaisir sexuel (Géonet, De Sutter et Zech, 2013).
Mythes anatomiques autour de la chirurgie de l'hymen		
La forme de l'hymen indique si	Selon Y. Knibiehler, le lien entre hymen et virginité aurait d'abord été fait dans la Grèce	**Type IV : l'ignorance volontaire.** Il y a là un déni volontaire, puisque

la femme est vierge ou pas.	antique (Knibiehler, 2012). Ce lien existe dans d'autres sociétés historiques. Selon les contextes historiques et sociaux, cette partie du corps n'a pas toujours eu cette signification. Aujourd'hui, le lien est maintenu au sein de la communauté médicale, même si quelques voix s'élèvent pour dénoncer une articulation abusive.	régulièrement, au cours de l'histoire, est réaffirmé que la forme de l'hymen ne peut constituer une preuve. Pourtant ce savoir souffre d'un oubli collectif récurrent car ce point d'ignorance permet souvent de maintenir des rapports de domination genrée et un contrôle sur le corps des femmes. Par ailleurs, cela peut également relever parfois **du type III : ne pas vouloir qu'on sache** et cet intérêt a parfois été celui des femmes comme le décrit Y. Knibiehler. Dans l'antiquité par exemple, les femmes sage-femmes ont maintenu cette croyance pour gagner en légitimité dans leur savoir médicaux, ainsi que pour protéger les femmes non-vierges (Knibiehler, 2012). Elles affirmaient simplement que leur hymen était conforme et les doutes s'arrêtaient. De même, au 19ème siècle, des mouvements de femmes catholiques vierges ont repris la rhétorique de l'hymen intact pour gagner en pouvoir : elles affirmaient ainsi leur pureté et se mettaient ainsi à l'abri du désir masculin. Parfois, disposer d'une preuve anatomique, construite comme irréfutable, est plus rassurant et efficace pour les femmes que de devoir prouver leur virginité par le discours.
Une femme saigne au premier rapport.	Il s'agit en fait d'environ la moitié des femmes qui saigneraient effectivement lors de leur premier rapport (Cook et al, 2009).	**Type IV et III.** Les types d'ignorance sont ici similaires au mythe précédent. Celui-ci a notamment été maintenu pendant plusieurs siècles par les différents « stratagèmes » utilisés par les femmes pour que cette action se réalise (faux sang, sang d'animal, actuellement capsule de faux sang, faux hymen, hyménoplastie, etc) (Knibiehler, 2012).
L'hymen est altéré / transformé lors d'un premier rapport sexuel	Pas forcément : un premier rapport avec pénétration peut entrainer une transformation de l'hymen, mais l'hymen étant une membrane élastique, il en existe de nombreux qui restent assez étroits chez des femmes ayant déjà eu des rapports pénétratifs.	**Type II : Ne pas savoirs qu'on ne sait pas.** Comme la structure du clitoris, l'hymen de manière générale n'a jamais fait l'objet de longues investigations dans la science. Aussi sa composition et ses caractéristiques, de même que sa fonction sont inconnues actuellement. Des hypothèses avancent que l'hymen serait un reste de développement embryonnaire.
L'hymen est une membrane qui ferme l'entrée du vagin, voire le ferme partiellement.	Selon plusieurs spécialistes, l'hymen aurait plus à voir avec un élastique qui peut se tendre et se détendre (Brochmann et Dahl, 2018). Il existe de multiples formes anatomiques à l'hymen (voir Annexe 2). Par ailleurs, un hymen ne ferme jamais l'entrée du vagin, hormis les cas d'hymen imperforé qui ont des conséquences médicales lourdes puisque cette condition physique entraine	**Type IV : ignorance volontaire**. Cette fausse représentation de l'hymen peut être liée directement à cette « peur ancestrale des béances » dont parle D. Memmi dans sa présentation du livre de C. Schantz (2020). L'hymen s'inscrit, au niveau symbolique, dans cette peur patriarcale de l'absence de contrôle, de l'ouvert. Que se passerait-il si cette conception

	l'obstruction des menstruations à la puberté. Une opération pour réaliser une incision doit alors être pratiquée.	anatomique s'effondrait ? N. Tuana parle à propos de ce type d'ignorance du fait que l'ignorance est au centre du système construit, lever ce voile est intuitivement perçu par les acteur·trices sociaux de l'annonce d'un chamboulement trop dur à initier. Par ailleurs, cette représentation s'articule également avec les productions d'ignorance citées précédemment sur les autres mythes touchant à l'hymen (**types II, III, IV**).
Seules des femmes racisées demandent cette opération dans les pays occidentaux.	Cette affirmation est largement partagée dans la communauté médicale, les médias et la littérature scientifique sur les hyménoplasties. Cependant, il existe tout de même d'autres types de demande d'hyménoplastie qui émanent de profils différents de patientes. Il y a des femmes très religieuses (catholiques ou protestantes), mais non racisées, qui le font pour retrouver leur virginité aussi bien spirituelle que physique. On peut parler notamment du mouvement aux Etats-Unis des "born virgin again"[17]. Ensuite, il existe également des femmes non vierges, souvent occidentales, qui demandent une hyménoplastie pour revivre "l'expérience de la première fois" dans le cadre d'un anniversaire de mariage ou d'une autre occasion partagée avec un partenaire. L'article du Dr. Prakash mentionne notamment l'hyménoplastie pour le 25ème anniversaire et revivre la première fois avec le mari.	De même que la pratique de l'excision est construite comme essentiellement étrangères à la culture occidentale, les hyménoplasties sont vues comme ne pouvant être demandées par des femmes occidentales, blanches, - des non-altérisées : ce sont toujours les autres qui demandent cette opération. Or, si la pratique de l'excision est bel et bien une construction historique qui la raccroche principalement à l'Afrique, les réfactions d'hymen ont des origines plus floues et internationales (Knibiehler, 2012). **Type V : Ignorance produite par la construction d'identités épistémologiquement désavantagées.** On retrouve donc l'idée d'une « fausse mémoire » construite et entretenue dans le discours public, s'articulant avec des enjeux de racialisation, de frontières ethniques et de constructions identitaires différenciées (voir section III).

Ces chirurgies interrogent donc directement la question de l'ignorance systémique ou intentionnelle (Tuana, 2006) dans le contexte médical, dans plusieurs directions : le maintien des patientes dans une certaine ignorance ou incompréhension sur des connaissances anatomiques relatives à leur propre corps, ou encore les procédures chirurgicales qui leur sont proposées d'une part et d'autre part l'ignorance des médecins sur ces questions liées directement à des manques dans leur formation, sans oublier le refus de compréhension autour des malentendus « culturels » - par exemple : croire qu'une femme demandant une hyménoplastie le fait systématiquement parce qu'elle va se marier (voir section III et chapitre 6), ou encore qu'une femme excisée veut forcément améliorer sa sexualité et est alors en rupture avec sa communauté d'origine.

[17] Plus d'information sur : « The Man Panel: Can you really be a born again virgin? », Steve TV Show, 2015, consulté le 22/04/2022, url : https://www.youtube.com/watch?v=jB50YWopPlM

Enfin, ces mêmes questions relatives à l'ignorance se déclinent aussi dans le milieu associatif de lutte contre l'excision. Certaines associations ne questionnent pas la chirurgie de réparation et son efficacité, ou encore les débats culturels et postcoloniaux autour de l'excision[18], avant de proposer l'opération comme seule solution aux femmes qu'elles accueillent. Cela permet en un sens de renforcer la mobilisation, et l'ignorance devient une ressource du mouvement (Topçu, 2010). Il paraît pertinent de s'intéresser à cette ignorance prise dans des logiques de mobilisation.

Le fil rouge des *ignorance studies* nous amène ainsi à penser des mécanismes d'ignorance construits entre patiente et médecin, cultivés par le discours médical et portant sur des enjeux d'altérité culturelle ou sociale. J'entends ici le fait que les patientes de ces chirurgies sont pour la plupart des femmes racisées ou du moins assignées culturellement – par le milieu médical ou les discours publics médiatisés (chapitre 5) - à des groupes dits « minoritaires ». Les décisions et justifications de la réalisation ou demande de ces pratiques chirurgicales s'articulent dès lors avec un jeu de productions symboliques autour des imaginaires sociaux et leur fonction vis-à-vis du contrôle de la sexualité et de la répartition genrée de la société.

Cette approche théorique permettra donc de questionner les rapports de productions d'ignorance autour de ces chirurgies, dans la demande des patientes, la parole du corps médical et les acteurs·trices gravitant autour de ces chirurgies (chapitre 6, 7 et 8) comme l'on vient de le faire sur les différents mythes anatomiques dont dépendent par essence ces chirurgies, rapports qui se devaient d'être analysés et dépliés en amont d'une démarche empirique.

III - Altérité et médicalisation des corps féminins

La compréhension de la nature de ces chirurgies nous amène à nous interroger sur leurs significations plus globales : que nous disent ces pratiques sur le monde social qui les accueille ?

[18] D'une part, la médecine coloniale a pendant un temps soutenue l'excision en Afrique pour des raisons de « différences » anatomiques, justifiant la nécessité de réduire la taille des sexes féminins des femmes colonisées (Peiretti-Courtis, 2016). Par ailleurs, la logique de réparation développée en Europe contre la pratique d'excision fait écho à certaines représentations sur lesquels divers discours nationalistes et post-colonialistes (Bader, 2016 ; Bancel et Blanchard, 1997) : le fait que les femmes étrangères soient représentées comme des femmes à sauver et victime de leur culture d'origine.

Tout d'abord, comme on l'a souligné, elles s'adressent à une population de femmes bien spécifiques : des femmes racisées[19], héritières d'un certain nombre de mythes anatomiques entourant leur corps, mais aussi réceptrices de discours altérisants et culturalisants.

La médicalisation de leur corps est loin d'être anodine : ce processus se réalise dans un univers médical où le corps féminin est historiquement sujet à une médicalisation très forte et où les corps racisés ont longtemps été l'objet d'une exclusion ou d'une altérisation systématique. On peut mentionner notamment les travaux de D. Peiretti-Courtis qui montrent à quel point la médecine moderne occidentale s'est souvent constituée en établissant des hiérarchisations basées sur des caractéristiques ethniques décrites comme biologiquement différentes. Cette chercheuse précise que les descriptions du corps des colonisées, et particulièrement de leurs parties génitales, a été le lieu de fantasmes, de construction de ce qu'était une « anomalie » physique, et systématisées comme caractéristiques de la différence et de l'altérité (Peiretti-Courtis, 2016). Elle cite à cet effet une définition pour l'article « Femme » du Grand Dictionnaire universel du XIXe siècle de Larousse :

> *"Les femmes, comme les hommes, de la race nègre sont portées (sic) à la lasciveté beaucoup plus que les femmes blanches. La nature semble avoir accordé aux fonctions physiques ce qu'elle a refusé aux fonctions intellectuelles de cette race […] Leurs organes sexuels offrent, en outre, une disposition particulière qu'on ne rencontre qu'exceptionnellement ailleurs. Les petites lèvres et le clitoris présentent un tel développement que dans certaines contrées, on en pratique l'excision."*

Cette histoire a laissé des traces dans les pratiques médicales. Il ne s'agit plus de légitimer les pratiques de modifications génitales traditionnelles sur la base de critères physiques ethniques. Au contraire, tout corps est reconnu comme pouvant être traité de manière égale par la médecine moderne qui aspire à l'universel. Dans quelle mesure cependant cette médecine a-t-elle fait son autocritique vis-à-vis des rapports de genre, de classe et ethniques auxquelles elle se confronte ?

[19] On utilisera principalement le terme de « racisées » pour parler des patientes et de leur corps afin de souligner la dimension mouvante et évolutive de l'étiquetage extérieur et de l'auto-étiquetage dans les processus de racialisation qu'elles expérimentent. Ce terme par ailleurs nous a semblé assez large pour désigner des réalités de femmes et de patientes très différentes, rencontrées et interrogées dans le cadre de cette thèse : des femmes vivant en France migrantes ou issues de l'immigration (principalement Maghreb et Afrique subsaharienne), comme des femmes égyptiennes vivant en Egypte, des femmes tunisiennes vivant en France et des femmes migrantes en Egypte (venues principalement d'Afrique de l'Est). Ainsi, ces processus de racialisation peuvent être plus forts dans un pays d'accueil, néanmoins ils ne sont pas absents dans des pays du Sud comme l'Egypte où le discours médical est très lié à l'histoire de la médecine occidentale, ainsi qu'au discours ethnicisant des institutions internationales (Bentouhami-Molino et Sibertin-Blanc, 2015 ; Martiniello et Simon, 2005) – particulièrement structurant sur le plan normatif et dans les rapports sociaux en Egypte (Chiffoleau, 2019).

En cela, les chirurgies étudiées, dites de « reconstruction », en tant que techniques biomédicales modernes, viennent contrebalancer les pratiques dites « traditionnelles » au niveau génital qui s'inscrivent dans un processus de normalisation des sexes : pratique de l'excision, maintien de la virginité, rituel de passage autour de la différence sexuée, et qui ont perdu leur justification raciale. La médecine biomédicale s'empare petit à petit du domaine des modifications génitales sur le plan historique, mais elle se propose aussi de « gérer » des corps de femmes racisées trop longtemps laissées en dehors du champ de leur intervention dans ce domaine. Cela crée des injonctions particulières, des représentations liées à des rapports géographiques Nord-Sud, et ethniques. En effet, si l'on en croit les discours médiatiques, il est attendu qu'une femme ayant été excisée veuille automatiquement se faire « reconstruire » chirurgicalement lorsqu'elle en a l'occasion. Les femmes excisées vivant dans des pays d'immigration témoignent régulièrement ne pas se « sentir femme » du fait de leur différence anatomique (Andro, Lesclingand et Pourette, 2010 ; Villani, 2012). A l'inverse, la demande d'hyménoplastie est vue comme une demande « culturellement située ». Hélène Martin souligne d'ailleurs en analysant les contenus des sites de médecins réalisant des chirurgies génitales, que la référence au culturel est constamment faite lorsqu'il s'agit d'hyménoplastie, à la différence d'une opération de circoncision masculine par exemple (Martin, 2014a). Les représentations dans le discours médical sur l'hyménoplastie sont marquées par le sous-entendu systématique – aussi bien dans des pays d'immigration où elle sont considérés sous le prisme de l'« Ailleurs » que dans les pays d'origine où celles-ci sont liées à une demande « locale » - que les femmes demandent cette opération parce qu'elle sont « soumise » à leur culture[20]. Bien d'autres types de représentations et d'injonctions allant dans ce sens émergent donc dans les discours médicaux, médiatiques et politiques pour qualifier les demandeuses de ces chirurgies.

Or, ces injonctions et représentations occultent parfois la construction identitaire d'un corps en santé opposé à un « Autre », c'est-à-dire hors d'une « normalité médicale » située, et se raccrochant à une ethnicisation sous-jacente des patientes.

A - Entre tradition et modernité : une frontière ethnique au sein des chirurgies sexuelles ?

Certains travaux sur les « modifications génitales féminines » (Bader, 2011 ; Johnsdotter et Essén, 2010 ; Pedwell, 2007), s'inscrivant au cœur des *gender studies*, ont ouvert un

[20] En entretien revient régulièrement ce vocabulaire de la soumission dans le discours des médecins : « obligée », « forcée », « contrainte », etc.

questionnement sur les similitudes et différences entre les pratiques d'excision et les chirurgies sexuelles cosmétiques (CSC), anatomiquement proches pour certaines. Parmi ces rapprochements, deux positions théoriques peuvent être identifiées. Souvent en effet, en introduction des articles sur les hyménoplasties, sont explicitées – comme pour se prémunir d'une quelconque analogie – les différences avec les « mutilations génitales féminines » (Ahmadi, 2014 ; O'Connor, 2008 ; Prakash, 2009). L'article médical de Mike O'Connor de 2020 interroge même directement dans son titre l'hyménoplastie : « restauration ou mutilation ? ». De même, pour ce qui est de la reconstruction du clitoris qui doit justement faire l'effet d'une réparation de mutilation endurée, Jordal et Griffin, ainsi que les travaux de Yasmine Abdulcadir, semblent souligner qu'il existe tout de même un risque dans cette nouvelle incision afin de faire ressortir le clitoris (Abdulcadir, Rodriguez et Say, 2015 ; Jordal et Griffin, 2018) : l'opération peut être vécue comme un nouveau traumatisme, une nouvelle altération de l'appareil génital – surtout en lien avec les douleurs post-opératoires.

En sciences humaines, deux perspectives émergent de la confrontation de ces pratiques (entre excision et chirurgies sexuelles cosmétiques) : elles sont tantôt traitées sur le mode de l'analogie (Bader, 2011), tantôt il s'agit davantage de questionner un « continuum » à géométrie variable avec des constructions sociales et historiques différentes entre ces pratiques. La première approche consiste à mettre sur le même plan des opérations comme les labioplasties ou les réductions du capuchon du clitoris (clitoridoplastie) qui consistent en la réduction des petites lèvres, et la pratique de l'excision qui peut parfois se montrer anatomiquement identique, si l'on s'en tient aux MGF de type I et II. Sur mon terrain égyptien, plusieurs professionnel·les de santé m'ont alors affirmé la similitude entre toutes les pratiques de chirurgies génitales féminines et l'excision, l'espace égyptien étant un espace où la médicalisation de l'excision est de plus en plus forte et tend à se confondre parfois avec les autres interventions esthétiques dans les discours médicaux (El-Gibaly, Aziz et Abou Hussein, 2019).

La seconde approche permet de s'interroger sur les représentations binaires discriminantes et ethnocentrées au sein du corps médical, politique et juridique (Lesclingand, 2019b ; Pedwell, 2007), liées à ces pratiques. En effet, la binarité des représentations (Pedwell, 2007) se fonde sur un clivage classique : ce qui est construit comme « moderne » (les biotechnologies, la médecine, le contrôle émancipatoire de son propre corps par la chirurgie) et ce qui est construit comme « traditionnel », souvent rendu synonyme de « barbare »,

« archaïque », voire « arriéré »[21] (Bader, 2018). Le terme « traditionnel » implique ici l'idée d'une forme d'oppression ou de soumission des femmes sous le poids des rites de leur société d'origine, pouvant même constituer une sorte d' « obstacles culturels » à l'intégration dans un pays d'accueil occidental (Rudder-Paurd, 1985) où « une normativité basée sur la modernité » est de mise (Tersigni, 2001, p. 34) .

Ces chirurgies interrogent donc directement les notions de « modernité » et de « tradition» dans l'espace mondial, en tant que celui-ci est traversé par des rapports de pouvoir au niveau économique, historique et culturel (Badie, 1992 ; Bayart, 2006 ; Wallerstein, 1979) souvent rapportés à un antagonisme simpliste « Nord/Sud » ou « Orient/Occident ». Nous nous proposons d'interroger directement la généalogie de ces deux concepts pour comprendre la construction des discours médicaux et médiatiques accompagnant les « modifications génitales féminines » médicalisées.

Précisément, lorsque que l'on cherche une définition de la notion de « modernité », les dictionnaires pointent bien souvent l'ambiguïté du terme :

> *« La modernité n'est pas un concept ; elle est la désignation interprétative et toujours en quête de son propre sens, d'une rencontre entre une configuration complexe et mouvante de traits de civilisation d'une part, et, d'autre part, une constellation de formes philosophiques et herméneutiques qui en mettent en œuvre l'interprétation problématique. » (Encylopédie philosophique universelle, 1998)*

La notion est alors associée à un moment historique post-moyenâgeux et post-renaissance, qui semble ne se référer qu'à une histoire européenne des idées et des représentations. La « pensée moderne » semble désigner à cet égard « l'ensemble des philosophies et des théories sociales qui entendent promouvoir la reconnaissance de l'individu, de la raison, de la liberté, (...) une pensée du progrès et de l'épanouissement humain » dans les sociétés industrielles (Nay, 2017). Le terme « moderne » émerge d'abord dans la littérature, souvent pour parler à l'époque des Lumières du combat contre l'obscurantisme (Nay, 2017). C'est finalement un concept de rupture avec l'« ancien ». Dans les dictionnaires, son antonyme est d'ailleurs souvent le terme d'« archaïsme », « ce qui est antérieur » [22]. Lorsqu'il qualifie le

[21] Des qualificatifs qui se retrouvent beaucoup dans le discours des experts sur ces pratiques, comme dans les médias (voir Chapitre 5).

[22] Antonymie du mot « modernité » selon le centre national des ressources textuelles et lexicales.

cas de l'excision, le concept d'archaïsme englobe également ce qui est différent des représentations eurocentrées, selon un procédé de pensée s'inscrivant dans une pensée développementaliste qui sous-entend que les sociétés évoluent à des vitesses variées mais vers une finalité unique. La « modernité » semble alors en rupture directe avec ce que l'on construit comme « traditionnel », c'est-à dire comme relevant de l'ancien mais aussi de l'Autre. C'est ce que Thomas Brisson développe dans son ouvrage *Décentrer l'occident. Les intellectuels postcoloniaux chinois, arabes et indiens, et la critique de la modernité* (2018). Cette modernité est finalement située et construite dans l'espace occidental, comme l'ont souligné plusieurs intellectuels postcoloniaux chinois, arabes ou indiens sous l'impulsion d'Edward Saïd (1978), chacun faisant à sa manière une « critique de la modernité » occidentalo-centrée (Brisson, 2018, p. 9). Le traditionnel (non-occidental) est finalement toujours susceptible de devenir le pendant antagonique négatif de ce que l'on nomme « moderne », d'où découle le rejet du traditionalisme compris comme un attachement à des opinions et des coutumes du passé qui présupposent mécaniquement réticences et réserves *vis-à-vis* des innovations de toutes natures (technologique, social, culturelle, etc).

Cette dichotomie modernité/tradition semble alors centrale dans le domaine de la science en ce qu'elle présuppose ce que Merleau-Ponty appelle « un universalisme latéral » qui implique un dialogue toujours dissymétrique entre « l'enfant oriental et l'adulte occidental » ne pouvant jamais être un échange à armes égales (Dastur, 2018). Le domaine de la santé, en tant que lieu de la science médicale qui s'est constituée face à ces présupposés relevant de ce que F. Dastur décrit comme une « mentalité coloniale »[23] (2018), constitue un espace de tension fort où se rejoue sans cesse cette dichotomie sémantique. En effet, la médecine s'est historiquement constituée comme un outil d'imposition de la modernité dans les espaces non-occidentaux, et particulièrement dans les espaces coloniaux avec la diffusion d'une médecine coloniale ayant durablement orienté les systèmes de santé de nombreux pays (Lachenal, 2011). Ce constat questionne directement l'existence de savoir médicaux situés et la trajectoire de techniques de santé se frayant un chemin parmi les représentations de ce qu'est la modernité biomédicale. Comment comprendre en effet les démarches de reconstruction génitale féminine sans s'interroger sur les présupposés en termes de modernité sur lesquels elles reposent : l'appareil

[23] F. Dastur parle notamment de la philosophie occidentale contemporaine qui a développé de nombreux discours sur la modernité et la science, s'attribuant petit à petit l'hégémonie du concept de vérité qui autorise l'« Occident » à classifier et évaluer la culture des « autres ». Dans notre cas, il s'agit alors de la qualifier de moderne ou traditionnelle et en cela d'opérer une hiérarchisation claire entre les différents niveaux de savoirs et pratiques.

génital féminin est modifiable à souhait et particulièrement lorsqu'il s'agit de contourner ce qui est perçu comme des obligations « archaïques », « traditionnelles », « oppressantes » pour les femmes, comme le fait d'être excisées ou d'avoir un hymen garantissant résistance et saignement au premier rapport pour prouver leur virginité. De plus, lorsqu'il s'agit de modifier des corps en vue d'une conformité à une norme sociale, esthétique, morale ou culturelle, la science médicale moderne perd non seulement ses privilèges de neutralité scientifique mais se trouve exposée à sa dimension hautement prescriptive et normalisante (Foucault, 1976b). Les procédés qu'elle utilise, présentés comme étant à la pointe du progrès technique scientifique, s'insèrent en fait dans des dynamiques sociales historiquement et culturellement situées, dépassant les bornes géographiques et chronologiques de l'Europe. Quels standards vont être utilisés pour donner une nouvelle forme aux parties génitales des patientes ? Fiona J. Green parle des chirurgien·nes réalisant des chirurgies génitales féminines comme de nouveaux « designer de vagins », négociant parfois le résultat esthétique avec leur patiente, parfois décidant seul.es d'une soi-disant forme « normale » – ce qui, au vu de la diversité anatomique vulvaire des parties génitales[24], ne saurait avoir de sens. Plusieurs gynécologues m'ont par exemple confié que l'hymen « en lune » était le plus courant chez les petites filles et donc ce à quoi l'on pouvait s'attendre chez une femme vierge. Les professionnel·les de santé réalisant des hyménoplasties tentent alors pour la plupart de reproduire cette forme. D'autres expliquent que rendre cette forme est trop complexe et optent pour une forme en cercle ou ne s'attache à aucune forme prédéfinie. D'autres encore pensent que le critère de solidité passe avant la dimension esthétique : « l'important c'est que cela résiste lors de la pénétration » (entretien chirurgien égyptien, Le Caire, 2021). De même pour les reconstructions clitoridiennes, la norme esthétique semble être assez variable chez les praticien·nes mais s'accorde peu avec le désir des patientes. Une chirurgienne m'explique : « nous on fait pas de l'esthétique, on fait du fonctionnel… Après il y a des gens qui y passent sept heures et tout… Mais nous c'est pas le principe. » (Entretien avec une chirurgienne région parisienne, 2020). Également, une gynécologue qui reçoit parfois des patientes « réparées » m'explique : « Ah oui j'en ai vu… C'est… Comment dire… Franchement ça ressemble pas vraiment à… enfin tu vois. C'est assez moche ce nouveau clitoris. Enfin moi je trouve que ça a l'air un peu bizarre mais bon si elles sont contentes. » (Entretien gynécologue, région parisienne, 2020). A chaque fois que je rencontre des

[24] De nombreuses artistes féministes ont commencé des travaux de représentation de la diversité des vulves. Ces initiatives artistiques ont même donné lieu une campagne sur les réseaux sociaux #VulvaTalk, page consulté le 20/08/2022 : https://www.aufeminin.com/sexe/ces-photos-celebrent-la-diversite-des-vulves-dans-une-campagne-geniale-s4025500.html

chirurgien.nes, il y a un moment de l'entretien où ils·elles me montrent spontanément des photos d'opération alors que je n'en ai pas fait la demande. S'ensuivent systématiquement plusieurs minutes de visionnage commenté : « là le clitoris est trop haut, ça avait été mal fait », « trop bas », « trop petite », « c'était déjà parfait alors j'ai dit : non ». J'écoute alors sans comprendre ces commentaires devant un défilé de photos de vulves qui sont toutes différentes, et surtout dont aucun standard corporel ne semble se dégager d'un·e médecin à l'autre.

Ces pratiques chirurgicales cosmétiques proposent différents standards, difficiles à déchiffrer et souvent très variables sur le plan esthétique, selon le contexte et le·a praticien·ne. Leur légitimité semble tenir uniquement au fait qu'elles s'inscrivent dans un progrès technique. L'hyménoplastie représente pourtant un entre-deux puisque cette opération est liée à des injonctions classées du côté du « culturel » et du « traditionnel ». L'excision, même sous sa forme médicalisée, est qualifiée dans les discours (médicaux, médiatiques, politiques) de « traditionnelle ». En termes d'appellation, le pan traditionnel semble même souvent être synonyme de « barbares » (Lesclingand, 2019b ; Vergès, 2019) et « arriérées » (Bader, 2018). Or, cette rhétorique de la dichotomie modernité-tradition[25], associant tantôt des qualifiants mélioratifs pour le moderne tantôt péjoratifs pour le traditionnel, a finalement pour effet principal de marginaliser et stigmatiser certaines cultures et populations, ainsi que de renforcer cette opposition entre le « Nous-modernes et le Eux-traditionnels » (Poutignat et Streiff-Fénart, 2015). Cette dichotomie n'est-elle d'ailleurs pas toujours initiatrice d'un processus rhétorique de qualification ou de disqualification d'une pratique dans un discours dominant ? Cette représentation de la modernité a donc une dimension performative très forte (Austin, 1991) et crée une réalité disjointe entre différentes populations.

Au niveau global, s'affirmer comme « moderne » semble en effet représenter un argument d'autorité performatif dans le sens où il réactive des rapports sociaux de genre, de classe et de « race »[26]. Et cela a un sens direct sur la valeur qu'on attribue aux pratiques. En Europe, notamment dans des pays d'accueil comme la Suède, la France, la Suisse, ou l'Allemagne, la réhabilitation clitoridienne est très bien considérée, elle représente une prouesse moderne des techniques biomédicales en tant qu'elle se propose de réparer le préjudice de l'excision. L'hyménoplastie est au contraire plus ambiguë en tant qu'elle s'inscrit dans le

[25] On notera que ces deux concepts ne sont pas nécessairement opposés au plan sémantique.

[26] De manière classique, j'utilise le mot « race » dans son sens socialement et historiquement construit, en déniant toute réalité biologique. Le terme étant hautement politique, il me paraît important de le conserver entre guillemets.

prolongement de pratiques traditionnelles de maintien de la virginité féminine. Cependant elle n'est pas pour autant attaquée frontalement dans le milieu médical, justement parce l'injonction traditionnelle qu'elle représente est encadrée par la modernité biomédicale. Les médecins qui la pratiquent acceptent de mettre leur savoir au service de « la protection des femmes ». L'objectif de les sauver de ces obligations culturelles reste en un sens similaire dans les discours médicaux. Un chirurgien publie à ce sujet une tribune sur Médiapart (2004) expliquant le positionnement en faveur de la réalisation des reconstructions de l'hymen :

> *« A côté de cette immense bataille menée sur plusieurs fronts pour s'attaquer aux racines du mal, que dire du gynécologue qui refusera une demande de réparation de l'hymen en pensant qu'il participera ainsi à l'émancipation des femmes ? Est-ce vraiment là son rôle ? Est-ce vraiment là ce que les femmes lui demandent ? Refuser une réfection de l'hymen à une femme victime venant dans une situation de détresse chercher de l'aide est à mon avis une forme de non-assistance à personne en danger. »*[27]

Si l'on interroge également les diverses mobilisations qui ont été menées contre l'excision, des constats similaires s'imposent. En effet, l'idée par exemple d'éradiquer les « mutilations génitales féminines » dans le monde (OMS, 2008), participe de la mise en place d'une frontière ethnique (Barth, 1969 ; Schlemmer et Hoffmann, 2019) entre occidentaux et les « autres », venant parfois renforcer des discours xénophobes et nationalistes (Bader, 2016 ; Johnsdotter et Essén, 2010 ; Farris, 2017). C. T. Mohanty souligne dans ses travaux que le premier rapport[28] de Fran Hosken donne à voir une présentation des femmes « mutilées » en Afrique comme non « maitresses de leur sexualité, pas plus que de leur potentiel reproductif », comme soumises à une « politique sexuelle du mâle » en Afrique (Mohanty, 2009). Ces descriptions figent, pour l'autrice, les femmes dans cette position de « victime archétypale » et les hommes dans celle de détenteurs exclusifs d'un pouvoir, simplifiant les rapports de pouvoir des sociétés africaines. Elles y font apparaître la trace d'un « discours de l'Occident » avec ce qu'il peut avoir de hiérarchisant et réducteur, sous couvert d'engagement féministe ou postcolonial.

Travailler précisément sur des chirurgies qui mêlent coutumes traditionnelles et savoirs médicaux dits « modernes » permet donc d'interroger des espaces interstitiels où normes sexuelles et morales jouent un rôle prépondérant dans la pratique des savoirs médicaux. C'est

[27] Article de blog complet disponible sur Médiapart, publié le 1 avril 2004, consulté le 12/03/2021 : https://blogs.mediapart.fr/philippe-faucher/blog/200414/la-demande-de-refection-de-lhymen

[28] Ce rapport emblématique, sorti en 1979, dans la lutte contre les « mutilations génitales féminines » a longtemps été considéré comme un des documents les plus exhaustifs sur l'excision dans le monde.

notamment ce que nomme I. Ben Dridi en parlant de l'hyménoplastie en Tunisie : « les chirurgies de l'intime posent les techniques médicales à l'intersection de normes culturelles, d'arrangements individuels, sociaux et religieux » (Dridi, 2017). Cela amène à observer la production discursive autour de l'altérité – au sens d'un « Autre » opposé à un « Nous » générique - présente dans le discours médical, les discours institutionnels et médiatiques et parfois même intériorisée par les patientes. Car l'ensemble de ces pratiques peuvent être appréhendées comme des mises en conformité des corps féminins à des normes sociales, qui, dans le cas des excisions, sont considérées comme « attentatoires à des valeurs supposées universelles (droits humains), alors que dans le cas des chirurgies sexuelles, elles relèveraient de la liberté individuelle » (Lesclingand, 2021).

Le questionnement qui ressort de cette approche est de chercher dans quel réseau de sens s'inscrivent ces chirurgies, et en quoi les discours médicaux qui l'accompagnent peuvent contribuer à nourrir un processus d'altérisation vis-à-vis des groupes sociaux dont sont issues les patientes ? En cela, leur demande, comme leur corps, prend une place de prétexte dans la production de ce type de discours culturalistes ou stigmatisants. Cette direction de recherche amène à la question de la construction des corps sexués dans des espaces situés. Ici la problématique Nord-Sud évoquée en cache d'autres qui se déclinent au niveau des espaces nationaux.

B - Quand le sexe dit la « Nation » : normes sexuelles et espaces nationaux

> *« Je ne rêvais que de ça depuis la première fois que j'avais vu Girard, le chef de chirurgie plastique, refaire un hymen – en l'occurrence, celui d'une conne très pauvre, de je ne sais quelle origine, qui avait baisé tant et plus depuis l'âge de quatorze ans et voulait se refaire une beauté à vingt-trois pour épouser un connard très riche afin de lui faire croire, au cours de sa nuit de noce, que c'était leur première fois à tous les deux – elle avec un homme, lui avec une vierge. Girard savait les tricoter exactement comme il fallait. Je me souviens en frissonnant de son sourire et de son monologue satisfait, au moment où il serait le dernier nœud : « Voilà ! À présent, elle l'a juste assez étroite pour qu'il débande au premier essai ; juste assez sensible pour qu'elle crie au passage quand il remettra ça, comme si c'était vraiment la première fois, et juste assez fragile pour qu'elle se déchire et saigne au premier grand coup – pas trop, mais quand même assez pour qu'elle fasse une tache sur son drap nuptial. Et si ça se trouve, la belle-mère voudra l'étendre au balcon… Bref, juste ce qu'il faut pour que le type ne l'ait pas volée, sa nuit de noce. Du grand art. » (Extrait du roman médical de M. Winckler, 2009, p.114)*

Dans cet extrait du roman médical de M. Winckler, une interne d'un CH de France raconte une anecdote sur les hyménoplasties, justifiant son choix de spécialisation pour la chirurgie génitale et obstétricale. Cette prise de position, évoquant la question de l'« origine », un statut social précaire des patientes et tournant en dérision les coutumes par l'évocation de l'anecdote éculée du drap nuptial étendu au balcon, témoigne d'un certain nombre de stéréotypes vis-à-vis des « minorités » ethniques habitant en France. Ce type de discours se retrouve fréquemment en France dans le milieu médical, la presse ou encore les discours publics à l'exemple des déclarations ayant eu lieu autour de la loi de 2020 de « lutte contre le séparatisme »[29]. Ces discours soulignent l'importance de « venir en aide » à ces femmes, la mise en pratique d'une « compassion nationale » (Fassin, 2005 ; Ticktin, 2011 ; Virole, 2022), tout en soulignant leur extériorité aux normes en vigueur. De même, dans des pays d'origine comme l'Egypte, la sexualité et les parties génitales semblent avoir un ancrage identitaire national fort. Par exemple, un scandale a éclaté en 2010 en Egypte autour de faux hymens vendus par la compagnie chinoise Gigimo (Dridi, 2017). Dans les médias et en politique, a été beaucoup invoquée l'idée d'une importation extérieure de ces techniques de simulation de virginité, imputable à l'Asie, comme à l'Occident (chapitre 4). Des discours existent également parmi les défenseurs de la pratique de l'excision, consistant à expliquer : « chez nous les femmes sont comme ça » (extrait d'entretien avec une femme égyptienne, Alexandrie, 2021), l'excision peut même constituer un « rempart » identitaire contre les normes importées de l'Occident dans certaines déclarations politiques, comme le soulignent les travaux de J. L. Amselle au Mali (Amselle, 2018). Ce type de cadrage montre à quel point la sexualité féminine et les parties génitales féminines se trouvent liées aux questions d'unité nationale, ce que plusieurs chercheur·es désignent par le concept de « nationalisme sexuel » (Bader, 2016 ; Farris, 2017 ; Jaunait, Renard et Marteu, 2013 ; Mosse, 1985).

En cela, le lien entre corps et construction social et culturelle s'actualise, comme le décrivent de nombreux travaux en sociologie du corps, à l'exemple de la littérature sur les pratiques performatives corporelles qui mettent le corps au centre des représentations – performances dites culturelles – et à travers laquelle s'affirme ce même lien entre corps et

[29] « Projet de loi contre le "séparatisme" : les députés entament les débats dans l'hémicycle », France 24, 2021, consulté le 20/04/2022, url : https://www.france24.com/fr/france/20210201-d%C3%A9marrage-de-l-examen-et-des-d%C3%A9bats-autour-du-projet-de-loi-contre-le-s%C3%A9paratisme-%C3%A0-l-assembl%C3%A9e et le texte de loi : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043964778

identité (Condevaux, Le Roux et Schuft, 2016). Dans notre cas, il s'agit de pratiques marquant les corps ou au contraire les réparant, tout en s'inscrivant dans des dynamiques culturelles, mais aussi nationalistes. Plusieurs approches théoriques récentes renvoient à l'articulation de la construction de la nation et la construction des corps genrés. Plusieurs auteur·trices parlent de fémonationalisme (Bader, 2018 ; Vergès, 2019), de nationalisme sexuel (Bader, 2016 ; Jaunait, Renard et Marteu, 2013 ; Mosse, 1985), ou encore de démocratie sexuelle (Fassin, 2006) pour qualifier ce phénomène social.

Cette approche est particulièrement heuristique dans le cadre d'une analyse des données collectées pour comprendre les dynamiques sous-jacentes aux effets de classement et de représentations de ces chirurgies, ainsi que le discours sur les femmes qui les demandent et les médecins qui les pratiquent. Pourquoi ces chirurgies font-elles débat ? Provoquent-elles des malaises dans le milieu médical ? Et surtout, semblent-elles liées à des enjeux politiques souvent absents du monde des pratiques médicales ?

Une hypothèse peut être notamment qu'elles s'inscrivent dans des questionnements liés à des logiques d'exclusions – comme évoqué plus haut – en lien avec des constructions identitaires nationales. Récemment, un nouveau champ des sciences sociales semble s'être constitué autour de la liaison entre l'étude des normes sexuelles et genrées d'une part et la recherche, liée à la discipline historique, sur les constructions de la Nation. C'est cette liaison qui fait émerger toutes sortes de nouveaux concepts dérivés de la notion de nationalisme sexuel de George Marcus (1985) – pionnier de connexion originale entre discours nationalistes et représentations genrées - : fémonationalisme (Bader, 2018), démocratie sexuelle (Fassin, 2006), homonationalisme (Puar, 2007). Finalement ce type d'approche semble s'inscrire, comme le soulignent A. Jaunait, A. Le Renard et E. Martheu dans leur article de synthèse sur la question, dans le prolongement des théories sur l'intersectionnalité et des études postcoloniales (Jaunait, Renard et Marteu, 2013). M. Dalibert parle de :

> *« La reconnaissance distribuée au sein de la sphère publique nationale associe les groupes qui y apparaissent à des représentations plus ou moins positives (Voirol, 2005), représentations qui sont caractéristiques, d'un point de vue symbolique. » (Dalibert, 2018)*

Cela amène alors les discours publiques, médiatiques, à associer des caractéristiques stigmatisantes et récurrentes à ceux ou celles qui sont considérés comme appartenant à des « minorités ethnoraciales » (Lochard et Boyer, 1998). M. Dalibert mentionne ce constat concernant les médias dans lesquels serait scandée régulièrement une appartenance

différentielle à la communauté nationale selon le genre, la race, la classe ou encore la sexualité – des constats loin d'être nouveaux et déjà soulignés par des auteur·trices sur les thématiques de l'immigration en France (Barats, 2001). Certains groupes humains (ou : certaines personnes ?) sont ainsi mis en scène en tant que membres du « Nous » tandis que d'autres sont donnés à voir comme en étant exclus, car ils ne répondraient pas (totalement) au système de représentations de la « francité » (Dalibert, 2018) – et plus généralement les femmes sont rarement mentionnées comme appartenant à la nation française. Dans les contextes européens, ces rhétoriques peuvent être mises en lien avec les chirurgies étudiées qui soient répareraient les préjudices d'injonctions culturelles extérieures à l'identité nationale soit au contraire impulserait un repli vers ces injonctions (chapitre 5, 6 et 7). De même dans d'autres contextes nationaux non occidentaux comme celui de l'Egypte, ces chirurgies peuvent être vues comme des intrusions dans les pratiques culturelles nationales, des ingérences étrangères importées au sein du monde médical et qui représentent un risque pour les unités nationales.

En effet, les identités nationales s'apparentent à des représentations idéologiques et symboliques qui différencient et positionnent les constructions nationales les unes par rapports aux autres (Hall, 1993). M. Dalibert souligne alors que « Les « agents signifiants » (Hall, 1993 : p. 91) que sont les médias sont ainsi porteurs de stratification nationale, dans le sens où les groupes sociaux qui y sont donnés à voir sont socialement hiérarchisés. » (Dalibert, 2018). Ces approches, découlant pour partie des *cultural studies* et mêlant des approches historiques sur l'ethno-nationalisme et les études de genre, ont parfois le défaut de céder rapidement à des automatismes essentialisant en tant qu'ils construisent un prisme idéologique peu propice à la nuance et assez accusateur des systèmes de hiérarchisation en place. Cependant leur importance ne peut être niée dans la mesure où elles permettent de souligner que les discours d'exclusion ne sont pas simplement basés sur des hiérarchies ethno-raciales, mais s'articulent aussi avec des hiérarchies nationales et des préoccupations de construction identitaire nationale. Ce sont des préoccupations fortes en Europe pour des raisons historiques, qui se réactualisent aujourd'hui avec la recrudescence nationaliste contemporaine (Fediunin, 2019 ; Geisser, 2019). Mais aussi très fortes en Egypte où le nationalisme a été un moteur central dans les indépendances, et un levier de libération. A l'inverse des contextes occidentaux où il s'agit d'un levier de protection.

Cette thèse s'interrogera donc sur les discours identitaires nationalistes attachés à ces chirurgies, aux normes sexuelles nationales qui portent sur les corps genrés conçus comme conformes ou non aux valeurs nationales des espaces étudiés.

C - Soins et logique différencialiste autour de ces chirurgies

Si l'on reprend les travaux de Camille Foubert, l'on se retrouve face à ce paradoxe assez fort indiquant que le milieu médical est un lieu où les professionnel·les affirment que l'on « soigne tout le monde pareil », mais que « chaque patient est différent », l'enjeu étant alors de savoir comment « traiter la différence » dans cet espace qui clame son universalité pragmatique (Foubert, 2020). Comment comprendre ce paradoxe dans les offres de reconstruction génitale féminine ? Ces opérations si spécifiques semblent placées d'emblée dans l'espace de la différence et du traitement spécifique, parfois soutenues par des rhétoriques différencialistes basées sur le culturel, le genre ou les origines sociales.

a) Une offre de soin à part ? Discrimination et santé

Différents travaux se sont intéressés en Europe et aux Etats-Unis aux offres de soin différenciées à destination des personnes migrantes, ils témoignent d'un fort « décalage » dans l'expérience de soin des personnes racisées au sein des pays d'immigration occidentaux. Ces travaux, initiés dans les années 1960-70 et connaissant un essor dans les années 2000, soulignent les liens entre inégalités sociales et rapports de domination dans le champ de la santé (Gelly, Mariette et Pitti, 2021) En France, on peut mentionner que l'étude de l'altérité dans le milieu de soin s'est souvent accompagné du constat de traitements différenciés et inégaux des patient·es (Carde, 2021 ; Cognet, Hoyez et Poiret, 2012 ; Fassin, 2008a ; Kotobi, 2000 ; Sauvegrain, 2012 ; Virole, 2020). La qualité des soins se trouve affectée par ces rapports sociaux de pouvoir et laisse à voir des mondes médicaux traversés par de lourdes inégalités sociales de santé, favorisant implicitement les ressortissants du pays par rapport aux populations étrangères.

Les chirurgies de reconstruction ne font pas exception. La réparation du clitoris est souvent proposée dans des espaces spécifiques, afin justement de lutter contre ces inégalités sociales de santé, pour une certaine catégorie de femmes racisées, dont une grande partie sont

des femmes migrantes. Cela donne lieu à la création de dispositifs dédiés, comme le mentionnait déjà les travaux de Michela Villani sur la reconstruction clitoridienne. Cependant ces dernières années, c'est une amplification de ces dispositifs dédiés qui est à l'œuvre avec la formation d'un modèle tout à fait singulier où les femmes ne seront pas simplement traitées médicalement mais où d'autres services en lien avec leur statut administratif leur seront proposés : conseil juridique, ateliers culturels et sportifs, suivi psychologique, etc.

L'hyménoplastie peut se retrouver dans des lieux similaires, mais elles seront plus majoritairement pratiquées « à couvert » dans des cliniques privées qui restent discrètes tout en s'étant progressivement créée une certaine réputation en la matière. La thématique des espaces dédiés demeure car ces chirurgies génitales sont loin d'être disponibles dans tout type de structure médicale.

Enfin, dans les pays d'origine comme l'Egypte, il existe également, à destination des personnes migrantes venues des pays limitrophes, des structures publiques qui peuvent proposer une offre de soin chirurgical. Cependant très peu d'entre elles réalisent des reconstructions clitoridiennes et aucune ne s'aventurerait dans les pratiques chirurgicales de revirginisation au risque de perdre leur légitimité, subventions, réputation. A ce jour, une seule unité dans le service public propose ces reconstructions et le parcours n'est pas encore formalisé. Ce ne sont pas des espaces dédiés qui s'offrent aux patientes, mais tous des espaces à part : discrets, excentrés, dans lesquels les chirurgies s'effectuent presque de manière clandestine. Par ailleurs, cette chirurgie, même en clinique privée, ne se trouve que dans deux villes égyptiennes dont la capitale. Les hyménoplasties peuvent être réalisées plus largement sur le territoire mais sont tellement mal considérées que très peu de professionnel·les de santé sont enclin·es à afficher leur implication dans cette pratique. Les choses se font par le « bouche à oreille », principalement dans la discrétion des cliniques privées.

Se pose la question de l'isolement et du traitement différentiel en lien avec ce constat : les chirurgies des reconstructions font l'objet d'un isolement profond au sein du monde médical. Elles sont en marge – constat appuyé par les données chiffrées disponibles, voir chapitre 4 -, peu discutées publiquement ou dans un milieu spécialisé très restreint, contrairement à d'autres spécialisations médicales en chirurgie qui se retrouvent en première position dans le champ médical, à l'exemple de la chirurgie viscérale et digestive (Zolesio, 2019) ou encore des chirurgies obstétricales (césarienne, épisiotomie, etc).

b) Enjeu de pouvoir dans la relation patient-médecin sous l'angle du culturalisme et des inégalités sociales

Le travail sur ces chirurgies vient questionner la notion de biopouvoir sur les corps féminins à deux niveaux : dans les rapports de pouvoirs entre médecin et patiente d'une part, et au niveau des « institutions politiques » et « sociales » qui régissent « le monde de la clinique » (Foucault, 1963) d'autre part. L'hypothèse que nous formulons à partir des parties théoriques précédentes est que la dimension macrosociologique de ces phénomènes d'exclusion sociale et d'étiquetage en lien avec la question du « culturel », est susceptible d'imprégner les interactions à l'intérieur même du monde médical, et dans la pratique quotidienne de la médecine. C'est donc aussi, voire principalement, au niveau microsociologique que peuvent être observées ces dimensions : dans la relation médecin-patiente.

Or, les différents nœuds identitaires et rapports de pouvoir susceptibles d'être contenus dans la demande de construction ne sont pas souvent identifiés au niveau du corps médical. Plus encore, ils sont maintenus par l'existence d'une ignorance réciproque entres les acteurs·trices sociaux et par la construction de stéréotypes empêchant la remise en question de cette ignorance structurelle.

Parmi les chercheurs qui ont inspiré Nancy Tuana (2004), on trouve notamment l'auteur Charles Mills (1997), travaillant sur des sujets liés à la "race" en Europe et aux USA. Celui-ci souligne que les mécanismes raciaux impliquent une production active et une préservation de l'ignorance du côté des racisé·es, mais surtout du côté des non-racisé·es, en effet :

> *"Sur les questions relatives à la race, le Contrat racial prescrit à ses signataires une épistémologie inversée, une épistémologie de l'ignorance, un modèle particulier de dysfonctionnements cognitifs localisés et globaux (qui sont psychologiquement et socialement fonctionnels), produisant le résultat ironique que les blancs, en général, ne pourront pas comprendre le monde qu'eux-mêmes ont fait " (Mills, 1997, p. 18)*

Le racisme systémique se maintient par la préservation de l'ignorance au sein des "blancs" ou des dominant·es, ou encore, pour reprendre la distinction de Colette de Guillaumin : entre le groupe majoritaire et les groupes minoritaires. N. Tuana précise dans ce sens qu'il ne faut pas penser l'ignorance comme un « gap » passif qui se formerait entre ces groupes, mais plutôt comme une posture sous-tendue par une incompréhension profonde et une impossibilité d'accès à la réalité des « autres » (Tuana, 2004). Dans l'ordre médical, ce schéma se reproduit dans le contexte français où les femmes « venues d'Ailleurs » sont très facilement caractérisées par une multitude de stéréotypes comme celui de la « femme africaine » (Sauvegrain, 2012) - sans plus

de distinction - dans le cas des patientes excisées ou de la « femme musulmane » (Abu-Lughod, 2015) dans le parcours médical, allant jusqu'à orienter l'administration du soin (chapitre 7 et 8). Cela s'apparente à la construction de discours culturalistes générant des malentendus et créant des déséquilibres entre médecins et patientes (Nacu, 2011). Dans ses travaux doctoraux, S. Wang souligne par exemple le discours culturaliste des médecins en santé mentale qui finissent par générer de l'incompréhension et des diagnostics erronés (Wang, 2016).

Il ne s'agit pas ici de reprendre les thèses du « racisme culturaliste » développées par Claude Lévi-Strauss, reprises par Michel Wieviorka, qui consistent à dire que le discours culturaliste prend ses fondements dans la croyance non plus en une biologie des races mais en l'existence de différences culturelles indépassables. Dans l'hypothèse d'un racisme culturaliste, celui-ci pourrait être certes repéré en Europe au niveau du discours médical, médiatique et politique pour ce qui concerne ces chirurgies, mais comme le soulignent les travaux de Colette Guillaumin, ce type de culturalisme est directement lié à un système plus global « d'exploitation raciale » qui « racise » (Guillaumin, 1992 ; Hamel, 2018). Et donc ce système place les personnes – ici les patientes – dans une condition minoritaire avec des droits minorés, le tout fabriqué et maintenu par des « formations imaginaires » (ou stéréotypes) qui stigmatisent plus largement les groupes dits « minoritaires ». A partir de là, la pensée des groupes minoritaires se fait également en termes de genre et de classe. Elle dépasse les seuls rapports raciaux et dans le cas de ces chirurgies qui se retrouvent dans des contextes ethniques et nationaux très différents, cette dimension culturalisante est mouvante. En effet, ici, le caractère minoritaire est alors fluctuant et se joue à un niveau structurel, si bien qu'il peut également être présent lorsque le·a professionnel·le de santé est racisé·e ou dans une société comme l'Egypte où le critère ethnique s'applique différemment : spécifiquement à l'égard des femmes issues de l'immigration des pays limitrophes (Soudan, Syrie, Somalie, Kenya, etc.) ou venant de région du Sud – souvent des femmes identifiées comme nubiennes - pour les médecins du Nord (là où l'offre de soin existe majoritairement). Cependant en Egypte, chez les professionnel·les de santé, des critères sociaux et genrés viennent remplacer la composante systématiquement ethnicisante de ces chirurgies, pourtant toujours dans un discours culturalisant. Le culturalisme se construit alors également au niveau des cultures de classe et de genre, comme ont pu le souligner les travaux de Stuart Hall sur la « culture des pauvres » (Hall, 1993). Une hypothèse reste que ces chirurgies sont, indépendamment du contexte, identifiées comme réservées à une population perçue comme minoritaire, par le corps médical qui développe alors des discours culturalistes pour expliquer une demande trop éloignée de leur propre milieu social. Très peu

de médecins ont une implication personnelle vis-à-vis de la pratique de l'excision ou de l'impératif de virginité, ou encore, ont mis à distance ces expériences dans leur ascension sociale.

IV - Une approche en termes de genre, de classe, et de "race" : comment analyser les enjeux de pouvoir dans ces pratiques ?

A - Cadre analytique autour de l'approche de D. Kergoat :

Cette recherche s'inscrit dans un mouvement global contemporain qui interroge la médicalisation des corps féminins sous différents angles : l'accouchement et la gynécologie obstétricale, la chirurgie esthétique féminine ou encore la pilule contraceptive (Guyard, 2008 ; Klawiter, 2008 ; Kline, 2010 ; Marks, 2001 ; Martin, 2014a ; Pavard, 2010 ; St-Amant, 2013 ; Suissa, 2008). Cette médicalisation s'inscrit elle-même dans des problématiques de genre, classe et de « race » - qui se manifestent plutôt par des références à la « culture » sur le plan discursif. On pourra faire le lien avec l'approche classiquement nommée intersectionnalité, initiée par les travaux de K. Crenshaw (1989), et explorée dans la recherche francophone (Dorlin, 2008 ; Guillaumin, 1992 ; Kergoat, 2011), ce qui requiert alors d'adopter une méthode analytique capable de prendre en compte la complexité de cette approche.

Pour cela, je m'inspirerai donc de la méthode analytique de Danièle Kergoat (2009) qui pense la « consubstantialité et la coextensivité » des rapports sociaux de genre, classe et « Nord/Sud » - ces notions étant chez elle associées à une sociologie du travail et du genre -, en la transposant au monde médical. Elle fait le choix de ces termes pour contourner la connotation géométrique de certains termes utilisés dans la recherche à l'exemple d'imbrication, multipositionnalité, etc, et afin de souligner la dimension « mouvante, ambiguë et ambivalente » des pratiques sociales et des rapports sociaux selon les situations et les réseaux de sens en présence (Kergoat, 2009, p. 111). Le but est de proposer une analyse qui se préoccupe de ne pas « dénaturaliser radicalement les constructions différentialistes qui s'inscrivent dans les différentes inégalités, sans pour autant dématérialiser les rapports sociaux » (Kergoat, 2009, p.118). Le principe est finalement de rendre compte de la coextensibité et de la consubstantialité des rapports sociaux qui se tissent autour des chirurgies de reconstruction comme une méthode plus exhaustive pour aborder la complexité de ces pratiques. Ce type d'approche théorique semble d'ailleurs particulièrement efficace lorsqu'il

s'agit de comprendre des pratiques : cela permet d'interroger leur réseau symbolique, leur réalité matérielle et idéelle, et surtout en quoi elles résultent de rapports sociaux de nature multiple, cela contribue également à les actualiser, à perpétuer leur construction protéiforme selon les contextes dans lesquels elles s'exercent. Cette approche analytique consiste finalement à passer par des investigations de nature différente, que l'autrice résume à cinq impératifs.

B - Cinq impératifs de recherche pour guider l'analyse et l'investigation

Tout d'abord, il s'agit de passer par un « impératif matérialiste » dans l'investigation. Cela revient dans le cas présent à se poser la question de l'aspect lucratif de ces chirurgies qui émerge dans un contexte où :

> *« Le corps humain est au cœur de l'immense secteur d'activité économique et financière que constitue l'industrie de la santé. À la fois source de spéculation et de promesses relatives aux avancées biomédicales, il est l'enjeu de nouvelles formes d'appropriation et d'exploitation » (Lafontaine, 2014).*

À ce titre, la sociologue canadienne Céline Lafontaine développe une réflexion intéressante sur le « corps-marché » à l'ère de la bioéconomie (Lafontaine, 2014). Il convient de comprendre ce que ces chirurgies représentent à un niveau macro dans l'économie mondiale de la chirurgie esthétique, du tourisme de la santé (Dridi, 2017 ; Loïck Menvielle, William Menvielle, et Nadine Tournois, 2010), mais aussi au niveau microsociologique : quels gains et rétributions pour les professionnels de santé, quels sacrifices pour les patientes, quelles sont les femmes exclues pour des raisons économiques ? De plus, cet impératif renvoie également à l'objet d'étude choisi : considérer les corps, leur construction physique et matérielle pris dans des rapports sociaux. Le corps, et précisément la matérialité corporelle, rend service à la domination et comme le soulignent les travaux de C. Schantz sur les chirurgies du périnée au Cambodge : « les pratiques biomédicales viennent renforcer, si ce n'est créer, la vulnérabilité féminine à plusieurs niveaux » (Schantz, 2020). Le rôle de ces chirurgies au niveau de la transformation physique, les douleurs et complications qu'elles engendrent sont également centrales pour comprendre les mécanismes sociaux dans lesquels elles s'insèrent. Transformer un corps c'est aussi s'inscrire dans des dynamiques de monétisation des corps au niveau symbolique. Les chirurgies ont certes un coût financier en tant qu'intervention médicale mais elles peuvent être réalisées pour obtenir une plus-value symbolique corporelle : être une femme intact génitalement, vierge, regagner son « honneur » perdu - au sens de la valeur attribuée par

l'individu à son propre corps et de l'estimation renvoyée par son entourage (Pitt-Rivers, 1997), etc. Enfin, dans le lien à la sexualité, le corps prend un sens et entre dans l'équation de l'échange « économico-sexuel » inhérent aux rapports sexuels (hétérosexuelles) dont parle Paola Tabet dans ces travaux. Comme le souligne l'essayiste féministe contemporain, Tal Madesta :

> *« Pathologisation du corps bien servie, et même nourrie, par la logique capitaliste de nos sociétés : je me suis vite rendue compte qu'il existait un véritable marché autour de l'angoisse de ne pas avoir une sexualité épanouie. (…) la libération coûte cher, autant en temps, qu'en énergie, qu'en argent. » (Madesta, 2022, p. 12)*

On pourrait même retirer à cet extrait l'idée d'épanouissement (qui est peut-être encore assez spécifique à certaines sociétés). Cependant, l'idée d'un marché autour de l'angoisse de ne pas avoir une sexualité tout court, facilité par ces nouvelles offres biomédicales génitales à destination des femmes, semble très présente dans différents contextes nationaux.

Vient en second lieu l'« impératif d'historicité » abordé dans les sections I, II, III) : historiciser l'appropriation des corps féminins altérisés - historiciser les représentations du corps de la femme coloniale et les mécanismes d'appropriation des corps altérisés afin d'interroger leur continuité dans la pratique des chirurgies sexuelles contemporaines.-, les rapports médecins – patientes racisées dans le pays d'accueil mais aussi entre médecine occidentale et contextes extra-occidentaux sous l'angle de l'histoire coloniale (Blanchard et Bancel, 1998 ; Peiretti-Courtis, 2016). Le jugement culturel inhérent au diagnostic médical dans le pays d'accueil (Villani, 2009), et pourtant se voulant toujours universaliste dans sa rhétorique, est à questionner aussi sous cet angle.

D. Kergoat mentionne ensuite un troisième impératif : celui de « cerner les invariants dans les rapports sociaux », c'est-à-dire leurs principes d'organisation revenant de manière quasiment systématique. Cet impératif peut directement se rapporter à la question de l'homogénéisation des corps féminins (les formes anatomiquement « conformes ») et les discours sur l'altérité culturelle dans le discours médical, qui s'actualisent derrière les démarches de reconstruction. Il peut aussi concerner la récurrence des rapports de pouvoir déséquilibrés à certains instants clé comme celui de la consultation mais également dans l'accès aux connaissances. Un invariant est finalement, dans ce cadre, le rapport déséquilibré au savoir qui se fait jour dans le monde médical, induisant des mécanismes de production active d'ignorance.

On se devra également d'être toujours attentif à la façon dont les « dominé·es réinterprètent, subvertissent le sens des catégories » (Kergoat, 2009). Cette approche empêche efficacement la réification des dites catégories, d'où l'importance d'interroger des patientes souhaitant ou ayant pratiqué l'une de ces opérations. Leurs discours soulignent l'agentivité de leur position : en quoi elles s'emparent de ces chirurgies pour donner sens à leur parcours sexuel, amoureux, parfois familial, et de manière plus globale leur parcours en tant que femme dans les sociétés où elles vivent. Quelles sont les résistances qu'elles mettent en place pour se soustraire à l'interrogatoire médical, aux normes génitales proches de ce que A. Koechlin appelle la norme gynécologique (Koechlin, 2019) ?

Enfin, le dernier impératif concerne le fait d'interroger la « consubstantialité des rapports sociaux » : faire le tour des interpénétrations qui forment « un nœud » au sein des pratiques et voir comment l'idée d'une continuité des discours altérisant et culturalisant au cœur du modèle hégémonique de la « démocratie sexuelle » (Fassin, 2006) repose sur des réalités sociales concrètes (inégalité entre pays, répartition sociale des sociétés, etc).

Mon investigation prend ainsi appui sur ces impératifs pour la construction de l'objet d'étude. Il s'agit pour cela d'appréhender ces pratiques chirurgicales comme étant inscrites dans différentes logiques matérielles et idéelles ; de les considérer comme des pratiques signifiantes pour comprendre les rapports sociaux particulièrement mouvants selon les situations, mais qui relèvent sur le plan global de logiques genrées, sociales et culturelles transversales. En parallèle, ce cadre analytique oriente la méthodologie et la manière d'aborder les données collectées (chapitre 3). Je m'intéresse particulièrement aux discours des acteur·trices sociaux gravitant autour de ces chirurgies et les motifs (justifications) mis en avant dans leur parole pour justifier de leur position face à ces chirurgies. Un des biais de cette focale pourraient en effet être de surestimer la dimension idéelle des rapports sociaux, ce qui nous conduirait à des conclusions désincarnées. C'est pourquoi l'analyse des discours est guidée par l'apport des approches féministes matérialistes telles que celles proposées par D. Kergoat. Ce qui permet de refaire le lien entre le discours des acteurs et les conjonctures historiques, matérielles, socio-économiques et genrées sous-jacentes aux paroles collectées, en tant qu'elles sont produites à chaque fois dans un espace social spécifique - voir la description des cadres d'entretien et sociologie des motifs mobilisées dans le chapitre 3.

* *

*

Ainsi, ce chapitre établit une partie du cadre théorique et analytique pour penser l'articulation entre chirurgie féminine et « reconstruction » en médecine à destination de femmes racisées. Il ressort de cette contextualisation théorique l'importance de prendre en compte les nombreux enjeux de pouvoir liés au monde de la santé et à la place qu'ont les parties génitales dans les représentations *sociales, genrées, ethniques, et nationales*. C'est ainsi un questionnement multiscalaire – en termes de représentations et imaginaires macrosociaux, dans les trajectoires individuelles et les interactions microsociales - qui se dégage de cette présentation portant sur les formes de discriminations inhérentes à ces chirurgies en termes de *genre, de classe et de « race »*. Néanmoins, on ne peut tirer qu'un questionnement partiel de ce premier chapitre qui apporte et mêle des réflexions dans différents contextes, permettant de souligner la fluidité des rapports de pouvoir et de domination selon les contextes, lorsque ces chirurgies sont analysées. C'est pourquoi nous tenterons, dans le chapitre suivant (2), d'intégrer à ces réflexions une approche globale et dynamique, s'inspirant des méthodes comparatistes et des approches circulatoires des pratiques médicales étudiées. En effet, ce premier chapitre entreprend finalement de *tirer un fil rouge autour des rapports sociaux de pouvoir qui accompagnent ces chirurgies* mais celles-ci ne sont pas compréhensibles dans leur complexité et leurs ambiguïtés si l'on se cantonne à un espace médical unique pour les étudier. Le questionnement principal qui les lie est justement qu'elles sont au croisement de dynamiques migratoires et d'enjeux de circulation des personnes, des techniques et des savoirs à un niveau global : des dynamiques amenant de constantes négociations et adaptations locales en fonction des contextes médicaux et des normes sexuelles nationales. Une synthèse des questions de recherche de ce premier chapitre articulé avec l'apport du deuxième chapitre sera disponible en conclusion partielle des deux chapitres (chapitre 2).

Chapitre 2 - Enjeux de circulation et de transnationalisation des pratiques de santé pour les femmes

I - Approche globale de ces pratiques et « mobilities studies »

A - Penser les pratiques médicales dans un espace globalisé

La mondialisation et la globalisation aux plans économique, politique, culturel amènent à poser depuis plusieurs décennies la question de la circulation des savoirs et des pratiques, bien que cette question ait déjà été antérieurement envisagée sous l'angle des interconnexions ou « branchements » culturels, pour reprendre la formule de J.-L. Amselle (2005). Le processus historique de mondialisation, bien que nuancé dans l'historiographie moderne, semble indéniable au niveau de l'intensification des échanges de flux de toutes natures ayant lieu depuis un siècle. Il nous impose d'interroger de manière encore plus centrale les articulations entre le local et le global. La médecine n'échappe pas à ce processus mondialisé d'échanges de savoirs et de confrontations des techniques, voire d'une standardisation des pratiques en tension avec des déclinaisons locales. Ce sont les processus complexes de circulations et de négociations ou de rejets des pratiques médicales que je souhaitais ainsi observer et analyser. D. Darbon décrit l'enjeu sous-jacent de cette démarche globale – avec une dimension comparative - dans sa préface au livre dirigé par Isabelle Gobatto sur les pratiques en santé dans un monde globalisé (2003) :

> *« Le jeu des oppositions, constructions, réappropriations, rejets et ignorances construit des acteurs du « local » et du « global », contribue à façonner ce « glocal » qui conjugue ensemble universel et spécifiques, homogénéité et exceptions » (Gobatto, 2003)*

En effet, les pratiques de santé désormais comprises dans cette interdépendance mondiale, nous permettent de penser le corps autrement, c'est-à-dire pris dans « des enjeux mercantiles proches de ceux d'une économie globale » (Gobatto, 2003). Cela concerne par exemple de manière très marquante le commerce des organes, mais également la migration des

médecins ou cette nouvelle offre internationale de formations pour les soignant·es dispensé·es par de grands spécialistes à l'occasion de congrès ou même, depuis peu, de formations en ligne à des prix très élevés.

On ne peut dès lors que souligner l'inscription des pratiques de santé dans ce processus, comme l'indique cette même autrice :

> *« […] dans toute société, la maladie et plus globalement la santé donnent lieu à la production de pratique de santé (…) dans cet espace de régulation globale qui tend à encadrer l'organisation contemporaine des sociétés et de la santé des corps – biologiques et sociaux -, quelques groupes sociaux-professionnels voient leur influence exacerbée et leur autorité accrue. » (Gobatto, 2013, p13).*

Dans ce cadre, le gouvernement des corps (Fassin, Memmi et Collectif, 2004 ; Foucault, 1963) lié au monde médical s'ouvre à un champ toujours plus large d'institutions et de pratiques de santé déployées à l'échelle globale.

Dès mes premières lectures, aussi bien dans la littérature médicale que dans la presse ou les sciences sociales, j'ai pu remarquer de grandes différences de perceptions de ces pratiques selon les lieux où elles étaient réalisées et surtout en fonction des pays. Une littérature scientifique beaucoup plus foisonnante était par exemple notable sur la technique de l'hyménoplastie en Inde ou en Chine, alors qu'en France un seul article se proposait de la décrire sur le plan clinique (Foldès, Droupy et Cuzin, 2013). De même, le poids de plus en plus grandissant de publications sur la réhabilitation clitoridienne en Europe, particulièrement en France et en Suisse, n'était pas du tout équivalent dans des pays d'Afrique de l'Ouest ou de l'Est où les taux de prévalence dépassent bien souvent les 70% de femmes excisées (chapitre 4). De même, lorsque certain·es médecins se risquaient dans ces pays à en parler publiquement dans les médias, de nombreuses réactions et levées de boucliers étaient immédiatement observées – par exemple lors du scandale des faux hymens de Gigimo en 2010 en Egypte (chapitre 4).

Il était en outre difficile de comprendre de prime à bord, si l'on s'en tient à la littérature médicale, où ces techniques avaient été historiquement déployées et comment elles circulaient entre les différents espaces nationaux. En effet, les notions de savoir-faire ou même de connaissance de ces techniques n'allaient pas de soi. Du fait de leur relative marginalité en termes d'effectifs (section II, chapitre 1), aucune de ces techniques n'est enseignée dans les

curriculums des universités de médecine, en France ou ailleurs. Elles peuvent faire l'objet d'une spécialisation, tenant à l'orientation des stages des internes, et s'apprennent sur le « tard », selon les établissements qui les accueillent. En fait tout semble se jouer dans « la pratique » et sur le « terrain », pour ce qui est de leur apprentissage. Comment alors ces techniques peuvent-elles circuler d'un contexte à l'autre, d'un établissement à l'autre, et surtout selon quelles dynamiques et fractures – sociales, géographiques, nationales urbain/rural, privé/public ? Il s'agissait donc d'interroger les frontières du monde médical par le biais des chirurgies intimes, et de comprendre leurs modalités de circulations à la lumière de rapports sociaux genrés, économiques, et ethniques différenciés, selon les contextes étudiés.

Une de mes questions de recherche est donc d'interroger la dimension transnationale et l'idée de circulation de ces pratiques médicales. Pourquoi leurs significations sont-elles amenées à changer parfois drastiquement selon les contextes nationaux et locaux où elles sont disponibles ? Et surtout en quoi cette fluctuation affecte-t-elle la procédure médicale, la demande : en somme, en quoi le parcours thérapeutique se retrouve-t-il subordonné aux normes sexuelles et sociales en place dans la société qui les dispense ?

Pour aborder cette dimension, je m'inspire des travaux des « mobilities studies » théorisés en grande partie par Schiller et Salazar dans leur article de 2013 : *Regimes of mobility accross the globe* (Schiller et Salazar, 2013), qui dénoncent un tropisme scientifique dans les études transnationales en sociologie[30], à savoir leur focalisation presque unique sur la circulation des personnes. C'est ce que Hui nomme en 2016, un « exceptionnalisme migrant » qui traverse la sociologie des mobilités (Faulconbridge et Hui, 2016), et sous-estime d'autres formes de circulations comme les idées, les pratiques, les savoirs.

Ces pratiques chirurgicales ne se développent pas de manière linéaire, car selon les contextes, elles ne sont pas forcément bien accueillies ou au contraire elles peuvent susciter un engouement fort au sein de la patientèle et des professionnel·les de santé. Il est important de chercher à comprendre leur histoire et leur diffusion dans chaque situation singulière, car le contexte a des incidences directes sur les protocoles médicaux, ainsi que sur les discours qui les accompagnent (surtout quand il s'agit de sujets aussi sensibles que la sexualité féminine) et la demande sociale à laquelle elles vont répondre ne va être pas forcément identique d'un contexte

[30] Il ne s'agit pas ici forcément des relations internationales en science politique qui s'intéressent aussi à la circulation des biens matériels et immatériels.

à l'autre. L'idée est alors d'interroger la construction transnationale de ces pratiques médicales et de comprendre leur déclinaison locale.

Il faut prendre en compte qu'une pratique ne peut s'insérer durablement dans un contexte que si elle rencontre des résonances au niveau social. Le cas des chirurgies sexuelles est notamment très intéressant puisqu'il renvoie directement à une géographie des sexualités.

Toute la question va être de comprendre en quoi elles s'articulent avec ce que l'on pourrait appeler des « communautés sexuelles imaginées » (Jackson, 2009, p. 23) et donc quel va être le poids de différentes normes sexuelles. La virginité est par exemple presque toujours signifiante, peu importe le pays ou la communauté, comme le souligne Yvonne Knibiehler, mais elle ne renvoie pas aux mêmes représentations selon les contextes historiques et peut aussi reposer sur des entremêlements culturels, sociaux ou religieux (Knibiehler, 2012). C'est également le cas de la question de l'épilation qui renvoie à une certaine norme sexuelle, présente dans différents contextes, mais toujours construite sur des bases historiques et sociales différentes, parce qu'elle est en lien avec l'histoire du nudisme en Allemagne, mai 68, les mouvements hippies, etc (Camus et Patinel, 2011 ; Patinel, 2006).

Cette dimension transnationale donne ainsi à voir les pratiques médicales comme s'inscrivant désormais dans un monde globalisé impliquant des discours internationaux sur leur mise en œuvre (institutions internationales de santé, congrès de professionnel·les de santé). Et permet d'entrevoir le dialogue qui peut exister entre les contextes par la mobilité des acteurs et des idées.

Les échanges migratoires entre pays d'origine et pays d'accueil (le France et l'Egypte relevant de ces deux catégories) s'inscrivent également dans ce questionnement. En effet, d'une part les migrations des professionnel·les de santé sont en pleine expansion depuis les années 1990 (Jourdain et Pham, 2017), souvent en raison du manque de personnel au niveau des soins primaires (médecine généraliste). Par exemple, le Royaume-Uni compte aujourd'hui, parmi ses médecins en exercice, 38,6% qui sont titulaires d'un diplôme étranger, quand la France n'en compte que 4,5% parce que le modèle de santé en vigueur favorise le secteur public et ne reconnait que peu de diplômes étrangers (Jourdain et al, 2017). Cette évolution est également liée aux changements dans le domaine de la médecine spécialisée (aussi appelée médecine secondaire, en distinction de la médecine primaire généraliste). Le voyage d'étude pour se former à des spécialisations médicales s'est en effet de plus en plus démocratisé (Connell,

2008), interrogeant désormais la possibilité d'un système international de santé (global healthcare system) (Connell, 2008, p. 15).

Participant de cette mondialisation des pratiques médicales, le « tourisme médical » ou les mobilités thérapeutiques[31] (Sakoyan, 2012) vont obéir à des logiques très diverses. Dans le cas de l'hyménoplastie (Le Borgne, 2007), la mobilité repose sur des logiques individuelles, le calcul des coûts, l'anonymat pour éviter la confrontation avec les proches ou au contraire le fait d'aller dans un pays où les patientes ont une famille qui peut les accueillir pour l'opération – par exemple aller en Tunisie pour des Françaises ayant des attaches familiales dans le pays. Dans le cas de la reconstruction clitoridienne en France, la chirurgie n'est jamais le motif de déplacement des femmes mais la fuite de l'excision pour leur fille peut les amener rapidement à prendre connaissance de cette chirurgie – lors par exemple d'une consultation médicale pour fournir une preuve de leur excision à l'OFPRA. La santé n'est pas, dans ce cas, extérieur au choix de la migration. De même, des femmes viennent parfois se faire opérer en France, restant de manière temporaire afin de rencontrer des spécialistes reconnu·es dans la reconstruction clitoridienne. En Egypte, c'est également le cas puisque de nombreux pays limitrophes sont des pays où l'excision est pratiquée mais où l'offre chirurgicale n'est pas disponible. Des femmes de milieux suffisamment aisées pour effectuer un voyage thérapeutique, viennent alors consulter des spécialistes du Caire pour cette demande. Il est intéressant de se pencher sur ces échanges et sur les logiques sociales qui sous-tendent cette migration éphémère (chapitre 6 et 7).

B - Une coloration coloniale : rapports Nord-Sud, importation et adaptation nationale

Les pratiques étudiées sont intéressantes à interroger dans leur processus d'importation. Ici, mobiliser un tel concept renvoie à divers travaux en science politique sur l'importation de modèles étatiques et pratiques dans d'anciens contextes coloniaux (Badie, 1992). Et nous amène à questionner une certaine colonialité dans la circulation Nord-Sud des pratiques. Néanmoins, la question doit être nuancée dans la mesure où la pratique est rapportée par des ressortissants égyptiens dans le contexte égyptien, à la suite de leur formation à l'étranger,

[31] On préfèrera parler de mobilité thérapeutique ou de voyage thérapeutique, conformément aux critiques associées au terme « tourisme médical » appuyant sur la dimension de loisir et impliquant un certain privilège des personnes pouvant se les permettre. Or, la mobilité pour santé est parfois lié à une précarité des patient.es et des difficultés financières (Dridi, 2017)

contrairement à d'autres contextes d'Afrique francophones où ce sont des professionnel·les de santé européen·nes qui viennent sur place pour proposer cette pratique aux populations[32].

Bien sûr, l'importation questionne également l'idée de standards de santé globale, dominée par une médecine dites « occidentale », au niveau des instances de formation, des institutions internationales de santé et surtout des formations et des établissements éducatifs qui accueillent les professionnel·les de santé du monde entier, majoritairement situés sur le continent européen ou nord-atlantique (Gobatto, 2003).

Enfin, les spécificités contextuelles, qui donnent lieu aux négociations ou adaptations des pratiques médicales évoquées plus haut, ainsi que nous l'indiquent les dynamiques de circulation, semblaient très intéressantes à investiguer et analyser en tant qu'elles sont révélatrices des rapports sociaux à l'œuvre dans la société donnée. Cela n'est pas sans rappeler les travaux de C. Schantz sur les périnoplasties[33] au Cambodge, qui souligne qu'en tant que soignante (elle a une formation de sage-femme), elle ne voyait pas, au début de sa pratique, les déterminants sociaux et : « c'est après avoir constaté que les pratiques obstétricales « standards » sont ajustées localement et différentes selon les contextes sociaux et culturels (…) [les considérant] comme des révélateurs de la société » (Schantz, 2020, p. 22). Il s'agit donc pour moi de voir ce que ces pratiques révèlent des sociétés dans lesquelles elles sont réalisées et ainsi de comprendre l'espace médical et tous les déterminants sociaux qui amènent à penser des différences de « mentalités thérapeutiques » (Fainzang, 1985).

Il est intéressant d'enrichir ce paradigme post-colonial pour aller vers une pensée des « modèles » dans le champ de la santé et de la circulation des modèles (Gobatto, 2003). En effet, les déclinaisons nationales et la circulation des professionnel·les de santé entre différents contextes d'exercice impliquent que nous ne sommes pas dans une logique d'imposition stricte des techniques « occidentales ». Les échanges de savoirs en médecine – comme dans d'autres domaines – semblent beaucoup plus complexes dans leur mise en œuvre. Il est ainsi nécessaire de passer à des théories circulatoires plus dynamiques. La notion de modèle peut se définir dès lors comme « une entité structurée autour de savoirs, de normes, de valeurs », « des constructions normatives, constituées d'abstractions opératoires, (…) qui ont pour

[32] Au cours de mon terrain d'enquête en France, j'ai pu entendre des professionnel·les de santé me parler de leur déplacement au Burkina Faso, au Soudan, au Mali et en Guinée pour réaliser des réhabilitations clitoridiennes.

[33] Chirurgie du périnée ayant lieu le plus souvent après un accouchement ayant pour but de réparer un périnée distendu des suites d'accouchement, mais aussi utilisé de manière fréquente pour rétrécir l'orifice du vagin et demandé par les femmes afin de ne pas un vagin trop large après l'accouchement et risquer de « déplaire » à leur mari. Clémence Schantz montre que pour des raisons sociales multiples, cette procédure est devenue presque systématique après un accouchement au Cambodge.

caractéristique d'être reconnues et partagées par les membres d'un groupe [ici les professionnel·les de santé] dont ils peuvent fonder les savoirs-être, et dont ils encadrent les savoir-faire » (Gobatto, 2003, p. 15). Et l'on peut donc concevoir un modèle de santé global qui s'actualise particulièrement avec le processus de mondialisation « qui se pense et s'objective par l'élaboration de standards de soins, de prises en charge des maladies, de gestions des systèmes de santé modélisés par l'OMS, mais aussi l'Unicef, la Banque mondiale, et l'ensemble de l'humanité » (Gobatto, 2003). Bien sûr, ce modèle n'empêche pas des exceptions en termes d'orientations médicales pour les Suds comme le souligne D. Fassin (in Hours 2001). C'est précisément la question des ajustements et de l'adaptation de la standardisation internationale au niveau local, traversée bien entendu par des enjeux de pouvoir et d'hégémonie médicale, que je me propose de questionner dans cette thèse par une étude de cas de ces chirurgies.

Et précisément pour ces deux chirurgies, l'étude de cas peut être déterminante pour comprendre ces dynamiques. En effet, la circulation de ces pratiques est intrinsèquement liée à la mobilité des professionnel·les de santé qui vont bien souvent se former à l'étranger – surtout pour ce qui est de la réhabilitation clitoridienne concernant des ressortissant·es de pays du Sud. Elle est également liée à la circulation de femmes qui arrivent avec ces demandes de soin, voire entament elles-mêmes une mobilité thérapeutique pour y accéder. Enfin, se joue aussi la circulation des normes et des techniques médicales au sein de ces pratiques. Se déploie donc au niveau de ces chirurgies des circulations complexes liées à divers types de mobilités et d'échanges d'idée.

De plus, si l'on s'intéresse à la distinction Nord-Sud, structurante au niveau symbolique lorsque l'on parle de ces chirurgies (chapitre 1), en termes géographiques de ces savoirs chirurgicaux, l'origine est assez floue. Les hyménoplasties seraient principalement pratiquées actuellement dans le monde arabe et en Asie (Prakash, 2009 ; Rahou, 2013 ; Wei et al., 2015). Cependant, elles ont été également pratiquées en Europe depuis au moins les années 1970, selon mes enquêté·es. Personne ne s'est réellement proclamé·e inventeur·trice de cette technique en raison de sa mauvaise réputation. Cependant dans les discours, l'on entend d'une part une origine biomédicale occidentale, d'autre part une demande venant plutôt des Suds. De même du côté de la chirurgie de reconstruction du clitoris, l'inventeur français revendiqué en la personne de Pierre Foldès a principalement développé sa technique en France – pays où cette technique est la plus institutionnalisée. Cependant, Foldès l'a imaginée lors de ses terrains

humanitaires en Afrique subsaharienne et a commencé ses premiers essais là-bas. Ainsi, la circulation des personnes et des savoirs semble profondément imbriquée dans l'histoire et la pratique de ces chirurgies qui témoignent d'une certaine inventivité sociale. Le milieu médical a parfois fait ensuite voyager ces pratiques dans des contextes médicaux très différents où la demande et le profil des patientes n'est pas comparable.

C - L'approche globale comme dépassement de biais ethnocentrés et de représentations universalistes des procédures en médecine :

Se positionner dans un cadre global amène à une mise en perspective radicale de la notion de normalité corporelle. Les études foucaldiennes – je désigne ici Foucault (Foucault, 1976a) , ses disciples, mais aussi les différentes études féministes qui s'en réclament - ont introduit dans la pensée structuraliste et constructiviste française moderne une désacralisation fondamentale du « normal » en médecine et dans l'espace social. La norme est montrée sous le jour de la construction arbitraire, perpétuée par différentes instances de contrôle : la clinique, le politique et les lois, la morale sexuelle, ainsi que la religion (si l'on prend en considération des travaux antérieurs, déjà chez Durkheim, Marx puis Jean Baechler).

La question qu'il convient de poser est alors : quelles sont les normes et quels sont les imaginaires qui sous-tendent les pratiques et de qui émanent-ils, sont-ils construits différemment selon la classe, le genre ou l'origine ethnique ? Cela nous conduit à remettre en question de manière radicale la catégorie de pratique (Brubaker et Junqua, 2001), celle du « normal » dans le domaine médical, dans une perspective intersectionnelle, puisque les injonctions à la normalité sont d'autant plus fortes sur les corps féminins altérisés à divers niveaux (chapitre 1). En quoi les « entrepreneurs de morale des normes corporelles et biologiques » (Fassin, Memmi et Collectif, 2004) s'appuient-il sur des référents et argumentaires internationaux pour légitimer ou délégitimer certaines pratiques médicales ? Par exemple, on a pu voir des médecins s'appuyer sur les rapports onusiens pour introduire de nouvelles pratiques médicales comme la reconstruction du clitoris (Jordal et Griffin, 2018).

La question de la colonialité et d'une certaine prédominance de l'Occident dans les instances internationales de santé comme l'OMS (Chiffoleau, 2019) questionne également la présence de ce que l'on pourrait appeler l' « ingérence » au niveau des normes sexuelles. Cependant, s'il y a vraiment des processus « d'ingérence », ceux-là reposent aussi sur l'action d'acteurs locaux qui s'emparent des recommandations sanitaires internationales pour faire

émerger leur cause, leur pratique ou en tirer des avantages sous forme de rétributions matérielles ou symboliques (Cobb et Elder, 1983).

Pour résumer, cette approche apparaît assez féconde pour ouvrir à des questions sociales, de genre et plus largement intersectionnelles (Crenshaw, 1989 ; Kergoat, 2009). Je m'inspire ici de questions de recherche lancées par Jordal et Griffin en 2018, à propos de la chirurgie de reconstruction du clitoris (Jordal et Griffin, 2018) :

L'intervention chirurgicale est-elle en fait la procédure la plus appropriée ici ou, en d'autres termes, dans quels contextes est-elle la plus appropriée (il convient de noter qu'il ne s'agit pas seulement d'une question médicale mais aussi socioculturelle et économique) ?

Quels sont les arguments cliniques et économico-sanitaires qui incitent les chirurgiens et les autres fournisseurs de soins de santé à intervenir ou à dissuader les femmes d'avoir recours à ces chirurgies ?

Comment comprendre toutes ces décisions dans le contexte plus large des rencontres interculturelles qu'induisent les migrations internationales contemporaines, la circulation des normes médicales, et le monopole des discours occidentaux dans le domaine du droit des femmes et de la lutte contre les violences liées au genre ?

Cette recherche propose un glissement par rapport aux travaux scientifiques réalisés autour de la question des modifications génitales féminines : celui de passer d'un questionnement sur les corps exilés à celui d'un questionnement sur les corps globalisés dans le système de santé mondialisé mais aussi constamment soumis à des déclinaisons locales. Suivre ces chirurgies en tant qu'objets de circulations ou savoirs techniques en circulation amène à penser des tensions culturelles et migratoires d'une part, mais opère aussi une articulation avec les pays d'origine. Les techniques médicales sont en effet sujettes à naviguer dans différents contextes nationaux par le biais de mobilités variables (temporaires, pour étude, migration longue sur plusieurs générations, mobilité professionnelle des médecins, etc) des acteur·trices sociaux. Finalement, les techniques médicales en circulation interrogent la standardisation internationale des normes corporelles (génitales dans ce cas d'étude) : des efforts sont réalisés par les institutions internationales de santé comme l'OMS, les congrès de praticien·nes, les productions scientifiques médicales internationales pour globaliser les standards corporels en ce qui concerne les chirurgies esthétiques génitales. Par ailleurs, les débats internationaux sur les normes de genre et de santé viennent donner aux corps des patientes une dimension « globalisée », puisque reliée à des enjeux normatifs supranationaux et extracommunautaires.

II - Le choix des terrains ethnographiques : lieux de controverses et de circulation en santé

Ces enjeux globaux et les questionnements multidimensionnels propres à ces chirurgies intimes de « reconstruction » amène donc à les problématiser dans différents contextes nationaux. Le cheminement théorique qui a été le mien est parti d'un questionnement général sur le contexte français où des femmes migrantes ou issues de l'immigration semblaient induire le développement de nouvelles pratiques chirurgicales : le cas de les prendre en charge et les « reconstruire » pour les femmes excisées, leur refaire un hymen pour les « protéger » dans le cas de la demande d'hyménoplastie. Très vite, j'ai élargi ma problématique aux circulations parce que je décelais petit à petit des circulations multiples qu'il s'agissait d'interroger : celle des femmes impliquant de nouvelles demandes, des professionnel.les de santé rendant disponible de nouvelles pratiques médicales dans un contexte donné et enfin une circulation des savoirs médicaux, parfois hors sol lorsqu'il s'agissait de formations virtuelles, de textes disponibles en ligne, de conférences itinérantes ou même de standards propres à des organisations internationales (OMS, Unicef, etc).

A - Le cas français et la question migratoire

Mon questionnement partant de la question du genre dans le milieu de la santé en contexte migratoire, l'enquête porte d'abord sur le pays d'accueil européen qu'est la France, où les deux chirurgies sont pratiquées depuis plus de trente ans.

Pour ce qui est de la chirurgie de reconstruction du clitoris, elle a été développée en France précisément pour répondre à la prise en charge de femmes migrantes dans les années 1990. La concernant, un phénomène notable est de plus en plus documenté : il s'agit de l'exportation progressive de cette chirurgie dans différents contextes : d'une part dans le cadre de pays d'accueil européens et d'Amérique du Nord, donc d'une diffusion qui relève d'une préoccupation commune des professionnel·les de santé, celle de prendre en charge les femmes migrantes excisées ; d'autre part dans des pays africains francophones, ce qui s'explique par l'histoire coloniale, les liens étatiques, politiques et linguistiques que partagent ces espaces. Cependant cette chirurgie se développe depuis quelques années dans le contexte égyptien

(Jordal et Griffin, 2018 ; Seifeldin, 2018 ; Thabet et Thabet, 2003), contexte dont l'histoire commune avec la France et ses réseaux médicaux semble en apparence moins évidente. Ce contexte est particulièrement intéressant dans le cadre d'un questionnement sur la circulation de cette pratique et les migrations internationales, car il est à la fois un lieu où l'excision est largement pratiquée et par ailleurs celle-ci est bien souvent médicalisée sous deux formes : la médicalisation de l'acte et la prise en charge médicale des séquelles, notamment par la chirurgie de reconstruction. Il s'agit de l'un des rares pays dans cette situation. De plus, les différents bouleversements politiques ayant eu lieu en Égypte font de l'excision et de sa médicalisation un sujet de politique particulièrement polémique, ce qui a une influence directe sur la pratique médicale. Il est donc intéressant de comprendre tout d'abord comment l'exportation de cette méthode a eu lieu, mais aussi de restituer les adaptations qui l'ont accompagnée dans un contexte national différent, où les attentes et représentations symboliques des patientes et des chirurgien·nes n'étaient plus les mêmes.

A ce titre, cette importation est liée à la multiplication de rencontres internationales de médecins et aux conséquences sanitaires de l'excision. Des chirurgien·nes égyptien·nes ont appris l'existence de centres de prise en charge proposant des réparations en Suisse, en France, Belgique, Allemagne, Suède, et aux Etats-Unis. Plusieurs ont alors décidé d'aller s'y former et ont ensuite transmis leur savoir en Egypte, les attentes en Egypte émanant de femmes égyptiennes dont la plupart n'ont jamais migré. Elles souhaitent une opération rapide, alors qu'en France le parcours médical est souvent associé à un parcours d'intégration à la société française (discussion avec les psychologues et sexologues sur les codes sociaux, services d'aide juridique, lieu de sociabilité avec d'autres femmes dans des ateliers artistiques, etc). Par ailleurs, le soutien institutionnel est très différent dans les deux pays. Le terrain en Egypte a montré par exemple que plusieurs commissions avaient été créées puis démantelées sur le sujet de la prise en charge des femmes excisées, laissant le milieu médical livré à lui-même sur ce sujet, sans possibilité de soutien politique ou financier pour créer des modalités de prise en charge. Ces différences dans la mise en place des chirurgies en lien avec les contextes sociaux et nationaux seront développées dans les chapitres 6, 7 et 8.

La reconstruction de l'hymen serait pratiquée majoritairement en Asie et en Afrique du Nord (Dridi, 2017 ; Rahou, 2013 ; Wei et al., 2015). Son origine ne semble pas clairement datée ni située, dans la littérature médicale et scientifique. La psychanalyste tunisienne, Nédra Ben

Smaïl a écrit un ouvrage (Ben Smaïl, 2012) consacré à cette chirurgie (hyménoplastie ou hyménorraphie) en Tunisie et elle précise que les réfactions chirurgicales d'hymen seraient pratiquées en Tunisie depuis les années 70. L'opération aurait émergé à l'occasion d'une multitude d'interventions réalisées avec l'essor de la chirurgie esthétique. Cependant il est très probable que des interventions chirurgicales visant à « recoudre » des hymens aient toujours existé sous différentes formes au cours des époques et dans diverses sociétés (Dridi, 2017 ; Knibiehler, 2012). Des traces historiques indiquent également que des interventions de « raccommodage » auraient également été pratiquées en Europe au 11e siècle et notamment en France (Knibiehler, 2012).

Cependant aujourd'hui en France, l'hyménoplastie est vue comme une pratique « extérieure » à la culture nationale, voire même à la « culture occidentale » dans sa globalité, en témoignent les discours des médecins, de médias et des sites médicaux (Martin, Bendjama et Bessette-Viens, 2017 ; Winckler, 2009). Selon les témoignages recueillis auprès de professionnel·les de santé, cette chirurgie concernerait principalement des femmes musulmanes ou ayant un lien plus ou moins étroit avec ce référent culturel. Ici le mot « musulman », dans la bouche des médecins, renvoie plutôt à une culture qu'à une religion. De manière générale, cette attribution est davantage le fruit d'un processus de catégorisation et d'étiquetage extérieur (Becker, 1985), voire d'un processus d'interpellation (Brubaker et Junqua, 2001), que celui d'une identité subjective, autoproclamée et revendiquée par les patientes. En effet, les premiers témoignages de patientes confirment cette affiliation plus ou moins éloignée à l'Islam, mais ne confirment absolument pas que celles-ci observent une pratique religieuse soutenue ou même qu'elles se perçoivent comme très croyantes. Ces premières données permettent également de documenter le sens de ces chirurgies pour ces femmes et dans leur parcours de vie, leur trajectoire individuelle, sexuelle et affective.

Ainsi, il est dès lors intéressant de constituer une part du corpus textuel à partir du contexte français ainsi que d'y mener une enquête de terrain qualitative dans des services médicaux et cliniques où ces chirurgies sont pratiquées.

B - Le cas égyptien et la question coloniale de l'importation

En Égypte, l'excision concerne plus de 90% de la population féminine (Enquêtes démographiques de santé, 2015) et est bien souvent réalisée par des professionnel·les de santé. Avec l'Indonésie et l'Erythrée, c'est un des pays où l'on excise le plus au monde. En parallèle,

il existe également des pratiques chirurgicales de réparation de l'excision qui se développent au Caire principalement. Cela pose la question d'un décalage social, politique, religieux et juridique entre différents milieux sociaux où d'un côté l'on « mutile », de l'autre l'on « répare ». Comment comprendre ces décalages et contradictions sur ce sujet ? Je me propose ainsi de documenter cette question et d'engager une dimension comparative afin de voir en quoi les différences de contextes sociaux et des normes sexuelles agissent sur la mise en place des procédures médicales de reconstruction.

Développée en France dans les années 90, la chirurgie de réparation du clitoris, ici étudiée, s'exporte en effet progressivement dans les pays européens d'accueil, dans les pays d'Afrique francophones ainsi qu'en Égypte (Jordal et Griffin, 2018). Bien qu'elle soit de plus en plus documentée, on sait peu de choses sur le contexte égyptien. Seul un premier écrit médical de 2003 fait état de l'introduction expérimentale de cette chirurgie (Thabet et Thabet, 2003). Puis elle est évoquée par le chirurgien Amr Seifeldin dans une publication en ligne de 2018 (Seifeldin, 2018). A l'heure actuelle, l'Égypte est l'un des rares pays où ces deux formes de médicalisation excision/réparation coexistent. Par ailleurs, il s'agit de l'un des pays où l'excision est de plus en plus réalisée par du personnel de santé très qualifié (des médecins, des chirurgiens, des gynécologues, etc) (EDS Egypte, 2015).

Il est donc intéressant de voir comment la pratique de réparation circule : son introduction, sa mise en place en Égypte dans les milieux médicaux, ainsi que sa transposition dans un contexte national différent de celui d'un pays européen. En effet, cette chirurgie venant du « Nord », pratiquée le plus souvent sur des femmes migrantes ou issues de l'immigration, ne peut être abordée de la même manière dans un contexte où l'excision est beaucoup plus généralisée. Aucune production scientifique à ce jour ne fait état de ces informations et questionnements sur le contexte égyptien et ces pratiques.

Par ailleurs, en ce qui concerne la reconstruction de l'hymen, celle-ci apparaît comme une chirurgie biomédicale dès les années 70, dans plusieurs pays du Maghreb (Ben Smaïl, 2012) d'une part, et en Égypte, comme en témoignent les écrits de la psychologue féministe égyptienne Naouel el Saadaoui (Saadaoui, 1991). Actuellement, la Tunisie, le Maroc et l'Égypte seraient les trois pays qui pratiquent le plus cette chirurgie (Rahou, 2013). L'Égypte a tenu également un rôle central dans le débat sur cette chirurgie dans les pays dits « musulmans », avec des discussions religieuses menées par Al-Azhar – autorité académique principale de la discipline musulmane, située au Caire. Plusieurs fatwas dépénalisant

symboliquement la réparation de l'hymen ont été édictées par le Mufti Ali Gooma[34]. Ces débats en Égypte ont eu une portée médiatique dans d'autres contextes comme la Tunisie ou auprès des communautés migrantes musulmanes ayant recours aux hyménoplasties.

C - Le tourisme médical en Tunisie

En s'interrogeant sur la circulation des pratiques médicales de reconstruction génitales féminines, se pose la question du tourisme médical et du déplacement parfois très lointain – qu'il s'agisse d'un changement de région, voire de voyager dans un autre pays - des patientes, pour se faire reconstruire. Plusieurs facteurs expliquent ce phénomène de déplacements qui entraînent bien sûr des contraintes financières, temporelles (ne pas pouvoir rester longtemps pour suivre la procédure médicale) et sociales (l'isolement dans la ville de l'offre de soin).

Ce phénomène se retrouve en France, notamment en raison de la concentration de l'offre de soin en région parisienne, mais également en raison de la meilleure visibilité des grandes cliniques de chirurgie esthétique parisiennes. Des femmes viennent d'autres régions mais également parfois d'autres pays pour rencontrer « les spécialistes » de la reconstruction, soit autoproclamés sur leur site, soit de renom international comme c'est le cas de Pierre Foldès.

Il en va de même en Egypte où l'offre de soins est quasi-inexistante en dehors du Caire. Cela implique pour les femmes d'autres gouvernorats un long déplacement à la capitale et un investissement financier non négligeable. Par ailleurs, les médecins rencontrés mentionnent également en entretien un certain nombre de patientes venues d'autres pays voisins comme le Soudan ou la Somalie, pour ce qui est de la reconstruction clitoridienne. Il s'agit de patientes possédant un capital social et économique assez élevé pour effectuer le voyage, même parfois plusieurs fois – pour une première consultation puis l'opération.

En ce qui concerne l'hyménoplastie et la demande émanant de patientes françaises : la pratique du tourisme médical semble se porter principalement vers le « Maghreb » (média, témoignages en ligne).

Une chose paraît centrale dans l'étude des chirurgies de reconstruction de l'hymen : elles s'inscrivent dans un marché bien spécifique en France, celui de la branche libérale et privée du monde médical. De ce fait, cette chirurgie apparaît assez coûteuse – un minimum de 1 500

[34] Un mufti est un titre religieux musulman sunnite. Les muftis sont les interprètes de la loi musulmane ; ils ont l'autorité d'émettre des avis juridiques (fatwas).

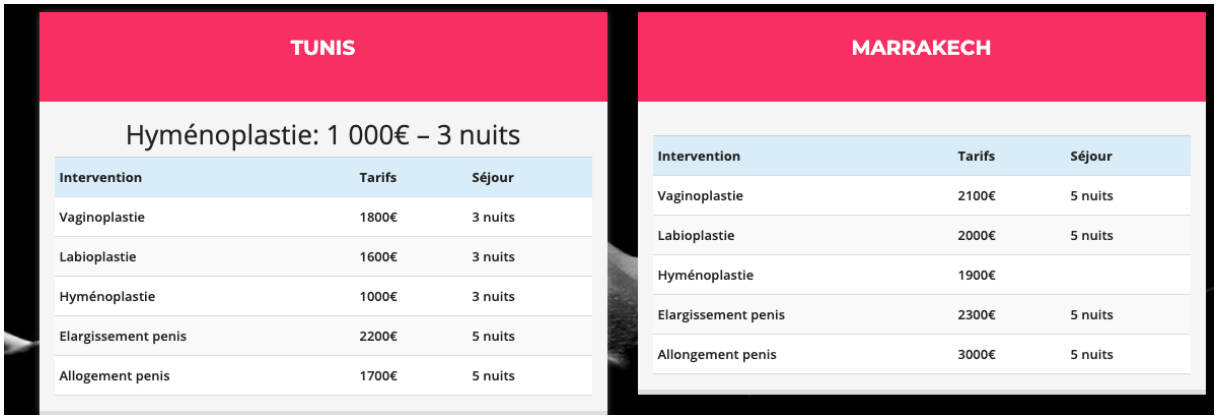
euros. De plus, la demande et l'offre restent marginales en France, d'où l'explication de ces tarifs, ce qui implique finalement que les patientes ont tendance à penser leur recherche de soin dans un espace international afin de trouver l'offre de soins la plus avantageuse au niveau financier. Des pays où la demande est plus forte et les tarifs inférieurs au contexte français peuvent alors constituer une alternative pour aller se faire opérer. Ainsi, la dimension de tourisme médical dans le cas des hyménoplasties constitue une piste d'exploration non négligeable dans le cadre de cette recherche. Elle interroge également les mobilités des personnes et des pratiques médicales étudiées entre des contextes Nord-Sud. En effet, beaucoup d'offres avantageuses pour des chirurgies génitales et esthétiques sont disponibles au Maghreb, elles sont particulièrement attractives pour des patientes françaises pour des raisons linguistiques, économiques, mais aussi pour l'accessibilité facilitée dans le cas où ces femmes sont souvent issues d'une migration maghrébine. L'essor de ce type de tourisme pourrait d'ailleurs être une source d'explication de la baisse significative de cette chirurgie en France depuis 2005 (chapitre 4). La Tunisie est un bon exemple pour son offre de soins dans le champ de la chirurgie esthétique et donc *a fortiori* dans celui des chirurgies génitales de reconstruction.

En Tunisie, le tourisme a toujours représenté une part centrale de l'économie du pays avec ses grands hôtels, ses prix compétitifs. Cependant le pays a vécu une crise du tourisme de masse récréatif dans les années 2000 et en 2005, et le tourisme médical relance une partie de l'économie du pays. Depuis, ce secteur ne cesse de se développer.

Dans le secteur de la santé, il a été plus courant d'observer une migration allant du Sud vers le Nord pour accéder à des soins. Cependant la Tunisie représente désormais une alternative pour les patient·es du Nord et génère également une migration du Nord vers le Sud, en raison des prix compétitifs proposés. C'est aussi le cas du Maroc, bien que les prix demeurent encore un peu plus élevés.

Dans le cas de l'hyménoplastie, des sites internet médicaux proposent des séjours tout compris (hébergement, frais médicaux, parfois voyage) pour venir se faire opérer (Figure 3). A ce titre, les auteures Isabelle Barth et Yousra Hallem soulignent l'importance de l'offre médicale en ligne dans le développement du tourisme médical en Tunisie autour de la chirurgie esthétique (Hallem et Barth, 2011).

Photo 1. Offres comparées sur le site « séjour-médical.fr » pour des hyménoplasties et le séjour à Tunis ou Marrakech.



TUNIS

Hyménoplastie: 1 000€ – 3 nuits

Intervention	Tarifs	Séjour
Vaginoplastie	1800€	3 nuits
Labioplastie	1600€	3 nuits
Hyménoplastie	1000€	3 nuits
Elargissement penis	2200€	5 nuits
Allogement penis	1700€	5 nuits

MARRAKECH

Intervention	Tarifs	Séjour
Vaginoplastie	2100€	5 nuits
Labioplastie	2000€	5 nuits
Hyménoplastie	1900€	
Elargissement penis	2300€	5 nuits
Allongement penis	3000€	5 nuits

Source : https://www.sejour-medical.fr/chirurgie-esthetique-maroc-tunisie/hymenoplastie/, consulté le 10/12/19.

Le cas de la Tunisie est intéressant pour compléter les questionnements propres au territoire français, parce qu'elle constitue une sorte d'idéal type parmi ces destinations du tourisme médical, pour les chirurgies esthétiques qui engagent la mobilité thérapeutique de patientes résidant en France. Cette offre de soin, en passant par l'étranger, pour des raisons financières et de discrétion constitue un point important de la recherche sur ces chirurgies. De manière générale, ces chirurgies entraînent souvent des mobilités thérapeutiques diverses – les patientèles en France et Egypte viennent dans une proportion non négligeable de l'étranger. Il nous faudra donc interroger ces mobilités dans le cadre de ce travail doctoral. Cette thématique sera traitée comme un questionnement secondaire, appelant cependant d'autres travaux à s'y consacrer tant la question du « tourisme médical » est riche, en plein essor et questionne directement l'enjeu du privilège dans ces migrations thérapeutiques, qui sont parfois complètement impropres à être d'ailleurs qualifiées de « tourisme »[35], une critique centrale dans les recherches en la matière.

[35] Ces dernières années l'expression est revenue de plus en plus, cependant elle apparaît comme bien plus journalistique que scientifique, en tant qu'elle se réfère à des réalités thérapeutiques très variées englobant : tout « déplacement de personnes allant dans un pays autre que leur pays de résidence, dans le but de bénéficier d'un acte médical non disponible ou difficilement accessible dans leur propre pays, soit pour des raisons de législation soit pour des raisons relatives à l'offre de soins (compétences, coût) (Hottois & Missa, 2001) ». Ces caractéristiques soulignent la dimension impropre de l'expression. Pour plus d'information se référer au séminaire HEALTH de L'Institut Convergences Migrations du 22 mars 2022 « Mobilités thérapeutiques : une approche critique autour des notions de « privilège » et « tourisme médical » : https://www.icmigrations.cnrs.fr/2022/01/17/mardi-22-mars-2022-%E2%80%95-seminaire-health-circulations-des-pratiques-et-des-regimes-de-savoir-en-sante/.

* *

*

Ces deux chapitres ont permis d'exposer les questionnements et choix théoriques et conceptuels qui ont orienté la réalisation et l'analyse de ma recherche. On pourra résumer ces apports par ce qui suit. Ces pratiques de reconstruction se trouvent au carrefour d'interrogations variées, toutes imbriquées les unes dans les autres et entraînant entre elles des causalités circulaires (Bourdieu, 1998). En cela, elles se placent au sein du débat intersectionnel (Crenshaw, 1989 ; Dorlin, 2008 ; Kergoat, 2009) des études de genre. Dans la suite de la thèse je m'attacherai donc à répondre à trois grands questionnements transversaux de cette recherche par le biais d'une méthodologie mixte et globale.

Le premier questionnement issu des cadres théoriques proposés est celui des déséquilibres en termes de genre. Ces déséquilibres se jouent notamment au niveau des mythes anatomiques, de la relation genrée médecin-patiente, ainsi que dans la question du normal en chirurgie réparatrice/ esthétique. Il s'agit d'interroger les chirurgies étudiées comme des pratiques sociales et représentations symboliques touchant à des points de tensions comme la virginité féminine ou le contrôle des sexualités féminines.

Le deuxième questionnement concerne la globalisation des pratiques médicales, la circulation des pratiques et connaissances médicales. Il s'agira de comprendre sociologiquement ce que la géographie a pu désigner par l'expression « flux d'idées » et qui semble se retrouver au centre de phénomènes migratoires au niveau de la patientèle, mais aussi des professionnel·les de santé.

Enfin un dernier questionnement porte sur les discriminations et le rapport à l'altérité dans les traitements différenciés au sein du monde médical, ainsi que sur les malentendus et tensions culturelles présents dans différents contextes nationaux. Il est directement lié au second questionnement, puisque la circulation des pratiques et des personnes induit des rencontres interculturelles et l'apparition conflictuelle de nouveaux « branchements » et enjeux identitaires (Amselle, 2005b). J-L. Amselle emprunte en effet ce concept de branchement culturel à un principe électrique qui souligne le caractère ouvert de chaque culture : "l'idée de branchement cherche à casser toute idée de cloisonnement et d'étanchéité » entre les cultures que l'on pense à tort comme des entités originellement pures (Amselle, 2005, p.21).

Ces problématiques de recherche mènent aussi à penser à un niveau plus macrosociologique l'« inégalité des vies vécues » (Fassin, 2008a), en l'occurrence l'inégalité entre les femmes concernées par ces chirurgies : au plan socio-économique, ethnique et genré. Les différents questionnements et orientations choisis ont amené à divers choix méthodologiques qui feront l'objet du chapitre suivant (chapitre 3).

Chapitre 3 : Des méthodes mixtes pour une compréhension globale des chirurgies de reconstruction génitale féminine

Après avoir présenté les questionnements théoriques et le cadre analytique choisi sur l'objet d'étude dans les deux premiers chapitres, nous allons nous intéresser à la mise en place empirique de cette recherche. Comment enquêter sur des pratiques médicales telles que les chirurgies de reconstructions génitales et rendre leur complexité en termes de techniques mais aussi de significations sociales selon les espaces où elles sont pratiquées ? Cette partie présente donc la méthodologie des différents terrains et justifie les choix de données qui ont été faits dans le dispositif d'enquête. Elle contient des sous-parties réflexives sur la démarche de recherche, les enjeux éthiques et les difficultés ou limites rencontrées durant ce travail.

Dans un premier temps, je m'attacherai à décrire la pertinence de la diversité des méthodologies mobilisées pour étudier ces pratiques médicales au sein d'une enquête multi-située, entre France et Egypte, s'inscrivant dans une approche globale. J'ai choisi de m'appuyer principalement sur des méthodes qualitatives et je reviendrai donc sur mon cheminement ethnographique et l'enquête menée par entretiens, les choix de modalité d'entretien et l'importance de la pluralité des acteur·trices interrogé·es. Puis j'aborderai deux autres aspects de ma recherche relevant d'une méthodologie quantitative et mixte : l'étude textuelle d'un corpus de presse portant sur ces chirurgies en France et la collecte de données socio-démographiques autour de ces chirurgies dans les différents terrains menés afin de contextualiser ces actes médicaux. Enfin, ces sous-parties seront suivies d'une partie réflexive portant sur les questionnements éthiques et ma position de chercheuse tout au long de cette enquête.

Pour embrasser des thématiques aussi larges – exposées dans les premiers chapitres – et comprendre ces pratiques chirurgicales sous les multiples facettes que nous avons listées, il est donc essentiel d'employer des techniques d'enquête protéiformes, auprès de différents acteurs et sur plusieurs terrains, tout en faisant « jouer les échelles » (Revel, 1996) d'analyse entre macro et microsociologie afin d'obtenir une vision presque en trois dimensions – ou multi-dimensionnelle - de notre objet d'étude que sont ces pratiques (tableau 2). Cette enquête s'inscrit dès lors dans ce qu'on l'on pourrait nommer une « approche globale » des pratiques chirurgicales sexuelles féminines de « reconstruction ». On pourra se référer aux « mobility studies » évoquées précédemment, qui amènent à penser des circulations de pratiques et de savoirs entre différents contextes nationaux. La méthodologie d'enquête de ces circulations passe alors par un suivi de la « piste » de ces chirurgies dans les contextes étudiés : comprendre comment elles se retrouvent liées à la migration de femmes mais aussi de professionnel·les de santé qui dans leurs trajectoires créent de nouveaux « branchements » (Amselle, 2005b) entre les sociétés dans leur offre médicale. Pour cela, j'ai réalisé une ethnographie itinérante (Amselle, 2005b) en suivant la parole des acteurs, leur formation, leur trajectoire biographique de manière multi-située (Marcus, 1995).

Tableau 2. Déclinaison des outils méthodologiques choisis en articulation avec les questions de recherche développées dans les chapitres 1 et 2.

Questionnements de recherche	Outils méthodologiques
Montrer le déploiement de ces deux pratiques dans un espace global et comprendre leurs modalités de circulation.	Entretiens semi-directifs des professionnel·les de santé dans les divers contextes étudiés. Les interroger sur leur mobilité et la mobilité des pratiques.
Comment sont mises en place ces pratiques dans les contextes étudiés ? Il s'agit de réaliser une contextualisation documentée de ces pratiques médicales.	Analyse de données quantitatives et qualitatives disponibles sur la fréquence des actes médicaux, leur coût, la législation qui les encadre, le profil socio-économique et démographique des patientes, et le type d'établissement médical les pratiquant. Renseigner également la répartition genrée des professionnel·les de santé réalisant ces pratiques dans les contextes nationaux étudiés.
La dimension politique de ces pratiques et les représentations qui les accompagnent. Comment comprendre dans quel contexte social, économique et symbolique ces chirurgies s'inscrivent ?	1. Analyse de corpus de presse 2. Entretien avec des membres d'association, femmes et médecin.
Comprendre les motivations des demandes de patientes, différentes en fonction du contexte national, des origines sociales, des parcours de vie. Cela permet de comprendre l'expérience de ces femmes, en quoi la chirurgie demandée s'inscrit dans des trajectoires personnelles de "reconstruction" ou de "construction" de soi. Le lien entre acte de réparation physique et réparation psychique.	1. Analyse corpus textuel forums de discussion en France et de « confessions » en Egypte. 2. Entretiens avec des patientes
Données ethnographiques sur les dilemmes médicaux et la position des médecins face aux chirurgies. Ces deux pratiques chirurgicales sont vécues de manières très différentes par les professionnel·les de santé, alors qu'il s'agit de "réparation". Cela crée des dilemmes de différentes natures amenant cependant toujours à une même alternative : faut-il opérer ou pas ?	1. Entretiens avec médecins 2. Entretiens avec patientes 3. Analyse de plaquettes médicales et autres supports médicaux de présentation. 4. Observations ethnographiques en clinique, salle d'attente, formations
Renseigner les procédures médicales des interventions et les processus de décision des deux actes médicaux. Combien de temps de réflexion est accordé aux patientes ? La validation de l'acte médical passe-t-il par des discussions collectives ? Quelles sont les différences constatées autour de ces procédures selon le contexte national mais également le type d'établissement (privé/public) ?	1. Entretiens avec médecins 2. Entretiens avec patientes 3. Analyse de plaquettes médicales et autres supports médicaux de présentation. 4. Observations ethnographiques en clinique, salle d'attente, formations
Analyse des réseaux de sens antagoniques entre univers scientifiques et univers culturels / traditionnels. Comment la médecine prend-t-elle en charge ce qu'elle construit comme représentations symboliques et standards physiques ? Il s'agit aussi d'interroger la dimension des violences médicales et gynécologiques dans ces chirurgies, selon les contextes de pratique.	1. Entretiens avec médecins 2. Entretiens avec patientes 3. Analyse de plaquettes médicales et autres supports médicaux de présentation. 4. Observations ethnographiques en clinique, salle d'attente, formations
Dimension lucrative des pratiques : le médecin soignant ou prestataire de service ? S'interroger sur l'inscription de ces pratiques dans un marché, les pratiques de marchandisation (marketing, publicité, etc).	1. Entretiens avec médecins 2. Entretiens avec patientes 3. Plaquettes médicales et autres supports médicaux de présentation. 4. Forum de cliniques privés, site de chirurgien·nes
Quelle influence ont les acteurs extérieurs au milieu médical (familial, associatif, amical) ?	1. Entretiens qualitatifs avec des responsables d'association se préoccupant de la santé des femmes. 2. Questionnaires patientes (en ligne et cabinets).
En quoi ces chirurgies témoignent-elles et participent-elles de la production (active ou structurelle) d'ignorance autour des corps de femmes ?	1. Enquête qualitative en France et en Egypte. 2. Etude textuelle corpus de presse en France.

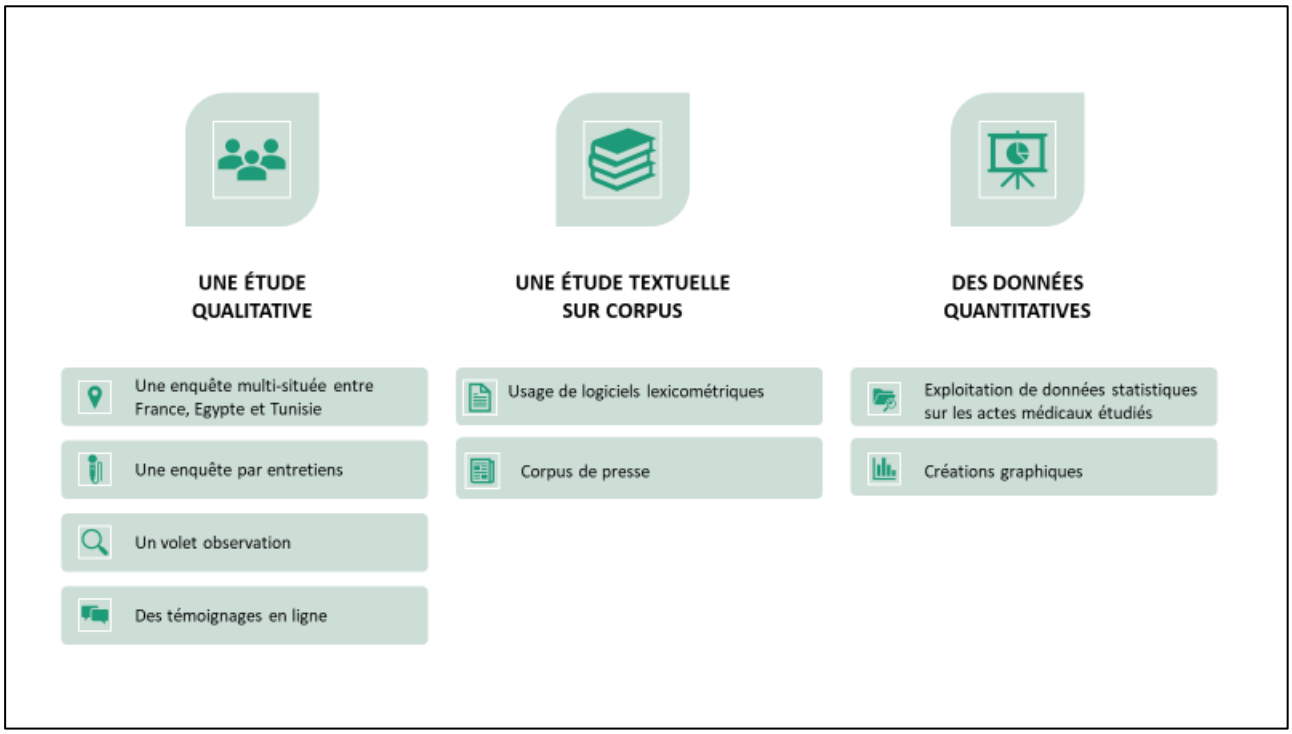
Dans un premier temps, plusieurs enquêtes qualitatives de terrain ont été réalisées dans des contextes et auprès de types d'acteur·trices varié·es. Pour contextualiser la pratique de ces chirurgies, des données quantitatives socio-démographiques ont été exploitées, ainsi qu'une analyse textuelle sur un corpus de presse, afin de situer l'univers sémantique et politique de ces chirurgies, ainsi que les représentations sociales les accompagnant. Sur ces divers matériaux recueillis, j'ai procédé à une combinaison des données en m'inspirant de plusieurs méthodes décrites par Olivier de Sardan dans sa « politique du terrain » (Olivier de Sardan, 1995), à savoir « l'éclectisme des données » (tableau 2), « l'itération » (les aller-venus entre le terrain par observations et entretiens ethnographiques avec des périodes d'analyse), « l'étude de cas » – avec le choix de terrains délimités et notamment la réalisation d'un corpus de presse sur l'espace médiatique français afin de comprendre les représentations et traitements journalistiques faits de ces chirurgies, mais aussi « une triangulation des données » (Olivier De Sardan, 1995) qui recouvre deux objectifs définis par Olivier de Sardan. Tout d'abord, il s'agit « de ne pas être prisonnier d'une seule source. ». Cela permet d'éviter un obstacle épistémologique courant en sociologie de la santé : être tributaire d'un unique type d'informateur, en l'occurrence ici, les professionnel·les de santé.

Le deuxième objectif est de « raisonner le choix de ces informateurs multiples » par une triangulation complexe qui consiste à « faire varier les informateurs en fonction de leur rapport au problème traité. » En cela, cette démarche méthodologique permet de :

> *« Croiser des points de vue dont elle pense que la différence fait sens. Il ne s'agit donc plus de « recouper » ou de « vérifier » des informations pour arriver à une « version véridique », mais bien de rechercher des discours contrastés, de faire de l'hétérogénéité des propos un objet d'étude, de s'appuyer sur les variations plutôt que de vouloir les gommer ou les aplatir, en un mot de bâtir une stratégie de recherche sur la quête de différences significatives. »*

Le suivi de cette méthode m'a alors amené à réaliser un volet principal, à savoir une enquête qualitative par entretiens (n=65), puis deux volets secondaires qui ont permis cette vérification, la variation des sources et ont enrichi le processus de triangulation des données : un volet de contextualisation quantitatif (données statistiques autour de ces actes médicaux principalement) et une étude textuelle d'un corpus de presse (schéma 3). Ces différentes tâches et démarches de recherche ont parfois été réalisées simultanément, de manière complémentaire, d'autres se sont succédé selon la répartition des terrains (calendrier de thèse, annexe 4). Il s'agira ainsi dans ce chapitre de présenter et justifier le choix de cette diversité méthodologique.

Schéma 3. Synthèse globale des méthodologies et données produites et/ou exploitées.



I - L'enquête de terrain

A - Une approche globale et multi-située pour une compréhension transnationale des pratiques médicales étudiées

Dans le cadre du premier questionnement touchant à la circulation des pratiques, des connaissances et des personnes liées à ces chirurgies, il paraît alors important de suivre le chemin de ces pratiques dans différents lieux, à la manière d'une ethnographie itinérante, - comme celle mobilisée par J-L. Amselle dans ses travaux sur les racines de « l'afrocentrisme » entre Conakry, Le Caire et Bamako (Amselle, 2005b). Il s'agira donc d'une enquête qualitative multi-située (Marcus, 1995).

Mon questionnement partant de la question du genre dans le milieu de la santé en contexte migratoire, l'enquête porte d'abord sur le pays d'accueil européen qu'est la France et où les deux chirurgies sont pratiquées depuis au moins une quinzaine d'années. Cela permet d'avoir des premiers résultats et d'appréhender la question de l'origine de ces pratiques.

Pour ce qui est de la chirurgie de reconstruction du clitoris, elle a émergé en France précisément pour répondre à la prise en charge de femmes migrantes dans les années 1990 et s'est développée dans les années 2000. La concernant, un phénomène notable est de plus en plus documenté – même si le nombre de travaux sur la question reste assez faible : il s'agit de l'exportation progressive de cette chirurgie dans différents contextes, aussi bien dans le cadre de pays d'accueil européens et d'Amérique du Nord, qu'en Afrique, notamment en Afrique francophone[36], ou au Moyen Orient. La diffusion de cette technique relève d'une préoccupation commune des professionnel·les de santé de prendre en charge les femmes migrantes excisées. Cette chirurgie se développe aussi depuis quelques années dans le contexte égyptien (Jordal et Griffin, 2018 ; Seifeldin, 2018 ; Thabet et Thabet, 2003), contexte dont l'histoire commune avec la France et ses réseaux médicaux paraît moins évidente. Ce contexte est particulièrement intéressant dans le cadre d'un questionnement sur la circulation de cette pratique et sur les migrations internationales car l'excision y est largement pratiquée et elle y est bien souvent médicalisée sous deux formes : à la fois l'acte lui-même et la prise en charge des séquelles, notamment par la chirurgie de reconstruction. Il s'agit de l'un des rares pays dans cette situation. De plus, les différents bouleversements politiques qui ont eu lieu en Égypte font de l'excision et de sa médicalisation un sujet de politique et polémique, ce qui a une influence directe sur la pratique médicale. Il est donc intéressant de comprendre, tout d'abord comment l'exportation de ce dispositif biomédical de reconstruction a eu lieu, mais aussi de resituer les adaptations qui l'ont accompagné dans un contexte national différent, ne répondant ainsi ni aux mêmes attentes ni aux mêmes représentations symboliques des patientes et des chirurgien·nes.

La reconstruction de l'hymen viendrait pour sa part plutôt d'Asie et d'Afrique du Nord comme mentionné dans le chapitre 2. Son origine ne semble pas clairement datée dans la littérature, même si plusieurs sources indiquent qu'elles étaient déjà présentes dans les années 70 dans plusieurs pays (Ben Smaïl, 2012 ; Naoual el Saadaoui, 1991 ; Tersigni, 2008). Historiquement, cette pratique aurait pris la place progressivement d'une longue liste de « stratagèmes » ancestraux pour prouver la virginité des femmes (faux sang, produits vaginaux, etc). Des traces historiques indiquent que des interventions de « raccommodage » auraient également été pratiquées en Europe au 11e siècle et notamment en France (Knibiehler, 2012). Aujourd'hui, une large gamme de produits existent pour venir compléter ou remplacer les

[36] Cette exportation s'explique de fait par l'histoire coloniale, les liens étatiques, politiques et linguistiques qu'entretiennent ces espaces.

hyménoplasties (faux hymens, capsule de sang, pierre d'Alun, produit astringent rétrécissant, etc), dont une partie commercialisée en ligne[37].

Cependant aujourd'hui en France, l'hyménoplastie est vue comme une pratique extérieure à la culture nationale, voire même à la « culture occidentale » dans sa globalité, en témoignent les discours des médecins et de médias et des sites médicaux (Martin, Bendjama et Bessette-Viens, 2017 ; Winckler, 2009). Selon les premiers témoignages de professionnel·les de santé recueillis, cette chirurgie concernerait principalement des femmes musulmanes ou ayant un lien plus ou moins étroit avec cette culture. Ici le mot « musulman » renvoie plutôt à une culture qu'à une religion, dans la bouche des médecins. De manière générale, cette attribution est davantage le fruit d'un processus de catégorisation et d'étiquetage extérieurs (Becker, 1985), voire d'un processus d'interpellation (Brubaker et Junqua, 2001), que d'une identité subjective qui serait autoproclamée et revendiquée par les patientes. Il sera important par la suite de recueillir auprès des patientes des informations concernant cette catégorisation provenant des médecins.

Il est dès lors intéressant de constituer une part du corpus textuel à partir du contexte français ainsi que d'y mener une enquête de terrain qualitative dans des services médicaux et cliniques où ces chirurgies sont pratiquées (voir détail section 4 du chapitre).

Par ailleurs, l'hyménoplastie étant très pratiquée en Égypte (Rahou, 2013) et ayant également été très discutée en 2010 par les autorités politiques et religieuses, ce contexte semble particulièrement pertinent pour y effectuer une enquête de terrain.

Enfin, à partir des premiers résultats sur les effectifs de la chirurgie de réparation de l'hymen en France, on constate une baisse de cette chirurgie à partir de 2006, qui pourrait s'expliquer selon plusieurs hypothèses. La première serait le refus progressif des professionnel·les de santé de réaliser cette opération (Faucher, 2014). Une autre hypothèse serait le développement du tourisme médical vers des pays du Maghreb comme la Tunisie, pays dans lequel il existe une offre importante concernant la chirurgie esthétique à des coûts plus avantageux qu'en Europe. C'est le cas notamment pour les chirurgies sexuelles féminines comme l'hyménoplastie. Des cliniques privées s'appuient essentiellement sur ce commerce et

[37] Un exemple de site connu vendant ces produits (gamme connue « VirginiaCare ») s'appelle Restore Virginity. Le site propose des instruments d'entrainement du plancher pelvien, des certificats de virginité, capsule de faux sang, des hymen artificiels et autres crèmes resserrantes. Plus d'information sur : https://fr.restore-virginity.com/?gclid=Cj0KCQiAvqGcBhCJARIsAFQ5ke4iTyHtB3M3hJZ8h6SpP1OKvpCj892y_elJwNbMJknq81F4vC-_oKkaAt2QEALw_wcB, consulté le 23/11/2022.

proposent des forfaits qui incluent voyage, nuits à l'hôtel et opération. Il s'agit donc de documenter le fonctionnement de ces cliniques à Tunis afin de comprendre les motivations des patientes pour ce type de migration éphémère, ainsi que son importance au plan économique pour les cliniques. Cette partie de l'enquête a permis d'approfondir la question de l'anonymat et du secret qui semble accompagner les hyménoplasties, mais aussi de valider ou non certaines hypothèses de départ. Savoir si par exemple le choix de la Tunisie est lié à la présence de membres de la famille ou au contraire à l'absence de membres, si l'enjeu économique est le principal facteur d'explication de ce tourisme médical, etc (chapitre 7).

J'ai donc voulu ainsi « suivre » ces chirurgies dans ces différents contextes avec comme terrain principal la France, d'où ont émergé les premiers questionnements.

a) Du pays d'accueil au pays d'origine, sortir des présupposés ethnocentrés

Ces pratiques chirurgicales ne se développent pas de manière linéaire, car selon les contextes, elles ne sont pas forcément bien accueillies ou au contraire elles peuvent susciter un engouement fort au sein de la patientèle et des professionnel·les de santé. Il est important de chercher à comprendre leur histoire et leur diffusion dans chaque situation singulière, car cela a des incidences directes sur les protocoles médicaux, ainsi que sur les discours qui les accompagnent - surtout quand il s'agit de sujets aussi sensibles que la sexualité féminine - et la demande sociale à laquelle elles vont répondre ne va pas être forcément identique d'un contexte à l'autre. L'idée est alors d'interroger la construction transnationale de ces pratiques médicales et de comprendre leur déclinaison locale.

Il faut prendre en compte qu'une pratique ne peut s'insérer durablement dans un contexte que si elle rencontre des résonances au niveau social. Le cas des chirurgies sexuelles est notamment très intéressant puisqu'il renvoie directement à une géographie des sexualités, comme évoqué au chapitre 2. Une de mes hypothèses qui s'est confirmée au cours du terrain est la dimension transnationale et l'idée de circulation de ces pratiques médicales (chapitre 2).

Les pratiques étudiées sont ainsi intéressantes à interroger dans leur processus d'importation. Ici, mobiliser un tel concept renvoie à divers travaux en science politique sur l'importation de modèles étatiques et pratiques dans d'anciens contextes coloniaux (Badie, 1992). Cela amène à questionner une certaine colonialité dans la circulation Nord-Sud de cette

pratique. Néanmoins, ce constat est à nuancer dans la mesure où la pratique est ramenée par des ressortissants égyptiens dans leur contexte national, à la suite de leur formation à l'étranger, contrairement à d'autres espaces en Afrique francophones où ce sont des professionnel·les de santé européen·nes qui viennent sur place pour proposer cette pratique aux populations[38].

Bien sûr, cela questionne également l'idée de standards de santé globale, dominée par une médecine dite « occidentale », au niveau des instances de formation, des institutions internationales de santé et surtout des formations et des établissements éducatifs qui accueillent des professionnel·les de santé du monde entier, majoritairement situés sur le continent européen ou nord-atlantique.

b) Une démarche qualitative multi-située : des terrains, un terrain ?

Mes terrains d'investigations principaux de ces pratiques sont donc le contexte français *et* le contexte égyptien, où ces chirurgies ont suscité des controverses au sein des milieux médicaux et de la société civile. Pour revenir sur le sens de l'enquête « multi-située » au sens de Marcus, celle-ci désigne une « nouvelle » méthode d'enquête, à l'heure de la mondialisation. Elle désigne un travail de suivi des individus, des intrigues, des objets, des biographies, revenant finalement à penser la démarche scientifique en sciences humaines comme également en mouvement dans un espace international (Marcus, 1995). La positionnalité du/de la chercheur·e revient à se « multisituer » lui-même pour appréhender l'objet de recherche depuis une variété de points de vue (Baby-Collin et Cortes, 2019).

Mon choix d'entreprendre une étude sur ces chirurgies, appréhendées comme des « objets transnationaux » (Baby-Collin et Cortes, 2019)[39] dans plusieurs contextes s'articule autour de trois idées :

- Questionner ces pratiques dans un cadre international, cadre où s'inscrit désormais la médecine. On assiste en effet depuis plusieurs décennies à un mouvement d'internationalisation et de standardisation des pratiques médicales (Gobatto, 2003), qui donnent lieu à des rencontres entre spécialistes parmi lesquels chirurgiens et chirurgiennes sont des partenaires centraux. Les pratiques

[38] Au cours de mon terrain d'enquête en France, j'ai pu entendre des professionnel·les de santé me parler de leur déplacement au Burkina Faso, au Soudan, au Mali et en Guinée pour réaliser des réhabilitations clitoridiennes.

[39] Dans le sens où la multi-localisation et le déplacement sont constitutifs de la compréhension de l'objet de recherche étudié.

médicales qu'ils mobilisent se déclinent alors dans ce que l'on pourrait nommer des « variantes locales ».

- Questionner la transnationalisation de ces pratiques, puisqu'elles donnent lieu à ce que l'on peut appeler un « tourisme médical », mais aussi en tant qu'elles ont pu s'exporter d'un contexte culturel à un autre. Ce qui permet de se demander comment celles-ci font l'objet d'une adaptation à un contexte national et social différent, avec des normes sexuelles variables.
- Interroger certains biais culturalistes qui accompagnent les représentations du plaisir et du corps féminin. Par exemple : l'indignation occidentale vis-à-vis de l'excision ou les accusations d'occidentalisation des corps par la médecine moderne dans des contextes extra-occidentaux.

Par ailleurs, les deux contextes principaux que sont l'Égypte et la France sont des lieux particulièrement intéressants en tant qu'ils ont été le lieu de naissance ou de débat de ces pratiques. La Tunisie est également un terrain intéressant dans la mesure où elle est le principal lieu du tourisme médical pour ces chirurgies et la chirurgie esthétique de manière générale. Nous reviendrons sur ce terrain plus bas.

Il ne s'agit donc pas d'une étude comparative puisque les contextes ne sont en soi pas comparables, que cela soit au plan économique, social ou religieux. Cependant les mettre en regard permet d'acquérir une compréhension plus subtile et large de ces pratiques qui questionnent la diversité de nos sociétés pluriethniques (Poutignat et Streiff-Fénart, 2015) et les circulations de savoirs médicaux en tant que ces savoirs véhiculent aussi un certain nombre de représentations sur les corps sexués et s'inscrivent dans ce que Paulo Machado (2008) nomme des « réseaux globalisés de production scientifique » lorsqu'il réalise une enquête entre le Brésil et la France (cité et traduit dans Thibeau, 2019).

B - La modalité de l'entretien comme outil principal d'enquête

a) Phase exploratoire

La première période de recherche en France sur ces chirurgies à partir de janvier 2020 a constitué une période exploratoire (calendrier de thèse, annexe 4) de l'enquête où quelques entretiens semi-directifs ont été menés avec des professionnel·les de santé. Une série de trois ateliers sur les violences génitales faites aux femmes, dont un portant exclusivement sur la

question de l'excision et sa prise en charge médicale, ont été organisé (le troisième sur les violences gynécologiques a été annulé en raison de la crise sanitaire). Ces ateliers ont été organisés à l'Université Paris 1 Panthéon Sorbonne en partenariat avec l'antenne étudiante Amnesty International de cette université -dont je faisais alors partie. Durant ces ateliers, un public d'étudiant.es, militant.es, professionnel des migrations et de l'accueil des femmes en France (travailleur.es sociaux, interprète à l'OFPRA, etc) se sont réunis autour de spécialistes (médecins, associations, chercheuses, avocates). Ces ateliers de deux heures ont été l'occasion de faire émerger des mythes anatomiques concernant les réparations génitales, l'excision et la virginité, communément répandus auprès de ce public, et d'en débattre avec des spécialistes. Ce moment exploratoire a été également l'occasion de me documenter sur les associations existantes et de prendre contact avec de premiers enquêtés. Ainsi, cette phase exploratoire m'a principalement permis de construire la méthodologie ici présentée, qui est essentiellement focalisée sur la modalité de l'entretien ethnographique semi-directif, mais elle m'a aussi permis d'élaborer une première liste de « mythes anatomiques » à l'œuvre dans les discussions autour de ces chirurgies (tableau 1, chapitre 1). A partir de cette liste, qui a continué à s'enrichir au fur et à mesure du terrain, la question de l'ignorance structurelle et produite activement a constitué un fil rouge dans la recherche et l'actualisation des grilles d'entretien.

Par la suite, j'ai entrepris de poursuivre cette démarche de contextualisation sur le plan qualitatif et en préparation de mon enquête de terrain – reportée en raison de la crise sanitaire - par l'analyse d'un corpus textuel issu de la presse française. Cette démarche s'attache à comprendre différents éléments discursifs de ces chirurgies et concerne les discours politiques, juridiques, militants et médicaux qui accompagnent ces chirurgies, afin de voir dans quelle mesure elles s'inscrivent dans une rhétorique de stigmatisation de ce qui est désigné sous l'angle du « national », du « culturel » et du « traditionnel ». Ce corpus de presse a permis de réaliser une analyse textuelle approfondie grâce à l'outil en ligne « hyperbase » qui documentait les représentations sociales accompagnant ces chirurgies dans différents espaces médiatiques comme les presses généralistes, la presse médicale ou encore la presse féminine (méthodologie détaillée partie III).

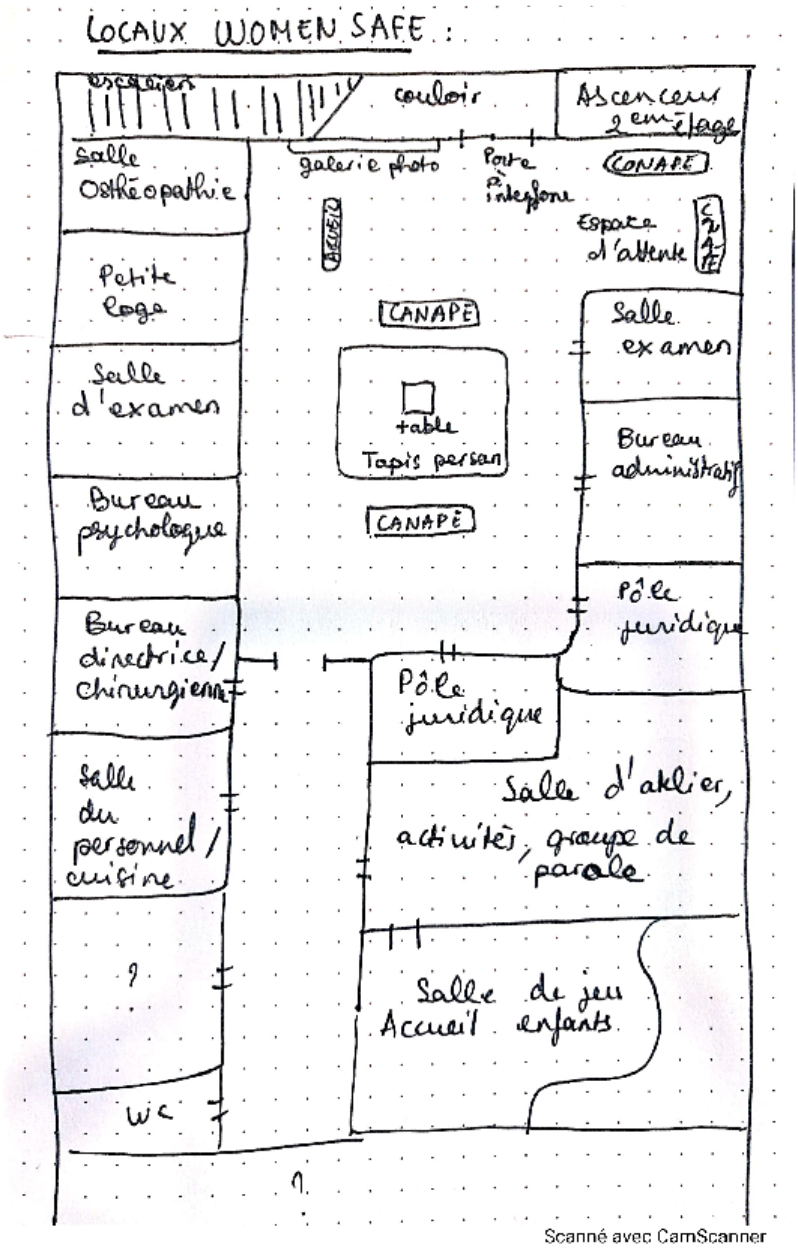
A cela s'ajoutent plusieurs recherches documentaires (rapports de l'ONU, articles de presse, site de professionnel·les de santé) qui ont également nourri cette phase exploratoire sur le contexte égyptien et le tourisme médical en Tunisie. Ces recherches documentaires et leur analyse ont été principalement menées entre mars et juin 2020. Un complément de recherche

sur le corpus de presse français a été réalisé en novembre 2021 afin de finaliser la collection des articles de l'année 2020.

b) Les types de lieux enquêtés

A la suite de cette première phase, le choix de l'entretien semi-directif m'a paru la modalité la plus ouverte pour mener cette enquête et recueillir une pluralité de discours chez différents acteurs de lieux variés, plutôt que de privilégier un seul lieu d'investigation. Cependant les lieux (associations, unité de santé, cabinet) où ces chirurgies sont réalisées ont été ciblés en priorité lors de la période exploratoire de l'enquête. Je m'y suis rendue plusieurs fois, réalisant des observations ethnographiques lors de moments importants pour comprendre le contexte de réalisation de ces chirurgies : des formations de professionnel·les de santé par leurs pairs, des groupes de paroles de patientes, une ethnographie mouvante de salles d'attente en salles d'attente, et en France uniquement, des observations participantes à des réunions « staff » dans plusieurs équipes pluridisciplinaires de région parisienne. « Staff » est le nom donné aux réunions de concertation réalisées au sein des équipes pluridisciplinaires, en majorité dans les centres s'occupant de reconstruction clitoridienne, mais pouvant porter sur d'autres actes médicaux, y compris les hyménoplasties. Lors de ces réunions les cas de patientes sont alors discutés en équipe pour prendre des décisions collectives sur la démarche à suivre. Plusieurs corps de métiers y sont représentés (sage-femme, chirurgien·ne, sexologue, psychologue, gynécologue, infirmier·ères, ostéopathes) et ont rencontré les patientes avant de se concerter. Ce type de dispositif « holistique » et « pluridisciplinaire » a été évoqué dans l'enquête de Michela Villani (Villani, 2012) pour ce qui concerne la prise en charge des femmes excisées en France. Mon enquête ayant été réalisée dans plusieurs de ces unités « pluridisciplinaires », elle permet alors de penser une comparaison des nouvelles formes de prise en charge, très marquées par les milieux associatifs, ainsi que d'envisager la construction émergente d'un modèle médical expérimental. Ce modèle qui, a priori, est plutôt présent en Europe, représente une ambition dans d'autres contextes. C'est le cas en Egypte où j'ai pu voir la mise en œuvre d'efforts pour constituer des dispositifs similaires qui en sont cependant encore à leurs balbutiements en raison du manque de moyens financiers et de soutien institutionnel. J'ai eu alors à cœur de prendre beaucoup de notes et de réaliser des schémas sur l'organisation spatiale, administrative et économique de ces centres (schéma 3, 4, 5).

Schéma 4. Organisation spatiale pluridisciplinaire du Centre Women Safe – Saint-Germain-en-Laye (78)[40]

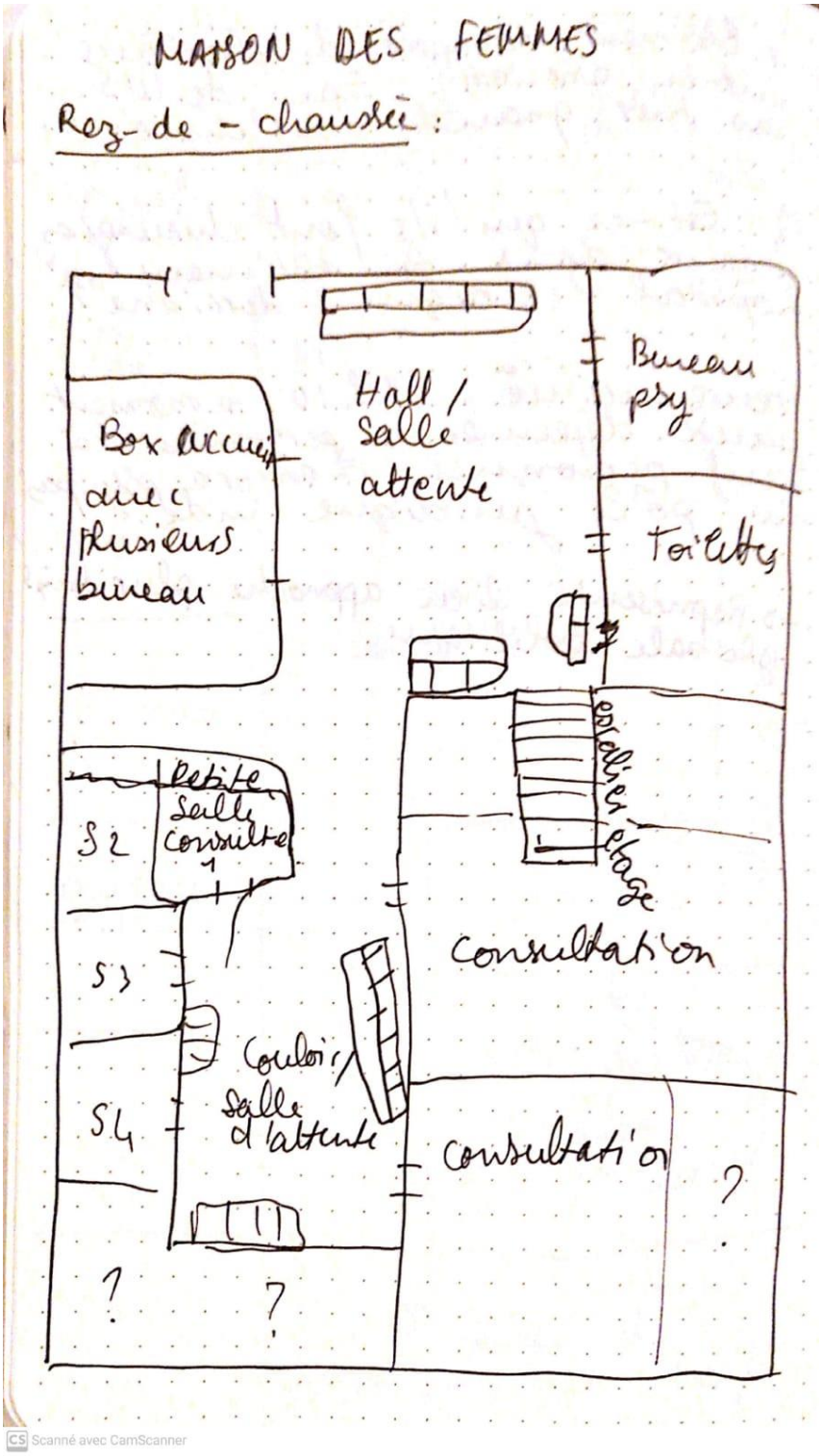


Ce schéma, réalisé à la main dans mon carnet de terrain, détaille les locaux de la structure médicale « Women Safe » qui se trouve à Saint-Germain-en-Laye en Ile-de-France (78). Cette structure se trouve au deuxième étage d'un bâtiment abritant d'autres structures, telles que des associations, des cabinets juridiques, etc. Cette unité a la particularité d'être pluridisciplinaire, ce qui est particulièrement visible au niveau de la répartition de l'espace dans les locaux. On y trouve notamment des bureaux dédiés aux personnels médicaux, pour l'examen gynécologique, à des psychologues, mais aussi le bureau d'une ostéopathe, des bureaux juridiques pour accompagner les femmes dans leur demande (porter plainte, papier, titre de séjour, etc). Une salle d'atelier existe également où se déroulent des activités de groupes, les groupes de parole

[40] Ces schémas à la main ont été réalisés dans les carnets de terrain lors des observations ethnographiques.

de patientes, des ateliers de théâtre, karaté, et autres. Enfin, une salle de jeu est aussi à disposition pour les patientes venant avec leur enfant et depuis peu a été créée une unité de prise en charge d'enfants victimes de violence. L'équipe se compose d'une quinzaine de personnes incluant des stagiaires.

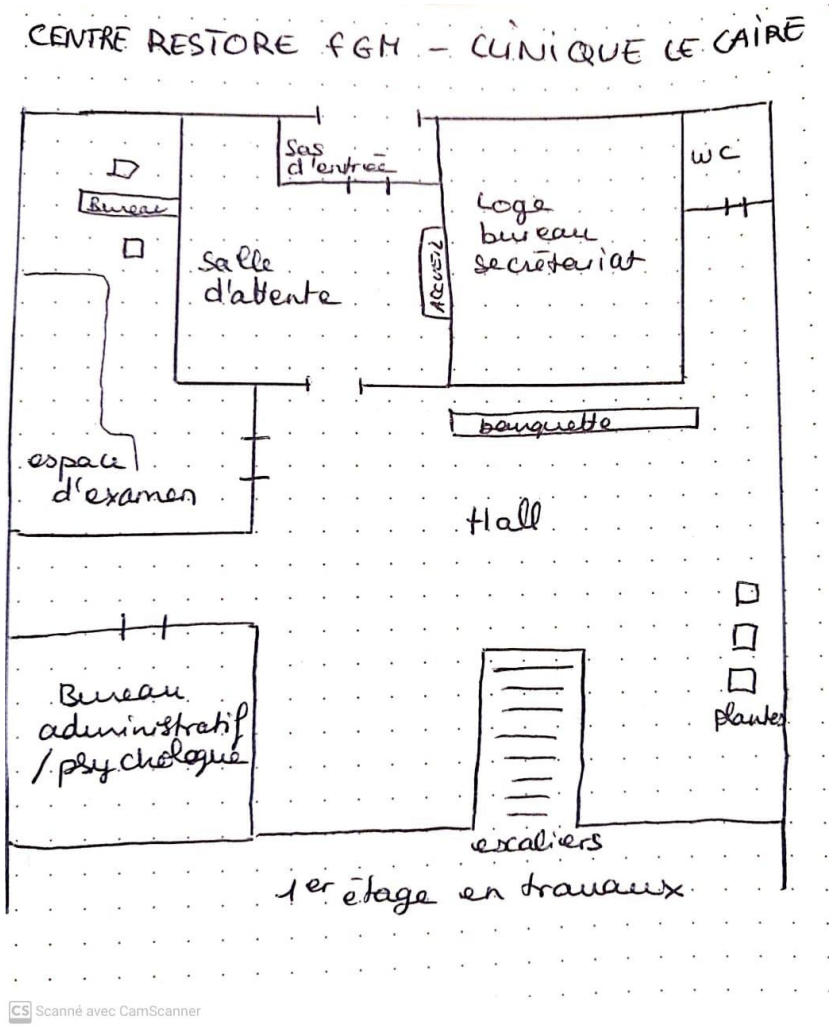
Schéma 2 – Rez-de-chaussée de la Maison des femmes de Saint-Denis (93)



Scanné avec CamScanner

La Maison des femmes de Saint-Denis (93) se présente spatialement comme une maison autonome du centre hospitalier La Fontaine, bien qu'elle ait été construite à 200 mètres du bâtiment principal sur un espace appartenant à l'Hôpital. C'est une maison colorée (sur la façade et à l'intérieur) de deux étages, construite dans une zone de verdure (quelques espaces de culture et un petit potager sont visibles depuis l'entrée) offrant ainsi un cadre très différent de l'Hôpital et plus chaleureux. Le rez-de-chaussée rend compte également de la pluralité des disciplines présentes dans cet espace. Les bureaux sont cependant interchangeables, très petits, certains ont pratiquement les dimensions d'un placard. On y trouve d'abord une grande salle d'attente avec l'accueil. Le premier bureau en face de l'accueil est celui des psychologues. En face de la porte d'entrée se trouvent des escaliers ornés de motifs type mosaïques, bleus, montant vers une grande salle à l'étage qui sert aux ateliers, groupes de parole, réunions « staff » de l'équipe médicale. L'équipe se compose d'une trentaine de personnes dont beaucoup sont issues du personnel hospitalier de l'Hôpital La Fontaine. Des intervenant·es extérieur·es vacataires ou bénévoles sont également intégrés à l'équipe avec des temps de présence variables sur place. Des stagiaires et bénévoles sont aussi présent·es et se chargent notamment d'animer des ateliers, ou de gestions administratives, de communication et plaidoyer.

Schéma 5. Organisation spatiale du Centre « Restore FGM », Le Caire, Egypte.



Scanné avec CamScanner

Ce centre médical tend à s'inspirer des centres pluridisciplinaires européens. Cependant en raison de la nouveauté de ce centre (ouverture en 2020) et du manque de moyens financiers, les locaux de la clinique sont assez petits. Un seul cabinet se trouve à disposition du centre. D'autres espaces qui constituaient un hôpital auparavant sont inoccupés et en travaux à l'étage. Un bureau administratif abrite la comptabilité ainsi que la psychologue les jours où celle-ci se déplace à la clinique, selon les rendez-vous de patientes. Parfois les patientes sont plutôt envoyées à son cabinet, ou bien leur consultation se fait à distance sur Zoom – pratique développée en lien avec la crise sanitaire. Un grand hall vide indique que les locaux étaient prévus pour accueillir un grand nombre de patients auparavant. Plusieurs projets de rénovation sont en cours. Pour l'instant l'équipe n'est composée que deux chirurgien·nes, une secrétaire médicale et comptable, une psychologue spécialisée en thérapie somatique.

Les autres lieux observés étaient des cabinets médicaux, des espaces associatifs plus restreints. Les cabinets privés étaient souvent l'endroit proposé par les professionnel·les de santé pour réaliser un entretien. Je me retrouvais ainsi au cœur de leur espace de travail et de leur pratique quotidienne, ce qui m'a permis de mieux comprendre les parcours médicaux, les procédures d'accueil des patientes. Les médecins avaient également accès à leur dossier et documentation, beaucoup m'ont donné des prospectus et montré des photos de chirurgies, des supports pédagogiques, maquettes ou autres schémas qu'ils utilisaient lors des consultations avec leurs patientes. Durant ces observations, j'ai essayé de garder une certaine distance méthodologique en cantonnant mes interventions (dans les groupes de parole par exemple) à la présentation de ma recherche en début de séance et la distribution des formulaires de consentement. Néanmoins, les professionnel·les de santé et associations ont eu tendance à souvent m'intégrer dans leur pratique et rendre ces observations - qu'on pouvait déjà qualifiées de participantes (aucune observation neutre se saurait être conduite) – incontestablement impactantes dans la situation observée. Les diverses observations ethnographiques sur les espaces de soin s'articulaient néanmoins avant tout avec ma tâche principale d'enquête : la réalisation d'entretiens.

c) L'enquête par entretien

Le corpus d'entretiens s'étend à 65 entretiens (tableau 2 et 4) réalisés auprès de professionnel·les de santé, des femmes et des acteur·trices associatifs ou institutionnels gravitant autour de ces chirurgies entre la France et la Tunisie (n=36), et l'Egypte (n=29). En raison de la pandémie de la covid-19, j'ai dû adapter mes techniques d'enquête au contexte sanitaire. J'ai alors adopté des méthodes hybrides de réalisation des entretiens, tantôt en face à face avec l'enquêté.es, tantôt sur une modalité à distance : en visioconférence ou par téléphone.

On pourra s'interroger sur la pluralité d'acteur·trices interrogés dans le cadre de cette recherche. Il se trouve qu'à l'issue des premiers entretiens exploratoires en janvier 2020, il a été très clair que les démarches et prises en charge de patientes étaient influencées par l'actualité, des représentations socio-politiques véhiculées par des discours sur le terrain et dans la sphère politique, ainsi qu'un certains nombres d'entités connexes au milieu médical : des associations de femmes, des financeurs ou soutiens institutionnels, des dispositifs sociaux de prise en charge des femmes qui allaient les orienter ou non vers ces chirurgies, etc. Il était ainsi important d'ouvrir le champ de cette recherche à d'autres acteur·trices que le médecin et sa patiente. Finalement, en ajoutant ces acteurs connexes à des recherches contextuelles et aux données quantitatives évoquées plus haut, nous avons pu souligner l'importance des contextes sociaux et nationaux dans lesquels se déroulent ces opérations et ce qu'elles représentent alors au regard de la spécificité des contextes locaux.

Une méthodologie différente a été choisie d'un côté pour les entretiens avec les femmes et d'un autre pour ceux avec les professionnel·les de santé et les acteur·trices associatifs ou institutionnel·les. Pour les professionnel·les de santé et les acteur·trices connexes, il était plus simple de les contacter directement par mail ou par téléphone en obtenant leurs coordonnées sur le site web. J'expliquais alors brièvement ma recherche et mon affiliation institutionnelle pour négocier les premiers entretiens. Par la suite, j'ai pris soin de toujours demander à mes enquêté·es, en fin d'entretien, des contacts d'autres praticien·nes, afin de bénéficier de leur recommandation pour nouer de nouveaux contacts. Une partie non négligeable de mes entretiens ont ainsi relevé d'un effet « boule de neige », ce qui m'a beaucoup aidé à être considérée, au fil du terrain, comme étant de plus en plus légitime dans les espaces réservés au personnel médical. Néanmoins, procéder par effet « boule de neige » a pu parfois porter préjudice à ma présentation aux enquêté·es, qui m'échappait alors largement. Par exemple, une gynécologue au Caire avec qui je venais de réaliser un entretien dans un café, appela ensuite au téléphone, devant moi, un chirurgien de New Cairo, son « mentor », pour que je le rencontre, elle me présenta comme une étudiante « spécialiste des excisions en France ». Il s'est avéré par la suite que le chirurgien pensait que j'étais étudiante en médecine, j'ai dû alors, en précisant ma démarche au début de l'entretien, justifier avec plus d'insistance de l'importance d'une enquête sociologique sur ces questions.

De manière générale, les médecins savaient que j'avais déjà rencontré plusieurs de leurs collègues - il s'agit, sur ces questions médicales, de petits milieux où tout le monde se connait,

malgré une forte méconnaissance réciproque entre le secteur libéral et les établissements hospitaliers publics dans lesquels interviennent des spécialistes reconnus. Ils savaient aussi que j'avais parlé avec des patientes, ce qui leur faisait me prêter une expertise propre de sociologue dans leur domaine d'intervention. Au fur et à mesure du terrain s'est dessiné une évolution de leur attitude *vis-à-vis* de moi. En effet, au début de mon terrain en 2020 j'étais considérée comme une étudiante extérieure à leur domaine et présupposée ignorante des techniques et débats sur ces chirurgies. Cependant à la fin de mon terrain en janvier 2022, j'ai été plus souvent placée à un statut d'experte sur la question : experte sur l'Egypte en France pour y avoir réalisé un terrain de plusieurs mois, experte en Egypte pour avoir eu un terrain en France, en tant qu'étrangère et du fait de venir d'un pays jugé plus « expert » dans les chirurgies génitales. A la suite de cette évolution de statut, j'ai été invitée dans des réunions du personnel médical, durant lesquelles on me demandait mon avis, ou de débriefer sur des « cas ». Enfin, à la fin de plusieurs entretiens, l'on m'a demandé de plus en plus « mes conclusions » sur ces pratiques de reconstruction. Evidemment, en France, mon passage par le terrain égyptien a représenté un gain de légitimité vis-à-vis des professionnel·les de santé en France qui ne connaissaient que très peu la situation égyptienne. Plusieurs fois au début d'un groupe de parole, on m'a même encouragée à raconter « comment cela se passe en Egypte ». De même en Egypte, le fait de venir de France et d'y avoir rencontré des spécialistes reconnus, m'a valu d'être invitée dans une formation à destination de gynécologues-chirurgien·nes et m'a beaucoup aidée à négocier mes premiers entretiens, lorsque je ne bénéficiais pas encore de la recommandation d'enquêté·es pour contacter de nouvelles personnes.

Pour ces professionnel·les de santé, j'ai choisi de réaliser des entretiens semi-directifs afin de systématiser la collecte d'informations et de pouvoir ensuite comparer les réponses reçues. La grille d'entretien a été testée tout d'abord auprès d'une gynécologue-amie d'un cabinet privé dans le 95, puis à la Maison des femmes de Saint-Denis. Cette grille a ensuite évolué de manière régulière à mesure que d'autres thèmes importants surgissaient durant les entretiens ou que certaines manières d'aborder un thème nécessitaient d'être repensées (annexe 6). Elle a donc fait l'objet d'une adaptation pragmatique tout au long de l'enquête, s'inscrivant dans une approche flexible, adaptative et compréhensive de l'enquête de terrain (Cardon et Desanti, 2007 ; Fassin, 2008b). En cela, les situations d'entretien ont été assez différentes selon

les lieux de l'enquête et ont dû se plier aux réalités de terrain[41], comme aux contraintes sanitaires imposées par la pandémie.

En revanche, avec les femmes – patientes ou non, mais concernées au sens large par ces chirurgies -, la plupart des entretiens ont été biographiques ou de type « récit de vie » (Bertaux, 2016 ; Dubar et Nicourd, 2017). Celles-ci savaient cependant que je travaillais sur la chirurgie et qu'à un moment ou un autre nous allions nous orienter vers ce sujet, qui était présent de manière sous-jacente dans la discussion. J'ouvrais alors la discussion, après que nous nous soyons toutes deux présentées de manière assez générale (occupation, âge, études) sur une question large touchant aux questions de virginité et de sexualité durant l'enfance. Ensuite, la conversation, rebondissant autour des questions familiales, du parcours de vie avec ce fil directeur de la sexualité, nous amenait à parler de la chirurgie et de son sens. L'idée était ainsi de recueillir par la « mémoire de soi » une parole individuelle qui ait une portée collective, en tant que celle-ci est « imprégnée d'expériences vécues comme collectives » comme celle de l'excision, de la pression autour de la virginité, de la migration pour les patientes en France, expériences qui jouent un rôle central dans leur parcours thérapeutique, simultanément ou par la suite. En cela, ces entretiens s'inscrivent dans une approche liée à la « sociologie du parcours de vie » (Santelli, 2019) qui aborde le récit biographique en se focalisant sur les « événements qui marquent une rupture », comme la chirurgie de reconstruction peut l'incarner, et qui permette ainsi de comprendre les « réorientations biographiques » profondes, à l'œuvre, derrière cette demande médicale. Ces femmes, aussi bien en France, en Egypte qu'en Tunisie, avaient des âges et des parcours très variés, et de ce fait leurs récits de vie qui parfois comportaient des facteurs communs, ne produisaient « pas les mêmes effets », se combinant « à chaque fois différemment » (Santelli, 2019). En cela, É. Santelli souligne l'importance d'une « temporalité intergénérationnelle » qui recoupe les transmissions familiales, l'histoire familiale et plus largement le contexte social en tant que le parcours individuel n'est pas uniquement façonné par « sa propre historicité : il l'est aussi par le biais de la génération antérieure selon le contexte, les normes, les valeurs et les pratiques en vigueur pour cette génération – qui elle-même s'inscrit dans le temps » (Santelli, 2019, p.158). En somme, la question de la subjectivité des discours collectés qui semble parfois problématique sur le plan scientifique amenait finalement à un

[41] Par exemple, durant mon terrain au Caire, j'ai été amenée à réaliser des entretiens très tardifs au cabinet ou au domicile des personnes pendant le mois de Ramadan (avril 2021), en raison du rythme particulier de cette période de jeûne. Les entretiens étaient alors parfois accompagnés d'un intermède où nous allions manger avec la famille de la personne, ou au contraire pressés de s'arrêter car les enquêtés devaient aller partager *l'iftar* avec leur proche. Parfois également, les enquêté.es se trouvaient très fatigué.es et me demandaient de poursuivre l'entretien un autre jour.

phénomène de convergence des subjectivités dans ces situations qui parfois se recoupent sur certains points : l'expérience de femmes modifiées génitalement et leur demande de "reconstruction". Les différences, elles-mêmes trouvaient plus de sens dans l'analyse du fait de cette convergence en d'autres points : soulignant par exemple l'importance de facteurs sociaux, économiques, culturels, voire même parfois linguistiques (chapitre 6 et 7).

Le recrutement de ces femmes s'est un peu fait par des réseaux interpersonnels de connaissance, puis par un effet « boule de neige ». Plusieurs fois cependant, leur recrutement a eu lieu par l'intermédiaire d'associations ou de groupes de parole. Pour ce qui est des patientes d'hyménoplastie, l'enquête par « boule de neige » s'est en revanche avérée impossible : car aucune femme ne connaissait personnellement d'autres femmes ayant réalisé cette opération. Je suis alors passée par des Forums en ligne pour prendre contact avec certaines. Il s'agissait à nouveau de réagir et d'interagir avec les opportunités du terrain, ainsi que de s'adapter aux difficultés d'accès aux enquêté.es selon les terrains.

C - Cheminement d'une enquête ethnographique : les différents terrains et méthodologies mises en place

a) En France, la région parisienne : pluralités des procédures médicales et des situations sociales

En raison de la diversité de l'offre et de la démographie variée des populations, la région parisienne est apparue comme lieu clé d'investigation dès la première phase exploratoire de l'enquête et en lien avec la littérature démographique et sociologique disponible (chapitres 2 et 4).

Les personnes interrogées et situation d'entretien

A la différence du terrain égyptien, l'enquête en France se déroulait dans mon pays de résidence, aussi on ne peut parler d'un terrain immersif. Il s'agissait plus de faire des allers-retours entre le milieu médical, le secteur associatif ou encore des espaces plus intimistes pour rencontrer des femmes, des patientes d'un côté et la vie scientifique, les lectures scientifiques d'un autre côté. C'est pourquoi ce terrain s'est déroulé en plusieurs temps et a été entrecoupé par le terrain égyptien (calendrier de thèse, annexe 4). C'est donc en région parisienne, sur le terrain, que 36 entretiens semi-directifs ont été menés avec divers personnes : des patientes, des médecins, d'autres personnes gravitant autour de ces chirurgies issues du milieu associatif

(tableau 3). La durée des entretiens pouvait être assez variable selon la situation d'enquête. Plusieurs professionnel·les n'avaient pas beaucoup de temps et n'ont pas dépassé les 20 minutes de discussion mais la plupart ont au moins accepté de réaliser des entretiens de 45 minutes. Pour les patientes, la plupart des entretiens se sont fait soit par téléphone en raison de la crise sanitaire ou de leur désir de rester anonyme, soit chez elles. Les entretiens à distance duraient souvent entre 45 minutes et une heure. En revanche, les entretiens à domicile avaient l'avantage d'être plus approfondis, allant parfois jusqu'à deux heures d'échange.

Tableau 3. Entretiens semi-directifs menés en France entre janvier 2020 et janvier 2022.

Catégorie d'acteurs	Durée	Prénom[42]	Âge	Profession
Professionnel·les de santé	45 min	Aya	52	Gynécologue - obstétricienne
Professionnel·les de santé	2 heures	Éléonore	62	Gynécologue
Professionnel·les de santé	20 min	Kamel	47	Gynécologue
Professionnel·les de santé	1h10	Maurice	53	Chirurgien gynécologique et orthopédique
Professionnel·les de santé	1h30	Alice	26	Etudiante en médecine (5ème année) – spécialité gynécologie
Professionnel·les de santé	1h15	Grégoire	28	Interne en chirurgie gynécologique
Professionnel·les de santé	40 minutes	Duong	54	Chirurgien plasticien libéral en banlieue parisienne
Professionnel·les de santé	25 minutes	Bachir	57	Chirurgien plasticien libéral à Paris
Professionnel·les de santé	48 minutes	Elias	49	Chirurgien plasticien libéral à Paris
Professionnel·les de santé	40 minutes	Clarisse	55	Chirurgienne plasticienne libérale à Paris
Professionnel·les de santé	1 heure	Alina	43	Chirurgienne plasticienne libérale à Paris
Professionnel·les de santé	40 minutes	Marie-Pierre	50	Chirurgienne plasticienne libérale à Paris
Patiente	50 minutes	Dalila	31	Éducatrice sociale
Patiente	1 heure	Aïcha	28	Intérimaire dans une entreprise de cosmétique
Patiente	1 heure	Jasmine	29	Étudiante en doctorat

[42] Les prénoms inscrits sont des pseudonymes.

Patiente	35 min	Myriam	24	Étudiante en IUT
Patiente	1h10	Mimouna	46	Salarié au GAMS
Patiente	2h00	Fatima	54	Patiente d'hyménoplastie
Patiente	1 heure	Dounia	41	Demandeuse d'asile, patiente excisée
Patiente	2 heures	Leila	56	Maîtresse d'école
Particuliers	1 heure	Oussama	33	Écrivain
Associatif	1 heure	Michelle	73	Retraitée
Associatif	40 minutes	Sandrine	62	Inspectrice rectorat
Professionnel·les de santé	1 heure	Marie-Gabrielle	66	Psychologue dans un CH
Professionnel·les de santé	1 heure	Jacques	74	Chirurgien urologue
Patiente	1 h30	Radwa	23	Étudiante en L3
Professionnel·les de santé	1 heure	Samia	56	Psychologue dans un CH
Professionnel·les de santé	1 heure	Véronique	66	Gynécologue libérale
Professionnel·les de santé	1 heure	Malik	57	Gynécologue tunisien
Professionnel·les de santé	1 heure	Amir	54	Chirurgien tunisien
Professionnel·les de santé	1h15	Yvan	61	Sexologue
Patiente	40 minutes	Zina	29	Demandeuse d'asile, patiente excisée pas encore opérée
Patiente	1h15	Fatoumata	38	Patiente de réhabilitation clitoridienne
Professionnel·les de santé	1h30	Marlène	71	Psychologue retraitée
Patiente	50 minutes	Anissa	25	Etudiante, patiente d'hyménoplastie
Professionnel·les de santé	30 minutes	Salwa	35	Secrétaire médicale dans une clinique tunisienne

Il était dès lors intéressant de mener une enquête de terrain qualitative dans des services médicaux et cliniques où ces chirurgies sont pratiquées, ainsi que de rencontrer des femmes ayant ou pensant (à) réaliser ces opérations.

Le terrain français a déjà été initié en janvier 2020 et a connu trois phases de recherche (calendrier de thèse, annexe 4) : une première phase exploratoire entre janvier 2020 et février 2020, puis une deuxième phase de terrain entre juillet et décembre 2020 avec cette fois des observations ethnographiques dans le milieu médical et au sein d'associations me permettant de réaliser une grande partie du corpus d'entretiens, puis une dernière période entre septembre 2021 et janvier 2022, ramenant cette période d'enquête à 12 mois d'enquête. Ce terrain français se focalisait, pour des raisons socio-démographiques en termes de populations cibles (Hamel, Simon et Beauchemin, 2010), sur la région parisienne nord dans le 92, 95, 93 et le 78 (où se trouvent des établissements clés pour la recherche sur ces pratiques) et Paris pour ses cabinets privés de chirurgie esthétique notamment. Dans ce cadre, j'ai entrepris de réaliser des entretiens avec des professionnel·les de santé – présent.es dans des structures d'accueil comme la Maison des femmes de Saint-Denis, l'Institut Women Safe, l'hôpital de Pontoise, l'hôpital du Kremlin Bicêtre ou des cabinets gynécologiques ou de chirurgies esthétiques privés -, des patientes et des acteurs associatifs gravitant autour de ces pratiques (Association du GAMS, Planning Familial, etc).

Le volet observation

Des observations ethnographiques ont été réalisées tout au long du terrain dans les salles d'attente de praticien·nes, dans leurs cabinets ou les couloirs d'un hôpital. Je faisais en sorte de toujours venir en avance (environ une heure) afin de pouvoir observer et prendre des notes sur les lieux, les interactions entre patientèle et personnel médical, etc. Dans le libéral peu d'observations supplémentaires sont réalisables, cependant dans le public au sein des centres pluridisciplinaires entretenant des collusions très fortes avec le milieu associatif, une plus grande diversité d'espaces et d'activités s'offraient à l'observation (tableau 4) : des ateliers de tout type (autodéfense, art, théâtre) à destination des patientes, des groupes de parole (également présents dans le milieu associatif), des formations de professionnel·les de santé, mais aussi du côté des médecins dans des formations ou des réunions « staff » (déjà évoquées en introduction de chapitre). Un atelier pédagogique et de débat, en partenariat avec l'association étudiante Amnesty International Sorbonne, le GAMS Paris, l'Institut médical Women Safe et SOS Africaines en danger, a été également mis en place lors du terrain exploratoire et a permis de collecter des données ethnographiques, ainsi que des témoignages de patientes excisées. Comme évoqué plus haut (section II, chapitre 1), j'ai pu organiser cet atelier dans le cadre de mon appartenance à l'association Amnesty International Sorbonne, il a constitué un point de

démarrage de ma première phase exploratoire de recherche en France. J'ai pu également par ce biais rencontrer des femmes et des professionnel·les de santé, ainsi que prendre contact avec des associations locales travaillant sur des thématiques liées à la santé des femmes en région parisienne.

Tableau 4. Observations ethnographiques réalisées *in vivo* :

Lieux	Contexte d'observation	Durée
Paris I Panthéon Sorbonne	Atelier sur les « violences génitales et excision » en partenariat avec l'Antenne jeune Amnesty International Sorbonne	3h
Mairie du 19e – GAMS Ile-de-France	Journée de lutte contre les mutilations génitales – tables rondes avec membres de l'association et acteur·trices institutionnel·les	1 jour
CH Kremlin-Bicêtre – Bâtiment Maternité (94)	Réunion "staff clito"	1h
	Formation de professionnel·les de santé à la prise en charge pluridisciplinaire des femmes	5h
	Réunion "staff clito" 2	1h
Sos Africaine en danger – Paris (18e)	Groupe de parole de femmes	2h
	Réunion associative	3h
Centre Women Safe – Saint-Germain-en-Laye (78)	Groupe de parole de femmes excisées	3h
Hôpital de Pontoise - Maternité (95)	Réunion Staff Pontoise	1h30
Maison des femmes de Saint-Denis (93)	Groupes de parole de femmes excisées + debrief avec professionnel·les de santé	3x 3h
	Formation In Vivo pour les professionnel·les de santé	2 jours

Ces espaces divers m'ont permis de mieux comprendre le contexte d'accueil des femmes et surtout les dynamiques expérimentales à l'œuvre derrière la construction de ces approches interdisciplinaires en France. Cela a pu être par la suite un point de comparaison avec les autres endroits qui reçoivent les femmes. Tout d'abord, ces lieux d'observation étaient

majoritairement proches d'une prise en charge marquée par le milieu hospitalier. La différence avec les petits cabinets de ville était frappante : ces cabinets sont bien plus intimistes, sans activité périphérique, donc entièrement dédiés à la discipline chirurgicale esthétique. Par ailleurs, à force de discussion et d'entretiens dans ces deux milieux médicaux en France, j'ai compris également que les hyménoplasties avaient une place secondaire dans ces espaces et surtout que les femmes patientes ne souhaitaient pas prendre part à ces parcours pluridisciplinaires avec une prise en charge psychologique, des ateliers de discussion, etc. Au contraire, elles voulaient que la démarche se passe dans l'intimité et la confidentialité et de manière assez rapide, afin que la chirurgie reste un élément isolé de leur parcours, et non structurant. Cela explique le fait qu'elles se tournent majoritairement vers les cabinets privés (chapitre 8). Cependant, pour des raisons financières et de confidentialité, une autre option s'offre aux patientes en France : la voie du tourisme médical à l'étranger.

Tunis et le tourisme médical : une extension du terrain français

Cette partie constitue une extension du terrain français, car c'est en enquêtant en France que je me suis aperçue que certaines patientes, résidant·es en France, décidaient de réaliser une mobilité thérapeutique vers l'étranger pour réaliser ces chirurgies intimes de reconstruction.

Dans le cadre de ce volet qualitatif, j'ai réalisé quelques entretiens à distance (n=5) avec des cliniques de Tunis offrant des chirurgies de reconstruction génitales, principalement des hyménoplasties de tous types (chapitre 1) et leurs patientes venues de France pour enquêter sur les modalités de ce tourisme médical depuis la France. Des professionnel·les de santé tunisien·nes connu·es dans les réseaux de patientes envisageant des hyménoplasties à Tunis (très visible sur le Forum esthéticon, encadré 6) – sans faire partie de ces cliniques touristiques - ont également été contacté·es (tableau 3). J'ai porté en complément une attention particulière au suivi de ces offres sur internet ainsi que sur les témoignages qui en faisaient mention dans les forums de discussion où les femmes échangent sur leur expérience et leur recherche de soin. Plusieurs cliniques ont également été contactées par téléphone dans le cadre de l'enquête pour obtenir des informations sur leur offre, les procédures, le cadre d'accueil et la logistique de ces voyages. C'est principalement avec les secrétariats médicaux que j'ai eu l'occasion de discuter et seule une secrétaire médicale a accepté de réaliser un entretien semi-directif approfondi (tableau 3).

Encadré 6. Présentation du Forum Estheticon

Le site Web Estheticon se présente comme un portail « interactif et éducatif » dédié à la chirurgie esthétique pour les médecins et les patient·es et se targue d'une « mission », à savoir : « soutenir la prise de bonnes décisions esthétiques et médicales grâce à des informations fournies par des spécialistes et des témoignages de patients, tout en conservant la santé comme critère n° 1 »[43].

Le site se présente de la manière suivante :

« Nous vous accompagnons sur votre chemin vers la beauté et la confiance en soi ». Sur ce site, il est alors possible de comparer les pratiques chirurgicales précises et le lieu d'exercice des différents chirurgien·nes, ainsi que leurs tarifs. On y trouve également un espace « témoignage » où tous les ans, autour de la même période en particulier : de mai à septembre, des femmes réouvrent des sujets tels que 'Hyménoplastie à Paris' ou 'Hyménoplastie provisoire réussie', qui regroupe une petite communauté de femmes échangeant sur cette pratique de reconstruction et demandant des conseils à celles ayant déjà réalisé l'opération. Par cet intermédiaire, j'ai pu parler en message privé avec plusieurs femmes françaises ou tunisiennes ayant fait une hyménoplastie, dont deux ont accepté de faire un entretien téléphonique avec moi. Néanmoins, la plupart ont préféré répondre à mes questions par écrit dans l'anonymat des pseudonymes choisis pour le Forum. J'ai aussi archivé et mobilisé pour mon analyse des témoignages laissés sur les fils de discussion du forum. »

Estheticon représente une plateforme de discussion et de témoignages également pour les femmes. Par ce forum, j'ai pu notamment prendre contact avec plusieurs patientes d'hyménoplastie – difficiles à atteindre par d'autres biais à l'exemple de la méthode « boule de neige », et cela en raison de la dimension taboue de cette demande médicale.

Ce pan de l'enquête s'inscrit dans l'extension du terrain français et la compréhension des phénomènes de circulation des pratiques, des patientes et des professionnel·les de santé avec les pays phares du tourisme médical attirant une patientèle – il s'agit même d'une clientèle – française. Cela renseigne aussi la négociation de ces pratiques de soin, toujours en miroir d'autres offres à l'extérieur du territoire national. L'enjeu du voyage dans le parcours thérapeutique pèse également sur les prises de décisions des patientes, le rôle de la chirurgie dans leur vie, et les contraintes matérielles auxquelles elles doivent faire face pour accéder à l'opération.

Bien sûr, ce phénomène étant assez réduit il s'agit de documenter les conditions de possibilité de ce tourisme médical et de contextualiser au niveau social l'attractivité de ce déplacement (plus de discrétion pour les femmes, des prix avantageux, etc), sans pour autant faire émerger une compréhension quantitative et statistique de ce phénomène. En effet, il faudrait, pour réaliser des estimations de l'ampleur numérique de ce tourisme, effectuer une enquête systématique en partenariat avec les cliniques tunisiennes – voire également marocaines - et un suivi systématique de leur patientèle. Initialement, un terrain de deux mois minimums avait été prévu dans le calendrier de thèse afin d'explorer davantage ces

[43] Toutes ces informations du forum peuvent être retrouvées sur leur page de présentation. Consulté le 01/03/2022 : https://www.estheticon.fr/about

questionnements, notamment dans la continuité du colloque international de 2020 à Tunis (repoussé puis réalisé en distanciel en 2021). Néanmoins, en raison de la crise sanitaire, aucun déplacement n'a été possible en Tunisie durant la thèse et seuls des entretiens à distance ont pu être réalisés. Ces circonstances expliquent cette investigation réduite sur le terrain tunisien. Ce type d'approfondissement pourra constituer un axe de recherche très riche dans le cadre d'un travail postdoctoral, dans la continuité de cette thèse.

b) En Egypte, ville internationale et enjeux locaux égyptiens : Le Caire et Alexandrie

Les entretiens ont été pour la plupart réalisés sur place, cependant avec la crise sanitaire et le report du terrain, certains entretiens ont été fait à distance lors de la première prise de contact à distance avec des personnes référentes sur le terrain – majoritairement des professionnel·les de santé. En tout 29 entretiens semi-directifs ont été réalisés (tableau 5).

Tableau 5. Entretiens semi-directifs menés en Egypte

	Nom	**Âge**	**Fonction**	**Durée entretien**
LE CAIRE	Clara	27	Analyste à la banque mondiale en Egypte sur des programmes de santé des femmes	2h (+ 1h premier entretien à distance)
	Amal	21	Patiente d'hyménoplastie en Egypte	1h40 (entretien à distance)
	Maurice	56	Chirurgien dans un CH français et exerçant dans une clinique privée du Caire.	50 minutes + 2 heures (premier entretien à distance) + 45 minutes
	Maryam	32	Gynécologue - obstétricienne cabinet privée New Cairo et l'hôpital public de Kars el Aini	55 minutes (+ 45 minutes premier entretien à distance)
	Akram	29	Juge aux affaires familiales	20 minutes
	Omar	57	Gynécologue - chirurgien en "gynécologie esthétique" Cairo Medical Clinic (CMC)	2h30
	Maha	48	Responsable du bureau MGF UNFPA Egypt	1h
	Yasmine	25	Etudiante en dernière année de médecine	3h
	Nawal	42	Femme excisée, hésitant à faire la reconstruction clitoridienne (consultation réalisée).	2h30
	Ali	62	Chirurgien du Caire / co-fondateur de l'association Restore	1h31
	Saïd	24	Etudiant.es en médecine au CHU El Shams	2h30

	Rania	23	Etudiant.es en médecine au CHU El Shams	2h30
	Hala	56	Salariée à l'OMS, médecin de formation	1h00
	Marlène	23	Etudiante en communication, travail sur une campagne concernant la réparation	2h00
	Hana	35	Femmes excisées, sœur de Nawal. Hésitante également sur la chirurgie de reconstruction	1h30
	Dr. Mohammad	55	Chirurgien plasticien obstétricien de Qasr El Ainsi, directeur de l'unité 21 et ayant un cabinet privé à El Manial	1h15
ALEXANDRIE	Dr. Amir	47	Chirurgien général / gynécologue à Alexandrie	1h00
	Salia	70	Ancienne directrice d'une association Al-Ekhlass de femmes à Alexandrie	2h00
	Menna	56	Femme bénéficiaire de l'association Al-Ekhlass, non excisée mais dont la sœur l'est.	30 min
	Maïssa	51	Femme bénéficiaire de l'association Al-Ekhlass excisée	45 min
	Nour	48	Femme bénéficiaire de l'association Al-Ekhlass excisée	1h00
	Inaya	37	Femme bénéficiaire de l'association Al-Ekhlass excisée (très pro excision)	1h00
	Lamia	44	Femme bénéficiaire de l'association Al-Ekhlass excisée	45 min
	Malak	38	Femme bénéficiaire de l'association Al-Ekhlass excisée	30 min
	Mayada	20	Etudiante en anthropologie, terrain à Alexandrie lié à excision / thème virginité	2h00
LE CAIRE	Dr. Rana	36	Seule chirurgienne femme spécialisée sur la reconstruction	1h00
	Dr. Youssra	33	Psychologue accueillant des femmes excisées avant la chirurgie du clitoris	30 min
	Dr. Hend	56	Responsable santé sexuelle et reproductive OMS	25 min
	Nesrin	22	Patiente reconstruite clitoris, étudiante	1h20

Un terrain localisé au Caire et un terrain "témoin" à Alexandrie

Tout l'intérêt de réaliser une enquête de ce type au Caire est que cette ville s'avère être une véritable plaque tournante internationale de circulation de pratiques médicales (Modrek

and Sieverding, 2016). Le tourisme médical y est assez développé mais également la mobilité des médecins. En parallèle, la grande diversité sociale présente dans cette capitale fait de la ville un lieu où des classes sociales très différentes se côtoient quotidiennement., et où l'on note très distinctement une répartition spatiale de l'espace entre d'une part quartiers riches du centre (Garden city, Zamale, El Manial, Dokki), nouveaux quartiers aisés à la périphérie (New Cairo, Madinate Nasr, Seta Uktober, etc) suivant le modèle des Compounds (Florin, 2012 ; Florin, 2005) et par ailleurs les quartiers populaires. Cela donne à voir une répartition intéressante des établissements de santé visités pour l'enquête, et cela renseigne sur les origines sociales de la patientèle qui les fréquente. C'est ainsi l'association d'une ouverture internationale avec cette grande diversité sociale mêlée à des spécificités tout à fait locales, qui fait de la ville du Caire un espace d'enquête très porteur pour observer des pratiques médicales.

De plus, l'introduction des chirurgies génitales étant encore récente dans le contexte égyptien, cette offre de soin ne se trouve pas dans les espaces ruraux et les villes de taille moyenne.

Cependant un autre terrain « témoin » ou de comparaison a été ouvert à Alexandrie – deuxième plus grande ville de l'Egypte en termes de population (CAPMAS, 2015) et avec une certaine ouverture internationale - pour chercher si cette offre de soin y existait aussi, et identifier le degré de connaissance que les professionnel·les de santé et les femmes issues de quartiers populaires avaient de ces chirurgies.

Durant ce terrain en Egypte, j'ai été accueilli par le Centre d'études et de documentation économiques, juridiques et sociales (CEDEJ) du Caire. L'équipe scientifique m'a soutenue dans ma démarche de recherche. Cet accueil m'a ainsi permis d'avoir un appui institutionnel, des locaux d'accueil et de m'investir dans la vie scientifique locale (détails des conditions d'accueil en annexe 5).

L'expérience d'une enquête collaborative au sein du CEDEJ

Ce terrain a très vite pris le sens d'une étude collaborative, car il s'est trouvé que nous étions trois jeunes chercheuses au CEDEJ du Caire (annexe 5) à la même période pour travailler sur des sujets liés à l'excision en Egypte et les interventions sur les parties génitales des femmes dans ce contexte. La recherche de Mariam Ghafir, étudiante en M2 à Science Po Paris porte sur les politiques publiques concernant l'excision en Egypte, celle de Gehad El Gendy, doctorante en première année à l'Université de Bordeaux, sur les « altérations génitales » au

sens large dans le monde de la médecine en Egypte, et la mienne, sur les chirurgies sexuelles de reconstruction et leur circulation transnationale. Dès lors, nous avons pu échanger sur place au Caire des contacts, discuter de nos premières données de manière rapprochée et parfois même réaliser des entretiens ensemble lorsque les acteurs interrogés intéressaient nos recherches respectives.

Par ailleurs, avec Gehad El Gendy, nous avons convenu de réaliser un terrain commun sous la forme d'une enquête exploratoire auprès d'un public de femmes égyptiennes, issues principalement de classe populaire ou classe moyenne inférieure (ces femmes étant plus concernées par les questions de modification génitale, voir EDS 2015) pour parler avec elles des différentes questions liées à nos thématiques mais aussi de leur rapport à la sexualité.

La méthodologie adoptée a été la suivante. Tout d'abord, nous avons mobilisé la méthode de l'enquête « boule de neige » pour réaliser des entretiens semi-directifs avec des femmes égyptiennes excisées ayant eu recours à des chirurgies de reconstruction ou l'envisageant. Nous avons pu contacter les premières femmes par différents canaux : notre réseau interpersonnel de connaissances, les groupes des confessions en ligne et aussi des gynécologues ou chirurgien·nes qui nous ont présentés à leurs patientes.

Une enquête à plusieurs niveaux et auprès d'acteurs multiples

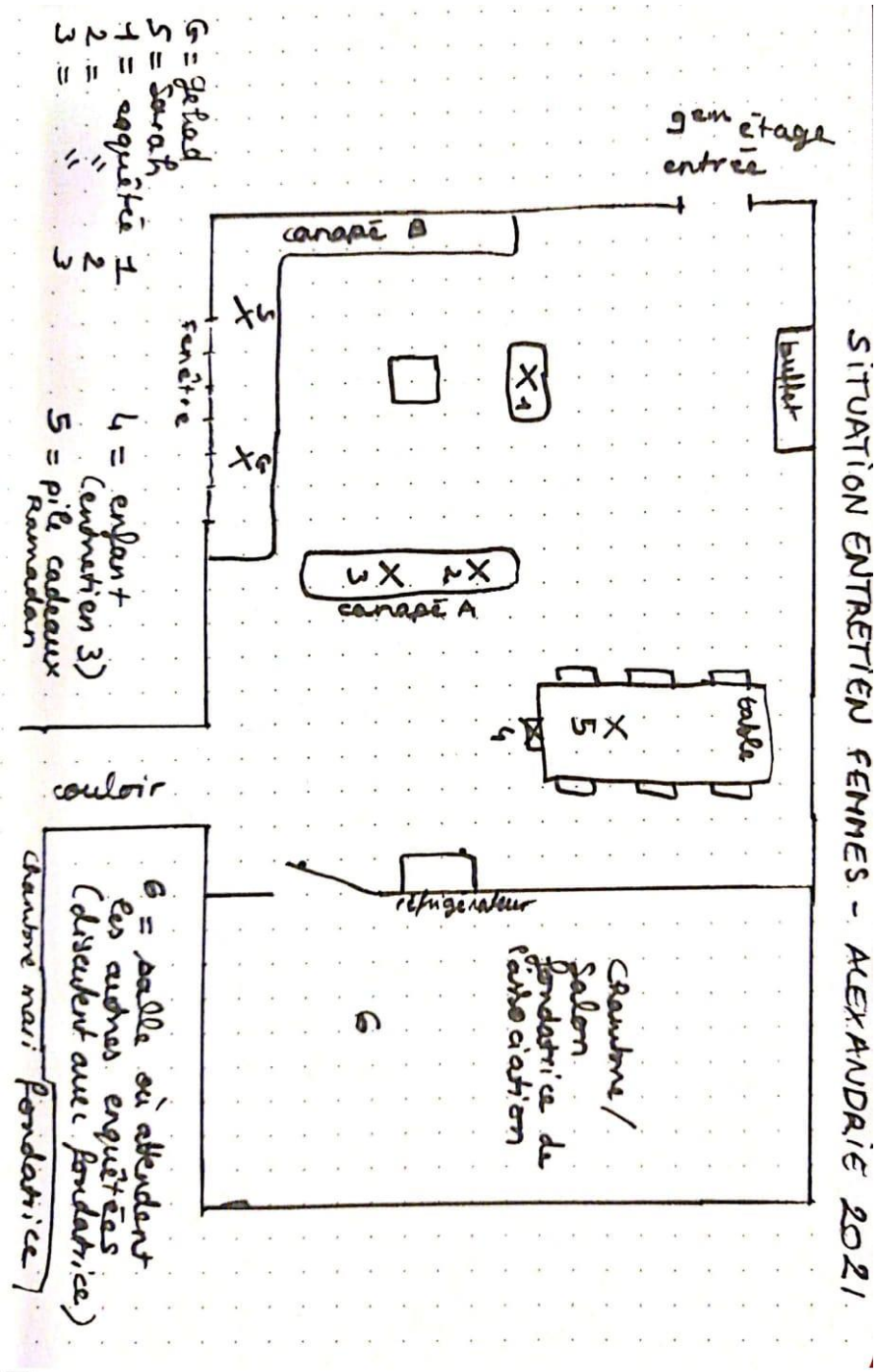
Trois types d'acteur·trices ont été rencontré.es sur le terrain égyptien, correspondant à trois niveaux de questionnements de recherche, l'équivalent du terrain français (tableau 2) : des femmes / patientes, des professionnel·les de santé et des acteur·trices institutionnel·les gravitant autour de ces chirurgies.

D'abord au niveau de la demande des patientes, mes questionnements étaient les suivants : comment ces chirurgies s'inscrivent-elles dans leur parcours, quels sens ont-elles pour elles ? Est-ce qu'elles ont juste valeur d'outil, ou relèvent-elles d'un acte de transformation fondamentale dans leur parcours, voire ont-elles un sens également de révolte au niveau de la société ? Par ailleurs, les pressions et injonctions qui pèsent sur le corps des femmes en Egypte rendent-elles le choix d'une chirurgie obligatoire ou du moins ce choix est-il la clé de voûte d'un retour à la « normale » ? De quel « normal » parle-t-on alors, sachant que la stratification sociale égyptienne est très complexe et que le rapport orient-occident se retrouve finalement au cœur de l'acte de modification des parties génitales par la chirurgie ?

Cette partie de l'enquête a pu être réalisée par la conduite d'entretiens semi-directifs en arabe avec des femmes majoritairement excisées et dont certaines envisageaient une reconstruction, ainsi qu'avec une patiente qui venait de la faire. La chirurgie étant encore assez nouvelle, nous n'avons eu accès qu'à très peu de femmes l'ayant déjà réalisée. Les contacts ont pu s'établir grâce aux réseaux interpersonnels au Caire, avec un effet « boule de neige ». La première femme interrogée m'a adressée à une autre et ainsi de suite. Un premier entretien au Caire a été réalisé en binôme avec une autre membre du CEDEJ bilingue arabe-français, Mariam Ghafir. Je me présentais, ainsi que ma recherche, en arabe, puis commençais à poser à l'enquêtée les questions en arabe – selon une grille d'entretien établi à l'avance (annexe 6). Mon niveau d'arabe ne me permettant pas de comprendre toutes les subtilités des réponses ou de pouvoir rebondir assez rapidement sur d'autres questions spontanées, la collègue du CEDEJ me traduisait les réponses de l'enquêtée, puis lui traduisait d'éventuelles nouvelles questions de ma part. L'entretien prenait petit à petit la tournure de la conversation entre femmes. Ainsi, l'ajout de cette médiation a finalement eu cet effet bénéfique de permettre un échange plus lent et plus proche de la conversation informelle. Les autres entretiens au Caire ont eu lieu selon les mêmes modalités, à l'exception de ceux que nous avons menés au téléphone, ma collègue Gehad Elgendy avec laquelle j'ai réalisé la majeure partie de l'enquête qualitative auprès des femmes, et moi-même. A chaque fois, nous établissions une grille d'entretien en amont (annexe 5) puis nous conduisions ensemble l'entretien. Elle s'occupait plus d'orienter les échanges en posant les questions et je prenais beaucoup de notes sur les réponses et la situation d'enquête.

Ensuite, nous avons mis en place une seconde situation d'enquête (schéma 6, ci-dessous) à Alexandrie pour le terrain témoin. Cette fois, l'accès aux femmes s'est fait par l'intermédiaire d'une association d'aide aux femmes dans le besoin, reconnue par le ministère de la solidarité égyptien, Al-Ekhlass (en arabe الإخلاص « le dévouement »). Les entretiens ont été parfois individuels, parfois par deux. Souvent des femmes mal à l'aise d'être seules se confiaient peu tandis que, de deux femmes amies, la parole venait plus facilement. Ces entretiens se déroulaient dans le salon de l'appartement de l'une des fondatrices de l'association. Tous ont été menés le soir, en raison du ramadan qui avait lieu à ce moment-là, afin que les femmes puissent venir et que cette sortie s'inscrive bien dans leurs habitudes de sociabilité durant cette période.

Schéma 6. Situation d'entretien femmes Alexandrie – Domicile de la fondatrice d'Al-Ekhlass (extrait du Carnet de terrain n°4) – mai 2021



Les femmes venaient le soir après avoir rompu le jeûne du Ramadan, vers 21h. Elles venaient souvent à plusieurs et allaient dans la chambre/salon de la fondatrice pour prendre le thé, discuter ou

faire de la pâtisserie. Pendant ce temps, avec ma collègue, nous réalisions les entretiens dans le salon qui se trouve être la première pièce d'accès de l'appartement, et qui fait également office de salle à manger. Nous étions assises dans les canapés du salon et faisions les entretiens avec une ou deux femmes en même temps. Il s'est avéré qu'au bout du deuxième jour, nous nous sommes rendues compte que les femmes étaient bien plus à l'aise pour parler lorsqu'elles n'étaient pas toutes seules en face de nous. Le fait de réaliser les entretiens à quatre rééquilibrait le rapport bancal du fait que nous étions deux enquêtrices, dont moi une étrangère. Plusieurs femmes sont venues également avec leur enfant, et la présence sur place de la fondatrice avec sa fille permettait alors de pouvoir garder les enfants pendant le temps de l'entretien. Néanmoins, ce système de double salle d'accueil a été aussi la source de difficultés. En effet, à plusieurs reprises nous avons été interrompues par des bruits de rire, une femme venant chercher quelque chose sur la table de la salle à manger ou dans le frigo, ou le bruit de la porte de la chambre qui se fermait mal.

En tout, nous avons réalisé douze entretiens avec des femmes (tableau 5, p125) issues de milieux populaires ou de classe moyenne inférieure pour les raisons évoquées plus haut.

Les seconds acteurs vers lesquels je me suis tournée dans le cadre de mon enquête sont les professionnel·les de santé. Je me suis notamment demandé ce que pouvait signifier pour eux de pratiquer ces chirurgies dans le contexte égyptien, parfois en secret, parfois au grand jour et avec une revendication qui dépasse la sphère du « thérapeutique » pour y mêler des enjeux très clairs : politiques, sociaux, juridiques et bien sûr économiques. Il est apparu par exemple que la question de la notoriété et de la publicité joue un rôle central dans le discours des médecins. De manière plus implicite mais directement liée, la dimension très lucrative de ces chirurgies introduit des biais (des intérêts contraires à ceux de la patiente, l'enjeu des dépassements d'honoraires, une inégalité d'information entre médecin-patiente, etc.) dans la parole des médecins. Dans d'autres contextes nationaux comme la France, cette question lucrative liée au système de santé et de remboursement semble se poser en d'autres termes et participe en cela à gérer des différences de « mentalité thérapeutique » selon les contextes nationaux (Freidson et al., 1984).

J'ai aussi effectué cette partie de l'enquête par entretiens semi-directifs auprès de différents types de professionnel·les de santé : des chirurgien·nes, des étudiant.es en médecine, une psychologue, des gynécologues, principalement au Caire, à l'exception d'un chirurgien à Alexandrie. Ces professionnel·les ayant reçu.es toute leur formation médicale en anglais, que cela soit en Egypte ou à l'étranger, les entretiens se sont tous déroulés en anglais. Nos questionnés enquêté.es étaient d'ailleurs, pour la plupart, bien plus à l'aise à dispenser des explications en anglais, surtout lorsqu'ils utilisaient un vocabulaire anatomique autour des parties génitales qui reste assez limité en arabe ou avec des connotations beaucoup plus négatives ou vulgaires. Au cours de ces entretiens, j'ai également été invitée à suivre des journées de formation à destination de gynécologues diplomé.es souhaitant se spécialiser en «

gynécologie esthétique », une branche qui inclut, en Egypte, la prise en charge des femmes excisées. Là aussi, la majorité des exposés ont été dispensé en anglais et quand parfois la séance se tenait en arabe, tous les mots relatifs à l'anatomie étaient tout de suite mobilisés en anglais. Au total, treize professionnel·les de santé ont accepté de faire des entretiens d'une à deux heures avec moi. Plusieurs ont même accepté de me revoir plusieurs fois pour que je puisse leur poser des questions complémentaires, visiter leur clinique et faire quelques observations.

Enfin, je me suis également adressée, pour des raisons contextuelles, aux acteurs institutionnels qui gravitent autour de ces pratiques chirurgicales et qui peuvent influencer significativement leur mise en place. Je me suis alors demandé en quoi les acteurs politiques, religieux et médiatiques pouvaient influer sur ces demandes de manière directe ou indirecte. Ce dernier axe de recherche avait donc une fonction de contextualisation en ce qui concerne les différents débats sociaux qui existent autour de la sexualité des femmes en Egypte. Dans ce cadre, j'ai pu parler à des employés d'agences onusiennes et institutions internationales présentes en Egypte et s'occupant de sujets relatifs à la santé sexuelle et reproductive des femmes, à savoir : l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et la Banque mondiale. Plusieurs échanges informels ont eu lieu aussi avec des personnes d'ONU femmes.

Au terme de cette collecte auprès d'acteurs sociaux variés et selon des méthodologies différentes décrites ci-dessous, j'ai procédé pour l'analyse, comme défini en début de chapitre, à la triangulation des données (Olivier de Sardan, 1995). En tout, vingt-neuf entretiens ont été réalisés, la grande majorité a été enregistrée avec le consentement éclairé de la personne correspondant aux normes en vigueur (voir formulaire de consentement, Annexe 5). Pour des raisons d'accès au terrain et de crainte d'un formalisme en Egypte lié à la situation politique, j'ai préféré collecter ce consentement à l'oral plutôt que par un accord écrit comme je le fais sur mon terrain doctoral français. En effet, étrangers à ce passage par un formulaire, les premiers enquêtés étaient assez réticents à signer un papier officiel. Par ailleurs mes collègues du CEDEJ m'ont indiqué que c'était une pratique peu courante, qui pourrait me porter préjudice dans ma recherche. Tous les entretiens ont été anonymisés et les enregistrements détruits après la retranscription intégrale. Ainsi, les noms qui figurent ici dans cette thèse sont des pseudonymes (section IV sur l'éthique et la protection des données personnelles). Les informations personnelles et contextuelles permettant d'identifier les enquêté.es ont également été retiré·es.

Une immersion sur le terrain

Lors de cette enquête, des observations ethnographiques sont dûment consignées dans mon carnet de terrain au fur et à mesure des rencontres. La plupart de ces observations sont réalisées dans des salles d'attente de cliniques et s'attachent à décrire les lieux et la patientèle, le type de cabinet, etc. Des conversations informelles ont même été engagées avec des patientes dans les salles d'attente sur leur connaissance du médecin, si elles venaient de loin, etc.

Les lieux sont particulièrement intéressants pour entrevoir le type de patientèle et de pratiques qui vont s'y effectuer, ainsi que le niveau de notoriété de l'établissement médical en question. J'ai eu également accès à une formation de spécialisation en gynécologie esthétique dispensée dans un des centres du ministère de la santé à des médecins en activité ou venant d'obtenir leur diplôme. Le suivi de cette formation sur deux jours m'a permis de discuter avec les médecins (uniquement des femmes) venues se former, et de voir le cadre d'interaction avec les spécialistes de ces techniques, leur marge de manœuvre, leur attente.

Enfin, les entretiens avec les patientes se sont jusqu'à présent déroulés dans des espaces beaucoup moins institutionnels, des espaces de l'intime : chez elles, chez une sœur ou une amie. Tout en parlant, je les découvre dans leur cadre familial, avec peut-être des enfants qui viennent nous interrompre ou une sœur de temps en temps. Elles font parfois d'autres activités en me parlant ou de manière ponctuelle : ranger, cuisiner, fumer une cigarette.

Par ailleurs, totalement immergée dans mon terrain en vivant pendant quatre mois en Egypte, centrée au Caire où se déroule la majorité de ce terrain et tenant quasiment quotidiennement un journal de terrain, j'ai pu approfondir ma connaissance du contexte social et des normes sexuelles qui structurent la société égyptienne. En tant qu'étrangère, je suis autorisée à contourner certaines injonctions normatives relatives à la pudeur (habillement, fréquentations d'hommes, consommation d'alcool, etc), cependant en côtoyant des Égyptiennes et des Egyptiens issu.es de différentes classes sociales, j'ai pu constater le caractère robuste et incontournable de ces normes.

Corpus de témoignages en ligne

En parallèle, j'ai remarqué durant mon terrain que, malgré les tabous qui entourent la sexualité en Egypte, il existe beaucoup d'initiatives pour tenter d'ouvrir des discussions sur le sujet dans la société civile. Notamment depuis 2011, on trouve des espaces où il est possible de

parler de toutes les questions qui touchent à la sexualité. D'autant plus que ce moment révolutionnaire a influé sur l'usage que les populations jeunes (21-35 ans) font des réseaux sociaux. Facebook, un réseau déjà très utilisé en Egypte, est devenu le lieu de débats sociétaux majeurs (Kreil, 2012 ; Piquemal, 2018). Dans cette veine se sont créés des groupes et des pages de partage fonctionnant sur le mode de la « confession » intime échangée de manière anonyme (encadré 7 et photo 2). Plusieurs pages et groupes privés de ce type ont donc été utilisés comme support dans ma recherche. J'ai entrepris de collecter des « confessions » portant sur les chirurgies étudiées (n=154) sur ces différentes plateformes et de les mobiliser dans l'analyse qualitative des discours. Cela a permis de compléter ou confirmer des déclarations recueillies en entretien et de mettre en valeur un certain nombre de préoccupations liées au tabou de l'excision, de la virginité et de la sexualité qui impactent la manière dont les procédures médicales étudiées sont mises en œuvre en Egypte (chapitres 6, 7 et 8).

Encadré 7. Le format « confession », trace de religiosité ou importation venue d'outre-Atlantique ?

Le terme « confession » en anglais mobilisé pour ces groupes a été l'occasion de questionner ses significations dans le contexte égyptien et ses origines transnationales, ainsi que l'importance ou non de sa connotation religieuse. Lorsque j'interroge les membres de ces groupes, des personnes s'y trouvant, ainsi que des personnes ayant participé à la fondation de certaines de ces plateformes (notamment *Cairo Confession* et *Speak up !*), les réponses sont allées vers le choix du mot « confession » en anglais qui était finalement l'équivalent de « témoignage ». L'un des co-fondateurs et gestionnaire actuel de la page *Cairo Confessions* m'explique d'ailleurs quand je l'interroge sur la connotation religieuse du terme : « Pas du tout, rien de religieux du tout. Simplement le fait que lorsque les gens révèlent quelque chose qu'ils n'ont jamais mentionné auparavant et qu'ils sont généralement un peu mal à l'aise à exprimer, cela s'appelle une confession. Donc seulement par la définition. » (Hassan, discussion informelle). Il précise même qu'au début ce terme avait été choisi avec une note d'humour, pour partager des secrets drôles sur ce qui peut se passer au Caire. Finalement, le ton adopté par les personnes témoignant et le type de récit partagé a révélé un besoin très fort chez les personnes de se confier sur des sujets sérieux et tabous. Le choix de ce vocabulaire semblait ainsi beaucoup plus tourné vers l'importance de partager un secret, avouer un secret devant un public que vers la dimension religieuse. D'ailleurs, lorsque l'on cherche le sens du mot sur un site comme le centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL)[44], les premiers sens viennent du religieux mais ont ensuite été déclinés autrement dans la littérature, avec l'exemple des Confessions de Rousseau qui n'ont rien de religieuses, mais qui expriment l'idée de partager l'intime, l'indicible, les secrets sans que cela constitue forcément des « péchés » qui s'inscrivent dans un ordre moral religieux. En creusant un peu plus, je me suis rendu compte qu'il y avait une inspiration directe venant des sites de « confessions » en ligne anglo-saxon. Hassan précise d'ailleurs que ce terme est courant en ligne : « Je ne suis pas le fondateur, je suis le cofondateur, mais le fondateur a été inspiré par des idées similaires là où il a étudié, dans le Minnesota, aux États-Unis. » Et en effet, lorsque l'on tape sur internet « online confessions », beaucoup de groupes protestants ou catholiques étatsuniens apparaissent dans la recherche avec des titres de sites tels que « Online confession and absolution » (confession en ligne et absolution), « Online confession and atonement »

[44] Définition du terme dans la littérature moderne d'après le site du CNRTL : « Récit autobiographique où l'auteur rapporte les erreurs de sa vie, veut faire preuve d'une sincérité totale. Les Confessions de saint Augustin, de Jean-Jacques Rousseau ; la Confession d'un enfant du siècle, titre d'un ouvrage de Musset (1836) », consulté le 21/09/22 : https://www.cnrtl.fr/definition/confession.

(Confessions en ligne et expiation). Des congrégations religieuses reçoivent ces confessions de manière anonyme et y répondent avec des conseils et interprétations bibliques. Cependant, on trouve aussi des groupes séculiers s'inspirant des courants « AA » (Alcooliques anonymes et autres groupes AA liés aux addictions) proposant des confessions sur les addictions en ligne – une modalité également venue des Etats-Unis (Laudet, 2008). De plus, dans l'illustration de la page de Cairo Confession (voir encadré 1), l'on trouve tout de même deux mains jointes en prière, représentation témoignant d'une symbolique religieuse latente. Il s'avère ainsi que bien que la dimension ne soit pas prégnante dans ce choix de vocabulaire, voire que le terme ait été progressivement vidé de cette connotation, le choix de ce mot et des symboles peut tout de même indiquer que la symbolique religieuse conserve en Egypte une pertinence et une force d'évocation efficace dans ces espaces. En raison de la complexité symbolique se jouant autour de ce choix langagier, j'ai choisi de traduire ce terme par « confession » en français, plutôt que par « témoignage ».

Photo 2. Exemple de confession en ligne postée sur Facebook sur le groupe « Confessions of a Married Women »[1].

[1] *Confession sur le thème de l'excision et de la réparation. Amène également les membres de la communauté à partager des contacts de professionnel·les de santé spécialisé.es dans ce domaine.*
***Source** : Groupe Facebook privé, « Confessions of a Married Women »*

Après avoir rencontré l'un des fondateurs de ces groupes de confessions, j'ai découvert leur mode de fonctionnement et leur grand potentiel au niveau scientifique. En effet, il est très difficile de pouvoir entrer en contact avec des femmes patientes ou futures patientes, que ce soit par l'intermédiaire des médecins, ou directement avec elles par les réseaux interpersonnels, en

raison des tabous sociaux autour des opérations « esthétiques » et reconstructrices. Cette difficulté d'accès est d'autant plus complexe que ma position d'étrangère occidentale en Egypte suscite *a priori* la méfiance des autorités et ma position de chercheuse est peu reconnue en Egypte. S'ensuit donc un rapport tacite, entre autorités égyptiennes et chercheur.es étrangers ou même égyptien·nes, d'ignorance mutuelle et de coexistence « pacifique ». Par ailleurs, la pratique de l'excision étant en diminution parmi les classes supérieures et moyennes (HIS Egypt, 2015) - couches sociales dans lesquelles se retrouvent les expatriés comme c'était mon cas pendant ces quatre mois passés en Egypte - établir un contact avec des femmes excisées est socialement complexe.

Ces plateformes constituent donc pour mon terrain un moyen particulièrement intéressant d'accès à la parole des femmes concernées par ces chirurgies de reconstruction. En effet, les confessions publiques et anonymes fournissent des informations de base sur leur auteure (âge, sexe, statut matrimonial, parfois le type de profession) et un récit intime de vie autour d'une question du quotidien qui les préoccupe. Un pourcentage très élevé de ces confessions porte ainsi sur la sexualité, l'excision, la virginité et les opérations chirurgicales intimes. Elles mettent au cœur du débat en ligne les préoccupations et dilemmes des femmes. Elles donnent aussi à voir un large panel de réactions dans les commentaires des membres de la communauté en ligne de ces espaces de discussion.

Plusieurs groupes Facebook et un compte Instagram ont été identifiés et sélectionnés comme les plus appropriés afin de réaliser une collecte de « confessions » pertinentes au niveau des thématiques.

« Cairo Confessions »

Fondée en 2013, cette communauté réunit plus de 80 000 confessions sur sa base de données non publique (un document Excel avec recherche par mots clé). Les gestionnaires de la page que j'ai pu rencontrer ont alors accepté de me transmettre une dizaine de confessions anonymes non publiques – soit retirées de la page, soit n'ayant pas été publiées par choix des gestionnaires de la page - pour compléter mon corpus. La plateforme se présente comme un espace d'échange et de rupture des tabous inhérents à la société égyptienne (encadré 8). Elle se propose aussi un

objectif thérapeutique : aider la santé mentale des jeunes égyptien·nes dans la « région MENA[45] », un espace géographique qu'elle juge en grande demande sur ce plan.

Encadré 8. Présentation officielle de la page Facebook « Cairo Confessions » traduit en français

« Cairo Confessions a pour objectif de devenir le premier fournisseur de soins de santé mentale en ligne dans la région MENA. Notre plateforme sert de réseau social anonyme ouvert à tous pour partager ce qu'ils ne peuvent pas partager en public et pour mettre en relation les gens avec des prestataires de santé mentale partout et à tout moment pour des conseils et des soins psychiatriques en ligne de haute qualité. Notre équipe est passionnée par l'amélioration de la santé mentale et la promotion de l'expression de soi dans la région MENA. »

Source : https://www.facebook.com/cairoconfessionsofficial, consulté le 19/10/2022

Bien sûr, l'usage de ces communautés comme source de témoignages sur les deux chirurgies de reconstruction ciblées a des limites méthodologiques qu'il est nécessaire de souligner ici. Le fait qu'il s'agisse d'une communauté en ligne exclut par exemple dans une grande mesure la catégorie générationnelle des plus de 35 ans. Par ailleurs, chaque groupe/page a sa ligne éditoriale propre qui induit une communauté en ligne particulière. Le cas de Cairo Confessions est tout à fait intéressant car la page est majoritairement en anglais. Cela relève d'un choix éditorial des fondateurs et fondatrices pour transmettre « un message plus progressiste et global »[46], tout en évitant les « dérives conservatrices » qui sont courantes lorsque la langue arabe est mobilisée par les internautes pour réagir, selon un co-fondateur de *Cairo Confessions*. Mais ce choix des fondateur.es implique de fait – même si ce n'est pas un choix explicite et/ou délibéré - une exclusion sociale parce que ce sont les classes les plus éduquées qui font usage

[45] Middle East and North Africa.

[46] Explication issue d'une discussion informelle avec l'un des fondateurs de la page.

au quotidien de la langue anglaise, érigée d'ailleurs comme marqueur social[47] : parler anglais ou français, de manière quotidienne et hybride avec le dialecte égyptien, est un des traits distinctifs des classes sociales supérieures.

« Confessions of a married women »

Il s'agit d'un groupe exclusivement féminin créé également en 2013 (encadré 9) mais très actif seulement depuis 2017, ce qui explique que le nombre de confessions de ce groupe soit nettement inférieur à celui de Cairo Confessions qui avoisine les 17 000 confessions en ligne. C'est une démarche moins institutionnalisée de prime abord, qui cependant concerne une communauté assez importante : pas moins de 177,6 K de membres. Un groupe également égyptien, basé par la fondatrice à Alexandrie, se spécialise sur les questions liées à la féminité et aux relations amoureuses (présentées comme internes au mariage, même si des femmes non mariées partagent parfois des confessions).

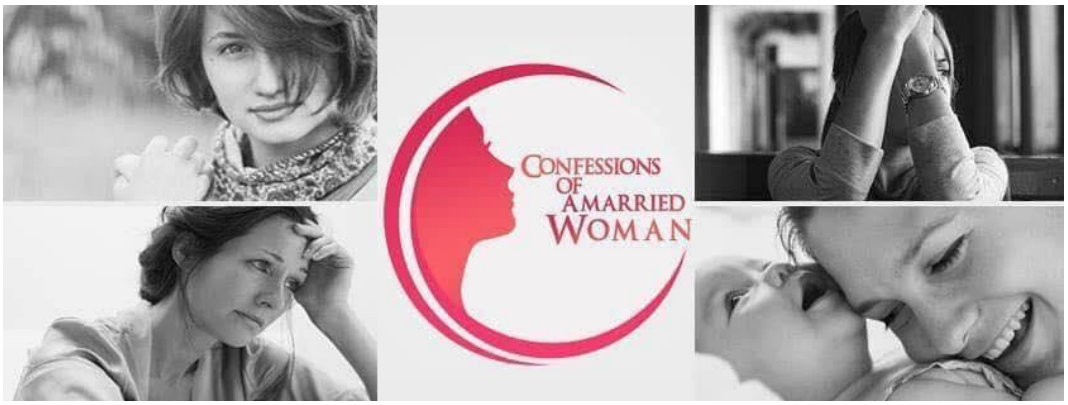
Encadré 9. Présentation officielle de la page Facebook « Confessions of a married women »[48]

La fondatrice explique dans la rubrique de présentation : « J'ai beaucoup réfléchi avant de faire ce groupe. Tout a commencé lorsque je me suis mariée et que j'ai commencé à faire face à de nombreux incidents (bons ou mauvais) mais certainement pas à ce que j'attendais ! Comme tous les jeunes mariés, j'ai pensé que c'était seulement moi, puis après une petite discussion avec mes amis, j'ai découvert l'horrible mais rassurante vérité : ce n'est pas moi, c'est le mariage. La réalité était que nous étions tous confrontés aux mêmes problèmes et situations. Pourtant, personne ne le savait, tout le monde était enfermé dans l'horrible pensée que "c'est juste moi". La surprise a été de savoir que la plupart des couples mariés sont confrontés à près de 80% aux mêmes problèmes, et tout ce que nous devons faire est d'en parler, pour faciliter l'adhésion. Alors voilà, considérez-le comme une thérapie/un groupe de soutien, où vous pouvez partager un problème ou peut-être une confession, que vous avez besoin que les autres connaissent ou vous aident avec leur expérience, avec une valeur ajoutée que personne ne connaîtra votre identité. Veuillez consulter le post épinglé pour les directives du groupe et les liens anonymes. Bonne chance »

[47] Il est fréquent de constater dans les milieux aisés, dans les manières de parler et de s'exprimer, le mélange perpétuel de plusieurs langues étrangères avec le dialecte égyptien. En cela, on pourrait même dire que cette manière de parler s'inscrit dans un habitus de classe, au sens bourdieusien (Bourdieu, 1980).

[48] Traduit de l'arabe au français.

Photo 3. Visuel officiel de présentation du groupe Facebook « Confessions of a married Woman »



Ce groupe est pour sa part majoritairement en arabe, avec de ce fait une ligne éditoriale assez différente de *Cairo Confessions* et également beaucoup plus sélective à l'entrée, puisqu'il faut connaître un autre membre, être obligatoirement une femme et répondre à une série de questions pour attester de sa bonne volonté avant d'avoir accès à la plateforme d'échange.

« Speak up »

Ce groupe est rattaché à une plateforme de sensibilisation et de partage indépendante avec un site en ligne. Des groupes de parole lui sont aussi associés. Il se revendique plus militant sur le plan féministe et directement tourné vers les femmes.

Il se présente d'ailleurs de la manière suivante : « Une initiative féministe pour soutenir les victimes de la violence sous toutes ses formes. ». La communauté s'étend à un peu plus de deux cent mille personnes. Ils ont un recueil dédié aux confessions sur l'excision et un autre sur les questions de virginité.

Photo 4. Logo de la plateforme « Speak up » avec leur devise « girls supports girls »[49]

Source : https://www.facebook.com/SpeakUp00, consultée le 05/06/2021

« This is mother being »

Un compte instagram très populaire pour son engagement sur les questions de sexualité et le soutien aux femmes enceintes, créé en 2019 par une *doula* (accompagnante de femmes enceinte civile) est également un lieu d'échange intéressant et de partage entre followers. Le sujet de l'excision et de la reconstruction par la promotion de l'association Restore est depuis le mois d'avril 2021 très présent – en raison de l'ouverture récente de son centre.

A partir de ces groupes, il m'a été possible de constituer un corpus élargi de confessions de femmes (n=43) concernées par les chirurgies de reconstruction, qui ont été mises en ligne entre 2018 et 2021 et dans lesquelles elles explicitent leur motivation, le statut marital de manière quasiment systématique, leur âge et leur préoccupation. Par ailleurs, la lecture d'autres confessions sur la sexualité et les dilemmes courants des femmes en Egypte, variables bien sûr selon les milieux sociaux, est très intéressante pour renseigner le contexte complexe d'accueil de ces chirurgies et le sens que prennent ces dernières pour les patientes ou patientes potentielles. A partir de ce corpus, j'ai alors pu apporter à mon travail de documentation le point de vue des femmes dans la recherche des chirurgies de reconstruction, difficile à obtenir en

[49] Les filles se soutiennent mutuellement.

raison du manque d'accès à la parole de ces femmes. Une analyse approfondie de ces vingt-six pages de confession, couplée avec un travail de traduction des confessions qui étaient en arabe, m'a permis de dégager un certain nombre de thèmes et de donner un nouvel éclairage sur la mise en récit, voire la justification de la demande d'opération de reconstruction dans le contexte égyptien.

II - Quantifier, objectiver des pratiques minoritaires

Un travail d'objectivation de ces pratiques semble tout d'abord nécessaire à la formulation et la confirmation d'hypothèses de recherche. Surtout qu'il s'agit de pratiques « minoritaires » du point de vue de leur nombre mais aussi en termes de représentation dans la sphère publique. Pour cette raison, ces chirurgies sont rarement questionnées dans les grandes enquêtes médicales ou sur la sexualité. Il a donc fallu faire preuve d'inventivité pour trouver des sources quantitatives et les combiner entre elles. Il nous faut préciser également que pour ces raisons les sources ne sont jamais exhaustives sur ces données et laissent souvent dans l'ombre des pans entiers du contexte de pratique de ces chirurgies (chapitre 4). Pour cela, je me suis intéressée à des données quantitatives sur les deux pratiques (réhabilitation clitoridienne et hyménoplastie), en me focalisant sur quatre indicateurs correspondant aux questionnements évoqués antérieurement :

(1) Renseigner les effectifs de ces pratiques dans les contextes nationaux choisis à partir de données médicales officielles (Scan-santé – CCAM en France). Malheureusement, on ne trouve qu'en France de telles données disponibles concernant ces chirurgies. Au niveau international, certaines données existent et fournissent des statistiques relatives aux chirurgies esthétiques en général, comme celles collectées par la Société Internationale de Chirurgie Esthétique Plastique (ISAPS). Cependant aucune des deux pratiques, pourtant réalisées dans le même milieu médical que la chirurgie esthétique, ne figurent dans leur liste d'actes médicaux. Elles concernent de manière générale une patientèle assez restreinte – en comparaison avec les opérations de la poitrine ou les vaginoplasties. En France, tous les actes médicaux sont référencés par le site de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et il est ensuite possible de récupérer les effectifs de ces opérations sur le site Scan-santé dans

la rubrique « Médecine, chirurgie, obstétrique » (MCO) par année et par type d'établissement (public/privé) depuis 2003.

(2) Renseigner les inégalités professionnelles genrées concernant les praticien·nes de ces chirurgies et donc susceptibles d'avoir une influence sur la réalisation de ces deux actes médicaux - à nouveau à l'aide de sources officielles nationales : l'ASIP-Santé RPPS par traitements Drees en France, l'autorité statistique en Egypte du CAPMAS (Central Agency for Public Mobilization and Statistics) et l'Institut national de la statistique (INS) en Tunisie.

(3) Renseigner les prix des pratiques selon les lieux de soin (privé/public) et les espaces nationaux. Il s'agissait d'essayer de comprendre comment ces prix s'articulent avec des impératifs socio-économiques. Pour ce faire, il est important de mettre en relation la grille tarifaire de ces chirurgies avec le niveau de richesse du pays, de l'espace urbain concerné, ainsi que de la population cible, à savoir les patientes de ces chirurgies.

La collecte de ces données est inégale entre France et Egypte. On ne retrouve pas les mêmes types de statistiques disponibles, ce qui est en un sens révélateur d'enjeux démographiques internationaux autour des questions de développement et de l'observation chiffrées des changements sociaux dans les pays. Par exemple, les enquêtes historiques de démographie et santé (EDS) n'ont pas d'équivalent dans les pays européens, ce qui, sur la question de l'excision, implique des difficultés méthodologiques qui seront détaillées par la suite (chapitre 4). En cela, cette démarche de contextualisation chiffrée s'inscrit dans une démographie non pas tournée vers le questionnement classique de la transition démographique mais au contraire s'intéresse à des indicateurs sociaux, institutionnels, genrés et de santé en lien avec ces chirurgies. A l'image d'une « démographie compréhensive » (Charbit et Petit, 2011) Petit, 2011), ces chiffres permettent de comprendre les faits sociaux et de mettre en perspective des actes médicaux et des contextes nationaux différents où la question de la collecte de données démographiques se confronte à des enjeux historiques (relations Nord-Sud, déficit de moyens de collecte, comparaison sous-jacente des indicateurs de changements sociaux, etc).

III - L'analyse textuelle de corpus, une étude de cas

Cette analyse textuelle a été réalisée durant la première phase de recherche en France (Calendrier de thèse, Annexe 4). En raison du manque d'accès au terrain lié à la crise sanitaire de cette première période, cette étude documentaire sur les représentations médiatiques accompagnant ces chirurgies est apparue comme une étude de cas significative dans la compréhension de ces procédures médicales. Les justifications de cette démarche sont de plusieurs ordres.

A - Présentation du corpus

Afin donc de comprendre les représentations socio-politiques et les discours médiatiques autour de ces chirurgies, j'ai procédé à une analyse textuelle sur un corpus issu de la presse française en ligne qui fait l'objet de cette sous-partie.

Je me focalise ici sur le traitement médiatique qui est fait de ces chirurgies dans différents types de médias, afin de saisir les représentations sociales qui les accompagnent dans des espaces de discussions variés et à destinations d'audiences hétérogènes. Pour ces raisons, il était important de sélectionner des articles dans plusieurs grands médias français qui ont entrepris de transposer en ligne leur support papier ou ont été directement publiés en ligne, sans équivalent papier. De plus, on se doit de préciser que ces chirurgies ne sont pas un sujet de discussion si fréquemment débattu dans l'actualité. Il serait donc impossible de se concentrer uniquement sur un journal ou un quotidien puisque le nombre de documents collectés serait de l'ordre d'un ou de deux articles par an, voire moins.

Par ailleurs, ce choix de la presse en ligne repose sur deux justifications. La première raison est d'ordre pratique dans la collecte des articles (section B), la seconde est que l'accès des patientes et du grand public à de l'information sur ces chirurgies sexuelles en général semble principalement se faire à travers internet (Bader, 2019 ; Griffin, 2018 ; Martin, 2014a ; Martin, Bendjama et Bessette-Viens, 2017). C'est le cas notamment pour la réhabilitation clitoridienne selon l'enquête quantitative Excision et Handicap (ExH) de 2009 qui souligne que près de la moitié des femmes interrogées (44%) ayant déjà entendu parler de cette chirurgie en ont eu connaissance par le biais des médias, un tiers par un professionnel de la santé et un quart par un proche (amie ou membre de la famille) » (Andro et al., 2009a, p. 73). Dans le cas de l'hyménoplastie, je me base ici principalement sur mes données qualitatives de terrain, collectées auprès de patientes (entretiens et témoignage en ligne) et auprès de professionnel·les

de santé. Bien que chaque média ait son orientation et son identité propre, on pourra tenter de résumer la nature des supports ciblés pour ce corpus à trois catégories (encadré 11, p.145) : une presse spécialisée (I) – avec deux spécialisations fortes au plan numérique : médicale, féminine - la presse généraliste de masse (II) constituée des grands quotidiens français, dits « traditionnels » qui possèdent des équivalents papiers ayant une grande distribution, une presse généraliste marginale (III) – composée essentiellement de sites d'actualités indépendants, sans attache à un support papier. La plupart de ces sites se réclament soit du courant journalistique de la « réinformation »[50], qualifiée communément de « fachosphère » situés politiquement à l'extrême droite de l'échiquier politique, soit de courants journalistiques « alternatifs » plutôt de « gauche », parfois autodéclarés « anarchistes », « altermondialistes », « féministes radicales », ou encore une presse religieuse. Il s'agit ainsi d'avoir accès à différents espaces de débat et de comparer les convergences et variations de traitement observables.

B - Réalisation du corpus

Ce corpus d'articles se base sur une collecte systématique d'articles de presse en ligne française à partir des bases de données Factiva, Europresse et Pressreader (encadré 10).

Encadré 10. Les bases de données utilisées dans la collecte d'articles.

Factiva, ici sous sa forme académique, est une base de presse et d'informations sur les entreprises, avec un accès au texte intégral. On y trouve environ 3000 titres de quotidiens nationaux, de presse spécialisée (économie, informatique...), et dépêches d'agences, provenant de tous les continents et dans toutes les langues, ainsi que plusieurs milliers de rapports d'entreprise.

Europresse est également une base de données d'informations accessible sur abonnement par Internet. Elle a été créée en 1999 et est complémentaire de Factiva. Bien qu'elle référencie moins de titres de presse, elle donne accès à la plupart des grands quotidiens comme *Le Monde*, contrairement à Factiva.

Pressreader est une plateforme similaire canadienne qui a accès à beaucoup de magazines, dont une grande partie de la presse féminine francophone.

Ces trois bases de données ont l'avantage d'être complémentaires pour réaliser une collecte systématique d'articles en ce qui concerne la presse généraliste, ainsi qu'une grande partie de la presse féminine (Pressreader). J'ai en outre ajouté manuellement des articles pertinents provenant d'archives en ligne.

Dans le cas de la presse spécialisée, j'ai dû faire face à plusieurs difficultés. Tout d'abord, la presse médicale s'est avérée très difficile d'accès car souvent soit payante, soit réservée aux

[50] Mouvement journalistique qui se présente comme une « alternative » aux « médias traditionnels » accusées de pratiquer la « désinformation » des citoyens, la plupart des médias s'en réclamant sont identifiés d'extrême droite.

professionnel·les de santé qui doivent fournir leur Numéro RPPS (Répertoire Partagé des Professionnels de Santé) afin de consulter les articles. J'ai donc demandé des codes d'accès à des praticien·nes rencontré·es dans le cadre de mon terrain. J'ai également ajouté manuellement des articles de grands magazines francophones de la presse féminine en me basant sur un classement des plus populaires en fonction du nombre d'exemplaires distribués en moyenne par tirage. Les magazines sélectionnés ont une diffusion moyenne en France de 500 000 à 350 000 exemplaires par tirage[51]. Enfin, certains articles proviennent d'une presse « marginale », « alternative »[52] sur des sites exclusivement en ligne diffusant un contenu fortement polarisé sur le plan idéologique, et qui ont donc de fait une audience plus réduite et plus difficilement mesurable. Ils ont donc également fait l'objet d'une collecte manuelle systématique à l'aide de recherche par mots clés, directement sur leur plateforme en ligne et leurs archives en ligne.

Encadré 11. Les trois catégories de presse du corpus :

Presse généraliste de masse : On entend par là une presse traitant de l'actualité avec un spectre très large de thématiques et ayant un tirage au niveau régional ou national assez important (avec une diffusion supérieure à 200 000 exemplaires / abonnés) selon les chiffres annuels de l'ACPM (Alliance pour les chiffres de la presse et des médias). Cette catégorie s'inspire du concept anglophone de « Mass media » définit par McLuhan (1964) soulignant la particularité des médias à diffusion très large d'un message « indifférencié ». On y trouve tous les médias dits « traditionnels », les grands quotidiens considéré comme une presse de « référence ».

Presse généraliste marginale : Il s'agit ici d'une presse dites « indépendante » (ne recevant aucun financement public), se revendiquant le plus souvent d'orientations partisanes alternatives aux médias « traditionnels » et qui s'attachent à des sujets d'actualité tout aussi larges et généraux que la première catégorie. Ces deux premières catégories sont souvent en opposition idéologique l'une envers l'autre.

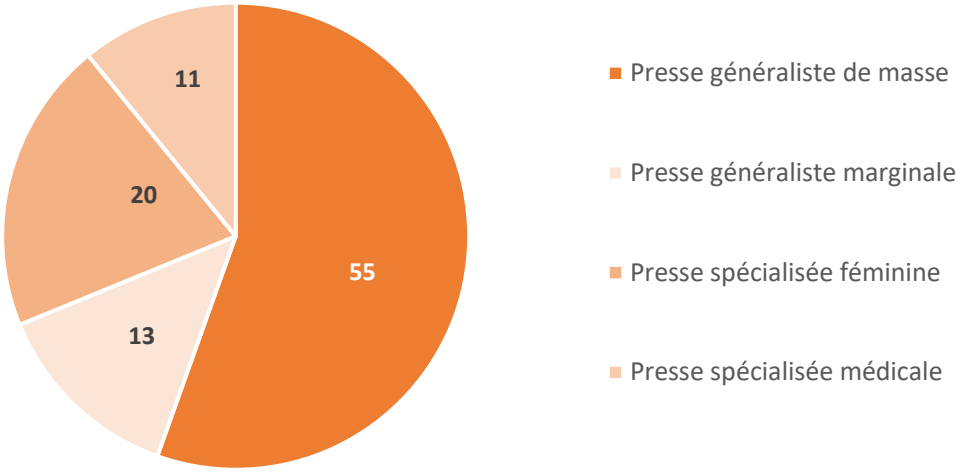
Presse spécialisée : A l'inverse des deux précédentes catégories, la presse spécialisée s'attache à un spectre beaucoup plus réduit en termes de thématiques et se consacre entièrement à un sujet comme la santé, la beauté (journaux féminins) ou encore l'histoire. La plupart du temps ses contenus sont rédigés par des experts.

On remarquera ainsi que ce corpus est composé à 53% d'articles issus d'une presse généraliste de masse (figure 1), à 37% d'articles issus de la presse spécialisée – avec une forte prédominance pour les magazines féminins. Enfin, les 10% restant du corpus proviennent de cette presse marginale évoquée plus haut.

[51]RERA, Suzanne. « Le top 10 des magazines féminins les plus lus en 2019 ». *Ô Magazine* (blog), 28 juillet 2019., consulté le 25 avril 2020, url : https://omagazine.fr/top-10-magazines-feminins-les-plus-lus-en-2019/

[52] Pour reprendre ici les qualificatifs de ces sites.

Figure 1. Composition du corpus par type de presse[1] (en pourcentage)



[1]Pour le détail sur les différents types de presse, se référer à l'Encadré 11 ci-dessus.

a) Un corpus limité dans le temps

Je m'appuie ainsi sur des documents provenant de médias en ligne nationaux et régionaux, publiés entre 2004 et mars 2020. Ces chirurgies datent respectivement des années 1990 pour la chirurgie de reconstruction du clitoris et approximativement des années 70 pour l'hyménoplastie (Ben Smaïl, 2012) dans sa forme moderne, même si des opérations de « raccommodage » hyménales et autres stratagèmes existent depuis plusieurs siècles (Knibiehler, 2012). Il paraîtrait donc logique de faire commencer la collecte aux années 80. Cependant, la presse en ligne n'a commencé à se développer qu'à partir de 1998, année où les entreprises de presse se sont mobilisées pour créer des sites web et cela ne concernait alors que des journaux imprimés préexistants (Zouari, 2007). Durant ces premières années, peu de contenus journalistiques ont été mis sur internet et les sites web servaient principalement à mettre en valeur la marque et le titre du journal (Zouari, 2007). Par ailleurs, si l'on examine les archives internet établis par des logiciels comme « *Wayback Machine* »[53] qui stockent des milliers de pages internet visitées depuis 1996, on se rend compte que la plupart des sites web des médias du corpus n'ont été mis en place que dans les années 2000, et que du contenu journalistique régulier n'y apparaît qu'à partir de 2003. Certains des médias utilisés sont également beaucoup plus récents, datant de 2007-2010. On choisira donc de prendre comme première délimitation du corpus 2002, année du premier article pertinent recueilli selon les critères décrits ci-après et cohérente avec une période où la presse en ligne connaît un

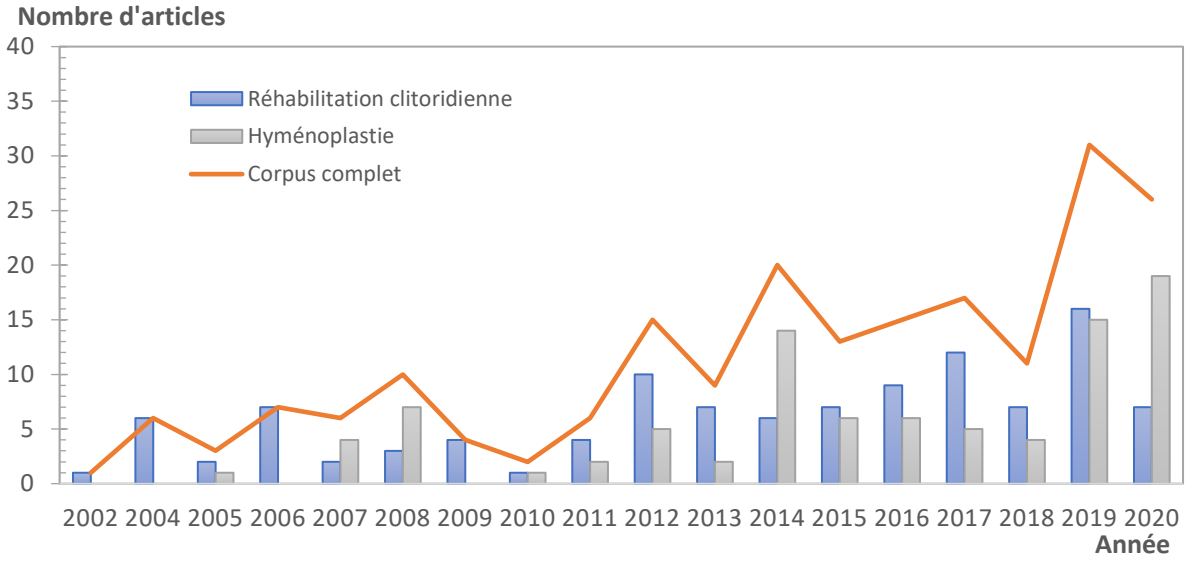
[53] Ce site est lié à une organisation à but non lucratif américaine, nommée « Internet Archive ». Leur but est de constituer une bibliothèque numérique de sites Internet et d'autres « artefacts » culturels sous forme numérique. En rentrant l'url d'une page web, il est alors possible de remonter dans le temps et voir les changements survenus dessus, ainsi que sa date de création, etc. Plus d'information sur : https://web.archive.org/

développement conséquent. La répartition des articles varie dans le temps avec des pics sur certaines années en lien avec l'actualité, et selon l'une ou l'autre des chirurgies étudiées (figures 1 et 2).

b) La sélection des articles

Les articles ont pu être identifiés sur les bases de données de presse citées précédemment, et directement sur les sites ciblés de la presse en ligne au moyen des mots-clés suivants pour le corpus 1 (C1) portant sur la chirurgie de reconstruction : *reconstruction de l'hymen, réparation de l'hymen, hyménoplastie, hyménorraphie, chirurgie de l'hymen, réfaction de l'hymen* (n = 91). En ce qui concerne le corpus 2 (C2) sur la réparation du clitoris, nous avons eu recours au mots clés suivants : *réparation du clitoris, réparation excision, chirurgie excision, opération excision (*n = 111). Mon corpus se compose alors (figure 2) des documents dont ces pratiques corporelles sont le sujet principal (C1n = 91, C2n = 111), ainsi que ceux dans lesquels ces pratiques sont simplement mentionnées pour aborder d'autres sujets, tels que les « violences faites aux femmes », l'asile, l'islam, les missions humanitaires, l'immigration en France, la virginité féminine et la chirurgie sexuelle plastique et esthétique. En effet, le fait que ces chirurgies puissent parfois être utilisées au sein d'une liste d'actes, et dans le cadre (frame) d'un propos général sur l'Islam, les chirurgies esthétiques ou encore l'asile est significatif pour comprendre dans quelles représentations sociales et univers de sens ces pratiques s'insèrent.

Figure 2. Evolution et répartition du nombre d'articles par années, par sujet traité (hyménoplastie ou réhabilitation clitoridienne)[1] et au total[2] entre 2002 et 2020



[1] Les articles traitant de l'hyménoplastie apparaissent en gris (n= 91) et correspondent au corpus 1 (C1). Les articles traitant de la réhabilitation clitoridienne apparaissent en bleu (n=111) et représente le corpus 2.

[2] Le corpus complet correspondant à l'ensemble des articles sélectionnés (C1+C2) pour la réalisation de ce corpus et est matérialisé par la courbe orange d'évolution.

Par ailleurs, tous les articles francophones issus de médias non français (québécois, belges, suisses ou d'Afrique francophone) ont été écartés puisque l'on s'intéresse ici au traitement médiatique de ces chirurgies dans l'espace national français, c'est-à-dire un espace historique avec ses constructions identitaires, ses configurations sociales, et dans lequel se construisent également des rapports au corps inscrits dans un débat national, questionnant ainsi la notion de « nationalisme sexuel » (Bader, 2018 ; Jaunait, Renard et Marteu, 2013 ; Mosse, 1985).

Mon corpus final se compose donc de 202 articles français, dont 160 ayant été publiés également sur un support papier (77%) et 41 uniquement en ligne soit 23% du corpus - aussi désignée sous l'appellation anglaise « pure player »[54]. Ces articles sont issus de 67 médias différents (annexe 10) et ont tous été publiés entre 2002 et 2020.

Cette méthodologie ne prétend pas à l'exhaustivité en matière d'articles sur la période détaillée ci-dessus. En effet, certains supports n'ont pas pu être pris en compte, comme les

[54] « Un éditeur, en particulier un éditeur de presse, qui exerce son activité exclusivement dans l'internet, ou cette activité elle-même, soit tout en ligne » selon la Commission générale de terminologie et de néologie au Journal officiel de la République française.

journaux uniquement papiers, les blogs d'informations, des médias locaux plus restreints. Par ailleurs, il est possible que certains sites n'aient pas rendu publiques toutes leurs archives remontant à 2002, notamment les grands quotidiens ayant une production journalière de contenus très conséquente. Cependant, l'usage de trois plateformes différentes, ajouté à une vérification systématique de la presse spécialisée et « alternative » parmi les supports les plus populaires dans ces domaines, permet déjà d'obtenir un corpus représentatif des différents contenus journalistiques produits sur la question dans différentes sphères de débat et sur la période choisie.

Par ailleurs, on remarquera que la quantité d'articles augmente au fur et à mesure des années (figure 2), ce qui n'est vraisemblablement pas uniquement lié à la réputation grandissante de ces chirurgies, mais également à la publication de plus en plus fréquente de contenus en ligne, ainsi qu'à un accès plus accru aux archives récentes. Des différences sont par ailleurs notables entre les deux corpus, qui peuvent s'expliquer par des évolutions et événements conjoncturels. C'est le cas par exemple de la nette augmentation des articles sur l'hyménoplastie en 2008 (figure 2), en lien avec l'affaire du Tribunal de Lille – déjà évoquée dans le chapitre 4. En 2019 et 2020, et particulièrement en 2020 où le nombre d'article sur la réhabilitation clitoridienne, plus constant en termes de fréquence du fait de sa dimension consensuelle est dépassé – les hyménoplasties sont à nouveau plus discutées dans la presse, en lien notamment avec les débats autour du projet de loi pour lutter contre le séparatisme (chapitre 4). Enfin l'augmentation globale du nombre d'articles sur ces chirurgies, assez visible à partir de 2018, peut s'expliquer par la présence d'un discours de plus en plus foisonnant et médiatique sur la question des « violences faites aux femmes » depuis le mouvement #MeToo (2017-2018) et la mise à l'agenda politique des questions d'inégalités femme-homme, plus visibles dans le dernier quinquennat.

C - Méthodologie de l'analyse

a) Une méthode mixte

L'analyse de ces documents s'est dès lors faite selon une méthode mixte.

Dans un premier temps, j'ai réalisé une analyse qualitative à partir d'une première lecture intégrale des documents sur le logiciel d'analyse qualitative Max QDA et procédé à l'encodage manuel thématique du corpus. Il s'agit de la méthode de la socio-sémantique (Jenny, 1996), 1996) fortement inspirée de la sociolinguistique de Saussure (1916), puis utilisée de manière

centrale par Pierre Bourdieu dans son ouvrage : *Ce que parler veut dire* (Bourdieu, 1982) qui légitime pour la sociologie de s'interroger au langage, ses rapports de force symbolique, le sens des discours et la question de la valeur et du pouvoir du discours. L'idée est ici de prendre la langue comme « un fait social » (Durkheim, 1895) et de voir en quoi le rapport entre linguistique et social (Wald, 2012) peut mettre à jour des déterminants symboliques, sémantiques et idéologiques de ces actes médicaux, à savoir les processus d'ethnoracialisation et d'altérisation des patientes, leur articulation avec des enjeux de construction nationale et néocoloniale, ou encore la diffusion de représentations genrées propres aux corps féminins.

Cette première étape a également permis de relever des sociotypes[55] (Dalibert, 2017) - pour les patientes comme pour les médecins - dans le récit médiatique, qui semble rejoindre des systématisations idéal-typiques de figures sociales : la femme-victime, le chirurgien-sauveur, etc.

En parallèle, une base de données quantitatives sur Excel et une base en ligne sur le logiciel Hyperbase ont été créées, permettant de fournir des informations précises sur la constitution du corpus et d'effectuer sur ce corpus des opérations de lexicométrie. On entend par là une analyse textuelle permettant de rationaliser les récurrences linguistiques dans le contenu des articles et de créer des données statistiques - générer par exemple des recherches systématiques et automatisées des occurrences sur les champs lexicaux des textes et des co-occurrences, des collocations et syntagmes récurrents, la fréquence du vocabulaire ou encore les univers sémantiques (nuage de mots) des textes, ce que Reinert appelle des « mondes symboliques ou des mondes lexicaux » (Reinert, 2007) qui sont associés à ces chirurgies. Par ailleurs, « tout texte est un intertexte » (Vanni, 2017) : il s'exprime avec les mots de tou.te.s. En cela, la lexicométrie, ou logométrie[56], amène à analyser l'intertexte des différentes données, cet intertexte définit par R. Barthes dans l'Encyclopaedia universalis comme :

[55] Ici ce terme fait référence à une catégorisation de groupes d'individus en fonction de caractéristiques communes telles que la culture ou la qualité des individus développé par Lasswell en 1965 et préférée par la sociologue M. Dalibert dans son analyse du sexisme dans les médias, à celle à la notion de « stéréotype » : « trop polysémique pour être facilement appréhendable. Dans le sens commun (et souvent dans le monde universitaire), « stéréotype » est utilisé pour rendre compte d'un figement ou d'une caricature représentationnelle. » Selon l'autrice, « le stéréotype est simplement le produit de discours portés sur un groupe social (Amossy et Herschberg-Pierrot, 1997). » Ainsi, pour éviter toutes confusions et en références à ces travaux je m'appuierais sur la notion de « sociotype » renvoyant à ce processus de catégorisation/labellisation des groupes sociaux (Dalibert, 2017).

[56] La logométrie constitue une continuité de la lexicométrie, puisqu'elle représente une spécialisation de l'analyse que la question des discours (logos) et de sa mesure statistique (métrie). Pour plus de précisions sur cette distinction, qui est en fait une évolution dans l'histoire de l'étude textuelle se référer aux travaux de Damon Mayaffre qui décrit un tournant dans ce champ à partir des années 1960 (Mayaffre, 2005).

« Un champ général de formules anonymes, dont l'origine est rarement repérable, de citations inconscientes ou automatiques, données sans guillemets. Tout texte est un intertexte ; d'autres textes sont présents en lui, à des niveaux variables, sous des formes plus ou moins reconnaissables […] ; tout texte est un tissu nouveau de citations révolues » (Barthes, 1973)

Un texte porte en cela des discours politiques, des formules du langage communes, qui se cristallisent en « un produit textuel » des représentations sociales flottantes et diverses. D'où la dimension heuristique de cette recherche exploratoire, qui s'appuie sur l'hypothèse que chaque journaliste qui s'exprime le fait en utilisant les mots des autres et de tou·tes, le locuteur articule un discours qui n'est alors jamais totalement inédit.

Sur le plan méthodologique, Hyperbase (version 10, 2021), sur laquelle se trouve la base de données en ligne[57], est un logiciel de textométrie[58] diffusé par le CNRS et l'Université Côte d'Azur, conçu et développé par Étienne Brunet en 1989, assisté de Laurent Vanni, au sein de l'UMR Bases, Corpus, Langage (BCL). Il permet de réaliser des statistiques textuelles et de l'exploitation documentaire de grands corpus en sociologie, linguistique, littérature, science politique ou encore en histoire, avec des fonctionnalités liées l'intelligence artificielle et au « deep learning » (processus d'apprentissage automatisé du logiciel), dans sa version la plus récente (version 9.0). Plus précisément, il a permis, grâce à son mode « lecture » exploratoire, de mettre en évidence des récurrences d'usage de vocabulaires dans le corpus, et les spécificités linguistiques des différents types de presse sur ce sujet, selon les années, et selon le type de chirurgie traitée dans les articles[59]. D'autres indicateurs et fonctions du logiciel ont été mobilisés, comme détaillé ci-dessous (encadré 12).

[57] La basse est intitulée « pressechir » disponible en ligne : http://hyperbase.unice.fr/hyperbase/controller/action/intro/select_corpus.php?corpus_id=pressechir

[58] Hyperbase s'applique dans toutes ses fonctionnalités à décliner ses traitements simultanément sur le texte brut avec la lexicométrie qui permet une description du contenu matériel «de surface» des textes et sur le texte lemmatisé, qui permet quant à lui de pouvoir décompter des unités à la pertinence linguistique plus avérée ainsi que de compléter le traitement purement lexical traditionnel par un traitement statistique d'autres régularités linguistiques comme les codes grammaticaux, les modes, les temps, le genre, le nombre (Vanni, 2017).

[59] Cinq métadonnées amenant à un système de partitionnement ont été définies au préalable : Nom de l'article (meta1), Type de presse (meta2), Corpus (C1 ou C2 – meta3), Type de presse (meta4), Année (meta5).

Encadré 12. Fonctions utilisées sur le logiciel Hyperbase et définition des indicateurs

Indice de spécificité : cet indice disponible sur hyperbase porte sur la fréquence des mots utilisés par type de corpus et permet de mesurer la spécificité de l'usage langagier de certains mots dans un corpus donné en comparaison avec les autres corpus en présence. L'indice montrera donc à quel point l'usage est spécifique à un corpus de presse par exemple, en comparaison avec les autres types de presse. Un exemple en est l'absence de l'usage du mot « victime » dans la presse médicale, en comparaison avec une usage banal dans les autres types de presse du corpus.

La lemmatisation : cette fonction classique en lexicométrie permet de donner à un mot la forme neutre canonique qu'il a et de faire des recherches de correspondances linguistiques plus larges. Ainsi, tous les mots d'une même famille sous des déclinaisons grammaticales différentes peuvent être recherchés. (Ex : victime : le mot au pluriel et au singulier, victimiser : sa forme verbale, victimisé : le participe passé avec une fonction d'adjectif, etc.).

Création de champ lexicaux : le fait de réaliser une recherche sur l'ensemble du corpus par mots clés d'un même champ lexical créé dans le cadre de la recherche.

Mode exploratoire « lecture » : ce mode permet simplement de faire des recherches par mots clés et par sélection de passage (10 mots entourant le mot choisi, par paragraphe, etc.). Cette modalité permet une plus grande efficacité dans l'analyse qualitative du corpus.

Travail sur les occurrences et co-occurrences : recherche de la fréquence des mots dans un corpus et des mots les plus associés au premier dans le corpus (ex : fille + jeune, la co-occurrence du mot jeune associé à fille est significatif dans la presse généraliste)

La base de données créée s'intitule « Les chirurgies sexuelles de reconstruction féminines dans la presse française » et est accessible en ligne sous l'identifiant « pressechir » - première mise en ligne le 14 février 2022[60]. Ce choix de logiciel s'explique principalement par l'avantage de cette accessibilité en ligne et s'inscrit dans une démarche de science ouverte, permettant à toute personne de reproduire le protocole de recherche sur la base de mes hypothèses et ainsi de retomber sur les résultats ici présentés. D'autres traitements à l'aune d'hypothèses différentes sont également réalisables par des chercheu·res souhaitant prolonger ce travail.

Ainsi, cette étude de cas sur corpus constitue le deuxième volet méthodologique de ma recherche doctorale (Schéma 3, p. 103). La mise en œuvre de ces méthodologies et de l'analyse des données par la suite a suscité alors un certain nombre d'interrogations d'ordre éthique et scientifique, m'amenant à aborder en dernier lieu ma position de chercheuse dans cette recherche.

[60] La basse est intitulée « pressechir » disponible en ligne : http://hyperbase.unice.fr/hyperbase/controller/action/intro/select_corpus.php?corpus_id=pressechir

IV - Réflexivité sur l'exploitation des données et la position de recherche : enjeux scientifiques et éthiques

A - Exploitation et analyse des données collectées

Suite à ces trois démarches méthodologiques de recherche, les données collectées ont été de deux types. Tout d'abord une analyse de données secondaires comme expliqué plus haut : rapports d'enquête quantitative, statistiques publiques, collectes de témoignages en ligne et d'information sur les sites de praticien·nes en ligne. Deuxièmement, des données primaires ont été produites au cours de l'enquête qualitative *via* les entretiens et la tenue régulière d'un carnet de terrain.

Cette analyse est d'abord passée par un temps de retranscription des entretiens. Les retranscriptions ont été réalisées au fur et à mesure de l'enquête, ce qui a permis un réajustement régulier au niveau de la grille d'entretien, et également des phases d'analyse et de rétrospection fréquentes durant l'enquête. La tenue d'un carnet de terrain a permis également de réaliser une prise de note « in situ » pendant la situation d'entretien afin de relever tout ce qui avait trait à l'observation et aux indications non verbales émanant des enquêté·es. Ce carnet a également servi avant et après l'entretien pour y recueillir les informations générales sur les lieux, mes impressions et premières formulations d'hypothèses, également les questionnements et doutes qui s'imposaient à moi tout au long de l'enquête. Durant la durée de la thèse, quatre carnets de 192 pages chacun ont été utilisés. Une relecture intensive des pages d'entretien retranscrites à la fin a permis cette « imprégnation » (Kaufmann, 1996) amenant la rédaction de portraits et la codification des entretiens par thématique sur le logiciel d'analyse qualitative MAX QDA.

Ces différentes données ont nourri des parties bien distinctes de la thèse, ce qui explique notamment le plan choisi pour ce manuscrit (tableau 6).

Tableau 6. Détail du type de données mobilisées par chapitre de la thèse

Chapitre	Donnée(s) mobilisée(s)
Chapitre 1	Liste des mythes anatomiques issues de l'enquête exploratoire[1]
Chapitre 2	Non concerné
Chapitre 3	Carnet de terrain Liste des enquêté·es
Chapitre 4	Synthèse à partie de sources secondaires juridiques[2] Exploitations de données issues de la statistique publique Exploitation de données d'enquêtes quantitatives existantes Synthèse de sources secondaires sur les prix des actes
Chapitre 5	Constitution du corpus d'articles de presse Analyse qualitative du corpus Analyse quantitative (lexicométrique) du corpus
Chapitre 6 et 7	Entretiens qualitatifs semi-directifs et biographiques Exploitation de corpus de témoignages en ligne Exploitations observations ethnographiques (carnet de terrain)
Chapitre 8	Entretiens qualitatifs semi-directifs et biographiques Exploitations observations ethnographiques (carnet de terrain) Usage de données secondaires en ligne (site de praticien·nes)

[1]Données primaires produites apparaissent en rouge.
[2]Données secondaires récupérées et exploitées

B - Position de chercheuse face à des sujets tabous

S'interroger sur sa propre position de chercheuse constitue ce moment analytique, devenu un invariant de la pratique sociologique, qui, comme le souligne J.P. Olivier de Sardan :

> « […] à la différence de beaucoup de sciences sociales, ne court pas, du moins une large branche, vers une objectivité désuète et reconnait qu'elle ne pourrait qu'accentuer son gain d'objectivité en reconnaissant la dimension proprement située de la démarche d'enquête. » *(Olivier De Sardan, 2008, p. 15)*

Cet auteur rappelle que la sociologie a en effet un référentiel différent des sciences physiques ou biologiques pour se placer dans le cadre de la plausibilité, bien qu'en dialogue avec un monde de référents réels. Aussi j'en viens à faire, selon l'expression de Bourdieu (1991), ma socio-analyse pour rendre plus robuste cette recherche.

Le premier questionnement, propre à cette partie réflexive, est sur celui du choix de mon objet de recherche. Je l'ai fait après avoir répondu à un sujet fléché portant sur le thème « genre, santé et migration » financé par le CNRS dans le but de m'inscrire dans le projet de recherche collectif intitulé « Modifications génitales féminines et altérité », dirigé par Marie Lesclingand au sein de l'URMIS Nice. J'ai proposé des terrains de recherche qui m'étaient proches, le premier étant mon pays d'origine et de résidence, la France, le second l'Egypte, ayant été jumelé à mon cursus universitaire, ce qui expliquait ma connaissance de la problématique de l'excision dans ce pays. De plus, ayant réalisé la quasi-totalité de mon cursus à Paris 1 Panthéon Sorbonne, les sujets liés à la migration et au genre, ainsi que les méthodologies qualitatives, relevaient de l'évidence pour cette recherche doctorale. Il me semble donc central de souligner à quel point ce parcours universitaire et cette tradition intellectuelle ont structuré mon travail, qui aurait été tout autre si j'étais venue d'un autre établissement. Ce constat peut être renforcé par mon expérience militante en association et ONG depuis le début de mon cursus supérieur : membre pendant six ans d'Amnesty International France dont deux ans responsables de l'Antenne jeune Sorbonne, expérience de huit mois dans l'ONG humanitaire d'urgence Solidarité International, participation à des projets d'hébergement solidaires pour les personnes migrantes entre 2015 et 2018 avec la Croix Rouge, la ligue des droits de l'Homme et Amnesty International. Cette expérience militante a nourri mes réflexions, conditionné mon entrée sur le terrain français et orienté un certain nombre de mes prénotions qu'il m'a fallu interroger tout au long du terrain.

Par ailleurs, le choix de cet objet de recherche m'a également mise face à un certain nombre de tabous et d'enjeux sociaux relatifs au fait de parler de sujets touchant l'intimité des femmes. Un thème sous-jacent de l'enquête est celui de la sexualité, qui s'est avéré central pour aborder ces pratiques médicales, mais qui a également impliqué des difficultés de réception sur le terrain.

> *« Si le sexe est réprimé, c'est-à-dire voué à la prohibition, à l'inexistence et au mutisme, le seul fait d'en parler, et de parler de sa répression, a comme une allure de transgression délibérée. Qui tient ce langage se met jusqu'à un certain point hors pouvoir ; il bouscule la loi ; il anticipe, tant soit peu, la liberté future. » (Foucault, 1976a)*

Comme Foucault l'a souligné dans les années 1970, bien que nous soyons à une époque où les discours sur la sexualité n'ont jamais été si nombreux, en parler place l'interlocuteur à une place spécifique, souvent transgressive dans la société. Aussi je ne saurais que revendiquer

la dimension engagée de ce travail, la grande transparence que celui-ci requiert sur les mécanismes sociaux recouvrant systématiquement les paroles qui s'élèvent autour de la question du sexe et de ses pratiques dans les différentes sociétés. Il y a, derrière ce travail, l'idée de visibiliser des parcours de soin marginaux et les rapports de plus en plus prégnants entre pratique sexuelle et pratique médicale.

Néanmoins, une fois posée cette revendication de visibiliser les processus sociaux qui associent pratique médicale et sexualité féminine, la mise en garde de Foucault dans son *Histoire de la sexualité : la volonté de savoir* (1976), demeure. Cette recherche ne s'inscrit-elle pas précisément dans ce travail de mise en discours de la sexualité à l'œuvre depuis plus d'un siècle, et ne normalise-t-elle pas elle-même scientifiquement des modalités de dire et d'accompagner médicalement la sexualité ? A ce titre, j'ai tenté de décrire et souligner la diversité des visions de la sexualité et des corps féminins en interrogeant différentes acteur·trices sociaux : les femmes parlant de leur vécu et de leur corps, les médecins, les médias, les associations et institutions politiques. Cette recherche reste tout de même située et marquée par ce paradigme de discours autoproclamé et revendiqué comme transgressif et engagé.

a) Chercheuse dans son propre pays : partie prenante malgré soi, un manque de dépaysement

Concernant ma position de chercheuse en France, deux points semblent centraux à aborder dans cette socio-analyse. Tout d'abord, le fait d'enquêter dans son propre pays implique une connaissance approfondie des mécanismes sociaux à l'œuvre. En effet, l'immersion n'a pas semblé totale comme en Egypte où les actes de la vie quotidienne, par exemple sur la répartition spatiale genrée des espaces, renseignaient des pans entiers de l'enquête. A ce titre, je n'ai pas pu profiter de ce « dépaysement » méthodologique suscitant la curiosité et le questionnement que les lointains terrains permettent et j'ai parfois mis beaucoup de temps à appréhender des observations sous un nouvel angle. Néanmoins, le milieu médical, ayant toujours été éloigné de mon expérience quotidienne, a en lui-même constitué un espace de découverte et de questionnements heuristiques.

Ensuite, au cours du terrain, j'ai été comme assignée de façon quasi systématique, du fait d'être perçue comme française dans mon pays d'origine et de résidence, à être partie prenante du contexte social étudié. Accueillie dans les associations et les instances de soin, je n'avais jamais un statut neutre d'étrangère. Le personnel associatif ou médical me plaçait souvent face aux patientes comme membre de leur équipe, me demandait des services de traduction,

d'expertise ou simplement me présentait comme une observatrice au même titre qu'une stagiaire issue du monde médical. Mon observation que je tentais de maintenir en retrait, se retrouvait vite malgré moi incontestablement participante. Ce type de présentation en même temps qu'une stagiaire médicale est par exemple arrivé plusieurs fois au début d'un groupe de parole de patientes. Il m'est même arrivé qu'une professionnelle de santé me demande à la fin d'un groupe de parole, qu'elle animait en posant régulièrement des questions aux femmes, si j'avais une « dernière question » à poser avant la fin de la séance. Le fait que je puisse aussi être une observatrice du corps médical ou du personnel associatif dans ce type de situation ne semblait pas être envisagé par ces personnes. Je pressentais par ailleurs qu'en insistant trop sur leur rôle dans ce type d'interaction, l'impression d'être tout d'un coup une personne enquêtée leur semblait incongrue, voire désagréable. Une spécificité du terrain français étaient souvent l'attente de la part du corps médical et des associations que les femmes/ les patientes soient le premier sujet de « curiosité » dans une recherche sociologique sur ces chirurgies. Or, j'ai eu tout autant à cœur de m'interroger sur les structures de prise en charge proposés aux patientes, qu'à leur parcours individuel et leur motivation.

b) Être une femme expatriée chercheuse française en Egypte

Encadré 13. Extrait du carnet de terrain n°3. Discussion informelle entre des expatrié.es chercheur·es au Caire.

On m'annonce que ma recherche va être compliquée lorsque j'explique que le premier chirurgien que j'ai rencontré a refusé de me donner certains contacts parmi ses financeurs caritatifs religieux. Il a précisé : « Je ne vous donnerai pas leur contact, cela va me causer des problèmes. Une étudiante venant d'Europe qui commence à poser des questions là-dessus. Non, non. (…) Vous ne connaissez pas les gens ici. Vous n'êtes pas d'ici, vous ne comprendriez pas, de toutes façons ». Des expatrié.es, aussi dans la recherche, me disent : "le souci c'est que ça empêche l'auto-critique". Ils parlent de la rhétorique contre l'ouest. Il y a des expressions qui reviennent beaucoup comme les "agents de l'ouest" (Aemil El Rakhaba) ou de l'Occident. Ou encore le "grand méchant loup" de l'Occident. "Et tu l'entends beaucoup aussi dans le discours même religieux, même chez des imams locaux, ou encore dans des familles arabes, même en France" (une collègue du CEDEJ). Je suis ici suspecte par mon origine et ma démarche de recherche. Comment puis-je trouver une position plus neutre et plus légitime pour me présenter à ces acteurs politiques ou religieux réfractaires à me parler ? (Février 2021, Le Caire)

Ce terrain égyptien a avancé assez rapidement en raison de la préparation antérieure à distance que j'avais effectuée depuis juillet 2020 (entretiens à distance, prises de contact, veille politique et institutionnelle, etc.). Forte de mon expérience sur le terrain français et des connaissances médicales acquises sur mon sujet, j'ai eu plus de facilité (en comparaison avec le terrain français) à rencontrer des professionnel·les de santé en Egypte et à organiser les entretiens. De plus, ma position d'étrangère, plutôt handicapante au départ (encadré 13) pour rencontrer des femmes, m'a valu au contraire d'être bien accueillie par les professionnel·les de

santé, qui souvent avaient été formé.es à l'étranger et me considéraient comme une actrice extérieure aux remous politiques et sociaux égyptiens. J'étais, de fait, considérée comme une personne de confiance. De plus, le fait d'être française et européenne en Egypte est socialement bien vu, en témoignent les travaux d'Amélie Le Renard sur la vie d'expatrié.es au Moyen Orient (Renard, 2010, 2019), cela a donc favorisé mes rapports avec cette élite médicale cairote qui me prêtait d'emblée – sans discussion mais par présupposés - les mêmes valeurs « humanistes » et « universelles » que leur entourage.

Cependant on pourra souligner des difficultés liées à ma positionnalité sur le terrain et au contexte égyptien de quatre ordres :

Le contexte politique autoritaire représente une entrave non négligeable pour la recherche académique en Egypte. Les recherches en sciences humaines y sont très mal considérées, très contrôlées[61], elles sont d'ailleurs souvent menées de manière clandestine. Un sujet tabou comme le mien ne pouvait par exemple pas être discuté ouvertement dans l'espace public ou avec des personnes hors de mon cercle proche.

Ensuite – et l'on peut y voir une conséquence directe du premier point –, les recherches de chercheur.es étrangers ne sont jamais déclarées auprès des autorités égyptiennes, même si, comme la mienne, elles sont accueillies dans un lieu institutionnel comme le CEDEJ avec un ordre de mission officiel du CNRS. Il ne faut pas en parler, ne pas se faire remarquer, toujours dire que l'on est là en touriste ou que l'on travaille au CEDEJ sur des tâches administratives, faire très attention aux contenus des mails envoyés, aux données de nos disques durs, etc.

Une autre difficulté rencontrée fut d'ordre linguistique. Etant encore dans les premières années d'apprentissage de la langue arabe, beaucoup de clés sur son usage dans le contexte égyptien me manquaient, et il m'a fallu recourir plusieurs fois à des traducteurs. Pour les entretiens auprès des femmes, j'ai collaboré avec ma collègue chercheuse égyptienne, Gehad Elgendy, afin de recueillir leur témoignage. Bien heureusement, ce qui représentait au départ des difficultés d'accès m'a poussé, de manière positive, à beaucoup interroger l'usage des mots, les traductions, les jeux qui s'opèrent entre les langues : pourquoi, par exemple, le vocabulaire sur la sexualité est-il très limité en arabe ? Ou bien pourquoi le passage à l'anglais, lorsque l'on parle de ces sujets, est-il quasiment automatique chez les professionnel·les de santé ?

[61] Les tensions autour de la recherche ont beaucoup augmenté depuis l'affaire Giulio Regeni en 2016, doctorant kidnappé et assassiné lors de son terrain en Egypte pour sa thèse sur les syndicats ouvriers indépendants égyptiens.

Enfin le terrain égyptien a été pour moi l'occasion de découvrir un contexte où les doubles discours sont très fréquents en raison de la situation sociale et politique, avec les retombées que cela entraîne sur les milieux médicaux. Beaucoup de médecins fournissaient à dessein des discours contradictoires, en opposition avec les autres praticien·nes. J'ai pu y voir un climat de défiance assez fort autour des chirurgies génitales entre collègues, la peur de l'autorité publique sanitaire, de la dénonciation par les confrères, des pressions communautaires et identitaires pour des pratiques comme l'excision. Il me semble ainsi que la dimension à la fois nouvelle et taboue de ces chirurgies de réparation entrave encore la construction d'un discours scientifique entre les artisans de ces pratiques. A l'heure actuelle, la concertation publique sur ces sujets est quasiment impossible en Egypte : il existe très peu de congrès, de présentations publiques ou médiatiques, ou encore de fonds investis.

C - La question éthique en sociologie du genre et de la santé : comment protéger les enquêté.es, comment faire face à l'institutionnalisation des procédures éthiques ?

En sciences humaines, de plus en plus, des évaluations éthiques sont demandées, particulièrement pour les sujets touchant à la santé. Ce phénomène semble tenir à une préoccupation qui nous vient directement de la recherche biomédicale et s'inscrit désormais dans un processus "d'harmonisation des procédures scientifiques", notamment au niveau européen (Fassin, 2008b). Dans ce cadre, j'ai entrepris d'interroger ma position de chercheuse et de m'acquitter d'un certain nombre d'engagements auprès des enquêté·es afin de protéger leurs données personnelles, leur identité et de veiller à leur intérêt propre dans les enjeux de la recherche menée, cette attention n'ayant pas toujours été très explicite dans la recherche en sciences humaines : « Si l'apport de la recherche en sciences sociales à la médecine en général, (…) est indéniable, les conditions de la production de ces données sont discutables et méritent d'être questionnées. » (Schantz, 2018, p. 11). Pour cela, dès le début de mon enquête en 2020 en France, j'ai distribué en début d'entretien un formulaire de consentement éclairé (annexe 8) garantissant l'anonymat et la confidentialité de l'entretien réalisé, pour encadrer le contexte d'enregistrement des entretiens : je m'engageais à les détruire à la fin de la recherche, à utiliser des pseudonymes et à ne pas livrer d'agglomérat d'informations personnelles qui permettrait d'identifier la personne interrogée.

Cependant les modalités de mise en place de cette procédure dans la méthodologie de recherche n'a pas toujours été profitable à l'établissement d'une relation de confiance avec l'enquêté.es, au-delà de la relation contractuelle ou institutionnelle. A ce titre, conformément à ce que Didier Fassin évoque lors de l'une de ses enquêtes dans des hôpitaux d'Afrique du Sud, à savoir des effets négatifs de la standardisation et formalisation de ce consentement sur le terrain (Fassin, 2008b), j'ai pu moi-même constater au début de mon terrain égyptien, lorsque j'ai voulu mettre en place la signature d'un formulaire de consentement éclairé, l'inquiétude des enquêtés que générait la multiplication des précautions énumérées dans le formulaire, par sa dimension contractuelle très formelle : à quoi s'engageaient-ils vraiment ? Également, comme l'indique Fassin, je notais un sentiment d'anxiété, voire même un prompt refus, alors qu'antérieurement les échanges et la négociation de l'entretien avaient été assez aisés. D. Fassin souligne notamment que cela renforce le caractère artificiel de la situation, une « certaine raideur dans le dialogue » entrainant des problèmes de confiance : « Avec le consentement éclairé dans sa version formalisée, la confiance est ébranlée » (Fassin, 2008). Cela peut paraître alors contradictoire avec l'approche sociologique ou anthropologique qui vise justement par des méthodologies qualitatives à sortir d'un certain formalisme (présent dans les questionnaires, les entretiens directifs, ou l'expérimentation en science médicale) et entrer dans des liens plus intimes, voire parfois des liens proches de l'amitié avec certains enquêtés pour désamorcer les effets d'auto-censure, établir de la confiance et ainsi acquérir une connaissance plus approfondie de la situation, jusqu'à parfois en devenir un acteur caméléon (ni tout à fait dedans, ni extérieur). C'est là même une des plus-values de ce type de recherche de terrain. Il faut alors se montrer flexible et surtout très respectueux de l'éthique et de la confiance accordée par les enquêtés pour conserver sa place dans le milieu abordé. A aucun moment, cette confiance ne peut être rompue sans compromettre la position de chercheur. En cela, il m'a fallu développer des stratégies pour que "le geste bureaucratique », dans tous les contextes d'enquête, ne vienne pas « rompre la qualité de la relation d'enquête en rappelant les protagonistes à l'ordre institutionnel » (Fassin, 2008b, p. 126).

Aussi il m'a fallu parfois procéder à des ajustements en situation et notamment sur le terrain égyptien. Il faut souligner ici la difficulté de la mise en place de ces procédures (formulaire de consentement, transparence de la recherche) quand il s'agit de contextes d'enquête hors Europe. Le contexte politique et les dispositifs de surveillance régulière auxquels sont soumis les citoyens en Egypte créent une telle méfiance vis-à-vis des procédures

institutionnalisées que notre démarche s'est en effet révélée être profondément inadaptée aux situations d'entretiens que nous mettions en place. De manière générale, j'ai opté pour un « consentement ethnographique », c'est-à-dire « un processus relationnel et séquentiel » plutôt que pour « un accord contractuel », impliquant une redéfinition permanente durant la recherche (Fassin, 2008b, p. 127 ; Murphy et Dingwall, 2007), et qui se déclinait de manière plus ou moins formel selon les terrains et le contexte national d'enquête. On ne peut évacuer la spécificité des contextes, chacun fonctionnant avec ses propres normes formelles d'élaboration d'un consentement éclairé. En Egypte je demandais donc oralement le consentement, l'enregistrant en audio et prenant soin de répéter les composantes de mon formulaire de consentement éclairé écrit. Cependant je sentais bien qu'il fallait que cette partie ne prenne pas trop de place, et qu'elle ne constituait pas une étape rassurante pour les enquêté.es, bien au contraire. Finalement la relation éthique d'enquête semblait plutôt tenir à d'autres composantes. En cela, Didier Fassin précise que :

> *« […] prétendre résumer l'exigence éthique au formalisme d'un accord signé dans un échange inégal entre l'enquêteur et l'enquêté, c'est ôter son contenu à ce rapport pour lui préférer la sécurité légaliste d'un contrat, c'est renoncer à l'ambiguïté du travail ethnographique, toujours objet de négociation et d'interrogation, pour lui substituer la fausse assurance d'une attestation institutionnelle. » (Fassin, 2008, p127).*

Justement, les éléments centraux dans cette relation enquêté.es - enquêtrice m'ont paru tenir bien plus dans la mise en récit de ma démarche de recherche au début de l'entretien, dans mon attention aux réponses formulées et surtout mes propres réponses aux interrogations des enquêté.es sur les buts de ma recherche scientifique.

Les modalités de l'étude a donc été organisée de manière à respecter les données personnelles de tous les enquêté.es en garantissant les conditions suivantes. Tous les entretiens semi-directifs ont été enregistrés, que cela soit avec des patientes ou des professionnel·les de santé, ainsi que certains acteurs associatifs gravitant autour de cette procédure. Ces entretiens ont fait l'objet d'une retranscription intégrale en remplaçant les données personnelles comme le nom, les lieux cités par des noms génériques ou des pseudonymes. Seules les données strictement nécessaires à la réalisation de la recherche ont été collectées et traitées (fonction - parcours professionnel - niveau d'études, nom de la structure médicale et/ou association, âge, nationalité / pays d'origine des parents, nombre d'enfants - situation maritale / familiale, opinions sur les pratiques médicales et description du parcours). De même, pour l'observation

de groupes de parole, celle-ci a fait l'objet d'une prise de notes (avec l'accord signé des personnes présentes, Formulaire, Annexe 6) en garantissant l'anonymat. J'ai été la seule à avoir accès aux notes réalisées. Aucune donnée personnelle ou information contextuelle permettant d'identifier les personnes présentes et toute tierce personne mentionnée au cours de l'observation ou des entretiens ne pourront être conservées ou diffusées. L'ensemble des notes prises de manière anonyme et des retranscriptions d'entretiens également anonymisées ont fait l'objet d'une analyse thématique de contenu. Selon les formulaires distribués, les données de l'étude peuvent être publiées dans des journaux médicaux et scientifiques sans bien sûr que l'identité des personnes interviewées ne soit révélée. Seules les données strictement nécessaires à la réalisation de notre recherche ont été collectées et traitées. Les données à caractère personnel (formulaires de consentement, prise de note) des enquêté·es seront conservées jusqu'à la fin de l'enquête doctorale, en décembre 2022. Les enregistrements audios ont été détruits après retranscription.

Le protocole de recherche ici détaillé a fait l'objet d'une validation de la part de la Déléguée à la Protection des Données du CNRS (annexe 8) et une page en ligne à destination des enquêté.es a été créée sur laquelle sont disponibles les formules de consentement éclairé, ainsi qu'une brève présentation de la recherche[62].

* *

*

Ainsi, cette méthodologie mixte a permis deux choses au cours de l'enquête. Tout d'abord, les pratiques médicales étudiées ont pu être abordées de manière multidimensionnelle et multiscalaire en jouant sur la variation des angles d'approche (juridique, sociologique, démographique, historique) et sur une multiplicité d'échelles : au niveau macrosociologique *via* des efforts de contextualisation chiffrée, au niveau de l'étude de cas avec les représentations médiatiques et au niveau microsociologique avec l'enquête ethnographique de terrain par entretiens.

L'articulation de ces multiples données par leur triangulation, c'est-à-dire leur comparaison, confrontation et recoupement, a ensuite permis de produire une valorisation des

[62] Page accessible sur le site de l'URMIS, mise en ligne le 06/09/2022 : https://www.urmis.fr/mise-a-jour-du-protocole-de-recherche-et-informations-sur-les-donnees-personnelles-des-personnes-enquetees-lors-du-travail-doctoral-de-sarah-boisson/

résultats de l'enquête qui va se décliner selon plusieurs angles. Le premier angle sera celui de la contextualisation des pratiques de manière juridico-institutionnelle, ainsi que socio-démographique. Puis, il s'agira de présenter la partie principale de la recherche : les données de l'enquête qualitative, par l'intermédiaire de l'analyse des discours des patientes d'une part (chapitres 6 et 7), et des professionnel·les de santé d'autre part (chapitre 8).

DEUXIEME PARTIE. ENTRE PRATIQUE ET DISCOURS : UN TRAVAIL CONTEXTUEL SUR CES PRATIQUES MEDICALES

Cette deuxième partie fournit des données de contextualisation des pratiques médicales que sont les chirurgies génitales de « reconstruction » féminines afin de comprendre leur usage, fréquence, cadre juridique et les représentations sociales qui les accompagnent dans les différents terrains nationaux et à l'échelle mondiale. Elle aborde également les données chiffrées dont nous disposons sur ces actes médicaux – très variables selon les contextes. Il s'agit ici d'une démarche d'objectivation des connaissances relativement lacunaires sur ces pratiques. On pourra également s'interroger sur leur statut au sein des sociétés étudiées : s'agit-il par exemple de demandes de soins « majoritaires » ou « minoritaires » - la qualification de « majoritaire/minoritaire »[63] relève ici de débats en matière de représentations et se doivent d'être discutées en termes quantitatifs ? Cette partie vise à répondre à la problématique générale de la thèse qui porte sur la dimension transnationale de ces pratiques médicales et de leur déclinaison plurielle dans différents contextes nationaux en termes de chiffres, de cadres historico-institutionnels et de représentations médiatiques.

Le premier chapitre de cette partie porte sur la compréhension des contextes de réception de ces pratiques : préciser le contexte juridico-politique, mais aussi esquisser un profil socio-démographique des patientes et situer géographiquement leur demande grâce aux données socio-démographiques disponibles dans les zones géographiques concernées (Chapitre 4). Ensuite, il s'agira de prolonger cette analyse en s'intéressant aux représentations sociales que véhiculent les médias en contexte migratoire européen (corpus médiatique en France) sur ces pratiques (chapitre 5).

[63] L'usage de la dichotomie « majoritaire/minoritaire » a été soulignée par les travaux de Foucault et Bourdieu comme un couple de notion relevant la plupart d'un étiquetage imposé par le discours dominant sur des pratiques ou des personnes, et non pas une réalité statistique. La sociologie des catégories nous appelle en cela à la méfiance quant à l'usage de ces notions.

Chapitre 4 : Contextualiser les pratiques médicales étudiées

Ce chapitre se propose de contextualiser les actes médicaux étudiés de deux manières. Tout d'abord, il s'agit d'aborder les cadres juridico-institutionnels qui les accompagnes dans les deux espaces étudiés : en France et en Egypte. Cette première section revient sur les législations et les polémiques contextuelles ayant eu lieu dans ces pays. Dans un second temps, ce chapitre se focalise sur l'exploitation de données chiffrées socio-démographiques sur la fréquence des actes médicaux, les profils des médecins et des patientes et les coûts des chirurgies. Pour cela, je m'appuie sur plusieurs sources de données statistiques.

I - Situations juridico-politiques des contextes d'étude et articulation avec les normes internationales de santé

A - La chirurgie esthétique : une tension entre thérapeutique et confort

« Reconstruire » les organes génitaux : s'agit-il d'une pratique de confort, culturelle, sociale ? Quel rapport avec d'un côté la protection de l'intégrité physique des personnes érigée en grand principe du droit pénal (Gründler, 2015), de l'autre la demande thérapeutique de « reconstruction » comme accès à un soin et enfin les chirurgies génitales dites de « confort » ? Il est important à ce niveau de l'analyse de revenir sur le contexte juridique qui encadre ces pratiques et témoigne de la tension définitionnelle (chapitre 1) dans laquelle celles-ci s'inscrivent.

A ce titre, la juriste Tatiana Gründler souligne les contradictions juridictionnelles que suscitent tous types de modifications corporelles réalisées sans « nécessité médicale » – la question de la chirurgie dite « esthétique » – et la difficulté sémantique de définir les limites de cette nécessité permettant des mesures dérogatoires plus ou moins larges dans l'atteinte à l'intégrité corporelle par la médecine (Gründler, 2015). Elle prend l'exemple du cas français dans lequel le code pénal a permis progressivement ce type de dérogations, mais aussi elle revient sur l'absence d'une prise de position au niveau professionnel jusqu'à très récemment par le code de déontologie médicale. Pourtant depuis 1999, les motifs d'atteintes à cette intégrité

ont été élargis et se sont assouplis avec la question de la « destination de l'acte » (quel but, pour qui), et du « consentement de la personne » (2002 code civil et pénal). En effet, à partir de 1999 pour réaliser une transformation corporelle, on ne parle plus désormais de « nécessité médicale » mais de « nécessité thérapeutique », formule qui a finalement un sens plus large. Enfin, en 2004, avec la révision des lois de bioéthique s'ajoute « l'hypothèse exceptionnelle de l'intérêt thérapeutique d'autrui » - qui peut désigner un champ de justification beaucoup plus large, notamment en termes de demandes psychologiques. Tatiana Gründler conclut :

> *En dépit de la clarté de l'interdit pénal et de l'encadrement de la dérogation, nombre d'atteintes sont portées à l'intégrité du corps, dont certaines par des médecins, alors que la nécessité médicale est absente ou discutable. Ainsi, à des degrés divers, tatouages, piercings, chirurgie esthétique, circoncision rituelle, excision mettant en cause l'intégrité du corps pour des motifs variés (esthétiques, religieux, culturels), mais en aucun cas médicaux. (Gründler, 2015, p. 485)*

A l'exception de l'excision, les autres formes sont donc « tolérées » bien qu'étant en contradiction avec l'article 16-3 du Code civil, selon T. Gründler. Au nom de l'autonomie personnelle des individus, la notion de « nécessité médicale » se retrouve interprétée avec souplesse par le législateur, ce que l'autrice nomme « une nécessité médicale subjectivée » ou « revisitée » à l'aune d'un besoin ou d'une souffrance « psychique » (Gründler, 2015, p. 487). Elle souligne alors que ce processus de « subjectivisation » est très fort dans le domaine de la chirurgie esthétique, participant cependant de manière insidieuse à une « normalisation des corps ».

En France, les chirurgies esthétiques et reconstructrices s'inscrivent dans une spécialité médicale, à savoir « chirurgie plastique reconstructrice et esthétique » (CPRE), relativement encadrée sur le plan juridique. En effet, pendant longtemps celle-ci était attribuée automatiquement, par le conseil national de l'Ordre des médecins, à tout chirurgien·nes ou médecins ayant acquis une spécialité chirurgicale et ayant eu une formation universitaire complémentaire en chirurgie plastique. Cependant depuis 1988, la CPRE est une spécialité à part entière, s'inscrivant dans un cursus universitaire qui lui est propre, au même titre qu'un cursus de dermatologie ou de stomatologie[64]. Finalement seul·es ces professionnel·les peuvent effectuer des actes de chirurgie esthétique depuis la loi du 4 mars 2002, texte central qui encadre

[64] Rapport « Santé, beauté, une priorité : la sécurité », site du Sénat, mis en ligne le 2 octobre 2015, consulté le 8 mai 2022, url : http://www.senat.fr/rap/r11-653-1/r11-653-115.html#:~:text=L'article%20R.,sans%20vis%C3%A9e%20th%C3%A9rapeutique%20ou%20reconstructrice%20%C2%BB.

la totalité de ces actes, assortie par la suite des décrets d'application du 11 juillet 2005 et d'une circulaire en date du 23 décembre 2005.

Cette dernière circulaire définit le contexte de la réalisation de ces pratiques médicales de la manière suivante : il s'agit de recevoir « des personnes non malades, non blessées, pour des interventions qui n'ont pas de motif curatif, quel que soit le bien-être qu'elles entendent procurer aux personnes intéressées. » Cette circulaire suggère une sortie du domaine thérapeutique de ces actes chirurgicaux. Mais elle précise également la distinction entre les « actes chirurgicaux à visée esthétique » et les « interventions de chirurgie plastique ou reconstructrice réalisées à la suite d'un accident ou d'un traitement, ou pour la correction d'une malformation ou d'un déficit fonctionnel » : c'est dans cette différence de visée que se jouerait la limite avec « une démarche thérapeutique »[65]. Cependant dans le cas d'une hyménoplastie ou d'une réhabilitation clitoridienne, la frontière reste floue et pour cause : aucune chirurgie génitale n'est de fait listée dans l'annexe de la circulaire qui répertorie les actes esthétiques les plus courants (comme les rhinoplasties, différentes formes de liposuccion, les mammoplasties, etc.). Ce dilemme sur les justifications thérapeutiques peut même être étendu à la circoncision masculine comme mis en regard dans les travaux de G. Coene et S. Saharso (2019). Néanmoins, l'encadrement administratif semble s'en remettre largement aux « frontières » dessinées par l'assurance maladie (Hénaff, 2015) dans la mesure où le montant des remboursements va constituer la ligne tenue qui différencie les chirurgies de confort des chirurgies thérapeutiques, souvent conforme à l'opposition (Erlich, 2007) entre chirurgies esthétiques et chirurgies reconstructrices (suite à une altération, un accident, etc.).

Dans les faits, les deux pratiques étudiées se retrouvent tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, selon les professionnel·les de santé qui les réalisent, selon les antécédents des patientes – un viol par exemple dans le cas d'une hyménoplastie qui peut amener à penser l'intervention chirurgicale comme inscrite dans une démarche de « reconstruction » –, selon les interlocuteurs qui questionnent les praticien·nes sur leur méthode ou encore leur formation médicale. Par ailleurs, elles se retrouvent au cœur d'un enjeu législatif plus large – touchant par exemple à l'excision ou la circoncision masculine (Abu-Sahlieh, 2001 ; Coene et Saharso, 2017, 2019) – en termes d'atteinte à l'intégrité physique des corps.

[65] Ibid.

B - Contextualiser la prise en charge chirurgicale de l'excision : retour sur la criminalisation de l'excision et ses formes de médicalisation

La question de l'excision se trouve au carrefour des pratiques de reconstruction chirurgicales, en tant qu'elle semble représenter le repoussoir par excellence de ces pratiques médicales (Bader, 2016). Le flou de la législation qui entoure ces pratiques de reconstruction est en effet à mettre en regard avec les lois de criminalisation des « mutilations génitales féminines » (MGF), fruit d'un processus global et de circulation de normes.

a) La France, pionnière en matière de lutte contre l'excision et de « reconstruction »

Retour sur contexte juridique tourné vers la prévention de l'excision

A partir des années 1970, les législations des pays, aussi bien en Europe qu'ailleurs, ont progressivement commencé à harmoniser leurs cadres juridiques concernant l'excision[66] en s'alignant notamment avec les politiques internationale et régionale de lutte contre les MGF (Toubia, 1993). En 1995, un sommet s'est tenu au Pays-Bas afin d'intensifier cette lutte et mettre en place une stratégie d'« éradication » de la pratique. Cependant, il faut souligner les difficultés d'application de ces mesures en raison de l'écart existant de fait entre les normes internationales et les normes sociales locales en vigueur dans les pays où les prévalences sont les plus élevées (Boyle, McMorris et Gomez, 2002).

A ce titre, il est intéressant de souligner que ces processus législatifs ne sont pas étrangers à la question des migrations et des circulations internationales de normes sanitaires et médicales. En effet, la création d'un cadre juridique dans les pays d'origine fut concomitant – et bien souvent insufflé – par celui développé dans les pays d'immigration (Andro and Lesclingand, 2016) dont les pionniers en la matière sont la France (1979) du fait de l'histoire ancienne des migrations en provenance d'Afrique (Sylla et Andro, 2020a), la Suède (1982) et le Royaume-Uni (1985). Ce processus s'est fait en lien avec la circulation de ces normes internationales et également dans une logique de circulation normative Nord-Sud.

Deux modèles de législation ont alors émergé : quelques pays ont adopté des lois spécifiques à l'excision tandis que d'autres (dont la France) ont inclus la pratique dans le

[66] 25 des 30 pays les plus concernés ont mis en place au cours des dernières décennies des mesures législatives relatives aux MGF. La majorité des lois allant dans ce sens sont récentes – autour des années 2010, comme c'est le cas de l'Egypte en 2008.

dispositif général des maltraitances et actes de « mutilations » réalisés sur des enfants (European Institute for Gender Equality, 2013). Ces lois ont en revanche presque toutes intégré « le principe d'extra-territorialité » qui consiste à étendre la protection des filles résidant en temps normal dans le pays d'immigration à l'extérieur de leur pays de résidence et éviter ainsi qu'elles soient excisées lors de vacances ou de retours temporaires dans le pays d'origine des parents (Andro et Lesclingand, 2016c).

Au niveau européen, un texte encadre cette question (Gillette-Faye, 2020), il s'agit de l'article 3 « Interdiction de la torture » de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales[67] (CEDH) : « nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants » (CEDH, 1950). Sur cette base normative, s'est alors construit, aux niveaux nationaux, le cadre de la criminalisation de l'excision qui bien souvent recouvre des procédures pénales et civiles (encadré 14 sur le cas français).

Encadré 14. Textes juridiques encadrant à la question de l'excision en France

En France, lorsqu'une excision est réalisée sur une petite fille, une saisie peut être faite en droit civil et en droit pénal. En droit civil, on pourra se référer à trois dispositions encadrant la protection de l'intégrité physique des personnes. « Selon l'article 16 du Code civil : le respect du corps humain est garanti dès le commencement de la vie. L'article 16-1 du Code civil précise que chacun a le droit au respect de son corps qui est inviolable. Ainsi, le juge peut être saisi et il peut prescrire toutes mesures propres à empêcher ou à faire cesser une atteinte illicite au corps humain selon l'article 16-2 du Code civil en rendant une ordonnance de protection » (Gillette-Faye, 2020).

Elle est encadrée par l'article 222-1 du code pénal qui punit les violences entrainant des mutilations : « Le fait de soumettre une personne à des tortures ou à des actes de barbarie est puni de quinze ans de réclusion criminelle. Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables à l'infraction prévue par le présent article » (Fercot, 2012). Les peines sont variables selon les circonstances de la réalisation de l'acte : s'il s'agit de violences ayant « entraîné une mutilation ou une infirmité permanente », la peine encourue sera de dix ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende (article 222-9 du Code pénal), elle est aggravée à quinze ans de réclusion criminelle dans le cas où l'acte est commis sur un mineur de moins de quinze ans (article 222-10 du Code pénal) et à vingt ans de réclusion criminelle lorsque l'infraction est commise sur un mineur de quinze ans par « un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur » (Gillette-Faye, 2020). Une aggravation des peines est notable lorsque les violences ont entrainé la mort de manière non intentionnelle (entre vingt et trente ans de réclusion criminelle (article 222-7 et 222-8 du Code pénal).

[67] Convention européenne des droits de l'homme, telle qu'amendée par les Protocoles numéros 11, 14 et 15, complétée par le Protocole additionnel et les Protocoles 4, 6, 7, 12, 13, 16, entrée en vigueur le 1er août 2021, url : https://www.echr.coe.int/documents/convention_fra.pdf, consulté le 12/07/2022.

Apparition en parallèle de la chirurgie de reconstruction du clitoris : un même soutien institutionnel mis au service de la prise en charge médicale

Au vu de ce dispositif juridique complexe, articulé entre le niveau national et européen, de nombreux procès ont eu lieu, notamment conduits en France par l'avocate Linda Weil-Curiel (Sylla et Andro, 2020a) et continuent de survenir même s'ils sont moins fréquents[68]. La France fait alors preuve sur ce plan d'un investissement non négligeable. Par exemple, en 2012, parmi 42 procès recensés dans 6 pays européens, 29 se trouvaient en France dont le premier procès sur cette question en 1979 (Leye et al., 2007). Cette spécificité nationale s'explique par le fait que l'arsenal juridique est renforcé par une forte mobilisation associative (Sylla et Andro, 2020a) au maillage territorial important : allant de la petite structure à la fédération – à l'exemple de l'association du GAMS[69].

C'est donc dans ce contexte qu'émerge, en parallèle de ces dispositifs législatifs, la chirurgie de réhabilitation clitoridienne, développée par l'urologue Pierre Foldès dans les années 1990 à la suite de ses missions humanitaires au Mali et au Burkina Faso. L'apparition de cette technique biomédicale n'est pas étrangère aux grandes campagnes de prévention et de lutte contre l'excision menées à différentes échelles (globale avec les prises de position de l'ONU à l'exemple de « l'interdiction universelle et l'éradication des mutilations génitales féminines » en 2012, européennes, nationales en contexte migratoire) qui ont contribué à faire connaître la pratique de l'excision au sein des arènes institutionnelles françaises, amenant à la construction d'un nouvel enjeu de santé publique. Ce mouvement a même abouti à l'inscription de l'éradication de l'excision comme une des priorités de l'Etat français en lien avec l'élaboration d'un plan national d'action[70]. Et les associations ont diversifié leur action qui se situe à la fois en amont, autour de la prévention et de la pénalisation de la pratique, et en aval, avec « la prise en charge et l'orientation vers des structures adaptées […] [afin] d'accompagner de nombreuses femmes vulnérables sur le long terme dans leur reconstruction physique et

[68] L'affaire la plus récente date de mars 2022 avec la comparution d'une mère de sept enfants devant la cour d'assises de la Sarthe, le premier procès sur l'excision depuis dix ans (le dernier datant de 2012 à Nevers), plus d'information : https://information.tv5monde.com/terriennes/proces-de-l-excision-en-france-une-peine-de-cinq-ans-pour-une-mere-de-famille-451500

[69] La Fédération GAMS se présente comme « engagée dans la lutte contre toutes les formes de violences faites aux femmes et aux filles ». Elle est présente en France et en Belgique et réalise des actions de plaidoyers, d'accompagnement de femmes, de sensibilisation et de mise en relation des adhérentes avec des institutions médico-sociales. Plus d'informations sur : https://federationgams.org/.

[70] Suite aux déclarations de Benoit Garnier, secrétaire d'État, chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations, ce plan national d'action a été publié, consulté le 12/07/2022 : https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2019/06/Mutilations-sexuelles-feminines_2019_plan-national_FINAL.pdf

mentale, ainsi que dans leurs démarches administratives, juridiques et professionnelles. » (Sylla et Andro, 2020a). Cette chirurgie, gagnant en reconnaissance en France, a ainsi bénéficié d'un soutien institutionnel conséquent. Depuis 2004, cette opération est entièrement remboursée par la Sécurité sociale, comme le souligne la haute autorité de santé à nouveau en février 2020 dans sa publication d'un livret de « recommandations dans la prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours »[71] :

> *9.2.4 Prise en charge chirurgicale*
>
> *L'opération de réparation du clitoris est un acte de chirurgie réparatrice et non de chirurgie esthétique. Elle est prise en charge par la Sécurité sociale.*
>
> *Il est proposé de se référer au lien ci-après qui indique une liste actualisée de consultations et services spécialisés en matière d'activités chirurgicales.*
> *https://federationgams.org/wpcontent/uploads/2019/02/Unit%C3%A9s-de-soins-aux-femmes-excis%C3%A9es-en-2018-1.pdf*
>
> *Il est important de souligner que la prise en charge d'une femme mutilée sexuellement ne saurait se résumer à la reconstruction du clitoris.*
>
> *Il est recommandé que la chirurgie de réparation clitoridienne soit entourée d'une prise en charge psychologique et sexologique. (HAS, service des bonnes pratiques professionnelles, février 2020, p 32.)*

En cela, cette chirurgie semble émerger dans un contexte particulièrement favorable à son développement et à sa légitimation puisqu'elle vient prolonger l'arsenal pénal contre l'excision : une solution de prise en charge, en complément de la politique législative dissuasive et donc préventive.

Néanmoins, sur le plan juridique, elle ne fait pas l'objet d'interrogation particulière en matière de législation. Elle s'inscrit en ce sens dans le champ des chirurgies plastiques reconstructrices et esthétiques (voir section A) et donc par extension dans les questionnements relatifs à l'intégrité physique développés plus haut. Cependant, contrairement à de nombreuses chirurgies esthétiques, à commencer par l'hyménoplastie, ses justifications thérapeutiques sont très construites et proclamées par le corps médical (Abdulcadir, Rodriguez et Say, 2015 ;

[71] Haute autorité de santé (HAS), Recommandation de bonne pratique. « Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours. Méthode Recommandations pour la pratique clinique », Février 2020. Pour retrouver l'intégralité du livre : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/reco307__recommandations_mutilations_sexuelles_feminines.pdf (consulté le 12/07/2022).

Foldès, Droupy et Cuzin, 2013 ; Villani et Andro, 2010), même si la notion de « nécessité » reste peu usitée et discutable dans le cas du recours à la réhabilitation clitoridienne.

Cet encadrement européen et français semble empêcher tout développement de la pratique dans le secteur médical, ce qui n'est pas le cas dans les pays historiquement concernés par la pratique comme le Mali, le Kenya ou encore l'Egypte où l'excision est de plus en plus réalisée par des professionnel·les de santé.

b) L'Egypte, entre criminalisation et médicalisation de l'excision : un espace médico-juridique divisé face à l'émergence de la reconstruction

On ne peut s'intéresser à la chirurgie de reconstruction du clitoris en Egypte sans présenter au préalable les débats publics qui ont accompagné la pénalisation de l'excision. Ces débats se sont en effet inscrits dans des enjeux normatifs internationaux et nationaux forts et ont permis *a posteriori* de comprendre en quoi le processus législatif lent autour de la criminalisation de l'excision a eu des conséquences directes sur la mise en place de la chirurgie reconstructive en tant qu'elle émerge dans un secteur médical profondément divisé où l'excision est très pratiquée par des médecins et où parallèlement les mesures de criminalisation des « altérations » génitales (Elgendy, 2020) jette sur toute opération esthétique génitale, y compris la réhabilitation clitoridienne, une suspicion de détérioration des corps des femmes.

La pénalisation de l'excision au cœur d'un débat normatif international : entre droits culturels et défense des droits des femmes

Sur le plan théorique, l'excision en Égypte nous met face à une contradiction juridique qui existe depuis de nombreuses années au niveau international - avant même que n'advienne l'interdiction officielle de l'excision en Egypte en 2008. Il s'agit d'une contradiction entre, d'une part la protection des droits culturels et traditionnels – présente dans les constitutions officielles de plusieurs pays – articulée avec le principe de souveraineté nationale, et d'autre part la criminalisation explicite des MGF dans les textes défendant les droits humains (ANSER et al., 2019 ; Sow, 1997), à l'exemple de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (DUDH).

Encadré 15. La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et la question de l'excision

La DUDH (10 décembre 1948) confère un fondement général à la protection des femmes contre la pratique de l'excision. Elle stipule notamment dans son article 3 que « tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne ». Il est dit en outre à l'article 5 que « nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants ». L'article 7 indique que « tous sont égaux devant la loi et ont droit sans distinction à une égale protection de la loi ». L'article 8 dit que « toute personne a droit à un recours effectif devant les juridictions nationales compétentes contre les actes violant les droits fondamentaux qui lui sont reconnus par la constitution ou par la loi ». L'article 12 garantit le droit à la vie privée de tout individu, tandis que l'article 25 traite de la maternité et de l'enfance (Fédération GAMS, 2018).

Or, les récentes campagnes internationales de l'OMS prônant l'éradication de cette pratique (2012) ont également développé un discours altérisant envers les communautés la pratiquant, les qualifiant d'« archaïques », « barbares », « non-civilisées » (Bader, 2018). C'est une chose de souligner la portée sanitaire et les inégalités de genre qui sous-tendent l'excision. Il s'agit d'autre chose lorsque ces campagnes internationales participent à la stigmatisation de cultures dites « traditionnelles ». Cela pose ainsi un premier champ de questionnements normatifs au niveau international : qui a autorité et légitimité pour condamner ces pratiques, sans pour autant aller à l'encontre de la souveraineté des États et le respect des droits traditionnels et culturels des peuples ? Cette contradiction entre droits universels des femmes et respect des souverainetés nationales, des traditions et des transmissions familiales a notamment été soulignée par les travaux d'Elisabeth Boyle qui décrit les longs débats internes aux institutions onusiennes pour tenter de créer une doctrine internationale cohérente autour de l'excision (Boyle, 2005). On ne peut alors que questionner l'idée d'une ingérence en matière de santé sexuelle et reproductive de la part des institutions occidentales qui sont historiquement à l'origine de la plupart des institutions de santé internationales (Chiffoleau, 2019).

Plusieurs textes internationaux ont pris position à ce sujet, à commencer par la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, entrée en vigueur le 3 septembre 1981, qui pose dans l'article 2 que : « Les États parties s'engagent à prendre toutes les mesures appropriées, y compris les dispositions législatives, pour modifier ou abroger toute loi, disposition réglementaire, coutume ou pratique qui constitue une discrimination à l'égard des femmes ». Cette convention a été ratifiée par de nombreux pays africains dont l'Égypte.

Plus récemment, un texte a pris position sur cette question. Il s'agit de la Convention du Conseil de l'Europe, dite Convention d'Istanbul du 11 mai 2011 sur la prévention et la lutte contre les violences à l'égard des femmes et la violence domestique, qui stipule qu'aucun acte

de violence à l'encontre d'une femme ne peut être justifié par « la culture, la coutume, la religion, la tradition ou le prétendu 'honneur' » (Fédération GAMS, 2018).

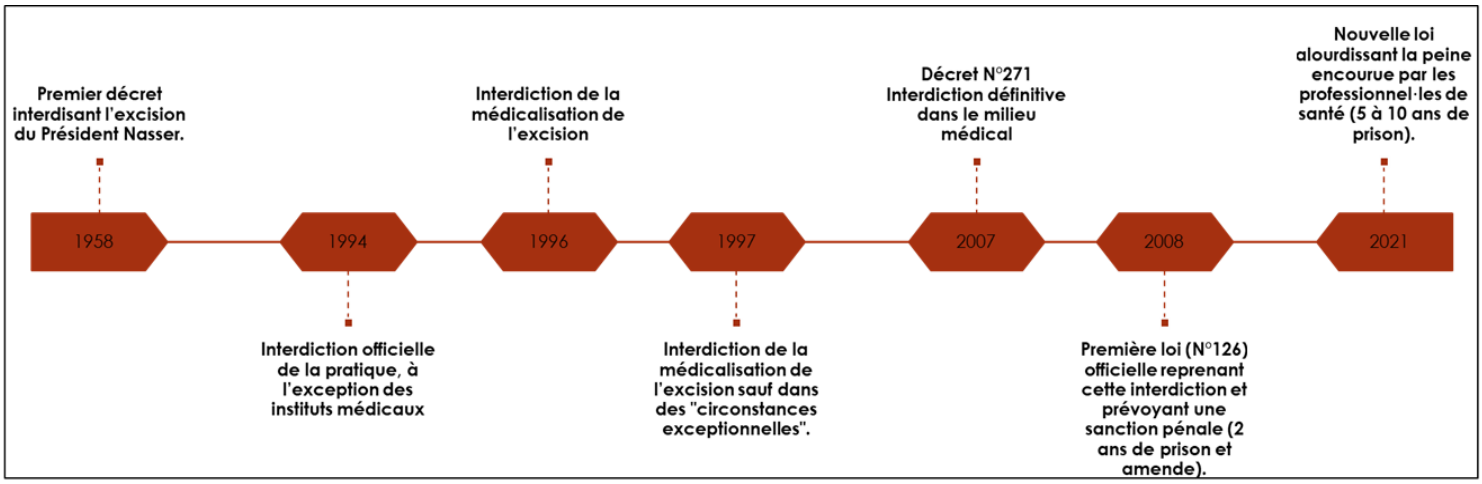
Cela nous amène à interroger le processus de pénalisation et d'encadrement législatif à l'échelle nationale, en tant que celle-ci a dû s'articuler avec ces enjeux normatifs internationaux.

Pénalisation et législation : un processus lent en Egypte

De fait en Égypte, la question juridique demeure épineuse puisqu'il existe un décalage significatif entre norme et pratique depuis la pénalisation de l'excision en 2008 (figure 3, ci-dessous). Les premières initiatives prises contre les MGF ont débuté dans les années 30 en Égypte en même temps que des décrets visant à l'alphabétisation de la population. Puis en 1958, le Président Nasser a également promulgué un décret interdisant l'excision, mais ce décret est resté sans effet. Finalement, en 1994 des images relatives à l'excision d'une jeune fille égyptienne furent diffusées sur CNN. Sous la pression de la communauté internationale, la pratique fut officiellement interdite. En revanche, le ministère de la Santé égyptien autorisa le fait que les instituts médicaux et leur « personnel qualifié » puissent pratiquer l'excision, le but étant de réduire le risque de complications (Dawla, 1999). En octobre 1994, cette autorisation fut cependant amendée sous la pression des activistes féministes, excluant les hôpitaux publics de la réalisation de cet acte.

Pendant deux ans, les professionnels de santé furent autorisés à réaliser cette intervention, ce qui eut pour effet de permettre à la médecine de s'approprier ce procédé. Puisque payés pour chaque excision, les médecins récupéraient ainsi le salaire autrefois attribué aux dayas - les sages-femmes traditionnelles égyptiennes (Abu-Sahlieh, 2001). Beaucoup croyaient ces spécialistes capables d'« éduquer la population » et les imaginaient devenir des acteurs de la lutte contre l'excision (Refaat, 2009). C'était ne pas prendre en compte les intérêts économiques ainsi que l'importance des éducations différenciées des médecins.

Figure 3. Chronologie d'un lent cheminement institutionnel vers la criminalisation de l'excision en Egypte depuis l'époque nassérienne.



En 1996, la pratique ne diminuant pas, le gouvernement égyptien décida d'interdire catégoriquement la médicalisation de l'excision dans tous les établissements de santé, qu'ils soient privés ou publics, avant finalement de poser en 1997 que celle-ci pouvait tout de même être pratiquée dans des « circonstances exceptionnelles ». Enfin ce n'est qu'en 2007 que l'excision en milieu médical fut définitivement interdite par décret, puis en 2008 par loi. Elle demeure cependant encore largement pratiquée à l'échelle de la population féminine et l'est bien souvent par des professionnel·les de santé (EDS, 2015).

Finalement en avril 2021, une nouvelle loi (article 241 bis) a été adoptée par le parlement égyptien et le conseil d'Etat portant sur le durcissement de la pénalisation de la pratique de l'excision. Elle s'oriente notamment sur l'accentuation de la peine pour les médecins qui pratiqueraient l'excision : peine minimum de 5 ans, 7 ans recommandés et 10 ans en cas de mort de la petite fille. La loi rappelle aussi que toute personne demandant une excision ou en vantant les mérites est passible d'une peine de prison.

Cette loi est en réalité principalement tournée vers la pénalisation des médecins, en raison du fort taux de médicalisation de la pratique (section II du chapitre), puisque les médecins ont été encouragés un temps à pratiquer des MGF dans le but de réduire la pratique la pratique. Cette stratégie a également été observée dans plusieurs contextes nationaux tels que le Kenya, le Sud-Soudan (Serour, 2013 ; Serour et Abd El-Hameed Ragab, 2012) et n'a donné lieu à une prise de position contre la médicalisation dans les institutions internationales qu'en 2009 lors d'une consultation organisée à Nairobi. Mais cette stratégie n'a manifestement pas fonctionné et l'on constate aujourd'hui que non seulement encore près de 90% des femmes égyptiennes

âgées de 15 à 49 ans sont excisées (EDS Egypte, 2014), mais que plus de 75% de ces excisions sur des jeunes filles (1-14 ans) ont été faites par un·e professionnel·le de santé (UNICEF, 2013). Cela explique la complexité du contexte dans lequel la chirurgie de réhabilitation clitoridienne est introduite, et cela pose un paradoxe profond au sein du secteur médical égyptien – où d'un côté l'on excise et de l'autre l'on « répare ».

Résultats de ce processus institutionnel : un monde médical divisé et une suspicion généralisée envers les opérations génitales féminines en Egypte, un frein à l'exportation de la réhabilitation clitoridienne ?

Le processus législatif lent autour de la pénalisation de l'excision a eu des conséquences directes sur la mise en place de la chirurgie reconstructive en tant qu'elle émerge dans un secteur médical profondément divisé où l'excision est très pratiquée par des médecins (section II), mais surtout où un discrédit général semble gagner de plus en plus les opérations génitales féminines sous toutes leurs formes. En effet, plusieurs praticien.nes ont commencé à se servir d'autres techniques dites « cosmétiques » comme les nymphoplasties ou labioplasties[72] pour justifier de légères excisions de type I ou II et ainsi contenter les demandes traditionnelles de famille. C'est ce qu'une enquête nationale égyptienne de 2019, utilisant la méthode qualitative du client « mystère » (El-Gibaly, Aziz et Abou Hussein, 2019), a mis en avant : lors de la consultation et d'une demande explicite d'excision par les familles, les médecins vont avoir tendance à proposer des chirurgies esthétiques de transformation de la vulve pour ne pas être incriminés tout en fournissant un acte symboliquement perçu comme équivalent à la « sunna » (l'excision traditionnelle). Par ailleurs, le dernier amendement de 2021, cité plus haut, à la loi de 2008 alourdissant la peine en cas de pratique de l'excision stipule que : « la circoncision est définie comme une « mutilation génitale féminine » et comprend toutes les procédures qui impliquent l'ablation partielle ou totale des organes génitaux féminins externes, ou toute autre lésion des organes génitaux féminins pour des raisons culturelles ou autres raisons non médicales. »[73] Or, cette définition large, proche de celle de l'OMS, a suscité des craintes dans le corps médical et notamment auprès de certains médecins pratiquant la reconstruction clitoridienne. En effet, plusieurs professionnels de santé voient planer sur eux depuis plusieurs années une suspicion

[72] Intervention chirurgicale qui consiste à réduire la taille des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, plus d'information sur : https://www.docteur-benchimol.com/nymphoplastie-de-reduction.html , consulté le 15/09/21.

[73] Traduit de l'arabe, plus de détail sur cet article : https://www.bbc.com/arabic/middleeast-56878934 (cosulté le 14/07/2022).

généralisée de détérioration des corps des femmes – du fait d'une médiatisation de plus en plus grande portant sur la responsabilité des médecins dans la perpétuation de la pratique de l'excision. C'est une peur réelle d'être accusé par des collègues, les autorités publiques ou même leur patientèle d'« altérer » les parties génitales des femmes (Elgendy, 2020).

Cela fait notamment écho à des réticences propres au corpus juridique religieux islamique qui préconise que la médecine n'a pas à intervenir de quelque manière que ce soit sur les corps, et particulièrement le corps des femmes. Ce discours est souvent nuancé par les oulémas d'Al Azhar, cependant dans des courants d'obédience plutôt salafistes ces réticences sont plus clairement défendues actuellement et notamment vis-à-vis de la chirurgie de reconstruction :

> *« Chirurgie réparatrice de l'excisée*
>
> *Question : Est-il permis à une femme excisée de subir une opération chirurgicale afin de reconstruire ce qui a été retiré ?*
>
> *Réponse : Louange à Allah. Paix et salut sur Son Prophète. Il est interdit à la femme de subir une opération chirurgicale pour restituer ce qui lui a été enlevé de son vagin lors de l'excision – si c'est confirmé que c'est possible – car il est interdit de regarder les parties intimes (la 'awra) d'un autre sauf en cas de nécessité majeure ou pour un besoin considéré comme tel légalement.*
>
> *Les opérations chirurgicales, surtout dans de tels endroits, sont interdites sauf pour enlever :*
>
> *a/ un défaut inné qui empêche le plaisir naturel de ce membre,*
>
> *b/ une déformation*
>
> *c/ ou s'il y a un besoin thérapeutique considéré comme tel légalement et certifié par un médecin spécialiste.*
>
> *Et Allah sait mieux. » (Forum IslamWeb[74], 24 décembre 2012)*

Enfin, selon le code de déontologie du syndicat des médecins égyptiens (articles 5 et 6), la médecine doit être pratiquée dans le respect des « bonnes mœurs et des valeurs de la société égyptienne ». La chirurgie de réhabilitation clitoridienne pouvant être considérée par certaines personnes comme un encouragement à une « sexualité féminine débridée »[75], pourrait alors

[74] Islamweb – réputé d'orientation salafiste – est un des nombreux sites se proposant de « diffuser » et démocratiser les savoirs coraniques, ainsi que fournir des interprétations religieuses sur diverses questions partagées par les internautes. D'autres sites proches font même appel à des oulémas pour édicter des fatwas (avis juridiques religieux) sur des thématiques de la vie quotidienne. Ils ont désormais une présence non-négligeable sur les réseaux sociaux.

[75] Entretien chirurgien, Caire, 2021.

entrainer des recours pénaux. Ainsi, les mesures juridiques prises contre l'excision dans le contexte égyptien semble paradoxalement entretenir une méfiance, ainsi que constituer des outils de résistance face à l'importation de cette technique – ce dont font état plusieurs professionnel.les de santé en entretien.

Cadre législatif entourant la réhabilitation clitoridienne : une position internationale encore floue

Les procédures de prise en charge médicales pour les femmes telles que la désinfibulation[76] et la reconstruction vulvaire dans le cas d'une excision de type III (voir Annexe 7) font alors l'objet de recommandations par l'OMS (Andro et Lesclingand, 2016c). Ce n'est pas le cas des chirurgies visant à prendre en charge les clitoridectomies (Type I et II, parfois III), comme la réhabilitation clitoridienne étudiée ici, qui sont encore en « cours d'évaluation » par les institutions internationales de santé (Abdulcadir, Rodriguez et Say, 2015) en raison notamment du peu d'études (Abramowicz, 2013 ; Andro et al., 2009b ; Antonetti Ndiaye, Fall et Beltran, 2015 ; Foldès, Cuzin et Andro, 2012 ; Foldès et Louis-Sylvestre, 2006 ; Ouédraogo et al., 2016 ; Thabet et Thabet, 2003 ; Villani et Andro, 2010) menées sur le long terme sur les résultats de cette chirurgie. La plupart de ces études se cantonnent en effet au contexte français et ont été menées sur des échantillons très réduits de patientes. Par ailleurs, les travaux de G. Griffin et M. Jordal pointent un certains nombres de dimensions problématiques derrière cette chirurgie comme le fait qu'elle pourrait raviver des traumatismes chez les patientes, que les résultats restent aléatoires selon les femmes, et enfin qu'elle ne correspondrait parfois pas à la demande de reconstruction formulée par les patientes qui attendent finalement plus une reconstruction symbolique et psychologique que physique (Jordal et Griffin, 2018). Pour ces diverses raisons, aucun encadrement institutionnel à l'échelle international n'existe sur cette chirurgie. Néanmoins, en lien avec le chemin parcouru au nom de « l'éradication des mutilations génitales féminines », cette chirurgie est appelée à être progressivement incorporée au débat et à l'élaboration d'une position commune au sein des institutions onusiennes. Elle est à l'ordre du jour dans l'élaboration de « nouvelles guidelines » sur la prise en charge des femmes excisées depuis 2019[77].

[76] Ce terme désigne une opération reconstructive du tissu cicatriciel causé par la suture des grandes lèvres lors d'une excision de type III, permettant ainsi de « libérer » le vagin, le mea urinaire et le capuchon du clitoris (souvent laissé intact sous la suture) afin d'améliorer la santé « urogénitale et sexuelle » de la patiente (Nour, Michels et Bryant, 2006).

[77] Ces discussions ont été évoquées à de diverses reprises lors de mon terrain en Egypte par des employés de l'OMS et de UNFPA Egypte.

C - Législation sur les hyménoplasties : entre interdit et tabous

a) En France du déni au rejet

Aucune loi n'interdit explicitement la réalisation d'hyménoplasties en France, malgré les différents paradoxes juridiques que cette opération peut représenter en termes d'atteinte à l'intégrité physique des personnes – évoquée en introduction du chapitre. Cependant, elle a tout de même fait l'objet de débats, de scandales, amenant à des prises de position au niveau de l'ordre des médecins et la rédaction de recommandations – non contraignantes – en la matière.

2008 : le scandale du tribunal de Lille : émergence d'une jurisprudence

Ces dernières années, les débats publics français s'emparent de cette question intime qu'est la virginité des femmes pour raffermir une identité nationale dite « républicaine ». Dans son livre sur l'affaire du tribunal de Lille en 2008 en France qui a polarisé de manière significative le champ politique, Judith Surkis va jusqu'à parler d'un « hymen politique » en articulation directe avec la « souveraineté française » (Surkis, 2010). Durant ce procès, le tribunal de grande instance de Lille a en effet procédé à l'annulation d'un mariage d'un couple de confession musulmane en raison de la non-virginité « dissimulée » de l'épouse. Bien que le verdict ait ensuite été cassé en appel, il a donné lieu à plusieurs semaines de débat mené par des personnalités publiques telles que Rachida Dati, alors ministre de la Justice, ou Ségolène Royal. La presse a alors souligné à plusieurs reprises la menace de l'apport de représentations venues d'« ailleurs » sur la virginité pour la justice française. Surkis souligne que l'affaire a complètement échappé aux deux principaux intéressés – les époux –, à commencer par la jeune femme qui *a posteriori* s'est déclarée « victime » des deux procédures juridiques (appel et procès) car l'appel avait été fait par Rachida Dati sans la consulter alors même qu'elle ne souhaitait pas continuer les poursuites (Surkis, 2010). En cela, la virginité est apparue progressivement au cours de ces dernières années comme un point de tension dans la confrontation aux normes corporelles « occidentales » *a fortiori* françaises, contre celles de pensées construites comme extérieures, posant la question d'une frontière ethnique entre un « eux » et « nous » dans les corps genrés (Barth, 1969 ; Schlemmer et Hoffmann, 2019).

Certificats de virginité et oubli des hyménoplasties : les non-dits de la loi de lutte contre le séparatisme

En septembre 2020, Jean-Michel Blanquer annonce la création d'une loi pour lutter contre « le séparatisme » qui vise directement à traiter du « problème de particularisme » des sociétés et de communautarisme en France.[78] Parmi les articles du projet se trouve un passage réservé à l'interdiction pour les professionnel·les de santé de délivrer des certificats de virginité aux jeunes femmes qui viendraient leur en demander, avec ou sans leur famille (France 24, 2020).[79] S'ensuivent des prises de position et un débat au sein du milieu médical, avec l'intervention (document d'encadrement, déclaration publique)[80] renouvelée de l'ordre des médecins qui soutient pleinement ce projet. Plusieurs membres se reconnaissent même comme rédacteurs et instigateurs de cette mesure. Cependant cette annonce laisse de côté un problème sous-jacent qui peut-être était trop épineux en termes de conflit d'intérêts entre espace médical et espace politique : la question des hyménoplasties, aussi appelée réfaction de l'hymen ou reconstruction de l'hymen et qui constitue notre objet de recherche (Fortier, 2021).

b) En Egypte : un vide juridique inquiétant pour les médecins, doublé d'une interdiction de l'ordre des médecins

Aucun texte de loi ne parle explicitement de l'hyménoplastie en Egypte. La chirurgie n'apparaît de fait jamais sur les sites des médecins et y est largement plus taboue qu'en Europe – où elle a une présence normalisée dans l'offre médicale digitale du secteur libéral (Martin, 2014b) –, alors qu'elle est plus couramment pratiquée et demandée en Egypte (Rahou, 2013 ; Wynn, 2016). Elle est de plus absente du code de déontologie professionnelle des médecins édicté en 2003 par le syndicat des médecins égyptiens[81] par un décret (n°238) du ministère de la santé et de la population, ce même code encadrant pourtant très directement les opérations de réassignation de sexe et l'avortement[82]. Cependant sur la base de ce code, il est possible

[78]France 24, « Projet de loi contre le "séparatisme" : les députés entament les débats dans l'hémicycle », 1er Février 2021, consulté le 12/04/2021, url :https://www.france24.com/fr/france/20210201-d%C3%A9marrage-de-l-examen-et-des-d%C3%A9bats-autour-du-projet-de-loi-contre-le-s%C3%A9paratisme-%C3%A0-l-assembl%C3%A9e

[79] LOI n° 2021-1109 du 24 août 2021 confortant le respect des principes de la République, extrait du journal officiel, consulté le 02/07/2022 : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043964778

[80] Pour plus d'informations aller lire le document cadre « Certificats de virginité Documentation d'information à destination du médecin », émis par l'ordre national des médecins et adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins de décembre 2020, consulté le 04/07/2022 : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/u9xikj/cnom_certificats_de_virginite.pdf

[81] L'équivalent d'un ordre des médecins, cet organe est central dans la régulation des pratiques médicales et professionnelles en Egypte.

[82] Les opérations de réassignation de sexe y sont très largement encouragées en cas de « dysphorie de genre » afin de rentrer dans une « normalité genrée » (voir article 43 du décret n°238). L'avortement est quant à lui très fortement sanctionné, permis

d'engager des poursuites contre un·e médecin pratiquant des hyménoplasties : d'une part si le professionnel·les de santé n'est pas officiellement enregistré auprès du syndicat des médecins, d'autre part si l'acte est réalisé dans une clinique non enregistrée officiellement – ce qui est souvent le cas lorsqu'il s'agit d'une hyménoplastie, pour des raisons de discrétion, comme me l'ont souligné plusieurs de mes enquêté.es. En cas d'infraction à ces règles, le décret déontologique du syndicat prévoit une peine d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à deux ans et une amende. Si ces conditions de licence sont respectées, il faut ensuite bien exercer dans sa spécialité : en chirurgie ou en gynécologie. Pourtant il n'existe aucune sanction pénale directement dirigée contre cette opération.

Cependant, le code de déontologie impose certaines obligations aux médecins pouvant avoir une interprétation large. Par exemple, l'idée de « respect des valeurs sociales », et « d'honnêteté envers Dieu » (article 2, n° 238). Ce passage peut ainsi constituer un motif d'accusation de manière indirecte dans le cas des hyménoplasties. Les sanctions encourues sont alors disciplinaires (arrêt de travail, amende) et non pas pénales. Par ailleurs, en 2014, une vidéo de deux entretiens a été postée sur le syndicat des médecins égyptiens qui allait dans le sens d'une désignation de la pratique de l'hyménoplastie comme « illégale » et contraire à l'éthique. Par ailleurs, dans une émission populaire intitulée « Allah sait mieux » de CBC Egypte, animée par Ali AlBahnasawy, le Dr. Raouf Roushdy, consultant en santé reproductive lié au syndicat déclarait : « Au niveau du code pénal, il n'existe pas de loi qui interdise ou autorise la reconstruction de la virginité (l'hymen). C'est reconnu dans tous les pays du monde, sauf incrimination dans un texte légal, cependant cette opération n'est pas permise par l'éthique du syndicat ici en Égypte, et moi-même je suis d'accord avec eux » (encadré 16).

seulement dans le cas d'un risque pour la santé de la mère et avec le consentement du mari. Texte du décret « النحت آداب المهنت » disponible en ligne, consulté le 02/06/2022 : http://alex-doctors.com/wp-content/uploads/2014/08/medical-ethics-law.pdf

Encadré 16. Extrait de l'émission télé égyptienne « Dieu seul sait » sur « La virginité : caractéristique temporaire, incertaine et différente selon les jeunes femmes »

Introduction par Dr. Raouf Roushdy, consultant en santé reproductive :

« La perte de la virginité c'est une expression qui a deux dimensions : une dimension physique et une autre morale. La dimension morale signifie qu'une personne a eu des expériences (sexuelles), illégales et illicites (au sens religieux), issues des relations entre hommes et femmes, cela concerne la perte de virginité. Tandis que le déchirement de l'hymen, qui consiste à perdre sa virginité au sens physique seulement, cela peut avoir plusieurs causes soit médicales ou soit liées à des accidents. Il y a des pratiques qui peuvent entrainer le déchirement de l'hymen, et le sport n'en fait pas partie du tout, cela peut être lié à des infections violentes, le grattage répétitif fait par des petites filles qui ne comprennent pas, le saignement, l'eczéma… C'est-à-dire qu'il existe des maladies dermatologiques qui peuvent causer le déchirement, non pas d'un coup, de l'hymen mais plutôt l'usure lente. Cela veut dire qu'avec le temps l'hymen est perdu.

Au niveau du code pénal, il n'existe pas de loi qui interdise ou autorise la reconstruction de la virginité (l'hymen). C'est reconnu dans tous les pays du monde, sauf incrimination dans un texte légal, cependant cette opération n'est pas permise par l'éthique du syndicat (celui des médecins) ici en Égypte, et moi-même je suis d'accord avec eux. En même temps, les coutumes et les mœurs ne la permettent pas malgré l'existence de quelques fatwas (avis religieux) qui l'autorisent dans les cas de viol. Moi je pense que la délibération, la franchise et le dévoilement, dans les cas de la perte de virginité, entre d'un côté le père et la mère et de l'autre le fiancé, me parait personnellement plus profitable que les cas de reconstruction de la virginité, qui n'est pas difficile médicalement. Puisque c'est considéré comme une sorte de tromperie. Et personne ne doit construire une relation en se basant sur la tromperie. Je pense que l'homme aussi a une virginité et que les jeunes hommes et femmes doivent garder leur virginité en attendant la bonne personne avec laquelle les circonstances, le destin et le cœur vont permettre de créer une relation. »

Retranscrit et traduit de l'arabe vers le français, émission « والله_أعلم » (Dieu seul sait) du 6 mai 2014, consulté le 24/04/2020, url : https://www.youtube.com/watch?v=ZkMR8-fl0ew&ab_channel=CBCtwo

Aucune position officielle de la part du syndicat n'a cependant été infirmée ou confirmée sur la réalisation d'hyménoplasties.

Enfin au niveau du corpus juridique religieux, Ali Gouma, Grand Mufti d'Al Azhar a édicté en 2014 une fatwa[83] (Dridi, 2017) autorisant religieusement la réalisation d'hyménoplastie en s'appuyant sur un hadith du calif Omar qui explique qu'aucune femme n'a à se justifier de sa conduite devant son mari ou sa famille. C'est seule qu'elle rendra compte devant Dieu et si elle se trouve dans une position de regret alors elle sera pardonnée, même si elle a eu des rapports sexuels « illicites » – dans ce cas prémarital. Par ailleurs, l'exemple du viol est évoqué, et l'hyménoplastie est présentée alors comme une solution juste. De manière générale, l'opération est vue par le Mufti comme un outil d'apaisement social dans cette situation et relevant de la responsabilité humaine du médecin au sens de *hakim* (sage) :

[83] Avis juridique religieux émis par des spécialistes (des oulémas) de la loi islamique sur un thème ou une question spécifique.

> *« Le médecin a toujours été empathique, il vit (la vie de) son malade, il le vit, le regarde… Auparavant, les médecins étaient, et inch'Allah (j'espère) quelques-uns le sont encore maintenant, ils soignent l'Homme en tant qu'Homme (pas simplement un malade). Il sent sa sueur, examine ses larmes, lui demande s'il est fatigué ou pas, combien d'enfants il a, s'il est heureux avec sa femme ou non, s'il a des problèmes financiers, etc… Est-ce que tout cela a un rapport avec la maladie ? Il est un sage qui ressent. L'un d'eux pourrait me dire cela ne me concerne pas je suis comme un robot. (Je lui répondrai :) Non, tu ne l'es pas, tu es un Hakim (sage), tu dois ressentir. S'il y a quelque chose qui rend la société meilleure [sert l'intérêt commun], tu le fais. Quelque chose qui atténue la souffrance des gens, tu le fais. La belle dissimulation, tu l'appliques. Et tout ce qui sert le contraire : la propagation de la turpitude, de la fornication, de la fraude et de la tromperie, tu n'y participes pas. Donc la question exige la compréhension de la réalité des faits. » (Ali Gooma, Annexe 1, 2014)*

Bien sûr certains oulémas d'Al-Azhar restent réfractaires à cette chirurgie : l'opération reste un sujet de dissensions internes, surtout depuis l'affaire des faux hymens de la société chinoise Gigimo en 2010[84]. L'entreprise avait en effet en janvier 2010 lancé un spot publicitaire en arabe, sur les ondes égyptiennes, faisant publiquement la promotion des faux hymens. Cela a suscité alors de fortes réactions au sein des autorités religieuses et politiques de plusieurs pays du Maghreb et du Machrek[85] autour des questions de virginité et sur les hyménoplasties (Dridi, 2017).

Ainsi, les cadres juridico-politiques et religieux – ici présentés – jouent un rôle majeur dans la mise en place de ces pratiques médicales de reconstruction. Ils sont en effet symptomatiques des représentations sociales et historiques des sociétés concernées, et peuvent en cela se révéler être de réels opérateurs de légitimation et soutien au déploiement de ces pratiques, ou au contraire constituer les bases d'une hostilité institutionnelle conséquente et suivie envers les pratiques étudiées.

[84] En 2010, une polémique a éclaté dans le débat publique égyptien autour de la vente de faux hymens par l'entreprise chinoise Gigimo. Ces faux hymens ont été inventés au Japon dans les années 1990 et étaient alors considérés comme des sextoys par les couples qui voulaient « rejouer » leur première fois. Ils ont été ensuite plus largement commercialisés dans le secteur de la « virginité », notamment par l'entreprise chinoise Gigimo (Ben Dridi, 2017). Plusieurs sites proposent librement la vente de ces dispositifs à l'exemple de http://hymenshop.com ou http://www.hymen-artificel-le.com (consulté le 14/07/2022).

[85] Relaté dans le journal marocain *Tel quel*, janvier 2010, traduit dans courrier international, consulté le 12/07/2022: https://www.courrierinternational.com/article/2010/01/19/like-a-virgin

II - Des chiffres pour comprendre les réalités sanitaires et médicales qui accompagnent ces chirurgies

> *« L'activité de quantifier c'est […] exprimer et faire exister sous forme numérique ce qui, auparavant, était exprimé seulement par des mots et non par des nombres » (Desrosières et Kott, 2005, p. 2-3).*

Comment décrire et interpréter les pans du monde social qui sont concernés par ces chirurgies, comprendre leur place dans une société et son système de santé ? Une des premières démarches de contextualisation et d'objectivation scientifique est de se prêter à l'exigence de données statistiques en la matière. En cela, le processus de quantification des pratiques objective les faits sociaux que sont les opérations de « reconstruction » génitales féminines, les faisant sortir d'un flou qui les laisse dans le domaine du « souple et du malléable » grâce à la prise en compte des données chiffrées. Est-ce que ces pratiques sont fréquemment réalisées, dans quel cadre le sont-elles, auprès de qui, et surtout pour qui ?

A - Enjeux autour de la mesure de pratiques médicales minoritaires

Les données sur ces actes médicaux restent lacunaires et très variables selon les contextes nationaux. En effet, les deux pratiques étudiées ne concernent pas un grand nombre de femmes. En contexte migratoire, elles concernent moins d'1% de la population féminine vivant sur le territoire français. Qu'il s'agisse de l'hyménoplastie ou de la réhabilitation clitoridienne, toutes deux s'adressent à des populations de femmes migrantes ou issues de l'immigration – selon les professionnel·les de santé rencontrés, la reconstruction d'hymen de femmes ayant des origines uniquement françaises serait anecdotique en Europe. Ces populations concernées sont par ailleurs, en plus d'être minoritaires, souvent invisibles dans la statistique publique. En France, l'interdit des statistiques ethniques par exemple a toujours laissé peu de marge pour identifier les femmes migrantes ou issues de l'immigration si ce n'est l'enquête Trajectoire et Origines (TeO). Les nouvelles générations sont également souvent invisibles dans ces enquêtes en raison du temps de collecte prenant plusieurs années ou des difficultés d'enquêter des personnes n'ayant pas encore 18 ans. La première difficulté est donc que la population enquêtée est rare et difficile à échantillonner.

Par ailleurs, ce type d'enquête pose également un certain nombre d'enjeux éthiques et déontologiques. Ces pratiques chirurgicales se retrouvent dans le milieu de la santé où le secret médical ne permet pas de rendre un certain nombre de données publiques lorsque les effectifs

des patient.es sont très faibles. Cela pourrait en effet mettre en danger la confidentialité de leurs informations personnelles (protégée par des dispositifs tels que la RGPD). Pour pallier ces difficultés méthodologiques, on peut substituer à ces études en population générale des enquêtes ciblées afin de pouvoir documenter ces pratiques. Néanmoins très peu se focalisant précisément sur ces chirurgies ont été menées à ce jour.

Une combinaison de plusieurs sources de données quantitatives (tableau 7, ci-dessous) a donc été nécessaire dans cette démarche de recherche. Il s'agissait de présenter les différentes données socio-démographiques disponibles pour ces chirurgies, mais aussi de souligner leurs limites, et d'interpréter les zones de vide statistique qu'elles constituent souvent, tant au niveau national qu'international. Pour cela, je me suis intéressée à quatre aspects quantifiables de ces pratiques correspondant aux questionnements évoqués antérieurement (section I, chapitre 2) : les effectifs de ces pratiques permettant une mesure de leur prévalence (1), les profils socio-démographiques des patientes (2), les inégalités professionnelles genrées concernant les praticien·nes de ces chirurgies et donc susceptibles d'avoir une influence sur la réalisation de ces deux actes médicaux (3) les prix des pratiques selon les lieux de soin (4).

Pour répondre à ces objectifs, j'ai eu recours à plusieurs sources de données quantitatives (tableau 7) : les enquêtes démographies et santé (EDS) menées dans les pays historiquement concernés par les pratiques d'excision ; l'enquête MSF-PREVAL, première enquête de prévalence menée sur le modèle des EDS en Europe, réalisée en 2021 dans trois départements pilotes français et qui fournit des données sur la pratique de l'excision et d'autres formes de « modification génitale féminine » (hyménoplastie, vaginoplastie, labioplastie, etc). J'ai également utilisé des données nationales ministérielles (le Central Agency for Public Mobilization and Statistics (CAPMAS) en Egypte et le Ministère de la santé en France) ou attachées à la sécurité sociale française – la plateforme Scan-Santé, Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) –, des données collectées sur le terrain et par le biais de sites comparateurs de prix pour ce qui est de la question des tarifs.

Tableau 7. Récapitulatif des enquêtes quantitatives mobilisées dans le cadre de la contextualisation des pratiques chirurgicales de reconstruction génitales féminines.

Enquête	Date de collecte	Types de données mobilisées	Type de population enquêtée
DHS[1] 1995 - 2015	1995-2015	Données statistiques sur la prévalence de l'excision en Egypte depuis 1995, cartes de prévalence nationale et internationale	Femmes âgées de 15 à 49 ans (mariées ou ayant déjà été mariées jusqu'à 2014)
MSF[2]-Preval 2022	2021	Prévalence des hyménoplasties et réhabilitations clitoridiennes en France dans 3 départements pilotes	Femmes âgées de 18 à 49 ans résidant en Seine-Saint-Denis, dans le Rhône, dans les Alpes-Maritimes
CSF[3] 2008	2005-2006	Données statistiques sur l'âge médian au premier rapport sexuel en fonction de la pratique religieuse	Hommes et femmes âgées de 18 à 69 ans résidant en France
Volet quantitatif – ExH[4] 2009	2007-2009	Données statistiques sur les réhabilitations clitoridiennes en France et sur les profils des patientes.	2 sous-populations de femmes adultes migrantes ou filles de migrants : une population cible de 714 femmes excisées, une population témoin de 2 168 femmes non excisées dans 5 régions françaises (Ile de France, Haute-Normandie, Pays de Loire, PACA, Nord-Pas-de-Calais)
Scan-santé – MCO[5] – ATIH[6]	2003-2021	Code CCAM[7] des 2 actes : JLMD001 et JMEA001. Réparation de l'hymen et Transposition du clitoris, données Scan-Santé MCO, données statistiques pour l'ensemble des années, par type d'établissement	Population générale

[1] Demographic Health Survey
[2] Mutilations sexuelles féminines
[3] Contexte de la sexualité en France
[4] Excision et Handicap
[5] Médecine, Chirurgie, Obstétrique
[6] Agence Technique de l'information sur l'hospitalisation
[7] Classification Commune des Actes Médicaux

B - La réhabilitation clitoridienne : une pratique difficilement quantifiable au début de sa diffusion

a) Engouements scientifiques sur la mesure de l'excision, un contraste fort avec le vide statistique de la reconstruction chirurgicale

Dans le cas de cette chirurgie, il est important de comprendre que les effectifs des populations féminines excisées concernées par la demande de réhabilitation clitoridienne, sont très variables selon le contexte national. Selon les estimations de l'UNICEF (2016, p. 20), 200 millions de femmes adultes et mineures auraient subi une forme de « mutilation sexuelle féminine/excision ». Longtemps ces pratiques étaient principalement concentrées sur le continent africain (27 pays africains concernés). Néanmoins, on les trouve aujourd'hui sur presque tous les continents. Cela peut s'expliquer par l'intensification des flux migratoires Sud-Nord (Andro et Lesclingand, 2017), mais également par une documentation statistique de plus en plus riche qui a permis par exemple en 2013 l'ajout de l'Indonésie dans les estimations –

l'Indonésie, en raison de son importance démographique, s'avère finalement être l'un des pays où le nombre de femmes concernées est aussi conséquent que l'Egypte et l'Ethiopie, ces trois pays regroupant la moitié des femmes excisées dans le monde.

En Europe, dans les pays de migration, des enquêtes nationales, s'appuyant sur des méthodologies variées et à partir d'estimations indirectes, ont tenté de quantifier les effectifs des femmes excisées dans leur pays respectifs (Dubourg et al., 2011 ; Exterkate, 2013 ; Lesclingand, Andro et Lombart, 2019 ; Macfarlane et Dorkenoo, 2014). Une estimation a également été réalisée en 2009 par le parlement européen – sans pour autant préciser la méthodologie employée – de l'ordre de 500 000 femmes excisées (tableau 8) vivant dans les pays de l'Union européenne (Leye et al., 2014).

Tableau 8. Estimations du nombre de femmes mutilées à l'échelle mondiale et européenne.

Référence	Nombre de femmes et de filles	Régions	Type de données utilisées
Unicef, 2016	200 000 000	27 pays du continent africain, Yémen, Irak et Indonésie	Enquête EDS, Mics[86] et données du US Census Bureau
Parlement européen, 2009	500 000	Pays de l'Union européenne	Méthodologie inconnue

Ces estimations exprimées à diverses échelles ne sont pas toujours cohérentes entre elles et ne se recoupent pas car, en raison des difficultés liées à la collecte (encadré 17), les données sur lesquelles elles s'appuient obéissent à des méthodologies différentes (Andro and Lesclingand, 2016). Néanmoins, on peut constater de manière certaine que le volume de patientèle potentielle – c'est-à-dire qui ont subi une excision – de la réhabilitation clitoridienne est très variables selon qu'il s'agisse d'un pays historique de la pratique ou un pays d'immigration, ce qui a des conséquences sur le développement de la procédure dans ces différents pays (chapitres 6, 7 et 8).

[86] Multiple Indicator Cluster Survey. Les enquêtes à indicateurs multiples (MICS) s'inscrivent dans un programme international de recherche, menées auprès des ménages et élaboré par l'UNICEF.

Encadré 17. Enjeux de mesure de l'excision : les estimations directes et indirectes

Dans les pays concernés historiquement par la pratique, des données d'enquêtes socio-démographiques réalisées en population générale permettent d'avoir une mesure directe de la prévalence de la pratique. Il s'agit des Mics et des EDS qui ont pris la suite des enquêtes mondiales de fécondité et avaient pour but de documenter le phénomène de transition démographique dans les pays du Sud. A partir de la fin des années 1980, les indicateurs, autrefois portant exclusivement sur la fécondité, se sont élargis à un spectre beaucoup plus large de thématiques – notamment en lien avec la crise du Sida. C'est ainsi que dès la fin des années 1980 un module de questions entièrement dédié à la thématique des « mutilations génitales féminines » a été incorporé dans ces enquêtes. En Egypte, ce module apparait pour la première fois dans le rapport EDS de 1995. Les échantillons de ces enquêtes concernent les femmes âgées de 15 à 49 ans et permettent des estimations directes en population générale de plus en plus fiables.

En revanche, dans les pays de migration comme la France, cela n'existait pas jusqu'à très récemment. Dans ces pays de migration, les estimations sont le plus souvent réalisées de manière indirecte, c'est-à-dire en combinant des données des recensements du pays afin de connaître le nombre de femmes issues d'un pays à risque, avec le taux de prévalence du pays d'origine fourni par les EDS ou les Mics. Si ces estimations peuvent fournir un aperçu du nombre de patientes pouvant être intéressées par la réhabilitation clitoridienne, elles présentent cependant un certain nombre de limites et biais méthodologiques (Andro et Lesclingand, 2016) comme l'impossibilité de faire des estimations pour les nouvelles générations descendantes de l'immigration. Seule l'enquête MSF-Préval menée en France en 2021 met en œuvre une méthode d'estimation directe, s'inspirant des enquêtes de prévalence réalisées dans les pays d'origine (Lesclingand et al., 2022a).

Finalement malgré l'hétérogénéité des méthodes et des sources, de nombreuses données existent à l'heure actuelle sur la pratique de l'excision, ce qui est loin d'être le cas pour l'opération chirurgicale de réhabilitation clitoridienne. Cette chirurgie ne figure d'ailleurs même pas parmi les estimations statistiques des grandes associations professionnelles (ISAPS[87], ESAG[88], AACS[89], etc.) de chirurgies esthétiques et plastiques à l'inverse d'autres pratiques de modifications génitales féminines comme les vaginoplasties ou les labioplasties. La nouveauté de l'opération, sa marginalité numérique et le manque d'intérêt politico-institutionnel à l'échelle internationale, européenne, et de la plupart des pays envers cette pratique médicale sont des facteurs d'explication de ce vide statistique.

b) Le cas de la France

Selon l'estimation indirecte (encadré 17) la plus récente, 125 000 femmes adultes auraient subi une excision et vivraient sur le territoire français au début des années 2010

[87] International Society for Aesthetic Plastic Surgery

[88] European Society of Aesthetic Gynecology

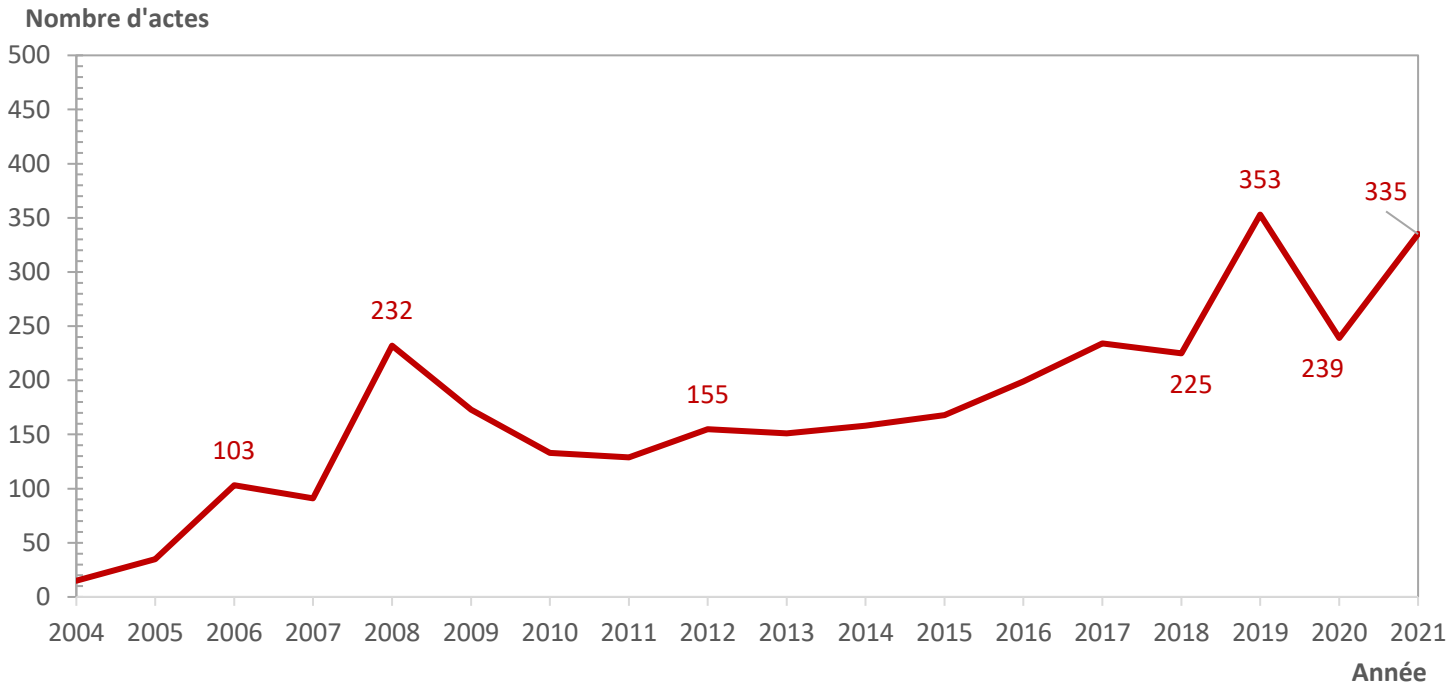
[89] American Association of Cosmetology Schools

(Lesclingand, Andro et Lombart, 2019), soit un des effectifs les plus élevés à l'échelle européenne, après le Royaume-Uni (Macfarlane et Dorkenoo, 2014)[90]. La France représente un contexte spécifique, assez dynamique les recherches sur la question de l'excision (section I). Les deux enquêtes faisant état de la reconstruction du clitoris sont intimement liées au développement d'une expertise sur les mutilations génitales féminines. Il s'agit de l'enquête « Excision et Handicap » menée entre 2007 et 2009, ayant pour objectif la réalisation d'une estimation nationale du nombre de femmes adultes concernées par l'excision en France et de documenter les conséquences de cette « mutilation » chez les femmes (Andro et al., 2009b), ainsi que de l'enquête MSF-Préval de 2021 proposant un nouvel outil démographique de calcul des prévalences (Lesclingand et al., 2022a) de plusieurs modifications génitales féminines (labioplastie, vaginoplastie, réhabilitation clitoridienne, hyménoplastie, etc.) mises en regard avec l'excision (Lesclingand, 2019a).

Bien que la pratique de l'excision ait quasiment disparu en France depuis les années 2000, l'enjeu de la prise en charge médicale des femmes excisées et des chirurgies reconstructives demeure centrale dans un contexte de féminisation des flux migratoires (Beauchemin, Borrel et Régnard, 2013) impliquant l'augmentation du nombre de femmes migrantes en France originaires d'un pays dit « à risque » – c'est-à-dire où la prévalence d'excision est encore élevée comme c'est le cas dans plusieurs pays de l'Afrique subsaharienne et en Egypte.

[90] Selon les estimations de 2014, 137 000 femmes et filles seraient excisées en Angleterre et au Pays de Galle. Ces chiffres sont issus d'une enquête réalisée en s'appuyant sur les données du recensement de la population du pays, du registre des naissances et des EDS-Mics des pays d'origine (Macfarlane et Dorkenoo, 2014).

Figure 4. Evolution du nombre de réhabilitations clitoridiennes déclarées entre 2004 et 2021



Sources : *Scan-Santé "MCO par diagnostic ou acte", consulté le 13/12/2019 et mis à jour le 17/02/2022, url : https://www.scansante.fr/applications/statistiques-activite-MCO-par-diagnostique-et-actes*

Les données de Scan-Santé[91] confirment tout d'abord la marginalité de cette pratique médicale dans le contexte français puisque celle-ci ne dépasse pas les 353 opérations réalisées par an (figure 4, en 2019). Cependant, elles montrent tout de même une tendance à la hausse de cette chirurgie depuis les premiers actes référencés en 2004 – passant de 15 opérations en 2004 à 335 en 2021. Cette augmentation continue, mais non point régulière, connait plusieurs périodes. La première période entre 2004 et 2008 se matérialise par une forte augmentation qui pourrait être en lien avec le développement de cette offre de soin en France, ainsi qu'à la hausse du nombre de femmes migrantes ayant subi une excision sur le territoire (Beauchemin, Borrel et Régnard, 2013 ; Lesclingand, Andro et Lombart, 2019). Une première baisse est néanmoins notable en 2008 et a sans doute à voir avec l'émergence progressive de doutes sur l'efficacité de cette chirurgie au sein de la communauté scientifique (Villani, 2009) : l'idée que la chirurgie est loin d'être une solution pour toutes les femmes (Abdulcadir, Rodriguez et Say, 2015 ; Jordal

[91] Pour trouver les effectifs d'un acte médical sur Scan Santé, il faut tout d'abord récupérer le code de l'acte via le site de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM). La classification de tous les actes médicaux est disponible en ligne et mise régulièrement à jour : https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/telechargement/index.php. Une fois le code de l'acte récupéré, il est possible de faire une recherche sur le site de Scan-Santé dans la rubrique « MCO, par diagnostic ou acte ». Les effectifs des actes apparaissent alors classés par années et par type d'établissement. Le code de la réhabilitation clitoridienne est le « JMEA001 » et l'acte est nommé par la sécurité sociale sous le nom de « transposition du clitoris ».

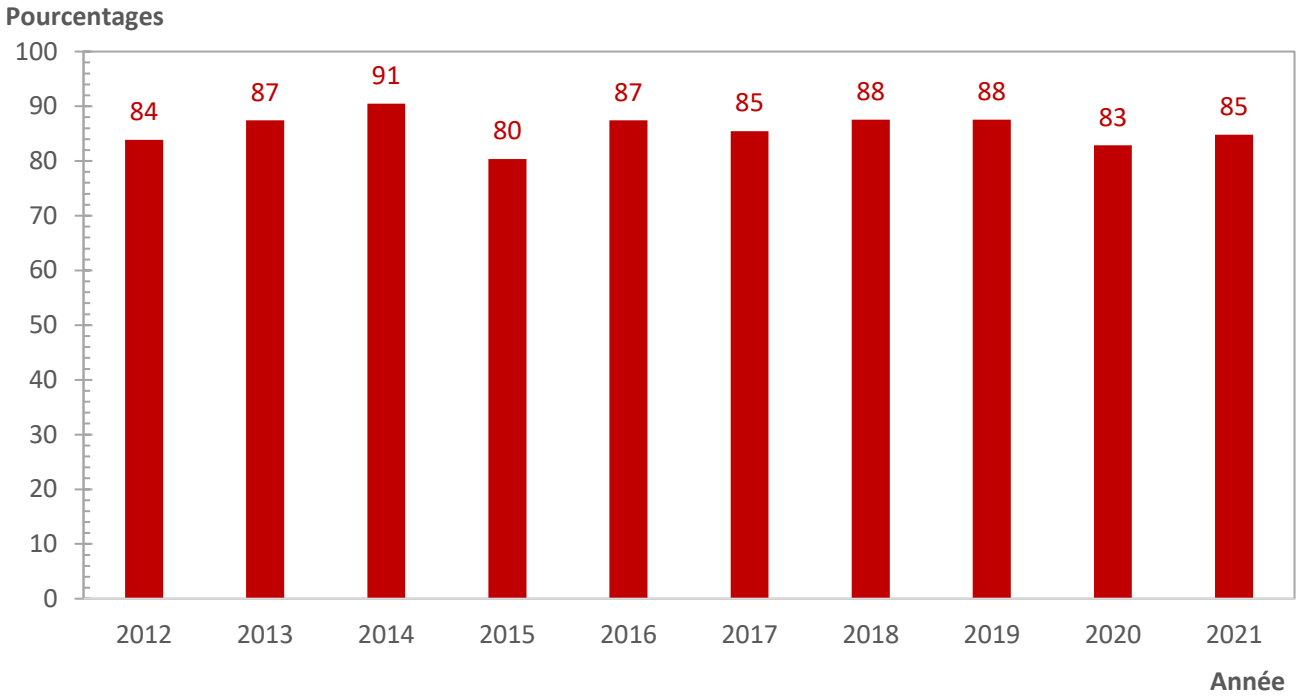
et Griffin, 2018) et par extension le déploiement d'efforts dans plusieurs unités de région parisienne pour réduire le nombre d'interventions chirurgicales en se focalisant davantage sur les parcours de soin psychologiques et sexologiques. C'est le cas de manière très affichée dans l'unité du Kremlin-Bicêtre (94) par exemple (Antonetti Ndiaye, Fall et Beltran, 2015).

Entre 2010 et 2018, le nombre d'acte augmente à nouveau de manière lente mais régulière (passant de 133 actes en 2010 à 234 en 2016). Cette période coïncide notamment avec l'ouverture de nouveaux services de prise en charge des femmes excisées dans le Rhône, à Pontoise (95), et à Saint-Denis (93), etc.

Enfin un pic d'augmentation, entre 2017 et 2019, allant jusqu'à atteindre les 353 opérations par an en 2019, semble concorder avec la création de la Maison des femmes de Saint-Denis[92], un centre associatif médical rattaché au centre hospitalier (CH) Lafontaine de Saint-Denis et principalement dédié à l'accueil de femmes migrantes « victimes de violences », et dont la réhabilitation clitoridienne constitue une de leurs opérations « phare ». Enfin, cette pratique médicale a été certainement impactée par la crise de la Covid-19, en témoigne une forte baisse en 2020, immédiatement compensée dès 2021 (335 interventions) avec un nombre d'opérations rejoignant à peu près celui de 2019 (353 interventions).

[92] La Maison des femmes de Saint-Denis se présente comme « un lieu de prise en charge unique des femmes en difficulté ou victimes de violences. Rattachée à l'hôpital Delafontaine, elle propose une prise en charge pluridisciplinaire de proximité, avec un guichet unique. Elle a été créée en juillet 2016 par la Dr Ghada Hatem. », plus d'information sur : https://www.lamaisondesfemmes.fr/, (consulté le 15/07/2022).

Figure 5. Evolution de la part des opérations de réhabilitation clitoridienne réalisées dans des établissements publics entre 2012 et 2021 (en %).



Sources : *Scan-Santé "MCO par diagnostic ou acte", consulté le 13/12/2019 et mis à jour le 17/02/2022, url : https://www.scansante.fr/applications/statistiques-activite-MCO-par-diagnostique-et-actes*

Cette chirurgie a connu en France une trajectoire qui lui est propre, marquée tout d'abord par sa reconnaissance institutionnelle (en 2004 auprès de la sécurité sociale et plus tard par le soutien des pouvoirs publics aux unités de soin qui la pratiquent à partir de 2017), mais aussi son ancrage dans le secteur médical public – gain d'une forme de légitimité non-négligeable. En effet, la part des opérations réalisées dans des établissements publics a toujours été nettement supérieure à la part relevant du secteur libéral (figure 5). Depuis 2012, la part des établissements publics dépasse systématiquement les 80% (figure 5). Cela pourrait s'expliquer notamment par l'histoire de cette opération. Cette intervention est en effet proche de la discipline chirurgicale gynécologique et obstétrique dédiée aux reconstructions, historiquement localisées dans les hôpitaux publics (Erlich, 2007), à la différence de la chirurgie plastique esthétique -plus présente dans le secteur privé. Par ailleurs, c'est principalement dans des établissements publics que les femmes migrantes viennent se soigner (Sauvegrain, 2012 ; Virole, 2020). En effet, cette

patientèle (majoritairement des femmes migrantes), pour des raisons financières[93], est absente du secteur médical privé. Ce sont principalement des femmes de deuxième génération issues de l'immigration ayant des revenus stables qui peuvent se permettre d'accéder au service d'un·e chirurgien·ne libéral.es. Les professionnel·les de santé du privé sont par ailleurs beaucoup moins réputé·es sur cette opération et de ce fait semblent attirer considérablement moins de patientes sur cette opération.

Encadré 18. Le dispositif d'enquête du projet MSF-Préval

Ce projet avait pour but d'expérimenter un outil de collecte permettant de produire de manière régulière des données sur l'évolution de la prévalence des MGF/E en France (enquête de prévalence). L'idée était de tester un dispositif dans des territoires différents selon le niveau attendu de la prévalence de la pratique (élevé / moyen / faible) afin d'évaluer sa pertinence et son éventuelle réplication à l'échelle nationale[94]. Un échantillon d'établissements de santé (maternités publiques et privées, centres de Protection Materno-Infantile (PMI) et de Planification et d'Education Familiale (CPEF), Centres Gratuits d'Information et de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD), centres de vaccinations internationales, centres de prévention universitaire) ont donc été choisis sur ces critères dans trois départements pilotes – Seine-Saint-Denis, Rhône, Alpes-Maritimes. L'enquête a été réalisée à partir de la passation de questionnaires auprès d'une large population féminine incluant toute femme majeure fréquentant un des établissements de santé sélectionné durant la période de l'enquête – quatre semaines au cours des mois de novembre et décembre 2021.

Au total, 41 établissements de santé ont participé à l'enquête, 47 professionnel·les de santé se sont impliqué·es dans la collecte avec l'aide de 11 enquêtrices dans le cas de certains établissements de santé où l'administration des questionnaires ne pouvait être réalisée par des soignant.es pour des raisons matérielles. 3 125 femmes ont été sollicitées, parmi elles, 2 509 ont accepté de répondre à l'enquête (Taux réponse = 80% et taux refus = 20%). Les questions portaient sur toutes les modifications génitales féminines dont elles auraient pu être l'objet au cours de leur vie (opérations esthétiques, excisions, injection, etc). Cela a permis d'avoir une première estimation directe du nombre de femmes excisées en France, du nombre de femmes ayant eu une réhabilitation clitoridienne, ainsi que de celles ayant eu une hyménoplastie.

Source : Lesclingand, Marie, Fatoumata Sylla, Armelle Andro, et Sarah Boisson. « Projet MSF-PREVAL. » Research Report. Université Côte d'Azur ; Université Paris 1 - Panthéon Sorbonne, septembre 2022. https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03789966.

L'enquête MSF-Préval a incorporé dans son questionnaire de recherche une question portant sur la réhabilitation clitoridienne (encadré 18), permettant d'obtenir une prévalence concernant les femmes de 18-44 ans dans les trois départements pilotes de l'enquête (Lesclingand, Sylla, Andro et Boisson, 2022). Dans deux départements, le Rhône et les Alpes-Maritimes, les prévalences de l'excision et de la réhabilitation clitoridienne sont très faibles puisqu'elles représentent moins de 1 % de la population féminine adulte âgée de 18-44 ans et

[93] L'opération réalisée dans une clinique privée risque de ne pas être entièrement remboursée par la sécurité sociale en raison des dépassements d'honoraires. Une de mes enquêtées me précise ainsi avoir dû débourser 750 euros pour cette opération supposée gratuite dans une clinique privée du Val d'Oise (95).

[94] Pour plus d'informations : https://www.urmis.fr/projet-msf-preval/objectifs-et-methodologie/

même moins de 0,5 % pour la réhabilitation clitoridienne. Dans le Rhône, aucune femme n'a déclaré avoir eu recours à cette intervention.

En revanche, en Seine-Saint-Denis, les prévalences sont significativement plus élevées, soit 7% pour l'excision et 1,1% pour la réhabilitation clitoridienne (tableau 9). Cela peut s'expliquer en lien avec les spécificités de ce département qui compte, en termes relatifs, une population originaire de pays à risque d'excision plus importante. Ces femmes sont donc susceptibles d'être concernées par la réhabilitation clitoridienne, de manière beaucoup plus importante que dans les précédents départements. En effet, 24 % des enquêtées sont originaires[95] d'un pays à risque en Seine-Saint-Denis, contre 5% dans le Rhône et 4% dans les Alpes-Maritimes (Lesclingand et al, 2022).

Tableau 9. Prévalences estimées de l'excision et de la réhabilitation clitoridienne dans trois départements français

Département	**Excision**		**Réhabilitation clitoridienne**	
	Prévalence estimée (%)	Effectifs estimés	Prévalence estimée (%)	Effectifs estimés
Seine-Saint-Denis	7,2 IC = |5,7 ; 9,0|	22 372 IC = |17 649 ; 28 179|	1,1 IC = |0,6 ; 2,0|	3 463 IC = |1 775 ; 6 466|
Rhône	1,0 IC = |0,5 ; 1,8|	3 566 IC = |1 919 ; 8 037|		
Alpes-Maritimes	0,7 IC = |0,3 ; 1,4|	1 141 IC = |505 ; 2 400|	0,04 IC = |0,002 ; 0,515|	160 IC = |5 ; 1 020|

Source : Enquête MSF-PREVAL 2021

Note : les intervalles de confiance (IC) ont été calculés avec un risque d'erreur de 10% et fournissent une valeur minimale (borne inférieure) et une valeur maximale (borne supérieure). En Seine-Saint-Denis, la prévalence minimale estimée est de 5,7% et la prévalence maximale est de 9,0%. Dans le Rhône, aucune femme enquêtée n'a déclaré avoir eu recours à une réhabilitation clitoridienne

c) Le cas de l'Egypte

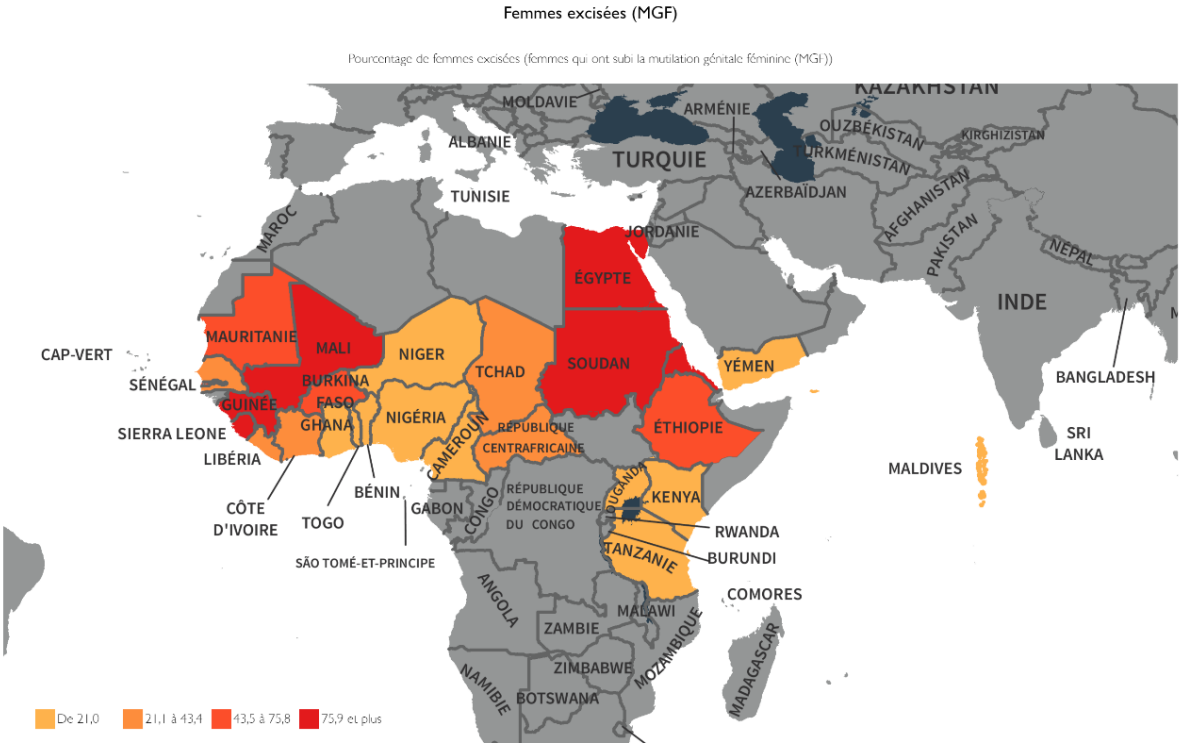
Le contexte égyptien n'est pas des plus anodins en matière d'excision et donc par extension en matière de reconstruction clitoridienne. L'Egypte est en effet un des pays historiques de la pratique où l'on trouve les plus anciennes traces d'excision comme évoqué plus haut (section I), remontant à l'ère pharaonique. En raison de son poids démographique et de la prévalence très élevée de la pratique, elle compte parmi les trois pays où le nombre de femmes excisées en valeur absolue est le plus élevé avec l'Ethiopie et l'Indonésie (Andro et

[95] La catégorie « Originaire d'un pays à risque » regroupe deux générations de femmes : les femmes nées dans un pays à risque d'excision (1ère génération) et les femmes nées en France dont l'un au moins des deux parents est né dans un pays à risque (2ème génération) (Lesclingand *et al*., 2022)

Lesclingand, 2017). L'Egypte fait partie des pays à très forte prévalence, supérieure à 75 %. (carte 1).

Carte 1. Comparaison des pourcentages de femmes excisées selon les enquêtes EDS

Source : *ICF, 2015. The DHS Program STATcompiler. Funded by USAID. http://www.statcompiler.com. February 1 2022*



Les derniers chiffres des enquêtes démographies et santé (EDS) menées en Egypte qui constituent les données les plus robustes que nous ayons en matière de prévalence de la pratique datent malheureusement de 2014 (EDS Egypte, 2014). Une enquête spécifique est sortie en 2015, coordonnée également du DHS Program qui réalise les EDS, mais avec un échantillon de population différent – en ajoutant les jeunes femmes ne s'étant pas encore mariées[96]. En raison de plusieurs réorientations institutionnelles et politiques dans la collecte de ces données la prochaine enquête a été repoussée à 2022. Aussi les chiffres présentés ici sont à nuancer au vu de cet écart temporel. De plus, le changement de méthodologie dans l'enquête de 2014 nous oblige à considérer l'évolution de la pratique uniquement à partir d'enquêtes comparables, c'est-à-dire ici les chiffres des EDS réalisées entre 1995 et 2014 (tableau 10).

[96] Les EDS jusqu'à 2014 partaient du principe que seules les femmes ayant déjà été mariées seraient comptées dans la population cible.

Tableau 10. Evolution du pourcentage de femmes excisées (15-49 ans) en Egypte entre 1995 et 2014

Années[1]	Pourcentage de femmes excisées[2]
2014	92,3
2008	95,5
2005	95,8
2003	97,0
2000	97,3
1995	97,0

Source : ICF, 2015. The DHS Program STATcompiler. Funded by USAID. http://www.statcompiler.com. February 1 2022[1] Les années correspondent aux années de parution des EDS en Egypte.
Notes : [2] Femmes ayant été mariées ou l'étant toujours âgées de 15 à 49 ans.

Ce n'est que depuis 2005 que l'on enregistre une tendance à la baisse du niveau de la prévalence mais qui reste cependant très faible et lente passant de 97% au début des années 2000 à 92% au milieu de la décennie 2010 (tableau 10), soit moins de 5 points de pourcentages en l'espace de 20 ans 1995-2014, contrairement aux attentes des autorités publiques égyptiennes.

Pour ce qui est de la répartition au niveau des différents gouvernorats égyptiens (carte 2), il existe une certaine homogénéité, à l'exception des espaces moins peuplés, à savoir les gouvernorats frontaliers, sans compter le Sinaï où aucune donnée n'a pu être collectée. La zone rouge qui suit le Nil jusqu'au Soudan représente des espaces moins urbanisés mais assez peuplés de Haute-Égypte et où la prévalence est la plus forte (95, 6%). Enfin en Basse-Égypte, en orange, on retrouve les grandes villes comme le Caire, Alexandrie où la prévalence est un peu plus basse puisqu'elle est comprise entre 81,8 et 86,4% selon les chiffres de 2014. Ces grandes villes ont été beaucoup plus sujettes aux campagnes de prévention et les autorités sanitaires semblent y avoir une légitimité et une place centrale qui pourraient justifier cette prévalence légèrement inférieure à la Haute-Egypte. De manière générale, la pratique de l'excision est plus systématique en zone rurale. 62.5 % des femmes excisées se trouveraient en espace rural (Population/Egypt, Associates/Egypt et International, 2015).

Carte 2. Prévalence de la pratique des FGM en Égypte par région en 2014.

Source : *ICF, 2015. The DHS Program STATcompiler. Funded by USAID. http://www.statcompiler.com. February 1 2022*

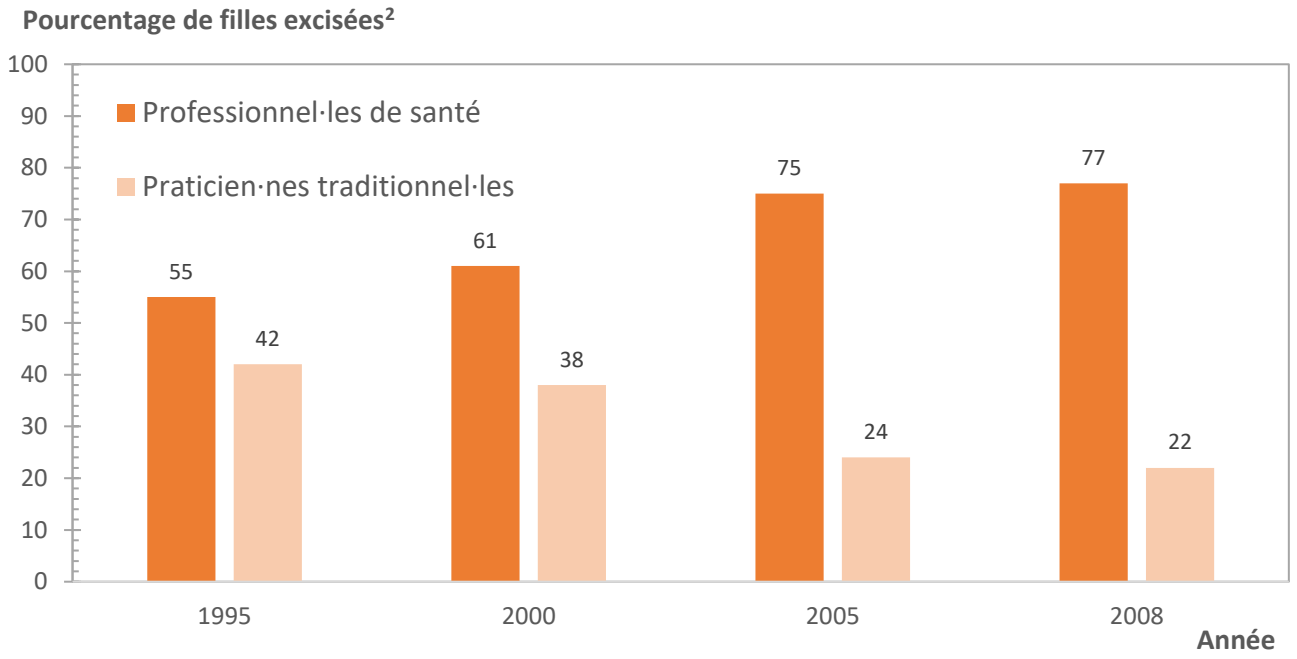
Ces données peuvent expliquer également pourquoi le Caire et les grands centres urbains de Basse-Egypte semblent les lieux les plus propices au développement de la chirurgie de reconstruction – en complément d'un paramètre classique : l'accès non négligeable à une plus large offre de soins dans les grands centres urbains, dont la capitale du pays.

Enfin, l'Egypte revêt une spécificité au niveau de la médicalisation élevée de l'excision, pouvant être, comme évoqué dans la section I, lié au processus institutionnel ayant considéré pendant plusieurs années les médicalisations comme un moyen de réduire les complications liées à l'excision et laissant ainsi une fenêtre juridique aux médecins pour exciser en cas de « circonstances exceptionnelles » (non définies). Au plan statistique, au cours des dernières années, de plus en plus de professionnel·les de santé se sont, dans les faits, mis à réaliser des excisions à l'instar des exciseuses et exciseurs traditionnel·les (Jagailloux, 2006). Ces dernièr·es en Égypte étaient principalement des bayas – accoucheuses traditionnelles – et des barbiers (Jagailloux, 2006), les seuls alors à disposer des outils adéquats et qui ont historiquement été les premiers relais de santé en zones rurales et reculées (Chiffoleau, 1997), bénéficiant de petites formations médicales au moment de l'introduction de la médecine « moderne » au 19ème siècle.

Selon le rapport de l'UNICEF spécialisé sur la question de la médicalisation qui s'appuie sur les enquêtes EDS, il s'agirait en 2008 de plus de 77% des excisions concernant les filles de moins de 15 ans qui seraient réalisées en Egypte par des professionnel·les de santé et seulement 22% par des praticien·nes traditionnel·les (figure 6). Pour les femmes enquêtées (âgées de 15 à

49 ans) dans l'Enquête démographie et santé de 2014 en Egypte, plus de 30 % déclarent avoir été excisées par un·e professionnel·le de santé. Ce pourcentage atteint presque la moitié de femmes interrogées en milieu urbain (EDS Egypte, 2014). Le pourcentage de femmes excisées par des médecins est donc assez élevés si l'on ajoute les femmes déjà excisées à cette période. Néanmoins, il faut tout de même préciser que les données sur les filles – se basant sur la déclaration des mères enquêtées – comportent certains biais comme la sous-déclaration des mères ou encore le fait que certaines seront excisées plus tard.

Figure 6. Pourcentages de filles excisées selon la personne[1] ayant procédé à l'acte entre 1995 et 2008.



[1] Ne sont représentées ici que les personnes professionnelles de santé ou praticien·nes traditionnel·les. Les autres ayant réalisées des excisions représentent un % très faible, d'où le fait que les chiffres additionnés ne somment pas à 100.
[2] D'après la déclaration de la mère lors des enquêtes EDS (1995-2008)
***Source**: UNICEF. « Female Genital Mutilation/Cutting: A Statistical Overview and Exploration of the Dynamics of Change. », 2013.*

Par ailleurs, selon les chiffres de l'UNICEF (2013), les professionnel·les de santé réalisant des excisions seraient, à l'opposé de bien d'autres pays où une médicalisation de la pratique s'observe également (Kenya, Nigéria, Soudan, etc.), surtout des médecins (plus de 70%) et non pas des professionnel·les de santé moins qualifiés tels que des infirmier·ères ou des assistant·es de santé (UNICEF, 2013).

Aucun chiffre n'existe en Egypte sur le nombre de réhabilitations clitoridiennes réalisées à l'heure actuelle. La plupart des professionnel·les de santé rencontrés affirment

opérer en moyenne deux à trois femmes par an - seules une dizaine de praticien·nes la réalisent, d'autres bien que connaissant son existence refuse de la pratiquer par manque de formation. Par ailleurs, elles ne seraient réalisées que dans des espaces géographiques très restreints, des centres urbains : le Caire et Ras El Bar (gouvernorat de Damiette, près de l'embouchure du Nil en Basse-Egypte). Cette opération est donc de fait encore très marginale (chapitres 6, 7, et 8), malgré le fait qu'elle soit de plus en plus connue et discutée dans le contexte égyptien, et se pratique dans des espaces très ciblés sur le territoire égyptien.

Ainsi, le milieu médical égyptien se retrouve aux prises avec d'un côté ces forts taux de médicalisation que les autorités essaient depuis 2008 (première pénalisation des médecins) de faire baisser et en parallèle l'introduction progressive de la chirurgie de reconstruction clitoridienne. Sur ce point, il ressort de cette contextualisation chiffrée que ce secteur semble particulièrement divisé aussi bien au niveau des pratiques médicales et des offres de soin, que sur le plan spatial (en lien avec la prévalence de l'excision plus forte dans les zones rurales – espace où la reconstruction est complètement absente).

C - L'hyménoplastie : un acte médical ancestral inconnu au plan statistique

a) Au niveau global et dans les pays où les demandes sont supposées être les plus importantes : un vide statistique

Peu de sources internationales existent, permettant de réaliser des statistiques sur les actes médicaux. Néanmoins, certaines associations de praticien·nes ont commencé à réaliser leurs propres statistiques – de manière peu exhaustive puisque le plus souvent elles s'appuient sur les données collectées uniquement auprès des membres de son réseau de praticien·nes. C'est le cas dans le champ de la chirurgie esthétique dans deux associations de chirurgien·nes, plasticien·nes aux Etats-Unis et en Angleterre. Il s'agit de l'International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS)[97] et The British Association of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgeons (BAAPS)[98]. Cependant aucune de ces bases statistiques ne s'intéresse aux hyménoplasties, quand bien même la plupart des autres chirurgies esthétiques génitales

[97] Rapport de l'ISAPS Global Statistics : https://www.isaps.org/medical-professionals/isaps-global-statistics/, consulté le 02/06/2022.

[98] Chiffres disponibles dans le rapport final annuel du BAAPS, consulté le 02/06/2022 : https://baaps.org.uk/_userfiles/pages/files/2021_audit_results_for_2022_release_final.pdf

(labioplastie, vaginoplastie, etc) y figurent, laissant les hyménoplasties dans le silence et leur donnant un statut d'opération gênante, sans reconnaissance – alors même qu'elles comptent parmi les plus anciennes demandées à la discipline médicale (Knibiehler, 2012).

Dans une enquête sur les hyménoplasties en Algérie, Y. Rahou affirme que les hyménoplasties seraient majoritairement pratiquées dans les pays arabes, et principalement en Tunisie, au Maroc et en Egypte (Rahou, 2013). Aucune donnée statistique ne permet de confirmer cette affirmation, cependant ces pays semblent avoir en effet la réputation de pratiquer grandement cette opération si l'on en croit les forums de patientes, les dires des professionnel·les de santé, etc. Une patiente ayant déjà réalisé une hyménoplastie en France qu'elle juge « mal faite » m'explique par exemple :

> *« Je vais donc aller en Tunisie dès que je termine mes études car là-bas ils sont plus expérimentés. J'ai trouvé une copine du même cas que moi, on s'est connu sur ce site et on va y aller ensemble ! Elle s'est déjà mariée et elle a saigné donc je vais aller chez le même chirurgien qu'elle. » (Anissa, étudiante de 23 ans, entretien téléphonique en janvier 2022, rencontrée sur un Forum en ligne)*

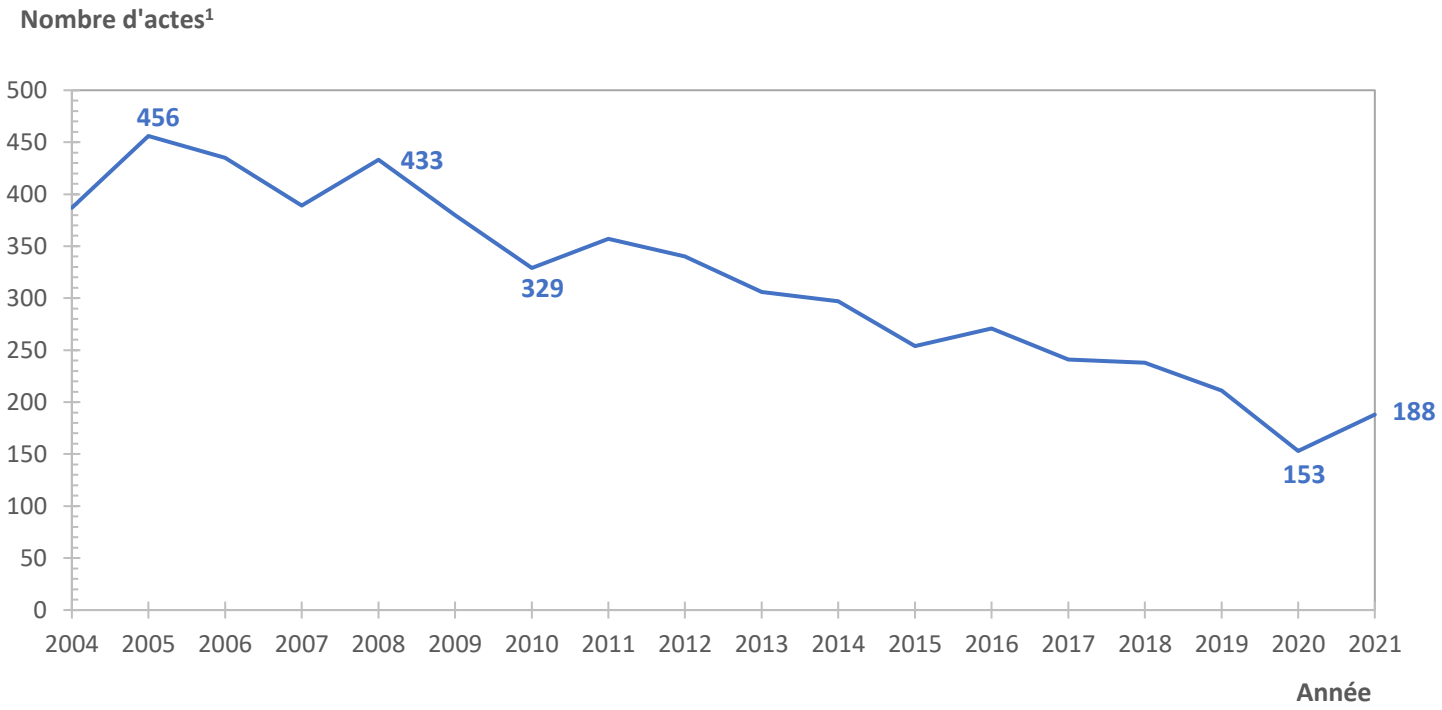
Cette croyance commune a des effets sur les décisions des patientes qui décident d'initier parfois des mobilités thérapeutiques vers l'un de ces trois pays pour se faire opérer à des coûts réduits et surtout avec une garantie d'anonymat plus forte qu'en restant dans leur pays de résidence. Ces flux ne sont néanmoins pas quantifiables et s'inscrivent dans un vide statistique généralisé concernant cette pratique médicale.

b) Le cas de la France : des statistiques disponibles mais lacunaires

En France, selon les chiffres de la sécurité sociale, il y aurait entre 200 et 400 interventions par an (Figure 7). Ces chiffres sont disponibles sur scan-santé au moyen d'un code issu de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) – dans le cas de cet acte appelé « Reconstruction de l'hymen », le code est JMLD001 – lié à la plateforme statistique de l'ATIH (l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation) dans le domaine MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie. Les deux premières années répertoriées 2003-2004 sur Scan-santé laissent présumer une forte sous déclaration de l'acte qui serait due à la mise en place progressive de ce système de déclaration systématique des actes médicaux. Puis de 2005 à 2019, la tendance a été à la baisse. Avec une baisse plus forte en 2020, certainement en raison de la crise sanitaire, et une ré-augmentation en 2021 qui a réaligné les chiffres avec ceux de

2019, les déconfinements ouvrant à nouveau la possibilité de célébrer des mariages et de retrouver un accès normalisé aux centres de soin et cabinets.

Figure 7. Evolution du nombre d'hyménoplasties déclarées entre 2004 et 2021.



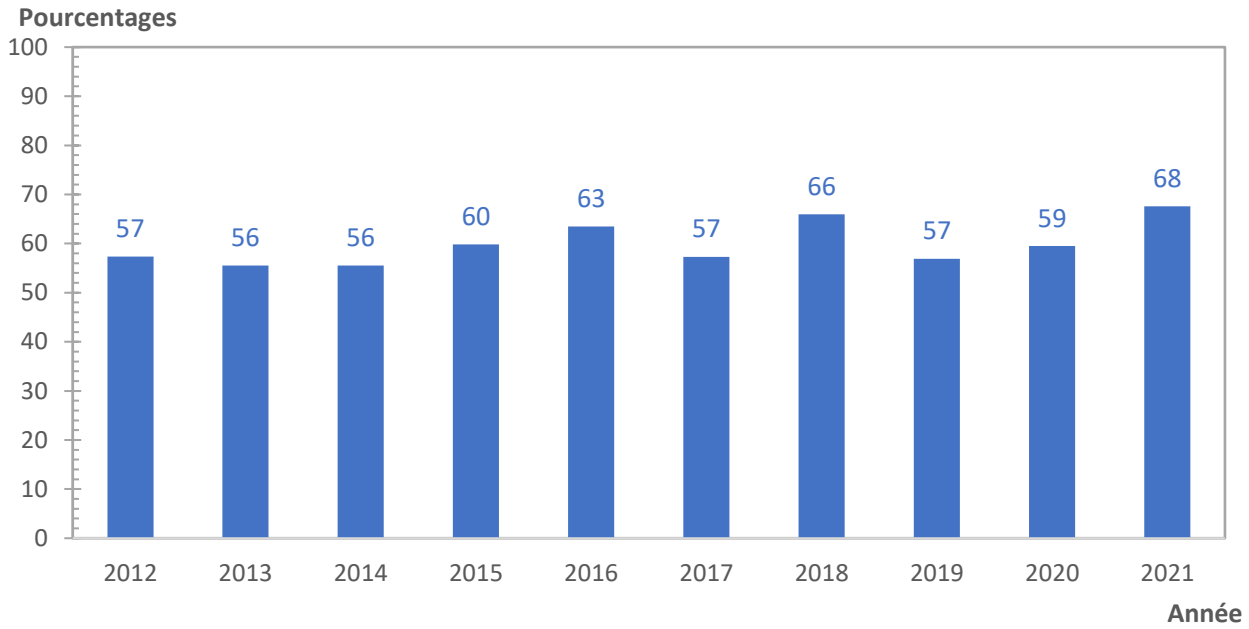
[1]Il s'agit ici du nombre d'actes déclarés à la sécurité sociale par les professionnel·les de santé. Une sous-déclaration des médecins peut induire une sous-estimation de la pratique.
Sources : *Scan-santé, données de synthèse de l'activité MCO par acte CCAM, consulté le 23/03/2020 et mis à jour le 17/02/2022, url : https://www.scansante.fr/applications/statistiques-activite-MCO-par-diagnostique-et-actes*

L'observation de ce graphique nous suggère que cette pratique dans l'espace français est assez peu développée. Cependant les chiffres portés ici ne prennent pas en compte deux choses : d'une part le tourisme médical à l'étranger. Par exemple en Tunisie où les chirurgies sont parfois bien moins chères.

Et d'autre part, le fait que de nombreuses consultations liées à cette demande n'aboutissent pas à une opération. Or, ce moment de confrontation pour les patientes à la parole médicale est tout de même un moment décisif qui façonne les corps, au sens « goffmanien » d'interaction symbolique signifiante pour penser le corps politique exilé féminin.

Enfin, durant mes entretiens, plusieurs professionnel·les de santé m'ont signifié également le fait que certains d'entre eux·elles n'inscrivent pas systématiquement cet acte médical dans la bonne catégorisation, et ce pour plusieurs raisons : réduction et remboursement des coûts pour la patiente, peur d'un contrôle de la part de la sécurité sociale ou de l'ordre des médecins si cela risque d'entraîner une reconnaissance de procédure en masse, etc.

Figure 8. Evolution de la part des hyménoplasties réalisées dans des établissements privés entre 2012 et 2021



Sources : *Scan-santé, données de synthèse de l'activité MCO par acte CCAM, consulté le 23/03/2020 et mis à jour le 17/02/2022, url : https://www.scansante.fr/applications/statistiques-activite-MCO-par-diagnostique-et-actes*

Hormis ces biais de redirection du soin hors des frontières nationales ou de sous-déclaration, plusieurs autres facteurs pourraient venir expliquer cette tendance généralisée à la baisse de cet acte médical. Plusieurs polémiques ont en effet éclaté relativement à la question de la virginité, susceptibles de questionner cette chirurgie, entrainant de nouveaux refus chez les professionnel·les de santé, une méfiance accentuée chez les patientes, voire des effets de sous-déclaration de la part des praticien·nes. Parmi ces polémiques, on peut évoquer le cas en 2008 du scandale du tribunal de Lille, la présentation du projet de loi de lutte contre le séparatisme en 2020 (section I), ainsi que plusieurs déclarations et débats internes au monde médical, notamment au niveau de l'ordre des médecins condamnant fortement cette chirurgie, principalement dans le secteur public (Faucher, 2014 ; Knibiehler, 2012) – venant renforcer une réticence déjà très présente dans ce secteur médical. De manière générale, les hyménoplasties sont d'ailleurs principalement réalisées dans le secteur privé (Figure 8) : en moyenne depuis 2012 elles seraient en effet réalisées à 60% dans des établissements de santé privés. Cela témoigne d'un fort marquage professionnel et social de cette chirurgie. La dévalorisation dont elle fait l'objet dans les établissements publics d'une part, l'impératif de secret qu'elle revêt pour les patientes d'autre part, expliquent bien que cette offre soit majoritaire dans le secteur privé. Ce monopole du secteur privé dans l'offre de la reconstruction de l'hymen appelle par ailleurs un certain nombre de questions en termes de coûts – très peu de remboursements sont

disponibles pour les patientes du côté de la sécurité sociale, il faut alors compter les frais d'hospitalisation, d'anesthésie, ainsi que les honoraires et dépassement d'honoraires non négligeables des chirurgien·nes – et de pratiques médicales professionnellement situées dans le champ médical, impliquant des enjeux de concurrence, de répartition des pratiques et de légitimité des activités de soin selon le lieu d'exercice (section I).

En parallèle de ces données, l'enquête MSF-Préval citée plus haut (Encadré 18, p. 193) a également incorporé dans son questionnaire de recherche une question portant sur les hyménoplasties, permettant d'obtenir une prévalence concernant les femmes de 18-44 ans dans les trois départements pilotes de l'enquête (Lesclingand, Sylla, Andro et Boisson, 2022). Là encore, comme dans le cas de la réhabilitation clitoridienne, dans les deux départements du Rhône et des Alpes-Maritimes, les prévalences de l'hyménoplastie sont très faibles, soit moins de 1% (tableau 11).

Tableau 11. Prévalences estimées de l'hyménoplastie dans trois départements français

Département	**Hyménoplastie**	
	Prévalence estimée (%)	Effectifs estimés
Seine-Saint-Denis	1,3 IC = |0,7 ; 2,3|	4 144 IC = |2 267 ; 7 318|
Rhône	0,1 IC = |0,01 ; 0,62|	435 IC = |35 ; 2 174|
Alpes-Maritimes	0,4 IC = |0,1 ; 1,1|	843 IC = |317 ; 2 004|

Source : Enquête MSF-PREVAL 2021

Note : les intervalles de confiance (IC) ont été calculés avec un risque d'erreur de 10% et fournissent une valeur minimale (borne inférieure) et une valeur maximale (borne supérieure).

La prévalence est un peu plus élevée dans les Alpes-Maritimes du fait d'une présence relative plus importante de femmes originaires de Tunisie[99]. Dans ces deux départements, cette forme de chirurgie, l'hyménoplastie, est finalement plus « fréquente » que la réhabilitation clitoridienne. En Seine-Saint-Denis, même si la prévalence est inférieure à celle de l'excision, elle est en revanche supérieure à 1% et très comparable à la prévalence de la réhabilitation clitoridienne (tableau 11). La réhabilitation clitoridienne comme l'hyménoplastie sont finalement relativement comparables en termes d'effectifs en Seine-Saint-Denis.

Enfin l'ouverture progressive d'une offre d'hyménoplastie à bas coût à l'étranger – principalement vers les pays du Maghreb – a pu également représenter un facteur de redirection

[99] Dans ces deux départements, les femmes nées à l'étranger sont majoritairement nées au Maghreb, avec une nette prédominance de la Tunisie dans les Alpes-Maritimes contrairement au Rhône où c'est l'Algérie qui est le premier pays.

de la demande et donc une baisse de la pratique sur le territoire français. C'est le cas de la Tunisie qui constitue la destination la plus citée pour son tourisme médical esthétique, la plus conseillée également sur les forums de discussion de la patientèle en termes d'hyménoplasties.

D - Qui sont les médecins ? La répartition genrée professionnelle dans les praticien·nes de ces chirurgies

Le monde de la médecine s'est petit à petit ouvert aux femmes durant le dernier siècle dans le monde (Lorber, 1993). Néanmoins, une sur-représentation des hommes dans les professions médicales demeure, dans diverses mesures selon les contextes géographiques et histoires nationales. Or, les positions genrées des professionnel·les peuvent avoir un impact sur la relation médecin-patiente, voire susciter des réticences du côté des femmes (chapitres 6 et 7). De plus, comme le souligne R. Paker, la chirurgie esthétique est « une pratique genrée » (gendered practice) en tant que « les femmes sont surreprésentées parmi les patients de chirurgie cosmétique et les hommes sont surreprésentés parmi les praticiens de la chirurgie cosmétique » (Parker, 2010). C'est pourquoi j'ai cherché à savoir si les femmes se retrouvaient le plus souvent en face d'une femme ou d'un homme, dans leur demande de ces chirurgies génitales de reconstruction. Ce constat global de pratique genrée se vérifiait-il dans les contextes étudiés et selon quelles modalités ?

a) En France

La féminisation du secteur médical en France est un phénomène statistiquement documenté, avec une augmentation progressive des femmes en études médicales depuis l'autorisation donnée aux femmes de se présenter à l'externat en 1881 et au concours de l'internat en 1886 (Covaci, 2021). Au début, presque complètement exclues de certaines spécialités comme la chirurgie ou la médecine générale, elles exerçaient surtout la pédiatrie, l'ophtalmologie ou la gynécologie (Bercot, Horellou-Lafarge et Mathieu-Fritz, 2011 ; Divay, 2006). Dans ce sens, S. Divay parle d'une féminisation en deux temps, où l'accès à des spécialités comme la chirurgie plastique a été plus lente, à l'instar de la gynécologie – les deux spécialités qui nous intéressent en premier lieu dans cette recherche doctorale (Divay, 2006).

Au niveau de l'ensemble des praticien·nes de santé exerçant en France, toutes spécialités confondues, la part des femmes a augmenté de manière drastique au fur à mesure des générations. En effet, si l'on regarde la génération des 70-74 ans en 2016, seulement 17,5% des médecins sont des femmes. En revanche, dans la tranche d'âge des 25-29 ans en 2016, 67,3 %

sont des femmes, soit largement plus de la moitié, indiquant une surreprésentation dans le corps médical actuel (tableau 12). Du fait de ces évolutions générationnelles, sur l'ensemble des médecins, les femmes représentent en 2016 presque la moitié des praticien·nes en exercice, soit 44,3%.

Tableau 12. Répartition genrée sur l'ensemble des spécialités d'exercice en France en 2016.

Tranche d'âge		Hommes	Femmes	Total	% femmes
25-29		1323	2727	4050	67,3
30-34		7097	12751	19848	64,2
35-39		8834	11247	20081	56,0
40-44		8771	10587	19358	54,7
45-49		11151	11644	22795	51,1
50-54		16363	13474	29837	45,2
55-59		23621	15843	39464	40,1
60-64		24521	12923	37444	34,5
65-69		14696	4378	19074	23,0
70-74		4999	1060	6059	17,5
Total		**121376**	**96634**	**218010**	**44,3**
Source : ASIP-Santé RPPS, traitements Drees, données au 1er janvier					

Néanmoins, les praticien·nes réalisant ces chirurgies de reconstruction génitales féminines sont principalement des chirurgien·nes, ayant une spécialité soit en « chirurgie plastique », soit en obstétrique dans les hôpitaux – ces dernier.es sont moins nombreux·ses. Certain.es gynécologues réalisent également des hyménoplasties. Mais la majorité des praticien·nes réalisant ces chirurgies restent des chirurgien·nes plasticien·nes, je me suis donc intéressée à la répartition genrée qui touche cette spécialité médicale dite « Chirurgie plastique reconstructive et esthétique » (tableau 13), à partir des données publiques disponibles.

Tableau 13. Répartition genrée dans la spécialité « Chirurgie plastique reconstructive et esthétique » en 2016 en France.

Tranche d'âge	Hommes	Femmes	Total	% femmes
25-29	0	1	1	na
30-34	34	21	55	38,2
35-39	97	42	139	30,2
40-44	75	35	110	31,8
45-49	72	21	93	22,6
50-54	119	41	160	25,6
55-59	114	25	139	18,0
60-64	76	13	89	14,6
65-69	36	5	41	12,2
70-74	30	5	35	14,3
Ensemble	**653**	**209**	**862**	**24,2**

Source : ASIP-Santé RPPS, traitements Drees, données au 1er janvier

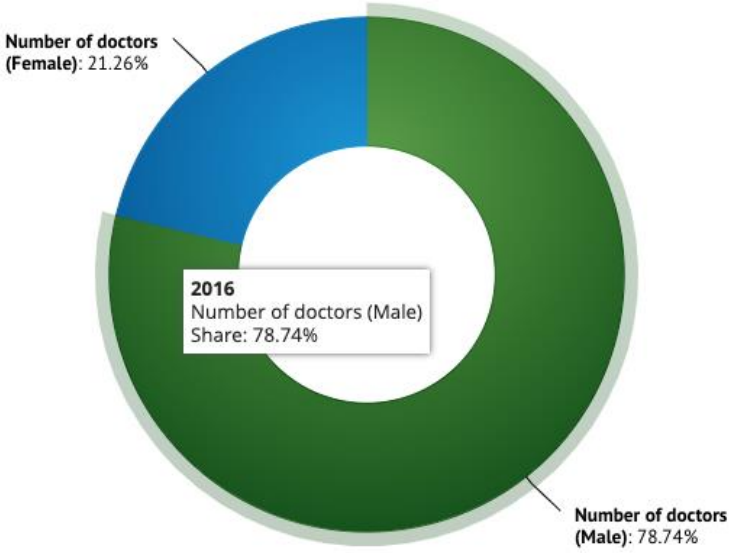
Lorsque l'on observe ainsi la répartition genrée des médecins ayant réalisé cette spécialité, il apparaît qu'elle est l'une des rares à être encore majoritairement en faveur des hommes. Seulement 24,2 % des effectifs des personnes ayant fait cette spécialité chirurgicale en 2016 sont des femmes, soit à peine le quart des individus de ce corps de métier. Par ailleurs, l'évolution générationnelle est très faible comparée au secteur médical dans son ensemble, puisque la génération des 30-34 ans en 2016 ne compte que 38,2% de femmes, tandis que celle des 70-74 ans en compte 14,3%. Cela témoigne d'une augmentation plus faible de la part des femmes dans cette spécialité en 40 ans relativement à d'autres spécialités (tableau 13). Ces chiffres laissent voir encore un déséquilibre genré très fort dans ce secteur de la chirurgie génitale en France et semble ainsi corroborer, au plan statistique, l'hypothèse d'une pratique de la chirurgie esthétique « genrée » (Parker, 2010).

b) En Egypte

En Egypte, il n'existe pas de statistique publique par spécialité médicale. Néanmoins, au niveau global du secteur de la santé, l'agence de statistique officielle égyptienne (CAPMAS) indique que les femmes sont largement sous-représentées car elles ne représentent que 21,3% des effectifs des médecins toutes spécialités confondues (figure 9). Selon la chercheuse F.M. Farahat travaillant sur les femmes docteurs en Egypte, ce gap est dû au fait que, dans la société égyptienne, les responsabilités familiales reposent encore beaucoup sur les femmes, les empêchant de faire une carrière médicale très exigeante, et dans laquelle les aménagements de

carrière offerts aux femmes (congés maternité, etc) ont longtemps été inexistants (Farahat, 2009).

Figure 9. Répartition genrée des médecins en Egypte au niveau national, tous secteurs confondus[1], en 2016. [2]



[1]Ce diagramme regroupe les données concernant le secteur privé, public et gouvernemental qui a un statut à part dans les enquêtes statistiques de l'institution nationale de statistique égyptien le CAPMAS.

[2]Ces données regroupent uniquement les personnels de santé ayant obtenu au minimum un diplôme de médecine générale (excluant ainsi infirmière, sage-femme, assistant.e de santé, etc). Il n'existe pas de données publiques plus récentes que celles de l'année 2016.

Sources : http://egypt.opendataforafrica.org/gallery/Healthcare, datax originaux tirés de https://www.capmas.gov.eg consulté le 11/11/22.

Néanmoins, F.M. Farahat précise qu'entre 2005 et 2009, 35% des personnes ayant reçu un diplôme de médecine sont des femmes. Après avoir obtenu leur diplôme des écoles de médecine égyptiennes, les médecins passent une année en tant qu'officiers de maison dans différents services, puis postulent pour des programmes de résidence, qui durent 36 mois. Ceux qui n'ont pas la possibilité de rejoindre un programme de résidence travaillent en tant que médecins généralistes dans différentes unités de soins de santé primaires. À la fin du programme de résidence, un médecin doit avoir terminé son master pour être promu au rang de spécialiste.

Les femmes médecins se trouvent alors dans une situation plus difficile que leurs homologues masculins. En effet, les femmes s'occupent non seulement de leur emploi à plein temps, mais aussi de leur foyer (Farahat, 2009 ; Pana et McShane, 2001). F.M. Farahat explique :

> *« Ce conflit travail-famille est un problème non résolu dans le monde entier qui continue de porter préjudice aux femmes qui travaillent. (…) Toutefois, cette situation est plus exagérée dans les cultures orientales (par exemple, en Égypte), dans lesquelles s'occuper du foyer est toujours considéré comme la principale responsabilité des femmes, leur mari ne partageant qu'une petite partie des responsabilités ménagères. » (Farahat, 2009, p 121).*

Pour ces raisons, accéder à une spécialité est encore plus excluant pour les femmes puisque le temps d'étude en est largement allongé. Cela implique que la probabilité de se faire opérer par une femme, pour une patiente de ces chirurgies, est très faible au niveau de la statistique nationale. Néanmoins, le sujet intéressant particulièrement les jeunes médecins femmes engagées, j'ai tout de même rencontré sur le terrain deux praticiennes réalisant des chirurgies génitales – dont une sur une base régulière, Dr. Rana (chapitre 8).

Ainsi, en France comme en Egypte, la probabilité d'être prise en charge par une femme pour les patientes est faible. Cependant, en Egypte la raison se trouve au niveau structurel du secteur de la santé, qui n'accueille encore à ce jour que très peu de femmes dans ses rangs, toutes disciplines confondues. Cela laisse penser que le déséquilibre genré concernant ces pratiques peut avoir des répercussions beaucoup plus larges dans la prise en charge médicale des patientes, puisque le monde médical égyptien est encore majoritairement masculin. En revanche, en France, ce constat semble être une spécificité de la spécialité de chirurgie plastique.

E - Qui sont les patientes ? Des profils socio-démographiques incomplets

a) Premiers rapports sexuels en France, enjeu et représentation plurielle, la question de la virginité

Selon les entretiens réalisés avec des patientes et des professionnel·les de santé, peu de femmes au-dessus de 35 ans demanderaient cette opération. Par ailleurs, la plupart seraient issues de l'immigration maghrébine, avec tout de même quelques femmes issues de la communauté des « gens du voyage ».

Pour contextualiser la demande d'hyménoplastie, il faut préciser qu'elle est majoritairement sollicitée par une population dite « jeune » pour qui la question de la virginité et du premier rapport sexuel se pose de manière centrale dans le développement de leur vie

sexuelle et affective. Je m'appuie ainsi sur les chiffres de l'enquête sur la sexualité en France de 2008 (Bajos, Bozon et Beltzer, 2008). S'intéresser aux premiers rapports paraît alors central en tant qu'ils sont « un miroir grossissant du fonctionnement et des évolutions de la sexualité » (Bajos, Bozon et Beltzer, 2008, p. 117) dans une société, témoins d'une « socialisation sexuelle » (Lagrange et Lhomond, 1997) à l'œuvre derrière ces premiers actes d'entrée dans la sexualité et le début de l'écriture d'une « biographie sexuelle » (Bajos, Bozon et Beltzer, 2008).

Selon l'enquête sur la sexualité en France (Bajos et al, 2008, p124), parmi les femmes musulmanes qui déclarent que la religion est importante pour elle, l'âge du premier rapport est de plus en plus tardif depuis les années 2000 avec une moyenne à 23,7 ans. Cela semble témoigner d'un regain d'importance de la virginité auprès de cette population féminine (ce constat ne touche par les hommes de confession musulmane, qu'ils se déclarent très croyants ou pas). Cependant, la plupart les femmes rencontrées et étant allées au bout de l'opération déclare avoir plutôt une pratique religieuse très faible, voire inexistante. L'une de mes enquêtées de seconde génération née en France de parents algériens et âgée d'une cinquantaine d'année m'explique qu'à la maison la virginité était importante parce qu'ils étaient une famille musulmane, mais elle précise tout de suite que c'était un « islam de convenance ». Etre d'une famille musulmane semble relever ici plus d'un discours sur l'identité et non pas d'une pratique religieuse. Ce ne sont pas les femmes les plus religieuses qui vont donc avoir recours à cette chirurgie, et vont lui préférer probablement l'abstinence. Ce sont les femmes qui se retrouvent plutôt dans un entre-deux entre normes culturelles, identitaires, religieuses et nationales qui vont avoir plutôt recours à cette chirurgie pour assouplir le passage entre les différents modèles culturels en matière de virginité féminine.

A ce titre, Armelle Andro précise qu'en France, la virginité et la chasteté ne sont pas valorisées comme dans d'autres pays : ceux de tradition musulmane, mais aussi des pays du Nord, à l'exemple des Etats-Unis où « différents mouvements politiques, associatifs et confessionnels prônent la virginité et l'abstinence volontaire avant le mariage » (Andro, 2008, p. 149) depuis les années 1990 (Abbott, 2003). Cette différence d'attentes et de représentations vis-à-vis de l'entrée dans la vie sexuelle implique la double injonction à des normes contradictoires dont parle Simona Tersigni dans ces travaux sur les femmes issues de l'immigration maghrébine (Guenif Souilamas, 2003 ; Tersigni, 2011) et qui va peser sur la plupart des patientes d'hyménoplastie.

b) La demande de réhabilitation clitoridienne en France

Cette demande a déjà été documentée dans plusieurs enquêtes qualitatives en France (Andro, Lesclingand et Pourette, 2010 ; Villani et Andro, 2010) et laisse voir deux profils très différents parmi les femmes demandeuses de cette chirurgie. Les premières sont plutôt des femmes primo-arrivantes dans des situations de vie assez précaires. Des tranches d'âge très larges sont évoquées et il en va de même parmi les femmes enquêtées dans le cadre de cette recherche doctorale. L'autre profil serait plutôt des femmes de seconde génération, de classe moyenne et résidant dans des centres urbanisés.

L'enquête quantitative ExH a été la première enquête à fournir des informations plus systématisées sur les profils de ces patientes, parmi la population de femmes cibles interrogées. Il s'agirait principalement de femmes âgées de 30 à 34 ans, ayant vécu leur enfance en France ou au moins ayant habité déjà 8 ans en France. La plupart des femmes interrogées étaient également des femmes célibataires (Andro et al., 2009b). Par ailleurs, l'enquête précise que sur l'ensemble des femmes excisées enquêtées, plus de la moitié (60 %) n'étaient pas intéressées par l'opération au moment de l'enquête. Un tiers au contraire étaient intéressées et 5 % avaient déjà été opérées ou étaient en train d'effectuer les démarches de réparation au moment de l'enquête (Andro et al., 2009b, p. 74). Cela implique qu'en connaissant le nombre de femmes excisées dans un pays, le nombre de patientes potentielles ne coïncide en rien avec ce chiffre. Il serait même dans le contexte français bien plus bas. Les femmes de l'enquête non-intéressées, ou pas encore, par l'opération justifient leur désintérêt par deux raisons principales : l'acceptation de leur état actuel ou l'absence de besoin ressenti à cet égard. L'enquête ExH avance à cet effet que ces « deux motifs sont finalement très liés car le « besoin » déclaré de recourir à une chirurgie réparatrice fait généralement suite à une non acceptation de son état » (Andro et al., 2009b, p. 75). Ces femmes non-intéressées sont en effet souvent « arrivées récemment en France, peu instruites et n'envisagent pas (encore), contrairement aux femmes précédentes, leur sexualité de manière problématique ». Ce groupe comprend également des femmes plus âgées qui jugent qu'il est souvent « trop tard » pour réaliser cette opération.

Ainsi, cette demande semble donc émaner en majorité d'une population de femmes ayant un certain niveau d'instruction, vivant en France depuis au moins une dizaine d'années (avec une forte proportion de femmes nées en France) et ayant entre 25 et 35 ans.

c) Les reconstructions génitales en Egypte : un tabou laissant très peu se dessiner des profils socio-démographiques

Il existe encore peu d'enquêtes sur la sexualité en Egypte et donc par extension sur les chirurgies qui pourraient s'y rapporter. Par ailleurs, la plupart des enquêtes portant sur ces sujets comme l'hyménoplastie dans le contexte égyptien (Wynn, 2007, 2016) s'appuient principalement sur la production de données qualitatives et non quantitatives. Néanmoins, en regroupant les résultats de plusieurs enquêtes, les profils récurrents des femmes désirant une hyménoplastie décrivent plutôt des femmes ayant entre 18 et 30 ans (El Sallab, 2007 ; Wynn, 2016), pas encore mariées ou ayant uniquement célébré un mariage '*urfi* (coutumier et secret) n'ayant pas abouti à un mariage officiel[100], de classe moyenne et supérieure, ayant bénéficié d'un niveau d'instruction assez élevé et surtout ayant les ressources financières pour réaliser l'opération.

En ce qui concerne la chirurgie du clitoris, cette pratique est encore trop récente et minoritaire pour avoir fait l'objet de la construction d'un profil socio-démographique dans des enquêtes précédentes. On peut tout de même préciser qu'au vu du prix élevé et de l'impossibilité d'un remboursement auprès d'une caisse de santé pour les femmes, une sélection sociale s'opère alors automatiquement. Par ailleurs, cette chirurgie est disponible également dans des centres urbanisés et donc suppose des difficultés d'accès plus grandes pour les femmes résidant dans des espaces ruraux, particulièrement en Haute-Egypte où le système de santé est bien moins développé en termes d'offres de soin (Farrag et al., 2021 ; Jurjus, 2015).

F - Les coûts de ces chirurgies selon les contextes nationaux et les systèmes de santé

Le coût des actes médicaux n'étant pas toujours, selon les pays, soumis à une législation ou une codification stricte, la tarification varie de manière significative d'un·e praticien·nes à un autre.

En France, il existe des encadrements budgétaires, une cotation à la sécurité sociale des actes médicaux est formalisée. Cependant, des dépassements d'honoraires sont fréquents dans le secteur privé et j'ai pu constater de grandes disparités entre la région parisienne et la province par exemple, en discutant avec les patientes ou par la comparaison de sites de praticien·nes. Par

[100] On entend par là un mariage civil avec témoin et nécessitant des accords au préalable entre les familles des mariées sur la dote, le logement, l'ameublement et les frais de cérémonie. Souvent se marier légalement est ainsi trop couteux pour les époux qui préfèrent célébrer un mariage religieux secret, ne nécessitant qu'un témoin.

ailleurs, la question des remboursements par la sécurité sociale entre également en ligne de compte dans la demande de chirurgie.

En Egypte, dans les établissements publics, les soins sont dispensés gratuitement pour tous, cependant l'offre de soin est restreinte. Ces chirurgies y sont rarement réalisées. Il n'existe pas d'organe tel que la sécurité sociale, les soins sont directement pris en charge par l'Etat. Dans le secteur privé, les prix sont fixés par les praticien.nes qui ajoutent, aux coûts standard d'hospitalisation et d'anesthésie, leurs honoraires, voire des dépassements d'honoraires selon les cas. Aussi les coûts semblent assez variables selon les cliniques.

Aucune base de données internationale de ces actes médicaux n'existe, qui permettrait d'obtenir des chiffres plus fiables. Néanmoins, à titre indicatif, je me suis efforcée de présenter des moyennes et des fourchettes de prix (tableaux 14 et 15) pour les deux chirurgies étudiées. Pour obtenir les prix, j'ai entrepris de demander de façon systématique, lors des entretiens avec les patientes comme avec les médecins, les coûts de chaque opération, et j'ai ensuite procédé à une triangulation des données. Les prix moyens indiqués s'appliquent donc à l'échantillon de personnes rencontrées, mais ne correspondent pas forcément à la réalité du marché. A cela s'ajoutent une comparaison de prix sur plusieurs sites de chirurgiens ainsi qu'une moyenne par pays concernant les hyménoplasties, qui ont été établies par le site de chirurgie esthétique Estheticon présenté précédemment dans le chapitre 3 (encadré 6, p. 124). Ce site répertorie un grand nombre de praticien·nes dans différents pays, et à l'aide des données collectées, il produit des tarifications moyennes indicatives disponibles en ligne. Ces prix ne sont donc pas calculés sur un échantillon exhaustif, mais majoritairement à partir de prix de praticien·nes du secteur privé, ce qui nous laisse supposer une légère surestimation du coût moyen. Néanmoins, ces chirurgies étant minoritaires, ce sont souvent toujours les mêmes spécialistes qui les réalisent et leur présence sur ce site, qui est par ailleurs également un forum de discussion pour les patientes, laisse à penser qu'ils sont aussi les premiers praticiens repérables par les patientes sur internet, et de ce fait comptent parmi les plus sollicités.

Tableau 14. Récapitulatif des prix de la réhabilitation clitoridienne (clitoridoplastie) selon les données de terrain

Pays	Montant en euros	
	Terrain	Tarification de la sécurité sociale
France	Entre 700 et 3 500	462.98[2]
Egypte	Entre 600 et 800	0
Tunisie	2 000[1]	0

[1]Une seule mention de cette chirurgie a été trouvée en Tunisie fournissant un tarif.
[2]Cette tarification ne prend pas en compte les coûts d'hospitalisation et d'anesthésie, il faut donc en moyenne ajouter autour de 1000 euros à ce prix pour obtenir un coût réel.

En ce qui concerne la reconstruction du clitoris, les prix en France varient entre 700 euros et 3 500 euros (tableau 14). La plupart des médecins du privé m'ont expliqué que les prix variaient en fonction du type de reconstruction, et surtout du type d'excision – les excisions de type III étant les plus longues à réparer, elles provoquaient un surcoût de la chirurgie, selon les dires de plusieurs médecins. En France, la sécurité sociale rembourse intégralement cette chirurgie, néanmoins dans le secteur privé plusieurs patientes m'ont raconté avoir payé des sommes qui variaient selon le montant du dépassement d'honoraires. La sécurité sociale assigne par ailleurs des tarifs, à titre indicatif, à tous les actes médicaux répertoriés pour les chirurgies. Pour la reconstruction du clitoris la cotation revient à 462,98 euros, sans compter les frais d'hospitalisation et d'anesthésie. Un de mes enquêtés, chirurgien en France, le Dr. Duong et son assistante m'expliquent en effet le fonctionnement des coûts pour les chirurgies esthétiques intimes, en prenant l'exemple de l'hyménoplastie :

> *D : Très grossièrement, une clinique, parce qu'en fait ici il n'y a pas de prise en charge de l'intervention. Le patient doit payer la clinique, les frais cliniques, l'anesthésiste et le chirurgien. Donc si l'anesthésiste, il se prend, on va dire très grossièrement, 300 euros. La clinique prend grossièrement, on va dire 700 euros. Et après moi, c'est un petit peu en fonction de l'âge de la… on va dire de la patiente.*
>
> *S : En fonction de l'âge ?*
>
> *D et C (en même temps) : de la patiente.*
>
> *D : Ses moyens parce que je peux me repérer aussi…*
>
> *S : Donc si c'est quelqu'un de jeune qui n'a pas forcément les moyens, vous allez vous adapter en fait ?*
>
> *D : Oui je vais m'adapter oui. Ça peut aller grossièrement de 100 euros à 1000 euros quoi.*
>
> *S : Ah oui d'accord !*

D : Enfin en fonction hein.

C : Enfin si c'est 1000 euros, c'est si… Et si ça devient 200 c'est juste que la patiente, elle a pas forcément la possibilité.

D : Oui mais il faut quand même bien l'opérer, sinon…

C : On est dans des cas d'honoraires libres de toutes façons. (Dr.Duong, chirurgien plasticien, banlieue parisienne, 2020)

Il faut donc compter autour de 1 000 euros à ajouter au prix de l'acte, pour arriver à une estimation du coût réel en France. Par déduction, cela amène à 1 500 euros pour la reconstruction du clitoris.

En Egypte, les prix indiqués en entretien pour cette opération du clitoris sont entre 15 000 et 20 000 livres, soit entre 600 et 800 euros. Les praticien·nes acceptant de donner leur prix m'expliquent tout de suite que ces prix sont très bas pour le marché esthétique mais que le but est de pouvoir aider des femmes qui ont peu de moyens. Néanmoins la somme reste très élevée pour la plupart des femmes.

Tableau 15. Récapitulatif des prix d'une hyménoplastie selon le site Estheticon et les données de terrain

Pays	Montant en euros		
	Estheticon	**Terrain**	**Tarification de la sécurité sociale**
France	1 815	Entre 1 500 et 3 000	73,35
Egypte	nr	Entre 600 et 1 500	0
Tunisie	1 108	Entre 400 et 1 200*	0
Pays à titre indicatif			
Belgique	2 063		
Maroc	800		
Roumanie	500		
Algérie	900		

*Les sommes les plus hautes comprennent l'hébergement.
Sources : https://www.estheticon.fr/prix/hymenoplastie, consulté le 23/05/2022.

En effet, il faut examiner les écarts de prix en fonction du niveau de vie différent selon les pays. Par exemple, une hyménoplastie coûte plus cher en Belgique qu'en France parce que tout le secteur médical du pays pratique des prix plus élevés. De manière générale, les frais médicaux sont supérieurs en Europe qu'ailleurs dans le monde, à l'exception de la Roumanie -

destination connue pour son tourisme médical avantageux (Tableau 15). En France, selon l'INSEE, en 2022, le salaire moyen est de 2 340 euros et le salaire mensuel minimum (SMIC) est de 1 539 euros. Alors qu'en Egypte, le salaire théorique minimum est de 2 500 livres égyptiennes, soit à peu près 127 euros et le salaire moyenne de 243 euros[101], sans compter que bon nombre de personnes vivent avec des emplois informels qui ne sont donc soumis à aucun minimum salarial. L'effort pour atteindre les prix de ces opérations est donc considérable pour des femmes de classe populaire, même de classe moyenne. Durant mon terrain, les femmes issues de milieux populaires, rencontrées à Alexandrie, avaient toutes des revenus provenant d'aides étatiques, la plupart recevant entre 450 et 1 000 livres par mois pour vivre avec leur enfant, soit entre 18 et 40 euros. Cela peut être suffisant pour les frais courants, mais le prix de l'une de ces chirurgies représenterait plusieurs mois d'économies. Beaucoup de médecins acceptent, selon les cas, de ne pas prendre d'honoraires, ou reçoivent des donations privées, extérieures, des aides d'associations pour réaliser les chirurgies, au lieu de faire payer les patientes. Cela relève d'un bricolage informel, qui cependant leur est indispensable, car sinon, ils manquent de patientes pour réaliser l'opération et affiner leur savoir-faire. Un chirurgien égyptien m'explique par exemple en entretien : « J'ai plein d'idées d'amélioration de la technique mais je manque de cas. Il y a peu de patientes qui vont jusqu'au bout. Trop cher, problèmes de famille… » (Dr. Mohammed, Le Caire, 2020).

En ce qui concerne les hyménoplasties, les prix sont en moyenne plus élevés. Paradoxalement, l'acte en lui-même demande moins de technicité que la chirurgie du clitoris. C'est une chirurgie ambulatoire rapide (chapitre 1). Cela explique sa cotation très faible en France auprès de la sécurité sociale qui lui attribue le tarif de 73,35 euros. Les coûts élevés dans le privé, particulièrement à Paris : entre 1 500 et 3 000 euros, tiennent finalement à la marginalité de la demande, alors que dans le public, la chirurgie ne dépasse pas les 700 euros. Mais très peu de praticien·nes du public acceptent de la réaliser, ce qui oblige les femmes à se tourner vers le secteur libéral. Pour beaucoup de patientes rencontrées, la somme est difficile à rassembler (chapitre 6). De plus, en France, la couverture sociale ne prend pas en charge cette opération, si ce n'est dans de rares cas, mais là encore la prise en charge représente une petite partie des coûts. En effet, sur la fiche CCAM de l'acte médical est inscrit la mention « acte remboursable ou non suivant circonstances ». Au fur et à mesure du terrain j'ai compris qu'une

[101] Information trouvée sur Indeed.com, référent mondial sur le marché de l'emploi, consulté le 05/11/22 : https://fr.indeed.com/conseils-carrieres/remuneration-salaire/salaire-moyen-egypte

partie de l'acte pouvait être remboursé s'il y avait eu agression sexuelle ou viol de manière avérée : les professionnel·les exigent la recommandation d'une psychologue, ou parfois une plainte, pour pouvoir justifier d'un remboursement à la sécurité sociale. Beaucoup d'entre eux, par peur d'être accusés de fraude et persuadés qu'il n'y a pas de preuve de l'agression, ne proposent simplement pas l'option d'un remboursement aux patientes. De même, les pays du Maghreb offrent une gamme de prix compétitifs sur les hyménoplasties, ce qui explique une partie du tourisme médical vers ces pays. L'Algérie semble proposer les prix les plus bas, si l'on en croit les chiffres d'Estheticon. Cependant, il y existe peu de structures accueillant les étrangers pour des soins médicaux, aussi la Tunisie et le Maroc sont plus attractifs pour les patientes d'hyménoplastie. L'Egypte affiche également des prix très disparates (que j'ai collectés sur le terrain) et j'ai fini par comprendre que cette grande variation existe en fonction du type de patientèle. En effet, l'Egypte devient de plus en plus attractive en termes de tourisme médical, et quelques cliniques s'y sont développées sur le modèle du package tous frais compris qui était déjà présent depuis longtemps en Tunisie et au Maroc. Les prix à destination d'une patientèle étrangère, y compris européenne, sont donc plus élevés que les prix locaux, ils restent cependant dérisoires pour les patientes étrangères.

Ainsi, ces disparités de coûts varient en fonction des marchés de l'offre et de la demande de soin. L'idée d'identifier le coût réel d'un acte médical semble assez compliquée, en raison de l'importance de facteurs extérieurs : la patientèle cible, le niveau de vie des personnes dans le contexte où il est pratiqué, des tabous sociaux et la fréquence de la demande. En cela, les enjeux matériels se trouvent au cœur de la demande de ces chirurgies, ainsi que les stratégies financières des patientes pour réussir à payer leur opération (passer du public au privé, réaliser une mobilité thérapeutique temporaire à l'étranger, etc).

* *

*

Ainsi, ces pratiques médicales recouvrent des réalités statistiques peu documentées, nécessitant de réunir diverses sources et méthodologies. Il ressort de cette première triangulation de données (Olivier de Sardan, 1995) et contextualisation au niveau politico-juridique que ces pratiques marginales et minoritaires sont au cœur d'enjeux éthiques et sociétaux centraux à l'échelle nationale et internationale.

Elles sont par ailleurs situées dans des cadres souvent flous au niveau normatif mais très clairs en termes géographiques, révélant une réelle identité localisée de ces techniques : cloisonnements urbain/rural et privé/public, type de professionnel·les de santé les pratiquant, profils ciblés de femmes les demandant. La compréhension de lieux symboliques et physiques où elles s'actualisent et se pratiquent, ainsi que des milieux sociaux où elles évoluent, nous renseigne ainsi sur la construction spécifique de ces techniques chirurgicales. Chirurgies de réparation du clitoris et hyménoplastie s'imbriquent dans des tabous et des enjeux de pouvoir relatifs aux corps féminins. Leur circulation se recoupe parfois et les amène à être présentes dans les mêmes cliniques ou demandées par les mêmes types de population féminines.

Finalement, ces données de contextualisation interrogent précisément les constructions qui ont été et sont toujours à l'œuvre derrière les circulations de ces techniques. Pourquoi se retrouvent-elles plutôt dans le privé ou dans le public, pourquoi les demandes émergent-elles de certaines femmes et pas d'autres ? De premières hypothèses ont été présentées dans ce chapitre pour enrichir les résultats présentés, mais ce n'est que par le travail qualitatif (présenté dans la troisième partie de la thèse) qui a suivi cet effort de contextualisation que peut s'expliquer un certain nombre de constats dont fait état ce chapitre. Par ailleurs, l'enquête de terrain réalisée a permis de documenter des flous laissés inexpliqués ou inexplorés – comme on l'a fortement souligné dans ce chapitre 4 – dans les statistiques disponibles sur ces pratiques.

Chapitre 5 : Représentations sociales et traitement médiatique des chirurgies sexuelles de reconstruction

Ce chapitre s'attache à documenter ces chirurgies de reconstruction dans leur dimension symbolique et à comprendre les représentations sociales et les discours qui les accompagnent dans l'espace public. Je me propose pour cela de réaliser une étude de cas sur la base d'un corpus médiatique – en ligne - dans le contexte français en répertoriant dans différents types de presse le traitement textuel et les cadrages qui sont mis en place pour aborder la question de ces chirurgies. J'entends par « cadrage » toutes les récurrences dans les médias de traitement thématique, sémantique et narratif autour de ces chirurgies qui produisent ce que la psychologie sociale et la sociologie des médias nomme un « effet ou biais de cadrage » (framing effect), à savoir un biais cognitif qui amène les personnes à réagir d'une certaine manière sur une question donnée en raison de la manière dont elle abordée et présentée par le support médiatique. En effet, ce sont directement ces effets de cadrage dans l'espace public qui vont influencer la pratique médicale des médecins, ainsi que le discours qu'ils sont susceptibles de tenir auprès des patientes lors de la consultation. Ils vont également jouer un rôle dans les motivations des patientes et leur manière d'aborder la chirurgie, en tant que ces articles de presse en ligne sont les premiers discours que les patientes vont pouvoir trouver pour les renseigner sur les chirurgies. Enfin, ces discours dans la sphère publique ont également une influence sur les choix des décideurs politiques en matière de santé. Cette étape de ma recherche était première, elle avait pour but de faire émerger des hypothèses de recherche concernant ces chirurgies et se voulait préliminaire à mon enquête de terrain. Ce chapitre cherche à répondre à la question de recherche suivante : quelles sont les représentations sociales qui émergent dans le traitement médiatique des chirurgies sexuelles de reconstruction en France ?

I - Présentation du corpus

En France, la chirurgie de « reconstruction » des organes génitaux féminins, comme l'hyménoplastie (la suture des tissus hyménéaux) ou la réhabilitation clitoridienne (reconstruction du clitoris des femmes excisées) représente chaque année à elles-deux autour

de 1 000 opérations (voir Chapitre 4)[102], sans compter les consultations n'aboutissant pas à une opération. Elles sont pratiquées sur une population de femmes migrantes ou issues de l'immigration dont les corps sont par ailleurs bien souvent placés dans une position de tension entre le pays d'accueil et le pays d'origine (Aïach et Fassin, 2004 ; O'Donnell, 2018 ; Sayad, 2016), en termes de normes corporelles et sexuelles. On peut mentionner les travaux qui interrogent la tension suscitée par des doubles identifications et injonctions entre normes sociales et culturelles en situation migratoire chez les femmes, à l'exemple de ceux de Simona Tersigni : « Les migrantes ont subi une double injonction : celle de la société française leur « suggérant » de faire adhérer leurs enfants aux usages majoritaires et celle du groupe d'appartenance qui les renvoie à des formes de fidélité coutumière » (Tersigni 2008), une question également abordée dans les travaux de Guénif-Souilamas (2005). Ce type de doubles injonctions s'étend notamment à la question de la socialisation sexuelle et la difficulté de se retrouver dans un entre-deux normatif.

Or, indépendamment des trajectoires sociales dans lesquelles ces pratiques s'inscrivent, ces chirurgies font l'objet d'une construction sémantique et politique dans les discours médiatiques français depuis plusieurs décennies, amenant parfois à produire des phénomènes de cadrages (frame) systématiques (voir section II.) : par exemple par une ethnoracialisation (Dalibert, 2017) des patientes, voire des rhétoriques d'infériorisation et de victimisation de ces femmes, ou encore le lien entre ces pratiques et des enjeux migratoires, ou même avec des enjeux d'unités nationales.

De plus, ces discours sont susceptibles d'influer sur la réalité sociale au niveau de la demande des patientes, de la pratique des chirurgien·nes, ainsi que sur les mesures de santé publique relatives à ces pratiques médicales, étant donné notamment l'influence des médias sur l'élaboration des programmes politiques (Fawzi, 2018). On peut citer l'exemple actuel du traitement médiatique de la question de l'hyménoplastie levée par le projet de loi de Marlène Schiappa et Gérald Darmanin contre le « séparatisme » qui interdit les certificats de virginité depuis septembre 2020[103].

---

[102][102] Plusieurs résultats du terrains suggèrent que ce chiffre est possiblement plus élevé puisqu'il ne prend pas en compte les déplacements à l'étranger (vers la Tunisie notamment) pour réaliser ces opérations plus couteuses en France, sans parler d'une possible sous-déclaration de certains professionnel.les de santé en raison de la mauvaise réputation de l'opération et pour ne pas avoir de comptes à rendre aux autorités sanitaires, ou encore essayer d'obtenir pour les femmes le remboursement d'un acte médical proche.

[103] 20 minutes, « Projet de loi sur les « séparatismes » : Qu'est-ce que le certificat de virginité, dans le viseur du gouvernement ?», 9 septembre 2020, consulté le 04/11/2021, url : https://www.20minutes.fr/sante/2855975-20200909-loi-contre-separatismes-certificat-virginite-viseur-gouvernement

Il s'agit ainsi de prendre en compte les journaux comme des « objets sémiologiques particuliers » (Krieg, 2000) permettant de mieux connaître un sujet. Comme le souligne Marie Hardin, Susan Lynn, et Kristie Walsdorf : « L'examen de la manière dont les médias utilisent les cadres visuels ou textuels est particulièrement pertinent lorsque la manière dont une question est présentée a des conséquences sociales potentielles » (Hardin et al., 2002, p. 344). En outre, le cadre d'une histoire peut déterminer ce que la plupart des gens « remarqueront, comprendront et se rappelleront d'un événement, ainsi que la manière dont ils l'évalueront et choisiront d'agir en conséquence » (Reese, Gandy Jr et Grant, 2001). Cependant, comme le souligne Robert M. Entman (1993), le cadrage implique un processus de sélection et de mise en évidence de certaines données, processus à travers lequel certains aspects de la réalité sont montrés, tandis que d'autres sont occultés. C'est ainsi que le cadrage textuel peut entraîner la (re)production de stéréotypes. Et c'est pourquoi je m'attacherai à décrire les différents cadrages systématiques qui accompagnent ces chirurgies dans les médias français.

J'ai de fait décidé d'inscrire mon étude dans le contexte français pour deux raisons. Premièrement, cette réflexion examine comment les stéréotypes genrés et racialisés (Dalibert, 2017) qui font écho aux discours de la période coloniale, sont mobilisés dans les représentations médiatiques d'un ancien pays colonial. Ce faisant, cette étude contribue à l'accroissement des connaissances sur la question postcoloniale en France (Bancel, Blanchart et Lemaire, 2005 ; Blanchard et Bancel, 1998). Deuxièmement, si la presse française contemporaine est en pleine recomposition face aux nouvelles pratiques numériques de l'information, il n'en reste pas moins que la France conserve une grande diversité de presse et il y existe depuis longtemps un niveau élevé de consommation de journaux (Delporte, Blandin et Robinet, 2016), ce qui permet une analyse fructueuse de la circulation des contenus journalistiques à travers l'espace et le temps.

L'analyse de ce corpus s'inscrit directement dans les « théories du cadrage » (framing) issues de la sociologie de la communication et des médias, qui se sont développées dans les années 80 à la suite des recherches sur la mise à l'agenda[104] (McCombs et Shaw, 1972) dans l'espace anglosaxon. Nous nous inscrivons ici dans cette pensée, à savoir que les médias participent à la construction de la réalité, dont ils fabriquent l'environnement et définissent les contours de questionnement sur certains sujets. Ils représentent en cela un « espace communicationnel » (Puig, 2021) propre qui s'entremêle avec « le champ des réseaux sociaux

[104] Vient du concept anglo-saxon d'« agenda-setting » qui a été développé par les chercheurs américains McCombs et Shaw (1972). Cette expression décrit ainsi la fonction des médias de masse qui exercent un effet important sur la formation de l'opinion publique, en imposant le calendrier de certains événements politique et la hiérarchie de sujets.

ou encore de la publicité »[105], champ désormais structurant dans la négociation des normes et la circulation des représentations sociales. Les phénomènes de cadrage médiatique peuvent ainsi être compris comme « l'effet de la définition d'un problème, d'une situation ou d'un enjeu politique produit par la présentation sélective, par discrimination de certaines considérations (âge, sexe, proximité…) qui induisent ou orientent vers une interprétation particulière de l'objet » (Piar et Gerstlé, 2005, p. 101). Dans le cadre des chirurgies sexuelles de reconstruction, les différents supports médiatiques contribuent donc à façonner un cadre rigide de significations, de symbolisation des problèmes sociaux, politiques, économiques ou encore culturels. Le cadre met en avant une idée organisatrice générale, c'est ce qui permet de comprendre l'événement.

Le discours des médias joue dès lors un rôle décisif pour appréhender l'événement d'une chirurgie de réparation – qu'il s'agisse d'un hymen ou du clitoris – puisque, sur ces sujets, le grand public français a souvent très peu de notions et de connaissances, voire se trouve confronté à une incompréhension « culturelle »[106].

Tout le travail en amont pour donner du sens à ce phénomène permet alors de mettre à jour des stéréotypes de genre, de classe et de « race » qui pèsent sur ces pratiques chirurgicales. Ici le média vient répondre aux représentations et opinions de la tranche cible de la population à laquelle il s'adresse.

De plus, selon la thèse de S. Iyengar, une personne qui cherche de l'information sur un sujet va toujours avoir tendance à suivre le média qui offre une explication de l'événement conforme à ses idées préconçues sur la thématique concernée (Iyengar, 1987). D'où l'importance de s'attarder sur plusieurs types et catégories de médias avec des traitements idéologiques et rhétoriques différents.

---

[105] Je ne traiterai pas ici de la question de la publicité mais elle pourrait être une composante importante de l'analyse des chirurgies sexuelles féminines et mériterait une recherche systématique, comparative également. Je mobiliserai néanmoins quelques exemples de « pubs » dédiés à ces chirurgies dans la suite de l'analyse (chapitre 7 et 8).

[106] Pour illustrer cette problématique de l'incompréhension « culturelle », on peut évoquer l'exemple de ce gynécologue parisien qui déclare en entretien : « la reconstitution de l'hymen ? […] moi, c'est un truc ça bloque au secrétariat, je ne les vois pas, je refuse de les voir, c'est un truc où je veux pas tremper. […] Parce que ça me dépasse complètement, je n'arrive pas à comprendre cette démarche, je ne veux pas essayer de la comprendre. C'est souvent les populations particulières où il faut être vierge au mariage et là elles vont se marier, elles veulent une reconstitution de l'hymen et voilà. Il y a des choses que je ne fais pas par conviction ».

Comme décrit de manière détaillée dans la partie méthodologie (chapitre 3, section III), mon corpus se compose de 202 articles en ligne français. Les articles ont fait l'objet d'une sélection selon divers critères abordés précédemment. L'usage du logiciel hyperbase pour explorer statistiquement les récurrences du corpus à partir de la base de données d'articles mise en ligne[107], ainsi que la lecture et l'analyse qualitative par thématiques ont permis de relever des invariants dans la manière de traiter ces chirurgies dans le discours médiatique en ligne, notamment en termes de discours misérabiliste, de stigmatisation culturelle et de victimisation des patientes (section VI de ce chapitre). La base de données hyperbase comportant l'ensemble du corpus est disponible en ligne et fonctionne avec une interface d'édition permettant à toute personne d'effectuer à nouveau les calculs statistiques ou d'en effectuer de nouveaux sur la base d'autres hypothèses de recherche (annexe 11).

Par ailleurs, ces articles du corpus sont issus d'une quarantaine de médias différents (Annexe 8) et ont tous été publiés entre 2002 et 2020. Ces médias ont été classés selon quatre types de presse : généraliste marginale, généraliste de masse, spécialisée médicale, spécialisée féminine (chapitre 3, encadré 11, p.145), permettant de relever des spécificités pour chaque type de presse et constituant ainsi quatre sous-corpus. A la suite de ces comparaisons, des traitements médiatiques différenciés sont clairement apparus dans la manière de parler de ces chirurgies, les histoires les accompagnant, le type de figure d'autorité choisie pour relater les faits, les interpréter (par exemple les personnes interviewées). Quatre axes ont émergé de cette démarche comparative : un déséquilibre au niveau de la parole donnée lors des interviews dans la presse généraliste (section II), des rhétoriques anti-immigrations, nationalistes et une forte instrumentalisation de ces sujets dans la presse d'extrême droite (III), une presse féminine tournée vers des lectrices-consommatrices, qui souligne la dimension lucrative et consumériste de ces chirurgies (IV), enfin un discours médical en rupture avec les autres traitements médiatiques, qui implique, autour des hyménoplasties, un silence que l'on ne retrouve pas autour des chirurgies du clitoris et des rhétoriques sur le corps « normal » (V).

[107] La base est intitulée « pressechir » disponible en ligne : http://hyperbase.unice.fr/hyperbase/controller/action/intro/select_corpus.php?corpus_id=pressechir

II - A qui la parole sur ces chirurgies ? Construction de figures stéréotypées et déséquilibre des témoignages dans le récit médiatique

A la lecture de ce corpus d'articles, la première caractéristique de cette somme d'articles collectés est en fait qu'ils produisent des récits de vie et d'expérience – à l'exception des articles médicaux s'en tenant à des descriptions techniques. A l'instar d'autres articles d'actualité narrant des faits, proposant des inventaires techniques, des explications scientifiques, les chirurgies de l'intime relèvent majoritairement du « storytelling »[108], pour reprendre l'expression de Christian Salmon (2007) ou ce qu'Alexandre Eyriès appelle le « journalisme narratif » (2018), qui entend par là une forme de récit « visant à mettre en scène l'information pour la rendre plus attrayante et intéressante ». La démarche d'explicitation médiatique autour de ces chirurgies est alors finalement de renseigner l'histoire de la demande mais également l'histoire de l'offre de soin disponible, l'occasion de partager des récits individuels de femmes, de médecins, etc. Dans ces récits, j'ai pu noter deux grands types de figures récurrentes stéréotypiques que je nommerai, en reprenant les travaux de M. Dalibert, des « sociotypes » (Dalibert, 2017).

A - Le sauveur et la victime : deux types de figures stéréotypées du récit médiatique.

Au cours de l'analyse qualitative, j'ai pu observer plusieurs sociotypes dans le corpus de textes visiblement construits en opposition avec d'autres sociotypes associés : différentes figures décrites pour caractériser les patientes et d'autres figures correspondant aux aidant·es de ces femmes, à savoir médecins, politicien·nes engagé·es, associations.

Du côté des patientes, trois figures récurrentes reviennent. Tout d'abord, celle de la femme non-intégrée et donc coupable (Tableau 16), principalement des femmes patientes d'hyménoplastie, les mères faisant exciser leur fille, les femmes voilées pouvant être excisées ou en demande d'hyménoplastie :

> *« Elle, c'était la beurette[109] modèle, des études, sorties en boîtes avec ses copines […] Sous l'œil ébahi de sa mère, Emna a pris le voile et demandé*

[108] A. Eyriès décrit le storytelling comme « l'art de raconter les histoires » (Salmon, 2007) « à des fins persuasives, mercantiles, électoralistes ou, dans le cas présent, informatives ».

[109] On pourra noter que le terme « beurette » n'est utilisé que dans des articles du début des années 2000, aucune trace de ce qualificatif n'apparait après 2008 dans le corpus.

à un médecin de réparer son hymen. " J'ai besoin d'être tranquille, de retrouver la paix. Un jour peut-être, un mariage, un enfant, mais de grâce un garçon". » (Le nouvel Observateur, 2007)

Cet extrait est assez parlant puisqu'il met en évidence ce type de mise en récit fréquent dans le corpus, décrivant une femme contre toute attente mal-intégrée, voire présentée comme fautive d'avoir eu « un repli identitaire » (Le nouvel Observateur, 2007). L'article montre en effet que la jeune femme « Emma », dont la posture était qualifiée de « modèle » par le journaliste, combinée à l'assignation ethnoraciale que véhicule le terme « beurette », sous-entendu : modèle pour une femme issue de l'immigration maghrébine, associé à un parcours avec des sorties en boîte de nuit, des rapports sexuels hors mariage et des études jusqu'au « doctorat de biologie », est passée à une posture décrite comme « incompréhensible » (prise du voile, hyménoplastie, attente d'un mariage), le journaliste soulignant même la surprise de la « mère ». L'article revient ensuite sur la dimension « schizophrénique » de la situation des musulmans en France, qu'ils « subissent », entre deux cultures, et les pressions qui s'exercent sur eux pour qu'ils se conforment « aux attendus culturels ».

Ensuite il y a la figure que j'ai nommée « la femme-victime » (Tableau 18), la plus fréquente du corpus, parfois combinée aux autres figures. Cette figure s'inscrit dans une certaine « norme », au plan statistique, de la mise en discours médiatique dans ce corpus, à l'exception du corpus médical qui n'utilise aucun adjectif propre à un processus d'infantilisation ou de victimisation des femmes (section V).

Tableau 16. Sociotypes récurrents dans le récit médiatique sur les chirurgies étudiées

SOCIOTYPES DES PATIENTES		
La Femme non-intégrée coupable	**La Femme-victime**	**La femme émancipée**
Femmes voilées	*Femme-patiente*	*Femme - reconstruite*
Patientes d'hyménoplastie	*Femme réfugiée en France*	*Femme - militante*
Mère « traditionnelle »	*« Jeune fille des banlieues » « Jeunes filles nées en France »*	*Femme « rebelle », contre sa communauté d'origine*
SOCIOTYPES DES AIDANT.ES		
Les soignant.es – héros/héroïnes	**La Femme politique engagée**	**Acteur.es associatifs**
Chirurgien.nes / médecins	*Ministre de la Justice*	*Militant.es*

Aides-soignants, infirmières, sages-femmes	*Secrétaire à l'égalité femme-homme*	*Réalisatrice de film sur ces sujets*
Humanitaires-médicaux		*Célébrités engagées*

Enfin, il y a la figure de la femme émancipée qui, d'une manière ou d'une autre, s'est libérée de l'injonction familiale : « Opérée en 2006, à 26 ans, Ramata rompt le tabou familial sur l'excision en abordant le sujet avec ses sœurs ». (Madame Figaro, 2017). Mais cette figure est aussi présentée sous l'angle de l'épanouissement sexuel. Un exemple est le choix de la reconstruction du clitoris :

> *« Fatou a été opérée le 10 mars, Marie, le 12. La première clame la date comme elle fêterait une renaissance. " J'avais raconté que j'avais quelque chose aux ovaires. Je ne voulais pas que les gens soient au courant. Mais aujourd'hui j'ai le sentiment d'être entière. Quand je me regarde nue, mon sexe n'est plus le même. Je l'ai même montré à toutes mes copines. " Elle rit. Elle vit sans petit ami, a eu une seule expérience sexuelle depuis l'opération. " Je me sentais plus à l'aise. Avant, je tremblais, j'étais rigide. " Le plaisir, celui dont lui parlaient ses copines, ne l'a pas encore envahie. " Ce n'est pas grave. Je ne suis pas pressée. " Marie, elle, n'a pas essayé. " C'est comme si j'étais à nouveau vierge. Je veux me garder pour une vraie histoire. " Aïssa, 22 ans, opérée il y a neuf mois, a repris une vraie vie sexuelle. " Ça n'a rien à voir avec avant. Maintenant, je vibre, je tremble en dedans. Des fois, je me pince tellement c'est bon. " Elle en parle émerveillée, avec des yeux vifs, gourmands. » (Le nouvel observateur, 2004)*

Cette troisième figure de femmes, du côté des patientes de chirurgie, sont toujours décrites dans des termes mélioratifs, parfois d'abord présentées comme « victimes » puis, au fur et à mesure du récit, celles-ci sont mises en valeur par un certain nombre de qualificatifs appartenant au champ lexical de l'autonomie : « indépendante », « forte », « résiliente », « libre », etc. Par exemple, dans ce même article, « Aissa est maintenant une femme libre et accomplie » (Marianne, 2019). Ces patientes sont souvent qualifiées par une seconde attribution comme la chanteuse Inna Modja, excisée et réparée qui,par ailleurs est présentée comme une chanteuse engagée, marraine de la Maison des femmes de Saint-Denis ou des militantes du GAMS. Dans un autre article, Ramata, femme « réparée », est aussi présentée comme désormais une militante engagée :

> *« Aujourd'hui bénévole de l'association Excision, parlons-en !, Ramata veut jouer un rôle de grande sœur pour toutes ces jeunes filles qui vivent dans la crainte de subir une pratique dont elles ignorent tout. » (Madame Figaro, 2017)*

Ces femmes sont néanmoins des figures secondaires à l'échelle du corpus. Les figures principales, et les plus décrites du récit médiatique sont plutôt celles des « aidant·es », présenté·es comme des sauveur·ses (Tableau 16). Ce sont d'abord les médecins, la figure du créateur, P. Foldès, revient régulièrement en interview avec un grand nombre de détails bibliographiques et un cadrage (frame) issu du récit héroïque :

> *« Pierre Foldès. Un corps de baroudeur, une voix douce, des mains robustes, ces mains qui ont peut-être réussi le miracle. Depuis vingt-cinq ans, ce chirurgien urologue de 51 ans, installé à Saint-Germain-en-Laye (Yvelines) et père de cinq enfants, parcourt l'Asie et l'Afrique pour Médecins du Monde. Au Burkina, il découvre les ravages de l'excision : problèmes d'accouchement, cicatrices douloureuses, rapports sexuels pénibles ... » (Le Monde, 2004)*

Souvent le parcours des médecins est très précisément décrit, ainsi que l'histoire de leur clinique. Ces soignant·es sont présenté.es comme des faiseur·ses de « miracle » et célébré·es dans leur action :

> *« " [...] Il " répare " les victimes d'excision. Il soulage la souffrance des femmes excisées à travers le monde depuis trente ans, depuis qu'il a découvert une technique opératoire pour réparer leur clitoris. Déjà petit, Pierre Foldès, trouve insupportable la douleur des autres. (Le Parisien, 2014)*

Il en va de même d'autres figures d'aidantes : des personnalités politiques, des célébrités dont les actions sont relatées avec force détails, en des termes très valorisants. Seule certaines personnalités politiques comme Marlène Schiappa sont ouvertement présentées en des termes péjoratifs dans le corpus spécifique de la presse d'extrême droite (presse généraliste marginale), notamment pour son incapacité à éradiquer l'excision en France ou pour son silence sur les hyménoplasties. Cela implique tout de même des différences de traitement de ces figures selon le type de presse et malgré la récurrence de leur présence dans les récits médiatiques collectés.

B - Les différences de traitement : déséquilibres dans la parole et les témoignages

Ces figures récurrentes semblent peupler la majorité des articles parcourus. Se dessine notamment la sur-représentation de certains sociotypes selon les types de presse. Ces sociotypes se répartissent souvent par paires : « la femme-victime » est associée aux « soignant·es héros-héroines » particulièrement dans la presse généraliste de masse – deux figures finalement s'appelant l'une l'autre, et surtout les plus consensuelles, d'où leur usage dans une presse à grande diffusion.

Ensuite le sociotype de la « femme émancipée » est associée aux figures de la « femme politique engagée » ou de la femme militante d'association, des figures qui sont mises en avant dans la presse spécialisée féminine. Ce type de presse, aux prises avec des logiques de tirage et de choix éditoriaux, est en cela particulièrement enclin à se focaliser sur des personnes « modèles » susceptibles de produire des effets d'identification chez les lectrices (section IV).

Enfin c'est dans la presse plus polarisée et plus ouvertement politisée[110], prompte à employer le registre de la polémique : presse d'extrême droite (*Boulevard Voltaire, Egalité et réconcilitation*, *Novo press*, etc), presse traditionnelle de droite (*Valeurs actuelles, Le Figaro*), certains journaux de gauche laïciste comme *Marianne*, qu'apparaissent plus fréquemment les sociotypes de la « femme non-intégrée et coupable » combinée tantôt à des figures de soignant.es, tantôt à des acteur·trices politiques. Les « aidant·es » y sont moins ouvertement présenté·es sous un jour mélioratif puisque ces supports comportent des prises de positions souvent critiques, voire de méfiance, vis-à-vis des pouvoirs publics.

De manière générale, il est intéressant de constater les disproportions de représentation entre ces différents sociotypes. En effet, à l'échelle du corpus entier, alors que les patientes sont souvent évoquées selon un vocabulaire assez neutre, avec très peu de déterminants – les articles s'en tiennent à évoquer « les patientes » avec un pluriel collectif –, les figures associées aux sauveur·ses sont en revanche au cœur du traitement médiatique.

C'est particulièrement le cas de la presse généraliste de masse. Ce constat est très visible lorsque l'on parcourt les premières statistiques fournies par hyperbase sur chaque type de corpus de presse. Le logiciel propose pour chaque type de presse une liste de mots ou de signes qui, en comparaison avec les autres types de presse, font de celui étudié sa spécificité (récapitulatif des fonctions hyperbases utilisées, chapitre 3, encadré 12, p. 152). Pour chaque entrée ou mot, des indices statistiques donnent un ordre de grandeur du niveau de spécificité du mot. Au-dessus du score 2,5, la spécificité du terme marque significativement le corpus étudié en comparaison avec les autres corpus. J'ai donc passé en revue les quatre types de presse listés plus haut et exploré les spécificités linguistiques calculées statistiquement (listées par le logiciel hyperbase).

[110] Je fais référence ici à la catégorie de presse généraliste marginale mais également et dans une moindre mesure une partie de la presse généraliste de masse avec des quotidiens très marqués politiquement comme Valeurs Actuelles, Marianne, etc.

Premièrement, on note l'usage très fréquent et spécifique dans la presse généraliste de masse des guillemets[111] (tableau 17). L'indice de spécificité (encadré 12, p. 152) s'élève en effet à 17,14. Cet usage s'explique par l'importante proportion d'interviews dans ces articles, principalement réalisées auprès de professionnel·les de santé et donc renvoyant à l'usage linguistique le plus fréquent : celui du discours rapporté : « Au départ, j'ai opéré pour soulager les douleurs, puis je me suis rendue compte que beaucoup de choses se cachent derrière des douleurs », raconte Pierre Foldès » (Sud-Ouest, 2007). Force est de constater que non seulement ces personnes sont alors nominativement citées, mais elles deviennent également les figures centrales du récit médiatique.

Tableau 17. Liste des mots et signes (par forme)[1] statistiquement spécifiques aux articles issus de la presse généraliste de masse avec leurs indices de spécificité sous forme d'écart.

Indice de spécificité[2]	Mot
25,27	"
8,42	docteur
6,99	Pierre
6,42	Foldès
6,52	jeune
6,88	Frédérique
6,36	racialisation

[1]La recherche par forme induit que la liste produite va proposer des « formes » fixes spécifiques au corpus, cette option a l'avantage de ne pas se cantonner aux mots mais d'englober également tout signe typographique (ponctuation, symbole de monnaie, etc).
[2]Cet indice disponible sur hyperbase se porte sur la fréquence des mots utilisés par type de corpus et permet de mesurer la spécificité de l'usage langagier de certains mots dans un corpus donné en comparaison avec les autres corpus en présence (définition développée dans l'encadré 11, chapitre 3).
Sources : Base de données hyperbase « presschir », consultée le 22/09/2022, http://hyperbase.unice.fr/hyperbase/controller/action/lecture/read.php?partition=typedepresse:presseg%C3%A9n%C3%A9masse

Deuxièmement, le second mot notable sur-représenté au plan statistique dans ce type de presse est ensuite « docteur » (tableau 17). Lorsque l'on fait alors une recherche par mot clé avec le terme « docteur », les passages des articles concernés laissent voir dans le foisonnement d'interviews une explication à cette spécificité. Il y a là, comme évoqué ci-dessus, un discours contraire à celui porté sur les patientes qui sont désignées par des pluriels, ramené·es à un collectif faisant bloc. Les professionnel·les de santé sont au contraire singularisé·es, nommé·es

111 Ici tous uniformisés dans le corpus nettoyé sous la forme anglaise *double-quote* « " » afin d'avoir des indicateurs de spécificités plus fiables, sans distinction entre les différents types de mise en forme des journaux choisis.

par leur nom, et les journalistes se réfèrent toujours à eux (souvent des hommes) selon des formules telles que : « indique le docteur Xavier » (AFP, 2005), « souligne le docteur Raiffort » (Aujourd'hui, 2016), etc. C'est donc le discours médical, celui des professionnel·les de santé, qui domine dans la presse quotidienne traditionnelle (les grands quotidiens) sur ces sujets.

Comme évoqué plus haut, leurs activités y sont décrites dans des termes valorisants et tendent à les singulariser soit dans les actions engagées, soit dans leur pratique médicale. De plus, le relevé des syntagmes[112] désignatifs et définitionnels parmi les professionnel·les de santé tend systématiquement à les présenter comme des « héros modernes », des « militant·es », des personnes « engagé·es », etc. Par ailleurs, au niveau même visuel, dans la présentation des articles, il est courant que leur photo trône en première page (annexe 12). Le contraste entre ces deux catégories de sociotypes (patientes/médecins) est d'autant plus marquant qu'il semble inhérent à la quasi-totalité de la presse généraliste de masse.

III - Le cadrage médiatique autour de l'intégration nationale des corps dans la presse généraliste

Les médias utilisent les discours pour proposer des définitions des faits et délimiter les problèmes sociaux (Krieg, 2000). Dans le corpus de la presse généraliste (traitant de l'actualité), les chirurgies se trouvent souvent mises en lien, de manière directe ou indirecte, avec des enjeux relevant des identités nationales : des discours sur l'immigration, l'intégration, la comparaison des modes de vie et des pratiques selon les pays qui conduisent à la construction de hiérarchisation. En cela, les médias semblent participer, dans le cas de ces chirurgies, à la construction d'un récit national (Anderson, 1996). Ils contribuent en effet à constituer – et à valoriser – des groupes sociaux affiliés à un « Nous », c'est-à-dire « les modes de vie, comportements et pratiques culturelles symboliquement associés aux membres de la communauté française (Dalibert 2017, p.2). Marion Dalibert parle en cela d'une certaine « francité » comme d'un « système de représentations » (Hall, 2007, 241), dont une part se construit dans le discours médiatique à travers un jeu d'opposition entre le « Nous » et le « Eux ». Ces oppositions nous semblent prendre corps sémantiquement dans la presse généraliste par l'énumération de distinctions comportementales entre ce qui s'avère conforme

[112] Désigne des groupes de substantifs comme le chien et tous ces déterminants, qualificatifs, etc. Par exemple : « le petit chien blanc de mon voisin » (Laurent et Delaunay, 2019).

ou non-conforme aux valeurs nationales. Une stratégie qui relève de différents procédés rhétoriques que D. Mayaffre associe à un certain populisme. Dans ses travaux sur l'analyse des discours présidentiels il cite par exemple une déclaration de Nicolas Sarkozy :

> *« Personne n'est obligé, je répète, d'habiter en France, mais quand on habite en France, on respecte ses règles, c'est-à-dire qu'on est pas polygame […]. On ne pratique pas l'excision sur ses filles, on n'égorge pas le mouton dans son appartement et on respecte les règles républicaines » (Sarkozy, 5 février 2007, interview télévisée, TF1, 21 heures, cité dans Mayaffre, 2013, p. 278).*

D. Mayaffre souligne l'usage populiste du « on » pour désigner d'une part les Français, de l'autre, l'étranger, et susciter ainsi de la « cohésion » avec et contre (Mayaffre, 2013, p. 278). Or, lorsque que l'on réalise une analyse qualitative du corpus par thématiques, ce type de distinctions par divers moyens rhétoriques qui vont être abordés dans cette sous-partie, semble revenir régulièrement.

Cette idée amène donc à appréhender l'espace national français comme un espace historique propre comportant des constructions identitaires et des configurations sociales, dans lequel se construisent également des rapports au corps inscrits dans un débat national. Cela questionne la notion de « nationalisme sexuel » (Bader, 2018 ; Jaunait, Renard et Marteu, 2013 ; Mosse, 1985). On entend par là que le nationalisme, dans sa construction, s'est appuyé sur des stéréotypes de genre et de sexualité. Cela revient à effectuer une liaison sémantique entre deux objets d'étude : d'une part, un champ d'investigation de l'histoire qui s'intéresse au processus de production des identités nationales et d'autre part, une investigation plus récente des sciences sociales, à savoir la production des identités de genre et de sexualité (Jaunait, Renard et Marteu, 2013). Les sexualités étrangères sont alors présentées comme déviantes, curieuses, étranges, et la preuve d'une différence fondamentale avec les normes sexuelles nationales. En cela, les discours médiatiques reprennent ces scripts de différenciation, impliquant finalement des processus de hiérarchisation culturelle, dans la mise en récit de ces chirurgies. Néanmoins, les prises de position et les moyens rhétoriques pour mettre à jour ces différenciations culturelles et sociales varient selon les supports médiatiques.

A - Différenciation culturelle et sociale et effet de cadrage nationaliste dans la presse généraliste de masse, les grands quotidiens.

Dans la presse généraliste de masse, on retrouve des distinctions repoussoirs telles que l'association du « monde arabe » par exemple, parfois décrit comme une « société machiste »

(Médiapart, 2014), ou bien des référents comme la « culture marocaine », ou l'« immigration maghrébine », qui sont associés à des récits de violences, ou encore les femmes « africaines » qui sont décrites dans des postures de souffrances « repoussoirs » sur le ton de la généralité : « […] l'excision, 65 millions d'Africaines en souffrent. Elles deviennent incontinentes, et cela leur vaut une mise au ban de leur société. Parfois, elles en meurent » (L'Express, 2004).

On retrouve également, dans ce type de presse, des effets d'actualité très forts, dans le sens où les événements ont un impact explicite sur le traitement médiatique – à la différence de la presse spécialisée moins tenue de faire des liens avec l'actualité de manière explicite. En effet, comme on pouvait le constater au plan statistique (tableau 17), apparaît dans la presse généraliste de masse le terme « radicalisation » dans la liste des formes spécifiées du corpus (avec un indice supérieur à 6). Or, lorsque l'on regarde les dates des articles utilisant ce mot, la quasi-totalité date de 2015, c'est l'année des attentats du Bataclan à Paris, où la question du djihadisme et de la radicalisation des jeunes était au cœur d'enjeux sociétaux en France. On peut prendre l'exemple de ce titre du journal *L'Express* sur l'hyménoplastie de mars 2015 : « Intégrisme et djihadisme : Les filles rencontrent des problèmes très distincts de ceux des garçons », ce même article met en lien un « phénomène de radicalisation fondamentaliste » en lien avec la demande d'hyménoplastie (L'Express, mars 2015). Cet autre article de 2015 mentionne la « lutte contre la radicalisation islamiste » (Le Figaro, 2015). Un autre article parle d'« une jeune fille mineure en voie de radicalisation dans un village » (L'Express, avril 2015). De même en 2008, tous les articles sur les reconstructions d'hymen sont en lien avec le scandale du tribunal de Lille (chapitre 4), ou en 2017, 2018, 2019, le nombre d'articles sur l'excision et la réparation augmente de manière drastique avec l'émergence du mouvement #metoo. Ces observations montrent à quel point ces chirurgies viennent finalement s'inscrire dans des débats sociaux de manière explicite, dépassant le cadre du médical et de l'intime. De plus, on ne peut pas davantage nier leur instrumentalisation dans le traitement médiatique, à l'exemple de leur mise en lien avec des phénomènes de radicalisation, ou leur inscription dans des logiques marchandes.

Ensuite, l'excision et la réfaction d'hymen sont souvent présentées dans la presse généraliste, comme des pratiques venues « d'ailleurs », qui n'ont rien à avoir avec la France. Les articles se focalisent sur les contextes de pays étrangers avant d'aborder les chirurgies de reconstruction génitales. Ce constat est visible dans ces différents titres d'articles : « Un hymen

à 5000 roupies », « les Tunisiennes et la chirurgie », « L'amour au Maghreb », « Excisions au Burkina Faso… ». Il faut noter que les articles issus de l'espace médiatique français font référence exclusivement à des pays liés à la France par une histoire coloniale commune. Par extension, on peut donc voir se dégager une certaine colonialité (plus explicite dans les corpus d'extrême droite néanmoins, voir section B). Par l'évocation des chirurgies proposées, c'est alors un registre inverse qui est présenté : la médecine « moderne » - pour ne pas dire occidentale - peut être alors envisagée comme une solution (qu'il s'agisse d'hyménoplastie ou d'une reconstruction du clitoris) pour sauver ces femmes et corriger ces traditions, ce qui n'est pas sans rappeler les rhétoriques à l'œuvre lors des missions civilisatrices coloniales sous la IIIème république (Blanchard et Bancel, 2005), et qui cautionne des logiques de hiérarchisations ethniques postcoloniales. Pour illustrer ce constat au plan linguistique, on trouve par exemple certaines co-occurrences des mots « libre » et « France », c'est-à-dire que lorsqu'il est question de la « France » dans la presse généraliste de masse[113] le mot « libre » se trouve dans la même phrase ou à moins de 15 mots d'écart. Par exemple cette affirmation dans un quotidien sur un article sur l'hyménoplastie : « La sexualité des femmes est une affaire privée et libre en France, absolument libre » (Aujourd'hui, 2007).

Vis-à-vis des patientes, ces procédés aboutissent alors à des processus d'« altérisation » et de disqualification de leur culture d'origine. On constate par exemple l'usage de termes tels que « barbares », « arriérés » associés aux ethnies ou espaces d'origine de ces femmes :

> *« Chirurgien urologue de formation, il a commencé sa carrière dans l'humanitaire auprès de l'ONG Médecins du Monde. C'était dans les années 1980. D'abord en Asie, puis rapidement en Afrique où il a découvert les sévices causés par cette pratique à la fois traditionnelle et barbare qu'est l'excision. » (Slate, 2019)*

Si l'on résume, ce cadrage médiatique en lien avec la question de l'identité nationale se décline selon trois modalités : des distinctions repoussoirs associées à d'autres contextes nationaux, la récurrence d'articles construisant un « ailleurs » relié à ces chirurgies, les faisant exister d'abord en lien avec des problématiques extraterritoriales et enfin un discours altérisant vis-à-vis de certaines cultures, permettant de célébrer des représentations mélioratives associées au contexte français (comme le fait de l'associer à un lieu de liberté). Néanmoins, si dans la presse

[113] « Libre » n'est pas un terme suremployé statistiquement dans ce sous-corpus, ces résultats sont en fait le résultat d'une recherche manuelle par mot clé et s'avère donc être un résultat qualitatif.

généraliste ce constat reste assez diffus et implicite, il apparait dans la presse d'extrême droite comme relevant nettement d'un discours anti-immigration et stigmatisant.

B - La presse d'extrême droite et le traitement médiatique spécifique de ces chirurgies

a) Ces chirurgies : l'occasion de développer un discours anti-immigration

En fait, les articles sur l'ensemble des chirurgies de réparation, dans la presse d'extrême droite, semblent être l'occasion de mettre en avant des argumentaires anti-immigrations. En effet, l'image de la femme coupable restant secondaire, des coupables sont tout de même mis en avant dans ce type de presse. Car suite à l'exploration des résultats statistiques de spécificité de ce sous-corpus, la disqualification principale qui semble finalement être à l'œuvre concerne les hommes étrangers, par l'usage récurrent du mot « mâle » pour les désigner (tableau 18). Ce qui n'est pas le cas lorsque l'on considère le corpus complet, où c'est bien entendu le mot « femmes » (au pluriel) qui revient le plus souvent. La lecture manuelle des passages où l'on trouvait ce terme a pu confirmer cette idée. Une première indication semble alors en découler : le fait que la perspective masculine sur ces questions est au centre des préoccupations des articles étudiés. L'usage spécifique du mot « mâle » n'est en lui-même pas anodin : il ne s'agit pas du mot « homme » ou « masculin ». Ce mot porte en propre l'idée d'une certaine animalité du masculin, en référence aux différences sexuées classiques (féminin-masculin). De plus, ne pas nommer les principales intéressées de ces chirurgies, en l'occurrence les femmes, est aussi un outil de réification de ces actrices, finalement prises dans des injonctions culturelles : celles des « mâles » de leur communauté. Car deux usages se dégagent du mot, ici toujours connoté négativement. En premier, une qualification péjorative des hommes dont seraient victimes les femmes excisées cherchant de l'aide pour se faire reconstruire, ou bien les patientes d'hyménoplastie : « ces mâles migrateurs originaires du Soudan, de l'Erythrée (…) » (Egalité et réconciliation, 2020), « Pour exciter la pitié des Européens, ces mâles exhibent […] » , « Ces jeunes mâles », « mâles arriérés » (Riposte laïque, 2019), « leurs fiers mâles » (Boulevard Voltaire, 2020). Ce procédé rhétorique s'inscrit de fait dans un même processus de disqualification culturelle fondé sur des stéréotypes raciaux.

Tableau 18. Liste des mots (par lemme)[1] statistiquement spécifiques aux articles issus de la presse généraliste marginale avec leurs indices de spécificité.

Indice de spécificité[2]	Mot
12,09	!
9,48	noir
8,33	mâle
7,73	bla
6,8	notre
6,36	leur
6,28	…
6,19	discours
6,14	bureaucratie
6,09	précisément
6,08	on

[1]La recherche par lemme revient à ramener les mots à leur forme canonique, ainsi le mot « noir » par exemple a son indice de spécificité basé sur tous les mots du corpus ayant cette racine, peu importe qu'il s'agit d'un féminin, d'un pluriel, etc.
[2]Cet indice disponible sur hyperbase se porte sur la fréquence des mots utilisés par type de corpus et permet de mesurer la spécificité de l'usage langagier de certains mots dans un corpus donné en comparaison avec les autres corpus en présence (définition développée dans l'encadré 11, chapitre 3).
Sources : Base de données hyperbase « presschir », consultée le 22/09/2022, http://hyperbase.unice.fr/hyperbase/controller/action/lecture/read.php?partition=typedepresse:presseg%C3%A9n%C3%A9masse

Un deuxième usage ironique et défensif du terme « mâle » peut être également noté dans le corpus. Cet usage semble plutôt avoir pour objectif de déconstruire les mouvements associatifs et féministes venant soutenir les patientes de ces chirurgies, comme dans cet article :

> *« MeToo. Il en est même plus d'une qui surfe sur la vague, telle une Ségolène Royal qui compte bien faire fortune en droits d'auteur sur le dos des « vieux mâles blancs », comme elle les appelle. En même temps que l'interdiction de l'hyménoplastie, il serait aussi logique de demander la suppression de « l'uniforme » porté par les musulmanes pour protéger leur vertu en cachant des appâts, par trop susceptibles d'exciter la convoitise des mâles » (Riposte laïque, 2020).*

Il faut bien préciser que ce terme est loin d'être utilisé par un seul média qui serait sur-représenté dans le corpus : plusieurs médias différents en font usage dans les articles, dont les auteur·es sont également différent·es. Cette rhétorique s'inscrit finalement dans un discours de stigmatisation des masculinités étrangères - maltraitant leurs femmes - face aux masculinités nationales - attaquées dans leur légitimité.

A cela s'ajoutent dans ce corpus, des accents islamophobes se combinant avec la problématique anti-immigration, notamment dans des tournures d'interrogation rhétoriques :

> « Attendra-t-on, comme dans de nombreux domaines où l'on s'est interdit d'interdire, pendant trop longtemps, de ne plus arriver à maîtriser et laisser l'islam continuer à prendre ses aises ? » (Riposte laïque, septembre 2019).

Une telle citation nous indique une autre spécificité propre à ce type de presse, qui consiste en une modalité particulière des processus rhétoriques de discriminations et de ciblages ethnico-religieux visant ces pratiques médicales. Il s'agit de l'usage spécifique du « on », statistiquement suremployé dans ce type de presse (tableau 3), qui renseigne linguistiquement le ton utilisé dans les articles parlant des chirurgies étudiées. En effet, le « on » qui est un pronom sans référent peut amener à se demander : « qui parle ? », dans ces articles. Cette tournure induit l'énonciation récurrente d'une vérité générale et est en effet particulièrement sensible sur ce sujet et dans ce type de presse, alors même qu'évoquer le ton de la vérité générale sur ces questions n'a rien d'évident. Selon D. Mayaffre, déjà cité précédemment sur cette question, plus haut, il s'agit d'une forme dévaluée du « nous », dont les forces politiques font usage pour performer un collectif uni. Par ailleurs, le « on » sous-entend la rumeur, les « qu'en dira-t-on ? » et son usage s'inscrit dans des rhétoriques populistes et nationalistes, dans la mesure où il produit ce que Mayaffre appelle « une connivence par l'exclusion » (des autres) ou une « connivence par l'inclusive » (Mayaffre, 2013, p. 278). C'est-à-dire que le « on » sert à la fois à sous-entendre un collectif (par exemple « on sait que »), mais aussi à désigner un collectif à exclure : « on nous impose ». Ce recours rhétorique n'est donc pas étonnant au plan linguistique dans ce sous-corpus. Ce type de presse assène en effet un certain nombre de vérités générales sur le ton de la certitude universelle autour de ces chirurgies : « que l'on doit à des ordures », « Quelle hypocrisie quand on sait que certaines dévergondées ont… », « importées par les communautés qu'on nous impose de recevoir », « […] quand on circule dans la rue », « c'est même à ça qu'on les reconnaît ! ». Ces exemples sont très parlants pour voir à quel point ils induisent une déresponsabilisation des journalistes de ces médias en matière de jugement porté. Par ailleurs, il est clair que ce « on » semble renvoyer à des personnes de nationalité française, bien souvent des hommes finalement confrontés avec étonnement et indignation à la question de l'excision ou des hyménoplasties, sûrs de leur position, et ainsi prompts à l'usage de la généralité : « on sait que », « on nous impose », etc.

Enfin, partant du constat de ce ton populiste et différentialiste, je me suis interrogée sur les discours concernant la nation française dans les articles de ce sous-corpus d'extrême droite. Il se trouve qu'en effectuant une recherche thématique et par mot-clé (France, français,

françaises, national.es, etc), j'ai pu noter que la France était bien souvent présentée dans les articles comme un pays de liberté, de réparation (pour l'excision) comme dans la presse généraliste de masse (section A), mais avec une dimension supplémentaire de protection et surtout de criminalisation des pratiques traditionnelles « néfastes ». Un premier exemple dans un article de 2017 où il est écrit : « Toutefois, en matière de lutte contre l'excision, la France est championne du monde et a servi de modèle à ses voisins européens » (Égalité et Réconciliation, 2017), et dans un second article sur la réhabilitation clitoridienne, l'on peut lire : « En attendant, c'est bien sûr en France, que certaines femmes peuvent voir la fin du tunnel, grâce aux progrès de la chirurgie réparatrice…» (Risposte Laïque, 2015).

Cette dimension protectrice ou libératrice associée à la nation française dans les articles peut alors être historicisée à la lumière des études post-coloniales qui nous révèlent les représentations courantes des corps de femmes étrangers, selon lesquelles : « les femmes (des Suds) attendent la libération sexuelle du colonisateur » (Blanchard et al, 2018) et surtout, elles sont à protéger des hommes et des normes de leur société d'origine. Ce type de procédé disqualifiant n'est d'ailleurs pas nouveau dans l'histoire du racisme et des colonies comme levier d'infériorisation sociale des populations issues de l'immigration post-coloniale (Durand, 2008)[114]. La demande d'hyménoplastie ou le fait d'avoir été excisée sont alors ciblés de façon spécifique en tant que phénomènes ayant un statut d'exception dans la société française qui les désigne – souvent en analogie avec le voile ou encore la question de la polygamie, les mariages forcées, etc- comme emblématiques du sexisme spécifique propre à ces populations venues d'« Ailleurs » et qui de ce fait valorise en son sein les rapports hommes-femmes - quand bien même très asymétriques. Cette logique qui pour S. Durant : « exonère cette dernière [la société française « blanche »] de considérer le sexisme dont elle est porteuse, participe de l'« orientalisme » défini par Edward Saïd en tant que processus « d'altérisation » consistant à utiliser le principe du respect des femmes pour plaider la supériorité culturelle occidentale et stigmatiser les populations issues de l'immigration post-coloniale ainsi que leur descendant-e-s. » (Durand, 2008).

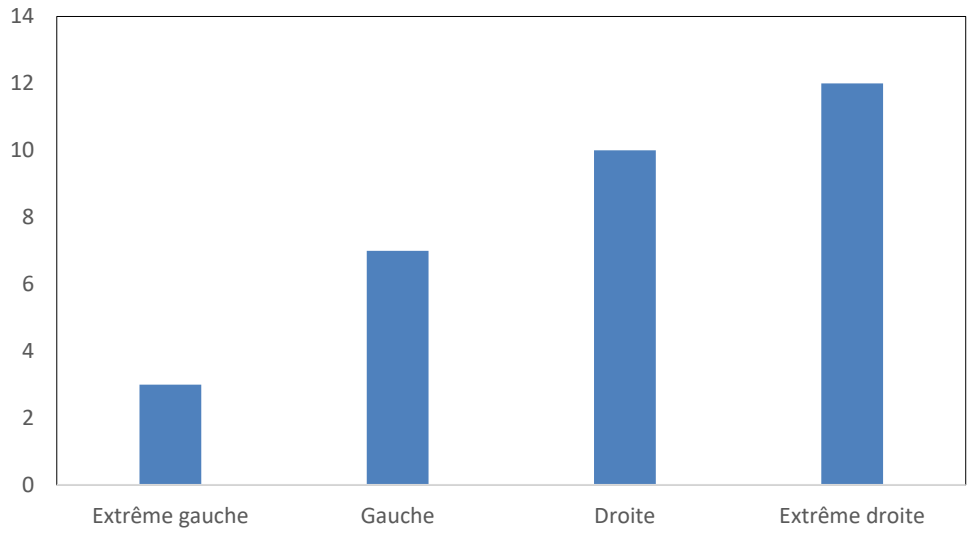
114 Sandrine Durand rappelle à cet effet une affirmation de Christine Delphy à propos du voile islamique en France : « on oublie notre passé (pas si lointain) avec la même légèreté que nous projetons notre présent sexiste hors de nous, en nous défaussant sur l'Autre… » (Delphy, 2003).

b) Les hyménoplasties : un intérêt particulier idéologiquement situé

Bien que les articles de ce sous-corpus traitent des deux chirurgies, la presse d'extrême droite semble principalement s'intéresser aux hyménoplasties dans la mesure où elles servent de manière plus directe le discours anti-immigration.

En effet, parmi l'ensemble des articles sur l'hyménoplastie, à l'exception des médias sans étiquette, on voit que les médias qui traitent le plus de ce sujet ont une orientation politique d'extrême droite (n=12), puis de droite conservatrice (n=10) utilisant dans ces articles des procédés rhétoriques qu'on pourrait qualifier de « populistes » (figure 10).

Figure 10. Orientation politique des articles du corpus 1 : reconstruction de l'hymen, issus d'une presse revendiquant une ligne politique polarisée[1]



[1]*Les médias « sans couleurs » politiques affirmées ne sont pas représentés ici : cela exclue la majorité des grands quotidiens et de la presse spécialisée.*

La question est alors d'interroger cette récurrence : 24 % des articles (22 articles sur 91) du corpus ont une orientation d'extrême droite (sans compter les journaux non engagés politiquement). Si l'on retire alors la presse spécialisée et celle qui se revendique « sans-couleur » politique, l'on compte 65% des articles du corpus (22 articles sur 34) dans ce type de presse marquée politiquement. Il s'avère que la plupart de ces supports d'information ont un ancrage idéologique nationaliste assez fort, avec des variantes sur la dimension religieuse, républicaine, ou identitaire. Cependant la question de la nation française et du patriotisme sont des thèmes récurrents de ces sites d'information, ainsi qu'une opposition forte à l'immigration étrangère sur le territoire français. Les discussions sur l'hyménoplastie semblent donc avoir un rôle à jouer dans la perspective d'un renforcement des conceptions nationales et des valeurs

communes françaises, qui si l'on considère le contenu des articles, apparaissent comme incompatibles avec l'accueil des demandes concernant cette opération. Dès lors, cette pratique médicale est régulièrement mobilisée comme une preuve de dégradation des valeurs nationales au profit de valeurs étrangères, venues d'ailleurs.

Les hyménoplasties en France sont présentées comme un effet secondaire d'une immigration massive :

> *« Comme il est sans doute fortuit que, selon le magazine Elle, " il existe désormais des tours - opérateurs qui proposent des packs tout inclus 750 euros pour l'opération, le billet d'avion et la nuit d'hôtel en Tunisie ". Pourquoi la Tunisie ? Mystère. À aucun moment l'hypothèse n'est posée qu'il pourrait y avoir un lien entre l'augmentation de ce type d'opération et l'immigration, que peut-être cette curieuse intervention fait partie de ces usages point trop " conformes à notre civilité ", pour reprendre l'expression d'Emmanuel Macron ? On pourrait appeler cela le journalisme circulaire : tourner autour du sujet sans jamais l'aborder. » (Boulevard Voltaire, septembre 2019).*

De plus, dans la presse d'extrême droite, les articles sont souvent illustrés d'images de femmes racisées stéréotypées (annexe 13) – contrairement aux autres cadrages médiatiques. Pour les articles parlant d'hyménoplasties, on retrouve des images de femmes en Niqab noir (ex : article de Riposte laïque) ou au contraire avec des hijabs au couleurs chatoyantes et des motifs orientaux (Le Salon Beige). D'autres articles montrent seulement des mains de femmes couvertes de henné (Valeurs actuelles).

Finalement, ce qui apparait c'est une spécificité assez classique quant à la presse d'extrême droite : son discours anti-immigration. Cette analyse textuelle met ainsi en valeur l'instrumentalisation de cette chirurgie dans ce type de rhétorique par des processus variés sur lesquels nous allons revenir.

C - Entre hyménoplastie et réparation du clitoris : défaut d'intégration ou outil d'intégration des corps féminins ?

Dans les deux types de presse généralistes évoquées au-dessus, deux intégrations semblent finalement se faire face en situation migratoire : l'intégration communautaire qui s'oppose à une intégration nationale dans le discours médiatique. En effet, dans un article médical datant de 2016 sont mentionnées que : « Les mutilations génitales féminines ont des significations culturelles et sociales fortes, et complexes car elles sont liées à la sexualité des femmes. Leur poids dans l'intégration communautaire représente un obstacle majeur pour

renoncer à cette pratique » (2016). Par exemple, la réparation chirurgicale de l'hymen est présentée comme une preuve de non-intégration en France et un indice de repli vers la communauté d'origine, par cette gynécologue interviewée :

> « Pour le Dr. X gynécologue obstétricienne à l'hôpital, c'est toujours un casse-tête éthique. « Comme le voile, cela redevient un sujet, souligne-t-elle. La quasi-totalité de ses patientes sont nées en France. Selon moi, c'est un signe de non-intégration majeur ! La semaine dernière, j'ai reçu une femme de 26 ans, voilée, disait-elle, « pour se faire respecter ». Après un chagrin d'amour, elle a fait une tentative de suicide à cause de son hymen perdu. Du coup, elle suit la « recette du bonheur » de ses parents: suivre les préceptes du Coran. Et retourne vers sa communauté pour ce qu'elle appelle un « mariage sérieux »…» *(Le Figaro, 2016).*

A l'inverse, la réparation clitoridienne semble s'inscrire, au-delà de la demande individuelle de soin, dans une démarche d'intégration en France et un point de rupture avec les valeurs de la communauté d'origine. Dans le traitement médiatique, l'idée d'intégration est moins explicitement énoncée mais la manière dont sont présentées les femmes après l'opération faite en France : libérée, épanouie sexuelle, vivant « une renaissance » (citation mentionnée en section II, A) semble indiquer cette validation collective des médias français. Par ailleurs, la position en rupture ou en porte-à-faux vis-à-vis de la communauté d'origine, de la famille, des proches est souvent soulignée dans cette presse généraliste. C'est le cas par exemple dans cet article :

> *« Opérée en août 2017 à l'hôpital Delafontaine, sans aucun soutien de la part de sa famille, de sa mère ou de ses cinq sœurs excisées, Amy n'a p as suffisamment de recul pour savoir si elle a eu raison de se faire opérer» (Slate, 2018)*

Ainsi, les deux chirurgies semblent s'inscrire dans un discours empreint d'un certain nationalisme sexuel où la demande d'opération peut- être jugée incompatible avec une « intégration réussie » ou au contraire, s'inscrivant dans une démarche valorisée. Ce n'est pas sans rappeler des processus d'altérisation et de hiérarchisation sociale à l'œuvre, qui amènent ensuite dans le même article à parler de « sortir ces femmes de l'obscurantisme » (Le Figaro, 2016). En cela, les deux types de presses généralistes du corpus se répondent sur les phénomènes de cadrage autour des conditions de vie et motivations des patientes, amenant à la mise en œuvre d'un culturalisme de genre (Guillaumin, 1992) dans les discours médiatisés des professionnel·les de santé. En effet, il s'agit d'un culturalisme en tant que processus accordant « une place prépondérante à la culture dans l'explication des différences entre les groupes humains et les conduites sociales de leurs membres » (Streiff-Fénart, 2021), associé finalement

à des déterminants genrés puisqu'il est sous-entendu que ces femmes n'arrivent pas à se départir d'injonctions « néfastes » liées à leur culture et qu'elles font preuve d'une soumission liée à leur statut social et genré[115] :

> *« […] C'est une femme soumise. Elle se soumet à la valeur de la virginité, valeur produite par une société machiste. C'est une soumission volontaire dans le sens où elle n'est pas imposée par une contrainte immédiatement identifiable mais c'est aussi une soumission déterminée par la culture dans laquelle elle a baigné depuis son enfance. » (Médiapart, 2014)*

Cette citation rapporte en effet la soumission au lien entre genre et culture à travers la référence à une « société machiste » d'origine attribuée aux femmes.

Dans la presse généraliste, il apparait finalement difficile pour les médias de parler de ces chirurgies sans finalement opérer des distinctions, qui participent au fait de définir ce qui est conforme ou non aux valeurs nationales. Ce discours est parfois sous-jacent mais il semble tout de même omniprésent dans la presse généraliste qui par définition se soucie de relier les sujets de leurs articles aux enjeux d'actualité. Ne pas marquer un positionnement sur le plan des valeurs nationales et de la différence « eux » /« nous », entrerait alors plus dans le champ de l'exception médiatique. Cela semble être une caractéristique propre à cette presse d'actualité, qu'elle soit marginale et très polarisée politiquement, ou qu'elle soit une presse de masse.

IV - La presse féminine et sa lectrice-consommatrice : lieux de déploiement d'un marché des chirurgies cosmétiques intimes

Les articles appartenant au sous-corpus de la presse spécialisée féminin avaient une manière également particulière de traiter du sujet des chirurgies de reconstruction génitale féminine. En effet, le ton était logiquement tourné vers une audience féminine uniquement. Par exemple, au plan statistique, parmi les mots les plus spécifiques à ce corpus, l'on retrouve des noms propres, des prénoms de femmes « inspirantes », de figures de femmes présentées en modèle, en lien avec le sociotypes des femmes engagées « sauveuses ». Le nom par exemple de Mireille Darc, réalisatrice d'un film de 2017 sur l'excision et la reconstruction, revient, avec un indice de spécificité de 6,72 pour son nom de famille et 6,63 pour Mireille (tableau 19).

115 Plusieurs articles font état d'explications basées sur le niveau social ou le fait d'être une femme dans « ces autres cultures » pour justifier ce qui est présenté comme une soumission systémique à des normes « traditionnelles ».

Même si celle-ci peut être mentionnée dans d'autres types de presse, sa mention est sur-représentée dans la presse féminine. Cela montre l'importance de mettre en récit des personnes « inspirantes » autour de ces chirurgies pour permettre aux lectrices de s'identifier. D'autres noms reviennent : « Inna » pour la chanteuse Inna Modja déjà évoquée, « Haddad » qui désigne à la fois la poétesse engagée libanaise Joumana Haddad et la femme politique Mounia Haddad élue LREM ayant refusé un mariage forcé en Algérie, il y a aussi Schaefer pour Marion Schaefer vice-présidente de l'association *Excision, Parlons-en !*, etc.

Tableau 19. Liste des mots (par lemme)[1] statistiquement spécifiques aux articles issus de la presse spécialisée féminine avec leurs indices de spécificité.

Indice de spécificité[2]	Mot
11,19	hymen
10,97	Joumana
7,48	arabe
7,39	Haddad
7,39	Inna
6,77	Schaefer
6,72	Darc
6,63	Mireille
6,62	vaginale
6,4	prix
6,27	élastique

[1]La recherche par lemme revient à ramener les mots à leur forme canonique, ainsi le mot « noir » par exemple a son indice de spécificité basé sur tous les mots du corpus ayant cette racine, peu importe qu'il s'agit d'un féminin, d'un pluriel, etc.
[2]Cet indice disponible sur hyperbase se porte sur la fréquence des mots utilisés par type de corpus et permet de mesurer la spécificité de l'usage langagier de certains mots dans un corpus donné en comparaison avec les autres corpus en présence (définition développée dans l'encadré 11, chapitre 3).
Sources : Base de données hyperbase « presschir », consultée le 22/09/2022, http://hyperbase.unice.fr/hyperbase/controller/action/lecture/read.php?partition=typedepresse:presseg%C3%A9n%C3%A9masse

Plus qu'une lectrice, c'est une « lectrice-consommatrice » qui est visée avec ce type de presse, d'où des recommandations beauté sur les soins vaginaux, des classements des chirurgies esthétiques intimes (tableaux 19 et 20), des orientations vers les meilleur·es chirurgien·nes esthétiques, etc. Au plan de la statistique textuelle, hyberbase indique la récurrence et la spécificité du mot « prix » dans ce type de presse (Photo 5).

Photo 5. Article de presse dans le magazine féminin Marie-Claire, « Les chirurgies du vagin : des indications toujours plus nombreuses », mis en ligne le 5 janvier 2018

De même si l'on regarde cette même liste en recherchant les spécificités non en termes de « lemme » mais de « forme »[116], le symbole euros « € » revient avec un indicateur élevé (tableau 20). On peut donner quelques exemples en cherchant, au sein du corpus, dans quels passages et quels contextes d'énonciation ces termes reviennent. Certains articles ont un ton dénonciateur *vis-à-vis* des prix des opérations de reconstruction génitales (généralement plusieurs interventions sont citées) et contre le « business » lié aux hyménoplasties en France : « Un business lucratif pour les cliniques privées, qui pratiquent des prix exorbitants » (Version Fémina, 2013). D'autres articles sont plus neutres et se contentent de donner aux lectrices des ordres de grandeur en termes de prix. C'est le cas de l'article de Madame Figaro de 2014 cité ci-dessous :

> *« […] l'intervention n'est alors pas remboursée, les prix pouvant aller, selon la notoriété et la compétence du praticien, de 1 500 à 3 500 € l'intervention, voire plus » (Madame Figaro, 2014)*

116

Tableau 20. Liste des mots (par forme)[1] statistiquement spécifiques aux articles issus de la presse spécialisée féminine avec leurs indices de spécificité.

Indice de spécificité	Mot
11,08	hymen
10,97	Joumana
7,25	Inna
7,39	Haddad
7,21	€

[1]La recherche par forme induit que la liste produite va proposer des « formes » fixes spécifiques au corpus, cette option a l'avantage de ne pas se cantonner aux mots mais d'englober également tout signe typographique (ponctuation, symbole de monnaie, etc).
[2]Cet indice disponible sur hyperbase se porte sur la fréquence des mots utilisés par type de corpus et permet de mesurer la spécificité de l'usage langagier de certains mots dans un corpus donné en comparaison avec les autres corpus en présence (définition développée dans l'encadré 11, chapitre 3).
Sources : Base de données hyperbase « presschir », consultée le 22/09/2022, http://hyperbase.unice.fr/hyperbase/controller/action/lecture/read.php?partition=typedepresse:presseg%C3%A9n%C3%A9masse

Cet usage de termes économiques est propre à ce type de presse, et permet de penser ces chirurgies comme des produits s'articulant avec le reste des produits de modes, de bien-être et de beauté mis en avant dans ce type de presse. Leur prescription médicale n'est pas première, elles sont les outils s'inscrivant dans une féminité construite et relayée par ces supports. De même, l'articulation historique entre ce type de presse et les supports publicitaires, soulignée dans divers travaux depuis les années 1990 (Amir, 1993 ; Coulomb-Gully, 2011 ; Perret, 2003) explique ces résultats lexicométriques. Ces chirurgies dans la presse féminine sont donc d'une part l'occasion d'aborder les droits et la sexualité des femmes, elles sont d'autre part des produits à recommander ou à déconseiller pour leurs lectrices. Ce type de représentations politiques ou consuméristes laissent néanmoins de côté d'autres traitements médiatiques possibles, tels que celui de la presse médicale, plus techniciste dans le discours.

V - Les spécificités du discours médical médiatisé sur ces chirurgies

A - Le silence médical autour des hyménoplasties face au « brouhaha » médico-militant de l'excision

Hormis le fait que les hyménoplasties soient moins débattues dans l'espace médiatique, quoique de plus en plus évoquées depuis quelques années (en lien avec l'actualité : procès de Lille, loi de lutte contre le séparatisme, tension sur les questions migratoires, etc), elles sont surtout quasiment inexistantes dans la presse spécialisée médicale. Seul un article décrit

chirurgicalement la technique, les autres la mentionnent uniquement sous le prisme des difficultés éthiques ou pour condamner sa réalisation dans le milieu médical. Ce silence témoigne d'un embarras plus général dans le discours médical, en rapport avec les difficultés de justifications thérapeutiques à l'intervention (chapitres 4, 6 et 7).

Face au « brouhaha » médico-militant lié à la réhabilitation et à l'excision, une grande différence se fait sentir : certaines techniques sont plus légitimes en tant que pratiques médicales dans la presse française. Et pour parler de « réparation du clitoris », le fait de mêler des registres militants et engagés à un vocabulaire médical et technique ne semble poser aucun problème. L'usage des termes « il faut » dans la presse médicale, accolés à des modalités de prise en charge, d'accueil, d'attitude des professionnel·les de santé, s'allie alors avec des descriptions anatomiques et techniques accompagnées souvent de photos très détaillées des opérations.

B - Le corps « normal » dans le discours médical médiatisé

Le milieu médical n'est pas hermétique à l'espace social, il en est même le produit, comme a pu le souligner Didier Fassin et Dominique Memmi (2004) ou Michel Foucault (1976) auparavant. C'est pourquoi le discours médical a pu renforcer et générer des inégalités sociales genrées, économiques et ethniques au cours de son développement, tout en affirmant son autorité scientifique.

En effet, les études foucaldiennes ont introduit dans la pensée structuraliste et constructiviste française une désacralisation fondamentale du « normal » en médecine et dans l'espace social. La norme est montrée sous le jour de la construction arbitraire, perpétuée par différentes instances de contrôle : la clinique, le politique et les lois, la morale sexuelle, ainsi que la religion, si l'on prend en considération des travaux antérieurs (Durkheim, Marx, puis Baechler).

L'évocation de ces chirurgies que réalisent des professionnel·les de santé et des experts dans la presse spécialisée médicale, ainsi que les interviews données par ce personnel médical dans la presse généraliste, semblent en effet se référer souvent au « normal » en termes de sexualité et de réalités anatomiques. On y trouve des études mobilisant des catégories comme « Aspect proche de la normale » ou « les femmes opérées ont déclaré avoir une sexualité normale » ou même encore dans la description anatomique du protocole d'opération : « Il reste à repositionner le gland reconstitué dans sa situation normale, un peu en dessous de

l'horizontale, passant par le bord inférieur de la symphyse pubienne et marquant une saillie nette d'au moins 5 mm en avant du plan vulvaire ». (Gynécologie pratique 2011).

De même sur le plan sexuel, on observe l'utilisation d'un vocabulaire dédié à l'amélioration et l'idée d'un retour à un état antérieur en « restaurant » les organes génitaux féminins. C'est ce qui est développé dans cet extrait d'une revue médicale :

> *« Au total, les formes douloureuses sont améliorées dans plus de 90 % des cas environ, plus de 80 % des patientes revues ont une amélioration notable de leur sexualité, voire une sexualité clitoridienne normale. (…) La technique vise à restaurer une anatomie normale et obtenir un organe normalement innervé et si possible fonctionnel. » (Gynécologie pratique, 2011).*

Ce même discours se retrouve dans des prises de parole de médecins dans la presse généraliste :

> *« Au-delà d'une opération de chirurgie, ce que veulent ces femmes, c'est un retour à la normale, une intégrité physique et un retour à une sexualité « normale », c'est-à-dire non traumatique. (…) On va retirer les parties lésées qui font que la cicatrice fait mal. Il faut ensuite retrouver ce qui reste de l'anatomie normale et, avec cela, reconstituer un organe fonctionnel et le plus proche possible de la normale » (Médiapart, 2011).*

Ces formulations transmettent l'idée d'une anormalité chez les femmes excisées, pouvant générer un « stress » ou des « angoisses » face aux relations sexuelles et envers la société genrée dans laquelle elles ne se sentent plus femmes « à part entière », comme l'évoquent plusieurs enquêtes sociologiques (Andro, Lesclingand et Pourette, 2010 ; Villani, 2012) ainsi que des témoignages recueillis en entretien. Ce point d'analyse du corpus montre ainsi en quoi leur corps est construit dans les discours médicaux médiatisés comme déviant : hors de la norme (Foucault, 1976a).

Cette référence au normal, en opposition au pathologique (Canguilhem, 1955) – évoqué sur le plan théorique dans le chapitre 2 - est reprise ensuite hors du milieu médical. Également d'autres supports s'y réfèrent directement en renvoyant à des articles de la presse spécialisée médicale. C'est le cas de cet article de Slate.fr (2018) qui s'appuie sur plusieurs sources médicales : « Après un suivi d'un an (sur les 866 qui ont pu être revues), 28% avaient retrouvé un clitoris pouvant être considéré comme normal. » Ce phénomène de cadrage autour de la normalité des corps dans la médecine a donc un fort impact sur les discours médiatiques et se trouve repris dans les articles généralistes les plus diffusés. En cela, les représentations sociales véhiculées par cette mise en discours ont de fortes chances de se retrouver dans les premières

références que les patientes peuvent trouver sur internet, ainsi que les autorités politiques sanitaires.

VI - Accents misérabilistes : l'image de la femme victime dans le discours médical et dans la presse généraliste

Enfin, un dernier axe explicatif qui se dégage autour de l'analyse de ce corpus a été celui d'un cadrage misérabiliste et victimisant participant de ce processus d'altérisation et d'infériorisation des femmes concernées par ces chirurgies. En sciences humaines et théorie de la communication, plusieurs études se sont intéressées aux cadrages misérabilistes dans la presse, se concentrant sur la question de l'injustice et de l'oppression sociale. Cela constitue un motif récurrent des textes journalistiques dans le traitement de l'actualité. Il s'agit en effet d'un cadrage très efficace pour susciter l'adhésion du lecteur, comme le suggèrent les travaux de W. Gamson qui souligne le besoin – présupposé par les journalistes - de grille interprétative par les lecteurs (Gamson, 2010). Il montre que l'un des cadrages les plus efficaces pour défendre une cause c'est le cadre de l'injustice, c'est le plus puissant dans un mouvement social et autres types de discours politiques. Par ailleurs, ce mode de mise en récit a des avantages pratiques : il permet un traitement « simpliste » de l'information, une prise de position sur des valeurs humanistes rapides et très larges (Benford et Snow, 2012). Cela reste un choix éditorial qui tend à présenter les situations sociales selon des représentations stigmatisantes, accentuant la vulnérabilité des personnes – encore plus lorsqu'il s'agit de femmes en tant que celles-ci se retrouvent décrites selon des stéréotypes genrées récurrents et présupposés consensuels vis-à-vis des lecteur·trices (Dalibert, 2017). C'est ce que souligne dans une interview la chercheuse Saïda Barkat Daoud qui a réalisé une thèse sur le dispositif de reconstruction des « mutilations sexuelles féminines » (Daoud, 2019) : « Jusqu'ici, le discours était pathologisant, misérabiliste, ultravictimaire, avec une politique de représentation qui pose problème aux jeunes femmes que j'ai rencontrées dans le cadre de ma recherche. » (L'Humanité, 2020).

A - Des femmes sans voix : victimisation des patientes de ces chirurgies

Pour analyser les sociotypes des femmes dans le récit médiatique, je me suis attachée à relever les syntagmes servant à désigner les patientes de ces chirurgies. Presque toujours

anonymes, elles sont désignées par des tournures de phrases générales et marquées par le champ lexical de la faiblesse physique et/ou morale :

> *« Le " totem de l'hymen", selon le mot d'Hélène Michel Wolfromm, s'est aujourd'hui effacé, mais sa valeur symbolique de rempart moral subsiste en milieu traditionaliste et pour certaines femmes immatures dont le corps infantile n'est pas encore prêt à l'amour. » (Gynécologie pratique, 2014)*

Souvent même, les articles s'attachent plus à décrire avec précision les professionnel·les de santé et les lieux d'accueil (instituts, associations, de centre d'accueil, centres hospitaliers, etc) que les patientes elles-mêmes. Les femmes sont alors décrites par les mêmes collocations : « femmes victimes de… » (traditions néfastes, mutilations sexuelles, pression communautaire ou familiale, etc), « les femmes en souffrance », par exemple dans les passages suivants : « Pour la féministe, ces hyménoplasties ne représentent que « la face cachée d'un vaste retour à l'ordre moral » dont les femmes sont les premières victimes. » (L'humanité, 2008), « Les victimes d'excision se sentent souvent démunies. », « …une petite équipe de professionnels accueille les victimes de mutilations sexuelles. » (Le Monde, 2019), « … une écoute inédite aux victimes. J'ai voulu aller à la rencontre de ces femmes, dire leur douleur, laisser la souffrance et la violence s'exprimer. » (Le Figaro, 2017)

L'usage du mot « victime »[117] revient finalement surtout dans la presse généraliste, particulièrement celle de masse – les grands quotidiens, la presse dite « traditionnelle » -, qui de fait, fournit un discours plus idéologique et politique à destination du grand public, tandis que la presse spécialisée apporte davantage des discours techniques et descriptifs. Ce vocabulaire propre à la victimisation des patientes est donc quasiment absent de la presse spécialisée médicale, et un peu moins présent dans la presse féminine.

Dans les descriptions, après le renvoi à l'ethnicité, ce sont donc plutôt les violences liées au genre et à la culture qui constituent sémantiquement l'essence des patientes. Ces tournures sont récurrentes dans le corpus et ne laissent bien souvent aucune place à des informations d'un autre ordre, comme la profession ou les études. Un exemple : « Mariama arrive de Guinée, où elle a subi un mariage forcé et des viols. » (Basta, 2019).

[117] Recherche effectuée avec l'option LEMME permettant dans Hyperbase le regroupement des formes derrière la forme canonique (ex : lemme victime, prend en compte son pluriel, etc). Plus d'information p.31: http://hyperbase.unice.fr/hyperbase//doc/manuel.pdf

B - L'Adjectif « jeune » et les processus d'infantilisation, voire de réification des femmes

Par ailleurs, une forte récurrence est notable autour de l'adjectif « jeune » -associé à femmes, fillettes ou filles. La plupart des articles relate des scénarios de « jeunes femmes » venant faire ces réparations, toujours prises au dépourvue, et traitées par les médecins comme d'éternelles mineures alors que l'âge peut être assez variable pour les deux chirurgies. « Le risque pour les jeunes filles » constitue une formule type qui revient en permanence dans les deux corpus (C1 et C2). Même si elle se justifie en partie par les pratiques (patientèle jeune, fille excisée durant l'enfance), cette récurrence nous semble également participer d'une infantilisation, en tant qu'elle désigne bien souvent une patientèle pouvant être beaucoup plus hétérogène en termes d'âge. Cela participe aussi d'un discours misérabiliste : « la jeune femme parle d'une voix douce et cassée ». « J'avais quelques mois quand je me suis faite exciser » (Aujourd'hui, 2016), « |…] la petite fille puis la jeune femme pense que son sexe est fermé » (Marianne, 2019). Il y a bien là une distinction entre la fille et la femme, cependant l'adjectif « jeune » semble rester le qualificatif attribué de façon récurrente aux femmes décrites, ce qui implique un certain déni de l'agentivité des femmes dans leur parcours de « reconstruction » médicale.

C - Le registre de l'aide humanitaire

Ainsi, ces différents effets de langage, variables selon le support médiatique, accentuent la position de passivité dans laquelle sont décrites les patientes de ces chirurgies et leur besoin par extension d'être « sauvées » ou « protégées ». Tout un champ lexical se retrouve alors omniprésent dans l'intégralité du corpus, champ que l'on peut définir à l'aide de ce groupe de préfixes : victim.*, protége.*, protection, subi.*, vulnérab*, détresse, danger, aid.* (les étoiles permettent sur hyperbase de faire une recherche regroupant tous les mots avec ces préfixes, exemple : vulnérab* englobera « vulnérable » (sing, pl), « vulnérabilité » (sing, pl). Dans la presse généraliste, cette victimisation s'associe alors avec un registre humanitaire qui s'exprime par des co-occurrences dans les mêmes paragraphes de termes comme : aider, protéger, sauver, assister, humanitaire, etc.

La technique chirurgicale, principalement lorsqu'il s'agit de réhabilitation clitoridienne, est ainsi présentée comme une solution « humanitaire » à ces « violences subies » par les femmes. Elle est qualifiée de « chirurgie humanitaire » dans plusieurs articles de la presse

généraliste : « […] le pionnier admiré de cette chirurgie humanitaire » (L'humanité, 2006), s'inscrivant dans une « gynécologie humanitaire » ou associée à une « médecine humanitaire et la chirurgie de guerre » (Madame Figaro, 2014). En cela, un lien sémantique fort s'inscrit entre ces deux registres : l'un victimaire et l'autre humanitaire, lien que Michela Fusaschi a étudié dans ces travaux où elle dénonce le traitement des femmes Africaines comme des « victimes à tout jamais » dans cette « pensée humanitaire et humaniste » occidentale (Fusaschi, 2010). Elle mentionne notamment « l'analyse d'un humanitaire qui s'appuie sur les médias et sur le marketing social pour construire une version moderne de l'Autre. Si auparavant il était barbare, sauvage et primitif, aujourd'hui il est désespéré comme jamais, il souffre, il manque, il n'est pas et il n'a pas ». Finalement elle nomme cette mise en récit, particulièrement visible dans notre corpus, comme le développement d'une « rhétoriques de la pitié » et d'un « humanitarisme spectacle » (Fusaschi, 2010), ayant pour but principal d'agir au niveau des politiques publiques tout en légitimant des mesures répressives en matière d'immigration. Le prisme humanitaire, dont les médias constituent une plateforme d'expression, semble alors induire des processus de sélection entre les personnes victimes à prendre en charge (les femmes) et les autres personnes étrangères dangereuses.

* *

*

Ainsi, les représentations sociales qui font surface dans le traitement médiatique des chirurgies sexuelles de reconstruction en France semblent s'inscrire tout d'abord dans la reproduction de stéréotypes de genre et culturels, qui viennent alors influer sur les débats nationaux plus larges concernant l'asile, le contrôle des corps des femmes ou encore la médicalisation croissante des corps féminin.

Par ailleurs, l'on peut repérer des logiques de légitimation autour de l'unité nationale, dans ce traitement médiatique qui dénote des représentations socialement situées : l'idée d'une France ou d'un système de santé qui a besoin de se mettre en récit sous un jour humanitaire, de services publics altruistes, d'une médecine nationale engagée. Cela contribue d'une part à développer ce que plusieurs chercheur·es nomment un nationalisme sexuel (Bader, 2016 ; Jaunait, Renard et Marteu, 2013), au sein duquel la construction nationale se fait par opposition à des normes sexuelles et corporelles extérieures et a pour but d'établir une hiérarchie dans le gouvernement des corps. Ce traitement médiatique semble d'autre part aller dans le sens d'une des mesures migratoires à plus grande échelle, à travers l'existence de ces dispositions de prises

en charge spécifiques – induisant d'ailleurs une médicalisation très poussée qui fait appel à un large panel de professionnel·les de santé. En cela, seuls des corps vulnérables semblent pouvoir exister dans ces protocoles d'accueil et doivent finalement répondre à une exigence d'intégration vis-à-vis des normes nationales : soit par le parcours de reconstruction pour les femmes excisées, dont la chirurgie, soit par le rejet des normes sexuelles étrangères à l'espace national – comme la virginité – pour les patientes d'hyménoplastie.

Néanmoins, il est intéressant de noter que le traitement médiatique selon le type de presse implique des représentations très différentes de ces chirurgies. En effet, dans la presse généraliste, on voit émerger des problématiques politiques liées à des enjeux d'actualité en lien avec l'immigration en France, les valeurs nationales, la célébration de la figure des soignant·es, etc. Dans la presse féminine au contraire, les représentations de ces chirurgies amènent à les considérer plutôt sous deux angles : l'émancipation féminine par des modèles féminins et des chirurgies intimes comme un produit intéressant leur lectrice. Enfin, dans la presse médicale, la focale est plutôt très en dehors des préoccupations actuelles ou consuméristes mais bien technicistes et en lien avec l'établissement d'une normalité corporelle et fonctionnelle. Dans la globalité du corpus, un fort accent victimisant et misérabiliste semble cependant accompagner le récit autour des patientes de chirurgie. Cela peut avoir un impact fort sur la demande, ainsi que sur les représentations que les femmes elles-mêmes peuvent avoir de leur corps.

Finalement ce corpus, élaboré dans une phase exploratoire de la recherche, a permis de mettre à jour un certain nombre de thématiques gravitant autour de ces chirurgies, par l'analyse du traitement médiatique. Il m'a notamment permis d'orienter une partie des questionnements de terrain pour l'enquête qualitative qui a suivi. Néanmoins, il est resté limité à la fois dans le temps et dans les supports convoqués. Certains articles pertinents n'ont pas été trouvés ne pas être trouvés du fait de leur non-mise en ligne ou qu'ils ne soient pas archivés au cours des années. Par ailleurs, bien que le nombre d'articles soit important, certains articles étaient très courts et le corpus gagnerait à être enrichi d'autres articles sur ces chirurgies afin d'obtenir des résultats lexicométriques plus fournis. Enfin, il serait intéressant à terme, de réaliser d'autres études textuelles sur ces chirurgies mais dans des contextes nationaux différents afin de mettre en avant les différences de représentations sociales autour de ces soins médicaux. D'autres chirurgies intimes féminines, notamment plus répandues (vaginoplastie, épisiotomie, etc) pourraient également faire l'objet de ce type d'analyse, textuelle et donner un angle de comparaison pertinent.

TROISIEME PARTIE. MEDECINS ET PATIENTES TENTENT DE DIALOGUER AUTOUR DE LA RECONSTRUCTION GENITALE : RETOUR SUR DES TEMOIGNAGES.

Cette partie s'attache à décrire deux positions, les deux types d'acteur·trices principaux en présence dans le déploiement et la demande de ces pratiques médicales : les femmes et les médecins. Il s'agit de revenir sur leur profil, attentes, dilemmes et de comprendre le dialogue qui s'établit entre eux : les enjeux de pouvoir, d'ignorance, de négociation mais aussi de coopération. Cette partie s'attache principalement à la restitution des résultats de l'enquête qualitative par entretiens et observations. Ici, il s'agissait principalement de répondre à la question de recherche suivante : en quoi ces chirurgies réparatrices génitales sont-elles révélatrices de processus sociaux liés à des rapports sociaux de genre, de « race » et de classe ? Et surtout de voir au niveau microsociologique comment ces processus s'articulent avec les parcours individuels des patientes et des médecins, et comment ils sont récupérés ou réinterprétés par ces acteur·trices sociaux dans leur pratique et leur demande. Cette partie interroge finalement trois aspects de ces chirurgies : leur intégration dans des parcours d'individus en tant que demandes de soin pour les unes, pratiques professionnelles pour les autres, la question de la confrontation, interaction et négociation entre monde médical et monde profane des normes de genre, de soin – en soi autour d'une nouvelle « norme génitale » , enfin les logiques d'exclusion et d'intégration corporelle inscrites derrière ces demandes de transformation génitale .

Chapitre 6 : Trajectoires sexuelles et paroles de femmes autour de l'expérience de reconstruction génitale

I - Parole construite, parole négociée

Je m'intéresse principalement dans cette partie à l'analyse des témoignages de femmes, de plusieurs natures. Pour pouvoir les traiter en réalisant des comparaisons, je choisirai de m'intéresser aux motifs qu'elles invoquent pour parler de leur trajectoire individuelle et médicale et la manière dont elles négocient avec la norme génitale à laquelle elles aspirent. Je m'appuierai sur une sociologie des motifs (linguistique) pour analyser le corpus de discours collectés, qui est produit en partie par les entretiens biographiques menés (voir Chapitre 3).

Pour beaucoup de linguistes tels que Wundt, le langage se résume à l'expression d'éléments déjà présents à l'intérieur de l'individu, avant de s'actualiser par l'intermédiaire d'une parole prononcée. Or la sociologie des motifs, théorisée par Charles Wright Mills (1940)[118], avance au contraire qu'il n'y a pas un langage préexistant à l'intérieur de l'individu mais plutôt des structures sociales préexistantes et que de ce fait le langage a une « fonction sociale de coordination de l'action diversifiée » (Mills, 2017, p. 2). Il est un indicateur d'actions futures par l'expression de quelque chose qui le précède dans l'intériorité des individus. D'où l'intérêt de questionner le langage des personnes du point de vue des motivations et des motifs qu'elles mobilisent. Mills propose alors un nouveau modèle analytique de compréhension des motifs émergeant dans un discours tel que celui de l'entretien sociologique ou tenu lors d'une interaction de l'ordre de la consultation médicale. Il définit les motifs comme un « vocabulaire typique ayant des fonctions vérifiables dans des situations sociales délimitées » et s'attache alors à l'observation des aveux de motifs :

> *« Plutôt que d'être des éléments fixes « dans » un individu, les motifs sont des termes par lesquels procède l'interprétation de la conduite par des acteurs*

[118] Traduit en français seulement en 2017 par Jean-Baptiste Lamarche, ce qui explique la découverte tardive du courant interprétatif du discursif.

sociaux. (…) les imputations et motifs donnés par les acteurs sont des faits sociaux à expliquer » (Mills, 1940, p.2).

Et donc ces motifs émergent lors de la formulation de questions situationnelles : pourquoi souhaitez-vous faire cette chirurgie ? Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ? Etes-vous encore vierge ? Sur le plan méthodologique, Mills encourage alors à comprendre les situations sociales d'énonciation des acteur·trices en s'attachant à quatre principes analytiques : délimiter les situations, identifier les motifs, définir le paradigme en présence (pourquoi ces motifs émergent-ils dans cet espace ?), finalement trouver le lien entre le motif et le système d'action en vigueur (qu'est-ce qui fait agir la personne ? Quelles actions futures sont rendues possibles par la formulation choisie ?). Cette technique d'enquête permet de se concentrer sur les justifications des personnes et de les prendre toutes comme vraies en tant qu'elles disent quelque chose du monde social dans lequel elles sont produites. La question de la vérité du motif invoqué devient alors une question secondaire : « En sociologie (…), on ne vise pas nécessairement « la vérité » du motif mais on se restreint à la pertinence » (Dumais, 1975, p. 25). Cela permet de dépasser la question du doute sur la perception des acteur·trices qui témoignent, ou sur leur bonne foi, car en adoptant cette approche, toute déclaration centrale s'articule avec l'idée d'une action située et d'un langage orienté vers un·e autre. Cette sociologie rappelle fortement les approches plus modernes adoptées dans l'interactionnisme symbolique de Goffman, Park, ou encore de Becker, qui souligne l'importance du positionnement relatif permanent dans le monde social, s'actualisant dans l'interaction avec autrui (Goffman, 1974) – par exemple l'idée typique de la sociologie de Goffman que l'interaction entre deux individus ou en société a pour but principal : éviter « de perdre la face ».

C'est donc la question des motifs qui sera mon principal fil rouge dans ces chapitres 6, 7 et 8, permettant finalement de souligner un « problème d'interprétation sociologique » pour reprendre l'expression d'Alfred Dumais (1975). Dumais recommande en effet, dans l'interprétation d'un discours de justification, de s'attacher à plusieurs éléments méthodologiques d'interprétation, en lien avec la question de la pertinence – une problématique, selon lui, trop souvent laissée de côté dans l'analyse sociologique. Le motif obéit aux normes du « vraisemblable », il est acceptable et valable en tant qu'il s'accompagne d'une « terminologie de motifs » (Dumais, 1975, p.22) : le motif pertinent « serait celui qui résulte des normes que le milieu social accepte comme vraies. » Ainsi par exemple les normes de virginité ont pu être des facteurs explicatifs dans le groupe d'origine des femmes interrogées, pourtant dans l'entretien sociologique celles-ci ont eu tendance à adopter un regard extérieur,

voire parfois critique sur ces normes vécues ou subies. Elles ont pu dire par exemple : « Maintenant je ne pense plus comme ça » (Entretien Jasmine, 29 ans, 2021), « dans ce milieu, tu n'as pas le choix » (Entretien Dounia, 41 ans, 2020), etc. Bien sûr, cela peut être dû à une prise de distance effective, caractéristique du récit rétrospectif qui amène parfois à simplifier ou à unifier l'incohérent et l'incongru du passé – un phénomène que mentionne P. Bourdieu lorsqu'il aborde la notion d'illusion biographique (Bourdieu, 1986). Quelles sont ainsi les raisons évoquées en entretien par les patientes, qui les amènent à la demande d'une chirurgie de reconstruction génitale ? Quelles sont celles qu'elles mettent en avant, celles qui légitiment une telle demande selon les contextes sociaux nationaux ?

A - Le parler pour dénoncer

Parmi mes enquêtées, un clivage s'est fait jour au sujet de la mise en récit : celles qui parlaient pour dénoncer et celles qui ne voulaient pas ou plus parler de leur intimité. Ce sont les premières dont il s'agit à présent : des femmes parlant pour dénoncer les normes sociales qui leur avaient été « imposées » ou dont elles avaient « hérité », qu'il s'agisse d'excision juvénile ou d'impératif de virginité. Une femme d'une cinquantaine d'années ayant fait une hyménoplastie plus jeune m'a expliqué par exemple, Fatima :

> *« A l'époque, je me sentais comme si j'avais pas le choix. La famille, les gens, et tout… Mais c'était pas moi je pense. C'était l'entourage, ce qu'ils voulaient. Sinon j'étais pas respectable. J'aurais pas fait ça sinon. Et je voudrais pas que ma fille, ou votre génération fasse pareil. Je suis contre maintenant. Il faut juste que vous soyez plus libres… » (Fatima, 54 ans, entretien 2020).*

Par ailleurs, beaucoup de femmes ayant demandé une réhabilitation clitoridienne et qui ont accepté de parler de leur vécu font partie de réseaux associatifs et véhiculent dans leur parole un certain engagement. Il s'agit d'un biais de recrutement des enquêtées, impliquant que les femmes rencontrées ont des profils spécifiques du fait du point d'entrée sur le terrain (chapitre 3). De ce fait, ce biais m'a permis de comprendre un certain type de profil de femmes « militant », ou du moins s'étant appropriées un certain nombre de codes issus du milieu associatif pour définir leur expérience vécue et leur parcours médical autour de cette chirurgie. En effet en France, mon entrée auprès des femmes s'est fait principalement par l'intermédiaire d'événements associatifs au cours desquels je les ai rencontrées. Je pouvais être recommandée par des responsables des associations auprès d'elles. C'est donc une parole tout à fait située que

j'ai pu recueillir dans cette partie du terrain. Au sein de l'association du GAMS, certaines d'entre elles, après leur opération, avaient commencé à prendre des responsabilités et à militer dans le cadre de l'association. Certaines, primo-arrivantes, ont pu me dire qu'elles se voyaient comme « des activistes », « défenseuses de toutes les libertés » - une expression qui avait émergé de fait dans leur parcours associatif mais aussi en lien avec la mise en forme de leur récit OFPRA. Une avocate de SOS Africaines en danger m'explique par exemple que chez les femmes excisées, la réparation est un levier pour demander l'asile. En effet, elles ne peuvent pas faire valoir qu'elles ont à craindre une nouvelle excision, mais elles peuvent se présenter comme activistes anti-excision et le fait d'être réparées peut-être un levier d'intégration pour obtenir l'asile car elles risquent des représailles si elles retournent dans leur pays d'origine.

a) Conscience politique liée au discours sur les droits des femmes et entretien

En général les femmes rencontrées m'expliquent leur engagement à parler de leur vécu, souvent spontanément, sans que je les interroge sur la question. C'est vraisemblablement aussi un positionnement dans lequel elles se sentent légitimes face à moi qui suis l'enquêtrice. Parfois parce que j'ai été identifiée comme faisant partie du milieu associatif par les enquêtées, mais aussi du fait même de ma position de sociologue travaillant sur des questions de genre et de santé (chapitre 3). C'est le cas de Dalila, 31 ans excisée, de deuxième génération d'origine malienne :

> *« Maintenant je me dis que c'est important d'en parler. Il y a pleins de gens aujourd'hui qui se rendent pas compte que ça arrive des atrocités pareilles à des femmes autour d'eux. Donc je veux le partager. Moi on m'a retiré quelque chose que je retrouverai jamais donc je me dis si partager ça peut servir à quelque chose, bah voilà je le fais. » (Dalila, 31 ans, entretien 2020)*

De même, les femmes rencontrées en Egypte étaient dans un processus de dénonciation des pratiques de l'excision et pour elles la réparation pouvait alors s'inscrire dans ce rejet de la pratique antérieure. Pour certaines en revanche, surtout les patientes d'hyménoplastie, ce n'était pas un sujet à aborder et la dénonciation se faisait plutôt sur le ton de la confidence :

> *« Bah on va me dire… Faire ça, qu'est-ce que ça dit de moi et tout. Je suis d'accord mais moi je veux juste plus en parler. Oublier un peu tu vois. Et passer à autre chose. Bon si ça peut aider mais moi je suis fatiguée » (Myriam, 24 ans, entretien 2020).*

C'est également le cas d'une patiente de reconstruction clitoridienne en Egypte, Nesrin, 23 ans et étudiante, celle-ci explique qu'elle a parlé à plusieurs personnes à propos de la chirurgie sur

la demande de la chirurgienne qui l'a opérée mais que là, elle en a assez de parler : « je voulais aller vite sur cette histoire, que ce soit fini tu vois. Même maintenant je pense que je vais arrêter d'en parler. ». A la fin de l'entretien, elle dit qu'elle va demander à sa docteure de ne plus la solliciter.

Néanmoins, même parmi les femmes qui ne font pas partie des associations, qui sont plus réservées, voire veulent oublier l'opération, toutes témoignent d'un certain engagement pour que les femmes soient libres, écoutées, et s'inscrivent dans un discours collectif sur la liberté des femmes ou sur une certaine sororité (parler pour aider les autres, etc). Cela peut rappeler ce que Michel Bozon note comme un changement historique lié au vécu de la sexualité :

> *« À partir de la fin des années 1960, l'idée que « le privé est politique » se répand. Dans les « groupes femmes », on parle de soi et on écoute les autres. Des questions jusque-là dissimulées dans le non-dit du fonctionnement de la famille patriarcale sont débattues publiquement. Une revendication radicale de réappropriation de soi et une dénonciation des contraintes et violences qui pèsent sur les femmes dans la sphère intime deviennent des enjeux politiques majeurs. »* (Bozon, 2018)

Parler de la sphère intime est un sujet politique et toutes les femmes interrogées font part d'un certain engagement, plus ou moins explicite, à un moment ou un autre de leur entretien.

b) Les mots pour le dire : comment parler de ces questions ?

Dans le discours des femmes se retrouvait la difficulté de trouver les mots pour parler de l'intime en raison des multiples tabous qui entourent ces questions. Je me suis attachée à essayer de relever leurs différentes façons de parler de ces questions, et les difficultés qu'elles rencontraient lors de l'entretien. Tout d'abord, pour certaines femmes en France, la question linguistique a pu être problématique. Certaines femmes primo-arrivantes ne maitrisaient pas très bien le français sur ces sujets spécifiques. Zina, par exemple, demandeuse d'asile de 29 ans, nigériane, s'est arrêtée plusieurs fois dans son récit pour chercher des mots sur google traduction. J'ai relevé par exemple les mots « circoncision », « infection », « traditionnel », « attestation », « certificat ».

Hormis la barrière linguistique, l'inconfort et/ou la méconnaissance de certains termes de l'anatomie amènent beaucoup de femmes à surutiliser la paraphrase dans leur discours. C'est le cas, en entretien avec une patiente de reconstruction, Aïcha, qui parle de « la partie en bas » pour parler du clitoris. Je l'interroge et elle me dit que c'est le clitoris, elle sait très bien de quoi il s'agit, elle a déjà vu des schémas et reçu des explications. Pourtant elle m'explique en riant :

« tu veux que je dise les mots comme vous ? Mais vous dites trop de choses (rire)… » (Aïcha, 28 ans, entretien, Ile-de-France, 2020). Elle ajoute pour expliquer ce qu'est la reconstruction du clitoris : « Si je devais parler à une femme pas encore réparée : actuellement tu sens pas ton homme, tu n'as pas de plaisir… si elle était réparée elle sentirait mieux son homme, elle aurait du plaisir et aussi pour l'accouchement » (Aïcha, 28 ans, entretien, Ile-de-France, 2020). Cependant, elle n'arrive pas techniquement à expliquer l'opération qu'elle a eue. Plus tard, elle me raconte :

> *« Et puis j'ai dû parler avec la psy, plein de fois, elle me lâchait pas. Elle voulait absolument que je dise, moi ça me faisait du mal. C'est comme je te dis nous on aime pas donner des détails c'est tabou. Vous il faut dire les mots. (...) Parfois on explique, on tourne autour du pot mais vous il faut dire les mots. Moi j'ai fini par comprendre et j'ai tout dit ce que je pensais et là j'ai été protégée. Mais il faut tout dire. (...) Ça me faisait du mal de raconter, je voulais pas. (…) Vous voulez toujours tout dire, c'est pour ça que vous êtes développés". (Aïcha, 28 ans, entretien, Ile-de-France, 2020)*

On lui a dit aussi plusieurs fois qu'elle n'était pas prête, justement parce qu'elle ne s'ouvrait pas, ce qui fait écho aux travaux de Michela Villani sur la question de la « maturité » affichée et attendue chez les patientes par les professionnel·les de santé (Villani, 2009). Or, pour M. Villani, le fait de ne pas avoir les mots est souvent une histoire de différences de « scripts culturels » - en référence aux travaux de Gagnon, Bourcier et Giami (2008) - sur la sexualité et non pas un manque de maturité. Aïcha ajoute : "j'ai dit clairement je n'ai pas de problème psychologique, j'ai juste besoin de la réparation et ils ont compris que ça me faisait souffrir."

En Egypte enfin, il faut noter le fait que, dans les entretiens mais également dans les espaces de discussion en ligne, à la télévision, dans les médias, l'anglais vient se substituer à l'arabe sur beaucoup de sujets tabous comme la sexualité ou la désignation des organes génitaux. Les acteurs institutionnels parlent de « FGM » (female genital mutilation) pour désigner l'excision, souvent beaucoup plus que de « khitan » qui signifie circoncision ou incision (quelque chose de coupé), terme également utilisé pour désigner la circoncision masculine. Lors d'une formation suivie et dispensées par une « intagrameuse » sur le plaisir féminin, des termes comme : clitoris, plaisir, pénis, pénétration sont systématiquement dit en anglais. J'ai pu faire ce même constat chez les professionnel·les de santé, dans les témoignages en ligne que j'ai collectés. L'anglais est systématiquement utilisé quand l'arabe n'a pas les mots, ou quand les mots sont considérés comme trop choquants.

B - Les motifs évoqués de la réparation

a) Récupérer une partie « manquante » : construction de la norme génitale dans les parcours individuels en lien avec la construction des corps sexués.

Dans les faits, la question d'une reconstruction s'articule avec des motifs d'ordre psychologique plus que physique. Une des enquêtées parle de « chercher à se reconstruire personnellement, sur le plan psychologique » *(Jasmine, 29 ans entretien 2021).* Ce constat revient dans les travaux antérieurs sur la réhabilitation clitoridienne en Europe, mais il est frappant qu'il revienne également dans le contexte égyptien d'une part et dans le cas des hyménoplastie d'autre part. Les femmes veulent alors retrouver ce qui leur a été pris : « Je veux être entière, reprendre ce qu'on m'a pris » (Nawal, 42 ans, Le Caire 2021) : elles se sentent incomplètes en tant que femmes, ce qui n'est pas sans rappeler les conclusions de plusieurs études françaises et anglo-saxonnes travaillant sur des témoignages de femmes excisées puis réparées en Europe (Abdulcadir, Rodriguez et Say, 2015 ; Andro, Lesclingand et Pourette, 2010 ; Jordal et Griffin, 2018 ; Villani, 2012).

En Egypte comme en Europe, les patientes excisées ont une quête commune

En effet, pour ce qui est de la reconstruction clitoridienne en Egypte, les témoignages convergent. Pour Nesrin, étudiante égyptienne de 22 ans, la réhabilitation clitoridienne, bien que réalisée dans le cadre d'une clinique privée où se pratique la chirurgie esthétique classique, est réparatrice, en tant que c'est une partie d'elle-même qui est venue remplacer la partie extérieure qui lui avait été enlevée :

> *« J'ai senti... tu sais comme si... moi ce qui me rassure le plus est que cette partie qu'on a fait sortir m'appartient, ils n'ont rien ramené d'une autre personne et ils me l'ont mis, je n'ai pas planté quelque chose d'extérieur mais ça vient de moi, on a coupé un morceau mais on a fait sortir le reste donc ça va... tu comprends ? » (Nesrin, 22 ans, Entretien 2021).*

Cette demande est avant tout motivée par une référence au normal, car c'est la connaissance de son excision ou de la perte de sa virginité, qui les amène à se questionner sur leur féminité et la normalité de leurs parties génitales : autant de questionnements qui paradoxalement ne seraient peut-être pas apparus sans les campagnes massives d'information contre l'excision, chez les femmes qui ont subi des types d'excision très peu invasifs. En effet, la plupart d'entre elles ont des excisions de type I ou II, parfois ne touchant qu'à l'une de leurs

petites lèvres, ce qui est minime au niveau fonctionnel, mais peut avoir créé des traumatismes, puisque réalisées dans l'enfance, ainsi que des blocages ou un sentiment d'« anormalité » anatomique. C'est ce que décrit finalement Nesrin :

> *N : C'était un type très minime, je n'étais pas mutilée, l'idée est que quand j'ai compris j'ai commencé à comparer pour savoir ce qui manque ou ce qui était enlevé etc... En regardant des photos etc... Et j'écoutais des médecins qui parlent du sujet pour savoir si c'était vraiment normal comme ma mère m'a dit ou il y a vraiment quelque chose... parce que si jamais il y a quelque chose d'affreux j'essaie de la corriger tu me comprends ?*
>
> *G: Mais avant de découvrir à la télé à cause des campagnes ou après ta recherche, personnellement, tu te plaignais de quelque chose spécifique ?*
>
> *N: Non, non j'avais aucune c, même je n'avais aucune infection, comme j'ai entendu que c'était le cas d'autres femmes.... J'avais rien... c'est pourquoi que je n'avais pas senti (qu'elle était excisée) (Entretien Nesrin, juin 2021).*

Finalement elles ont souvent des demandes plus esthétiques et symboliques que fonctionnelles, il s'agit pour elles de se rassurer sur leur « normalité ». C'est-à-dire que n'étant pas mariée, une femme ne peut mettre le plaisir sexuel en avant dans sa demande, soit par honte, soit par inexpérience, ou encore dans un cas comme celui de Nesrin qui a quand même des sensations : « […] au niveau fonctionnel, je ne me plaignais pas parce que j'ai essayé (de se masturber) et ce n'était pas affreux, tu me comprends ? » (Entretien Nesrin, 22 ans, juin 2021).

D'autres femmes ont, dans leurs premières années de mariage, rencontré des difficultés au niveau des relations sexuelles avec leur mari. Il faut noter ici qu'après avoir lu beaucoup de témoignages en ligne, de « confessions », il s'avère que l'excision est un facteur parmi d'autres dans les difficultés sexuelles rencontrées par les jeunes couples. En général, l'inexpérience et l'ignorance en matière d'éducation sexuelle, liées aux tabous sociaux, est la principale source de mésentente sexuelle entre les jeunes époux. En entretien, deux femmes de 45 et 46 ans, issues de classe populaire, ayant commencé des études sans les terminer, racontent leur étonnement et « choc » après leur première fois, alors que personne ne leur avait clairement expliqué ce qu'était un rapport sexuel :

> *M: La pratique personne ne l'a expliquée.*
>
> *N: C'est implicite, on te dit que Dieu te rend heureuse.*

M: Je l'ai découverte… la réalité est différente, un choc. (elle sourit) c'était un choc, j'ai passé presque un mois... Je ne le (son mari) regardais même pas, pendant un mois.

N: Une amie m'a dit qu'elle a dit à son mari : « est-ce que mon père m'a donné à toi pour me faire ça ? Rends-moi à mon père ! » et il lui a répondu : ça y est, c'est fini, c'est fait (rire), donc c'est bon, soyons réaliste. (Entretien avec deux femmes, Alexandrie, mai 2021)

Bien sûr, il existe un grand écart générationnel sur ce plan, les plus jeunes femmes ont accès par internet à plus d'informations et savent davantage à quoi s'attendre. C'est ce que nous confient ces deux femmes en parlant de leurs filles avant leur mariage. Cependant, l'impossibilité de parler directement de sexualité conduit souvent les femmes qui souhaiteraient en parler à se tourner vers des professionnel·les de santé.

Ce constat nous amène à nous interroger sur la circulation des idées en termes de normalité corporelle à l'échelle internationale. En effet, ce sont les mêmes contenus en anglais et témoignages sur les chirurgies qui vont finalement être accessibles en ligne, amenant parfois les femmes excisées qui les consultent à s'identifier à un vécu standard qui ne correspond pas forcément à leur propre expérience.

La perte de l'hymen et la revirginisation

De façon différente dans le cas d'une demande d'hyménoplastie, la perte d'une partie de l'intégrité physique est liée non pas à un acte rituel réalisé dans l'enfance mais plutôt à des événements survenus lors des premières expériences sexuelles, à l'adolescence ou au début de la vie adulte. Dans l'intégralité des témoignages recueillis, les premières relations sexuelles sont systématiquement décrites comme traumatisantes, et comme expérience de la perte de « quelque chose ». Une femme déclare par exemple sur un Forum en ligne : « Bien sûr le fait de ne plus être vierge me traumatise et me fait me sentir mal » (Forum Vinted France, juin 2017). D'autres femmes parlent d'une erreur, d'un passage de leur vie qu'elles veulent oublier, mettre de côté pour rentrer de nouveau dans la norme. La manifestation physique de cette impression est alors, selon les femmes, la description de la perte ou la détérioration de leur hymen.

Il y a aussi le cas de femmes qui ont subi un viol et dont la chirurgie fait partie d'une reconquête de leur intégrité physique, l'hymen étant la partie charnelle qui symbolise cette intégrité. C'est le cas de Radwa et Amal. « On m'a pris quelque chose et j'ai voulu le récupérer. Revenir à la normale » (Extrait d'entretien Amal, 2020).

Pour Radwa, une étudiante tunisienne de 23 ans venue étudiée en France lorsque son père s'est s'installé en région parisienne, et qui a réalisé une hyménoplastie à Tunis, l'opération est l'occasion d'une réappropriation de son corps, par le truchement de cette même partie manquante. Elle explique que son copain de l'époque « lui a piqué » sa virginité. Je comprends au fur et à mesure de la conversation qu'elle n'était pas consentante quand cela s'est passé et qu'elle a été victime d'un viol conjugal. Ils sont restés ensemble et il a d'abord nié en lui disant que ce n'était rien. Finalement, il a fini par lui proposer de faire l'opération pour qu'elle se sente mieux :

> *E : Qu'est-ce que ça représentait pour moi... ça représentait un truc que je voulais pas, que ma première fois soit de cette façon-là. C'était clair et net. Je voulais pas que la première soit comme ça.*
>
> *S : Et tu aurais préféré que ce soit dans quelle situation ?*
>
> *E : Voilà, on fait, on programme par exemple le 2 mars, on va essayer. Tu veux ? Tu veux pas ? Pas de cette façon. Et après comme si j'étais idiote ou comme si j'étais con. Pardon pour le mot. Il me dit : c'est rien du tout (hausse la voix) ! C'est rien du tout ne t'inquiète pas (prend une petite voix aigue). C'est rien du tout, une égratignure, comme si il est en train de se foutre de ma gueule.*
>
> *S : Oui c'est vrai que c'est abusé...*
>
> *E : Oui ! Comme il a tout... il a tout fini. Je pouvais pas accepter. Impossible. Il m'a regardé : il m'a dit bon, c'est trop facile. Il y a un truc qui s'appelle hyménoplastie. Si tu veux, on va aller, on va le faire. La façon et la réaction et tout, ça m'a vraiment mis beaucoup de courage pour... reconstruire tout ça. (Radwa, 23 ans, Entretien 2021).*

Finalement, un peu plus d'an après cet épisode, ils décident de se séparer. Elle explique alors son choix de faire la chirurgie comme s'inscrivant dans cette trajectoire sexuelle et amoureuse, en réaction à la rupture mais aussi au fait qu'il « lui ai piqué » sa virginité au début :

> *« J'ai fait tout ça seule. C'était une séparation de fini, fini fini, c'est bon. Et moi je pouvais pas accepter le fait qu'on n'est plus ensemble ou bien le fait que je refasse ça avec une autre personne. Ou bien comme si, je voyais son corps dans mon corps. Je le voyais dans le miroir avec moi. Et je voulais dépasser cette étape. Je suis partie et j'ai fait une consultation et tout. J'ai dit : ok d'accord, j'ai fait l'intervention. Et comme j'ai fini mon intervention, je l'ai appelé. Je lui ai dit : voilà j'ai fait et tout. Lui, il était en vacances et tout. Il était surpris. Il m'a dit : impossible ! Mais comment tu as pu faire ça ? Et pourquoi t'as fait ça ? » (Radwa, 23 ans, Entretien 2021).*

La chirurgie est ici un moyen de renverser les rapports de pouvoir avec son ex-conjoint, de revenir sur le fait de s'être sentie impuissante dans cette relation et de n'avoir pas consentie à

la perte de sa virginité – jamais elle n'utilise le terme viol néanmoins. La chirurgie dans ce contexte implique une réappropriation de son corps. Elle précise plus tard qu'à la suite de son opération, elle se sentait beaucoup mieux dans son corps, qu'elle a eu l'impression de « récupérer quelque chose, sans qu'il ait rien à dire ». Il y a l'idée que la chirurgie viendrait compenser la violence conjugale subie. En cela, toutes les femmes rencontrées demandant des hyménoplasties ont eu une première relation sexuelle - qu'elles soient déjà ou non en couple - « traumatisante », comme une déception amoureuse forte (une grossesse accidentelle suivi d'un avortement, ou bien le fait que leur copain les ait trompées, un viol, une rupture très difficile, etc). Ces déceptions amoureuses sont toutes liées à des comportements genrés où finalement les hommes qui avaient une relation avec ces femmes savaient l'importance de la virginité pour elles, voire y attachaient eux-mêmes beaucoup d'importance et, d'après ces femmes, ont « manœuvré » pour avoir quand même des rapports sexuels. Des situations dans lesquelles finalement, ce sont le plus souvent ces femmes qui paient le prix de la perte de virginité, lorsque pour leur partenaire le coût social est inexistant. Elles peuvent alors dépasser le caractère insupportable de cette situation asymétrique par l'acquisition d'une nouvelle virginité corporelle. Pour plusieurs femmes, cela leur permet de se « ranger » en commençant une nouvelle relation, de faire un mariage plus « traditionnel » (souvent arrangé plus ou moins avec la famille). Dans le cas de Radwa c'est également un outil pour se réapproprier la maitrise de son corps. Elle m'explique en effet que l'une des premières choses qu'elle a faite après l'opération est de le dire à son ex-copain : « pour qu'il sache qu'il ne m'avait finalement rien pris. Il était choqué et tout… ». Ainsi, les logiques sexuées et patriarcales derrière le choix de réparation ont souvent toute leur place dans la poursuite de la procédure de reconstruction, à des niveaux variés, les femmes cherchant ainsi à se positionner sur le marché matrimonial correspondant à leur milieu social.

b) Logique sexuée et patriarcale : négocier une nouvelle position dans le couple

Lorsqu'il s'agit de discuter des raisons de l'opération, la question du couple et du « conjoint.e » se pose à chaque fois, selon des modalités différentes en fonction des situations. Elle reste l'une des composantes centrales pour comprendre les motivations sous-jacentes et les justifications avancées par les femmes interrogées. Une patiente excisée, Aïcha, guinéenne, arrivée en France il y a 5 ans en 2017, m'explique lors d'une troisième rencontre informelle qu'on lui a refusé l'opération dans une clinique du 78 parce qu'elle n'avait pas encore son statut. Elle m'explique qu'elle a attendu un an l'opération : J'étais mal dans ma tête, sans perspective.

Quand tu es comme ça, tu ne peux rien faire. (…) J'avais pas mal mais je savais que je ne pouvais pas construire ma vie, me marier, avoir une famille. Parce que en fait… Moi tu sais… Je t'ai dit : ils m'ont excisée deux fois. » Lors de son excision en effet, elle a résisté et donc on l'a excisé deux fois, la première était mal faite et trop profonde « au mauvais endroit », explique-t-elle. Elle se sentait ainsi anormale parmi les femmes excisées elles-mêmes. Mais s'ajoutait encore à cette souffrance, le fait que dans aucun des deux contextes, pays d'origine ou pays d'accueil, elle ne se sentait de « construire sa vie », ce qu'elle exprimait avec le désir de fonder une famille et donc de trouver un mari qui puisse l'accepter.

Néanmoins, la femme vient souvent à la suite de plaintes du mari, ce dont une des gynécologues se désole dans l'un des premiers entretiens réalisés :

> *Je comprends donc que la chirurgie corrective peut être très bénéfique pour de nombreux couples, mais cela me brise le cœur de savoir que... le motif derrière tout cela est de... encore une fois, de faire plaisir à leur mari. Pas pour satisfaire leurs désirs sexuels (Entretien gynécologue, Dr. Maryam, février 2021).*

Cela peut faire penser aux travaux de Clémence Schantz sur les périnéorraphies réalisées au Cambodge après un accouchement, sur la demande des femmes pour satisfaire leur mari et s'assurer qu'ils ne se tournent pas vers d'autres femmes, notamment vers la prostitution (Schantz, 2020). En cela, les chirurgies des organes génitaux féminins semblent finalement souvent être fondées sur des rapports genrés et les attentes prêtées à un conjoint.

Une phrase qui revient couramment dans les explications des femmes, des médecins, dans les confessions en ligne est alors la suivante : « il me reproche d'être froide » - traduction de « al setat barda » (الستات باردة). Une femme m'explique que son mari lui disait quand ils faisaient l'amour : « Tu es comme un stock de coton. », « Tu es comme un stock de glace. » (Entretien Nawal, mars 2021) et pour cette raison il a choisi de prendre une deuxième femme en mariage[119]. Cette situation met en mouvement la patiente qui va alors chercher un moyen de régler un problème dont elle pense qu'il lui est propre, et dont elle se retrouve à porter l'entière responsabilité :

> *« Le mari dit : je ne suis pas heureux avec toi, tu ne réponds pas sur le plan sexuel. Tu ne ressens rien. Et cela rend la fille très honteuse et elle essaie*

[119] La polygamie est autorisée en Egypte. Un homme peut avoir jusqu'à quatre femmes, malgré cela c'est une pratique qui est assez mal vue socialement.

d'éviter les relations sexuelles aussi souvent que possible. » (Entretien chirurgien Dr. Ali, mars 2021)

En France, l'accord du conjoint est central dans la demande de reconstruction clitoridienne, même si les demandes émergent et sont portées principalement par les femmes. Par exemple, si la personne est en couple, il faut qu'il[120] soit « d'accord » ou informé de l'opération. Dalila, 31 ans, mariée avec deux enfants (issus d'un premier mariage forcé lorsqu'elle avait 14 ans) explique cette discussion, presque négociation, avec son conjoint :

> *« Donc en 2014, j'étais tentée pour le faire mais du coup, c'était tabou. Je ne savais pas à qui en parler et j'avais peur. Très peur. Et je me demandais aussi qu'est-ce que je recherchais exactement à travers cette opération. Et je m'étais déjà remise en couple avec mon conjoint actuel. Et c'est auprès de mon conjoint actuel que j'en ai parlé, qui au début n'était pas… très favorable. Il comprenait pas trop aussi… Et ensuite, il a compris que même lors des rapports c'était, à chaque fois c'était difficile au niveau… Euh je ne ressens rien du tout, je ne ressentais rien du tout. Et donc qu'il y avait réellement un mal être et donc il m'a dit : bah si tu veux vraiment le faire, je serai là, je t'accompagnerais. » (Dalila, 31 ans, 2020)*

Un enjeu de la reconstruction clitoridienne peut être de « lutter » contre les tromperies du conjoint, comme l'explique cette même enquêtée :

> *« Et surtout c'est que c'est handicapant au quotidien dans la vie d'une femme. Sachant que moi j'ai eu à subir des infidélités de la part de mon conjoint. Donc de suite, on part… on assimile à ça. On se dit qu'on a un manque et que l'homme va voir ailleurs parce qu'on arrive pas à lui donner ce dont il a besoin. » (Dalila, 31 ans, 2020)*

Elle explique ensuite qu'il n'a jamais dit que l'excision le gênait avec elle. Mais elle le suspecte d'aller voir ailleurs, précisément à cause de cela. Elle ne se sent pas femme et semble presque trouver logique qu'il préfère être avec une « vraie » femme, c'est-à-dire avec une femme dont le clitoris est entier.

Parfois enfin, il s'agit au contraire, non pas de renégocier, mais de conserver la place préétablie au sein d'une relation amoureuse, comme l'explique en ligne cette jeune femme de 22 ans souhaitant faire une hyménoplastie :

> *« Bonjour, je suis une jeune fille âgée de 22 ans qui avait perdu sa virginité il y a 3 ans et là je vais me marier (les traditions sont contre la fille qui n'est pas*

[120] Seule une femme rencontrée se disait homosexuelle et elle avait tout de même un mari qui l'avait aidé à fuir son pays d'origine

vierge) j'ai tenté de lui dire la vérité une seule fois, quand il m'avait demandé au mariage. Certes c'était un choc pour lui et il allait pleurer parce qu'on se connaissait il y avait bien longtemps et il m'avait jamais demander de coucher avec lui. Alors quand j'avais pensé à sa déception j'ai décidé de retirer ce que j'avais dit comme quoi c'était juste pour savoir s'il tiens à moi en personne ou pas (sans avoir pensé aux conséquences j'ai retiré mes paroles). Bref on avait oublié carrément ce sujet maintenant ça fait quatre mois que nous sommes dans cette situation pour lui je suis encore vierge. Alors tout le monde m'avait conseillé de faire l'hyménoplastie (reconstruction de l'hymen). Donc je suis allée pour consulter. le médecin m'avait rassuré que si je fais tous ce qu'il me dira, tous se passera bien dans la nuit de noce. Alors maintenant la question c'est : est ce que je pourrais vivre avec ce mensonge durant toute la vie? ou bien je dois lui dire la vérité ? pour ne pas se moquer de lui car il me fait confiance?. S'il vous plaît aidez moi! avec une réponse convaincante et je vais suivre vos conseils sans doute car là je n'arrive plus à penser j'ai vraiment la tête qui tourne je ne peux plus prendre aucune décision. Merci d'avance. »[121]

L'injonction à la norme de virginité passe donc par la forme des parties génitales avec un hymen. Elle essaie de parler à son conjoint et entrevoit qu'elle pourrait le perdre ou du moins perdre en valeur à ses yeux si elle avouait avoir déjà eu des rapports sexuels. Cette peur engage chez les femmes des questionnements moraux, de la culpabilité vis-à-vis de leur « honnêteté » face à leur futur mari. Ainsi, outre la charge matérielle (trouver un médecin, des rendez-vous, du temps, de l'argent), il s'agit également pour elles d'une forte charge mentale non partagée alors même qu'elle concerne le couple.

Par ailleurs, il faut souligner que ce ne sont finalement jamais les représentations masculines : l'importance pour eux de la virginité ou de la sexualité attendue (plus de rapports, des besoins sexuels), qui sont questionnées dans ces discours de femmes, mais d'abord leur propre responsabilité, respectabilité et crédibilité. Une telle asymétrie historiquement construite dans les questions de sexualité nous amène donc à interroger les rapports genrés liés aux transformations génitales, des transformations qui s'imbriquent dans des rhétoriques morales d'honneur et de valorisation ou de dévalorisation personnelle et sociale (section D).

[121] Message posté sur le Forum du *Journal des femmes*, par « Bella2017 » le 9 mars 2021 à 01:41, le texte a été conservé dans sa forme originelle, consulté le 02/07/2021 : https://sante-medecine.journaldesfemmes.fr/forum/affich-2169650-l-hymenoplastie-est-elle-la-bonne-solution#answers

C - Conception de la virginité chez les femmes interrogées

On trouve une grande variation des conceptions de la virginité selon les femmes. Certaines voient dans les premiers actes sexuels le moment d'une perte de virginité, mais la plupart associent le fait d'être vierge à celui de n'avoir jamais eu de sexualité pénétrative. Une enquêtée excisée et ayant fait la chirurgie d'hyménoplastie m'explique ainsi que tout ce qui n'est pas pénétratif ne correspond pour elle en aucun cas à un rapport sexuel :

> *« Non tu vois un rapport sexuel, il faut que ce soit comme ça avec un homme (petit geste gêné pour mimer le début d'une pénétration). Enfin tu vois… Sinon c'est juste pour s'amuser. C'est ok… euh des jeux sexuels. Comme les enfants peut-être. Des jeux avec la sexu… avec le sexe… Oui mais pas un rapport (rire) » (Aïcha, 28 ans, entretien Paris, 2021).*

Cette ambiguïté sur la définition de ce qu'est un rapport sexuel et la classification des actes relève d'ailleurs de questionnements sociétaux, même dans les enquêtes scientifiques sur la sexualité – telle que l'enquête contexte sur la sexualité en France (Bozon et al, 2008). En effet, plusieurs études et définitions médicales qualifient encore aujourd'hui un rapport sexuel par le fait d'être un acte qui inclut une pénétration. Cela interroge la nature des attentes que portent les patientes lors de leur demande d'opération, leur consultation sexologique, dans leur parcours médical en général, et nous indique la forte dimension normative de ces attentes, en termes de sexualité.

De même, pour la plupart des femmes rencontrées, l'hymen « intact » constitue la signification même « d'être vierge », car l'intégrité de l'hymen constitue alors la preuve qu'elles n'ont pas eu de rapport - pénétratif : le seul qui compte. Jasmine, 29 ans, née en France et d'origine tunisienne est allée faire une première consultation auprès d'un chirurgien esthétique privé pour lui demander une hyménoplastie. Je l'interroge alors sur le parcours qui l'a amenée à demander cette intervention :

> *S : Ok, je suppose que tu voulais te faire réparer parce que tu avais déjà eu une première relation avec quelqu'un ?*
>
> *J : Non.*
>
> *S : Non (étonnée) ?*
>
> *J : Non. Euhm alors en fait ce qui s'est passé c'est qu'en fait j'avais un partenaire. Et je suis tombée enceinte mais… tout en étant vierge. (Jasmine, 29 ans, Entretien 2021)*

Elle m'explique alors qu'avec son copain ils faisaient attention à ne pas avoir de rapports pénétratifs ou juste des débuts pour qu'elle ne perde pas son hymen avant le mariage. Elle est néanmoins tombée enceinte et présente donc les choses de cette façon qui peut être perçue comme paradoxale. Néanmoins pour Jasmine, il n'y a aucun doute que les « jeux sexuels » (pour reprendre l'expression d'Aïcha) auxquels elle se livrait avec son copain ne comptaient pas comme de « vrais » rapports sexuels puisqu'ils préservaient son intégrité hyménale. La signification physique et anatomique de la virginité l'emporte chez elle sur toute autre. Tant sur le plan anatomique que sur le plan du fonctionnement des organes, cette conception est néanmoins réductrice et ne constitue qu'une conception partielle des fonctions sexuelles et reproductives. Cela a ainsi valu à Jasmine de tomber enceinte sans qu'elle en ait imaginé la possibilité. Elle explique en fait : « Non en fait, moi je savais que j'encourais un risque de truc comme ça. Mais je pense qu'on prenait toutes les précautions nécessaires et je pensais pas que ça allait arriver. ». Elle ajoute également : « Parce que à la base, c'était mon tout premier copain, ça faisait quatre ans qu'on était ensemble. Donc c'était prévu qu'on fasse les fiançailles, le mariage et que du coup je reste vierge jusqu'au mariage. » (Jasmine, 29 ans, 2021).

Finalement elle a dû, en raison de tous ces tabous, non seulement renoncer à cette virginité symbolique à laquelle elle était attachée, particulièrement du fait des représentations de sa famille, mais aussi faire face à un véritable isolement dans cette situation :

> *« Et de savoir en plus que j'allais perdre ma virginité, elle me l'avait dit : j'allais perdre ma virginité au moment où j'allais expulser le fœtus après l'avortement, donc c'était très très compliqué. Surtout que comme dans ma famille on parle pas de ces choses-là. Je l'ai vécu toute seule, toute seule. J'en ai parlé à personne, personne. » (Jasmine, 29 ans, 2021)*

De fait, cette conception physique de la virginité est couplée avec une dimension symbolique et idéelle forte. Car selon Jasmine, sont attachées à l'hymen des qualités morales :

> *S : Du coup pour toi être vierge ça veut dire quoi en fait ?*
>
> *J : Euh… (réflexion). Bah ça représente la pureté.*
>
> *S : D'accord ? Comment on différencie une femme vierge, d'une femme non-vierge ?*
>
> *J : Alors si je me replace des années auparavant, parce que maintenant ma conception a complètement changé mais à l'époque c'était effectivement un rapport de pureté et puis de se respecter soi et de respecter les autres aussi, sa famille, son éducation. Si tu veux à l'époque, en tout cas les idées qui étaient véhiculées au sein des familles maghrébines. Celles que j'avais dans la mienne, c'était vraiment : est-ce que ton hymen est encore intact ou pas ?*

Voilà ce qu'on nous disait à l'époque. Est-ce que ton hymen, il est encore là, pas là. Voilà c'était ça. (Jasmine, 29 ans, 2021)

Je lui demande alors si on lui a explicitement parlé « d'hymen » comme preuve physique de virginité. Elle précise :

> *« Non, oui. Mais alors le mot « hymen » on l'a jamais prononcé devant moi mais c'est plutôt est-ce que t'es vierge ou pas ? Mais on savait que la virginité ça renvoyait à l'hymen. On en avait parfaitement conscience. » (Jasmine, 29 ans, 2021)*

Par ce « on », elle désigne le collectif de ses sœurs, ses cousines, ses tantes, etc, c'est-à-dire de toutes les femmes de son entourage familial. L'idée de l'hymen-virginité n'est donc pas explicitement mentionnée, comme le souligne plusieurs enquêtées. Les mots directs, anatomiques, ne sont jamais utilisés. Il revient aux femmes de faire leur recherche, de clarifier les choses entre elles. Myriam, d'origine algérienne, patiente d'une hyménoplastie après un viol, m'explique : « On me disait fais attention ! Mais à quoi ? C'est ma sœur qui m'a expliqué un peu ce que c'était cette petite partie en bas qui montre que tu es vierge. J'ai cherché ensuite sur internet pour mieux comprendre. » (Myriam, 24 ans, entretien téléphonique 2020, Ile-de-France).

Par ailleurs, la virginité est également utilisée comme un puissant moyen de pression sur le corps des femmes dans la société égyptienne, capable par exemple de les détourner de certaines pratiques comme celle de l'équitation ou du vélo, qui pourrait endommager leur hymen – comme me le précisent plusieurs amies et enquêtées sur le terrain. En suivant sur les réseaux sociaux l'une des plateformes qui parlent de ces sujets -il s'agit de la page « This is mother being » ayant une grande notoriété au Caire dans les milieux étudiant.es et féministes -, je découvre un exemple marquant de l'utilisation de l'hymen-virginité comme outil de menace :

> *« Un internaute fait un post que Nour (la doula qui a crée le compte instagram This is mother being) dénonce qui dit en arabe que : la femme vierge qui fume va voir son hymen brûler au fur et à mesure du temps, tant qu'elle fumera. Et que ceci a été prouvé scientifiquement. » (Extrait carnet de terrain, mai 2021).*

Enfin, lorsque Jasmine mentionne le fait que « c'était effectivement un rapport de pureté et puis de se respecter soi et de respecter les autres aussi, sa famille, son éducation. », l'on constate que la question de la respectabilité et de l'honneur semble finalement contenue dans cette petite parcelle de peau à l'entrée du vagin. Cela pose la question d'une monétisation des corps féminins en lien avec la forme de ses parties génitales.

D - Monétisation des corps et la « plus-value » de la réparation chirurgicale : discours sur l'estime de soi, l'honneur et la pureté

L'anthropologie de l'honneur (Pitt-Rivers, 1997), peut amener à comprendre ce qui se joue en termes de genre vis-à-vis du corps de ces femmes. Pourquoi semblent-elles porter une si lourde charge au niveau de la différenciation genrée, la charge de la féminisation de leur sexe (Piazza, 2014), de la respectabilité et de l'exemplarité morale (Guénif-Souilamas, 2005 ; Tersigni, 2001, 2011) traduite en une sorte de norme génitale ? Bien sûr aborder la question de l'honneur dans une démarche scientifique peut sembler contre-intuitif en tant qu'elle relèverait plus de la compétence d'un moraliste que d'un·e chercheur·e en sciences sociales. Pourtant au même titre que les questions de souillure traitées par l'anthropologue Mary Douglas témoignent d'un ordre social et de discours sur l'écart à la norme (Douglas, 1966), l'honneur semble être un opérateur puissant de hiérarchisations, et révélateur d'une certaine consubstantialité des rapports sociaux de genre, de classe et de « race » (Kergoat, 2009). Cette question fournit en effet des informations sur la façon dont les dimensions idéelle et nominative agissent sur les rapports sociaux. Elle vient compléter les approches matérialistes et fonctionnalistes qui sous-estiment l'importance des formulations et des scripts en tant qu'outils linguistiques et conceptuels de compréhension et de construction de la réalité sociale. La manière dont les corps sont désignés comme respectables, « purs » indique le système de valeur dans lequel ils s'inscrivent socialement. A ce titre, l'anthropologue J. Pitt-Rivers souligne que :

> *« La notion d'honneur est quelque chose de plus qu'un moyen d'exprimer l'approbation ou la désapprobation, elle recouvre une structure générale dont les avatars prennent la forme concrète des institutions et des élaborations du sens commun propre à une culture donnée » (Pitt-Rivers, 1997, p. 17)*

Finalement, pour combiner l'approche de M. Douglas et J. Pitt-Rivers, on peut affirmer que les institutions parlent le langage de l'honneur. Elles donnent une langue aux individus pour parler de l'écart à l'ordre social en termes d'honneur et de pureté. Bien sûr des ajustements au niveau individuel sont perpétuels et impliquent des choix et des reformulations à l'aune des intérêts individuels et/ou des conditions matérielles de vie. Néanmoins, il est intéressant de voir pourquoi ce discours est efficace et particulièrement parlant pour dire socialement ces processus, pour en être les symptômes, et quels mots sont choisis. Cette thématique interroge les structures sous-jacentes et la manière dont elles sont intériorisées par les individus, elle

révèle un rapport entre l'individuel et le collectif tortueux : « L'honneur est la valeur qu'une personne possède à ses propres yeux mais c'est aussi ce qu'elle vaut au regard de ceux qui constituent sa société » (Pitt-Rivers, 1997, p. 16). De plus la question de la valeur et finalement de la matérialité des rapports sociaux est au centre du discours sur l'honneur puisqu'il représente un moyen symbolique de « monétiser » les personnes :

> *« C'est le prix auquel elle s'estime, l'orgueil auquel elle [une personne] prétend, en même temps que la confirmation de cette revendication par la reconnaissance sociale de son excellence et de son droit à la fierté » (ibid, p18)*

Or, cette question de la valeur estimée de son corps est omniprésente dans la parole des patientes d'hyménoplastie et de réhabilitation clitoridienne. Ici, il me semble intéressant d'interroger un processus de monétisation de la virginité féminine qui n'est bien sûr pas nouveau au plan socio-historique. Dans ma réflexion, je me réfère aux travaux de Paola Tabet qui parle des « échanges économico-sexuels » et souligne que derrière « toute relation sexuelle on retrouve une compensation, une sorte de transaction plus ou moins cachée » (Tabet, 2005). Ainsi le fait de préserver sa virginité, de se refaire un hymen ou encore un clitoris vient s'inscrire, à mon sens, dans ce type d'échanges (en lien avec un partenaire) et de négociation du capital corporel avec soi-même. Selon le cercle social, le capital corporel d'une femme vierge est supérieur à la femme non-vierge ou encore, l'accès à une sexualité « fonctionnelle » par la réhabilitation clitoridienne représente une plus-value.

a) Excision et perte de valeur :

L'excision et sa réparation s'articulent avec les questionnements sur l'importance de l'hymen et des hyménoplasties, lorsque l'on s'interroge sur les questions de virginité. En effet, la préoccupation principale des femmes défendant la pratique de l'excision sur mon terrain ou les explications par les femmes excisées que nous avons rencontrées sur la position de leurs parents tournent autour de l'idée de réfréner le désir de la femme afin de préserver ce même « honneur » et ne pas s'autoriser à avoir des rapports sexuels avant le mariage. Finalement les deux exigences se rejoignent : être vierge et ne pas avoir une sexualité « débridée ».

La réhabilitation clitoridienne pourtant témoigne d'un autre enjeu : une perte de valeur advient également dans le fait de perdre une partie du clitoris, comme évoqué plus haut, en termes de féminité et d'accès à certains partenaires sexuels étrangers à la communauté d'origine. Un constat souligné dans certains travaux portant sur le contexte français montre que certaines

femmes ne vont pas chercher de relations sexuelles avec des personnes qui pourraient leur reprocher leur excision (Andro, Lesclingand and Pourette, 2010). Comme déjà évoqué plus haut, la patiente Aïcha dit ne pas pouvoir « construire sa vie, avoir un mari et une famille » avec son excision. Mais cette perte de valeur n'est pas inhérente au contexte. Elle se retrouve dans certains milieux sociaux du pays d'origine et en Europe.

b) Se positionner sur un marché matrimonial.

Les femmes interrogées en France et en Egypte sur les hyménoplasties ont, pour la plupart, été élevées dans des cercles ou des contextes où s'opère une monétarisation symbolique - et parfois aussi tout à fait concrète avec les dots – de leur virginité. Et où l'hymen a été choisi comme point de repère, même s'il n'est pas le seul. Plusieurs femmes en Egypte m'ont précisé que leur attitude était également primordiale. Il ne faut pas avoir l'air trop expérimentée. Il ne faut pas savoir trop de choses sur les rapports amoureux.

La perte de valeur, en Egypte, peut être très concrète et se matérialiser par la perte d'accès au marché matrimonial. La demande d'hyménoplastie semble y être souvent corrélée avec un autre phénomène. Les mariages « urfi », c'est-à-dire « coutumiers », consistent à organiser une cérémonie religieuse non officielle et donc non déclarée à l'état civil. Dans ces cas-là, l'entourage ignore souvent l'union, à commencer par les parents des mariés. Je me base ici, en complément de mes observations de terrain, sur les travaux d'une chercheuse australienne Lisa Wynn (2016) qui, avec son assistante, a rencontré un certain nombre de femmes ayant réalisé des hyménoplasties et s'est alors rendue compte qu'une grande proportion des enquêtées avaient pratiqué ce type de mariages (Wynn, 2007, 2016). En Égypte, les mariages secrets permettent en fait aux jeunes couples d'avoir des relations sexuelles par le biais d'un mariage religieux secret, avant le mariage officiel, qui est très coûteux. Cependant lorsque ce type de relations n'aboutit pas à une union durable, les femmes doivent « repartir à zéro » sur le marché matrimonial, ce qui induit des difficultés pour les femmes « non vierges ». La chercheuse égyptienne M. El Sallab précise : « The loss of virginity through an 'urfi marriage may lead to a loss of any chances for an official and desirable marriage. »[122] (El Sallab, 2007). Et en effet, sur la page Facebook « Cairo Confessions » un certain nombre de témoignages affluent dans ce sens, à l'exemple de celui de l'encadré 19 écrit par une femme de 40 ans.

[122] « La perte de la virginité par un mariage 'urfi' peut conduire à la perte de toute chance d'un mariage officiel et désirable. »

Encadré 19. Confession en ligne portant sur la perte de sa virginité, publiée sur *Cairo Confessions*

"159383 #CC #CairoConfessions #CCRelationship

#CCAdminNotes: Follow us on #Instagram @cairoconfessions

Mood:😔 #Contactable / #CoronaDays 🦠🚫 #KeepDistance 🧍↔️🧍 #StaySafe

Female, 40 confesses:

I had an affair with my boyfriend who had promised to marry me, but then left me because his mum wanted him to marry another person. He was too weak to go against her desires, and he got married. But since we never stopped loving each other, our affair continued for years. Now, he quit talking to me. I lost all my life over him, and I cannot pursue it anymore with any other person since I am no longer a virgin. I tried finding a trusted female doctor who can perform a hymen reconstruction surgery, but I failed to find a good person. Now my life is totally destroyed.

#Pain #FirstExperience #Guilt #Lie #RandomFeeling"

(Une femme de 40 ans avoue :

J'ai eu une liaison avec mon petit ami qui avait promis de m'épouser, mais qui m'a ensuite quittée parce que sa mère voulait qu'il épouse une autre personne. Il était trop faible pour aller à l'encontre de ses désirs, et il s'est marié. Mais comme nous n'avons jamais cessé de nous aimer, notre liaison a continué pendant des années. Maintenant, il ne me parle plus. J'ai perdu toute ma vie à cause de lui, et je ne peux plus continuer avec une autre personne puisque je ne suis plus vierge. J'ai essayé de trouver une femme médecin de confiance capable de pratiquer une opération de reconstruction de l'hymen, mais je n'ai pas réussi à trouver une bonne personne. Maintenant, ma vie est totalement détruite).

Source : page Facebook « Cairo Confessions », https://www.facebook.com/cairoconfessionsofficial, consulté le 16/04/2021.

Bien sûr, les réactions sont diverses et souvent outrées, cependant la récurrence de ce type d'expériences est significative et amène les femmes à s'isoler, à se sentir rejetées et surtout à renoncer parfois par auto-censure à s'insérer sur un marché matrimonial.

c) Symbolique des reconstructions pour retrouver de la valeur pour soi

Une chose frappante dans les entretiens est le point commun de ces deux chirurgies dans les attentes des femmes : retrouver une chose perdue, une partie manquante et regagner de la valeur par ce biais. Elles font état de leur souffrance d'une perte de valeur symbolique et morale, d'abord à leurs propres yeux. En France, ce constat semble plus courant car les femmes concernées y sont plus isolées, du fait de l'éloignement de leur communauté d'origine. Le poids de la société est moins explicite mais cela n'enlève en rien la question de l'intériorisation d'une norme génitale sur laquelle il faudrait s'aligner. Jasmine par exemple explique ci-dessous comment elle s'est sentie après avoir perdu sa virginité :

> *« Ah bah les premiers temps (…) je me suis vraiment sentie, ouais honteuse et puis sale en fait. Mais parce que je ramenais tout ça à la religion, à*

l'éducation que j'avais reçue. D'autant plus que comme je pouvais en parler à personne, j'étais confrontée à juste mes pensées en fait, mes représentations. » (Jasmine, 29 ans, entretien 2020).

Elle met alors en avant une dévalorisation personnelle. En cela, pour elle, l'hyménoplastie représente un outil de renversement symbolique, de revalorisation. Cette interprétation va dans le sens des travaux d'Ibtissem Ben Dridi et des analyses de la psychanalyste Nedra Ben Smaïl en Tunisie (Ben Smaïl, 2012 ; Dridi, 2017). Une autre patiente d'hyménoplastie explique par exemple :

> *« Je me sens mieux et super mieux ! J'ai repris confiance en moi parce que j'arrivais pas à penser à autre chose. C'était la façon dont il me l'a pris ! Je peux pas... je pouvais pas l'accepter » (Radwa, 23 ans, tunisienne, étudiante en France)*

Et finalement l'hyménoplastie ou la réhabilitation clitoridienne deviennent des options pour renverser les rapports de genre autour de la question de la virginité.

d) Monétisation des parties génitales et surveillance dans l'enfance et le vécu des femmes

Cette monétisation des parties génitales des femmes explique une certaine surveillance sociale autour de la virginité dans les contextes d'origine. En effet ce sont des contextes de socialisation où la question de la virginité est différemment traitée selon les pays mais reste tout de même au centre des préoccupations des jeunes filles à partir de leur adolescence. Ce que les auteures *Verina Wild* (Wild et al., 2015) désignent comme les bases d'un système patriarcal qui fait peser sur le corps des femmes dès l'adolescence une forte injonction à la pudeur, et fait parfois porter sur leur corps un poids de respectabilité vis à vis de leur entourage. Aïcha, patiente de réhabilitation clitoridienne qui a grandi en Guinée, raconte : « quand on était petite, on pouvait pas faire du vélo, du sport sinon on allait perdre la virginité » (Discussion informelle, Aïcha, septembre 2021). Des récits similaires me sont confiés en Egypte, particulièrement à propos de l'équitation et du vélo. Le discours public sur le sexuellement correct et les relations entre les sexes est omniprésent, et les gens partagent une conscience commune sur la façon dont il faut se comporter en termes d'acceptable et d'inacceptable sexuellement (Kreil, 2012 ; Singerman, 1995, p. 94). Aussi l'excision et la virginité constituent des marques de respectabilité corporelle.

En France, cette surveillance autour de la virginité semble un peu plus diffuse, moins explicite. Du moins l'interdit est moins explicite que dans un contexte comme l'Egypte, où il est ouvertement illégal d'avoir des rapports hors mariage. En France, cela devient un marqueur culturel, un marqueur de différence et de respectabilité. Cela est d'ailleurs visible dans l'enquête contexte sur la sexualité en France de 2008 chez les femmes musulmanes pratiquantes, l'âge du premier rapport est de plus en plus tardif, cela relève d'un phénomène social croissant (chapitre 4). De plus, cette fonction de marqueur semble être chose assez courante en situation migratoire : la pression de l'exemplarité en lien avec les questions d'honneur (que l'on retrouve dans les travaux de Simona Tersigni sur les femmes liées à l'immigration maghrébine en France). Une enquêtée déclare par exemple à propos de l'idée de rester vierge : « c'était avant toute chose une question d'honneur, de la dignité, quoi. Bien plus que la religion » (Fatoumata, 38 ans, entretien 2020). On trouve ici une articulation entre honneur et exemplarité.

Concrètement cette préoccupation se matérialise par des comportements de contrôle de la famille, des recommandations : « Fais attention aux garçons » mais sans plus de développement, comme le raconte Leila, 56 ans, née en France avec des origines algériennes. Elle se souvient que, progressivement, elle n'a plus eu le droit d'aller à la piscine facilement avec ses frères et leurs copains. Et surtout on lui a dit de ne pas faire comme certaines autres filles, pas musulmanes. « Tout était assez flou en fait », commente-elle.

Ainsi, dans ces différents contextes, les chirurgies de reconstruction apparaissent comme des moyens de contourner une perte de valeur, une impossibilité d'être expérimentée, ou de maintenir une image de respectabilité. Elles marquent un positionnement dans un champ afin d'augmenter son capital corporel. C'est pourquoi, elles seront dévalorisées ou valorisées différemment selon le contexte social de la patiente.

I - L'accès sinueux aux chirurgies : des parcours pluriels

L'information sur ces chirurgies se fait beaucoup en ligne. Des réseaux de patientes se forment et génèrent de la solidarité :

> « *Donc quand j'en ai entendu parlé c'est qu'il y a pas mal de pages sur Facebook. Encore sur des filles de la communauté africaine, donc il y avait un jour un post qui parlait de ce sujet. Et donc une fille qui faisait un témoignage, qui avait expliqué qu'elle avait fait sa reconstruction. Donc du*

coup, je l'ai contactée en privé. Je lui ai demandé comment ça se passait. Elle m'a expliqué un peu le déroulement de son opération. Donc avant, pendant et après. Et elle m'avait dit que si j'étais vraiment intéressée, elle m'accompagnerait dans mes démarches, elle me soutiendrait. »

« Mais c'est via les réseaux que j'ai su et cette personne qui m'a également orientée, elle était là avec moi. Pendant, après, les douleurs que je ressentais. Elle me disait si c'était normal ou pas. Et elle accompagnait pas mal de filles aussi. » (Dalila, 31 ans, 2020)

Cette patiente de reconstruction clitoridienne, née en France, fait part de sa rencontre avec une femme pour la guider dans sa démarche. Plusieurs patientes d'hyménoplastie et de réhabilitation clitoridienne, parmi celles nées en France, m'ont confié des histoires similaires de prise de contact avec d'autres femmes en ligne par des forums ou les réseaux sociaux. Ces contacts ont parfois été des soutiens, ou bien des canaux d'information importants dans leur parcours de soin.

Les réseaux de transmission de l'information se construisent diachroniquement avec les événements politiques du pays concerné. En France les débats sur les migrations sont significatifs autour de ces pratiques pour la transmission de l'information. Souvent, en complément des ressources en ligne, l'information va par exemple d'abord passer par des réseaux associatifs. En Egypte l'articulation se fait par la construction de réseaux de sociabilité en ligne et l'ouverture récente du discours sur les questions de sexualité, à la suite des soulèvements de 2011.

A - Circulation de l'information : réseaux de solidarité, digitaux et amicaux dans le contexte postrévolutionnaire égyptien

La dimension post-révolutionnaire semble également primordiale pour comprendre les normes et politiques publiques autour des corps féminins, en tant que 2011 a pu représenter un moment clé d'ouverture du débat en matière de sexualité (Kreil, 2012). Ce fut un moment de fluidité sociale accrue (Baczko et Dorronsoro, 2017 ; Dobry, 2009) permettant la mise en perspective des normes sexuelles « de classe ». Une des enquêtées, excisée, issue de milieux populaires, déclare même à ce titre : « Je n'ai pas senti que j'étais un être humain avant le 28 janvier 2011[123]». Elle raconte en effet que se mêler aux manifestations et à de nouveaux espaces de sociabilité engagés (associations, partis politiques, groupes de discussion en ligne) avec des personnes issues de classes aisées lui a permis de se décider à se séparer de son mari, à se

[123] Moment des manifestations appelées le « Vendredi de colère » et où des cortèges de milliers de personnes ont défilé dans la capitale.

réapproprier son corps. Elle ajoute : « J'ai compris qu'il y avait pleins de gens dehors, et qui vivaient autrement. Je ne pouvais pas continuer comme ça » (Nawal, 42 ans, entretien 2021, Le Caire).

Kreil parle dans sa thèse d'un moment où les discours sur la sexualité sont en phase de changement, et où naît une dynamique pour briser le silence autour de ces questions, 2011 « ouvre une surface de projection aux espoirs les plus contradictoires et les plus fous (...) un renouveau du pays. » (Kreil, 2012, p. 13). C'est un moment où les problèmes liés à la sexualité et l'amour révèlent leur lien avec les frustrations politiques et économiques qui placent la société dans un état de stagnation de ses moeurs. Kreil évoque par exemple l'écriteau d'un homme couché place Tahrir, sur lequel est inscrit : « Je suis fatigué, salaud (yā 'arṣ), je n'arrive pas à me marier. », un problème souvent économique mais aussi social, intimement lié à la situation du pays (Kreil, 2012, p. 14).

Par ailleurs, ce moment a influencé l'usage que les populations jeunes (21-35 ans) font des réseaux sociaux. Facebook, un réseau déjà très utilisé en Egypte, est devenu le lieu de débats sociétaux d'envergure sur des sujets jusqu'alors passés sous silence. Comme le souligne Leslies Piquemal dans l'introduction de l'ouvrage *Enjeux et luttes autour du genre en Egypte* (2018), « Le soulèvement de janvier-février 2011, un séisme dans l'histoire politique égyptienne, a ouvert la porte à un éventail d'évolutions en ce qui concerne les rapports de genre dans l'espace public » (Piquemal, 2018, p. 11). Dans cette veine, se sont créés des groupes et des pages de partage fonctionnant sur le mode de la « confession » intime partagée de manière anonyme (chapitre 3), qui ont nourri mon enquête.

Comme déjà cité Nawal, habitant au Caire et issue de classe populaire, fait le lien entre son divorce, une prise de conscience et le moment révolutionnaire. :

« *J'ai divorcé en février 2011 juste après la révolution, j'ai révolutionné tout ! (...) Moi je n'ai pas senti que je suis un être humain sauf le 28 janvier !*

S : Pourquoi ?

N : Moi j'ai participé à la veillée de la mort de Khaled Saïd devant la cour constitutionnelle. Khaled Saïd est la cause de la révolution égyptienne de 2011. C'était un jeune de la classe moyenne il s'était fait arrêter par la police (...) Et quand j'ai participé [aux soulèvements / manifestation), j'ai trouvé des jeunes de bonnes familles, naïfs, se faisant tous des bisous. Des filles qui fumaient dans la rue et c'est mal vu ! Alors j'étais étonnée et alors je les trouvais différents. J'ai commencé à chercher et à connaitre leurs problèmes et je m'intéressais plus aux appels sur Facebook. Mais je me suis dit : est-ce que ces jeunes naïfs peuvent s'opposer à la police ? Oui. C'est impossible alors que je ne suis pas descendue le 25

janvier…Et quand le mouvement a commencé à grandir je suis descendue avec mon fils ! » *(Nawal, 42 ans, entretien 2021, Le Caire)*

Le cas de Nawal n'est pas représentatif de la majorité des femmes égyptiennes qui n'ont pas pris part à 2011, cependant elle représente une certaine tranche de la population féminine cairote qui a pu profiter de 2011 pour accéder à plus d'informations sur la politique, y compris sur les questions de féminisme et de sexualité. Elle explique que ces événements ont été l'occasion pour elle de sortir d'un mariage avec un mari violent et de se mettre à utiliser les réseaux sociaux. C'est par ce biais plus tard qu'elle a pu entendre parler de la réparation de l'excision et suivre des pages comme « Confession of a married women » ou « Cairo Confessions ». L'espace de discussion a ainsi été fortement bouleversé et dynamisé par la révolution et les retombées en termes d'outils de communication et de plateformes de partage. La plupart des plateformes suivies dans le cadre de l'enquête ont d'ailleurs toutes été créées entre 2012 et 2014 – bien qu'aucune ne revendique un lien avec les événements de 2011 (ce qui peut être également un choix stratégique vis-à-vis du nouveau régime) -, l'opportunité apparaît comme plus technique qu'idéologique, la dimension idéologique, si elle existait, devant probablement rester dans l'implicite.

B - Le poids du monde associatif dans le parcours médical en France

Dans le milieu associatif, on constate une différence de représentation très forte entre les deux chirurgies. En effet, alors que les structures associatives semblent s'insérer comme un maillon à part entière dans les parcours de soin en ce qui concerne la réhabilitation clitoridienne, elles s'opposent clairement, la plupart du temps, aux hyménoplasties. En France, l'association d'accueil en santé sexuelle la plus généraliste est le planning familial, et lorsque j'ai eu l'occasion de rencontrer divers membres de plusieurs antennes d'Ile-de-France (75, 95 provisoirement fermée, 93), j'ai pu constater que toutes avaient une position anti-hyménoplastie forte. Soit il s'agissait de purement refuser une femme venant avec cette demande, soit (et j'ai compris qu'il s'agissait de la stratégie la plus courante) le personnel du planning se lançait dans une démarche de découragement des femmes demandeuses de ce soin. Une des responsables du planning m'explique par exemple :

> *« Eh bien si on en tient une… Parce que quand même, elles viennent pas souvent nous voir pour en parler hein… Comment dire ? Tu sais elles vont directement chez un chir' ou dans une clinique privée pour se faire rafistoler. Eux ils demandent rien, ça leur fait de la thune ! Donc quand elles viennent euh au planning. Enfin ici tu vois, moi je lui propose direct de voir la psy. Et puis si elle est pas là, je discute avec elle pour lui faire comprendre qu'elle*

peut pas se faire ça à elle-même. Il y a toujours une collègue qui peut prendre le temps. La laisser repartir se faire charcuter comme ça, non ! » (Sandrine, 62 ans, entretien 2021).

J'ai pu constater sur mon terrain que le rôle des associations était souvent celui d'intermédiaire, voire d'orientation vers la chirurgie dans les parcours d'accueil. De la rencontre avec différentes structures associatives, je retiendrai plusieurs points. Je me suis d'abord rendu compte que je suivais là le fil associatif d'un réseau parallèle pour lequel les conclusions mises en avant par Fatoumata Sylla dans son enquête sur les associations luttant contre l'excision ne s'appliquent pas. En effet, les associations qui ont fait l'objet de son enquête étaient souvent gérées par des femmes noires de seconde génération, souvent elles-mêmes excisées, et pour ces femmes, la démarche militante joue un rôle de réappropriation des discours et luttes autour de l'excision (Sylla and Andro, 2020). Le réseau parallèle que je découvre est surtout situé en région parisienne, il est plutôt dirigé par des personnes blanches retraitées ou ayant une profession médicale, nées en France et inscrivant leur démarche dans un processus d'accueil pour les femmes. Le discours s'en ressent en tant qu'il parle d'une position qui construit et instaure l'altérité vis-à-vis des femmes accueillies, souvent avec une coloration victimisante ou orientée vers un processus « d'intégration » des corps. Par exemple, sur le prospectus de l'une de ces associations on trouve écrit dans les objectifs : « Accompagner les victimes vers une résilience de leurs souffrances », et « Faciliter l'intégration et l'insertion des femmes et filles victimes en cours de demandes d'asile ». Simultanément sont organisées dans cette association des réunions mensuelles auxquelles j'ai pu assister, qui s'orientent souvent vers un fonctionnement du type groupe de parole et deviennent un lieu central de discussion autour de la reconstruction (encadré 20).

Encadré 20. Extrait du carnet de terrain du 26 juillet 2021 « Réunion à [nom de l'association] dans un centre de santé » :

Je reviens de la réunion de [nom de l'association], après avoir discuté de questions administratives pendant plus d'une heure, dans un format où les adhérentes n'avaient strictement rien à dire à part acquiescer tacitement aux dépenses faites par l'association (le rapport était très frontal : des militantes retraitées françaises en face du public d'adhérentes avec leur enfants). En discutant avec ma voisine je comprends qu'elle ne parle pas français et me mets à lui traduire le contenu de la réunion. Une autre commence à écouter mes traductions en anglais. Plusieurs ne comprennent rien à ce qui est en train de se dérouler sous leurs yeux : les fondatrices de l'association expliquent comment leur cotisation sont concrètement utilisées ou stockées. Je suis très mal à l'aise avec ce mode de fonctionnement. Finalement la présidente de l'association pose une question que j'ai prise en note : « Qui a des nouvelles à partager ? Des papiers obtenus, une opération réalisée ? Pour inspirer les autres peut-être… ». Une femme émue raconte sa réparation, toutes les autres commencent à lui poser des questions (la douleur, les délais, le lieu d'intervention) et surtout : est-ce que ça marche ? Aucune ne précise ce que cela veut dire ce « ça marche »… Est-ce que c'est la fonctionnalité sexuelle, l'esthétique, se sentir mieux dans son corps ? Elle parle du fait que son mari est lui aussi très content. Toutes se mettent à rire. Je demande à mon autre voisine qui parle français et comprend bien l'échange ce qu'elle en pense. Elle me dit en serrant un peu les dents qu'elle aimerait que son mari soit lui aussi d'accord avec la réalisation de la chirurgie. Elle n'ose pas lui en parler. Plus tard à la pause, elle m'explique, que son mari est venu en France avec elle. Il n'est pas pour exciser leur fille mais il vient quand même de la même communauté au Mali et elle a peur qu'il ne réagisse pas bien à cette idée de la réparation chirurgicale… Une autre femme intervient dans notre conversation : « Tu vas pas l'écouter quand même ? Si on est là c'est pour faire ça pour nous ! Je lui explique moi s'tu veux (rire). » Elles se mettent à rire ensemble. L'autre lui dit en riant : « oui je vous invite ! Vous lui parlez. » Je comprends que ce que pense le conjoint (s'il y en a un) est un sujet central au moment de la chirurgie, peu importent les appréhensions.

Je m'aperçois alors que le rôle des associations qui accompagnent les demandeuses d'asile a une influence déterminante sur le parcours médical des femmes. Elles contribuent en effet très fortement à les orienter vers la réparation du clitoris, ou au contraire à les en dissuader, ou encore à temporiser leur demande de reconstruction. Le GAMS France a par exemple créé une liste des unités de soin spécialisées sur l'accueil des femmes, une liste non exhaustive (annexe 1) qui de ce fait oriente dans une certaine mesure les parcours de soin. La responsable d'une association en Ile-de-France m'explique en entretien : « on les dirige sur les unités quand elles appellent ». Elle précise ainsi comment, de manière générale, le sujet de la reconstruction chirurgicale peut s'inscrire dans l'orientation et la « prise en charge » de l'association :

> *« Ben déjà, on accueille les femmes quand elles sont orientées la plupart du temps par les travailleurs sociaux, et quelquefois aussi par une amie qui est déjà passée, ou bien par une connaissance qui est déjà passée. On les reçoit et on leur demande d'abord – puisque nous on reçoit uniquement sur rendez-vous –, donc au préalable elles téléphonent pour prendre un rendez-vous, et quand elles téléphonent, on leur demande quelle est leur demande et faut que la demande soit vraiment explicite pour savoir si on peut prendre en charge ou pas. Du moment où la prise en charge rentre dans notre champ de travail on les reçoit ici, donc on élabore le dossier. Autant on a beaucoup plus de demandes d'asile qu'autre chose et donc on traite le problème avec eux. Quand la demande de la réparation s'impose maintenant et qu'on en parle*

aux femmes et qu'elles optent pour pouvoir faire la demande de réparation, de faire la réparation à ce moment-là on oriente vers l'unité qui est plus proche de leur lieu de résidence ou quelquefois un peu plus éloignée quand c'est la demande. » (Entretien Mimouna, Ile-de-France, 2021) »

Au fil de la discussion puis en rencontrant d'autres membres de l'association, y compris des femmes qui y sont allées, je comprends que ces premiers rendez-vous sont surtout orientés vers les questions administratives de demande d'asile. L'association représente un levier important pour soutenir les femmes dans leurs demandes, lorsqu'il s'agit de demandes d'asile ou de la protection subsidiaire[124] sur un motif lié à l'excision (de plus en plus, le statut de réfugié est octroyé aux petites filles qui risquent l'excision et les parents peuvent alors bénéficier du statut de vie privée vie familiale) : soit pour protection d'une fille venue également en France, soit par peur de représailles pour un engagement exprimé dans le pays d'origine contre la pratique de l'excision. Aussi, l'idée d'une réparation ne fait partie des demandes explicites de premiers rendez-vous que dans le cas des femmes de deuxième génération ou habitant depuis longtemps en France avec un statut administratif stable (ces femmes ne représentant pas la majorité des femmes sollicitant l'association) :

« SB : Et donc quand une femme arrive sur rendez-vous, ensuite si elle veut faire une réparation comment ça se passe ? Est-ce que beaucoup de femmes veulent faire directement une réparation ou ne sont pas forcément au courant ?

E : Non alors pas tout de suite. Elles ne parlent pas tout de suite de réparation, elles veulent plus la protection des petites. Et puis c'est par la suite, de fil en aiguille, qu'on leur parle de réparation, qu'elles se disent peut-être oui ou non, qu'elles réfléchissent un peu. Et puis après par la suite, ça peut prendre plusieurs temps hein, ça peut prendre plusieurs mois voire plusieurs années, avant qu'elles n'adhèrent à la situation de réparation. Et quand elles optent pour la réparation elles vont nous dire pis nous on oriente vers les structures adéquates. Mais, par contre, y en a beaucoup aussi qui ne désirent pas du tout faire la réparation parce qu'elles vivent, elles estiment qu'elles vivent très bien avec leur excision. Mais, en même temps, elles ne veulent pas exciser leurs petites filles donc elles continuent sur la voie de l'asile. » (Entretien Mimouna, salarié dans une association, 2021)

[124] Selon l'OFPRA, la protection subsidiaire concerne : « toute personne dont la situation ne répond pas à la définition du statut de réfugié mais pour laquelle il existe des motifs sérieux et avérés de croire qu'elle courrait dans son pays un risque réel de subir l'une des atteintes graves suivantes définies par l'article L. 512-1 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda) : la peine de mort ou une exécution; la torture ou des peines ou traitements inhumains ou dégradants; pour des civils, une menace grave et individuelle contre sa vie ou sa personne en raison d'une violence aveugle résultant d'une situation de conflit armé interne ou international. » Les personnes sont ensuite placées sous la protection de l'OFPRA qui leur accorde une carte de séjour pluriannuelle d'une durée maximale de 4 ans, délivrée de plein droit par la préfecture du lieu du domicile. « Un titre d'identité et de voyage est également délivré par la préfecture du lieu du domicile, à la demande de l'intéressé. Il est valable pour tous les pays, sauf celui de sa nationalité ou de sa résidence habituelle. » (plus d'information sur le site de l'OFPRA, consulté le 14/10/2022 : https://www.ofpra.gouv.fr/fr/asile/les-differents-types-de-protection/la-protection-subsidiaire).

Elle précise : « on leur parle de réparation », ce qui témoigne bien du rôle non négligeable des associations dans cette orientation en France des femmes excisées vers une prise en charge médicale.

Une des associations de lutte contre l'excision organisait également des réunions tous les mois, avec systématiquement un temps consacré aux témoignages de femmes sur leur parcours de santé et principalement sur cette reconstruction : celle qui ont fait la reconstruction, les autres questionnent, certaines annoncent fièrement qu'elles ont pris rendez-vous ou qu'elles y pensent. Elles s'encouragent et se renseignent les unes les autres. Cette institutionnalisation du témoignage sur leur chirurgie vient parfois du personnel associatif qui oriente la discussion vers ce sujet.

Dans cette même association, la chirurgie est souvent évoquée dès l'adhésion des femmes comme une procédure faisant partie d'un tout dans les démarches d'installation. Parmi les femmes interrogées de cette association, toutes expliquent avoir fait un travail d'investigation de la chirurgie auprès des autres adhérentes et semblent considérer la chirurgie comme faisant partie du parcours logique de prise en charge et d'accueil. Celles qui ne l'ont pas faite et que j'interroge me disent : on ne peut pas « encore » la faire pour des raisons administratives, de papiers, de temps. Mais c'est un « pas encore » qui revient. Il n'y a pas l'idée de ne pas la faire finalement. Elles ont par ailleurs toutes entendu parler de la chirurgie pour la première fois au sein de l'association et sont envoyées directement à la maison des femmes de Saint-Denis.

Cela n'est pas du tout le cas des femmes excisées françaises de deuxième génération – donc ayant des parents d'origine étrangère - que j'ai pu interroger. Ces dernières entendent parler de la chirurgie sur internet, par les réseaux sociaux. Et elles ont donc plus tendance à aller voir des chirurgiens privés ou non spécialistes.

Alors que les associations comme le GAMS ou SOS Africaines en danger orientent les patientes dans des unités de soin sélectionnés par leur soin. Le GAMS a même une liste officielle des unités recommandées pour les chirurgies de reconstruction (annexe 1), disponible en ligne sur leur site.

L'importance des réseaux de connaissance, de sociabilité et de militance est donc primordiale en ce qui concerne les patientes excisées, cependant il est majoritairement tourné vers les primo-arrivantes et non les femmes nées en France.

Pour ce qui est de l'hyménoplastie, les associations y sont majoritairement opposées et ne proposent aucun accompagnement ou alors avec beaucoup de réticence. De toute façon, les patientes ne semblent vouloir s'inscrire dans aucun réseau de professionnel·les. Elles cherchent avant tout des circuits courts. C'est ainsi que le monde du privé propose la réponse la plus « confidentielle » et « rapide ».

En comparaison, le réseau associatif égyptien est moins significatif pour comprendre l'offre de la chirurgie du clitoris, d'autant plus en ce qui concerne les hyménoplasties – très clandestines. En effet, des ONG internationales comme MSF, STARS, Caritas sont les premières à avoir demandé des enquêtes pour savoir si les chirurgies de reconstruction à destination de femmes excisées seraient bénéfiques en Egypte. Par ailleurs, des ONG nationales comme RestoreFGM qui souhaite devenir le premier centre pluridisciplinaire – sur les modèles européens – d'accueil de femmes excisées, ou bien les ONG Tadwein ou Nazra, sont des acteurs médiatisés qui participent à la production de chiffres sur l'excision en Egypte et parlent ouvertement des chirurgies reconstructrices. Cependant, on notera que ce réseau est beaucoup moins dense, avec très peu de bénévoles adhérents, si l'on compare avec les contextes français. On pourrait même dire que le monde associatif égyptien est très largement institutionnalisé. En effet, les petites associations de terrain comme celles que j'ai contactées à Alexandrie pour rencontrer des femmes (chapitre 3), ont toutes un rattachement à l'un des ministères du gouvernement égyptien. Seule RestoreFGM évoquée plus haut, créée par des médecins, est uniquement dédiée à la question de l'excision et de sa reconstruction.

C - Difficulté d'accès et rapport des femmes au médical

a) En Egypte, un rapport de défiance au médical

En Egypte, l'accès au médical diffère grandement selon les milieux sociaux. Pour des femmes issues de milieux populaires, les premiers services de santé visités vont être ceux qui garantissent la gratuité, il s'agira donc des hôpitaux publics ou des unités de soin publiques -la différence se situant ici au niveau de la taille des centres.

De fait dans l'accès, il y a la question financière. Peu de soins et consultations sont gratuits. Pour les femmes issues de milieux modestes, le calcul est vite fait entre les dépenses pour la famille et celles relevant de leur santé personnelle, comme en témoignent ces deux femmes en entretien :

G: Donc tu reprends un ancien médicament si les symptômes se répètent ?

N: Parfois en rentrant, on passe à la pharmacie et chacune...

M: Quand tu y vas, tu connais le médicament, tu l'achètes directement sans faire une autre consultation.

N: Tu peux utiliser une ancienne ordonnance.

M: Et c'est tout.

N: En gros, on préfère garder cet argent pour nos enfants, et les enfants ont besoin de beaucoup d'argent. (Entretien avec deux femmes à Alexandrie, Maïssa et Nour, mai 2021)

Et de manière générale, on retrouve très fréquemment une réticence des femmes à consulter des gynécologues. La première consultation est souvent liée à une première grossesse ou à un problème. Les visites de routine ne sont pas courantes, d'autant plus que la contraception est souvent taboue et vendue en libre-service dans les pharmacies. A cela s'ajoute l'absence de remboursement par une assurance maladie, et le passage par un médecin ne représente finalement qu'un tracas supplémentaire. La perspective de devoir se justifier devant un gynécologue ou un médecin de sa venue lorsque l'on n'est pas mariée est un repoussoir pour les femmes puisque, les rapports sexuels hors mariage étant « illicites », aller voir un gynécologue sans être mariée prend une teinte de transgression, peu importe la raison.

Par ailleurs, le choix du ou de la gynécologue n'est pas facile : il faut quelqu'un de confiance au niveau du secret médical - pour les raisons évoquées plus haut - mais aussi en raison des tabous sociaux autour de la sexualité en général. Des stratégies sont d'ailleurs mises en place par les femmes pour choisir le professionnel·les de santé qu'elles vont consulter :

« : Et je peux te dire autre chose, quand tu vas pour réserver…. Prendre un rendez-vous…. Tu demandes laquelle a le plus de patientes ou de consultation…

G: en fonction de la demande...

N: (rire)

M: oui, si elle a beaucoup de consultations c'est un indice qu'elle est plus compétente…. (Entretien avec deux femmes à Alexandrie, Maïssa et Nour, mai 2021)

Ensuite, pour certaines femmes, aller chez le médecin se fait toujours avec l'accord préalable du mari, voire, ce dernier va les y accompagner. Certains maris vont même d'abord contacter le centre pour y envoyer leur femme ensuite :

Parfois, le mari nous contacte pour nous dire qu'il veut faire venir sa femme parce qu'ils ont des problèmes, qu'il a entendu parler de notre centre et qu'il veut savoir quelles sont les solutions mais qu'il ne veut pas venir. Vous savez donc qu'il y a une sorte de contradiction dans la société ici. Les hommes exigent d'être circoncis avant le mariage. Mais ! Ils se plaignent des problèmes de fonction sexuelle quand ils sont mariés et ils ont des problèmes avec ça parce qu'évidemment ils n'aiment pas... (Entretien Dr. Rana, Le Caire, mai 2021)

En effet, au cours du terrain, plusieurs femmes ou connaissances m'ont expliqué que venir seule consulter un gynécologue était mal vu. La femme est alors perçue comme seule, non soutenue par son entourage. Elle est directement perçue comme marginale, soit victime, soit suspecte. On vient alors à la consultation avec sa famille (sœur, cousine, mère, frère, mari) ou ses amies.

La question de savoir si le professionnel·les de santé est un homme ou une femme est également centrale dans le choix réalisé et va être un des paramètres de préoccupation des femmes dans leur recherche d'un professionnel·les de santé. Deux enquêtées vivant dans un quartier populaire d'Alexandrie, avec lesquelles nous avons fait un entretien à deux, nous expliquent que deux facteurs entrent en ligne de compte pour elles :

« M: On a aussi honte, on est plus à l'aise avec des femmes. Elle peut te comprendre.

N: tu peux plus facilement parler avec elle.

M: en plus aussi nos maris ne voulaient pas qu'on aille chez des gynécologues hommes.

N: oui c'est vrai.

M: mais c'était avant.

G: ça dépend des femmes, il y a certaines qui préfèrent les hommes et elles disent que les femmes ne sont pas…

M: compétentes…. Non pas toutes.

G: il y en a d'autres qui préfèrent les femmes parce qu'elles sont timides.

N: non… comment elles ne seraient pas compétentes ? Elles ont fait des études.

M: tout d'abord ton mari va refuser que tu ailles chez un médecin homme et c'est normal.

N: pour les hommes, c'est normal… même s'ils ont fait des études. c'est leur nature… ils refusent.

G: ils sont jaloux ?

N: oui c'est de la jalousie peut-être.

M: surtout pour les gynécologues, si c'est un généraliste ou un O.R.L c'est okay, ça va ou même un cardiologue, ce n'est pas un problème, mais pour aller chez un gynécologue, c'est un peu sensible. » (Entretien avec deux femmes à Alexandrie, Maïssa et Nour, mai 2021)

D'autres femmes refusent simplement le plus possible d'aller consulter, et cela en raison du rapport de défiance qu'elles ont avec le monde médical. Plusieurs enquêtées soulignent leur manque de confiance envers les médecins et aussi le fait qu'ils soient intéressés par l'argent, ce qui entraine des abus. Enfin certaines parlent de leur excision par des médecins et rejettent en bloc l'institution médicale. Pour l'une des professionnel·les de santé interrogée, qui est psychologue dans le centre associatif de Restore FGM (présenté en chapitre 3, schéma 5, p. 113), le milieu médical peut aussi susciter des réactions repoussoirs de manière instinctive chez certaines femmes. Le lien n'est pas toujours explicitement fait avec l'excision subie pendant l'enfance, mais les femmes vont chercher à contourner, éviter le moment de la consultation :

« Mais les FGM représentent un traumatisme à plusieurs niveaux. On a un traumatisme au niveau du développement parce que cela a pu se produire dans la maison d'enfance ou par l'intermédiaire des parents de l'enfant. Donc c'est quand même quelque chose. C'est de l'ordre du traumatisme au niveau du développement. Cela peut être aussi un traumatisme médical si cela a été fait par un professionnel, ce qui fait du monde médical en général, un élément déclencheur [du traumatisme]. Cela a un aspect déclencheur. Beaucoup de femmes n'ont pas forcément la capacité d'aller voir des docteurs, surtout des gynécologues en raison de ce traumatisme, même si elles n'en ont pas conscience. Mais c'est à ce moment-là que cela se produit... ou c'est pourquoi cela arrive. » (Entretien psychologue Dr Youmma, Le Caire, 2021)

b) Un impératif d'anonymat : se faire opérer en secret

Toutes les femmes rencontrées sont loin d'avoir été obligées de cacher leur opération à leurs proches. Cependant pour beaucoup, ces chirurgies représentent la transgression d'un tabou social dans leur société d'origine ou leur société d'accueil.

Le topos du secret et du non-dit revient alors régulièrement et plus particulièrement autour des hyménoplasties. En effet, plusieurs patientes m'expliquent en entretien ou sur les forums

qu'elles donnent des faux noms dans les cabinets de chirurgie – chose confirmée par les professionnel·les de santé. L'idée de ne pas se faire reconnaître est central. Radwa, une patiente d'hyménoplastie, m'explique que son choix de retourner en Tunisie est aussi motivé par le fait d'être sûre de ne pas croiser son père à Tunis et et d'être ainsi plus tranquille pour l'opération.

Cela peut être également le cas pour certaines patientes de réhabilitation clitoridienne très impliquées dans des réseaux communautaires et diasporiques issus de leur pays d'origine en France. Comme Aïcha qui m'explique qu'elle n'a parlé de son opération qu'à une personne de sa communauté d'origine en France et qu'elle s'est d'ailleurs brouillée avec plusieurs amies lors de sa convalescence après l'opération. Personne ne comprenait qu'elle ne puisse pas sortir, qu'elle ne donne pas de détail sur l'opération qu'elle avait subie, qu'elle ne veuille pas de visite. Elle a été contrainte de beaucoup s'isoler pendant deux mois. De même, en Egypte, les réseaux familiaux et communautaires étant souvent très présents dans le quotidien des femmes interrogées, plusieurs ont demandé aux médecins de faux certificats médicaux, pour cause d'abcès, etc.

II - La prise de décision : les réticences, pressions sociales, pressions intériorisées

A - Le référent religieux et ses déclinaisons discursives en France et en Egypte

L'importance du référent religieux en Egypte ne peut être déniée, bien qu'en tant que pratique courante sociale elle n'est pas aussi significative qu'on pourrait le croire, et cela aussi bien dans les communautés coptes qui représentent environ 15% de la population égyptienne que dans les communautés musulmanes sunnites majoritaires. Il est primordial de préciser que le discours religieux islamique - bien plus que chez les Coptes qui ne bénéficient pas de la même visibilité ou des mêmes supports de communication pour leur diffusion - est loin de rechigner à parler des corps féminins de manière très concrète et détaillée. Parler des parties génitales d'une femme, de la sexualité est très couramment présent dans les prédicats de chefs religieux dans les mosquées lors du prêche du vendredi ou à la télévision. Les discours de chefs religieux connus comme Saleh Lohaidan, Youssef al-Qardaoui se retrouvent sur les chaines égyptiennes, qataries ou saoudiennes et sont largement regardés dans la société égyptienne,

comme le souligne l'essayiste féministe Mona Eltahawy (2015). Sur mon terrain, une femme française d'origine tunisienne m'explique : « quand on allait en Tunisie, on regardait beaucoup la télévision et petit à petit l'offre des chaînes du golfe a fait entrer les prédicateurs religieux dans le quotidien des femmes de ma famille ». Elle m'explique que pendant longtemps pour voir les dessins animés et autres cartoons, les foyers tunisiens de Tunis captaient les chaînes italiennes, avant d'avoir enfin une offre en arabe venue du golfe. Cela a eu impact non négligeable sur les mentalités et la diffusion du discours religieux désormais dédié aux questionnements du quotidien – cuisine, mariage, sexualité, éducation des enfants (Guaaybess, 2012). Mona Eltahawy parle même d'une « obsession », dans le discours religieux, pour les parties génitales et « les orifices comme ce qui en sort » (Eltahawy, 2015). Le chef religieux saoudien Saleh Lahaidan déclare en 2013 que conduire pour les femmes abîme leurs ovaires[125]. Il se réfère pour cela à des « études médicales » sans citation précise. Souvent le discours religieux s'inspire de sources médicales, y puise ses arguments, voire s'associe à la parole d'un médecin lors d'une émission qui les réunit.

C'est donc dans ce contexte spécifique que le sujet de l'hyménoplastie ou de l'excision peut être finalement discuté de manière très explicite dans le discours religieux. C'est le cas de la fatwa citée plus tôt du grand Mufti d'Al-Azhar, Ali Gomaa, déjà évoqué dans le chapitre 4, défendant les réfections d'hymen dans le but de protéger les femmes et la vie conjugale (chapitre 4). Les interventions d'Ali Gomaa, dans plusieurs émissions égyptiennes, se sont accompagnées de la parole de médecins en introduction ou conclusion, réalisant ainsi une alliance entre paroles religieuse et médicale. Les discours peuvent varier selon les chefs religieux et les médecins choisis mais ce procédé d'allier les deux registres renseigne à quel point religion et science déterminent les discours d'un pouvoir légitime dans le contexte égyptien, et qu'ils sont bien loin de s'opposer l'un à l'autre comme cela peut être couramment le cas dans des contextes européens – particulièrement en France où la séparation de l'Eglise et de l'Etat de 1905 est une date fondatrice dans les discours nationaux, le droit, la politique, etc.

[125] Déclarations sur le site d'information Sabq en 2013 : « Si une femme conduit une voiture alors qu'elle n'en a pas absolument besoin, cela pourra avoir des impacts physiologiques négatifs. En effet, des études médicales montrent que cela affecte les ovaires et fait remonter le pelvis. C'est pourquoi l'on a trouvé que les femmes qui conduisent régulièrement ont des enfants atteints de problèmes cliniques à des degrés divers » (Eltahawy, 2015), plus d'information sur l'article de la BBC « Imam saoudien : les femmes qui conduisent risquent de donner naissance à des enfants difformes », (rajul din saeudiun: almar'at alati taqud alsayaarat takhatur 'atfal mushawahin) publié le 29 septembre 2013, consulté 11/10/2022 : https://www.bbc.com/arabic/middleeast/2013/09/130929_saudi_cleric_women_driving

En France, le rapport au religieux est inversé par rapport au contexte égyptien. En effet, on passe d'une population musulmane majoritaire en Egypte à une population en France identifiée – voire auto-revendiquée – comme minoritaire et liée à une histoire migratoire spécifique (chapitre 1). Par conséquent, bien que le référent religieux – et ici il ne s'agit pas forcément d'une pratique régulière mais plutôt d'une coloration culturelle attachée à une histoire religieuse – soit en recul en France depuis plusieurs décennies, pour certains groupes, il peut, en réaction, prendre de l'importance. A ce propos, Michel Bozon commente l'impact d'une socialisation religieuse sur l'initiation sexuelle et le contrôle des corps sexués – qui est encore particulièrement significatif chez les femmes musulmanes affirmées en France, comme mentionné dans le chapitre 4. Il relie ce phénomène à la position « minoritaire » du groupe des populations musulmanes en France et mentionne l'idée d'un « ethnocentrisme moral » :

> *« Si la socialisation religieuse créait traditionnellement un encadrement particulier à l'usage des femmes, l'individualisation du rapport à la religion et les progrès de l'indifférence religieuse ont beaucoup réduit son action inhibitrice. Le maintien de cet effet restrictif au sein de certaines religions traduit ce qu'on peut appeler un « ethnocentrisme moral ». Il s'agit, par une action réactive, pour des groupes en situation minoritaire, de se distinguer des majoritaires par un comportement irréprochable, impliquant un contrôle de la pureté des jeunes femmes et de la virilité hétérosexuelle des hommes. » (Bozon, 2018, p. 6)*

Ainsi, la socialisation religieuse est plus un référent identitaire qu'un motif religieux. Les femmes s'intègrent au groupe d'origine par le respect de certaines règles autour de la sexualité. Sur un Forum, une femme écrit par exemple :

> *« Bonjour,*
>
> *J'ai eu des rapports sexuels donc ça fait que j'ai perdu ma virginité et maintenant je vais me marier. Vu que je suis musulmane chez nous l'homme doit nous trouver vierge mais je ne sais pas comment faire d'après une recherche sur internet j'ai peut-être trouver une réponse à ma question. C'est de faire une hyménoplastie. »*[126]

Elle souligne son appartenance comme une donnée qui l'oblige, un automatisme culturel et non une pratique spirituelle. Cette dimension peut être mise en lien avec l'idée de la construction d'un honneur en migration que mentionne Simona Tersigni (2001): une pression à

[126]Message « Sos Hyménoplastie » du 15 mars 2010, consulté le 04/05/2021 : https://www.estheticon.fr/patients/759719/hymenoplastie-reussie-par-le-dr-viard-a-lyon-i213568?utm_medium=email&utm_campaign=diskuzni-prispevek-visitor&utm_source=publikovani&utm_term=cnrs.fr&utm_content=BL_1#815533

l'exemplarité qui finalement se cristallise autour des comportements féminins. C'est ce que décrit dans son entretien Jasmine :

> *« S : D'accord ? Comment on différencie une femme vierge, d'une femme non-vierge ?*
>
> *J : Alors si je me replace des années auparavant, parce que maintenant ma conception a complètement changé mais à l'époque c'était effectivement un rapport de pureté et puis de se respecter soi et de respecter les autres aussi, sa famille, son éducation. Si tu veux à l'époque, en tout cas les idées qui étaient véhiculées au sein des familles maghrébines. Celles que j'avais dans la mienne, c'était vraiment : est-ce que ton hymen est encore intact ou pas ? Voilà ce qu'on nous disait à l'époque. Est-ce que ton hymen, il est encore là, pas là. Voilà c'était ça. » (Entretien Jasmine, 29 ans, 2021)*

Elle me raconte ensuite qu'on lui a déjà demandé directement dans sa famille si son hymen était intact : ses tantes et ses cousines. Au détour d'une conversation entre femmes, en petit groupe, la question peut arriver à l'adolescence, au début de la vie d'adulte. Elle me précise que c'est très important pour ses parents de savoir s'ils vont pouvoir marier leur fille ou non.

B - L'hymen : enjeu social, symbole négocié et signifiant

En France, la croyance en l'hymen-virginité est encore prégnante quoique souvent décriée dans les espaces publics : la médecine est hostile aux tests de virginité, le politique aussi – on a déjà évoqué les déclarations de Marlène Shiappa et Gérard Darmanin sur la question, voir chapitre 4 – mais le maintien de cette croyance est subtil et presque dissimulé. En Egypte, cette croyance est une proclamation assez ostentatoire, au point qu'elle peut être renforcée par les pratiques des forces de l'ordre. En effet, en 2011 à la suite des soulèvements de la place Tahrir, des centaines de manifestantes ont subi des tests de virginité forcés de la part des forces de l'ordre qui tentaient ainsi de décrédibiliser les manifestantes comme étant des femmes non vierges et, de ce fait, débauchées, qui délégitimaient le mouvement. Après la destitution, plusieurs femmes révolutionnaires alors en prison ont de nouveau subi des tests – vraisemblablement même parfois par des officiers et non par du personnel médical – afin de prouver qu'elles n'avaient pas été violées en prison par des militaires ou bien par la police. Cependant ces tests forcés n'avaient visiblement aucun sens institutionnel, aucun statut déclaré et ont amené à des abus, des traumatismes plus forts (voir par exemple le témoignage de Salwa el Hosseiny et le rapport de l'association féministe Nazra for Feminist Studies regroupant des

témoignages de ces événements depuis 2011[127]). La sociologue Mariz Tadros écrit à ce sujet que « cet usage de la sexualité était politiquement motivé, planifié et orchestré de manière méthodique » (Tadros, 2013). Mais ce que ces tests de virginité menés par les forces de l'ordre nous apprennent est carrément que les hymens des femmes égyptiennes « appartiennent » à l'Etat et s'inscrivent dans des dynamiques de construction symbolique de l'identité nationale – aussi bien lorsqu'il s'agit du maintien du régime d'Hosni Moubarak que d'un nouvel ordre politique en construction après la destitution.

En tout cas, les hymens semblent entretenir des liens d'appartenance à un collectif, quand bien même ceux-là se logent dans la plus grande intimité corporelle des femmes. Dans des formes plus subtiles, la valeur de l'hymen est d'abord reliée à un collectif plus restreint en Egypte comme en France, celui de la famille. La militante Mona Eltahawy écrit dans l'un de ses livres : « Nos hymens ne nous appartiennent pas ; ils appartiennent à notre famille » (2015). De même, la féministe, psychologue égyptienne Naoual El Saadaoui écrit en 1982 dans son livre la *Face cachée d'Eve* : « La société arabe continue de considérer la fine membrane qui recouvre l'orifice vaginal comme étant la partie du corps la plus précieuse et la plus importante pour une fille (…) Qu'une fille perdre un œil, sa famille considérera cela moins grave que si elle venait à perdre sa virginité » (El Saadaoui, 1982, p. 132).

C - Un silence de classe en Egypte, obstacle au développement de la reconstruction clitoridienne

En arrivant sur mon terrain égyptien, plusieurs recommandations m'ont été faites : ne pas parler à n'importe de qui de ma recherche ou simplement du fait d'être chercheuse, toujours parler de certains thèmes politiques ou liés à la sexualité en termes « neutres », attendre que l'autre dise sa pensée en premier. Le climat ambiant était à la méfiance dans les groupes d'expatrié.es, comme au sein des élites égyptiennes internationales que j'ai été amenée à côtoyer plus que d'autres catégories de population, dans mon quotidien au Caire. Ce phénomène d'entre-soi est fréquent lorsque l'on est identifié comme « occidentale » dans certains pays, ce que décrit Amélie Le Renard avec beaucoup de perspicacité dans ses travaux en Arabie saoudite (Le Renard, 2019). Ayant déjà de nombreuses connaissances au Caire et en Egypte du fait de mes études à la Sorbonne, jumelée à l'Université du Caire, j'ai pu bénéficier de soutien et

[127] Sexual Assault and Rape in Tahrir Square and its Vicinity: A Compendium of Sources 2011 – 2013, February 2013, consulté le 12/10/2022 : https://nazra.org/sites/nazra/files/attachments/compilation-_of_sexual-violence_-testimonies_between_20111_2013_en.pdf

recommandation, de la part d'ami.es et connaissance, pour contacter d'autres personnes pour ma recherche. La plupart des personnes rencontrées appartiennent à ces élites « internationales »[128] qui ont fait des lycées bilingues au Caire ou à Alexandrie, sont proches des instances de pouvoir au niveau de leur entourage familial, amical, professionnel. Autour de moi, sur le terrain, plusieurs enquêté.es m'ont affirmé : « mais l'excision c'est fini presque, en Egypte ». Consciente des chiffres, j'entends ces remarques comme autant de témoignages du silence qui entoure la pratique. Des amies égyptiennes de mon âge me racontaient par exemple qu'elles n'avaient jamais entendu parler d'excision avant les campagnes de prévention à la télévision, les médias, alors qu'elles étaient déjà presque adultes. Les fractures entre les mondes sociaux me semblaient incompréhensibles, au vu du niveau élevé de la pratique, à savoir plus de 90% de la population des femmes âgées de 15 à 49 ans concernées par l'excision, selon les chiffres de 2014 (chapitre 4). J'ai progressivement compris que même si l'excision existait dans une moindre mesure dans ces milieux, elle était surtout impossible à dire et particulièrement, d'en parler aux nouvelles générations. Une amie égyptienne engagée m'a par exemple confié n'avoir jamais demandé à sa grand-mère si celle-ci était excisée, par peur qu'elle le soit vraiment. D'autres amies m'ont expliqué leur choc d'apprendre la proximité de cette pratique, au sein même de leur famille, qu'elles ont découvert tardivement. Lors d'entretiens avec des institutionnel·les travaillant dans des ministères ou des ONG, j'ai été étonnée d'entendre ce même discours, m'assurant que la pratique de l'excision était devenue marginale, et de constater leur gêne lorsque je leur montrais les statistiques les plus récentes. Un épisode historique m'est alors revenu en mémoire, que j'avais découvert au début de mes recherches. En 1994, le président Hosni Moubarak avait publiquement affirmé que l'excision était de l'histoire ancienne en Egypte. C'était en parallèle de l'accueil en Egypte d'un événement international : une conférence population et développement de l'ONU. Quelques jours plus tard, la chaîne CNN diffusait la vidéo d'une petite fille égyptienne en train d'être excisée[129], cela a créé un tôlé international et a amené le gouvernement égyptien à mettre en place les premières mesures législatives de lutte contre l'excision (chapitre 4). Soit le président égyptien avait souhaité dissimuler la vérité, soit il ignorait simplement la réalité sur cette pratique. Dans tous les cas, il portait une parole présente dans les élites internationales égyptiennes et la classe dirigeante de

[128] Principalement appartenant à des classes sociales très éduquées, ayant très tôt voyagé dans le cadre de leurs études, ayant des familles capables de les soutenir durant plusieurs années à l'étranger pour leurs études en Europe ou aux Etats-Unis.

[129] Un procès a été attenté à la chaîne suite à cette diffusion. CNN a finalement été acquittée. Plus d'informations sur archives Le Monde, 02 septembre 1997, consulté le 12/10/22 : https://www.lemonde.fr/archives/article/1997/09/02/cnn-acquittee-apres-son-reportage-sur-l-excision_3775036_1819218.html

l'époque : l'excision n'avait aucune existence dans ces milieux : entre le non-dit et le non-connu, se joue vraisemblablement quelque chose de l'ordre du déni. Ces discours proprement situés socialement existent toujours et se réactualisent sans cesse en Egypte : la pratique de l'excision y apparaît comme archaïque et conforte en cela les mentalités européennes. Cela témoigne d'une fracture sociale forte autour du « dire » et privatise ce qui est vécu dans ce domaine : représentations, choix, pratiques…. Tandis que dans des milieux plus populaires, le rituel de la sunna (une des appellations de l'excision la renvoyant à une connotation religieuse musulmane) était une pratique sociale vécue dans le collectif. Une femme à Alexandrie m'a par exemple raconté : le passage d'une maison à l'autre des groupes de femmes allant chercher les jeunes filles prêtes à être excisées, les rappels des voisins lorsqu'une fille commençait à être grande : « elle est en âge » (Inaya, 37 ans, entretien Alexandrie 2021).

Ainsi par extension la réparation s'inscrit dans ces mêmes tabous : les femmes qui ne sont pas excisées soulignent « on n'en a pas besoin, ça se fait plus » (Inaya), et parmi les classes moyennes supérieures, les femmes excisées ne peuvent pas en parler à leurs proches, craignant justement d'être stigmatisées comme « femmes mutilées ».

Enfin, une autre méfiance existe, propre à la réhabilitation clitoridienne et indépendamment du milieu social : la peur d'un second traumatisme. Subir à nouveau une intervention sur leurs parties génitales peut être un second traumatisme : « Je ne veux plus qu'on me touche en bas, personne ! » (Entretien Hana, 35 ans, notes de terrain, mars 2021, Caire). La psychologue rencontrée au Caire souligne à ce titre que toute chirurgie peut avoir un impact psychologique néfaste, la réhabilitation clitoridienne peut donc l'être d'autant plus si elle réactive un traumatisme antérieur :

> *« (…) n'importe quelle chirurgie est reçue par le système nerveux comme une attaque donc il y a une possibilité que certaines personnes, qui subissent une chirurgie, développent un stress traumatique après. Certaines ont ce résultat et cela ressemble à un trauma court, comme trois ou six mois et certaines peuvent développer après PTSD (Post-traumatic stress disorder). C'est très très commun, par exemple dans les chirurgies orthopédiques ou comme les chirurgies qui ont été réalisées sur des os. (Entretien Psychologue Dr. Youmma, mai 2021).*

Enfin, les dernières réticences se cristallisent au niveau de la signification même de l'excision, vue comme marqueur identitaire « les filles chez nous, c'est comme ça. » (Entretien Nawal, mars 2021, Le Caire), alors qu'à l'opposé les chirurgies de reconstruction sont perçues comme étrangères au contexte égyptien. L'extériorité de cette pratique médicale dans le

discours de certaines enquêtées les en éloigne. L'une d'elles déclare : « oh non c'est des gens gâtés, c'est en France et pas ici » (entretien deux femmes, Maïssa et Nour, Alexandrie, mai 2021). Aussi, même pour les patientes les plus jeunes, celles ayant moins de 21 ans et qui doivent donc obtenir une autorisation parentale pour avoir une prise en charge médicale, la pression familiale et/ou, de leur propre fait, la peur de l'exclusion de la communauté après s'être faite réparer, jouent également.

D - Le choix du médecin, des réticences genrées ?

Les constructions genrées sont signifiantes dans les réticences des femmes vis-à-vis des opérations génitales étudiées. En France, il s'agit de trouver le médecin discret, qualifié, mais la question genrée n'apparait que de manière anecdotique.

En Egypte, c'est un paradoxe dans la demande : un homme ou une femme pour une opération ? Les choix sont multiples mais articulés autour de justifications récurrentes dans les discours collectés : une femme représente une alliée et une mise en confiance plus grande, un homme représente une qualification supérieure sur le plan médical.

Cette conversation informelle, rapportée dans mon carnet de terrain à la suite d'une rencontre avec une employée d'une organisation internationale travaillant sur des sujets liés aux femmes, témoigne bien de cette problématique :

> *Nous parlons durant un moment de la question de la différence des genres dans le choix d'un.e professionnel.le de santé. Elle m'explique : « Tu sais ici les femmes vont plutôt être à l'aise avec des femmes ou elles vont refuser de parler avec des hommes médecins. Et pas que pour ces sujets. En général, ça va être très dur de faire en sorte que les femmes aient accès à la santé parce que justement il y a cette réticence de se faire traiter par quelqu'un qui est un homme. »*
>
> *Et en même temps, elle dit qu'il y a la question des qualifications : les hommes sont plus qualifiés c'est une représentation courante visiblement. Ils sont plus compétents. Elle a utilisé le mot "decisive", soit apte à prendre des décisions rapidement. Elle précise qu'ils réagissent mieux dans des situations stressantes. (Extrait du carnet d'entretien, 14 février 2021)*

Ces représentations évoquées par les femmes interrogées s'inscrivent dans ce que Françoise Hériter nomme une « valeur différentielle des sexes », montrant que les valeurs associées au féminin sont systématiquement déconsidérées par rapport à celles associées au

masculin même si les valeurs liées à l'un ou l'autre des deux sexes peuvent varier selon les sociétés (Héritier, 1996).

Ici la proximité émotionnelle est du côté des femmes tandis que la compétence et l'expertise sont du côté des hommes. Ces représentations sociales genrées sont également fondées historiquement dans la société égyptienne par l'arrivée récente des femmes à des postes de médecine, la discipline médicale étant un domaine où la gent masculine est encore largement sur-représentée (chapitre 4).

* *

*

Ainsi, face aux diverses raisons évoquées, les patientes construisent leur parcours de santé selon des aléas liés à leur réseaux d'accès à l'information d'une part, aux réseaux de sociabilité dans lesquels elles s'inscrivent d'autre part. Parfois, les difficultés d'accès et le ressenti de pressions sociales peuvent alors jouer sur la demande.

Ce chapitre permet ainsi de souligner la dimension non linéaire et loin d'être standardisée des parcours. Les trajectoires de soin s'articulent avec des contextes, des parcours individuels et également des logiques de classe, comme par exemple la situation, dans certaines classes sociales, où le tabou entourant ces chirurgies peut être plus fort et empêcher la circulation d'information sur ces chirurgies. Par ailleurs, les paroles de femmes que j'ai collectées témoignent également de construction à l'échelle individuelle d'attentes bien spécifiques au niveau de ces reconstructions génitales : le lien avec un conjoint, une renégociation symbolique de leur capital corporel, des reconstructions psychiques. J'ai voulu rendre compte de la complexité de ces demandes et de la prise de décision, en tant qu'elles s'articulent avec des trajectoires plurielles au plan sexuel, mais également en termes de parcours de vie. La pluralité des situations sociales selon les contextes laisse à voir des pratiques médicales qui sont finalement en permanentes adaptations et évolutions selon la demande des patientes. Ce constat explique d'ailleurs pourquoi les protocoles accompagnant ces chirurgies semblent toujours soumis à des changements, à des adaptations, à l'ouverture de nouveaux centres, et fluctuent entre divers espaces de santé (chapitre 8).

Ce chapitre se focalisait donc sur les expériences individuelles et leur articulation avec les réseaux et espaces de prise en charge des deux contextes nationaux étudiés. Néanmoins, il

apparaît dans le discours des patientes qu'elles se retrouvent, dans leur parcours, confrontées à un certain nombre d'injonctions sociales et de normes qui dépassent l'expérience individuelle. Il s'agira donc de revenir dans le chapitre suivant sur les dynamiques structurelles émergeant des témoignages de patientes et sur les stratégies mises en place pour y répondre.

Chapitre 7 : Les patientes face à des injonctions sociales structurelles, stratégies de contournement et résistance

Dans ces trajectoires plurielles décrites, mises en discours par les patientes dans le chapitre précédent, des dynamiques structurelles se mêlent aux expériences individuelles. Il s'agira dans ce chapitre de les aborder, toujours du point de vue des patientes, et d'observer en quoi les logiques et injonctions émanant des rapports sociaux, des institutions, des systèmes, sont comprises, utilisées et négociées par les patientes. Celles-ci se retrouvent notamment confrontées à des logiques sociales d'intégration ou de (re)intégration dans des groupes sociaux. Les opérations de reconstruction génitales semblent alors s'inscrire dans ces processus de (re)alignement des corps, et de négociation de la norme corporelle pour les femmes. De même, les impératifs matériels – évoqués dans le chapitre 1 comme clés de la compréhension sociale de ces chirurgies, si l'on suit la méthode d'analyse de D. Kergoat (2009) - d'accès à ces chirurgies induisent des effets sur la demande (sa mise en place, des mobilités thérapeutiques, etc). Dès lors, les femmes mettent en place des stratégies ou renoncent au projet de santé, à partir de ces impératifs. Enfin, nous allons aborder le problème du lien avec l'institution médicale sous l'angle des questions d'ignorance concernant les corps féminins et la sexualité, ainsi que sous celui de l'interaction clinique médecin/patiente, en tant qu'injonctions normatives et symboliques inhérentes à ces chirurgies spécifiques.

I - Dynamiques « in and out » : la question de l'intégration ou du (re)alignement social des corps par l'intervention chirurgicale

> *« Parfois, les orifices du corps semblent représenter des points d'entrée ou de sortie des groupes sociaux comme la perfection corporelle peut symboliser une théocratie idéale » (Douglas, 1966, p. 26)*

Je parlerai ici surtout d'une dimension spécifique de ces chirurgies, à savoir le processus de (re)alignement social corporel qu'elles impliquent pour les femmes. J'entends par (re)alignement corporel, le fait que leur corps est, par une action ou une autre, en quelque sorte sortie d'une « ligne » de conduite, n'a plus la forme attendue socialement dans le groupe au sein duquel elles vivent désormais. Ces femmes peuvent être alors dans une logique de retour,

de réajustement à leur milieu d'origine ou au contraire d'adaptation à un nouveau groupe. C'est donc au cœur de leur trajectoire individuelle que s'explique leur demande chirurgicale, qui s'articule néanmoins avec des dynamiques sociales de conformité des corps aux groupes : des dynamiques « d'in et out ». Je reprends ici l'apport théorique issu de l'Ecole de Chicago et de l'interactionnisme symbolique, très bien développé dans le livre *Outsiders* de Becker (1985) qui questionne les logiques de conformité ou non-conformité à un groupe social, aboutissant parfois à se sentir « étranger au groupe » ou du moins être un·e « outsider » de ce groupe :

> *« Tous les groupes sociaux instituent des normes et s'efforcent de les faire appliquer, au moins à certains moments et dans certaines circonstances. Les normes sociales définissent des situations et les modes de comportement appropriés à celles-ci : certaines actions sont prescrites (ce qui est « bien »), d'autres sont interdites (ce qui est « mal »). Quand un individu est supposé avoir transgressé une norme en vigueur, il peut se faire qu'il soit perçu comme un type particulier d'individu, auquel on ne peut faire confiance pour vivre selon les normes sur lesquelles s'accorde le groupe. Cet individu est considéré comme étranger au groupe [outsider]. » (Becker, 1985, p. 26)*

Les symboliques de ces chirurgies – comme beaucoup d'interventions de transformation dont la nécessité thérapeutique n'est pas évidente – a alors à voir avec des logiques d'inclusion et d'exclusion, parfois de manière très subtile ou intériorisée, qui reviennent à une auto-exclusion ou de l'auto-inclusion symbolique (pas nécessairement verbalisées par les membres du groupe) et qui dépassent ainsi les processus d'étiquetage décrits par Becker.

En effet, en ce qui concerne la reconstruction des femmes excisées, il semble exister une dimension forte d'adaptation à la nouvelle société pour plusieurs motifs : sortir de son statut de « victime » pour être physiquement et symboliquement réparées, accéder à de nouveau partenaires (sexuels) en dehors de la communauté d'origine, s'affirmer au niveau symbolique hors de la communauté d'origine, etc. Cela a aussi des retombées, de l'extérieur, sur la perception sociale de ces femmes. Comme le souligne une des enquêtées, membre de d'une association à destination des femmes excisées en France, qui accompagne elle-même des femmes migrantes souhaitant se « battre contre l'excision » : « elles arrivent en France, et ce sont des battantes. Elles sont maintenant de vraies parisiennes, réparées, militantes, travailleuses ! ». La réparation semble alors accompagner un processus d'intégration des corps dans la société d'accueil.

Par ailleurs, il est important de souligner l'imbrication complexe qui existe entre les chirurgies réparatrices et la situation de migration des femmes. Car la réparation peut être un maillon facilitant l'obtention de papiers, ou du moins, le désir de réparation attesté par un

médecin peut jouer un rôle significatif dans la procédure d'accueil. A ce titre, un chirurgien interrogé déclare :

> *« En général, il y a des femmes qui viennent pour des papiers d''asile, en France. Pour accélérer les démarches d'asile, pour avoir un certificat médico-légal qui dit qu'elle a été mutilée et qu'elle va protéger ses filles. Donc elle peut aller à la réparation pour avoir le papier » (Dr.Maurice, chirurgien, entretien Zoom 2021).*

Il semble que cette chirurgie s'inscrive dans des stratégies d'intégration tant au plan rhétorique que factuel, sans que bien sûr il s'agisse de la seule dimension qui les caractérise. Une avocate m'a ainsi déclaré en parlant des femmes excisées, souvent en procédure pour une réparation : « Elles sont des militantes de toutes les libertés, point final ! Il n'y a pas grand-chose à dire ! Donc il faut dire dans le récit (OFPRA) : "je veux comme les françaises, ne pas être mariée, ne pas être mutilée. Je combats !". Il y a là, sur le plan sémantique, un rapprochement entre le fait d'être contre l'excision et de vouloir être réparée, et le fait de devenir comme « les Françaises », se rapprocher d'une vision des corps féminins français. Bien sûr, se faire reconstruire est loin d'être une attente systématique de la part des femmes excisées arrivant en France. Beaucoup ne se tourneront pas vers la chirurgie. Néanmoins, le fait que se faire opérer peut agir comme un indicateur de bonne volonté pour obtenir des papiers, il dit quelque chose des normes corporelles et sexuelles en France, en lien avec l'idée de nationalisme sexuel (Jaunait, Renard and Marteu, 2013).

A - Logiques d'orientation et d'inscription de la reconstruction clitoridienne dans les parcours d'accueil en France

Ce qui différencie principalement les justifications, dans les profils, relève finalement du statut des femmes et de leur histoire. En France, dans le contexte migratoire, la chirurgie de réparation s'inscrit dans la trajectoire migratoire des femmes migrantes primo-arrivantes, au niveau de leur accueil. Pour une reconstruction du clitoris, il s'agit d'abord, pour elles, de s'adapter aux normes en vigueur dans leur contexte d'accueil, de répondre à une offre de soin liée à une prise en charge médicale. En effet, dans ce cadre, elles sont la plupart du temps mises en contact avec des associations de lutte contre l'excision ou d'offre de soin aux personnes migrantes comme le GAMS, Parcours d'Exil, la Croix rouge, etc. La réparation résulte alors d'une orientation liée au milieu militant et médical de l'accueil, ainsi qu'à des espaces de prises

en charge dont le dispositif est en fait spécifique à un type de population. De plus en plus de travaux en sociologie de la santé se sont d'ailleurs attachés à décrire ces dispositifs spécifiques à la fois « en marge » de l'offre de soin majoritaire et pouvant entrainer des exclusions sociales, mais également comme des systèmes cherchant à s'adapter aux besoins spécifiques et personnalisés de ces populations pour une meilleure prise en charge – ce que L. Virole nomme un effet d'ambivalence de ces dispositifs dédiés (Virole, 2020).

Néanmoins, pour les femmes issues de l'immigration (de deuxième génération), et donc nées en France, la demande de soin est loin de s'inscrire dans les mêmes logiques d'orientation et de procédure d'accueil. Au contraire, la plupart sont soit assez isolées dans leur demande de soin et ont été aiguillées par le biais de réseaux interpersonnels ou de réseaux de sociabilité plus anonymes sur internet (réseaux sociaux, forum de discussion, etc), soit elles sont les fondatrices ou instigatrices de réseaux associatifs. En effet, comme le souligne F. Sylla dans le réseau associatif de lutte contre l'excision en France, ce sont finalement beaucoup de femmes de deuxième génération qui se retrouvent parmi les gestionnaires des associations, les responsables, etc (Sylla and Andro, 2020). Ce type de responsabilité dans les associations ne peut en effet être assuré que par une personne qui a déjà acquis depuis un certain nombre d'années un ancrage dans le pays de l'association.

Les données recueillies ne permettent pas de faire la comparaison avec l'Egypte. Le vécu des chirurgies semble obéir à un clivage entre femmes migrantes et femmes natives, avec cependant des profils et pratiques très différentes. Il s'agit d'abord de femmes évoluant dans des milieux sociaux favorisés, qu'elles soient égyptiennes ou étrangères – pour qu'elles soient en capacité d'engager les frais propres à ces chirurgies. De plus, d'après un rapport de 2016 commandé par MSF auquel j'ai eu accès, il semblerait que les femmes migrantes de Somalie, du Kenya, du Soudan et d'Erythrée excisées auraient pu faire l'objet d'une prise en charge chirurgicale. Le but de ce rapport était, à travers une enquête auprès de ces femmes, de savoir s'il y avait une forte demande de réparation chirurgicale de leur part. Les résultats indiquent que les femmes n'étaient pas intéressées par la chirurgie et avaient d'autres types de préoccupations prioritaires. Aucune mesure n'a donc été prise en ce sens.

a) Une intégration nationale en France par la norme génitale

La question du motif est ici centrale. En effet, par exemple dans le discours d'une enquêtée Dounia, 41 ans, l'excision et la demande de réparation sont prises dans le processus d'intégration en France avec lequel elle a du mal depuis 7 ans :

> *« Oui, en protégeant mes filles, et puis moi je défends toutes les libertés défendues par les françaises, parce que c'est une liberté d'avoir son intégrité physique de ne pas être excisée. Parce qu'on ne demande pas, on le fait généralement quand nous sommes mineures. On ne touche pas son corps. Une personne mineure n'a pas le consentement. Donc je défends toutes les libertés, si, la liberté toute entière. » (Entretien Dounia, 41 ans, 2021)*

Elle énonce le discours exact de l'avocate de l'association à laquelle elle appartient et fait sien le motif afin d'obtenir le statut en même temps qu'elle semble l'adopter comme principe personnel. Cela témoigne de l'importance, pour elle de l'univers associatif et institutionnel dans lequel elle baigne depuis plusieurs années. La question n'est pas ici de chercher à en savoir plus sur « le fond » de sa pensée, mais de comprendre son accès à ce discours et les conditions sociales qui l'amènent à le mobiliser en entretien face à moi. En lien avec cette déclaration, elle ajoute : « moi aussi je peux être normale, me faire réparer. J'ai droit aux mêmes libertés que les Françaises » (Entretien Dounia, 41 ans, 2020). La réparation s'inscrit alors subtilement dans la revendication des droits mais également dans le contexte général d'intégration en France. En réponse à mes questions sur ce sujet, plusieurs femmes ont précisé que venir en France constituait un premier changement dans leur vie, qu'elles avaient parfois entièrement pris en main seules. La réparation chirurgicale s'inscrivait alors dans un processus de changement et de réappropriation de soi en rupture avec une vie antérieure - parfois associé au fait d'avoir subi des violences, dans le cas de femmes primo-arrivantes, ou des expériences amoureuses « déséquilibrées ». Comment faire la différence entre ce qui est relève de la reconstruction individuelle et l'intégration à un nouveau contexte national ? La réponse me paraît double, en tant qu'on ne peut démêler les injonctions intériorisées de la construction personnelle active. On peut ainsi comprendre cette demande pour les femmes demandeuses d'une réhabilitation clitoridienne de la manière suivante : la demande de réappropriation de soi à titre individuel ne peut se faire que dans un contexte situé. La démarche proposée en France et induite par le contexte social comme « pertinente » (voir introduction sur la sociologie des motifs de Dumais, 1975) est finalement la prise en charge médicale articulée autour de cette offre chirurgicale. Les moyens de « reconstruction » sont ainsi délimités à un contexte. C'est alors très parlant d'interroger des situations similaires en Egypte de femmes dénonçant l'excision : le recours à la chirurgie étant moins accessible, chère et peu connue, les outils de « reconstruction » personnelle seront bien souvent autres que la chirurgie.

b) La demande de chirurgie pour « (re)intégrer » un espace social

L'idée d'intégration des corps par ces chirurgies est en fait ce qui m'a le plus frappée dans les contextes étudiés. Soit il s'agissait de se différencier de son milieu d'origine : par exemple Nesrin égyptienne étudiante de 22 ans fait la reconstruction du clitoris pour se marier avec un garçon du nouveau milieu social auquel elle a accédé par ses études, alors qu'elle venait d'un milieu plus populaire. Lynda au contraire, patiente d'hyménoplastie de 23 ans, rencontrée sur un Forum en ligne, explique en entretien que c'est pour correspondre « à ce qui se fait chez nous », dans sa communauté d'origine. Ce sont des « (re)intégrations » au niveau des normes sociales, qui s'articulent dans un espace symbolique. Cependant si un mariage est directement prévu, le fait d'apparaitre vierge doit se faire dans une matérialité des plus concrètes – par un saignement, une attitude au premier rapport, voire l'obtention parfois en amont d'un certificat de virginité de la part d'un·e professionnel·le de santé.

De même pour la réhabilitation clitoridienne, l'intégration peut se matérialiser à travers cette procédure médicale par des leviers tout à fait concrets. Par exemple, un sexologue d'Ile-de-France s'occupant de patientes excisées souhaitant se faire reconstruire chirurgicalement, m'explique que la réparation peut constituer un levier juridique pour obtenir le statut de réfugié auprès de l'OFPRA :

> *« C'est quand l'avocat veut qu'on répare la femme parce que ça va lui donner un argument pour obtenir le titre de séjour.*
>
> *S : C'est quelque chose qui se fait vraiment ça ? Et ça va jouer un rôle vraiment dans la... dans la décision des juges vous pensez ?*
>
> *E : Eh ben oui parce que si elle est réparée et qu'elle est dans une ethnie en Afrique où on excise. Si elle y retourne, ils vont l'exciser à nouveau.*
>
> *S : D'accord ok... Parce que j'ai déjà discuté de ça avec des professionnels de santé qui me disaient : oui ça peut être lié à ça mais je ne savais pas de quel levier...*
>
> *E : Eh bah oui ! Mais par contre si elle est excisée, elle ne peut pas utiliser l'argument juridique d'être excisée, si je puis dire... Tandis que là elle va être réparée... Donc cet argument-là : bah je me suis faite réparée, j'ai été excisée de force donc j'ai subi des violences, si j'y retourne je vais de nouveau subir des violences. C'est prévu.*
>
> *S : D'accord donc ça va se mélanger avec la demande administrative...*
>
> *E : Bah ça va justifier la demande. Ça peut être un argument fort pour obtenir le titre de séjour. » (Entretien sexologue, Ile-de-France, 2021).*

Ce professionnel de santé précise qu'il est contre répondre à des demandes qui sont plus celles d'un avocat que des patientes, que cela va contre sa « déontologie ». Néanmoins, sa remarque confirmée par d'autres professionnel·les de santé et des membres d'association montre à quel point le monde médical se retrouve dans des logiques biopolitiques d'intégration des corps, carrément à un niveau administratif, au-delà même du niveau symbolique.

B - Le stigmate culturel intériorisé

Comme évoqué dans le chapitre théorique 1, la pensée des structures a des déclinaisons diverses en microsociologie de l'individu, amenant à des processus d'intériorisation de certaines normes. A ce titre, M. Douglas comprend ce phénomène en s'inspirant de la pensée de Ludwick Fleck, lorsqu'il avance que l'esprit individuel peut être parfois étudié comme « une société miniature », où « l'intériorisation d'une idée est un processus social » (Douglas, 2004, p. 79).

L'idée par exemple, que la pratique de l'excision produit des hiérarchisations dans les communautés immigrées en France et notamment entre les pays d'origine. Dalila décrit cela quand elle parle ici des origines de son conjoint, ivoirien et non malien comme elle :

> *« Non lui, il est de la communauté ivoirienne. Lui il dit que ça le dérange pas mais… je sais pas. Il y a moins d'excisions en Côte d'Ivoire justement. A la base, les originaires de la côté d'Ivoire ce ne sont pas leur coutume. Donc ce sont les personnes de la communauté malienne, sénégalaise, etc qui ont immigré vers la Côté d'Ivoire, c'est eux qui ont ramené cette coutume. Donc on parle des « Djoula », c'est la catégorie de celles qui ont été excisées. Et c'est une pratique qui s'est arrêtée beaucoup plus tôt. Bon c'est un pays qui est beaucoup plus développé que les autres pays, donc… C'est une pratique qu'ils ont très vite arrêté. » (Dalila, 31 ans, 2020)*

Elle lie la pratique de l'excision à une hiérarchisation internationale en lien avec des différences de développement des pays. Cela marque l'intériorisation de discours qui entreprennent de hiérarchiser les populations et les personnes en fonction des pratiques de leur pays d'origine. Cela n'est pas étranger à l'idée de nationalisme sexuel évoqué dans les chapitres théoriques. En effet, les rhétoriques du nationalisme sexuel se servent justement de la stigmatisation des pratiques intimes et sexuelles dites « étrangères » à la communauté nationale pour établir des hiérarchisations entre les peuples et affirmer une supériorité nationale. Plus précisément, au niveau microsociologique de la parole des patientes, ce qui est exprimé est finalement le stigmate qui pèse sur leur communauté d'origine. La communauté malienne est, dans le récit de Dalila, non seulement présentée comme issue d'un pays plus « arriéré » du point de vue du développement, mais également historiquement responsable de la diffusion de la pratique de

l'excision en Côte d'Ivoire. Ce stigmate, historiquement situé, se retrouve alors mobilisé actuellement entre les communautés minoritaires migrantes afin de se distinguer les unes des autres et transparaît finalement dans la parole des patientes, qui ont tendance à dévaloriser leur communauté d'origine sur ces motifs. Ce processus de rupture peut avoir une dimension libératrice vis-à-vis des trajectoires individuelles, il révèle néanmoins une forme d'intériorisation d'un stigmate dit « culturel » dans la parole des femmes.

De même Anissa, patiente d'hyménoplastie qui a déjà fait plusieurs fois l'opération, 25 ans, née en France, ayant des origines algériennes, me raconte : « Et c'est culturel chez nous, c'est trop important la virginité. »

J'ai pu parfois constater les traces d'une racialisation intériorisée, s'inscrivant dans l'idée de ce stigmate culturel intériorisé, dans la parole des patientes interrogées, qui se déclinait par le bais d'une comparaison régulière avec « les blancs ». Dalila par exemple, patiente de reconstruction de 31 ans, née en France et ayant des origines maliennes, me raconte une anecdote s'étant déroulée au moment où elle prenait la décision de faire la chirurgie :

> *« A la même période, je travaillais dans un centre social. J'en ai parlé un peu, j'ai crevé l'abcès auprès de mes collègues qui étaient des collègues blancs. Et donc il y a un ami, c'était pas une amie, mais un ami, avec qui je m'entendais très bien. Et c'est vrai qu'on parlait de tout et de rien et au niveau sexualité, sans tabou. Et donc c'est lui qui m'a vraiment soutenue, accompagnée et donc qui est venu me récupérer après cette opération et c'est comme ça du coup que je me suis lancée. » (Dalila, 31 ans, entretien 2020).*

Le terme « blanc » revient pour exprimer la différence, elle parle plus tard en entretien (comme cité plus haut) de ses « collègues blancs ». Dounia également de deuxième génération avec des origines guinéennes, 41 ans, m'explique quand je lui demande si d'autres femmes étaient excisées dans son entourage, elle répond alors en choisissant des termes en lien avec la « race » : « Et les amies non, parce que mes amies c'étaient des blanches, donc non. » (Dounia, 41 ans, entretien 2020).

C - Intrication entre rentrer dans l'ordre social et « rédemption » individuelle : la question de la purification

Une chose est revenue de manière générale dans les deux terrains, même si plus fortement en Egypte. Il s'agit de la notion de « purification » du corps. Soit la chirurgie allait à l'encontre de la purification, soit au contraire elle en était la clé d'accès. La pratique de l'excision est en

effet souvent sous-tendue, comme on l'a mentionné dans le schéma sur la norme génitale, par des argumentaires hygiénistes. En Egypte, on parle même de *tahara*[130] (purification) pour parler d'excision et de circoncision dans un certain nombre de milieux. Le terme véhicule une dimension religieuse mais aussi hygiéniste. Comme le déclare une femme excisée interrogée à Alexandrie, Nour, en parlant de l'excision :

> *« Oui, ils nous ont dit que c'est de l'hygiène et de la propreté (…) je ne sais pas, c'est des habitudes d'autrefois, je ne sais pas mais ils ont dit c'est hygiénique et tu dois la faire, toutes les filles doivent faire. » (Nada, 45 ans, entretien 2021, Alexandrie).*

Les travaux de Mary Douglas qui s'intéresse à la dimension « sociale » du corps, pour reprendre la typologie des trois modalités des corporéités de Margaret Lock et Nancy Scheper-Hughes (Scheper-Hughes et Lock, 1987) ainsi résumée dans les travaux de D. Fassin et D. Memmi, traitent de l'importance de la question de la propreté et de la pollution dans la construction des rites liés au corps. Elle rappelle que le corps constitue un « miroir de la société » et que les « pollutions » que celui-ci risque de subir sont autant d'analogies directes avec des transgressions de l'ordre social (Douglas Mary, 1966). Autrement dit, ce qui est perçu comme étant « sale » témoigne de ce qui menace l'ordre social. La répartition entre le propre et le sale reflète alors une « organisation hiérarchique ou symétrique du système social » en place (Douglas, 1966, p. 125). A ce propos, C. Schantz commente cette thèse dans sa recherche doctorale en lien avec les chirurgies génitales obstétricales au Cambodge en soulignant que « dire que quelque chose est propre, c'est finalement dire qu'il est dans la norme » (Schantz, 2016, p. 66). C. Schantz ajoute que pour Douglas le corps a des marges qui s'avèrent dangereuses, et différentes selon les sociétés. En cela, elle considère dans sa recherche que le vagin peut constituer une « marge du corps », « un orifice », qui est appelé à révéler l'ordre social de la société cambodgienne. La marge au sens de Douglas dans les chirurgies de reconstruction génitales se pose en des termes différents selon la société, néanmoins elle se situe dans la même zone génitale, et la négociation de ce qui est à exclure sur le plan hygiénique, esthétique et fonctionnel de la vulve féminine (orifice du vagin trop grand, clitoris, hymen trop ouvert) révèle une partie des injonctions sociales avec lesquelles les femmes interrogées luttent et négocient. En mobilisant cet apport théorique, il ne s'agit pas de se cantonner à une dimension purement structuraliste des travaux de Douglas dans la présente recherche. Les pratiques médicales étudiées sont en effet révélatrices de « systèmes » en place, mais une conception

[130] Transcrit de l'arabe : طهارة. Le mot également signifié purge, purgation, blanchissage.

mécanique des acteur·trices sociaux qui évoluent autour de ces systèmes ne paraît pas adéquate lorsque l'on recueille la parole des femmes. En effet, ces dernières n'appréhendent pas mécaniquement les injonctions du système, mais semblent plutôt se les réapproprier à leur échelle, dans une dynamique d'incorporation de soi, pour reprendre des conceptions du corps initié par Marcel Mauss et ses techniques du corps. C'est en effet dans cette modalité corporelle dite « individuelle » que s'articule le « corps social » et le « corps politique » (Scheper-Hughes et Lock, 1987).

Chez les enquêtées, la question de la saleté est donc régulièrement évoquée, pour justifier les tabous autour de la sexuation. C'est par exemple ce qu'explique Dounia, 41 ans, patiente excisée ayant réalisée la réhabilitation clitoridienne récemment en France :

> *« A l'école, on en parlait, bon comme par exemple, au lycée j'étais plutôt vraiment jeune, donc on écoutait, on écoutait les grandes filles parler. Donc, on les trouvait dévergondées, sales. C'était comme si c'était quelque chose qui était sale, qui ne devait pas être vécu avant le mariage peut-être aussi. Elles en parlaient, parlait du plaisir, des petites expériences tout ça, mais à la maison, à la maison non. Même quand j'ai eu mes règles, il a fallu que la maman le sache pour qu'elle prenne ma main, alors qu'elle est enseignante, pour qu'elle prenne ma main pour qu'elle me parle enfin. » (Dounia, 41 ans, entretien 2020, Ile-de-France)*

Elle précise plus tard en entretien que son excision a été justifié par le même type de rhétorique : « Donc les gens pensaient que ça purifiait la femme ».

II - « Je me débrouille » : stratégies de résistance face au marché biomédical

A - Inégalités d'accès aux chirurgies en raison des coûts financiers

La question du coût de ces chirurgies s'est posée sur mes différents terrains. J'ai pu entrevoir que le monde de la chirurgie obéissait à des impératifs économiques divers mais qui étaient rarement sans impact sur la demande des patientes. En effet, seule la réhabilitation clitoridienne ne pèse pas économiquement sur les femmes qui demandent la chirurgie en France puisque celle-ci est remboursée par la sécurité sociale. Pour ce qui est de cette même chirurgie en Egypte, elle est tout aussi coûteuse que n'importe quelle opération de chirurgie esthétique. Quant aux hyménoplasties, les dilemmes éthiques qu'elles soulèvent et leur mauvaise réputation dans la sphère publique en France, comme en Egypte, impliquent qu'aucune institution ne les prend en charge. Elles sont à la charge des femmes qui doivent alors « se

débrouiller ». Aucune des patientes rencontrées n'avaient facilement accès à des fonds pour réaliser ces chirurgies. Trois étudiantes m'ont par exemple confié avoir pris sur des bourses, ou bien sur de l'argent destiné à leurs études, qu'elles ont pu négocier avec leurs parents. C'est le cas d'Anissa qui a réalisé plusieurs hyménoplasties en France (une fois à Lyon, une fois en région parisienne) : « J'ai payé 1500€ deux fois avec paiement en plusieurs fois. (…) Difficile pour moi de payer, d'autant plus que le résultat n'était pas là. Et je suis étudiante, j'ai dû payer avec la bourse. » (Anissa, 23 ans, entretien 2021). Les femmes mettent alors en œuvre des stratégies pour acquérir l'argent nécessaire, elles peuvent aussi envisager de choisir une mobilité thérapeutique : comme aller dans un pays où les soins médicaux sont moins élevés. C'est le cas pour les hyménoplasties et l'offre de « tourisme médical » présent dans les pays au Maghreb. Je développerai l'exemple des hyménoplasties en Tunisie dans une première sous-partie (A).

D'autres difficultés d'accès à ces chirurgies peuvent être liées au manque d'offre de soin. Pour ce qui concerne les chirurgies de reconstruction du clitoris : l'Egypte ou la France peuvent constituer des lieux pour réaliser ces chirurgies à moindre coût, ce qui amène certaines femmes à voyager pour consulter des spécialistes de ces pays. Néanmoins, la plupart des femmes réalisant une mobilité thérapeutique vers ces pays sont issues de milieu économiquement valorisées et réalisent cette mobilité par manque d'accès à ces chirurgies dans leur pays d'origine.

De même, en Egypte, des difficultés d'accès à ces chirurgies se jouent très fortement au niveau économique qui crée de fortes barrières sociales au niveau de la patientèle.

La barrière du prix peut représenter le principal frein, ne serait-ce déjà qu'à aller consulter. Nawal, une femme excisée égyptienne de 40 ans, m'explique en entretien à propos de la reconstruction du clitoris :

> *« J'ai lu sur un groupe [Facebook] que c'est trop cher (…). Moi au début j'étais très étonnée quand j'ai lu qu'il existe une reconstruction pour l'excision et qu'on fait sortir la partie enterrée à l'intérieur… enfin sortir le clitoris. Mais comme je me rappelais la douleur quand j'ai accouché j'ai hésité et je me disais que j'ai déjà 40 ans et que je n'ai pas besoin de faire. » (Nawal, 41 ans, entretien au Caire 2021)*

Puis quand je lui explique qu'actuellement la réparation coûte entre 15 000 et 20 000 livres, elle se met à rire et déclare en arabe « alors il ne vaut mieux pas le faire ! ». Plusieurs

médecins m'expliquent alors en Egypte que finalement leurs patientes sont avant tout « des femmes qui peuvent payer ».

Certains essaient de mettre en place diverses stratégies pour aider les femmes à accéder aux chirurgies : faire payer plus les personnes ayant les moyens pour permettre de faire payer moins d'autres patientes, trouver des donateur·trices, des fondations – s'inscrivant ainsi dans le domaine de la philanthropie et de l'humanitaire (voir Chapitre 5).

B - Mobilité thérapeutique et tourisme médical

a) Le cas des cliniques de Tunis pour les hyménoplasties

En raison des coûts élevés des chirurgies, certaines femmes en France vont privilégier une mobilité thérapeutique avantageuse à l'étranger. Plusieurs cliniques offrent au Maghreb des voyages avec chirurgie d'un coût total inférieur à celui de la seule opération en France, c'est le cas pour les hyménoplasties. Parmi mes enquêtées deux ont choisi cette option. La première, Radwa, n'est pas passée par une clinique de « tourisme médical » car elle est tunisienne (étudiante en France) et a pu simplement être hébergée par une amie avant de rendre officiellement visite à sa famille tunisienne. L'opération a eu lieu dans une clinique de Tunis pour un coût deux fois moins cher qu'en France - de l'ordre de 700 euros.

La deuxième patiente s'apprêtait à faire ce choix au moment de l'entretien, après deux interventions ratées en France à chacune 1500 euros, il s'agit d'Anissa qui n'a pas d'origine tunisienne. Elle aussi optait pour un voyage, grâce à une amie rencontrée sur les forums et ayant réalisé une hyménoplastie en Tunisie, qui allait la guider et l'accompagner dans cette chirurgie à l'étranger. Elle explique :

> *« Je vais donc aller en Tunisie dès que je termine mes études… Là-bas ils sont plus expérimentés. J'ai trouvé une copine du même cas que moi, on s'est connu sur le site. Donc euh… on va y aller ensemble ! Elle s'est déjà mariée et elle a saigné donc je vais aller chez le même chirurgien qu'elle. (…) C'est moins cher, même avec le billet aller-retour compris. Et je vais chez lui car j'ai un témoignage direct. Et j'ai quelqu'un qui peut m'accompagner. » (Anissa, 25 ans, entretien 2021)*

Enfin, Myriam, 24 ans, qui hésite encore à faire la chirurgie, m'explique qu'elle envisage aussi la Tunisie et accepte que j'assiste à son appel avec l'une des cliniques de Tunis

proposant ces fameux « packages ». Au téléphone, une femme lui donne des précisions sur les frais :

> « *Elle m'explique : voilà ça coûte 1000 euros, en plus le séjour c'est 200 euros donc c'est 1200 euros tout compris. Seulement le billet d'avion est à votre charge. Donc l'hébergement sera à l'hôtel et on s'occupe de tout durant votre séjour, la navette entre l'aéroport et la clinique, et tout. » (Myriam, 24 ans, 2022)*

Plus tard, dans des échanges WhatsApp, la secrétaire transmet à Myriam des sites de compagnies aériennes pour réserver ses billets et lui précise que selon la période elle pourra trouver moins cher. En cherchant, on trouve que les vols les moins chers sont entre 80 et 120 euros aller-retour en moyenne selon les périodes, ce qui ramène le total des dépenses à maximum 1 320 euros. C'est en effet moins cher que l'intervention dans une clinique privée parisienne (entre 1 500 et 3 000 euros). Par ailleurs, plusieurs témoignages de patientes se trouvent sur le site de cette même clinique, soulignant la grande disponibilité des médecins sur place qui laissent par exemple leur numéro personnel aux patientes, et le confort de l'accueil. Des vidéos d'ancien.es patient.es montrent le lieu d'accueil : un hôtel côtier luxueux cinq étoiles au Nord-Ouest de Tunis avec « piscine, salle de sport, thalassothérapie ». Des photos dans la rubrique « séjour » et « hôtel » du complexe hôtelier sont aussi présentés afin de rendre attractif le séjour. On y voit de nombreuses piscines, sauna, massage aux pierres chaudes, des chambres spacieuses (annexe 14). Une patiente venue pour des implants dentaires expliquent par exemple dans une vidéo qu'elle a profité de ce séjour pour prendre des vacances[131].

Et en effet, ce type de formule pour les hyménoplasties semblent avoir un certain succès, comme le précise la secrétaire au téléphone sur un ton rassurant : « C'est une intervention courante. Donc les gens arrivent de la France, de la Belgique pour faire ça en Tunisie. Et voilà. C'est simple. » (Conversation téléphone, secrétaire clinique de Tunis, 2022)

Ainsi, ces mobilités thérapeutiques, bien que prenant la forme d'un voyage presque « touristique », avec l'hébergement hôtelier luxueux, n'en reste pas moins un moyen pour la plupart des patientes de réduire les coûts opératoires en allant à l'étranger. En cela, leurs corps prennent part à un marché international compétitif autour des offres de chirurgie esthétiques génitales.

[131] Vidéo « Implants dentaires en Tunisie – Témoignage de Laetitia », datant du 29 avril 2021, consulté le 18/08/22 : https://www.youtube.com/watch?v=xcTGbXJQbIU&feature=emb_title&ab_channel=MedAssistanceTunisie

b) Une classe moyenne supérieure étrangère en France et en Egypte pour accéder à la reconstruction du clitoris

Il existe plusieurs raisons et avantages à rechercher cette chirurgie de réhabilitation clitoridienne en France comme en Egypte, qui ont à voir avec l'historicité de la chirurgie dans les deux pays. Le point commun de ces mobilités thérapeutiques est qu'elles sont demandées par des femmes issues de milieu aisées, effectuant une mobilité temporaire dont le seul but est de réaliser cette chirurgie, et qui reviennent ensuite dans leur pays d'origine. Le cas de femmes migrantes bénéficiant d'un statut d'accueil pour travail, regroupement familial ou en tant que réfugiées, et qui restent durablement dans le pays ne font pas partie de la catégorie de patientes dont je vais parler dans ce paragraphe.

La France étant historiquement le pays de l'invention de la chirurgie clitoridienne, où se trouve le chirurgien le plus connu en la matière : celle de Pierre Foldès, venir s'y faire réparer représente pour les femmes qui font ce choix la possibilité de rencontrer un praticien compétent. Il faut également préciser qu'au vu des entretiens menés avec les professionnel·les de santé, cette patientèle est très minoritaire. Une femme d'une cinquantaine d'année de milieu assez aisée, rencontrée lors d'un groupe de parole dans une unité pluridisciplinaire de prise en charge des femmes excisées (et victimes de violences au sens large), me raconte, lors d'une conversation informelle, qu'elle vient en France seulement pour un mois, pour faire l'opération. Elle veut être réparée par « un grand spécialiste français ». Au Mali, pays où elle habite et où elle possède une grande maison, la chirurgie du clitoris n'est pas disponible. Elle est veuve et compte se remarier bientôt avec un médecin de la capitale. Lorsqu'elle m'explique sa demande, elle souligne l'idée d'un certain prestige à venir en France pour se faire « réparer ».

Ainsi, ces chirurgies amènent souvent les patientes à entamer des mobilités thérapeutiques de courtes durées pour se faire opérer. Néanmoins, on ne peut que souligner la diversité des parcours qui sont donnés à voir dans cette partie. La majorité des femmes interrogées engageaient une mobilité médicale pour des raisons financières. Mais lorsque l'accès à la chirurgie est très réduit, voire inexistant dans le pays d'origine, ce sont alors les femmes ayant un certain nombre de privilèges socio-économiques qui peuvent se permettre le déplacement. Elles choisissent des pays comme la France ou l'Egypte où la chirurgie est disponible. Les professionnel·les de santé en France m'indiquent qu'ils reçoivent des femmes du monde entier, même si la plupart d'entre elles viennent d'Afrique francophone. En Egypte, ce sont majoritairement des femmes excisées des pays voisins comme le Soudan, Kenya,

Somalie, etc. Les dynamiques d'offre et de demande de ces soins impliquent alors des déclinaisons plurielles et s'imbriquent dans des réalités sociales propres aux milieux médicaux du pays d'origine. La mobilité thérapeutique s'inscrit de manière générale dans des stratégies individuelles et des rapports socio-économiques structurants pour les patientes de reconstructions génitales.

III - Enjeux d'ignorance dans la parole des femmes

A - Conceptions anatomiques : la certitude des faux-savoirs

Bien que beaucoup d'ignorance structurelle existe autour des parties génitales féminines et de la sexualité (voir Chapitre 1), cela ne signifie pas à proprement parler que les patientes de ces chirurgies sont ignorantes de leur propre anatomie et de ce qu'elles attendent de la transformation chirurgicale au niveau de leur partie génitale. Bien au contraire, elles sont le plus souvent « très renseignée » et vont faire des efforts de recherche pour se documenter sur les procédures médicales, ainsi que le rendu qu'elles souhaitent obtenir. En effet, plusieurs outils constituent des ressources pour s'informer sur les réalités anatomiques concernant les parties génitales féminines. Dans les témoignages recueillis, trois sources sont les plus courantes : de la documentation technique sur internet, des connaissances anatomiques accumulées durant la vie antérieure par le biais de la famille, des ami.es ou même à l'école – dans le cas de la France – ou durant les études. Enfin, plusieurs mentionnent la prise de contact avec d'autres femmes patientes sur internet, sur des forums ou les réseaux sociaux, pour avoir des précisions. C'est alors l'occasion d'en apprendre plus sur l'anatomie. Par exemple, sur l'un des groupes Facebook privé de femmes égyptiennes, suivis dans le cadre de la thèse, « Confessions of a married women », la confession d'une femme (numéro 16 426[132]) portant sur sa virginité et la peur de ne pas avoir eu un hymen « intact » parce qu'elle n'a pas saigné lors de ses premiers rapports avec son mari et que celui-ci a commencé à lui faire des remarques en doutant de sa virginité. En dessous du post, on peut alors lire les réactions de la communauté en ligne (exclusivement féminine). Beaucoup de femmes partagent des conseils mais on trouve également un long post – presque pédagogique - de la fondatrice qui donne des précisions sur ce qu'est la virginité féminine et les mythes anatomiques autour de l'hymen (encadré 21).

[132] Ce format de la confession assez courant sur les groupes de partage égyptien en ligne (chapitre 3), présente toujours une numérotation précise. Il est possible ensuite de les retrouver sur la page par le numéro. Elles sont numérotées dans le sens d'arrivée, ce qui implique que celle-ci est la 16 426ème confession postée sur le groupe.

Encadré 21. Post Facebook « Qu'est-ce que la membrane à bakara[133] (hymen) ? »

La membrane de l'hymen est une couche de peau délicate entourant ou recouvrant partiellement le vagin, et la membrane de l'hymen se trouve à 1-2 cm de profondeur à l'intérieur du vagin. La forme varie d'une fille à l'autre, elle peut être fine et élastique chez certaines ou épaisse et moins élastique chez les autres ! La membrane est trouée au milieu ou a plusieurs trous pour permettre le passage du sang des règles.

C'est quoi la fonction de la membrane ?

Scientifiquement, en physiologie et en biologie, il n'y a pas vraiment eu de travaux sur la question. Comme le foreskin around the penis head ce n'est pas impure ou pure. C 'est-à-dire qu'on a besoin d'en voir, et d'entendre parler de l'hymen La membrane n'a pas une fonction particulière dans le corps... Il est courant que la déchirure de la membrane ne s'accompagne pas de sang.

Quelle est la relation entre l'hymen et la virginité ?

Et ta vie ma chère et à droite, tu dois le juger les deux choses qui n'ont rien à voir.. Comme tu l'as entendu.. Je te dis comment... Viens d'abord pour voir ce que signifie la virginité ? La virginité signifie ne pas avoir de relations sexuelles avec quelqu'un d'autre... et nous mettons sous le mot ″ personne ″ c'est un million de lignes !! pourquoi ? Parce qu'il n'y a rien qui s'appelle perdre ma virginité à cause d'une roue, d'un cheval, de la gymnastique ou d'un hormis... Les accidents sont importés... et votre membrane est affectée par des facteurs hors du champ d'application sexuel, même si ce n'est pas facile comme certains le pensent Mais nous supposons que cela s'est passé, tu es blessée même dans ton corps comme n'importe quelle autre fois, tu ne l'as jamais perdu ta virginité...

On ne perd pas sa virginité à cause d'un cheval, d'un vélo, ou d'une démangeaison. C'est tellement ridicule...

Si après le mal, tu as été violé et forcé à faire du sexe forcé, tu es vierge, imaginez !!

Je te pose une autre question, que dis-tu qu'il y a une fille qui pratique toutes sortes de relations sexuelles sans préjudice à la Elle a des relations sexuelles orales, une relation sexuelle ou même une homosexualité et sa membrane saine et belle... Est-elle vierge ? Est-ce que sa membrane dans un accident ou de force par viol n'est pas vierge, et celle qui a des relations sexuelles de son plein gré sans égratignure la membrane est vierge ? Est-ce qu'il y a une fin de connaissance ou une religion comme ça ?

La sécurité de la membrane n'est pas associée à la virginité. Ce n'est donc pas une mesure de virginité en tout cas ! Tu es une femme de filles, tu as été fortement harcelé et tu t'es monté, tu as monté une roue, tu as monté un cheval ou un chameau et la membrane s'est égratignée, tu as brûlé le gaz suite à tout accident, tu es vierge, vierge, vierge, vierge, Quelqu'un !! et tu mets ton doigt dans l'œil de la moustache.

- Par conséquent, la virginité n'est pas une chose physique, mais une qualité que nous portons soit dans notre cœur ou notre tête qui ne peut être perdue ou prise, mais plutôt une qualité que nous pouvons choisir de changer. Pensez à votre virginité comme une idée soutenue par vos valeurs et vos croyances. Ce n'est pas une condition médicale ou physique.

- Votre morale, votre valeur, votre position, vos valeurs, vos principes, ne les définissez pas, ne les confirmez pas ou les niez même un coup de fouet !!

- Vous êtes encore vierge jusqu'au moment où vous avez choisi de faire l'amour avec quelqu'un et selon la façon dont vous définissez le sexe...

- Votre futur mari ne saura pas ce qui vous est arrivé à moins que vous ne choisissiez de le lui dire. L'étroitesse du vagin n'est pas causée par la membrane hymen mais par un muscle de plancher pelvien contracté. Plus il est contracté, plus le canal vaginal est étroit.

- Je crois personnellement que même les examens physiques ne diront pas si vous êtes vierge ou non... Il semble presque impossible de dire si une personne a eu des rapports sexuels juste en étudiant son hymen. C'est parce que l'hymen est naturellement ouvert dans la plupart des cas et parce que sa forme et sa taille varient d'une personne à l'autre.

Bref : Comment s'assurer que tu es vierge ? Devrais-tu rendre visite à un médecin ? Devrais-tu subir des tests de virginité ? Qui peut le dire ?

La réponse est beaucoup plus simple que ça... Il suffit de vous poser une simple question : Est-ce que j'ai déjà eu un rapport sexuel avec quelqu'un ? Non, non ? Alors détends-toi, tu es une VIERGE ! »

(Traduction de l'arabe au français, les passages en anglais ont été laissés tel quel.) Commentaire de réponse extrait du groupe Facebook « Confession of a married Women », 13 avril 2021

[133] Terme en arabe pour désigner l'hymen qui peut s'apparenter à l'idée d'un couvercle au niveau sémantique.

Ces lieux sur internet de partage, majoritairement entre femmes, sont alors autant d'espace de déconstruction de fausses conceptions concernant les parties génitales féminines, formant des lieux plus ou formels de lutte contre l'ignorance collective des femmes sur leur propre corps. C'est le cas par exemple d'une formation suivie à destination des femmes en Egypte.

Dans le cadre de mon terrain, je me suis inscrite à une formation payante à destination des femmes de l'instagrameuse de la page « This is mother being » (c'est ça être mère), déjà mentionnée plus haut. Cette formation coûte 700 livres égyptiennes[134], ce qui opère un tri dans les participantes. Cela revient également à une monétisation des informations concernant les corps féminins. Néanmoins ces formations, traitant de différents sujets, sont présentées par leur instigatrice comme un moyen de lutter contre l'ignorance dont souffrirait, selon elle, la gente féminine. La formation que j'ai suivie portait sur les « principes du plaisir féminin » (Pleasure principles) et se déroulait en ligne sur Zoom avec 36 participantes[135]. La formation durait deux heures et demie et était menée par cette femme, doula[136], qui a réalisé ses études supérieures en Allemagne et au Royaume-Uni et se présente comme une experte sur le sujet de la sexualité. Pour des raisons légales, elle précise néanmoins en début de formation que le contenu de ce « cours » ne tend à pas à se substituer à des conseils médicaux dispensés par des professionnel·les de santé. Une des premières questions posées aux participantes est « Est-ce qu'on vous a déjà parlé de plaisir sexuel ? ». A l'exception de l'une qui raconte qu'à 14 ans, on lui en a parlé, toutes les autres participantes répondent sur le chat du Zoom des « no » « never »[137]. L'une précise en arabe « je pense que même nos parents ne savent pas de quoi il s'agit ». Ce constat général est impressionnant à constater. Les femmes s'étant présentées, elles ont toutes entre 20 et 30 ans, en études, certaines déjà mariées, toutes pourtant semblent très gênées et n'osent pas répondre directement aux questions. Elles témoignent à l'unisson du tabou qui touche les questions de sexualité dans leur entourage. Toute la formation est alors dédiée à déconstruire les idées reçues en matière de sexualité. La formatrice parle de l'excision, dénonce le fait que « l'on prive les femmes de plaisir sexuel », précise que le « plaisir c'est plus que le

[134] L'équivalent de 30 euros, ce qui, en lien avec le salaire moyen égyptien (autour de 160 euros) et le salaire minium (voir chapitre 4), représente une somme non négligeable.

[135] Cela revient donc à 28 800 livres égyptiennes par formation – plusieurs sont réalisées sur une semaine.

[136] La profession de doula consiste en l'accompagnement moral et pratique à une femme enceinte ou un couple durant une grossesse.

[137] La formation se déroule en arabe mais énormément de mots et de paroles sont échangés en anglais. Le power point partagé est presque exclusivement en anglais.

sexe » (pleasure is more than sex), on comprend par la suite qu'elle entend par « sex » pénétration. Finalement elle en arrive à une partie de la formation intitulée « Anatomy of pleasure », montre alors des dessins de vulves et surtout réserve deux slides aux questions de virginité (annexe 15 et 16).

Cependant les réseaux de sociabilité – pas toujours accessibles comme nous l'avons vu dans le chapitre 6, p. 276 -, les ami.es, l'entourage peuvent aussi être la source même de fausses conceptions, comme nous l'explique, à ma collègue Gehad El Gendy et moi-même en entretien (voir Chapitre 3 sur la situation d'entretien), Hana, jeune femme excisée, 35 ans, habitant au Caire :

> *« G : Avant le mariage est-ce que quelqu'un t'avait préparé ou avait discuté avec toi à propos de la relation sexuelle ou pas ?*
>
> *H : Personne ne m'en a parlé… Sauf mes amies qui m'ont donné des conseils mais qui étaient tous faux, des fausses informations et moi je savais rien et j'étais timide.*
>
> *G : Des fausses informations comme quoi ?*
>
> *H : Par exemple une m'a dit que la première fois… pour le premier rapport, tu dois avoir une hémorragie, beaucoup saigner et tu peux aller à l'hôpital. Elles m'ont fait vraiment peur ! Une autre information fausse : c'est que la relation doit être selon le désir du mari, ça et que mon désir n'a pas d'importance mais seulement son désir à lui. » (Hana, 35 ans, entretien 2021, Le Caire). »*

Certaines femmes sont donc très au fait d'un certain nombre de savoirs, on pourrait même dire qu'elles sont devenues expertes de savoirs anatomiques et pratiques autour des organes génitaux que d'autres femmes peu préoccupées de cette problématique ne possèdent pas. Ces savoirs sont néanmoins souvent erronés sur le plan anatomique, ou incomplets. Par ailleurs, elles se forgent une connaissance approfondie sur les « attendus » que pourront avoir les hommes qui les entourent (leur futur partenaire sexuel). Anissa, patiente ayant déjà eu deux hyménoplasties sans que celles-ci ne « fonctionnent », étudiante de 25 ans, m'explique : « Je vais faire cette opération, même pas parce que j'ai eu des relations sexuelles, mais parce que j'avais l'hymen déchiré. C'est un peu à droite. Je ne sais pas c'est dû à quoi... J'ai donc fait une première et deuxième opération mais… Echec. » Et elle ajoute alors :

> *« Eh oui je vais le refaire jusqu'à ce que ça réussisse. C'est quelque chose que je comprends pas trop mais c'est trop important pour les hommes chez nous. Et je veux pas être jugée dans le futur pour quelque chose que j'ai même pas fait. Un rapport. La déchirure c'est peut-être dû au fait que je faisais du vélo*

ou de la danse… je sais pas… seul Dieu sait. » (Anissa, 25 ans, entretien 2021)

Elles vont avoir fait leur enquête sur les attentes familiales : leur famille, comme la belle famille. Cela demande en effet un effort d'investigation car les attentes semblent tout autant nimbées de mystères et de tabous que les savoirs anatomiques qui les concernent sur l'hymen ou le clitoris – comme évoqué plus haut (section C, I.).

Ainsi, la lutte pour accéder à une certitude semble un passage obligatoire dans ces parcours médicaux de reconstruction génitale. Néanmoins, ce cheminement est paradoxalement souvent biaisé par le fait qu'il est fondé sur le maintien structurel d'ignorance autour de la forme des organes génitaux ou des significations de virginité et de plaisir sexuel. On pourrait même parler d'ignorance délibérée (Tuana, 2004), voire choisie. Leur investigation les amène en effet à découvrir certains discours pouvant les dissuader de l'efficacité du traitement chirurgical ou le manque de justifications anatomiques à vouloir transformer leurs organes génitaux. Elles choisissent pourtant de ne pas prendre en compte certaines de ces informations car elles n'ont pas de valeur ou de « sens » dans le milieu social dans lequel elles évoluent. Une patiente m'explique par exemple : « Oui je sais bien que l'hymen ça prouve pas grand-chose… Mais chez moi c'est comme ça. C'est la preuve que tu es une femme bien, pure… Ils s'en fiche de savoir que certaines femmes ont des hymens déjà larges ou pas d'hymen à la naissance. Si t'as ça c'est pas de chance. » (Amal, 21 ans, entretien Zoom, 2020). Une gynécologue du Caire raconte également avoir reçu une jeune fille qui avait un hymen imperforé[138] et avoir annoncé qu'une petite incision était nécessaire : « La mère s'est mise à hurler, la fille pleurait. Je leur disais que c'était rien, hop, tout petit… l'intervention. Mais non, elle allait plus pouvoir se marier ! *(changement de voix)* La famille voulait pas faire l'opération et la pauvre fille n'en pouvait plus ça faisait plusieurs jours qu'elle avait des douleurs. C'était surréaliste. Un drame pour pas soigner leur fille un peu... » (Maryam, gynécologue, Le Caire, 2021). De même, je retrouve une histoire similaire dans le texte d'une confession publiée sur « speak up » :

« Je suis étudiante et je suis à l'école de médecine et une fois je suis allée à l'hôpital pour accoucher. Et j'ai vu une fille qui attendait dans le couloir de l'hôpital habillée (en civil) et pleurait et sa mère la tenait dans ses bras. Et le docteur résident était en train de lui parler. Et puis il est parti et quand il est arrivé à notre niveau je lui ai demandé le problème de la fille. Il m'a dit que l'hymen de la fille est du type hymen imperforée malheureusement et

[138] L'hymen imperforé implique que la membrane hyménale est beaucoup plus épaisse que la moyenne et qu'elle recouvre l'intégralité de l'entrée du vagin ce qui à la puberté empêche les règles de pouvoir s'écouler entrainant des douleurs, des infections très graves. Il est alors nécessaire de faire une incision pour perforer l'hymen.

quand elle a été menstruée, le sang des règles est resté bloquée à l'intérieur. Cela l'a rendu très fatiguée parce que c'est arrivée plusieurs fois et du coup c'était très lourd au sens propre et très douloureux au niveau de son estomac et allait très mal au niveau du pelvis. Elle a dû se faire opérer rapidement. Et donc je lui ai demandé pourquoi la chirurgie était reportée. Et il m'a que son père en fait n'était pas d'accord pour qu'elle fasse la chirurgie, ni ses frères. Et ils ont dit que c'était mieux pour elle de mourir comme ça. Et donc on leur a fait comprendre qu'elle allait prendre un papier/ document qu'ils ont enlevé l'hymen avec une procédure médicale. Mais ils avaient toujours peur que les futurs parents de son mari disent que c'était des faux papiers. Et le médecin m'a dit clairement que c'était pas la première fois qu'il voit ça. C'est même normal de voir ça, tous les jours. Et vraiment j'étais choquée et dégoutée de la société encore plus. » (Confession du 05 janvier 2021, Speak up)[139].

B - Déconstruire les non-savoirs par l'entrée dans le milieu médical ?

La consultation était pourtant quelquefois une source de révélation et d'apprentissage pour les patientes. En effet, Nesrin, 22 ans, égyptienne et s'étant faite opérée d'une reconstruction du clitoris au Caire explique :

« (…) Ce n'est pas que je sentais rien, comme j'ai entendu parlé, parce que je sais que les femmes excisées ne sont pas comme ça, il y a des gens qui exagèrent, et Dr. Ali m'a expliqué que ce n'était pas vrai, les femmes excisées peuvent sentir du plaisir. Ça ne veut pas dire qu'elles sont frigides, mais que l'apparence diffère et la deuxième chose est qu'elles prennent un peu plus de temps, c'est ça l'idée, tu comprends ? Donc tout ce qui comptait pour moi est de ne pas sentir qu'il y a quelque chose qui manque chez moi et c'est tout... je pense que c'était plus psychologique... tu comprends ? » (Nesrin, 22 ans, Entretien 2021).

Certaines femmes utilisent par exemple les forums et les espaces « témoignages » sur les sites de chirurgien·nes pour s'informer sur les opérations et des questions de sexualité. C'est un biais également pour obtenir des clarifications médicales de la part des médecins sans nécessairement réaliser une consultation. C'est le cas d'Amina (pseudonyme utilisée en ligne)[140] :

« Bonjour Dr,
Je suis intéressée par la reconstruction de mon hymen, cependant je ne sais

[139] Cette confession a été traduite de l'arabe au français par mes soins avec la collaboration de Mohammed El Meligi (journaliste).

[140] Posté le 8 juillet 2021, consulté le 08/08/2021 : https://docteurbouhanna.fr/chirurgie-esthetique/corps/hymenoplastie/

pas est ce que cela est possible après plusieurs rapports sexuels ? avec mon ex partenaire on était très actifs sexuellement, pendant 3 ans.

Je voudrais savoir est ce que cela est possible avant de me déplacer en région parisienne?

Je vous remercie d'avance.

Cordialement. » (Post, 2021 sur le site du Dr. Bouhanna)

Pourtant, la plupart des patientes rencontrées et les femmes partageant leur expérience expliquent que le milieu médical, loin d'être une source d'information, est plutôt la source de nouvelles confusions. Parfois même le monde médical peut se prêter à renforcer des croyances erronées vis-à-vis des parties anatomiques féminines, se pliant aux obsessions familiales concernant la virginité des filles. En Egypte, dans une confession en ligne sur la page « Speak up » (voir Chapitre 3), une femme en ligne sur la page « Speak up », en témoignage anonyme, raconte son rapport à la virginité, à sa mère, ainsi que ses premières visites chez un gynécologue :

« Je veux dire ici que ma mère m'emmène souvent chez le gynécologue depuis que je suis « adulte » pour faire un check up and aussi pour vérifier si « il » est toujours là (l'hymen, ici il y a un débat sur l'usage du masculin, alors que la membrane de l'hymen est plutôt féminin). Je me rappelle que j'étais en deuxième année de primaire (middle school) quand j'ai grandi (eu ses premières règles). Et donc ma mère m'amena voir le docteur pour voir si je ne m'étais pas blessée mais c'était pour les règles. La deuxième fois, j'étais en trois années de collège et j'avais une leçon privée à la maison, mais c'était toujours avec des garçons. J'étais la seule fille. Et le professeur demanda de faire la leçon à 10h du matin alors que les parents étaient au travail. Mais à cette période, les règles étaient en retard et donc ma mère était suspicieuse que j'ai fait quelque chose de mal avec les garçons. Parce que les garçons venaient pendant que mes parents n'étaient pas là. Et qu'est-ce qui garantissait à mes parents que je n'avais rien dit ? Et la fois d'après, j'étais en deuxième année du lycée et j'ai été dans une nouvelle école et un prof m'a harcelé. Je suis allée voir ma mère et je lui ai dit. Mais au lieu de défendre mon droit contre lui, elle s'est mise à me détester et m'a amené chez le gynécologue mais une femme cette fois. Et une fois, quand je me suis fiancée à quelqu'un que j'aimais depuis trois ans, parce que nous insistions beaucoup pour nous marier, elle pensa que notre insistance venait qu'il m'aurait fait quelque chose. Alors même que je n'ai jamais permise à personne de me toucher, pour rien au monde. Et la dernière fois qu'elle m'emmena chez le gynéco, c'était il y a un an. En ce temps-là je travaillais et elle a pensé que j'ai fait quelque chose avec l'un de mes collègues juste parce qu'il vit à côté de chez nous. Et que parfois on rentre ensemble du travail. J'en ai marre et je suis épuisée et je la déteste à cause de ce qu'elle

fait, sa violence. Et son contrôle sur moi, autour de quelque chose qui ne s'est jamais produit. Je prie Dieu pour qu'il me venge. Imaginez juste ce que je ressens quand en moyenne tous les ans je vais chez le gynéco pour juste ouvrir mes jambes qu'il puisse lui dire après que je suis intacte. Elle me dégoûte et j'attends avec impatience le jour où je serai loin d'elle. » (Confession anonyme Speak up, 30 novembre 2020, femme de 22 ans)

Ces médecins, en attestant de la virginité des jeunes femmes à partir de la forme de leur hymen, maintiennent l'idée effective que la virginité pourrait se voir en fonction de la forme de l'hymen. Eux-mêmes peuvent même y croire. Cela témoigne d'une ignorance commune et se réactualise dans la pratique des contrôles de virginité à la demande de cette mère, dans ce cas précis. Le rapport au milieu devient dans ces conditions un instrument de surveillance pour les parents et se trouve attaché à un contrôle du corps des femmes. Plusieurs femmes égyptiennes parlent alors en entretien d'expériences traumatisantes en consultation ou bien de premières consultations tardives en raison de leur méfiance (à la première grossesse souvent).

IV - La relation aux professionnel·les de santé : une agentivité questionnée

Les relations avec les professionnel·les de santé se trouvent finalement au cœur de la demande de soin. Le moment notamment de la première consultation semble décisif sur la suite de la procédure, il s'y joue une première négociation de l'interaction thérapeutique. On pourrait penser qu'il s'agit surtout pour les femmes de s'assurer qu'elles ont bien confiance en le médecin choisi : une sorte d'évaluation avant de confier leur corps à ses soins. Mais ce rapport est loin d'être aussi unilatéral. Les femmes aussi se soumettent à l'impératif de gagner la confiance du médecin, peut-être même davantage que dans le sens inverse.

A - Les rituels de l'aveu et l'intrusion clinique du « faire-parler » dans la procédure médicale de reconstruction génitale

Dans le premier tome de *l'histoire de la sexualité, la volonté de savoir* (1976), Foucault interroge l'appétence médicale à faire dire au patient ce qu'il a de plus intime, à le faire précisément parler de sexualité. Il écrit que finalement ce qui caractérise la médecine de « l'Occident moderne, c'est qu'elle a fait fonctionner « les rituels de l'aveu dans les schémas de la régulation scientifique ». Il interroge : « comment est-on parvenu à constituer cette immense et traditionnelle extorsion d'aveu sexuel dans des formes scientifiques ? » (Foucault,

1976a, p. 86). Le procédé a été de passer par une « codification clinique du « faire-parler ». : combinant confession de l'examen, récit de soi-même qui concorde avec une série de « signes et de symptômes déchiffrables ». Il mentionne l'interrogatoire médical, le questionnaire serré, l'hypnose en psychologie, l'association libre d'idées, autant de manières d'inscrire « la procédure d'aveu dans un champ d'observations scientifiquement acceptables » (Foucault, 1976, p. 87).

Ainsi, loin d'être propre à cette branche de la médecine, ces procédés ont bénéficié d'une institutionnalisation toute particulière dans la médecine occidentale. Cependant, pour les patientes de ces chirurgies, l'interrogatoire a pu être d'emblée ressenti comme une pression à dire « l'indicible ». C'est le cas pour Jasmine qui venait de vivre un avortement et une rupture avec son petit-ami, la première consultation n'a pas été un bon moment à passer :

> *« ! Ouais bah en fait : bah je suis arrivée au rendez-vous. J'avais un peu peur parce que je savais pas ce qu'il fallait dire, pas dire, raconter étant donné que j'étais toute seule. Et en plus c'était un homme ! Donc voilà le rapport au corps est pas évident. Enfin même si c'est un médecin, ça reste un homme pour moi. Donc bon il y a toujours cette représentation qu'il va peut-être poser un regard, pas… pas super quoi… Donc je suis arrivée. Il m'a demandé pourquoi j'étais là. Je lui ai dit que c'était pour la chirurgie réparatrice de l'hymen. Et donc il m'a demandé tout de suite pourquoi je voulais faire ça. Et je lui ai dit que je souhaitais pas en parler parce que c'était encore chaud même pour moi. Donc j'avais pas forcément envie d'expliquer ce qui se passait. » (Jasmine, 29 ans, entretien 2021)*

Elle raconte que cette première consultation a été un très mauvais souvenir. Particulièrement pour des femmes de deuxième génération, cette intrusion presque « voyeuriste », voire violente, imposée, puisque susceptible de changer les aboutissants de la consultation :

> *« Et il m'a dit : Bah non il faut réfléchir, moi j'en reçois beaucoup des femmes comme vous qui viennent pour se faire réparer et faire croire à leur futur mari qu'elles sont encore vierges. Et du coup, je l'ai regardé et je lui ai dit : mais moi je suis pas là pour ça. Il m'a dit : bah alors c'est quoi la raison ? Et il insistait et moi j'étais vraiment très mal, je voulais pas en parler. Et donc il a dit : vous vous rendez compte, vous allez vivre avec ce mensonge ! Toute votre vie. Et donc je lui ai expliqué que comme il connaissait pas la raison, il pouvait pas penser ça. Et il m'a dit : il faut vraiment réfléchir, c'est pas une opération anodine. Il m'a dit : moi je vous déconseille de la faire, c'est pas comme si vous aviez été violée. Et ça, ça m'avait choquée. Il m'a dit : c'est pas comme si vous aviez été violée, là vous n'avez pas de raison de le faire. Ce serait trop facile. Il m'a dit : il faut assumer ce que vous avez fait. Je me souviens que ça avait été très… J'étais choquée en fait. J'étais choquée. Je venais simplement chercher de l'information. Puis je me disais :*

mais même si j'ai envie de le faire en fait jusqu'au bout, sur la raison bah ça le regarde pas. Je comprenais pas. » (Jasmine, 29 ans, entretien 2021)

De même pour Aya, victime d'un viol : « c'était vraiment difficile de justifier la demande sans pleurer. (…) Il attendait que je raconte et tout… Je voulais que ça s'arrête. Il a été gentil, il a dit c'est bon, on arrête. ». Elle se rend en effet à cette consultation après avoir parlé à une psychologue qui l'a recommandée au chirurgien. Celui-ci est donc au courant, ce qui a facilité la situation selon elle. A la fin de l'entretien, elle me confie tout de même que si elle avait eu plus de temps pour réfléchir, elle n'aurait sûrement pas fait l'opération. La procédure n'a duré qu'une semaine et elle ne s'est pas sentie à l'aise pour prendre plus de temps et s'autoriser à poser des questions aux chirurgiens.

B - Une méfiance profane vis-à-vis du monde médical

a) En France : méfiance face à une mauvaise expérience chirurgicale

Bien que certaines patientes m'aient dit se méfier en France de chirurgien.nes privés en raison des prix trop élevés de leur prestation, de leur dimension intrusive, très peu m'ont fait part de leur doute sur leur compétence.

Seule deux exceptions à ce constat sont notables. Une première vient d'une patiente d'hyménoplastie qui m'a expliqué que les médecins français ne savaient pas faire cette opération et qu'elle préférait aller en Tunisie. Elle avait fait deux procédures avec deux médecins différents sans qu'aucune des deux n'aboutissent à la forme d'hymen qu'elle voulait.

Le deuxième type de remise en cause, plus central en termes de phénomène social, me semble-t-il, parce qu'il m'a été confirmé lors de plusieurs entretiens avec des professionnel·les de santé, est le manque de compétence des chirurgien·nes plasticiens non formés sur les réhabilitations clitoridiennes mais qui pourtant, en proposent. Ainsi, Dalila avait quelques réticences vis-à-vis de l'hôpital public, c'est donc pour cette raison qu'elle a choisi un chirurgien privé :

« Alors moi je savais qu'il y avait l'hôpital qui proposait cette aide mais je n'étais pas très rassurée. Et en fait comme j'ai des problèmes de cicatrisation qui n'ont rien à voir avec l'excision. J'étais déjà en contact avec un chirurgien esthétique. Donc je lui en ai parlé. Et c'est lui pour le coup qui m'a fait cette opération. Donc du coup il avait déjà mon dossier. Et il connaissait tout. » Dalila, 31 ans, Entretien 2020)

Je lui demande :

« S : Mais lui du coup, il était pas spécialisé dans la reconstruction ou si ?

D : Euh bah c'est la question que je me pose aujourd'hui. »

Elle explique qu'elle a accouché récemment et qu'alors une sage-femme lui a proposé la réparation sans voir qu'elle avait déjà eu l'opération : « Et effectivement quand j'ai été auscultée, on m'a refait la proposition. Donc je me suis interrogée. Je me suis dit : bah pourquoi on me refait la proposition sachant qu'il y a déjà eu reconstruction. Et j'ai cru comprendre en fait qu'elle n'avait pas été faite, comme eux ils la font. » Après l'opération dans le privé, elle n'a pas eu d'accompagnement sexologique ou psychologique et a eu quelques sensations nouvelles puis plus rien. Elle raconte sa frustration face au système médical.

Cependant dans ces deux cas, ce n'est pas à proprement parler une méfiance apparue en amont de l'acte médical mais bien plutôt la conséquence d'un acte jugé décevant, d'une mauvaise expérience. En Égypte au contraire, une méfiance générale semble très largement partagée au sein de la société et dans le discours des enquêtées.

b) Egypte, un contexte de méfiance vis-à-vis de la médecine biomédicale et esthétique

Le premier argument de cette méfiance est l'idée d'une extériorité aux valeurs égyptiennes ou au valeurs culturelles religieuses des chirurgies dites « esthétiques », qui englobent la reconstruction clitoridienne et dans une moindre mesure les hyménoplasties. En effet, j'ai pu noter une certaine méfiance vis-à-vis d'un discours qui est dit lié à une importation "occidentale" et "étrangère" des normes de genre en relation avec les pratiques médicales. Cela se traduit par la méfiance des patientes vis-à-vis de l'expertise des médecins en matière de sexualité.

En effet, l'accusation selon laquelle les médecins véhiculent un discours « étranger » empreint d'une méfiance identitaire, avec des tendances sociales sous-jacentes, se retrouve dans le discours des femmes interrogées. Des étudiant.es en médecine, se destinant à pratiquer la reconstruction clitoridienne en Égypte, m'ont expliqué la difficulté de sa mise en œuvre, ainsi que l'efficacité des campagnes nationales de sensibilisation contre les MGF :

" ... C'est pourquoi je pense que les campagnes ne vont pas vraiment fonctionner, et certainement aussi la chirurgie reconstructive... parce que

nous parlons comme des étrangers et nous sommes des étrangers pour eux. Et nous parlons de questions très difficiles, difficiles à discuter. C'est très... Ce n'est pas facile d'avoir confiance. Ce n'est pas... Je ne pense pas qu'il y ait une différence... Mais à partir du moment où vous êtes un médecin, que vous avez fait des études de médecine... C'est ça... Eh bien, si vous parlez à des personnes plus âgées, elles vont penser : ce sont probablement des débutants. Mais ils vous font confiance. Vous avez leur confiance, mais dans une certaine mesure."[141] *(Saïd, 24 ans, étudiant en médecine, Le Caire, 2021)*

Certains professionnels de santé m'ont également confié être victimes de menaces très graves liées à leur pratique. Ils sont accusés de participer à " l'occidentalisation du corps des femmes ", comme me l'a expliqué un chirurgien (Ali, chirurgien, Le Caire, 2021), ou de pousser les femmes à avoir une " sexualité immorale ", expression que commente la sociologue M. Baron : « Je soutiens que cette critique n'est liée à l'idée de nationalisme sexuel que parce que l'image de la femme " vertueuse " est devenue une fierté nationale » (Baron, 2006). Associer l'image de la femme égyptienne à celle d'une femme ayant une sexualité et du plaisir est donc problématique. La plupart des campagnes de sensibilisation contre les MGF ne mentionnent pas les conséquences sexuelles néfastes pour les femmes, de l'excision. Certaines campagnes ont même glorifié l'image de la femme égyptienne "vertueuse" pour encourager les mères à ne plus exciser leurs filles (Ghafir, 2022). Afin de dissiper les soupçons sur leur pratique médicale, les professionnels de santé mettent alors en place des stratégies de contournement pour promouvoir cette chirurgie, sans en parler ouvertement. L'un d'eux m'explique que lorsqu'il s'adresse aux autorités de santé publique, il se concentre sur l'idée de réparer les conséquences physiques pour les femmes.

Il existe notamment une méfiance vis-à-vis de la discipline esthétique qui tient à la réduction de la frontière entre la pratique traditionnelle de l'excision et la chirurgie esthétique en Egypte. En effet, comme nous l'avons rappelé (chapitre 4), l'excision est de plus en plus pratiquée par des professionnel·les de santé dans le contexte égyptien, dans le cadre de la chirurgie esthétique. De plus, il s'agit d'un personnel de santé qualifié, dont des chirurgiens, comme l'indique une enquête récente nationale en Egypte (El-Gibaly, Aziz and Abou Hussein, 2019). Cette étude et diverses associations dénoncent en effet une partie du milieu médical égyptien comme complice de la perpétuation de la pratique de l'excision. C'est le cas de

[141] Conversation traduite de l'anglais par mes soins.

l'association Tadwein, s'attachant à produire des données scientifiques sur les sujets touchant aux femmes en Egypte.

Photo 6. Post Facebook dénonçant l'usage des termes « chirurgie esthétiques » pour couvrir l'excision féminine dans le milieu médical, publié sur la page de l'association nationale égyptienne « Tadwein », le 13 février 2021 :

Plus précisément, la chirurgie esthétique serait désormais une couverture, ou même offrirait des procédures de remplacement de l'excision traditionnelle.

* *
*

> *« Les expériences sexuelles des personnes ne sont pas indépendantes de leurs caractéristiques sociales ni des contextes sociaux, politiques et culturels. Pratiques, relations et significations de la sexualité s'apprennent par la socialisation primaire et secondaire et se réfèrent aux scénarios culturels qui prévalent dans les sociétés, où les modèles de rapports entre les sexes occupent une place centrale. » (Bozon, 2018, p. 107)*

Ce chapitre s'est attaché à la question des demandes de chirurgie, aux motivations des patientes, en tentant de montrer comment les rapports sociaux de genre, de classe et de « race »

se jouent dans la parole des femmes. Il a permis d'interroger les structures, le contexte et les normes dans lesquelles les femmes naviguent, tout en cherchant à les articuler avec le discours qu'elles en font. Car c'est par ce discours sur les motifs de la chirurgie et sur leur trajectoire médicale et sexuelle, qu'elles vont s'orienter ensuite pour agir et justifier leur choix.

Ainsi, ce chapitre décrit en quoi la parole des femmes rend visibles des parcours de reconstruction pluriels en fonction des contextes nationaux. Néanmoins, beaucoup de processus de décisions et de motivation semblent se recouper en tant que ces chirurgies s'inscrivent dans une tension entre individualisme et holisme. C'est une tension entre l'agentivité individuelle et le collectif social structurant. En soi, quel rôle joue le groupe social dans ces demandes qui résultent pourtant de parcours individuels ? Comment comprendre la consubstantialité et la coextensivité des rapports sociaux (Kergoat, 2009) en puissance dans le choix et le parcours des femmes interrogées ? Je distingue finalement trois modes d'explications de ces demandes qui émergent et semblent perpétuellement se combiner :

1. Le niveau individuel, le parcours et les trajectoires des individus s'inscrivent dans des choix singuliers et subjectifs guidés principalement par des volontés propres.
2. Le conformisme dans la pratique, la raison circonstancielle presque tactique amènent à parfois obéir au groupe dans l'immédiat pour s'adapter ou maintenir sa position.
3. L'intériorisation symbolique de normes amène l'individu à prendre pour sienne les injonctions du groupe.

Par une approche thématique, mélangeant les différents terrains, observations, chirurgies, j'ai essayé de tirer des conclusions générales articulant ces dimensions et renseignant ainsi à un niveau microsociologique ces demandes chirurgicales et leur compréhension sociologique. Ces conclusions amènent alors à s'interroger sur le discours construit par les patientes dans leur demande d'une part, l'imbrication de ces demandes avec des injonctions sociales (religion, dynamique de classe) d'autre part. Par ailleurs, elles renseignent sur les enjeux matériel (accès, prix), mais aussi symboliques et identitaires en lien avec divers rapports de pouvoir (monétisation des corps genrés, enjeu de savoirs, enjeu de (re)intégration) liés à ces chirurgies. La consubstantialité et la coextensivité des rapports sociaux (Kergoat, 2009) en lien avec ces enjeux symboliques et matériels en puissance expliquent le choix et le parcours des femmes interrogées, en tant que ces demandes sont régulées par les conditions d'accès, les contextes de demande et également la capacité des femmes à justifier leur démarche vis-à-vis des

professionnel·les de santé, vis-à-vis d'elles-mêmes, et parfois aussi vis-à-vis de leur lien avec les groupes sociaux qu'elles fréquentent et qu'il s'agit de (ré)intégrer.

Chapitre 8 : Doutes et difficultés du secteur médical dans les prises en charge des reconstructions génitales féminines : paroles de soignant·es

Ce chapitre s'attache à comprendre les chirurgies sous l'angle du discours médical et de la circulation transnationale voire internationale des soignant.es, autour de leurs études, de leur formation de spécialité – initiale et continue-, et de leur pratique opératoire. Il s'agit ainsi de décrire les conditions de la prise en charge des femmes, les univers médicaux dans lesquels sont réalisées ces chirurgies, ainsi que les dilemmes éthiques et situationnels auxquels le corps médical se confronte face aux demandes de reconstruction génitale. Enfin, qu'est-ce que la médecine propose et finalement construit dans le rapport à la normalité génitale des femmes ? Les médecins se retrouvent à réaliser des tris parmi les demandes et s'inscrivent, bien souvent malgré eux, dans les logiques sociales genrées, ethniques ou socio-économiques sous-jacentes à ces demandes (chapitre 6 et 7). En cela, ces opérations touchant à l'intime ne font pas exception aux mécanismes de biopouvoir à l'œuvre dans le monde médical dans la mesure où elles se constituent en véritables prescriptions sur les corps féminins au niveau intime, ainsi que sur les normes sexuelles – puisque nous parlons ici de chirurgie s'inscrivant dans le domaine vaste et controversé de la « santé sexuelle » des femmes.

I - Trajectoire de soignant·es, ouverture à l'international et transnationalisation des pratiques de soin

Pour comprendre la circulation de ces techniques médicales, je me suis intéressée aux parcours professionnels des soignant·es interrogé·es. En effet, la migration des professionnel·les de santé pour études ou pour pratiquer la médecine fait partie de l'histoire médicale. Néanmoins cette tendance s'est intensifiée avec la mondialisation, comme le souligne I. Gobatto, impliquant une standardisation des procédures médicales et surtout une circulation plus importante des savoirs médicaux en ligne avec les nouveaux flux de circulation des idées et des personnes (Gobatto, 2003).

Plusieurs trajectoires types émergent des entretiens venant renseigner la circulation transnationale de ces pratiques de réparation génitale féminine. J'entends ici par transnational, cette construction multi-située des pratiques médicales en lien avec les trajectoires migratoires des professionnel·les de santé. Pour reprendre la définition assez classique de Schiller et Szanton :

> *The processes by which immigrants forge and sustain multi-stranded social relations that link together their societies of origin and settlement. We call these processes transnationalism to emphasize that many immigrants today build social fields that cross geographic, cultural, and political borders. (Schiller, Basch et Blanc, 1995, p. 7)*[142]

La circulation de ces pratiques médicales s'articule directement avec les choix de mobilité des praticien·nes pionniers qui vont alors implanter de manière durable ces pratiques dans des contextes nationaux différents. Et le pays d'origine comme le pays d'accueil deviennent des lieux d'aller-retour pour les médecins, ouvrant également à des lieux tiers de pratique. En effet, les praticien·nes européen·nes ont par exemple des occasions de réaliser des missions humanitaires dans les pays qui ont des liens historiques avec le pays européen de résidence – par exemple depuis la France : le Sénégal, le Mali, le Burkina Faso, etc. Au contraire, dans le cas de l'Egypte les occasions sont plutôt tournées vers des pays voisins, frontaliers. La mobilité des médecins pour pratiquer à l'étranger sur des missions à court terme (et non pour étude) semble moins encouragée.

Le lieu des études, les espaces d'échanges internationaux autour de la chirurgie esthétique, les déplacements en mission humanitaire, sont différentes médiations pour la mobilité des savoirs médicaux. Il ne s'agit pas uniquement des patientes qui se déplacent pour leurs besoins médicaux, mais aussi des praticien·nes qui font des tentatives d'implantation, de création de lieux ou encore répondent à des demandes en se déplaçant.

Plus encore, ces trajectoires multiples ont en commun de créer des liens entre les différents espaces de mobilité pour études ou pour pratique de ces professionnel·les. Ces itinéraires laissent des traces pour ces chirurgies rares et finalement expliquent la répartition de l'offre limitée de ces soins. Il est possible de retracer des trajectoires à petite échelle de diffusion de ces chirurgies en suivant un à un les parcours de ces professionnel·les et d'établir une sorte

[142] Les processus par lesquels les immigrants forgent et entretiennent des relations sociales multiformes qui relient leurs sociétés d'origine et d'installation. Nous appelons ces processus transnationalisme pour souligner que de nombreux immigrants construisent aujourd'hui des champs sociaux qui dépassent les frontières géographiques, culturelles et politiques.

de cartographie non exhaustive de la circulation de ces pratiques. Car les procédures par lesquelles ces chirurgies s'établissent dans un contexte donné relèvent de mécanismes d'adaptation transnationaux que l'on voit apparaître en raison des volontés essentiellement et majoritairement individuelles des professionnel·les de santé. En effet, ces chirurgies étant souvent minoritaires, ou taboues, elles ne relèvent jamais, au moment de leur implantation dans un pays, d'une demande institutionnelle. Ce sont donc des acteur·trices du monde de la santé qui s'attachent à les diffuser.

A - Des trajectoires Nord- Sud : migration de diffusion de pratique

Je me suis intéressée aux trajectoires de professionnel·les de santé français.es qui jouent un rôle central dans la pratique des chirurgies génitales. Celle du fondateur de la technique de réhabilitation clitoridienne est particulièrement intéressante de ce point de vue (encadré 22).

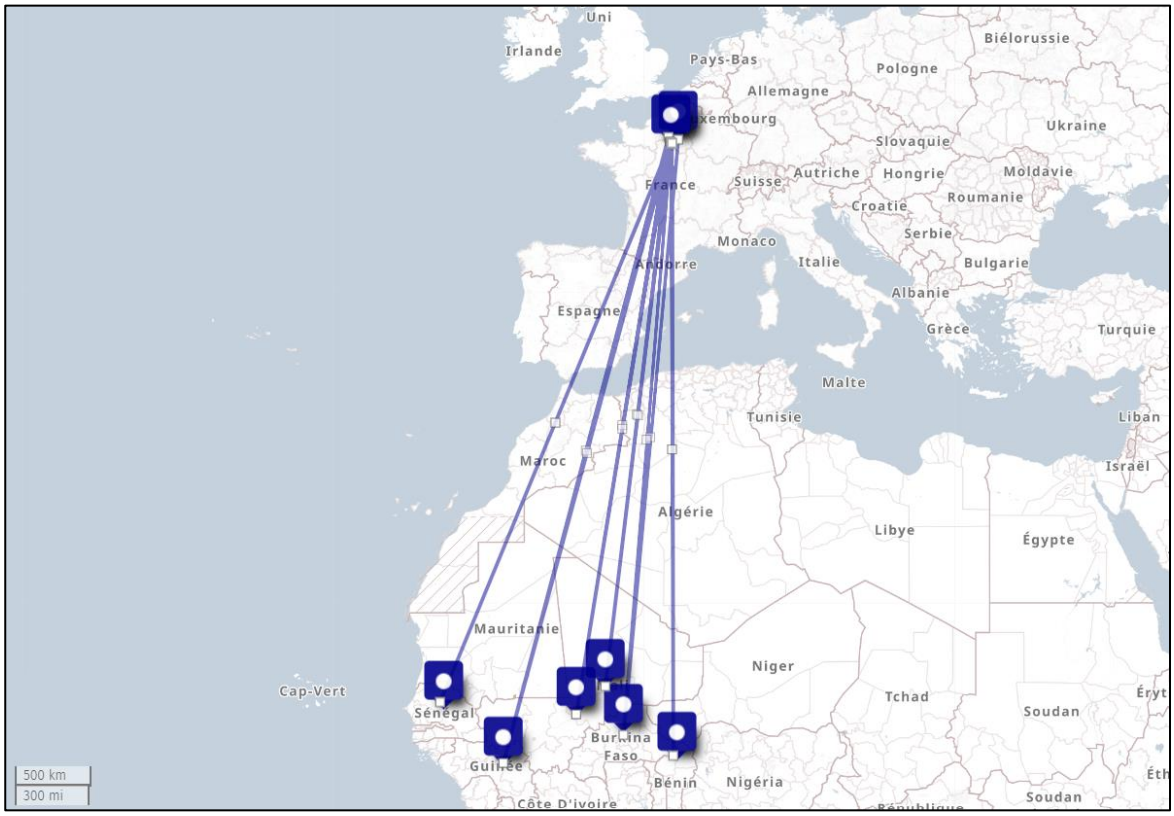
Encadré 22. La trajectoire d'un inventeur : élaboration et diffusion de la pratique dans les pays du sud.

Lors de diverses interviews et au vu des informations biographiques disponibles en ligne sur Pierre Foldès[143], il est possible de reconstituer une trajectoire géographique liée d'une part au développement de la technique de reconstruction du clitoris, mais également à la question de la diffusion des connaissances. En effet P. Foldès, après avoir réalisé des études en biologie humaine à Paris VI, se spécialise en chirurgie générale, il devient interne des hôpitaux de Paris, obtient son diplôme d'Etat et choisit finalement une spécialité en urologie. Il s'engage ensuite auprès de Médecins du Monde (MDM) et part en mission régulièrement, pendant de longues années (1976-2005). C'est au Burkina Faso qu'il découvre la pratique de l'excision et commence à élaborer une chirurgie réparatrice du clitoris à destination des femmes excisées. Cela constitue un premier lieu d'inspiration dans les Suds et de mise en pratique de la technique. Il retourne à Paris opère dans une clinique privée de région parisienne, puis ouvre en 2014, avec la médecin Frédérique Martz, l'association et institut privé médical Women Safe à Saint-Germain-en-Laye et développe sa technique en proposant la chirurgie principalement à des femmes excisées migrantes ou issues de l'immigration, résidantes en France. C'est alors une deuxième étape dans sa trajectoire professionnelle, mais également dans la circulation de cette pratique. Car depuis, ses travaux sont de jour en jour plus connus. Il participe à des conférences européennes et internationales, diffuse sa technique, offre des formations dans le milieu hospitalier français pour les unités souhaitant prendre en charge des femmes excisées. Par ailleurs, ses formations ont également lieu dans d'autres pays d'Europe, et des professionnel·les viennent se former en France à ses côtés, comme en témoignent plusieurs professionnel·les de santé interrogé.es en Egypte, venu.es en France se former auprès de lui. P. Foldès se rend aussi dans des pays d'Afrique subsaharienne pour réaliser des chirurgies et former des professionnel·les de santé à sa technique (carte 3). Dans certains pays, son passage engendre des tensions communautaires, comme le rapporte une actrice associative française : elle raconte qu'en Guinée les femmes reconstruites ont ensuite été réexcisées par leur communauté et des médecins ont pris position contre P. Foldès qui a décidé de ne plus faire d'opération dans le pays. Cette trajectoire de mobilité professionnelle a donc eu comme point central (de retour récurrent et central) la région parisienne, mais s'y greffent plusieurs séjours, voyages temporaires ou prolongés de P. Foldès en Afrique (Guinée, Sénégal, Mali, etc), qui participent à la diffusion des savoirs – sans compter sa

[143] Seul ce nom n'est pas un pseudonyme car les informations biographiques contenues dans cet encadré sont intégralement disponibles en ligne. Ce sont donc des données à caractère public.

participation à des évènements internationaux de la chirurgie intime en Europe (plusieurs congrès en Suisse) et aux Etats-Unis (Figure 1).

Carte 3. Trajectoire professionnelle de P. Foldès, urologue, inventeur de la réhabilitation clitoridienne[1]



[1] Cette carte a été réalisée à partir des informations bibliographiques disponibles en ligne sur ce professionnel et compilée sur le logiciel en ligne Umap : https://umap.openstreetmap.fr/fr/map/new/#4/36.12/13.87

Cette trajectoire semble assez typique des praticien·nes de cette génération qui ont aujourd'hui plus de 70 ans et continuent à faire leur métier-vocation. Parmi les praticien·nes hommes de santé qui s'occupent de l'excision, quatre ont fait de l'humanitaire en Afrique et y ont par ce biais découvert l'excision. Un sexologue de la même génération m'explique avoir voulu longtemps partir « sur le terrain », sans finalement en avoir le temps. Cette appétence pour l'humanitaire qui se concrétise par une pratique de la médecine à l'étranger dans des contextes dit d'urgence semble ainsi fréquente et a façonné le développement de l'offre de cette pratique médicale qu'est la chirurgie de reconstruction du clitoris dans les services publics de santé. Quasiment tous les services historiques d'accueil de femmes excisées en région parisiennes comptent parmi leur personnel ou ont compté parmi leurs fondateur·trices des personnes ayant ce type de trajectoires humanitaires.

B - Des trajectoires Sud – Nord : migration pour étude et formation

L'Egypte a une longue histoire d'importation de savoirs médicaux depuis l'Europe. Envoyer de jeunes étudiant·es égyptien·nes en Europe pourrait même s'apparenter, historiquement, dans certaines disciplines, à un rite de passage, une étape obligatoire dans les trajectoires de médecins égyptiens du Caire – qui ont ensuite acquis une certaine notoriété nationale. C'est ce que souligne sur le plan historique S. Chiffoleau dans ses travaux sur la profession médicale en Egypte, il indique en effet que la formation à l'étranger et particulièrement en Europe est très importante dans la formation des futurs médecins égyptiens (Chiffoleau, 1997). Cela semble s'inscrire dans un certain habitus de classe. Plusieurs étudiant.es en médecine me confie par exemple qu'il est courant parmi les médecins séniors de parler entre eux de leurs expériences de praticien·nes à l'étranger, une fois en poste en Egypte. Historiquement d'ailleurs, au moment de l'introduction de la médecine occidentale en Egypte, commanditée par le pacha ottoman Méhémet Ali, et après l'arrivée du chirurgien français Clot-Bey (Antoine Clot) chargé de former des médecins égyptiens, les élèves de la nouvelle école de médecine d'Abouzabel (grand complexe hospitalier à une vingtaine de kilomètre du Caire dirigé par Clot-Bey) ont tous été envoyés à Paris pour parachever leurs études (Jagailloux, 2006). Que ce soit en France ou en Italie, les nouveaux médecins égyptiens du XIXe siècle quittaient tous l'Egypte pour plusieurs années afin de se former en Europe et de pouvoir ensuite ramener des compétences dans leur pays d'origine. Cette stratégie transnationale fortement encouragée par les souverains de l'époque a ainsi laissé des traces aujourd'hui sur les pratiques de mobilité pour études en Egypte (Chiffoleau, 1997). Cette mobilité des professionnel·les de santé constatée sur le terrain n'a donc rien de nouveau, elle semble seulement se décliner de façon spécifique dans le domaine des nouvelles techniques biomédicales de reconstruction génitale.

Les étudiants égyptiens en médecine semblent par ailleurs être reconnus pour leur expérience de terrain, dans la représentation des champs médicaux européens : ils ont vu plus de cas d'étude et de situations compliquées, épidémiques, comme me l'explique un étudiant en médecine égyptien qui prépare lui-aussi sa mobilité en Europe :

> *« Quand tu viens d'Egypte, tu as vu des cas de rage, des épidémies, des infections graves vraiment ! Notre hôpital est plein de virus qu'ils voient jamais en Europe alors ils veulent les étudiants égyptiens. On a plus d'expérience dans le concret. Nous on veut les compétences pour aider en Egypte dans ces situations parce qu'on se sent souvent… pas capable,*

impuissant…. Et puis il y a pas les moyens, tu vois. »[144] *(Saïd, 26 ans, Le Caire, 2021)*

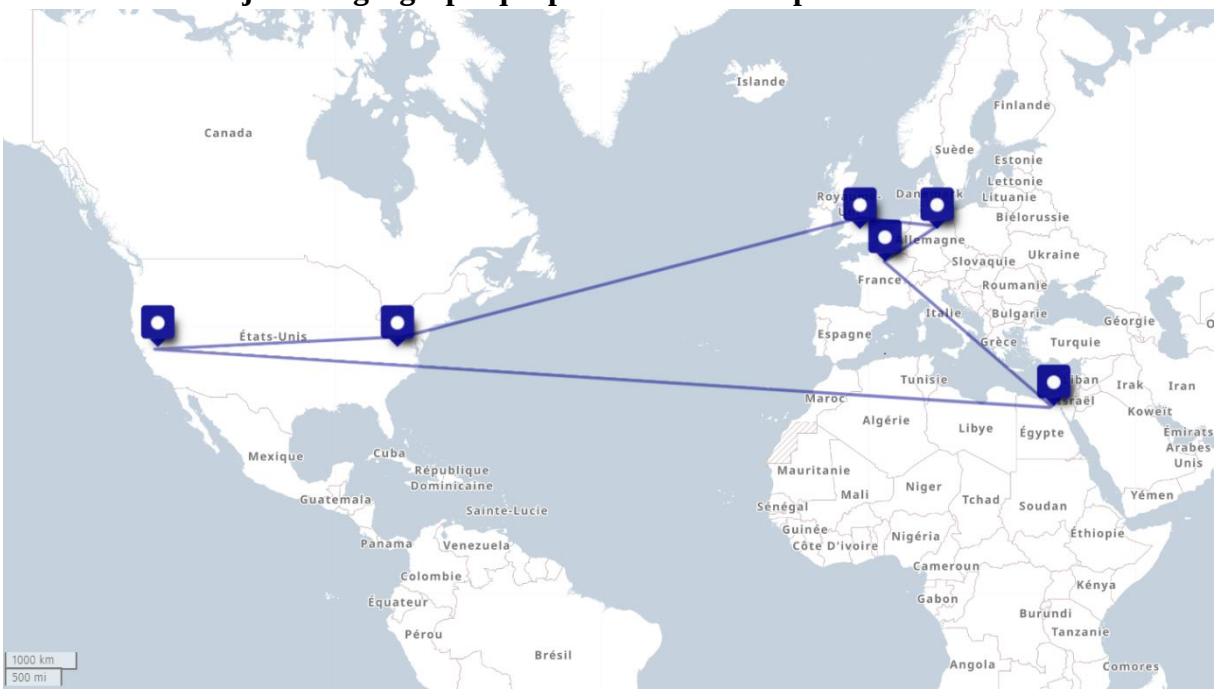
Parmi les enquêtés on peut distinguer deux types de trajectoire qui semblent renseigner un gap générationnel et semblent en accord avec certains constats historiques de l'évolution des migrations professionnelles des cadres supérieurs au Moyen-Orient. En effet, les médecins ayant commencé leurs études autour des années 1970-1980 ont assez systématiquement effectué une partie, si ce n'est la totalité de leur cursus de futur médecin dans des pays d'Europe (encadré 23 et carte 4). En revanche pour les nouvelles générations de médecins, la formation est plus accessible en Egypte même, ou dans les pays voisins, et le lieu des formations les plus valorisées reste les Etats-Unis (encadré 23 et carte 5). En Egypte par exemple la première personne à tester la reconstruction du clitoris est le Dr. Thabet en 2003 puis le docteur Seifeldin un plus tard (Seifeldin, 2018) : la formation est donc désormais accessible sur place.

Encadré 23. La trajectoire d'un chirurgien dans les années 1970 : le cas du Dr. Ali, urologue, chirurgien plasticien au Caire

Dr. Ali a commencé ses études en Egypte dans une des deux prestigieuses universités du Caire. Il y a pour la première fois découvert l'excision, alors qu'il était encore interne. Il décide de suivre un cours du Dr. Thabet dans les années 2000 qui teste alors la réhabilitation clitoridienne dans sa clinique du Caire sur des femmes excisées. Il raconte en entretien avoir commencé à s'entrainer à la réparation et à comprendre mieux les parties génitales féminines en réalisant des dissections sur le corps humain : « on ne connaissait rien de l'appareil sexuel des femmes à l'époque » précise-t-il. Il part ensuite se former à la chirurgie plastique dans les grands centres spécialisés en Europe : en France, en Allemagne, au Royaume-Uni, puis il pratique quelques années la médecine aux Etats-Unis avant de revenir en Egypte. En tout, il passe plus de 15 ans à se former et pratiquer la médecine à l'étranger avant de revenir en Egypte. Il raconte qu'en Egypte il est très difficile de travailler dans de bonnes conditions mais que la reconnaissance y est instantanément plus grande. Il forme quelques rares étudiant.es intéressé .es par les chirurgies génitales féminines. Plusieurs fois, m'explique-t-il, il est contacté dans sa carrière par des ONG comme Médecins Sans Frontières pour intervenir auprès de femmes excisées mais la question financière semble problématique. Bien que Dr. Ali ait un discours engagé et humaniste, il ne « fait » pas de l'humanitaire et ne veut pas « se faire exploiter pour rien » par les ONG internationales. Il décide en fin de carrière de créer sa propre association/clinique spécialisée sur les chirurgies de reconstruction pour les femmes excisées. Auparavant, il enseignait et opérait dans un « Teaching Hospital for Women » c'est-à-dire un hôpital déjà spécialisé sur les soins aux femmes, mais cette fois l'axe est plus fortement orienté vers la question de l'excision. Cependant, il raconte en entretien recevoir des femmes pour d'autres demandes, y compris des hyménoplasties, des vaginoplasties, des labioplasties, etc. Toutes les interventions génitales féminines sont également prises en charge au sein de cette nouvelle clinique.

[144] Entretien traduit de l'anglais. A nouveau tous les prénoms utilisés ont été changés et sont des pseudonymes, y compris concernant les professionnel·les de santé cité dans ce chapitre. Pour plus d'information sur le protocole de protection des données personnelles des enquêté·es se référer au chapitre 3.

Carte 4. Trajectoire géographique professionnelle et pour étude du Dr Ali[1]

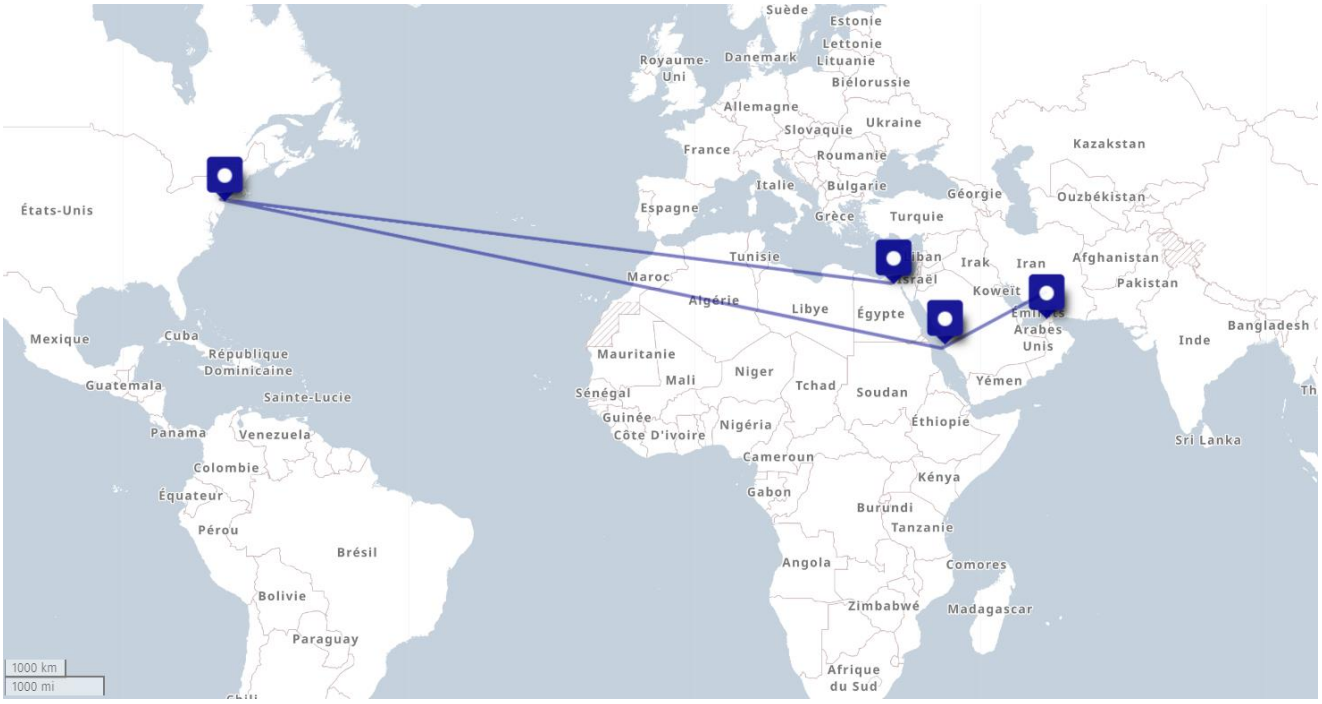


[1]Cette carte a été réalisée à partir des informations bibliographiques recueillies au cours d'un entretien biographique auprès de ce professionnel, le nom ici indiqué est un pseudonyme. Ces informations ont ensuite été compilées sur le logiciel en ligne Umap : https://umap.openstreetmap.fr/fr/map/new/#4/36.12/13.87

Encadré 24. La trajectoire d'une chirurgienne dans les années 2010 : le cas de Dr. Rana, chirurgienne au Caire

Dr. Rana, d'origine égyptienne, ayant grandi dans le Golf, commence ses études de médecine aux Emirats arabes unis, à Ajman. Elle les poursuit en Arabie Saoudite, puis en Egypte et effectue un passage aux Etats-Unis. Elle revient finir ses études au Caire où elle commence à opérer dans des cliniques privées et se spécialise dans les reconstructions génitales et la « gynécologie esthétique ». Elle a typiquement la trajectoire de beaucoup de jeunes médecins égyptiens dont les parents ont eu eux aussi une carrière dans les pays voisins. Ses compétences linguistiques en anglais et son ouverture internationale lui ont permis d'aller se former aux Etats-Unis où elle a notamment appris une partie des chirurgies génitales de reconstruction (Figure 3). Par rapport aux autres jeunes médecins de sa génération ayant toujours habité en Egypte, elle est mieux vue par les professionnel·les de santé qui pratiquent au Caire la « gynécologie esthétique » et qui ont tous une grande ouverture vers les sociétés scientifiques internationales et égyptiennes. Il n'est pas anodin qu'elle soit l'une des rares chirurgiennes qui commence à être connue en Egypte pour pratiquer des chirurgies de reconstruction pour les femmes excisées. Elle a une visibilité médiatique plus grande également grâce à ses contacts anglophones et est capable de présenter sa pratique médicale dans un anglais parfait. Au Caire, elle reçoit désormais des femmes étrangères qui viennent pour des consultations depuis les pays voisins et frontaliers de l'Egypte. Par ailleurs, elle explique en entretien que les cliniques en Europe sont intéressantes pour connaître leur fonctionnement et s'en inspirer, mais qu'elle n'a pas envisagé d'y faire une longue partie de ses études. Les étudiants de sa génération se forment dans des pays plus proches de leur pays d'origine ou à la limite aux Etats-Unis, mais l'Europe est de moins en moins le lieu privilégié pour se former en tant que médecin. D'autres centres extra-européens se sont constitués depuis. Et de plus en plus de médecins, certes encore isolés, mais locaux, peuvent les former à ce type de chirurgie marginale.

Carte 5. Une trajectoire professionnelle des années 2010-2018. Dr. Rana, une chirurgienne formée au Moyen Orient et aux Etats-Unis avant d'opérer au Caire[1]



[1]Cette carte a été réalisée à partir des informations bibliographiques recueillies au cours d'un entretien biographique auprès de cette professionnelle de santé, le nom ici indiqué est un pseudonyme. Ces informations ont ensuite été compilées sur le logiciel en ligne Umap : https://umap.openstreetmap.fr/fr/map/new/#4/36.12/13.87

Des études démographiques plus approfondies pourraient permettre de valider cette hypothèse. Le corpus d'enquêté·es n'est pas suffisant pour établir avec certitude cette tendance. Néanmoins, cette distinction renseigne la mobilité des professionnel·les de santé interrogé·es sur ces pratiques de reconstruction génitale et semble indiquer que plus la diffusion du savoir autour de ces chirurgies se développe, plus les études à l'étranger se restreignent, puisque les personnes peuvent être suffisamment formées sur place, dans leur pays d'origine.

Un des enquêtés s'est avéré avoir une trajectoire hybride entre les deux idéaux-typiques décrits ici, trajectoire qui semble par ailleurs valider l'hypothèse d'un sens de circulation du savoir selon laquelle le Nord est davantage un lieu d'apprentissage pour les Suds et les Suds constitueraient un lieu de mise en pratique pour les praticien·nes du Nord.

Enfin, lorsque l'implantation des professionnel·les de santé en Europe dépasse le cadre des études dans leur pays d'accueil et de formation, cela produit des trajectoires intéressantes pour ces chirurgies. C'est le cas de l'un de mes enquêtés, le Dr Maurice, égyptien, dont le parcours est un peu hybride entre les trajectoires Nord-Sud et Sud-Nord décrites antérieurement (carte 6). Arrivé en France au tout début de ses études de médecine, il espérait « avoir accès à

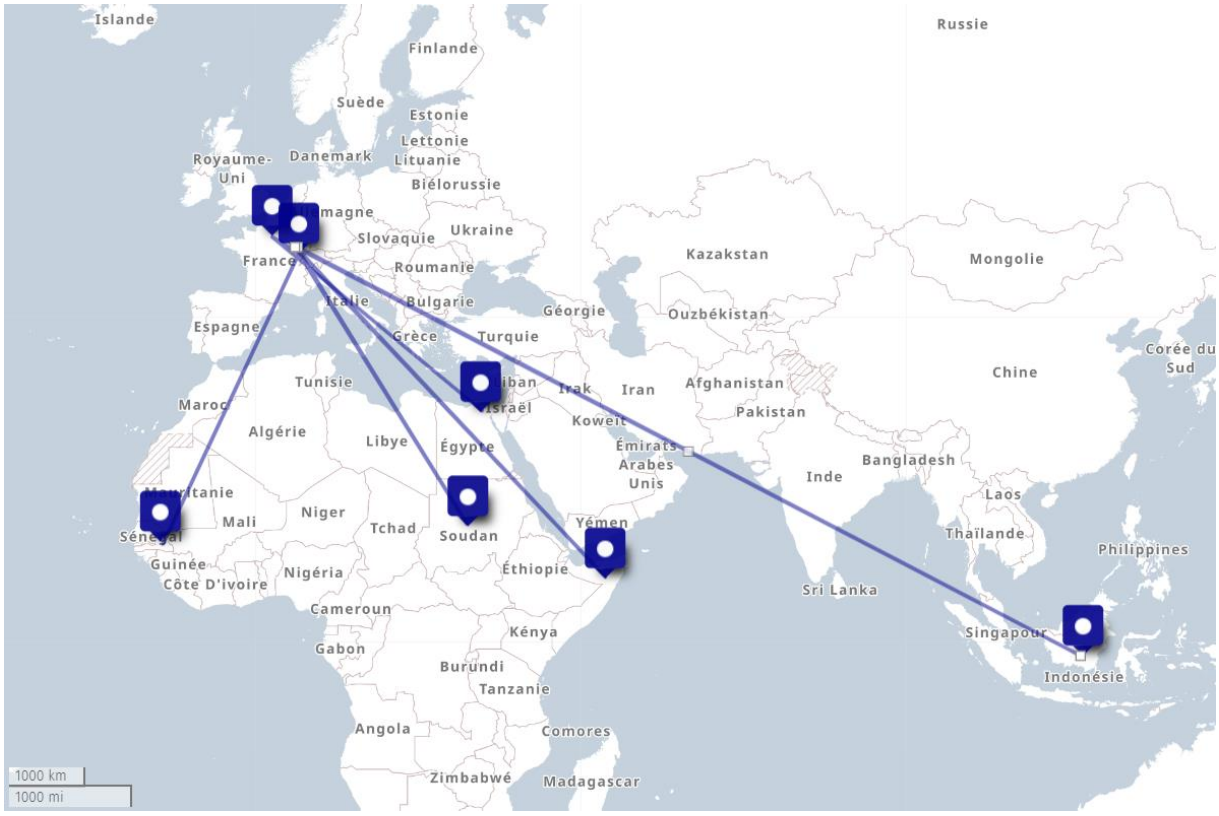
une carrière plus universitaire », ce qui lui semblait compliqué en Egypte du fait de sa confession religieuse copte. Il explique que de fait, les postes à l'université de médecine en Egypte s'obtiennent beaucoup par « piston » et qu'être d'une communauté religieuse marginale rend difficile l'accès à ces postes. Après ses études en France, il décide donc de s'y installer définitivement et travaille dans un centre hospitalier. Après plusieurs années d'exercice en France, il a tout de même l'envie de pratiquer la médecine en Egypte :

> *S : Oui c'est ça et du coup comment est-ce que vous avez eu l'idée de faire des voyages en Égypte pour reconstruire ?*
>
> *E : Non euh… Euh j'allais depuis 20 ans en Égypte puisque c'est mon pays d'origine et petit à petit, il y a 10 ans, dans des congrès on commençait à m'inviter pour parler du sujet. Et donc des médecins m'envoient des malades et des prêtres. C'est un sujet qui s'avère être tabou, encore malgré les lois. (…) Je me suis dit ce serait bien de pouvoir les accueillir en Egypte. »*

Il explique qu'il a deux spécialités médicales – donc pas uniquement la chirurgie gynécologique et plastique - et que c'est par son autre spécialité[145] qu'il a pu ouvrir son cabinet au Caire. Il s'est ensuite mis à y recevoir des patientes excisées et faire des allers-retours presque tous les six mois pour aller opérer en Egypte où il reste alors plusieurs mois, conservant son activité principale en France. Il s'inscrit donc au cœur de la circulation transnationale directe de la chirurgie du clitoris. Il réalise également, mais plus rarement, des hyménoplasties – non sans essayer de dissuader les femmes auparavant.

[145] Pour des questions de protection des données personnelles, certaines informations comme les spécialités médicales des professionnel·les de santé ne sont pas précisées.

Carte 6. Trajectoire professionnelle du Dr. Maurice, égyptien s'étant installé en France au moment des études et travaillant dans un CH de province, ainsi qu'au Caire et de manière ponctuelle ailleurs dans le monde : une pratique globalisée[1]



[1]Cette carte a été réalisée à partir des informations bibliographiques recueillies au cours d'un entretien biographique auprès de ce professionnel de santé, le nom ici indiqué est un pseudonyme. Seuls les contextes où des opérations ou des études ont été réalisées sont inscrits. De nombreux pourraient être indiqués pour les conférences données qui participent également d'une diffusion du savoir. Ces informations ont ensuite été compilées sur le logiciel en ligne Umap : https://umap.openstreetmap.fr/fr/map/new/#4/36.12/13.87

Depuis quelques années, en parallèle de ses aller-retours, il va réaliser des opérations temporaires en Afrique : « je suis allé au Soudan et je suis allé au Sénégal aussi pour réparer. Mais je suis allé une fois là et une fois-là. ». Sur sa page en ligne est inscrit qu'il fait ces réparations dans le cadre de « missions humanitaires ». Il précise en début d'entretien qu'il a réalisé son mémoire de DU sur les « mutilations » pour obtenir un « diplôme d'université humanitaire » en France. C'est principalement par des réseaux chrétiens comme l'ONG Caritas qu'il se déplace, mais aussi par l'intermédiaire de collègues ou d'invitations à des conférences sur place qu'il va opérer dans ces contextes. Il m'explique comment il réalise le suivi des patientes dans ces différents espaces :

> *« Les patientes ont mon téléphone portable avec WhatsApp, que ça soit au Sénégal, que ça soit au Soudan, que ça soit en Égypte ou que ça soit ici. Et donc elles ont mon téléphone portable et... Il y a un suivi régulier même après un an. » (Dr Maurice, 57 ans, entretien Zoom 2020)*

C’est donc une réelle pratique transnationale qu’il a mis en place, une sorte de clinique multi-située et itinérante autour de la réhabilitation clitoridienne avec quelques autres actes, parfois, de reconstruction génitale comme la reconstruction vulvaire, les tissus, ou plus rarement des hyménoplasties, pour « aider les femmes excisées » me précise-t-il. Il s’implique donc dans des réseaux de solidarité multiples qui lui sont proposés dans son pays d’accueil (la France), comme dans son pays d’origine. On peut relier cette pratique transnationale de la médecine aux conclusions générales des travaux de J.M Lafleur et M. Martiniello qui montrent que les migrants impliqués dans des activités transnationales développent des engagements sociaux, politiques ou économiques simultanés dans le pays d'origine et dans le pays de destination (Martiniello et Lafleur, 2008). En effet, cet acteur, par ses prises de position, a plusieurs points d’ancrage dans les différents contextes où il se déplace pour opérer. En Egypte, il participe à des congrès, a même été impliqué dans des groupes de réflexion ministériels sur la prise en charge des femmes excisées, reçoit des patientes envoyées par des collectifs d’associations (beaucoup religieuses) et en parallèle en France il répond à des appels de réseaux comme Caritas France qui lui proposent des interventions, répond à l’invitation de collègues qui l’ont rencontré dans des congrès européens. Les interconnexions qui émergent de cette dimension transnationale entre pays d’origine et pays d’accueil ouvrent finalement la porte à des connexions globales et des opportunités qui dépassent le transnational pour entrer dans une pratique médicale globale.

Finalement, il profite de l’expertise, de la légitimité et des connaissances acquises en Europe, ainsi que du fait d’y pratiquer la médecine. Cela représente un point de légitimité non négligeable, comme me le précise une étudiante en médecine au Caire :

> *« Un médecin qui opère en Europe et en Egypte, tu peux être sûre qu’il a une file d’attente de plusieurs mois en Egypte. Les gens, ils entendent Europe, ils se disent : il est fiable ! » (Rania, 24 ans, 2021 Le Caire)*

Et en parallèle de cet avantage, il maitrise les codes de la société égyptienne pour y pratiquer la médecine. Il a sur place des réseaux de connaissances qui lui ont permis de trouver une clinique pour opérer des femmes. De plus il n’hésite pas à utiliser WhatsApp pour rester en contact avec les patientes et finalement continuer à suivre des personnes à distance. Donner son WhatsApp à une patiente est chose courante en Egypte, ainsi qu’en Tunisie et dans beaucoup de pays des Suds. Le professionnel·le de santé est moins à distance des patientes dans sa posture institutionnelle. Ce type de familiarité ou disponibilité est mal vue en Europe où l’on marque une frontière forte entre les lieux du médical et le monde profane : on ne peut pas contacter son

médecin sans prendre un rendez-vous et se déplacer. Finalement ce professionnel de santé, en jouant sur les usages de son pays d'origine et de son pays d'accueil, met en place une pratique médicale proprement transnationale, voire internationale.

C - Les conférences internationales : lieux de rencontres et d'échanges de savoir médicaux

Les congrès et conférences de chirurgie esthétique, « gynécologie esthétique » ou encore « cosmétique » sont de plus en plus nombreux à l'échelle mondiale. Le nombre d'associations internationales de praticien·nes dans ce domaine a explosé depuis les années 2010 (Güneş et Alinsod, 2018 ; Paul et al., 2018). Ce sont les espaces où circulent les pratiques médicales de chirurgie génitale féminine cosmétique, en anglais : « Female Cosmetic Genital Surgery (FGCS) », dont font partie les hyménoplasties et la reconstruction clitoridienne. Les hyménoplasties n'y sont que peu discutées mais la réhabilitation clitoridienne, bien que développée d'abord dans des espaces plus liés aux espaces humanitaires, est de plus en plus discutée dans ces espaces. En effet, tous les professionnel·les interrogés font partie d'au moins trois ou quatre associations internationales de gynécologie esthétique, particulièrement les praticien·nes rencontrés en Egypte qui se servent de ces réseaux pour voyager, se former, et gagner en notoriété dans des réseaux plus européens ou étatsuniens. Parfois la liste des associations d'affiliation est très longue pour un.e seul.e praticien·ne. Le Dr Ali par exemple fait partie de 11 associations différentes[146] qui le sollicitent pour participer à des congrès, faire des formations ou des présentations lors de ces congrès. La plupart des enquêtés en Egypte ont au moins deux ou trois affiliations communes, notamment auprès des associations qui semblent les plus centrales : l'Internatonal Society of Cosmeto-Gynecology (ISCG), l'American Aesthetic Association (AAA), European Society of Aesthetic Gynecology (ESAG). Ces associations, liées à des milieux médicaux occidentaux (européens, ou américains), comptent parmi les premières associations historiques de chirurgies esthétiques. Par ailleurs, lorsque l'on va sur les pages Facebook des enquêtés ayant une certaine expérience, la plupart des photos qui apparaissent sont dans des congrès de ces associations où ils ou elles donnent des conférences, font des présentations, posent à côté de maquettes de clitoris (Photo, Annexe 2), etc. Ces

[146] Voici la liste des affiliations professionnelles de cet enquêté : Alinsod Institute of Aesthetic Vaginal Surgery (AIAVS), Internatonal Society of Cosmeto-Gynecology (ISCG), European Society of Cosmetic & Reconstructive Gynecology (ESCORG), European Society of Aesthetic Gynecology (ESAG), American Society of Cosmetic Physicians (ASCP), International Society of Gynecology Aesthetics & Research (ISGAR), Sociedad Española Ginecologia Estetica Regenerativa Funcional (SEGERF), International Association of Aesthetic Gynecology & Sexual Wellbeing (IAAGSW), American Aesthetic Association (AAA), World Academy of Regenerative & Aesthetic Gynecology, Laser & Health Academy (LAHA)/

plateformes semblent alors incarner des lieux de sociabilité centraux et des lieux d'échanges primordiaux sur ces pratiques de reconstruction génitale. C'est ce que le Dr. Maurice me confirme quand il explique que lors de ces congrès, des collègues lui proposent également d'opérer des patientes :

> *« S : Comment avez-vous eu l'occasion d'aller au Sénégal et au Soudan, ce sont des invitations de collègues ?*
>
> *E : Des congrès. Oui de chirurgie esthétique et tout et on rencontre sur place quelqu'un qui connaît qui connaît quelqu'un qui… (s'arrête comme si c'était évident).*
>
> *S : Et donc ça veut dire que quelqu'un ensuite vous prête son cabinet ?*
>
> *E : Organise, oui.*
>
> *S : Ok. Vous avez opéré beaucoup de femmes dans ces pays ?*
>
> *E : Non, non, une douzaine.*
>
> *S : Ok. Non c'est intéressant de voir comment cela circule puisqu'il y a finalement très peu de gens qui se déplacent pour opérer les femmes dans certains pays ? Je ne sais pas si au Soudan par exemple ça se fait beaucoup la reconstruction.*
>
> *E : Euh… ça commence et puis surtout elles (les femmes soudanaises) viennent en Égypte. Ça a un rapport historique » (Dr. Maurice, Entretien Zoom, 2020)*

Il y a aussi toutes les formations internationales qui sont l'occasion d'échanger et de diffuser plus encore les techniques de reconstruction génitale :

> *S : Et du coup vous allez donner des cours en janvier au Caire ?*
>
> *E : Du coup je sais pas… Au niveau de la planète. Là, j'avais des cours à faire en janvier, j'avais des cours à faire en Grèce et c'est annulé. Euh… C'était la première fois où je devais aller à la capitale de l'Indonésie. Il y avait un congrès en Thaïlande… (Dr. Maurice, Entretien Zoom, 2020)*

Les réseaux de praticien·nes se rejoignent et s'entrecroisent. Ils participent alors de la circulation des savoirs et de la standardisation de ceux-ci. Cependant, ils sont aussi le lieu de création de différents, de rivalités et de prises de distance dans la mise en pratique. Beaucoup de praticien·nes m'expliquent en effet qu'après avoir discuté avec tel ou tel praticien·ne ils

décident d'innover, de changer la technique, ils se rendent compte de sa non-applicabilité à leur contexte d'exercice.

Les praticien·nes du public français rencontrés, à quelques exceptions près, sont dans des cercles d'échanges scientifiques plus restreints, plus européens et vont peu dans des congrès internationaux du fait de leurs contraintes de travail à l'hôpital – grande différence avec les praticien·nes égyptiens qui travaillent majoritairement dans le privé et sont donc plus libres de leurs horaires. Les praticien·nes du secteur privé français vont suivre des colloques internationaux ou se former par des webinars, comme le souligne cette chirurgienne interviewée qui opère dans son cabinet à Paris :

> *« Donc c'est quelque chose c'est des formations sur 11 ans mais après quand, j'ai envie de dire quand on arrive à 11 ans de formation, c'est là que ça commence (rigole). Et encore maintenant à mon âge ça fait 50 ans que je continue à me former et à faire des vidéos euh forums euh aller euh sur des sites pour aller voir des chirurgiens… donc en fait c'est à vie quoi la chirurgie, c'est un truc heu ça s'arrête jamais quoi.*
>
> *S : il y a des sites de formations dédiés heu…*
>
> *D : en fait, il y a des webinars internationaux sur lesquels heu bah on… on se, on se branche et on écoute et on de temps en temps c'est nous qui les organisons c'est… voilà. » (Dr. Caroline, chirurgienne libérale Paris, entretien 2020)*

En ce qui concerne la reconstruction clitoridienne, les cercles plus restreints sont par exemple très francophones ou alors uniquement entre spécialistes de cette chirurgie en particulier. C'est le cas d'une chirurgienne de la banlieue nord parisienne, qui après m'avoir dit qu'elle n'avait pas le temps d'aller souvent aux rencontres, m'explique, une fois que nous sommes toutes les deux, qu'elle échange tout de même avec ses collègues à l'étranger, notamment en lien avec un réseaux nommé « Care and share » :

> *S : Et je me demandais comment ça se passait d'un endroit à l'autre, si Foldès ou vous des fois vous échangiez avec d'autres médecins de différents pays.*
>
> *A : Oui, oui mais... Par exemple, il y a un chirurgien, qui doit être (…) qui est égyptien. Et il m'a expliqué qu'il allait régulièrement en Égypte pour opérer dans une clinique pour opérer ces femmes-là. Oh je crois qu'il y a, bah l'allemand par exemple. Bah je sais pas il a jamais vu Pierre Foldès. Il y a eu d'autres personnes. Pierre est le plus connu, etc mais il y a d'autres personnes, notamment tous ces gens qui travaillent sur les transsexuels qui ont développé une expertise. Je sais qu'il y a un type en Hollande qui*

d'origine Pakistanaise qui a fait beaucoup (inaudible). Nous on a un club qui s'appelle "care and share".

S : "Care and share" ?

A : Ouais (rire) parce qu'on est très proutprout. On a essayé de réunir toutes les équipes qu'on connait autour de nous. Donc on a les belges de la maison des femmes de Bruxelles, on a X. vous avez dû voir peut-être des publications d'elle qui est à Genève. C'est comme ça que j'ai rencontré X. qu'on avait invité. On avait invité une fois K. machinchouette, le... Et puis d'autres équipes parisiennes, ou de Caen. Et donc on se réunit une fois par an, pour justement discuter de "bah toi comment tu fais quand elles ont super mal" ou euh "ah tiens c'est comment la petite plastie du capuchon de Dan", "ah oui t'en a fait dix, montre-moi tes résultats". Donc ça c'est plutôt sympa. (Dr. Aya, entretien banlieue parisienne, 2020)

Tous ces réseaux ne s'entrecoupent avec les réseaux plus internationaux que par l'intermédiaire de certaines personnes reconnues dans le domaine, ayant une production scientifique sur le sujet, comme P. Foldès, J. Abdulkadir en Suisse, etc. Ces personnes vont alors dans des rencontres sur la chirurgie plastique et esthétique autant que dans des réseaux de praticiens d'hôpitaux public plus tournés vers une chirurgie de terrain humanitaire et engagée, comme le décrit l'enquêtée ci-dessus. C'est donc par ricochets entre ces différents mondes épistémiques, ou cercle de connaissances – pour reprendre la formule de L. Fleck (chapitre 2) – que se construisent les trajectoires de ces savoirs médicaux qui vont ensuite être implantés dans certains contextes nationaux. En effet, comme l'explique le Dr. Aya :

« Nous ici à l'hôpital on fait pas de la chirurgie esthétique, on reconstruit les femmes. Mais bon après les plasticiens ont aussi à nous en apprendre peut-être. Il y en a comme ce chirurgien en Allemagne qui passe facilement 7h au bloc et là esthétiquement c'est beaucoup plus au niveau du clitoris. Voilà, les techniques elles se développent et puis on en parle ensemble quand on se rencontre. » (Dr. Aya, entretien banlieue parisienne, 2020)

Un autre enquêté chirurgien égyptien m'explique que pour sa part il a entendu parler des techniques du PRP ou du laser (des techniques qui s'ajoutent de plus en plus à la chirurgie), « dans des congrès et par des collègues étrangers » (Dr Omar, Entretien Le Caire, 2021). Ces lieux induisent alors des circulations parfois inattendues et non linéaires pour lesquelles il est difficile d'établir une traçabilité. Néanmoins, il est indéniable aux vues des dires des enquêtés que ces cercles ne jouent pas un rôle central dans les modalités de circulation et d'évolution de ces chirurgies génitales.

D - Circulation des pratiques : transnationalisation des chirurgies

Une de mes hypothèses, qui s'est bien confirmée au cours du terrain en Egypte, c'est la dimension transnationale et l'idée de circulation de la pratique de reconstruction du clitoris pour les femmes excisées. En revanche, l'hyménoplastie ne jouissant pas d'une bonne réputation au sein des différentes communautés scientifiques, l'idée de sa circulation est plus souterraine et engage des mobilités de la part des patientes (chapitre 6) plutôt que de celle des professionnel·les de santé. Aucun professionnel·le ne se déplace pour réaliser des hyménoplasties ou apprendre la technique. Une forme de transnationalisation de la technique s'est tout de même posée sur le terrain, j'y reviendrais dans un second temps.

Bien sûr, cela questionne également l'idée de standards de santé globale, dominée par une médecine dite « occidentale », au niveau des instances de formation, des institutions internationales de santé et surtout des formations et des établissements éducatifs qui accueillent des professionnel·les de santé du monde entier, majoritairement situés sur le continent européen ou nord-atlantique. J'ai ainsi constaté plusieurs faits sur le terrain égyptien qui vont dans le sens de cette hypothèse.

a) La chirurgie de réhabilitation clitoridienne : son importation en Egypte depuis l'Europe

Tout d'abord, il y a la reconnaissance par les professionnel·les de santé, de leur lien de filiation avec la personne de P. Foldès, certain.es s'étant directement formé.es auprès de lui, d'autres ayant lu ses travaux.

Ensuite, il y a la reconnaissance du sens de circulation de la pratique du Nord vers le Sud pour la prise en charge des femmes excisées avec la claire inspiration des modèles occidentaux, comme le souligne cette citation d'une chirurgienne qui travaille dans un centre en création « RestoreFGM » du Caire :

> *« Je ne connais pas d'autres médecins qui pratiquent cette opération en Égypte. Je ne suis pas sûre. Je ne pense pas que quelqu'un ici ait l'expérience... Parce que le fait est qu'il n'y a que... peu de chirurgiens dans le monde qui savent pratiquer cette opération. Je veux dire qu'il y a des gens qui prétendent savoir le faire mais... Vous voyez souvent qu'ils ne savent pas comment faire. Donc c'est Foldès, c'est X, il y a un couple aux USA, qui a été formé par Foldès. J'ai oublié leur nom. Le Dr X connaît leur nom. Et il y a aussi un autre médecin au Burkina Faso. Et la plupart d'entre eux ont été formés par Foldès. » (Dr. Rana, entretien Zoom, Caire, 2021, Annexe 5, p95)*

Cela pose également la question de l'importation telle quelle d'une prise en charge selon les mêmes modalités. Est-ce possible d'appliquer n'importe quelle procédure médicale de la même manière dans différents contextes ?

Enfin, il y a bien sûr l'idée d'une circulation d'idées par les réseaux sociaux qui stimule la demande de réparation des patientes, comme le souligne un chirurgien en parlant de « génération Facebook, Youtube, twitter followers, tout ça » :

> *C'est la génération Facebook youtube, Twitter, followers, tout ça, on va dire. C'est « j'ai regardé, j'ai entendu, j'ai vu que… J'ai vu sur youtube, j'ai entendu… ». C'est même pas les femmes gynécologues qui leur expliquent ça puisque culturellement : on s'en fout, c'est pas des sujets qu'on discute. (Entretien chirurgien, Hélopolis, Annexe 6 p. 111)*

Cette idée va dans le sens des dires des femmes en entretien. Des étudiant.es en médecine me confirment que les formations en éducation sexuelle et sur les organes génitaux sont très limitées. Rania, étudiante de 24 ans m'explique :

> *« (…) c'est simple que je crois qu'on en a parlé une fois dans un cours de troisième année. C'est pas vraiment dans les programmes. Et puis les enseignants ont l'air de rien savoir non plus. En plus, ils disent qu'ils ne veulent pas rendre moins pures les femmes dans la salle. Dès qu'on est pas marié, c'est toujours pareil, tout le monde pense qu'on va devenir des femmes sans pudeur. En plus, on en sait déjà beaucoup et c'est eux qui savent rien… (rire) » (Rania, 24 ans, Le Caire, 2021)*

Cette absence de connaissance explique aussi pourquoi les chirurgies génitales ne sont qu'à leur début en Egypte. Très peu de médecins ne veulent pas s'exposer à des accusations en lien avec la sexualité ou la pudeur. Et pour la chirurgie de reconstruction du clitoris, c'est un processus en cours, seulement à ses débuts, puisqu' au plus une trentaine de médecins propose des prises en charge des séquelles de l'excision en Egypte et à peine une dizaine semble maîtriser la technique de P. Foldès. Certains professionnel.le.s pensaient même souvent être les seul.e.s à la pratiquer lorsque je les ai rencontré.es. Dr. Rana m'explique qu'elle est sûrement la seule femme chirurgienne à faire des réhabilitations clitoridiennes en Egypte, alors que j'ai rencontré d'autres médecins femmes qui la réalisaient. Un docteur exerçant dans une clinique du centre du Caire explique avoir « inventé la technique ». Quand je l'interroge sur sa connaissance des travaux de Foldès, il se reprend et dit s'être « inspiré » de cette technique mais avoir fait des ajouts. Plusieurs médecins ne veulent pas directement reconnaitre cette affiliation scientifique et critiquent les travaux de P. Foldès en disant par exemple qu'il est impossible qu'il ait opéré autant de femmes qu'il le prétend (autour de 6000 en 2010 selon ses publications)

alors qu'il opère en France, un pays où la prévalence est basse. Il y a une méfiance vis-à-vis d'une affiliation trop forte avec les techniques européennes. Au fur et à mesure des entretiens, je comprends qu'un enjeu de légitimité et de réadaptation de la technique dans le contexte égyptien est fort. Non seulement les contextes européens ne sont pas les mêmes au niveau matériel, mais également au niveau idéologique, importer purement et simplement une technique de l'étranger est mal vu auprès des patientes et des pouvoirs publics.

Une chirurgie qui inspire de la méfiance dans le monde médical égyptien

Par ailleurs, un autre fait semble expliquer qu'elle ne soit que peu pratiquée, même par les chirurgien·nes qui maitrisent la technique. En effet, peu ont eu une formation longue de la chirurgie en France ou ailleurs. Au Caire, je me rends à la formation d'un chirurgien égyptien, Dr.Omar, rencontré quelques semaines auparavant, dans un centre pédagogique du ministère de la santé (annexes 18 et 19). La formation est organisée en partenariat avec l'International Medical Association (IMA) dont est membre le médecin. Dans ce lieu, beaucoup de jeunes diplômés viennent faire des formations d'un ou deux jours de spécialisation pour avoir des contacts et ouvrir leur clinique, ou s'orienter vers des stages pratiques. Lors de la formation, le chirurgien aborde la réhabilitation clitoridienne et en explique les grands principes. Les participantes[147] demandent alors des précisions sur la technique et tout de suite le chirurgien précise en anglais[148] : « je vous déconseille cette pratique ». Il explique en effet qu'elle est compliquée, que cela peut vite mal tourner : « c'est une opération très sanglante (bloody) (…) c'est très compliqué parfois » (Dr. Omar, 45 ans, Formation professionnel·les de santé au MOH Training Center du Caire, mars 2021). Des remarques que je n'ai jamais entendues auprès de praticien·nes français, et qui s'expliquent par des différences de moyens et de formation. Aussi, les médecins ont peur de cette opération délicate sur laquelle ils sont peu, voire pas du tout, formés.

Par ailleurs, lors de cette formation, la réhabilitation clitoridienne est présentée comme une chirurgie « corrective » (corrective surgery), ce qui est également le terme utilisé par plusieurs de mes enquêté.es en Egypte et surtout du Dr. Maryam qui est en fait une ancienne étudiante du Dr. Omar. En cela, cette chirurgie génitale corrective s'inscrit pleinement dans une

[147] Il ne s'agit lors de cette formation que de femmes gynécologues ou dermatologues : les dermatologues sont très intéressés par les procédures génitales qui s'effectuent par l'intermédiaire de laser ou d'injection.

[148] Toutes les formations en médecine sont en anglais. Certains interludes ou moments de questions sont en arabe mais même à l'université les médecins sont formés en langue anglaise au Caire. C'est le cas dans les autres grandes villes d'Egypte comme Alexandrie.

longue liste de chirurgies intimes, là où en France la distinction entre reconstruction/réparation et chirurgie esthétique est plus courante. De fait en Egypte, les vaginoplasties, les labioplasties, toutes les chirurgies intimes féminines sont dites « correctives ». Il s'agit non pas de réparer dans le sens où il y aurait nécessairement eu une destruction, un traumatisme antérieur, mais de corriger. Quand j'interroge Dr. Myriam à ce sujet, elle me répond d'abord que c'est le terme standard en anglais puis elle me précise également :

> *« Moi je me sens plus à l'aise avec aussi. Tu comprends toutes les femmes sont excisées ici. Enfin pas toutes mais enfin beaucoup. Donc on propose de corriger quelque chose si ça leur plaît plus. Bien sûr c'est pas bien pour le vie sexuelle l'excision donc nous on propose une chirurgie corrective pour ça. Et puis d'autres choses, non chirurgicales. » (Dr Myriam, 32 ans, Le Caire, 2021).*

Je comprends alors que cette chirurgie émerge dans le monde l'esthétique où l'idée est plutôt de « corriger » les corps, plutôt que de les « réparer ». Elle est noyée dans une longue liste d'interventions, quand en France elle a tout de même une place très à part dans la chirurgie gynécologique de reconstruction. Mais en plus, le terme anglais de « correction » permet de contourner la gêne sociale et la stigmatisation implicite qu'il peut y avoir derrière l'idée de réparation. Les médecins ne veulent pas être perçus comme accusateurs devant la pratique l'excision – même si tou·tes se disent contre –, car elle concerne encore une large partie de la population, y compris des patientes qui la revendiquent.

Une chirurgie encore très minoritaire ?

Cependant, cette pratique, au moment de mon terrain, particulièrement cette année, semble connaître un certain essor. On peut faire l'hypothèse que ce « buzz »[149] autour de cette chirurgie est lié à l'ouverture d'un centre de reconstruction RestoreFGM qui a une présence assez forte en ligne et dans l'espace public égyptien, notamment sur les réseaux sociaux.

Il y a lieu aussi, à ce niveau, d'interroger le rôle de la recherche : dans quelle mesure questionner les acteur·trices de cette pratique ne participe-t-il pas également de ce processus d'émergence de la problématique de la reconstruction ? J'ai de fait rencontré, au cours de mon terrain, beaucoup d'acteur·trices clés sur cette thématique, et l'effet de l'enquête a pu être un renforcement de leur prise de parole et un encouragement à cela.

[149] Je reprends ici le terme prononcé lors d'une discussion informelle par une spécialiste des questions liées à l'excision travaillant à UNFPA Egypte.

Sur le plan chronologique, la diffusion de la technique de Pierre Foldès produit une réelle transnationalisation de cette pratique de réparation à partir des années 2000 avec les tests cliniques du docteur Thabet déjà évoqué (Thabet et Thabet, 2003). Dr. Maurice, qui réalise des allers et retours entre la France et l'Egypte pour opérer, confirme bien cette circulation :

> *« J'ai appris la même technique que celle de Foldès que j'ai adaptée et modifiée un peu. Mais je pense que tous les chirurgiens ont appris par la technique de Foldès. Personne n'a rien modifié, rajouté un truc sur le principe. On a tous des petites retouches mais le principe de base, à savoir couper le ligament suspenseur est à Foldès. » (Dr.Maurice, Entretien Zoom, 2020)*

Il est d'ailleurs à noter que la dimension transnationale de cette chirurgie influe sur le profil de sa patientèle, à plusieurs niveaux. Tout d'abord, au niveau de la connaissance de cette réparation et des origines de la demande. En effet, dans le contexte égyptien où il n'est pas du tout considéré comme « anormal » d'être excisée, à l'instar d'un pays européen comme la France, le désir d'être réparé ne vient pas souvent d'une comparaison avec les autres femmes de l'environnement familial ou amical. Il semblerait que cela soit le plus souvent par des sources beaucoup plus internationales : par les médias, les réseaux sociaux, etc. et notamment les médias « occidentaux » :

> *S : Et au Caire, où il y a quand même énormément de femmes qui sont excisées, comment elles se disent… Enfin c'est pas comme en France, on peut se dire : ah les françaises je ne suis pas comme elles, etc. Je suppose qu'au Caire, c'est quand même plus normal entre guillemets d'être excisée, enfin j'imagine…*
>
> *E : Oui oui tout à fait !! Mais ça c'est la génération Facebook, youtube, Twitter, followers, tout ça, on va dire. C'est « j'ai regardé, j'ai entendu, j'ai vu que… J'ai vu sur youtube, j'ai entendu… ». C'est même pas les femmes gynécologues qui leur expliquent ça puisque culturellement : on s'en fout, c'est pas des sujets qu'on discute.* (Dr.Maurice, Entretien Zoom, 2020)

Finalement la grande différence dans ce processus d'importation, par rapport au contexte européen, est que cette procédure est principalement développée dans un autre milieu : le milieu de la chirurgie esthétique et cosmétique qui est pour sa part attaché à une branche libérale de la médecine – essentiellement des cabinets privés et des cliniques privées. Les médecins que j'y ai rencontrés ont de même été formés à l'étranger : en Europe ou aux Etats-Unis, et reconnaissent une filiation plus ou moins forte avec la technique de Foldès. D'autres cherchent clairement à s'en distinguer pour des raisons de rivalité d'une part, de légitimité à l'échelle nationale d'autre part. Néanmoins, il est indéniable que là aussi une circulation Nord-Sud est à

l'œuvre, comme le formulent les enquêté.es en parlant de la multitude de médecins formés en Europe, ainsi que de grands congrès médicaux de chirurgie esthétique qui permettent une circulation de ces savoirs médicaux.

b) Les hyménoplasties, pratiques venues d'ailleurs en France ?

Pour les médecins français rencontré.es, la chirurgie de l'hymen est souvent présentée comme une demande venue d'« ailleurs » et finalement mise en place sur la demande pressante des patientes. Cependant en posant plus de questions, on comprend que les techniques pour camoufler l'absence de virginité féminine ont toujours plus ou moins existé clandestinement en France. Aussi, lui attribuer une origine réelle venue de l'extérieur ne correspond pas complètement à la réalité. En revanche, des phénomènes de l'ordre de la transnationalisation de la pratique existent effectivement. En effet, des chirurgien·nes ou gynécologues maghrébin.es ayant installé leur cabinet en France, ont parfois pu amener une offre de soin dite « plus en accord avec la demande culturelle des patientes ». Ainsi, un enquêté, tunisien, ayant créé sa clinique de chirurgie esthétique en région parisienne, m'explique :

> *« Les médecins en France ils comprennent pas. Et puis même… On sait pas. Mais bon. Après ils jugent, ils sont pas à l'écoute. Moi j'ai opéré au Maroc et en Tunisie, je sais ce que les femmes veulent. Alors je m'adapte mieux à leur demande. Et puis je passe pas trop de temps à les questionner sur ce qu'elles veulent. On sait pourquoi elles sont là c'est tout. C'est comme ça. On vient de la même culture… euh voilà notre éducation la famille. Vous voyez ? » (Dr. Abdel, chirurgien parisien, 2021)*

Il explique qu'au niveau de la première consultation, il interroge « moins les motifs des patientes que ses confrères ». Les délais de réparation sont variables et s'adaptent à la demande des patientes : « Si elle veut que ce soit fait dans la semaine, on s'arrange. Parfois c'est urgent et puis il n'y a pas à discuter. Je lui parle des risques, je l'informe et puis on est bon. » Plus tard, il raconte, un peu gêné, qu'il n'hésite pas à faire des faux certificats pour d'autres demandes médicales à destination de la famille. Sa position reste conforme à l'idée de protéger les femmes, ce que l'on retrouve chez les autres médecins en France. Cependant, il semble prendre plus de risques sur les procédures pour répondre aux demandes des femmes. L'accélération des procédures est pourtant contraire à un certain nombre de règles d'éthique médicale – en France, théoriquement[150] un délai de 15 jours doit être observé entre la prise de rendez-vous pour une

[150] Bien que réglementaire, indiqué dans des textes juridiques, le respect de ce délai n'est parfois pas mis en pratique, selon les dires des enquêté·es renconté·es.

opération esthétique et le jour de l'hospitalisation. Le référent identitaire et culturel commun semble alors plus fort que les normes déontologiques françaises. Au fur et à mesure des rencontres avec d'autres médecins du privé, je me rends compte qu'il n'est en fait pas rare que le délai des deux semaines de réflexion en chirurgie esthétique ne soit pas respecté pour s'adapter « aux besoins des patients », mais également pour les plannings des professionnel·les de santé. Il n'en reste pas moins que le fait d'avoir opéré à l'étranger où la demande d'hyménoplastie est plus récurrente, semble, pour ce professionnel de santé, avoir beaucoup influencé sa pratique.

Par ailleurs, ce même professionnel utilise une terminologie qui lui permet de distinguer deux types d'hyménoplasties : « la temporaire » dite « l'hyménorraphie » et la « définitive » qu'il nomme « hyménoplastie ». Ces appellations correspondent à la distinction faite par Ibtissem Ben Dridi sur son terrain tunisien (Dridi, 2017) et laissent à penser qu'entre les différentes techniques d'hyménoplastie (chapitre 1) le pays d'apprentissage de l'opération est peut-être central pour expliquer les différences de typologie. Mais cette interprétation reste à l'état d'hypothèse car j'ai seulement rencontré un chirurgien ayant pratiqué des opérations intimes féminines à l'étranger avant de s'installer en France, parmi les praticien·nes francilien·nes réalisant ces chirurgies. Son profil semble marginal pour la région parisienne dans le secteur libéral. Cependant, lorsque l'on s'intéresse aux cliniques de la Côte d'Azur, beaucoup de praticien·nes s'y installent après une longue carrière à l'étranger et notamment une carrière en Tunisie, en Turquie, ou encore au Maroc – des lieux phares de la chirurgie esthétique. Une piste pour poursuivre notre enquête sur cette transnationalisation des techniques et procédures médicales serait de réaliser un terrain auprès de professionnel·les de santé du monde esthétique ayant eu une longue carrière à l'étranger avant de s'installer en France. Ce serait l'occasion d'observer les stratégies marketing autour de la connivence culturelle, mais également de voir en quoi la migration des professionnel·les de santé entraine l'importation de pratiques médicales dans ce secteur particulier.

II - Des milieux médicaux pluriels et divisés pour accueillir ces chirurgies

A - Le champ esthétique et l'archipel des cliniques privées

En France comme en Egypte, une dichotomie structure le champ médical : la séparation privé/public, mais selon des modalités différentes. En effet, en Egypte la frontière entre les deux

secteurs en termes de personnel n'existe pas. C'est-à-dire que la plupart des médecins pratiquent dans des hôpitaux publics et ont aussi un cabinet privé dans une clinique de la ville. Les revenus associés aux fonctions publiques ne sont en effet jamais suffisants mais ces postes sont attractifs car ils représentent des avantages honorifiques, et permettent d'avoir une place à l'université, d'enseigner, etc. En France au contraire, les praticien·nes du privé et du public ne se rencontrent presque jamais et peu de professionnel·les ont une carrière hybride[151]. Parfois, ils peuvent commencer à l'hôpital et finalement décider de s'installer à leur compte, mais cela relève d'un changement radical de pratique qui ne permet pas de faire des aller-retours entre les deux pratiques professionnelles. Même les deux univers peuvent parfois se regarder avec méfiance. En effet, les praticien·nes hospitaliers interrogé.es m'ont souvent fait part de leur méfiance vis-à-vis des chirurgien·nes plasticiens non formés aux mêmes techniques, qui pour des raisons lucratives réalisent tout de même les chirurgies :

> *« Parce qu'il y a une approche de dire : « bah si elle veut, si elle veut que je lui répare son nez, que je lui rapproche les oreilles, eh bien de quoi je me mêle ? Je lui fais. » Et puis effectivement c'est une chirurgie pas compliquée, il y a zéro risque et potentiellement lucrative, pourquoi pas ? Je crois qu'il y a en Tunisie et au Liban et ailleurs des tas de cliniques. Les gens gagnent très bien leur vie avec ça. » (Aya, 60 ans, banlieue nord parisienne, 2020)*

Un interne hospitalier m'explique par exemple qu'il faut au moins avoir pratiqué une vingtaine d'opérations du clitoris avec supervision pour bien la réussir et être qualifié : « les plasticiens ne sont pas formés à ça, à part s'ils suivent les formations dans les unités spécialisées » (Grégoire, 29 ans, interne à Paris, entretien, 2020). Et en effet, la formation semble différente, plus « autodidacte » chez les plasticien·nes, comme le précise cette chirurgienne ayant son cabinet dans le centre de Paris :

> *« Oui. C'est très intéressant. Parce que déjà pour vous faire court. Dans la chirurgie esthétique intime, parce que pour la chirurgie esthétique intime, dans notre parcours, quand tu es un plasticien, on n'a pas la formation. Donc dans un parcours de chirurgie plastique et non. On est formés, et bon le titre c'est comme ça, plastique, reconstructrice et réparatrice. C'est vrai que nous, en tant que plasticiens, notre domaine, c'est la peau. De la tête au cou. Quand je suis chirurgien plasticien, je suis bien formée chirurgien plasticien partout, et quand je suis arrivée dans ce cabinet, c'était pour remplacer un autre collègue qui partait à la retraite et qui avait déjà commencé à faire de la chirurgie esthétique intime, lui-même. Donc, on*

[151] Même si la pratique de la consultation libérale en système hospitalier a depuis plusieurs années gagne du terrain dans l'hôpital public (Gelly et Spire, 2022).

va dire autodidacte. Et moi je suis rentrée pour prendre son cabinet, et c'est lui qui m'a formée. » (Dr. Delphine, chirurgienne plasticienne à Paris, 2020)

Un autre chirurgien plasticien, Dr. Duong de région parisienne, m'explique que pour la réhabilitation clitoridienne, il s'est basé uniquement sur des articles scientifiques de P. Foldès pour reproduire la technique.

a) Le cabinet privé : dépolitiser et désocialiser son corps ? Un véritable archipel parisien de la chirurgie plastique reconstructrice

En France, il existe une séparation nette entre les centres hospitaliers, proche du monde associatif d'une part, et le libéral de l'autre. La plupart de mes enquêté.es étaient des spécialistes plasticien·nes parisien·nes des chirurgies intimes. Les pratiques médicales sont très différentes selon ces deux milieux. La première différence se fait au niveau des lieux d'accueil des patientes. Il s'agit de cabinets luxueux avec une patientèle au statut social plus élevé, même si cela ne concerne pas forcément les patientes de reconstruction génitale. Les salles d'attente sont fréquemment équipées de grands téléviseurs, miroirs, de mobiliers coûteux (Annexe 2). C'est très différent des lieux d'accueil dans les centres hospitaliers ou associatifs qui représentent l'autre partie de l'offre.

Par ailleurs, le privé semble être un monde qui se veut politiquement aveugle. Le discours des chirurgien·nes flotte au-dessus des débats politiques et des questions sociales, lorsque je les interroge sur le plan national de lutte contre l'excision, sur les questions migratoires, ou encore sur le positionnement de la loi de lutte contre le séparatisme (initiée le 24 août 2021) qui s'est prononcée contre la délivrance de certificats de virginité et par extension contre les hyménoplasties. La plupart me répondent alors soit ne pas avoir suivi les débats, soit ne pas souhaiter entrer dans ces logiques. Une chirurgienne abrège même directement la conversation et me dit qu'elle ne souhaite pas répondre à des questionnements trop précis sur ces pratiques pour ne pas participer « aux débats », et que les « politiciens n'y connaissent rien » :

« E : Alors franchement j'ai pas envie de répondre là-dessus. Ca devient un sujet un peu tabou. Moi je parle d'embellissement du sexe. Les femmes viennent nous voir… On a peut-être pas envie en France, si vous voulez vraiment préserver les femmes de… (…) Je trouve ça totalement indécent ! Donc si vous voulez bien, on va abréger l'entretien parce que… oui (rire gêné) parce que là je vous ai tout expliqué mais c'est clair que si vous voulez aider les femmes, Sarah, vous étant une femme, mon conseil… on va pas dire que ça se pratique en France. Parce qu'on pratique beaucoup, mais restons discrets. » (Dr Agnès, 51 ans, chirurgienne plasticienne à Paris, 2020)

Je me suis demandé alors : n'est-ce pas aussi ce que recherchent les patientes, un lieu pour s'abstraire de leur réalité sociale, poser même une distance physique même avec le lieu de résidence, les décors familiers, etc.? Cette chirurgienne défend avant tout la « discrétion » qui entoure la chirurgie pour « protéger » ses patientes. Mon interprétation a posteriori de cette posture défensive est la suivante : en entretien, cette chirurgienne se place certainement dans le prolongement de son offre de service qui garantit justement la discrétion. C'est là que s'inscrit la plus-value du privé, justifiant les coûts élevés chirurgicaux. Des suivis plus personnalisés et discrets, un service d'individu à individu sans médiation trop visible par les procédures publiquement établies. Par ailleurs, si le sujet devient trop public, alors la chirurgie libérale risque d'être questionnée dans ses pratiques – ce qui rejoint l'hypothèse de C. Fortier sur le choix du projet de loi de 2020 de ne pas mentionner le cas des hyménoplasties : un sujet trop explosif vis-à-vis du monde de la clinique privée (Fortier, 2021).

Ce qui ressort de ce terrain et ces divers entretiens avec des professionnel·les de santé libéraux, c'est qu'il y a à Paris « un archipel de la chirurgie plastique reconstructrice » tout à fait spécifique – a fortiori en France, selon les entretiens réalisés en banlieue parisienne et les la parole de profesionnel·les ayant travaillé auparavant en province - , un lieu à part, un lieu d'expérimentation autour de la chirurgie intime où toutes régulations médico-légales sont floues, à commencer par les tarifications. En effet, les prix sont très variables d'un·e chirurgien·ne à l'autre et les justifications sont encore plus variables. Certain.es m'ont affirmé que cela était lié à la forme vulvaire des femmes : est-ce qu'elle a encore des lambeaux hyménéaux ou pas par exemple, est-ce qu'elle a une excision des lèvres ou pas ? Les cotations des actes publics fixent pourtant un seul et même prix, peu importe l'état corporel des femmes avant la chirurgie. D'autres me précisent que cela dépend des délais : si la femme est pressée l'opération sera plus chère. D'autres encore m'expliquent que s'il y a eu agression sexuelle ou viol, une part de l'opération pourra éventuellement être prise en charge par la sécurité sociale. Mais de manière générale, la sécurité sociale semble être presque bannie de ce milieu, peu utilisée, toujours insuffisante pour les dépassements d'honoraires multiples.

Par ailleurs, dans cet espace, les chirurgien·nes semblent s'approprier petit à petit des spécialités ou des actes médicaux, laissés en marge du monde hospitalier. Une chirurgienne ayant son cabinet dans un quartier favorisé de Paris, m'explique :

> *« (…) l'hôpital ne sait pas répondre à beaucoup de demandes en fait. Là on voit des femmes qui ont pas été écoutées à l'hôpital. Et nous on est là. On a tout notre temps, on se met à jour sur les techniques. Et on est là pour*

qu'elles [les patientes] soient satisfaites en fait ! » (Dr. Delphine, 47 ans, chirurgienne-plasticienne à Paris, 2020).

Ces professionnel·les cherchent finalement des espaces de légitimité et d'innovations dans lesquels insérer leur pratique médicale, ce qui explique que des chirurgies répondant à des problématiques aussi différents que l'hyménoplastie, la labioplastie ou encore les vaginoplasties et reconstructions vulvaires se retrouvent toutes en présence dans un même cabinet et dans une même spécialité. Ce sont un peu les chirurgies que l'hôpital public regarde avec embarras qui se retrouvent prises ici en charge par les plasticien·nes du monde privé. La dichotomie entre les formations se fait finalement entre : chirurgie plastique, pratiquée plutôt dans le privé et qui semble d'abord partir de questionnements esthétiques, et la chirurgie gynécologique, une discipline du monde hospitalier qui s'intéresse avant tout au « fonctionnel », délaissant souvent la dimension esthétique de l'opération. Cette dichotomie semble bien être une spécificité nationale française, alors qu'à l'international et de plus en plus en Egypte, une discipline hybride entre ces deux spécialités – du moins sur le plan sémantique –émerge : « la gynécologie esthétique » (aesthetic gynecology) ou la chirurgie « esthétique gynécologique ».

b) Le champ de la chirurgie « esthétique gynécologique » au Caire :

Le Caire est le centre de circulation internationale de diverses pratiques médicales, particulièrement en ce qui concerne la gynécologie et la santé des femmes, encore très taboues dans la société égyptienne. En témoignent les conférences internationales qui s'y tiennent et surtout la très forte mobilité des médecins pour études ou travail, qui vont se former presque systématiquement à l'étranger après avoir obtenu leur diplôme de médecine, et reviennent des années plus tard. Cette forte migration semble avoir plusieurs explications. D'abord, elle s'explique sur le plan symbolique. Il y a une grande valorisation à être allé se former à l'étranger au sein de sa communauté, ainsi qu'au niveau de la suite de la carrière professionnelle. Par ailleurs, de nombreux échanges historiques entre les universités égyptiennes et les universités européennes et étatsuniennes existent et remontent parfois aux premiers temps du développement de la médecine en Egypte – dans le cas de la France et de l'Italie (Chiffoleau, 1997 ; Jagailloux, 2006). Les hôpitaux et écoles de médecine étrangères semblent même parfois demandeuses d'étudiant.es égyptien·nes du fait de leur expérience précoce avec certaines maladies ayant disparu des contextes du pays d'accueil. C'est ce que deux étudiant.es de Ain Chams au Caire me précisent en entretien. Enfin, cette migration s'explique aussi – et surtout -

sur le plan économique, par les salaires très bas que les internes touchent durant leur formation pratique et les postes dans le public qui leur sont proposés. Cette précarité des jeunes médecins est une conséquence du système général de santé égyptien qui, bien que visant une couverture universelle gratuite, n'a pas eu les moyens jusqu'à présent de tenir le cap de cette ambition. Depuis plusieurs années, les autorités sanitaires optent ainsi pour des solutions néo-libérales radicales et une vaste privatisation en place du système médical (Clément, 2007). Cette enquête se doit dès lors de documenter le système de santé égyptien en lien avec ces questions et de s'intéresser aux professionnel·les de santé qui proposent ce type de chirurgie (des chirurgien·nes), mais aussi aux professionnel·les susceptibles d'orienter les patientes vers ces pratiques médicales (sexologues, psychologues, gynécologues). Il s'agissait donc pour moi de réaliser des entretiens semi-directifs avec ces professionnel·les de santé qui représentent au Caire environ une vingtaine de personnes – les chirurgies génitales féminines étant encore des pratiques nouvelles dans le contexte égyptien.

Ces professionnel·les ayant été presque tou.tes formé.es à l'étranger et ayant reçu une formation dans les universités de médecine du Caire – Kasr el Aini et Ain Shams – entièrement en anglais, les entretiens se sont déroulés en anglais. Cela m'a permis d'être plus à l'aise pour m'exprimer et interagir avec eux. Bien sûr, quelques phrases sont, la plupart du temps, échangées en arabe au début ou à la fin des entretiens. Cependant on constate une certaine méfiance de la part des enquêté.es pour les étrangers qui parlent un trop bon arabe, en raison du contexte généralisé de suspicion d'espionnage et de la méfiance étatique vis-à-vis des impositions normatives occidentales en Egypte. Ce discours de défiance est très courant en Egypte à différents niveaux. Aussi ma position d'étrangère, ayant notamment un terrain en France et ayant en particulier déjà rencontré Pierre Foldès, suscite la confiance chez les médecins que je rencontre, voire les amène à discuter de questions de sexualité au plan personnel – normalement assez tabou. Il semble que je sois perçue comme une personne extérieure aux débats du pays et donc hors des crispations. On m'attribue des positions très « progressistes » d'emblée : « ici, ce n'est pas comme chez vous en France, je vais vous expliquer… » (entretien d'une gynécologue de New Cairo), « bien sûr, vous comprenez mais c'est compliqué de leur dire ça » (entretien d'un chirurgien plastique de Manial, quartier du Caire) : il parle de l'éducation sexuelle et de la masturbation dans le cadre d'une reconstruction après excision.

La plupart de ces professionnel·les ont des cabinets ou cliniques privés mais ont un lien plus ou moins direct avec l'hôpital public de Kasr El Aini, lieu où la chirurgie de réparation du clitoris

a été introduite progressivement. Plusieurs chirurgiens y dispensent des formations occasionnelles et deux m'ont confié qu'ils essayaient de créer un service dédié à la gynécologie esthétique et les « chirurgies reconstructrices génitales ». Une gynécologue m'a également parlé de son espoir que ce type de chirurgie soit disponible hors des cliniques privées. Cependant elle soulignait le coût élevé des chirurgies génitales et le fait qu'elle soient souvent vues par les autorités administratives comme des pratiques de luxe. Or, la fréquentation de l'hôpital public de Kasr el Aini est principalement populaire et rurale – beaucoup de personnes viennent des campagnes pour s'y faire soigner. Et le suivi sur le long terme des patient.es y est très difficile, même après des chirurgies, car c'est l'hôpital public – de ce fait entièrement gratuit – le plus connu du Caire, qui est presque toujours encombré et surchargé. Les professionnel·les y sont de plus très mal payés et surmenés, ce qui a pour effet de donner une mauvaise réputation aux hôpitaux publics et de faire fuir toutes les classes aisées vers des établissements de santé privés.

c) La clinique en Tunisie et le tourisme médical

Enfin, dans ce champ de la chirurgie esthétique, il y a les offres compétitives à l'étranger qui dispensent un service tout à fait unique pour les patientes de chirurgie de reconstruction génitale. C'est principalement au Maghreb que ces chirurgies sont facilement accessibles à des prix préférentiels. J'ai choisi de faire un cas d'étude restreint sur la Tunisie. Parmi les offres de soin, des réparations du clitoris sont possibles mais très rares, me confient les secrétariats de plusieurs cliniques tournées vers le tourisme médical. Salwa, aide-soignante tunisienne, m'explique : « on a eu une ou deux demandes comme ça. Bien sûr on peut les aider avec nos chirurgiens mais c'est pas notre spécialité » (Entretien téléphonique, Salwa 37 ans, aide-soignante). Par contre, en ce qui concerne les hyménoplasties l'offre est très grande et courante. Plusieurs femmes me parlent de l'expertise tunisienne pour cette chirurgie. Sur les forums, le Maroc ou la Tunisie sont les destinations réputées pour aller se faire faire une hyménoplastie. Cette même aide-soignante me précise plus tard : « on a cinq à six demandes par mois d'hyménoplastie de l'étranger : Belgique, France oui, oui. Mais après elles viennent pas toutes. Parfois c'est juste pour de l'information. » (Entretien téléphonique, Salwa 37 ans, aide-soignante).

Ces cliniques privées se présentent comme des prestataires de service très compétitifs et sont principalement tournées vers une clientèle étrangère. Elles ont même toutes des numéros français pour permettre aux femmes de les appeler plus facilement depuis la France, comme confirme cette secrétaire au téléphone à l'une des enquêtées avec qui je me trouvais lors de son

appel pour une hyménoplastie : « Non, nous on est en Tunisie madame. Le numéro français c'est pour faciliter les échanges avec nos patientes. Vous voyez, mais on vous fait venir et on s'occupe de tout, le taxi, l'hébergement… » (Appel téléphonique, clinique tunisienne, 2022).

Par ailleurs, la plupart de ces cliniques assurent un certain nombre de critères de qualité sur leur site internet. L'une d'elle assure par exemple une « qualité des soins aux standards européens » (photo 7). Cela montre qu'il y a une référence qualité explicite en lien avec la médecine européenne, qui ne diminue pas avec les années. Les cliniques doivent se positionner face à ces représentations et parfois mettent même en avant une équipe médicale « formée en Europe » sur les pages d'accueil de leur site. Par ailleurs, l'idée d'un « rapport qualité/ prix imbattable » (photo 7), associée à une grande disponibilité des médecins et de la clinique, sont les arguments principaux de la qualité du service. Les médecins sont aussi joignables par WhatsApp, certains sites proposent même aux femmes de contacter directement la clinique ou leur médecin sur WhatsApp pour avoir un contact plus individualisé.

Photo 7. Infographie d'une clinique privée située sur la côte Nord de Tunis :

Ainsi, ces lieux du privé ont en commun de mettre en place des stratégies marketing à destination de leur patientèle - comme on le détaillera par la suite (section V, C) - et surtout de

se positionner comme des prestataires de service vis-à-vis des femmes qui viennent les voir. Ces lieux tablent alors sur la grande discrétion qu'ils peuvent offrir à leur patiente, ainsi qu'à la dimension personnalisée, sur mesure, des parcours de soin proposés. Ils constituent un entre-soi, hors des débats sociaux, et semblent se constituer en marge de la société médicale visible dans la sphère publique. En cela, ils semblent se construire dans un phénomène de réaction et surtout de rupture avec le milieu hospitalier des différents contextes.

B - Le public et ses ambitions humanitaires

Le positionnement dans le secteur public semblait plus politisé avec une obligation de répondre à des logiques institutionnelles explicites en lien avec les subventions publiques. Que cela soit en Egypte ou en France, le rapport entre la ligne politique et la santé publique dans les hôpitaux est ténu. Aussi les professionnel·les de santé partagent en entretien leurs obligations morales et professionnelles en les articulant avec des motifs relevant de l'ordre public, des normes médicales nationales et internationales, ainsi qu'une responsabilité vis-à-vis des pratiques médicales futures. Les situations financières des établissements privés expliquent également ce décalage, particulièrement en France où les praticien·nes hospitaliers ont un salaire fixe, indépendant du nombre d'actes médicaux réalisés. Ces praticien·nes ont alors moins de pression sur le nombre d'actes à effectuer et peuvent se concentrer sur ces autres enjeux de santé publique.

Dans le milieu parisien hospitalier, j'ai pu noter une récurrence dans les discours de la question de la technicité des pratiques médicales et des rivalités internes. Comme évoqué dans les chapitres 1 et 4, toutes les chirurgies ne sont pas valorisées de la même manière et le milieu hospitalier est un lieu de tension pour les pratiques médicales, en lien avec les impératifs d'efficacité d'une part (peu de personnel, des urgences, etc.), et les impératifs d'innovation d'autre part (inventer de nouveaux protocoles, mettre en place des techniques nouvelles, des approches « holistiques », « pluridisciplinaires »).

Il m'est apparu que tout se jouait d'abord au niveau des spécialités médicales – dans ce cas, chirurgicales. Les spécialisations sont un enjeu fort pour se positionner dans le monde de la médecine, et pour réaliser des chirurgies de reconstruction génitale les voies ne sont pas nombreuses – là où en province la possibilité de parcours semble plus large pour aboutir à ces chirurgies. Un interne en cours de spécialisation en « chirurgie gynécologique » m'explique par

exemple son choix et la distinction avec la « chirurgie obstétrique » qui n'a de sens finalement qu'à Paris :

> *G : Euh ouais je suis en fin de formation, enfin je suis en fin de cursus. Nous on a cinq ans de spécialisation en gynéco et obstétrique en fait. C'est les deux spécialités, qui sont dissociables à Paris parce qu'il y a beaucoup de praticiens donc il y en a qui font de la gynécologie et d'autres qui font de l'obstétrique. L'obstétrique c'est tout ce qui a trait à la grossesse : pré-grossesse, pendant la grossesse, l'accouchement après la grossesse. Et la gynécologie c'est vraiment ce qui est de la santé des femmes.*
>
> *S : Et personne fait les deux en même temps en fait ?*
>
> *G : Nous, on est formé sur les deux mêmes temps. Il y a certaines personnes dans le reste de la France, surtout qui font les deux mais à Paris il y a quand même une tendance à sur-spécialiser. Et donc il y a quand même pas mal de gens qui finissent par s'orienter vers l'un ou vers l'autre et donc qui finissent leur carrière complètement orientés, complètement orientés quoi. (Grégoire, interne à Paris, entretien 2020)*

L'idée d'une sur-spécialisation vient alors expliquer la dimension réservée de la chirurgie de reconstruction du clitoris qui n'est enseignée qu'à certain.es internes et constitue un petit entre-soi, au vu également du peu de nombre d'unités la réalisant – par rapport à d'autres types d'intervention. Les personnes n'ayant pas suivi ce cursus et n'ayant pas eu de stage d'internat auprès des structures phares de prise en charge des femmes excisées sont considérées par ce milieu comme « mal formées » et susceptibles de faire des « bêtises » avec les femmes.

Par ailleurs, les unités de prises en charge des femmes réalisant à la fois des chirurgies du clitoris et de l'hymen sont finalement des lieux très spécifiques de l'hôpital, en marge même des hôpitaux et entretenant des liens forts avec le monde associatif. Leurs dispositifs spécifiques pluridisciplinaires qui intègrent souvent une prise en charge psychologique, sexologique, chirurgicale et gynécologique – tels que les décrivent notamment les travaux de Michella Villani (Villani, 2008) – sont en fait souvent créés en partenariat avec des associations. Le Gams, ou le planning familial par exemple font partie des dispositifs.

Ce mélange de personnel hospitalier et d'acteur·trices associatifs, avec quelques vacations de psychologues ou autres professionnel·les « engagé·es » constitue un milieu bien spécifique d'accueil des femmes, d'orientation humanitaire. En effet, ces unités se définissent elles-mêmes comme spécialisées dans « l'accueil de femmes victimes de violence ». Dans le cadre de mon terrain, j'ai pu par exemple suivre, à la Maison des femmes de Saint-Denis, une formation à destination de professionnel·les de santé souhaitant se spécialiser sur la prise en charge des

femmes victimes de violence. Les participant.es étaient un public bien spécifique. Il n'y avait tout d'abord, sur les 70 participantes, aucun homme. Une soignante du planning familial précise : « d'habitude il y a quelques mecs quand même ». Cela signifie tout de même que c'est un milieu constitué principalement de soignantes femmes. La quasi-totalité des professionnelles présentes étaient soit des gynécologues, infirmières et sage-femmes libérales ayant un fort engagement associatif et militant, soit des gynécologues ou médecins généralistes (certaines issues du milieu hospitalier). Aucun·e chirurgien·ne plasticien.ne n'était présent·e. Il est alors majoritairement question de traiter les femmes sous le prisme de la question des violences. Bien sûr, les lieux veulent s'adapter au vécu des patientes mais force est de constater, lors de cette formation et au cours des entretiens réalisés avec les professionnel·les de ce milieu, que le cadrage de la question de la violence est omniprésent dans les modalités de traitement. Tout est orienté par une visée : sortir les femmes des violences de « leur agresseur ». Les chirurgies génitales s'inscrivent dans ce processus de « sauver ces femmes, victimes de violence » (extrait entretien avec un sexologue d'une unité pluridisciplinaire de région parisienne).

Par ailleurs, les parcours des femmes sont organisés pour répondre à un flux tendu de demandes, avec la proposition d'ateliers, des groupes de paroles mensuels ou bi-mensuels. C'est dans cet espace spécifique de soin que les anciens « vétérans » de l'humanitaire sont sur-représentés. Le contraste est ainsi très fort entre l'offre de soin du privé, dépolitisé, et celle, ici, imbriquée dans des logiques militantes, féministes, d'accueil de femmes migrantes et victimes de violence – en cela ouvertement politique.

C - Fractures au sein du système de santé égyptien

L'Egypte compte parmi les pays qui médicalisent de plus en plus l'excision, c'est-à-dire que l'excision est actuellement, selon les estimations de l'UNICEF basées sur les enquêtes démographiques et santé, réalisée à 75% par des médecins[152]. De plus, contrairement à beaucoup de pays, il s'agit d'un personnel de santé très qualifié qui réalise ces excisions : des médecins, des chirurgien·nes, des gynécologues, etc. (chapitre 4). Plusieurs femmes excisées, rencontrées au Caire et à Alexandrie, m'expliquent l'avoir été quand elles étaient petites par des médecins, dans des cliniques privées ou à domicile. Nawal, 34 ans, ayant récemment fait une consultation pour une reconstruction, et révoltée par cette pratique de l'excision, me raconte qu'elle a été excisée à 10 ans. Ses deux grandes sœurs ont été excisées à la maison par

[152] 75% se réfère aux filles âgées de 0 à 14 ans et pas aux femmes enquêtées (chapitre 4, EDS, 2014).

une exciseuse traditionnelle (une daya). L'une a résisté et a donc été peu excisée. La deuxième a perdu connaissance, elle a été « complètement » excisée (le clitoris, pas les petites lèvres) et a beaucoup souffert ensuite. Son père a alors décidé que ses autres filles seraient excisées à l'hôpital pour être anesthésiées et moins souffrir. Elle est donc allée dans le cabinet d'un docteur chirurgien. Pendant l'opération, elle s'est réveillée et a crié, on lui a alors administré un complément d'anesthésiants. Elle précise qu'elle sait que cela continue dans des conditions proches, malgré l'interdiction de 2008 :

> *« Ce sont des fils de chiens. Qui combat pour maintenir l'excision ? Ce sont des fils de chiens bien sûr. Les sheikhs disent tout le temps : excisez vos enfants, les prêtres du Sa'id disent : excisez, ce sont nos traditions. A Matareya[153] qui est à côté de New Cairo, à New Cairo ils n'excisent pas c'est une zone haut de gamme (raqia). […] Ils sont fiers que malgré l'interdiction de l'Etat, il y ait des docteurs qui y vont et excisent. Il n'y pas de lutte du tout. Les femmes vont voir le sheikhs à ma mosquée demander : maintenant l'Etat interdit, que doit-on faire ? [on leur répond] non, ça c'est la sunna, va voir le docteur untel, etc. » (Nawal, 34 ans, Entretien 2021).*

Il existe aussi certains docteurs qu'on peut facilement connaitre par le bouche-à-oreille, qui réalisent les excisions de manière clandestine dans les quartiers plus populaires ou traditionnels du Caire et d'Alexandrie.

D - Se former à des pratiques de soin minoritaires

a) Les hyménoplasties : appris sur le tard, pas de formation ?

Sur cette question, les chirurgien·nes ou gynécologues rencontré.es réalisant des hyménoplasties me disent qu'il n'y a pas de formation dans le cursus médical et la plupart d'entre eux·elles trouvent aberrant l'idée qu'il puisse y avoir une formation particulière. Une chirurgienne plasticienne, Dr. Agnès me répond quand je lui pose la question :

> *S : Et pour les hyménoplasties comment est-ce que vous avez appris à réaliser cette chirurgie ?*
>
> *E : Euh alors… Votre question est tellement surprenante ? J'ai envie de vous dire que je ne comprends pas l'intérêt de votre question. C'est-à-dire que l'hymen… quand on a fait de la gynéco-obstétrique, on sait ce que c'est… en plus d'être une femme, on sait ce que c'est qu'un hymen. Quand on est petite fille, on se regarde quand même de temps en temps le sexe… Et en gynéco, quand on examine des jeunes filles vierges en gynécologie, c'est quand même le quotidien pour des médecins gynécologues, on sait faire la différence entre une femme qui a un hymen intact et une femme qui a pas un*

[153] Quartier populaire du Caire non loin du quartier riche de New Cairo.

hymen intact. L'hymen on fait le lambeau et c'est le corps de métier du chirurgien plasticien. Après il y a aussi des gynécologues qui réparent les hymens. Et heureusement d'ailleurs, parce qu'il faut… Il y a beaucoup de demandes. » (Dr. Agnès, 51 ans, chirurgienne plasticienne Paris, 2020)

Une autre chirurgienne me précise : « c'est pas vraiment de la chirurgie, c'est très facile, n'importe qui peut le faire. » (Dr. Aya, 60 ans, chirurgienne obstétricienne, banlieue parisienne, 2020). Et elle ajoute qu'elle a complexifié sa technique pour que « ça tienne mieux » en allant chercher dans un ancien manuel de gynécologie qui apparemment décrivait l'opération. Je n'ai pas trouvé trace de cet ouvrage après l'entretien. D'autres me précisent que l'apprentissage s'est fait par leurs pairs : si leur supérieur·e pratiquait cette opération pendant l'internat, ou bien qu'ils·elles ont suivi la formation dans un cabinet privé, après l'obtention du diplôme.

b) Les reconstructions clitoridiennes : un entre-soi

Comme évoqué plus haut, la chirurgie de reconstruction du clitoris semble relever d'un entre-soi bien spécifique qui nécessite d'aller se former auprès de spécialistes. C'est pourquoi, les médecins égyptiens la pratiquant s'expliquent sur la filiation et se déplacent en Europe pour pouvoir se former. Cela ne fait pas exception en France, même si le déplacement est moindre. Les internes doivent aller nécessairement dans les lieux dédiés à cette chirurgie pour avoir une chance d'être formé·es car elle n'est jamais abordée dans les modules généraux de la spécialité chirurgie gynécologique. C'est pourquoi l'interne rencontré en France m'explique :

« Oui il a fallu faire des pieds et des mains pour se retrouver dans le service de X puis ensuite demander une recommandation pour aller dans un autre service qui fait ça. J'ai eu de la chance parce que j'ai été recommandé par X. Comme ça se passait bien. En fait, ils se connaissaient entre eux donc ça marche bien quand tu es dans le circuit pour prévoir les stages suivants » (Grégoire, 29 ans, entretien 2020).

En Egypte, pour ce type d'opération, la formation relève encore plus du coup de chance, étant donné le très petit nombre de personnes qui la pratiquent, m'explique le Dr. Maryam. Elle me raconte avoir eu la chance d'être acceptée par le Dr. Omar en dernière année et d'avoir pu l'assister au bloc sur ce type de chirurgie. En fin d'entretien, elle m'interroge sur les spécialistes français et me demande avec insistance des contacts :

« Oui tu as dû rencontrer pleins de gens spécialistes à Paris. Il faut que tu m'aides ! Moi je voudrais vraiment aller quelques mois me former

mais je n'ai pas les contacts. Et puis j'ai peur qu'il faille parler français. Je parle mieux anglais. » (Dr. Maryam, 32 ans, entretien 2021, Le Caire).

La marginalité de ces pratiques médicales influe sur leur enseignement et explique leur manque de standardisation internationale, voire le manque d'accès à des formations complètes sur la question. Beaucoup de professionnel·les de santé se retrouvent en situation de « bricoler » pour réaliser ces chirurgies avec les moyens pédagogiques à leur disposition. Un chirurgien de région parisienne m'explique par exemple avoir commencé dans les années 2000 à réaliser des reconstructions du clitoris pour les femmes excisées et qu'à l'époque peu d'unités proposaient des formations à cette pratique, pas même l'unité de P. Foldès qui, lui, était attaché à une clinique privée. Il a donc pu se procurer des « bandes vidéo » d'opérations de P. Foldès et s'est formé en les regardant :

« J'ai passé des heures les regarder, à revenir dessus. A l'époque on savait pas trop ce qu'on faisait. Il fallait apprendre comme ça, avec les moyens du bord. Mais c'était des bonnes cassettes. Moi ça m'a tout appris ! Et personne s'en plaint jusqu'à présent (rire) » (Dr. Henri, 70 ans, région parisienne, chirurgien hospitalier, 2022).

c) Les dispositifs spécifiques

L'enjeu des dispositifs mis en place pour accueillir les femmes pour des chirurgies intimes est finalement de répondre à des besoins qui dépassent toujours le champ de la chirurgie. En effet, l'hyménoplastie comme la reconstruction clitoridienne s'inscrivent dans des demandes de soin spécifiques en termes de population mais qui exigent également un dispositif spécifique au niveau des justifications médicales. Aussi les professionnel·les de santé ont globalement pris la décision d'adopter des dispositifs qui associent d'autres disciplines médicales à la prise en charge des femmes (sexologique, psychologie). Parfois, cela peut donner lieu à des spécificités très expérimentales. Par exemple, dans une des unités d'Ile-de-France d'accueil de femmes, je suis allée suivre des groupes de parole à destination des femmes excisées et de leur parcours de reconstruction. Tout d'abord, le groupe de parole était spécifique à cet acte médical. Lors du groupe de parole un « médecin anthropologue » était présent et utilisait ses connaissances des us et coutumes de plusieurs pays d'Afrique pour expliquer les préoccupations des femmes, dialoguer « de manière plus fluide », m'explique-t-il, avec les femmes. Cette démarche, parmi d'autres, m'a fait réaliser à quel point ces lieux dit « spécifiques » se trouvent finalement en marge de l'offre de soin général, indépendamment du contexte national. Mais à quel point aussi cette marginalité laisse alors la place à un large champ d'expérimentation et de contournements des normes médicales en vigueur pour tenter des types d'accueil différents : holistiques, de

médecine globale, incluant de l'ostéopathie, des aides juridiques selon le cas des femmes, des ateliers associatifs et artistiques, etc.

III - Des dilemmes médicaux

Tout au long de mon terrain, la question du dilemme médical, du choix opératoire était centrale dans le discours des médecins : savoir quand il faut opérer et quand il ne faut pas. Comme le décrit Y. Le Hénaff dans ces travaux sur les chirurgien·nes esthétiques, « l'éthique du refus » est au centre d'enjeux de légitimité de la pratique médicale et professionnelle (Le Hénaff, 2015). Il entend par là : la capacité du médecin à refuser certains actes médicaux, poser des limites à sa pratique et finalement distinguer les « bonnes » raisons, des « mauvaises » raisons de la demande opératoire. Cette capacité semble valoriser dans le mieux, voire être un levier pour acquérir une bonne réputation en démontrant par ces refus la marque d'une « bonne » éthique professionnelle. Si les médecins opèrent trop sans poser de limite, on peut en effet leur reprocher de ne faire les opérations que pour des raisons pécuniaires (Le Hénaff, 2015). Cependant cette catégorisation de la demande comme légitime ou pas, est liée à des catégorisations sociales et des logiques de maitrise du savoir ou d'ignorance dans la relation patient-médecin.

A - Que savez-vous d'un hymen ? Savoir partiel et production active d'ignorance

Tout d'abord, le discours médical, pour de multiples raisons, contribue au maintien d'un certain nombre de mythes anatomiques listés dans le chapitre 1 concernant ces chirurgies. La question de l'hymen par exemple est revenue dans plusieurs entretiens, toujours avec des ambiguïtés similaires et paradoxales : le constat d'une part que l'hymen avait des liens douteux avec la certitude d'une virginité, mais que tout de même, un·e « bon » praticien·ne savait reconnaitre un « hymen intact ». Par exemple, dans le récit de Jasmine, le discours de la gynécologue qui lui a annoncé qu'elle était enceinte. La gynécologue ne semblait alors pas comprendre pourquoi Jasmine était « toujours vierge » :

> *« J : Et ça je l'ai pas su tout de suite. Donc j'ai découvert la grossesse, quand je suis allée voir en fait une gynécologue. Moi je voulais pas le garder, c'est là qu'elle m'a annoncé que j'étais encore vierge et elle-même comprenait pas comment ça avait pu arriver… Et donc c'est suite à l'avortement du coup que j'ai perdu ma virginité.*

S : Ah d'accord. Mais cette gynécologue c'est une gynécologue qui t'a dit : en gros votre hymen il a encore une forme très… ?

J : Oui tout à fait. En plus, c'était ma gynécologue que j'avais vu dès le départ quand j'étais encore vierge donc elle savait, elle savait à quoi ressemblait mon hymen en fait. Donc elle m'avait dit qu'il était encore intact. » (Jasmine, 29 ans, entretien Zoom, 2020)

De même, un interne en médecine en train de se spécialiser sur les chirurgies gynécologique obstétrique m'explique :

« Nous on fait très attention parce que quand on examine les patientes aux urgences ou à n'importe quel moment (inaudible), il faut toujours vérifier évidemment que la patiente est plus vierge. Parce que notamment quand tu poses un speculum, que tu examines une patiente en gynéco et tu as… enfin voilà c'est vite arrivé, on a tous entendu parlé de…de… de soucis par rapport à ça où voilà tu as une patiente qui est plus vierge et du coup bah c'est la catastrophe quoi. Donc il faut absolument bien s'assurer que voilà… Moi ça m'est jamais arrivé, j'ai jamais entendu parlé directement de gens proches de moi… Mais euh.. voilà.

Il y a eu donc des plaintes de la part des femmes, dans le mouvement récent de dénonciation des violences gynécologiques, plaintes que beaucoup de professionnel·les de santé regardent d'un mauvais œil comme le souligne une chirurgienne (Aya, 60 ans, chirurgien en banlieue parisienne, 2020) : « c'est du gynécobashing », ou au contraire que les plus jeunes praticien·nes considèrent avec beaucoup d'angoisse et dont ils essaient de se prémunir par tous les moyens. C'est le cas de Grégoire, 29 ans, interne, qui a très peur d'être accusé dans sa pratique et qui me fournit un discours incohérent sur la réalité anatomique de l'hymen. Comme s'il y avait un vrai lien entre hymen et virginité. Je lui demande alors :

« S : Mais attend du coup tu es en train de me dire que tu peux vraiment savoir si une fille est vierge en regardant, ou tu lui demandes ?

G : Moi je demande tout le temps ! Je demande tout le temps après tu as une dans son vagin, ça va la… ça va la déflorer complètement. Du coup hyper-simple : c'est si la patiente a déjà eu des enfants par exemple. Ça peut très bien être une question détournée, tu peux très bien dire : est-ce que vous avez déjà eu des enfants ? Et donc du coup voilà, il y a plus du tout ce problème-là. Mais enfin c'est pas un problème… Mais on sait qu'elles sont plus vierges. Mais voilà, une patiente qui arrive, qui a 18 ans dans ton box et où… Qu'il faut que tu examines en fait…Euh… Parce que les personnes savent pas en fait ! Quand tu leur dis : je vais vous poser une speculum, si elles sont jamais allées chez le gynéco, bah le speculum, je pense qu'il y a pas grand monde qui sait exactement ce que c'est mais bon. Aussi elle va dire : oui oui bah très bien. Et après elle se rend pas compte que si l'on rentre un speculum faut juste faire gaffe à ça mais sinon c'est tout, non. Il y a pas

de… en dehors de ça, il (inaudible), enfin c'est pas grave (…). » (Entretien Grégorie, interne en médecine, 6ème année, 29 ans, 2020).

Ainsi, les mythes anatomiques produisant des représentations erronées de l'hymen relèvent également du manque de clarification de la part du personnel médical, voire la croyance elle-même des professionnel·les de santé en ces représentations. Dans cette confusion de registres entre le mythique et le médical, et les tabous qui pèsent sur la question de la virginité, les enjeux sont finalement à l'œuvre au niveau langagier et sémantique. Par exemple, lorsque les professionnel·les de santé me décrivent chirurgicalement ce qu'est une hyménoplastie, tou·tes me parlent de « vestiges » et non de lambeaux « hyménaux ». Ce choix sémantique s'attache donc à l'idée d'une destruction antérieure implicite. En anglais, le terme « remanants », utilisée dans les articles médicaux sur cette chirurgie, est la traduction directe de vestiges. On trouve aussi dans les publications médicales le terme « remains », littéralement « les restes », couramment utilisé pour désigner les restes des défunts, leur corps qui va être enterré les dépouilles. Ici s'introduit une forte symbolique de la mort et de la destruction, de la perte, y compris dans l'univers médical, pour parler de l'hymen. Les symboliques de la mort, de la virginité et de l'hymen s'entrecroisent et sont omniprésentes au niveau linguistique, malgré les efforts d'une partie du corps médical pour différencier l'hymen de la preuve de virginale et « couper » ce lien causal.

Pourtant si l'on considère la description anatomique qu'en donne un médecin, elle ne correspond pas à celle de l'hymen chirurgical :

> *« A la naissance, quand il existe, l'hymen a généralement un aspect en anneau : la membrane est attachée à la périphérie de l'orifice vulvaire ; entre la naissance et l'âge de trois ans, elle prend un aspect en croissant de lune (la plus grande partie se trouvant à l'arrière de l'orifice, du côté de l'anus). Il y a des hymens qui ressemblent à des passoires, d'autres faits de bandelettes horizontales… Bref, il y a des aspects multiples. Quand l'hymen est circulaire, le diamètre de son ouverture est très variable d'une petite fille à une autre, et ne peut absolument pas être, à lui seul, considéré comme un signe d'abus sexuel, par exemple : en effet, les études scientifiques montrent que le diamètre de l'hymen chez les jeunes filles ayant été abusées sexuellement n'est pas toujours différent de ce qu'il est chez les jeunes filles n'ayant pas subi d'abus. Une fois encore, l'aspect et la taille de l'hymen change avec la croissance, au point d'avoir le plus souvent quasiment disparu à la puberté. Il est en effet constitué d'un tissu souple, dénué de fibres sensitives et de vaisseaux sanguins – et donc peu susceptible de saigner. Ce qui explique aussi qu'il puisse être modifié sans douleur ni autre symptôme chez les petites filles sous l'effet d'activités courantes – la course, le saut à la corde, le balancement en appui, la masturbation… - et, chez les adolescentes et les femmes adultes, par l'utilisation de tampons ou d'une*

coupe menstruelle. » (Blog de M. Winckler, médecin généraliste et romancier)

D'autant plus que les scientifiques s'accordent sur l'absence de fonction biologique de l'hymen, ou peut-être sur l'idée d'une fonction inconnue (Eserdağ et al., 2020). L'hymen serait un vestige embryologique, lié à la différence de formation des organes sexuels chez la petite fille et le petit garçon.

Une des enquêtées compare le nouvel hymen à « un talisman » : « c'est un talisman qui va les protéger en quelque sorte, mais c'est symbolique ». Elle précise que l'hymen chirurgical n'a rien à voir avec une réalité anatomique, c'est une création chirurgicale pour répondre à un imaginaire social :

> *« Parce que le but ce n'est pas de créer un hymen vrai, parce que le musulman, il va pas regarder (...) C'est très grossièrement c'est que, désolé d'être un peu vulgaire, c'est que quand la personne va pénétrer sa femme, il faut que ça… Faut qu'elle dise aïe, qu'il sente une résistance et qu'elle saigne un peu. En gros c'est tout ce qu'il a envie de savoir. » (Dr. Aya, 60 ans, chirurgienne hospitalière région parisienne, 2020)*

Les chirurgien·nes se proposent de créer un hymen nouveau, chirurgical, conforme à la demande sociale, à l'imaginaire qui accompagne celui-ci, sans forcément faire de mise au point avec les patientes. Pourtant, malgré leur conscience de cette création de toute pièce, peu d'entre eux·elles semblent réellement tentés d'expliquer cette réalité paradoxale à leur patiente, partant du principe que soit elles savent déjà, soit elles ne comprendraient pas. Un chirurgien me précise même : « il n'y a pas besoin de leur expliquer en général, elles savent toutes très bien ce que c'est. »

Ce malentendu, voire doute sincère, autour de ce qu'est l'hymen, entre un·e médecin et sa patiente, est finalement la source d'un premier dilemme pour le médecin : opérer sans justification sur le plan médical, en se prêtant à d'autres impératifs sociaux, ou refuser l'opération.

B - Du malentendu au dilemme : se positionner au sein d'une pluralité de normes

Autour de la reconstruction hyménale, le premier malentendu est souvent sur les motifs des patientes. Parmi les professionnel·les de santé, une binarité domine pour expliquer les motifs de demande de la chirurgie, ce que résume ce chirurgien parisien :

« S : Et vous auriez une idée des raisons médicales avancées ?

C : Bah, la raison médicale est très simple, il y a deux types de raisons. (…) La première c'est qu'il y a une reconstruction de l'hymen pour retrouver la virginité pour le mariage. Et la raison moins fréquente, c'est suite à une agression sexuelle. Donc la personne veut se reconstruire pour agression sexuelle. » (Dr. Sedrati, chirurgien Paris, 2020)

Comme évoqué dans le chapitre 6, les motifs sont bien plus nombreux et souvent s'articulent avec beaucoup de complexité avec des enjeux sociaux genrés, des trajectoires individuelles plurielles. Il ne s'agit jamais seulement de s'insérer uniquement dans un marché matrimonial ou d'effectuer une reconstruction psychologique après un épisode traumatisant. Souvent, on pourrait plutôt parler d'une imbrication de facteurs multiples qui peuvent être liés de près ou de loin à ces deux motifs.

Néanmoins, il apparait que ces deux motifs sont non seulement les plus simples à exprimer pour les patientes (chapitre 6), mais surtout les plus simples à comprendre et à appréhender pour les professionnel·les de santé. Ce constat vient jouer dans l'interaction avec la patiente, au niveau du rôle de chacun. En effet, la décision opératoire dépendant des médecins, ces chirurgies interrogent la question de l'autorité en médecine au sens de Parsons (1951), c'est-à-dire « la relation entre le médecin et le patient » (Castel, 2006).

Le discours des professionnels de santé a un grand impact sur les patientes car leur parole médicale revêt, auprès d'elles, une fonction de régulation des demandes par un travail de qualification ou de disqualification des interventions : « le gouvernement des corps s'exprimerait dès lors souvent par une bataille de mots. » (Farges, 2006). On peut citer alors quelques exemples de cette position du corps médical en lien avec le refus ou l'acceptation de réaliser l'une des deux chirurgies étudiées. L'idée est ici de tirer des données collectées une typologie des différentes réactions des professionnel·les de santé face aux dilemmes médicaux rencontrés.

a) Refuser d'opérer : pourquoi ?

Pour ce qui est de la chirurgie de reconstruction du clitoris, plusieurs arguments du refus sont notables. Tout d'abord, il y a la question de la « maturité » vis-à-vis de la demande évaluée par les soignant.es et décrite dans les travaux de M. Villani (Villani, 2009). Il faut savoir formuler au médecin et prouver que le projet a fait l'objet d'une maturation. Ensuite, la question administrative semble centrale, comme évoqué dans le chapitre 6, ne pas avoir ses papiers ou

un statut administratif peut être un motif de refus d'opérer. Ou encore si la demande est liée la procédure d'asile, présumée encouragée par l'avocat de la patiente plutôt qu'elle-même.

Dans la littérature, les raisons de refus dans le cas d'une demande d'hyménoplastie sont moins connues et n'ont encore pas été formalisées. J'ai noté trois positions idéales typiques avancées par les professionnel·les de santé pour refuser de réaliser une hyménoplastie en France. Tout d'abord, il y a la position du « je ne comprends pas » :

> *C'est pas la reconstitution de l'hymen ? Parce que ça moi par contre, on m'a dit il y a quelques années que si je faisais ça, je me ferais des couilles en or parce qu'il y a beaucoup de demandes mais moi, c'est un truc ça bloque au secrétariat, je ne les vois pas, je refuse de les voir, c'est un truc où je veux pas tremper. (…) Parce que ça me dépasse complètement, je n'arrive pas à comprendre cette démarche, je ne veux pas essayer de la comprendre. C'est souvent les populations particulières où il faut être vierge au mariage et là elles vont se marier, elles veulent une reconstitution de l'hymen et voilà. Il y a des choses que je ne fais pas par conviction comme je ne fais pas les IVG et les hyménoplasties, je ne veux pas en entendre parler. (gynécologue, Ile de France, 2020)*

Ensuite, il y la position « féministe » consistant à dire : « je ne participerai pas à une entreprise d'oppression des femmes » :

> *« A côté de cette immense bataille menée sur plusieurs fronts pour s'attaquer aux racines du mal, que dire du gynécologue qui refusera une demande de réparation de l'hymen en pensant qu'il participera ainsi à l'émancipation des femmes ? Est-ce vraiment là son rôle ? Est-ce vraiment là ce que les femmes lui demandent ? Refuser une réfection de l'hymen à une femme victime venant dans une situation de détresse chercher de l'aide est à mon avis une forme de non-assistance à personne en danger. » (Dr. Faucher, Blog Médiapart, 2014)*

Enfin, la dernière que j'ai nommée position de « l'écoute et non de l'action » consiste à dire : « je ne pratique pas mais j'écoute les femmes » :

> *« Aujourd'hui, je ne condamne pas la demande de réfection hyménale. En fait, j'aide les femmes à ne pas se sentir coupables ni honteuses car la légitimité de cette demande leur appartient et à elles seules. C'est pas leur faute tout ça. C'est tout… Par contre, je considère aujourd'hui que cet acte ne doit pas être pratiqué dans un hôpital public ni pris en charge par l'Assurance Maladie et donc par la société. » (Dr Fauvin, chirurgien région parisienne, 2021)*

Cette position face aux hyménoplasties a également fait l'objet d'une évolution historique autour des déclarations de 2008 de l'association française de gynécologie qui s'est positionnée

contre l'opération, en réaction avec le scandale du tribunal de Lille (chapitres 1 et 4). Beaucoup de médecins dans le public ont arrêté de réaliser l'opération.

b) Quelles raisons pour accepter ?

Dans le cas de l'acceptation des demandes de réparations génitales par les professionnel·les de santé, trois modalités de justification reviennent dans les entretiens – de manière indifférenciée pour les deux chirurgies étudiées. Tout d'abord, il y a la position du prestataire de service :

> *« S : Il y a pas des cas où vous vous dites : non, c'est juste du confort et elle va pas se faire taper sur les doigts ou je sais pas quoi…*
>
> *D : Moi je vais pas me faire taper sur les doigts…*
>
> *S : Non euh.. la personne qui est en face, si elle le fait strictement pour elle et qu'il y a pas de…*
>
> *D : Moi j'ai toujours eu un problème… C'est-à-dire c'est toujours des femmes qui allaient se faire… qui allaient se marier en fait, musulmane. Donc je me suis pas posé la question. Je leur ai dit : oui ok, il y a pas de souci. » (Dr. Duong, chirurgien plasticien, banlieue Nord, 2020)*

Ensuite, on retrouve une position qui relève plus de la position de l'humaniste - humanitaire : l'idée principale est de « sauver les femmes » :

> *« Oui au critère de la religion. On peut pas non plus… après si on a pas cette religion, on peut comprendre que cette religion ne devrait pas non plus imposer ça. Donc je crois que c'est humain de devoir les… c'est humain de… d'accepter et de les opérer. Voilà. C'est… Je veux dire si on choisit médecine c'est pour faire un peu d'humanitaire dans les idées parce que sinon c'est pas poss… Sinon ça sert à rien. Donc il faut faire fi de ces… fi de sa religion, fi de ses croyances, fi de sa philosophie ou de ses concepts quoi. Voilà après chacun va jusqu'où il peut aller. Moi c'est parce qu'il faut les aider. On n'a pas à dire non, après pour se faire se faire taper dessus. » (Dr. Abdel, chirurgien plasticien, Paris, 2020)*

Dans le cas ci-dessous, la demande de la femme semble être interprétée sous le prisme de la violence :

> *Je pense comme ça à une consultation que j'ai eu lundi, une jeune fille charmante qui vient pour ça. Je lui dis : « mais qu'est-ce qui… C'est quoi le problème ». (réponse de la patiente :) « Ah bah voilà. J'ai rencontré un garçon, je suis très amoureuse, vraiment je l'adore et tout et tout. Mais euh.. voilà, il exige. » Je lui dis : « mais euh c'est bizarre d'exiger ça quand même… » (réponse rapide de la patiente mimée :) « Ah il est merveille, il est très ouvert ! Il y a juste ça. » Je lui dis : (sourire) « mais ça n'existe pas 'juste*

ça' » (rire) Et donc de fil en aiguille, on en est venu à parler : « mais après qu'est-ce qu'il va exiger ? Que vous sortiez pas, que si que ça »… Enfin d'escalade éventuelle. Et petit à petit on en est venu à parler de la relation qu'elle avait avant et en fait cette femme sortait d'une relation très toxique avec un mec qui l'avait vraiment laminée, sans aucune violence physique hein. (…) Et puis elle avait plus aucune estime d'elle-même et là elle rencontrait quelqu'un, qui manifestement, sous couvert de religion, faisais genre « je donne du sens.. » Et petit à petit, j'ai réussi à ce qu'elle, on relise sa relation première avec le prisme « emprise », violence psychologique et destruction. (Dr. Aya, chirurgienne hospitalière, banlieue Nord, 2020)

Au fur et à mesure des entretiens dans des espaces de prise en charge pluridisciplinaire, je me suis rendu compte que le prisme des violences subies était un cadre d'interprétation des comportements des patientes quasi-systématique pour les professionnel·les de santé de ces établissements. Cela s'inscrit dans ce cadrage de la femme victime qui revient beaucoup dans le discours médical utilisé dans la presse (chapitre 5). Cependant, parler des violences et les traquer dans les discours des patientes c'est ensuite aussi une stratégie d'« empowerment », comme le souligne cette même enquêtée, pour les médecins envers leurs patientes : libérer les patientes, les femmes par la consultation médicale. Cette approche semble cependant jouer bien souvent sur des impositions normatives qui ne sont pas forcément efficaces puisqu'il s'agit d'une consultation isolée et surtout que la réaction négative de la patiente peut occasionner le refus de l'acte médical. La patiente n'a que peu de moyens de s'exprimer librement dans cet échange, sans craindre que lui soit refusée sa demande de soin.

La deuxième position est celle du respect du choix médical des patientes, passant par un renoncement à la compréhension des motifs. Une position défendue par des médecins alternatifs et qui s'axent dans la suite des sciences sociales sur les questions de genre et de droits des patient.es, comme l'exprime le médecin et romancier M. Winkler sur son blog :

On me dira qu'une femme qui demande un certificat de virginité le demande peut-être sous contrainte, directement ou non. C'est possible. Et il n'y a pas moyen d'être sûr du contraire. Mais il n'appartient pas au médecin de "deviner" ou de juger des motivations des patient(e)s. » (…) Pour ma part, je pense qu'un médecin n'a pas d'autre choix que de croire ce que les patient(e)s lui disent. Même s'il court, de temps à autre, le risque d'être induit en erreur. En effet, il ne faut pas inverser les rôles. Ce n'est pas au patient de dire toute la vérité. C'est au médecin. Ce n'est pas au patient de mettre tous les moyens en œuvre pour se soigner, c'est au médecin. Ce n'est pas au patient d'être loyal envers le médecin, c'est au médecin d'être loyal envers le patient. Toujours, que le patient le soit ou non. Une demande de reconstruction hyménéale (hyménoplastie) peut avoir de nombreux motifs,

dont le médecin ne connaît souvent pas le détail, et que la patiente elle-même n'est pas toujours en mesure de définir exactement. Mais à mon humble avis, pour un praticien en consultation, l'approche éthique est la même que pour le certificat. » (Billet blog M.Winckler, 2010)

Quelques professionnel·les de santé ont évoqués ce positionnement de M. Winckler, comme le Dr Delphine lorsqu'elle me dit : « on ne peut pas les juger parce que c'est intrinsèque on ne pourra pas les comprendre. C'est pas les mêmes situations de vie. Alors je les crois sur parole. Si c'est important pour elles alors j'opère. » (Dr. Delphine, chirurgienne plasticienne Paris, 2020).

Les rapports de négociation entre médecin et patientes viennent jouer un rôle majeur et la proposition de M. Winckler est de ne pas s'appuyer sur une réciprocité de cette relation. Le patient.es ne doit au médecin que ses honoraires mais pas d'explication sur ses demandes médicales s'il ne souhaite pas en donner. C'est le médecin qui a des obligations et non inversement. Cela pose la question d'une interaction sociale complexe et profondément inégalitaire et surtout les relations symboliques qui se tissent dans le rapport.

c) Obsessions et craintes du monde médical dans la réalisation de ces actes médicaux

Les contrôles de la sécurité sociale en France représentent un sujet récurrent en entretien pour les praticien·nes. La sécurité sociale semble constituer un garde-fou, un régulateur des actes médicaux :

« Là c'est un peu… Théoriquement c'est sans prise en charge par la sécurité sociale. (…) Parce qu'en fait si on fait une prise en charge et qu'il y a un contrôle de la sécurité sociale et ils vont demander : pourquoi vous avez pris en charge cette intervention ? Alors que c'était juste une reconstruction hyménale, parce que en fait… parce que… parce qu'elle a pas fait ce qu'il fallait avant le mariage quoi. Enfin il y a pas eu abstinence avant le mariage, par exemple. » (Dr. Duong, entretien 2020, banlieue nord de Paris)

Plus tard, ce même chirurgien ajoute au sujet des hyménoplasties :

D : « Simplement là on dit c'est pas de prise en charge et c'est moi qui décide, comme d'autre on dit : il y a une prise en charge. C'est comme quand on prend en charge des prothèses mamaires, qu'on fait des reconstructions pour des seins pour les prothèses mamaires, que cela soit de l'esthétique ou pas de l'esthétique, c'est le même code CCM. Et c'est moi qui décide si on fait une prise en charge ou on fait pas de prise en charge »

S : Quand peut-il y avoir une prise en charge ?

D : « Bah si c'est pas exemple, c'est la reconstruction d'un viol comme vous avez dit, très bien. Là c'est pas de sa faute. D'accord, c'est un viol donc à ce moment-là je peux peut-être faire une prise en charge. Après s'il y a un contrôle, à moi d'avoir les documents qui prouvent qu'il y ait eu viol, qui justifient. S'il y a un contexte, s'il y a eu une plainte, une condamnation de quelqu'un, s'il y a eu un truc de ce genre-là. Vous comprenez ? » (Dr. Duong, entretien 2020, banlieue nord de Paris)

Une autre obsession du monde médical est la question du « mensonge ». Les professionnel·les de santé se placent alors comme objecteur de conscience pour les femmes et également témoignent d'une certaine défiance de la parole de la patiente. Ici, je me base sur le témoignage d'une patiente. Jasmine, fait partie, descendante de première génération, d'une famille tunisienne. Elle a son premier copain sérieux à 20 ans, à 23 ils sont fiancés et finissent leurs études supérieures à un niveau master. Ils ont des rapports sexuels « sans toutefois aller jusqu'au bout », raconte-t-elle. Cependant elle tombe enceinte et il la presse d'avorter. C'est l'avortement qui va en fait lui retirer sa virginité, elle n'aura plus d'hymen intact, explique-t-elle. Cette explication vient directement de sa gynéco qui l'avait assurée que son hymen était encore intact alors qu'elle était enceinte. Après l'avortement, son fiancé la quitte. Trois mois plus tard, elle décide d'aller voir un chirurgien pour se faire reconstruire l'hymen. Elle raconte la réaction du médecin :

« Et il m'a dit : Bah non il faut réfléchir, moi j'en reçois beaucoup des femmes comme vous qui viennent pour se faire réparer et faire croire à leur futur mari qu'elles sont encore vierges.

Et du coup, je l'ai regardé et je lui ai dit : mais moi je suis pas là pour ça. Il m'a dit : bah alors c'est quoi la raison ? Et il insistait et moi j'étais vraiment très mal, je voulais pas en parler. Et donc il a dit : vous vous rendez compte, vous allez vivre avec ce mensonge ! Toute votre vie. » (Jasmine, 29 ans, entretien 2020)

Et en effet, une chirurgienne m'explique par exemple :

« […] quand on a déjà couché eh bien on est plus vierge, qu'on se fasse opérer ou que l'on ne se fasse pas opérer parce que c'est un mensonge. Et de toute façon, ça sert à rien puisqu'on ne saigne pas forcément. Enfin bref que c'est de l'argent jeté par les fenêtres, que c'est un risque opératoire infime mais quand même… » (Dr. Aya, 60 ans, 2020)

Ce que semble vouloir les médecins avant d'opérer c'est une confession, une consultation sur le mode confessionnel et la dimension éducative :

> *« Après moi c'est pas ça qui m'intéresse, ce qui m'intéresse plutôt c'est justement la dimension éducative. C'est-à-dire que à chaque fois que je vois une femme qui vient me demander ça eh bien en fait je passe beaucoup de temps avec elle à essayer de comprendre pourquoi elle veut ça, c'est quoi son problème* ***?*** *Et ça amène très loin parce que ça peut amener éventuellement vers une radicalisation, à un désir de pureté, de changer de vie. (Dr. Aya, 2021)*

C - Discours sur l'altérité imbriquée dans ces pratiques médicales

a) Discours culturalisant : « comment comprendre nos patientes ? »

Finalement, ce qui ressort des incompréhensions comme la position du « je ne comprends pas » face au hyménoplastie, c'est un discours sur l'*altérité* présumée des patientes. Dès lors qu'elles ont une demande de reconstruction génitale, les femmes sont en France catégorisées comme appartenant à des groupes « étrangers ». Le discours des professionnel·les de santé s'inscrit dans un dispositif plus large de stigmatisation des groupes auxquelles elles sont finalement présumées appartenir. C'est le cas par exemple dans le discours de cette chirurgienne qui m'explique :

> *« On a peut-être pas envie en France, si vous voulez vraiment préserver les femmes de… que ne se généralisent pas les mœurs de barbares que l'on voit vraiment… notamment dans les couches populaires… au Maghreb ! Des jeunes femmes éduquées qui sont allées à la faculté se retrouvent obligées d'aller voir une dame ou un docteur pour… pour prouver qu'elles sont vierges. Je trouve ça totalement indécent ! » (Dr. Agnès, chirurgienne plasticienne Paris, 2020)*

En Egypte, ce type de discours n'est pas directement culturaliste mais surtout social : « Une femme qui vient pour une excision c'est que quand même elle vient d'un milieu social où on excise. C'est les classes populaires. C'est là où la culture est la plus forte. Chez nous c'est comme ça » (Dr. Ali, chirurgien au Caire, 2021). Ici la dimension culturelle n'est pas traitée sur le mode de l'altérité culturelle mais bien de l'altérité sociale. Les femmes excisées ou souhaitant faire des hyménoplasties sont vues dans le discours médical comme des femmes surtout issues des classes populaires – quand bien même la plupart de leurs patientes au Caire sont plutôt des classes moyennes – et surtout victimes d'une « culture » commune mais finalement mal appliquée dans ces couches de la population. C'est une différence de classe qui semble centrale dans le discours produit. Cependant le résultat reste le même : construire ces femmes comme venant de groupes sociaux « autres », opposés à un « nous » progressiste.

b) L'Altérité en situation migratoire : du discours expert au rejet

Les professionnel·les ont des positions différentes faces aux patientes en situation migratoire qui viennent leur demander ces chirurgies. Certain.es praticien·nes peuvent avoir une très bonne connaissance des cas, des milieux d'origine, d'autres sont dans l'incompréhension et le rejet. On peut néanmoins constater que ces chirurgies amènent le corps médical à produire un discours sur l'altérité des patientes, mais surtout sur les groupes sociaux et ethniques auxquels elles sont supposées appartenir. Beaucoup se placent en experts, par exemple :

> *"La première femme est âgée de 17 ans ; elle entre dans mon bureau accompagnée de sa mère et de ses deux sœurs ; un mariage est prévu en Turquie dans quelques mois ; elle est kurde. Elle me raconte avoir été violée en France par son cousin il y a un an ; elle n'est plus vierge ce qui est une catastrophe pour elle en raison de ce futur mariage où la virginité est obligatoire. Elle me supplie ainsi que sa mère et ses sœurs de « réparer » son hymen. Si je refuse, je sais qu'elle risque la répudiation, le rejet de son village, des violences voire pire encore"*

Il commente : « Ce cas illustre celui de la femme victime : mariage forcé, virginité imposée, violences physiques…Une victime de la violence des hommes envers les femmes. Nous devons lutter contre cela… mais qui peut lutter et comment ? » (Dr. Duong, 2020) A l'image d'un cas médical, il évoque celui de la « femme victime » qui implique une réponse médicale. La situation sociale est alors traitée comme le symptôme d'une pathologie demandant un acte médical. La pathologie semble être le fait d'être victime…

Par ailleurs, la plupart des professionnel·les de santé interrogé.es, même ceux pouvant être proches des communautés culturelles à qui l'on attribue ces demandes, n'ont jamais été confronté.es dans leur vie personnelle à l'hyménoplastie ou à une excision. Ils·elles sont donc amené.es à essayer de comprendre les autres, à partir d'assez peu d'informations : à savoir les discussions entre collègues – très rares selon les enquêtés : « souvent c'est un non-sujet. On n'en parle pas. C'est vraiment de la chirurgie » comme le souligne le Dr. Aya -, le débat médiatique et la parole des patientes.

Ainsi, les discours experts, ceux de l'incompréhension, d'autres plus modestes ou ne se prononçant pas, s'enchainent en ayant ce point commun d'interroger l'histoire migratoire des patientes. Tou·tes se retrouvent, parfois malgré eux, à devoir prendre position soit pour défendre, soit pour contrer les justifications des patientes à demander ces chirurgies génitales.

D - Un décalage institutionnalisé des schémas de compréhension des pratiques médicales entre patientes et médecin ?

L'expérience du décalage entre les médecins et les patientes donne lieu à des réactions parfois virulentes, soit d'incrédulité, soit d'incompréhension du côté des professionnel·les de santé – « je ne comprends pas cette pratique alors je ne la pratique pas » (Dr Henri, 2021), « vous vous imaginez comment peut-on faire ça à une femme ? » (Dr. Agnès, 2020), etc. Or, ces réactions sont à comprendre comme l'expression d'une appartenance marquée et non la méconnaissance pure et simple d'autres réalités culturelles et catégories de pensée dans lesquelles sont impliquées les patientes qui les sollicitent dans le cadre de ces chirurgies. Comme le souligne M. Douglas lorsqu'elle s'attache à comprendre le poids des institutions dans les schémas de pensée, en revenant aux travaux de Durkheim sur le lien social :

> *« Selon Durkheim, le fait d'être scandalisé par la remise en cause brutale d'opinions enracinées est une réaction viscérale due à l'engagement au sein d'un groupe social. » (Douglas, 1986, p. 40)*

Il s'agit donc de comprendre en quoi ces demandes de modification chirurgicale génitale jouent au niveau du lien au groupe qu'entretiennent les médecins. Ici on ne peut que souligner alors la position hautement imbriquée et reconnue dans la hiérarchie qu'occupent les médecins dans les sociétés contemporaines. Ce sont là des acteur·trices très engagés dans des groupes sociaux multiples (professionnels, communautaires, la vie de quartier, etc…). Choisir de réaliser des pratiques perçues comme déviantes dans le milieu médical ou dans la communauté locale qu'ils fréquentent peut leur être fatal. L'idée par exemple pour le Dr. Aya déjà citée plus haut de s'inscrire dans les valeurs républicaines des instances politiques en France est particulièrement prégnant, même si elle n'est pas hégémonique dans tous les établissements de santé. Une injonction au sécularisme déteint sur ce monde médical et impacte la pratique comme les discours des professionnel·les de santé : « On est en France, on doit opérer en cohérence avec des valeurs républicaines et laïques ».

Un autre exemple en Egypte est au contraire le refus de réaliser des excisions médicalisées en Haute-Egypte qui peut amener à des exclusions sociales, la perte de clients, une mauvaise réputation. C'est ce qu'explique un chirurgien d'Alexandrie ayant commencé sa carrière en Haute-Egypte :

> *« On vient te demander de faire ça sur des filles, et puis si tu dis non… Tu es le seul médecin du village. C'est pas comme si tu disais non à une seule*

personne. Les gens parlent avec leur voisin, leur cousin, et peut-être après plus personne vient te voir… » (Dr. Hosni, gynécologue, Alexandrie, 2021).

De même que la réparation du clitoris peut être condamnée par la société médicale et politique : plusieurs chirurgien·nes déplorent leur marginalisation dans leur milieu professionnel, suite à leur choix d'approfondir ces pratiques de réparations médicales plutôt que d'autres. De même, l'accusation de mauvaise pratique comme la réalisation d'hyménoplastie et autres opérations génitales peut être un argument pour décrédibiliser un confrère : « Lui, il fait tout : des hyméno, des excisions, des réparations, tout franchement. Aucune morale. Il faut se méfier des médecins comme ça ! » (Dr. Maurice, Le Caire, 2021).

Ainsi, la question de l'appartenance à un groupe social est centrale pour comprendre la pratique médicale et les discours produits sur elle : entre légitimation et décrédibilisation.

E - En France, des associations, alliées du médical dans la prise en charge. Des effets d'orientation.

Le monde associatif en France joue un rôle particulier dans la demande de chirurgie pour les femmes excisées, qui semble être assez unique. En effet, les associations peuvent avoir un rôle à part entière d'orientation et d'accompagnement vers le milieu médical (encadré 25).

Encadré 25. Extrait d'une intervention publique du GAMS Lyon à l'EHESS (2018)

« **Alors donc la « médiation culturelle » dans le processus de réparation**. Nous avons été financés par l'ARS pour faire de la médiation culturelle. C'est toujours pas… C'est surtout pas une obligation. Mais cela permet de **comprendre pourquoi il y a des rendez-vous ratés, il y a des mauvaises compréhensions des fois du dispositif. Et donc mon rôle c'est juste pour accompagner les gens, expliquer simplement, expliquer le dispositif aux femmes et de comprendre aussi pour quelles raisons elles ne vont pas au rendez-vous, elles ne vont pas jusqu'au bout**. Cela peut se comprendre. Comme j'ai dit tout à l'heure, personne n'est obligé d'aller jusqu'au bout, on est là pour faciliter pour celles qui le veulent. Pour justement aller jusqu'au bout. Et une fois, en fait, on a eu un cas qui nous a poussé dans ce travail. C'est que : une femme était venue nous rapporter que le fait que toutes les équipes regardent aussi le sexe, c'est gênant. Et d'autres, dans d'autres dispositifs ont dit que « oui, la cicatrice était pas jolie ». Bon, c'est vrai que les équipes médicales, des fois, utilisent des termes qui ne sont pas appropriés, qui sont mal perçus par les femmes.

Et donc j'essaie aussi d'expliquer que c'est pas vraiment pour dévaloriser l'acte mais c'est simplement, ce sont les termes techniques. Donc justement, mon rôle c'est aussi d'amener justement les femmes qui ont demandé à faire la **réparation à gérer les représentations et les incompréhensions que peuvent engendrer les relations entre les femmes et le monde des soins**. C'est ce que j'ai expliqué un peu. On essaie en fait de, de déconstruire les représentations par rapport à ce qu'elles ont subi. Elles disent que « oui, moi… bon… je viens le faire mais bon je suis pas convaincue de cette histoire. Donc j'aimerais bien comprendre ». Et le monde de soin, il y en a aussi, c'est pas tout le monde, mais des fois qui comprennent mal ou qui **essaient de moraliser ou bien de**… Qui essaient d'utiliser les termes et qui ne sont pas appropriés. Et donc c'est important justement de comprendre pourquoi ces femmes ont subi cette pratique. Et le plus important, on en a parlé hier, il y en a qui disent que oui c'est un acte maltraitant. Mais dans l'esprit **des femmes ou des femmes qui ont fait faire ça à leur fille c'est pas… C'est plutôt un acte bienfaisant**. Voilà. Donc justement ça ça choque mais il faut aussi mettre les choses

dans leur contexte : pourquoi une femme qui a fait faire ça à sa fille c'est pas vraiment pour lui faire du mal. Au départ, c'était ça. Mais c'est justement pour répondre aux normes sociales imposées par le groupe. Et justement le plus délicat, c'est de faire évoluer les représentations que chacun a vis-à-vis de cette pratique-là.

Et donc une meilleure compréhension, euh.. réciproque, facilitera le travail de compréhension et de prise en charge médicale, psychologique et sexologique des femmes ayant subi les mutilations sexuelles. » (Retranscription responsable GAMS, Colloque EHESS, 2015)

Parfois l'orientation par les associations vers la chirurgie est même jugée un peu abusive par les professionnel·les de santé. C'est le cas de cette chirugienne opérant en banlieue Nord de Paris :

> *« Dans l'assos, on leur vend cette idée que ça serait super de se faire opérer. Alors qu'en fait ce sont parfois des femmes, elles sont arrivées du bled, il y a quinze jours, elles sont déjà ici pour une opération. Alors je leur dit : "alors écoutez : vous allez déjà avoir des papiers et un toit où dormir et puis on verra après pour l'opération parce que c'est quand même pas le plus urgent dans votre histoire. » (Dr. Aya, 60 ans, Chirurgienne, banlieue Nord Paris, 2020)*

Elle parle ici de l'une des associations locales qui leur envoie beaucoup de patientes. De même pour le planning familial, une forte orientation semble s'effectuer pour la prise en charge des femmes excisées. Cependant, cette même association, dans les antennes rencontrées, se refuse à orienter les femmes demandeuses d'hyménoplasties. Il s'agirait même parfois d'une « désorientation » :

> *« Moi quand une femme vient, c'est simple je lui propose la psychologue et c'est tout. Cette demande c'est pas possible, on peut pas en France accepter que des jeunes filles se ruinent pour un faux hymen auprès de chirurgiens véreux. Moi je lui dis va pas dans les cliniques privées ! C'est des arnaques ! » (Secrétaire PA, bureau de Paris, Conversation informelle, 2020)*

IV - Biopouvoir et question de la (ré)intégration des corps féminins dans le contexte national

A - Biopouvoir et intégration des corps

Pour comprendre une partie des discours recueillis auprès des médecins, il nous faut considérer l'espace national français comme un espace historique propre comportant des constructions identitaires et des configurations sociales, dans lequel se construisent également des rapports au corps inscrits dans un débat national. Cet angle de vue vient alors questionner la notion de « nationalisme sexuel » (Bader, 2018 ; Jaunait, Renard et Marteu, 2013 ; Mosse, 1985). On entend par là que le nationalisme s'est appuyé sur des stéréotypes de genre et de

sexualité dans sa construction. Cela revient à effectuer une liaison sémantique entre deux objets d'étude : d'une part un champ d'investigation de l'histoire qui s'intéresse au processus de production des identités nationales et d'autre part une investigation plus récente des sciences sociales, à savoir la production des identités de genre et de sexualité (Jaunait, Renard et Marteu, 2013).

Deux intégrations se font face en situation migratoire : l'intégration communautaire qui s'oppose à une intégration nationale, comme le souligne cette chirurgienne de banlieue parisienne :

> *« Les mutilations génitales féminines ont des significations culturelles et sociales fortes, et complexes car elles sont liées à la sexualité des femmes. Leur poids dans l'intégration communautaire représente un obstacle majeur pour renoncer à cette pratique » (Dr Karine, chirurgienne obstétricienne en banlieue parisienne, 2020).*

La question de l'intégration nationale des corps est centrale au niveau de la chirurgie de reconstruction du clitoris comme de l'hymen :

> *« Pour le Dr. X gynécologue obstétricienne à l'hôpital, c'est toujours un casse-tête éthique. «Comme le voile, cela redevient un sujet, souligne-t-elle. La quasi-totalité de ces patientes sont nées en France. Selon moi, c'est un signe de non-intégration majeur! La semaine dernière, j'ai reçu une femme de 26 ans, voilée, disait-elle, «pour se faire respecter». Après un chagrin d'amour, elle a fait une tentative de suicide à cause de son hymen perdu. Du coup, elle suit la «recette du bonheur» de ses parents: suivre les préceptes du Coran. Et retourne vers sa communauté pour ce qu'elle appelle un « mariage sérieux»…» (Le Figaro, 2016).*

Dans le discours de certain.es médecins, particulièrement en banlieue nord, les hyménoplasties s'imbriquent alors finalement à des débats nationaux sur l'immigration, la question de l'intégration. Plus encore, la demande d'hyménoplastie est parfois reliée à l'idée d'une « radicalisation » de la jeunesse, comme le souligne une chirurgienne (Aya). Il est vrai que les études sur la sexualité montrent une progression de l'importance de la virginité chez les femmes musulmanes pratiquantes depuis quelques années (Bajos, Bozon et Beltzer, 2008), comme évoqué dans le chapitre 4. Néanmoins, parmi les patientes d'hyménoplastie que j'ai rencontrées, très peu ont une pratique religieuse marquée, au contraire la question semble être plus culturelle et morale. Cela n'empêche pas la majorité des professionnel·les de santé de mettre l'accent dans

leur discours avant tout sur les motivations religieuses vues comme un « défaut d'intégration », ou des femmes « victimes » de leur groupe d'origine.

B - Normalité génitale et consultation : façonner les corps féminins

Lors des entretiens, beaucoup de médecins me précisent qu'il n'y a pas de « normalité vulvaire » ou pas de normalité anatomique. Cependant la « normalité », qu'il s'agisse de la forme, de la fonction ou de la sexualité revient systématiquement dans leur discours. Un constat qui s'accorde avec les résultats du chapitre 5 concernant la presse médicale qui surexploite l'usage des mots se rapportant aux questions de normalité (lemme normal). La problématique semble structurelle, propre au monde médical, une situation dont finalement les professionnel·les de santé sont tout à fait au courant et tentent de se détacher. Une chirurgienne plasticienne ayant un cabinet dans le centre de Paris me dit par exemple :

> *« (…) et je pense qu'actuellement, c'est un problème de la façon dont on communique, le chirurgien plasticien, et donc pour vous c'est très intéressant. Par exemple, moi, sur mon site internet, je n'ai aucune photo d'avant après des patientes. Vous avez vu mon site internet ?*
>
> *S : Oui j'ai regardé rapidement. Je vais y retourner en rentrant.*
>
> *D : Voilà, parce que je trouve qu'on peut influencer les patientes. Déjà il faut partir qu'elles sont normales. Donc où est la normalité dans la chirurgie esthétique intime ?*
>
> *S : Ah mais vous êtes la première personne à me dire ça, c'est marrant.*
>
> *D : Non mais c'est à cause de ça que je vous dis malheureusement, mes collègues, médecins en tous genres, donc gynécologues, chirurgiens plasticiens, peut être ne disons pas médecins généralistes, qui se lancent. Où est la normalité ? Où nous sommes pour dire où est la normalité dans une anatomie intime, vous voyez ?Et donc, c'est vrai que nous chirurgiens plasticiens si je vous montre des photos comme ça plus harmonieuses, en vous montrant des avant / après, sans excès. Donc ça c'est la norme qu'on est en train d'imposer. » (Dr. Delphine, 47 ans, chirurgienne plasticienne libérale à Paris, 2020).*

Tous les livres de médecine, toutes les formations, font un usage large du terme « normal » et l'opposent à toutes manifestations de pathologie. Le langage médical peine ainsi à se départir de cette idée et les professionnel·les de santé en arrivent à avoir un discours parfois contradictoire sur la question. En effet, à chaque entretien dans un cabinet, on me montre toujours des photos de vulves, d'opérations avant/après et en me commentant : « là elle était satisfaite », « vous voyez c'est comme un vrai clitoris maintenant » ou « l'hymen là il est plus

serré mais il y a encore les fils », etc. Aucune des vulves et des résultats ne se ressemblent vraiment d'un·e praticien·nes à l'autre et je comprends que la forme est finalement l'objet de longue discussion avec les patientes et ce qu'elles attendent précisément sur le plan esthétique et fonctionnel. A partir de ces demandes, les professionnel·les de santé orientent le choix final, d'après ce que j'ai compris, en fonction de deux facteurs : le réalisable (en lien avec leur compétence et ce qui est techniquement possible de faire) et leur expérience. Une chirurgienne m'explique par exemple : « Il faut que je lui dise : qu'est-ce qui vous gêne ? Et après on décide ensemble, je lui explique ce qu'on peut faire ce qu'on ne peut pas faire, et voilà, c'est comme ça. » (Dr. Delphine, 47 ans, chirurgienne-plasticienne, centre de Paris, 2020). S'il y a eu de bons retours sur un type de reconstruction d'hymen ou sur une taille particulière de clitoris, les professionnel·les de santé vont avoir tendance à orienter les patientes vers ces choix.

V - La place des enjeux économiques : quand le lucratif conditionne l'offre de soin

La dimension économique joue un rôle central dans la circulation de ces pratiques et leur mise en place, ce qui peut sembler assez évident. Cependant en s'intéressant au détail de ces enjeux sous-jacents, souvent invisibilisés, on découvre les lieux de tension à la rentabilité dans des endroits inattendus. Surtout, selon le lieu de réalisation de ces procédures, le lien à la rentabilité sera plus ou moins fort et pèsera différemment sur les patientes comme sur les personnels médicaux. La distinction privé/ public devient alors centrale pour aborder cette thématique et se décline de manière différenciée selon le contexte historique des milieux médicaux étudiés.

A - Des actes médicaux rentables ?

Les chirurgies ne sont pas portées au hasard dans les différents établissements et la question de leur rentabilité influe sur les pratiques et leur mise en place. Par exemple en France, la question de la cotation de l'acte médical et son remboursement auprès de la sécurité sociale est central pour comprendre la place des chirurgies, comme me l'explique un chirurgien hospitalier de région parisienne :

> *E : Alors j'étais soutenu (rire)… je sais pas. Je suis un peu nul. J'étais PH (=personnel hospitalier) donc j'avais pas de souci, je peux faire ce que je veux…. Enfin tant que je le fais bien. C'est plutôt la sexologue qui a demandé et a été soutenue par des filles de l'administration qui trouvaient ça*

vachement bien de le faire. Et moi… mon chef de service, il était complètement d'accord. Enfin.. non seulement ça lui posait pas de problème et il était complètement d'accord pour le fait. J'ai pas eu de problème pour le mettre en place.

S : Mais quand même il y a moins de fonds qui sont alloués par rapport à d'autres structures ?

E : Effectivement, la sexologue elle a demandé d'avoir des… des vacations, surtout pour la sexologue qui n'est pas hospitalière. Mais a priori ça c'est… Moi les fonds on m'a rien de demandé à moi… En plus je pense que Foldès s'est très très très bien démerdé ! La cotation est une cotation qui est forte donc ça les arrange… les hôpitaux enfin les organisme payeurs. Ils gagnent des sous.

Je lui demande comment la cotation est finalement décidée au sein des instances publiques :

S : Au niveau de la sécurité sociale ?

E : Oui c'est ça.

S : Et pourquoi Foldès c'est lui qui a mis en place tout ça ?

E : Oui exactement ! Il s'est bien démerdé. Il est allé voir pour les remboursements et tout. Comme en plus il travaillait en clinique, c'était un vrai problème … pour lui et pour sa clinique.

S : Ah oui c'était pas un choix ?

E : Ah oui c'était un choix mais il voulait pas faire ça à perte. Et quand vous êtes dans une clinique, vous pouvez pas mettre la clinique dans l'embarras financier donc il s'est très bien démerdé pour que le coût opératoire soit intéressant.

S : Mais alors comment un acte médical est évalué comme ça ?

E : Alors je sais pas, j'ai jamais compris ! Pourquoi est-ce qu'on fait plein de cataractes ? Je sais pas. Pourquoi l'ablation d'amygdales. Il y a des cotations qui font que c'est… Ca permet à pleins de chirurgiens de faire pleins de choses qui rapportent.

Il y a bien une question économique, donc politique et institutionnelle, derrière le développement de la réhabilitation clitoridienne dont parle ce médecin. C'est une chirurgie qui bénéficie d'une bonne cotation et également d'un bon remboursement par la sécurité sociale. Ainsi, la pratique en milieu hospitalier comme en clinique est rentable. Cela explique l'encouragement des hôpitaux à mettre en place ce type d'unité lorsqu'une patientèle intéressée émerge, et le fait que les chirurgiens plasticiens, bien que souvent non spécialistes, se lancent dans la réalisation de cette chirurgie.

A l'inverse, les hyménoplasties, bien que très coûteuses sur le marché (chapitre 4) sont des actes bénéficiant d'une cotation très faible et d'un montant de remboursement ne pouvant pas dépasser les 70 euros (chapitre 4). De plus, les justifications médicales, sauf en cas d'agression sexuelle avec plainte et d'avis d'un.e psychologue, ne sont pas acceptées par la sécurité sociale.

Ce sont donc les patientes qui paient le prix, avec la plupart du temps de lourds dépassements d'honoraires, comme le décrit ce praticien :

> *« Il faut compter entre 300 et 500 pour l'anesthésiste, puis 700 pour les frais de clinique. Vous voyez le matériel, etc. Et puis après il y a pour le praticien·nes ce que je touche. Cela peut vite augmenter quand l'opération prend plus de temps. Il y a aussi les difficultés opératoires pas prévues. C'est courant en fait vous voyez. » (Dr. Duong, région parisienne, 2020)*

Alors qu'à l'hôpital le coût de cette chirurgie ne peut pas dépasser les 700 euros, puisqu'il ne comprend pas le salaire du ou de la chirrugien.ne, il n'est pas possible de pratiquer des dépassements d'honoraires. Cependant, par là-même, l'acte n'est pas rentable pour l'hôpital et ce n'est donc pas uniquement pour des raisons morales qu'il est très loin d'être encouragé.

B - Un système de concurrence : rapports de force et rivalité professionnelle dans la sphère médicale

Au cours de cette recherche, j'ai pu noter un fort enjeu de notoriété à l'intérieur même du champ médical. En effet, pour les chirurgien·nes pratiquant la reconstruction clitoridienne, se positionner comme pionnier – aucune des rares femmes rencontrées pratiquant des chirurgies génitales, il y en a encore peu en Egypte, n'a adopté cette position - semble primordial et cette préoccupation s'est exprimée presque systématiquement à chaque entretien. Chacun·e se présentait comme le ou la seul·e à réaliser cette opération en Egypte, à l'exemple de ce chirurgien du Caire :

> *« Nous pouvons ainsi reconstruire les vaisseaux et les nerfs qui ont été coupés. C'est ce que nous avons trouvé. Ce que j'ai trouvé ! Je n'ai jamais vu ça dans d'autres endroits. Mais c'est ce que j'ai trouvé (accentuation sur le "je") et c'est pourquoi c'est important de comprendre l'étendue des dommages avant de commencer. » (Entretien chirurgien Dr. Ali, mars 2021)*

Pas un chirurgien homme qui ne m'ait dit : « je suis le premier à… ». Et chacun indique les ajouts qu'il a apporté à la technique initiale. En revanche les femmes chirurgiennes

interrogées ne sont pas dans ce discours, ce qui souligne également l'impact de la masculinité et la sur-représentation des hommes dans le domaine de la chirurgie et de la santé en général en Égypte (CAPMAS : 70% hommes chirurgiens).

> *« J'ai appris la même technique que de Foldès que j'ai adaptée et modifiée un peu. On a tous des petites retouches » (Chirurgien Héliopolis, Le Caire, février 2021).*

Finalement, la dimension marketing de ces chirurgies est non négligeable, et comme pour les chirurgies esthétiques, la reconstruction nécessite un large éventail de prix et de choix, ainsi qu'une mise en discours graphique (sur les sites internet, les réseaux sociaux). Lors de la formation à destination des personnes se spécialisant dans la gynécologie esthétique où j'étais observatrice, une intervention était entièrement dédiée aux stratégies marketing qui doivent accompagner les prestations : présence sur les réseaux sociaux, adaptation à la clientèle, création de formulaires explicatifs ou de vidéos pédagogiques à diffuser sur une chaîne Youtube, etc. (photo 8).

Photo 8. Post Instagram de l'association et clinique « RestoreFGM » proposant des prises en charge chirurgicale (2 juin 2021) :

La chirurgie est souvent trop chère pour les patientes et donc les médecins préfèrent proposer des techniques non-chirurgicales pour traiter les femmes excisées, plus rentables à

long terme pour eux : laser, injection de PRP (plasma riche en plaquette), *energybase devices* (dispositifs à base d'énergie), *radiofrequency (*radiofréquence). Sur les plan médical et thérapeutique, les effets de ces traitements seuls sont peu reconnus et ils sont plus de nature esthétique que fonctionnelle. Une séance de laser, une injection coûte souvent autour de 1500 livres, ce qui est en effet plus abordable que les 15000 en moyenne pour la chirurgie. Mais il faut penser que ces séances vont s'étaler sur plusieurs semaines, ce qui restreint de fait la clientèle de manière non négligeable. Seules des femmes assez aisées peuvent se permettre de suivre ces traitements.

Ce besoin marketing vient notamment de la grande concurrence qui existe entre les différent.es praticien·nes au Caire. Il s'agit sûrement d'un problème de compétence, étant donné que cette technique est encore nouvelle en Egypte et qu'aucune figure pionnière n'a été reconnue, comme c'est le cas en France avec Pierre Foldès. Cependant, l'atmosphère de concurrence qui règne dans le milieu médical joue également un rôle non négligeable dans ces stratégies de délégitimation des confrères. Certaines critiques pouvaient être très virulentes, et en discutant avec plusieurs participantes de la formation précédemment évoquée, je comprends que l'enjeu économique est fort. L'une d'elles m'explique : « c'est le problème de ce type de spécialisation, ça ne sert à rien sans cliente. On veut tous à terme avoir notre clinique. C'est compliqué si personne ne parle de ça. »[154] (gynécologue d'Qasr el Ainsi, discussion informelle, mars 2021, Caire).

Ainsi, un système de santé tellement aux prises avec la concurrence et la privatisation du secteur crée, pour la mise en place de la pratique, un climat qui influe directement sur la demande et les réticences des patientes.

C - Le Marketing de la clinique

Les chirurgies étudiées se retrouvent en ligne, présentées dans un contenu marketing attirant pour les femmes. En France, ce type de publicité est illégale pour les actes médicaux mais dans la pratique elle est tolérée. En Egypte, aucune loi n'encadre le marketing en ligne ou dans les événements scientifiques. C'est pourquoi d'ailleurs dans la formation suivie sur les chirurgies génitales au Caire, l'un des modules de formation – celui-ci en arabe - porte sur faire « le marketing de son cabinet ». Une professionnelle de la communication réalise une heure de présence allant de la présence sur les réseaux sociaux, aux slogans publicitaires, aux sites

[154] Conversation traduite de l'anglais par mes soins.

internet. Le médecin, Dr. Omar, qui s'occupe de la formation, déclare en introduction du module : « il faut se différencier de la compétition (…), réaliser un plan marketing en gynécologie esthétique parce que cette discipline n'est pas encore connue ». L'intervenante explique alors l'importance de comprendre « les attentes des patientes » (expectation) et de savoir à quel public s'adresser : « il faut cibler des personnes qui peuvent payer pour ces interventions » donc des femmes éduquées (well educated patient). Elle insiste également sur l'importance du bouche-à-oreille pour réaliser un « marketing du quotidien » (titre d'une de ses slides). Tout un vocabulaire commercial émerge en anglais au milieu de l'intervention majoritairement en arabe : « target opinion leaders » (cibler des leaders d'opinion), « perform services » (réaliser des services), « custumers » (clients) « Persuad satisfied custumers to inform others of their satisfaction » (persuader les clientes satisfaites d'informer d'autres personnes de leur satisfaction).

Peu de publicités sont directement orientées vers la virginité ou les reconstructions génitales du clitoris, mais les services mis en avant sont souvent accompagnés de petits textes indiquant la disponibilité d'autres services liés aux « chirurgies correctives » génitales (Photo 9).

Photo 9. Pub postée sur Facebook pour une clinique au Caire pour des « rétrécissements vaginaux » et des « blanchiments au laser de la vulve » :

Photo 10. Visuel d'une vidéo promouvant l'injection de collagène et autres interventions au niveau des parties génitales « abîmées », Clinique FLC du Caire.

Ce type de publicité est en général accompagné de photos de fleurs ou de fruits abîmés pour symboliser les imperfections vulvaires ou l'excision. Les fleurs ou les fruits sont réparés magiquement par la chirurgie. Aucune publicité en Egypte ne fournit de schéma explicite des interventions, ni sur le site, ni dans les vidéos explicatives (photo 10). Lorsque les annonces concernent explicitement les hyménoplasties, elles sont plutôt associées à d'autres interventions et entrent dans la rhétorique du tourisme médical en mettant en avant des photos de vacances par exemple (photo 11).

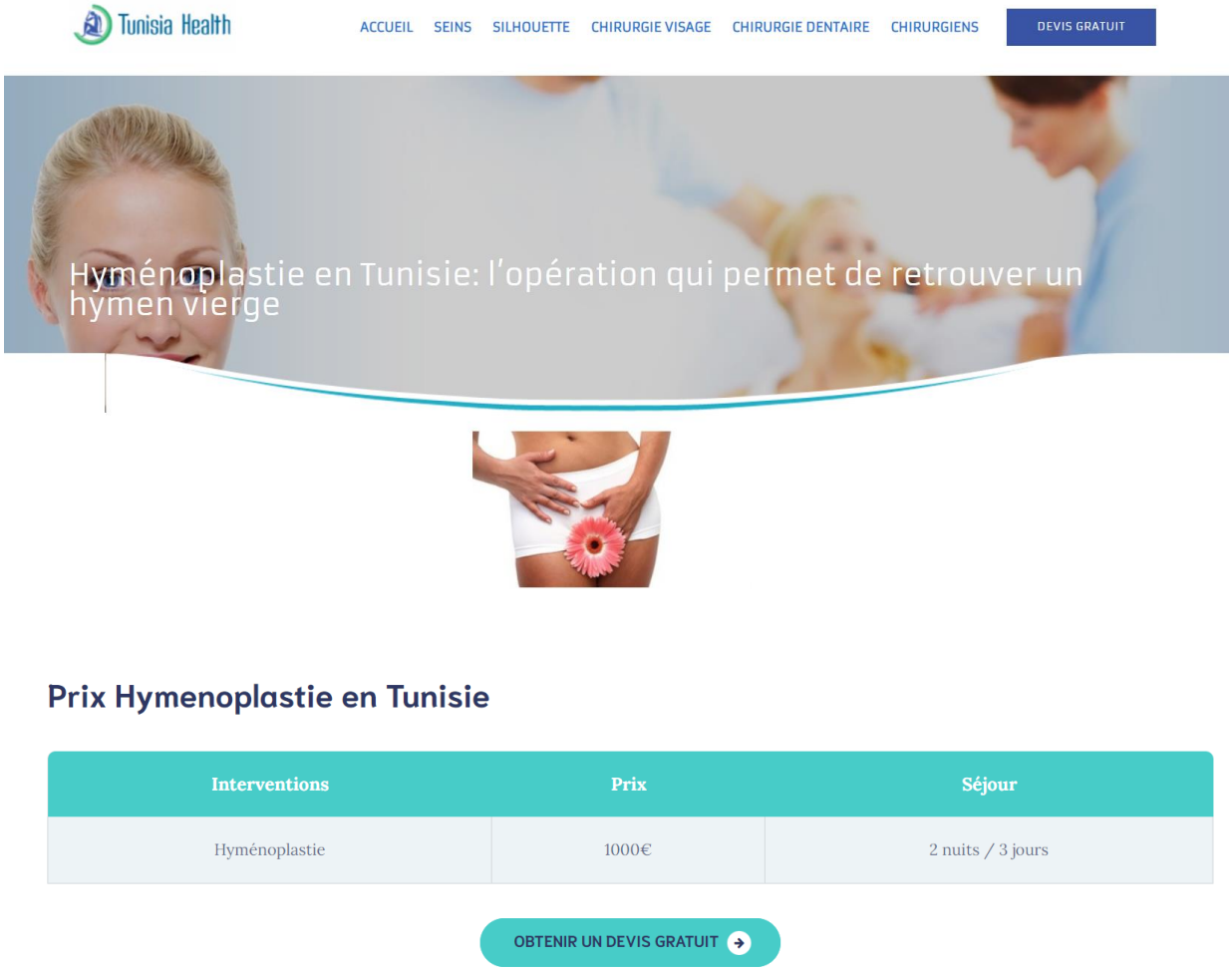
Photo 11. Annonce publicitaire pour des hyménoplasties en Egypte

Sources : https://www.whatclinic.com/cosmetic-plastic-surgery/egypt/hymenoplasty, consultée le 15/06/2021

En France également, la symbolique des fleurs ou des métaphores visuelles est très utilisée, néanmoins des schémas explicites accompagnent souvent l'explication des chirurgies. Les représentations de parties génitales féminines sont moins taboues et peuvent être une preuve de sérieux et de rigueur scientifique des praticiens.

Enfin, il y a aussi les offres de tourisme médical pour réaliser des hyménoplasties, uniquement à l'étranger, principalement au Maghreb qui apparaît dans les premiers résultats internet francophones pour cette chirurgie. Les cliniques marocaines ou tunisiennes proposent des « packages », tout frais compris avec l'hébergement et les frais médicaux, comme évoqué dans le chapitre 6. Les visuels sont plus sobres que ceux précédemment montrés appartenant au contexte égyptien et tablent principalement sur l'affichage de prix concurrentiels (photo 12). Néanmoins, on retrouve aussi sur les sites des photos de vacances, d'hôtel, de piscine, etc., pour attirer une clientèle étrangère (annexe 14).

Photo 12. Pub d'une clinique tunisienne proposant un package : intervention et opération pour 1 000 euros.



* *

*

Il ressort finalement de ce chapitre trois grands constats. Tout d'abord, les médecins font de ces chirurgies en France des « pratiques ethniques », mais aussi ailleurs comme en Egypte, en tant que ces chirurgies sont toujours traitées comme des demandes liées au « culturel ». Dans des pays d'origine, comme l'Egypte, ils contribuent au contraire à en souligner la dimension « occidentale et moderne » du monde médical qui se désolidarise des « pratiques traditionnelles et culturelles », voire les déplore ouvertement. Le rapport de leur pratique à leur société d'origine et d'exercice est ici centrale pour comprendre ce positionnement vis-à-vis de ces pratiques. Cela implique de se questionner sur la circulation des idées et des manières d'appréhender les demandes médicales. Ce constat est en cela aussi lié aux circulations multiples décrites en début de chapitre autour de la trajectoire des médecins.

Deuxièmement, en Egypte, la dimension taboue - en lien avec la sexualité – de ces pratiques implique une atmosphère de méfiance entre médecin et patiente, au sein de la communauté médicale, et entre médecin et autorités publiques de santé. Ce contexte de méfiance amène à une pratique médicale des chirurgies génitales de reconstruction féminine adaptée et spécifique au contexte étudié : ces chirurgies sont finalement pratiquées de manière clandestine à divers niveaux. En cela, les normes sociales et sexuelles influent directement sur la mise en œuvre des procédures médicales, la prise en charge des femmes et les profils de patientes allant jusqu'au bout de la chirurgie.

Enfin, ces chirurgies questionnent le rapport à l'altérité des médecins en France comme en Egypte, en lien avec les logiques in/out, d'intégration ou d'exclusion, inhérentes à ces demandes (chapitres 6 et 7). Les professionnel·les de santé se sentent alors obligé·es de se positionner face à ces problématiques qu'ils perçoivent de manière plus ou moins claires chez leurs patientes – en lien également avec des incompréhensions et des logiques d'ignorance réciproque structurelles. Plusieurs postures ressortent finalement : les spécialistes de l'Altérité (pensant avoir tout compris sur leur patientes), le refus de l'Altérité (refus d'opération), l'incompréhension, et enfin la victimisation systématique des patientes. Ce sont autant de stratégies pour essayer d'appréhender la distance sociale récurrente entre eux et leurs patientes. Finalement ces chirurgies sont dans les deux milieux médicaux étudiés des étrangetés médicales et amènent les professionnel·les de santé à chercher des méthodes de compréhension (avant tout) et de prise en charge adaptées. Des pressions sociales pèsent ainsi fortement dans ce domaine chirurgical, pourtant marginal. Pour ne citer que deux exemples : réparer chirurgicalement des femmes excisées en Egypte peut être immoral car vu comme une incitation à la sexualité, reconstruire un hymen en France peut être vu comme une fraude en raison du manque de justifications thérapeutiques. En cela, cette étude nous renseigne sur la difficulté du monde médical à traiter des problèmes perçus comme éloignés socialement de la réalité des praticien·nes, mais parfois même historiquement incompatibles avec les normes médicales, socialement construite, d'un système de santé.

CONCLUSION GENERALE

Cette thèse a questionné, en lien avec la littérature scientifique existante, les pratiques médicales étudiées sous le prisme des rapports de genre, de classe, ainsi que dans les rapports Nord-Sud, au sein de différents contextes (France, Tunisie et Egypte). L'objectif était d'essayer de les aborder de manière globale par cette démarche multi-située et plurielle sur le plan méthodologique, en lien avec un nouveau paradigme de santé globale où se juxtaposent des phénomènes migratoires et de circulations de pratiques. Ma thèse propose plusieurs éléments de réponse. D'une part, sur la question des rapports sociaux, elle complète – notamment par le recours théorique et analytique aux *ignorance studies* – la littérature sur ces chirurgies, développée principalement dans des travaux menés en Europe et dans des contextes migratoires. D'autre part, elle se propose d'ajouter dans l'étude de ces pratiques une approche en termes de circulation afin de montrer la plasticité des significations de ces procédures en fonction du contexte social. Par ailleurs, les résultats de l'enquête amènent à ouvrir sur d'autres questionnements tels que l'idée d'une norme génitale nouvelle liée à l'émergence des chirurgies intimes féminines ou la virginité féminine en médecine comme un impensé de la sociologie de la santé et du genre.

Etudier l'articulation et la consubstantialité des rapports sociaux

Un apport de ma thèse concerne l'intersectionnalité et l'articulation des rapports sociaux prenant comme objet d'étude non pas des situations sociales ou un groupe social, mais des techniques médicales, sorte d'objets sociaux aux multiples facettes. Leur rôle joué au sein des rapports sociaux a donc induit une méthodologie globale révélant autant la grande richesse de leur signification que leur plasticité en termes d'adaptation aux divers espaces sociaux où elles sont pratiquées. En cela, je me suis inspirée de la méthode analytique proposée par D. Kergoat (2009), comme mentionné dans le chapitre 1, en répondant à plusieurs impératifs dans la recherche. Le premier dit « matérialiste » a révélé l'importance de la question financière dans la demande de ces chirurgies. En effet, au cours des dernières décennies, un véritable marché s'est petit à petit mis en place autour des chirurgies intimes féminines. Le coût varie selon des logiques d'offre et de demande bien différentes entre réhabilitation clitoridienne et hyménoplastie. Néanmoins, l'invariant est qu'elles sont destinées à une patientèle-clientèle qu'il faut atteindre (par des formes de publicités déguisées), intéresser, satisfaire. En cela le monde médical a dû mettre en place des stratégies marketing sur internet et dans leur cabinet,

particulièrement dans la sphère privée, afin d'attirer une patientèle. La sphère publique ne fait pourtant pas exception à ces enjeux financiers et se préoccupe particulièrement de la cotation des actes et des prises en charge remboursées. L'offre de soin est alors complètement soumise à ces logiques de négociation de la subvention, de la demande et de la rentabilité des actes médicaux. La tarification des actes a des effets également d'exclusion de certaines patientes, renvoyées vers d'autres espaces de soin au sein du territoire national ou à l'étranger. Les rapports socio-économiques expliquent en cela la plupart des mobilités thérapeutiques effectuées par les patientes.

Le deuxième impératif en lien avec la contextualisation et l'historicisation (chapitres 1 et 4) de ces chirurgies a permis de mettre en avant leur relative nouveauté dans les développements des chirurgies biomédicales mais également leur affiliation plus ancienne à des techniques de modifications génitales ancestrales. De plus, une contextualisation chiffrée et juridico-institutionnelle (chapitre 4) a montré leur dimension marginale et minoritaire, et pourtant leur évocation est significative dans divers débats sociétaux et politiques médiatisés (chapitres 1, 2, 5). Néanmoins, du fait de cette dimension minoritaire et peu renseignée statistiquement, la question des profils socio-démographiques des patientes n'a pas pu être abordée dans son entièreté. Elle nécessiterait la production de nouvelles données quantitatives en travaillant en collaboration avec un large panel de cliniques et unités de soins afin de récupérer des données démographiques. La prochaine édition de l'enquête CSF sur la sexualité en France prévue en 2023, venant renouveler celle de 2008 sur le contexte de la sexualité en France (Bajos et al, 2008), a incorporé de nouvelles questions concernant ces chirurgies intimes. Une partie de l'enquête en ligne permettra de documenter cette question et apportera certainement des réponses plus précises sur ces profils socio-démographiques de femmes.

Le troisième impératif était celui de « cerner les invariants dans les rapports sociaux », ce qui a permis de souligner les déséquilibres de pouvoir dans la relation patiente-médecin (chapitres 6, 7 et 8), laquelle finalement met les femmes dans des situations de pression « à dire », de négociation de leur demande avec leur médecin, ou pour être plus tranquille « à payer » cher le prix de la prestation. De plus, il est apparu que les diverses incompréhensions entre ces deux acteur·trices étaient principalement liées à des différences d'appartenance sociale et culturelle. Enfin, un autre invariant dans les rapports sociaux semble être la monétisation des corps féminins révélée par ces demandes chirurgicales. Cette monétisation obéit à des dynamiques genrées (attentes du conjoint, marché matrimonial, pureté corporelle et morale) et

socio-culturelles (marqueur identitaire, enjeux de (ré)intégration sociale d'un groupe, rivalités symboliques Nord-Sud et nationales). Ce sont ces dynamiques qui apparaissent à l'œuvre dans l'évaluation de la valeur symbolique attribuée aux femmes en lien avec leurs parties génitales. Les chirurgies étudiées peuvent être comprises alors comme des outils à part entière d'une augmentation et d'une régulation du capital corporel des femmes interrogées.

Le quatrième impératif était de s'intéresser à la perspective et l'agentivité des femmes, ce que D. Kergoat décrit comme « la façon dont les dominé·es réinterprètent, subvertissent le sens des catégories » et des rapports sociaux (Kergoat, 2009). En cela, les impératifs sexistes en termes de contrôle de la sexualité font l'objet d'interrogation dans la démarche de reconstruction génitale. Aucune femme rencontrée n'est dans une logique à proprement parler d'acceptation de l'injonction sociale, mais bien plus dans l'idée d'un contournement ou d'un compromis avec des obstacles sociaux. A ce niveau, les deux chirurgies et les attentes qui leur sont associées sont très différentes. Néanmoins, toutes deux s'inscrivent dans une action à la fois subversive et normative, en tant qu'il s'agit d'une demande réfléchie et individuellement élaborée qui marque des ouvertures et des avancements dans les cheminements individuels antérieurement « bloqués », comme de nouvelles contraintes normatives (esthétiques, sexuelles et médicales). Les diverses stratégies de résistance et de contournement mises en place par les femmes pour outrepasser les obstacles matériels ou certaines représentations sociales (extérieures ou internalisées) ont été présentées dans la partie qualitative de l'enquête (chapitres 6 et 7).

Le dernier impératif concerne le fait d'interroger la « consubstantialité des rapports sociaux ». En effet, une des conclusions de ce travail est bien la forte interpénétration des enjeux sociaux, culturels, économiques et genrés inhérents à ces chirurgies. Leur demande émerge en effet de configurations genrées asymétriques où il est attendu d'une femme qu'elle ait des parties génitales en accord avec son sexe attribué à la naissance et conforme à son appartenance socio-culturelle, voire nationale. Le résultat génital des opérations est ainsi toujours le produit d'une négociation résultant de la consubstantialité des rapports sociaux évoqués. Cette négociation se fait avec les professionnel·les de santé et les normes médicales, ce qui implique des inégalités de savoirs comme a pu le souligner le recours aux *ignorance studies* (chapitre 1 et troisième partie). Elle se fait également vis-à-vis d'injonctions sociales (culturelles, familiales, politiques, esthétiques) et des inspirations individuelles en termes de trajectoires sexuelles. Ces divers facteurs explicatifs fonctionnent alors ensemble avec beaucoup de

proximité, en tant qu'ils se structurent les uns les autres. En effet, les injonctions sociales façonnent très visiblement les inspirations individuelles, de la même manière que les parcours et trajectoires individuels vont être signifiants dans l'exclusion ou la survalorisation de certaines injonctions. De même, les processus d'ignorance sont intimement liés aux déséquilibres socio-économiques existant entre le monde médical et le monde profane.

Ainsi, cette consubstantialité des rapports sociaux ne peut être élucidée complètement tant les mécanismes sont pluriels et divergents selon les perspectives. Néanmoins, la grande diversité des perspectives interrogées dans la thèse permet d'accéder à un certain niveau de compréhension de cette consubstantialité spécifique. Cette diversité des points de vue est passée par exemple par la description plurielle et détaillée des demandes de soin, l'énumération précise des facteurs explicatifs rencontrés, ainsi qu'une grande attention aux rapports de pouvoir à l'œuvre autour de ces opérations.

Médecine et altérité : le discours médical sur ces pratiques de reconstruction génitale féminine

Un constat commun aux contextes étudiés sur ces deux chirurgies est finalement cette obligation sous-jacente pour les médecins de porter un discours autour de l'altérité, qu'il soit expert, excluant, culturaliste. Résulte alors du questionnement initial sur les arguments et motifs des professionnel·les de santé sur leur pratique médicale que les chirurgies étudiées sont finalement considérées comme des « pratiques ethniques » - ou au moins socialement situées dans des espaces où les personnes sont plus fortement soumises à la « culture ». Les médecins cherchent systématiquement chez leur patiente, lors de la consultation, des justifications socio-culturelles. Leur refus ou acceptation de traiter les patientes résultent ensuite de leur positionnement choisi face à ces enjeux culturels, toujours en décalage avec les impératifs de neutralité du monde scientifique et médical. Cela crée chez certain·nes des tensions, dilemmes, réactions stigmatisantes vis-à-vis des patientes ou au contraire de la sympathie, des obligations morales, des engagements militants et humanitaires. Finalement, les discours recueillis ont tous en commun de faire état d'une dimension culturalisante et altérisante vis-à-vis des groupes socio-culturels auxquels appartiennent les patientes – que l'intention soit bienveillante ou stigmatisante. Bien sûr, comme cela a été décrit (chapitre 8), ces processus se matérialisent de manière différenciée selon les lieux d'étude.

Certaines questions de cette thèse restent non élucidées, comme l'impact de la répartition genrée des professionnel·les de santé réalisant ces chirurgies. La sur-représentation des hommes dans ce domaine médical, plus fort en Egypte qu'en France, est statistiquement important (chapitre 4). Néanmoins, sur le terrain, l'enquête n'a pas montré un impact significatif sur les procédures médicales étudiées de ce déséquilibre genré. La seule exception serait en Egypte où se manifestait une certaine réticence contradictoire : d'une part ne pas vouloir consulter un homme pour ces problématiques intimes mais d'autre part refuser simultanément une intervention chirurgicale d'une femme médecin par peur de son manque de compétence (chapitre 6). Des postures genrées sont pourtant à l'œuvre dans la mise en place de ces chirurgies. Interroger un échantillon plus vaste de soignant.es, corrélé à la distribution de questionnaires auprès des chirurgien·nes plasticien·nes[155] notamment, permettrait de mettre à jour ces différences de posture médicales.

Approche globale et circulation de pratiques médicales

Dans la littérature sur les migrations internationales, encore peu de travaux s'intéressent à la circulation de techniques, d'idées ou encore de savoirs. Pourtant, ces circulations sont au cœur d'explication d'une multitude d'autres types de mobilités et de migrations de personnes. La manière multi-située d'étudier ces chirurgies a donc permis de les aborder *via* divers prismes nationaux, et d'interroger les modalités de déploiement dont elles avaient bénéficié, ainsi que les résistances qu'elles avaient pu susciter. C'est finalement trois types de mobilité qui ont été examinés par ce biais : des mobilités thérapeutiques (chez les patientes), des mobilités professionnelles (chez les médecins pour étude ou pratique de la médecine), générant ainsi la circulation de savoirs médicaux et de demandes médicales. De manière générale, j'ai pu constater au niveau des stratégies individuelles en lien avec ces mobilités des réappropriations et adaptations locales en tension avec l'idée d'importation extérieure (des demandes ou des techniques).

La réhabilitation clitoridienne implique directement des circulations de savoirs médicaux, et de professionnel·les de santé. En effet, émergeant en Afrique de l'Ouest, dans des contextes humanitaires, développée en France, cette technique est maintenant introduite en

[155]Pour rappel, il s'agit de la première spécialité concernée par la réalisation de ces chirurgies, même des gynécologues et autres types de chirurgien·nes peuvent également les pratiquer.

Egypte depuis une vingtaine d'années. Elle est le résultat, à bien des égards, d'une importation en termes de pratique médicale par les professionnel·les de santé dans leur contexte national d'origine. Mais aussi, elle s'inscrit également dans une circulation des savoirs médicaux à l'échelle internationale, contingente à un paradigme de santé désormais global (Gobatto, 2003). La réhabilitation clitoridienne interroge une importation des normes sanitaires internationales et des connaissances médicales « occidentales ». Elle fait alors l'objet d'une récupération et d'une adaptation dans le contexte égyptien mais se heurte aux représentations genrées du corps féminin. Ces représentations semblent être en partie véhiculées par des discours de « nationalisme sexuel ». L'idée que cette technique vient de l'extérieur (de l'étranger) conduit à ce qu'elle soit considérée avec suspicion par les patients, les médecins et les autorités sanitaires. Cette dimension n'est qu'un aspect de la compréhension de la circulation Nord-Sud de cette pratique médicale, mais permet de souligner à quel point le corps des femmes, et en particulier leurs organes génitaux, se trouve au centre d'enjeux politiques de pouvoir.

Les hyménoplasties et leurs origines floues – en un sens, non revendiquées -, induisent quant à elles, à la différence de la reconstruction du clitoris, des circulations du côté des patientes. Les médecins ne se déplacent pas au nom de cette chirurgie. La circulation des savoirs autour de cette pratique est même souvent peu effective, car taboue dans le monde médical. Pourquoi alors, bien que l'on réalise désormais tant de chirurgies esthétiques génitales féminines (vaginoplastie, labioplastie, nymphoplastie, etc), l'hyménoplastie reste gênante et mal vue ? J'ai pu constater en effet qu'elle était très dévalorisée en médecine et donc peu discutée et cela pour deux raisons : d'une part son manque de technicité n'impliquant aucune reconnaissance en termes de compétences au sein de la communauté médicale (chapitres 1,4 et 8), mais également en lien avec sa connotation culturelle stigmatisante (chapitres 1, 7 et 8). De ce fait, les unités de soin sont plus rares, les coûts plus élevés, impliquant pour les patientes de trouver des options médicales moins chères : changer de médecin, négocier dans le secteur public avec des soignant.es récalcitrants, aller à l'étranger. Les mobilités thérapeutiques sont une voie de résolution non négligeable de cette problématique. Une série de cliniques proposant des chirurgies intimes, principalement au Maghreb, à destination des femmes, s'imposent depuis une décennie sur ce marché. Ces nouveaux lieux développent le marché du « tourisme médical » et proposent aux femmes des *packages* (hôtel, soins médicaux, etc) attractifs. Au cours du terrain, des cliniques au Caire et en Tunisie de ce type ont été étudiées et se sont révélées être des lieux alternatifs significatifs sur le marché biomédical. Ce travail doctoral s'est proposé de décrire cette offre médicale nouvelle, alternative et compétitive (chapitres 4, 7 et 8).

Néanmoins les résultats ne permettent pas de connaître plus précisément l'ampleur de ce phénomène. Des terrains comparatifs et approfondis dans divers lieux « phares » du tourisme médical – au Maghreb, en Europe de l'Est, en Turquie et en Egypte – seraient très pertinents et heuristiques pour approfondir les résultats présentés.

Par ailleurs, le terrain ethnographique a été limité à l'Ile de France, le Caire et Alexandrie : les grands centres urbains des deux pays. Il serait profitable d'étendre la recherche à d'autres provinces pour pouvoir généraliser et nuancer ces résultats. Etudier la Haute-Egypte par exemple - où le cadre de vie est très différent des grands centres urbains – pourrait se révéler particulièrement intéressant. Cela permettrait de renseigner la trajectoire de femmes issues de milieu ruraux montant à la capitale pour se faire réparer et aider par des réseaux d'entre-aide. Ce contexte a été évoqué de manière anecdotique sur le terrain, mais pourrait représenter un axe de recherche focalisé sur des mobilités thérapeutiques internes. De même, en France, l'offre de soin foisonnante en région parisienne est en décalage avec les réalités médicales en province. Le sud de la France comporte également des espaces significatifs de migration de femmes susceptibles d'être intéressées par ces chirurgies. Les coûts médicaux y sont parfois moins élevés. Elaborer des comparaisons d'accès, de prix et de pratique pourrait également renseigner des logiques de mobilités thérapeutiques internes à la France et peut-être également une patientèle avec plus de femmes de seconde génération. Cela permettrait plus généralement de comparer l'offre de soin nationale.

Nationalisme sexuel et (re)constructions génitales féminines

L'affaire des transformations génitales féminines - ici dans le cadre médical - apparaît ainsi constamment comme le lieu de tensions identitaires, s'inscrivant dans des processus d'altérisation, et répondant à des dynamiques de circulation de normes – Nord-Sud, mais pas seulement -, d'importation – au sens d'une imposition subie -, voire de contagions. Il semble toujours y avoir une responsabilité extérieure qui cause une perturbation dans l'ordre social et national des corps genrés. En effet si l'on se réfère à l'étude textuelle réalisée et à un certain nombre de discours recueillis, la reconstruction du clitoris serait par exemple douteuse en Egypte car elle viendrait d'ailleurs, les hyménoplasties seraient douteuses en France en raison de l'origine de la demande liée aux communautés migrantes, etc. Les différentes normes génitales - impliquant, comme développé plus haut, une norme esthétique, hygiénique/

médicale et sexuelle - se déclinent finalement dans des espaces sociaux mais également sont marquées par des discours nationalistes. Dès qu'une attente ou demande médicale de reconstruction génitale féminine est perçue comme « étrangère » ou liée à une importation extérieure, celle-ci se retrouve bien souvent alors identifiée par les instances politiques et sanitaires comme une menace sous-jacente à l'unité nationale. On retrouve les traces de ces inquiétudes dans certains espaces médiatiques (la presse d'extrême droite notamment, chapitre 5) et dans les discours médicaux qui se préoccupent de se positionner sur les questions d'altérité. En cela, les parties génitales féminines représentent des lieux puissants de constructions symboliques et discursives, dépassant la sphère de l'intime. Dans cette conjoncture, le biopouvoir de la médecine moderne (Foucault, 1963) semble se proposer de réguler les corps féminins, et se place, dans une certaine mesure, en gardien de la norme génitale nationale, rétablissant, par l'élaboration de discours experts et des pratiques de soin, l'ordre social des corps sexués.

En somme, ces tensions montrent à quel point la sexualité féminine se retrouve liée à la constitution de formes de nationalismes sexuels (Bader, 2016 ; Jaunait, Renard et Marteu, 2013 ; Mosse, 1985 ; Sarah R. Farris, 2017). Un nationalisme latent dans les discours s'actualise en cela autour de ces chirurgies, créant des phénomènes de hiérarchisation sociale et limitant les formes légitimes du « corps national ». De manière plus globale, c'est finalement la question des normes sociales qui semblent centrales dans la compréhension de ces chirurgies.

Un prolongement conceptuel : l'idée de « norme(s) génitale(s) » liée à l'option chirurgicale de reconstruction génitale féminine

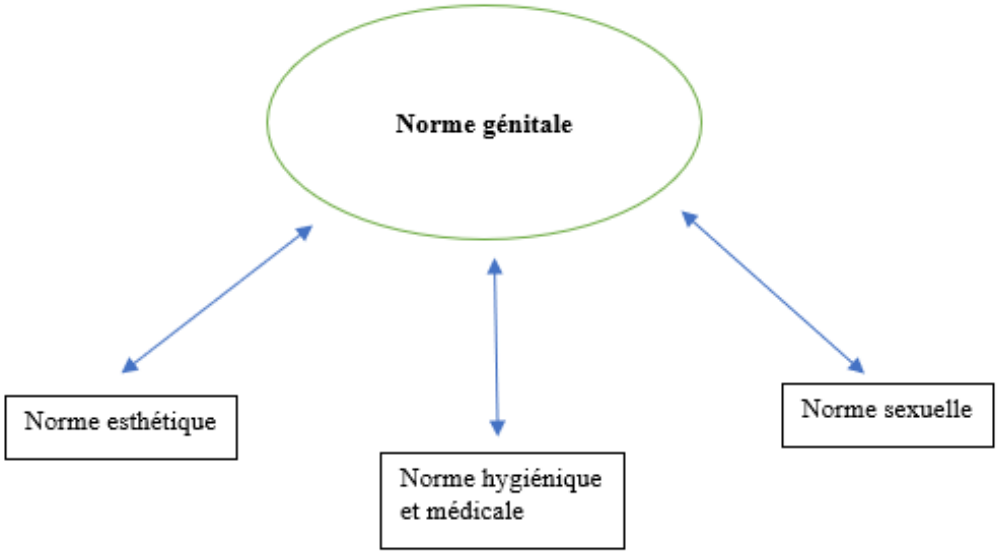
Suivant le constat de S. Piazza (Piazza, 2014), il y a un « effet contemporain »[156] qui consiste à tourner le regard de manière plus méticuleuse sur les sexes féminins. N'avons-nous pas alors affaire à la formation d'une nouvelle norme corporelle propre à la région génitale féminine qui serait liée à l'émergence récente d'un accès plus rapide à des représentations de corps nus, à des sexes lisses et pour laquelle une offre spécifique de soins se développe ? Il s'agirait donc de procéder à une reconstruction génitale négociée avec cette nouvelle norme (variable selon les milieux et les contextes) et ensuite renégociée au niveau microsociologique

[156]Lié à des phénomènes contemporains : plus grande accessibilité à la pornographie, l'évolution des pratiques d'épilations, la multiplication d'accès à des images de sexe, etc.

par les femmes, mais également les professionnel·les de santé et leurs contraintes techniques chirurgicales car toutes les formes de vulves et de réparation ne sont pas atteignables.

Comme nous avons pu le démontrer (chapitres 6 et 7), les logiques sociales sous-jacentes à ces pratiques médicales de reconstruction génitale sont différemment construites selon les sociétés et les milieux. Elles permettent de se questionner sur les processus généraux contenus en amont de ce processus de transformation génitale par la chirurgie. Pourquoi choisir ces modifications chirurgicales ? Pourquoi les recommander lorsque l'on est médecin ? Et en vue de quelles attentes lorsque l'on est patiente ? Je propose de formuler l'explication de ce processus par le recours à l'idée d'une « norme génitale », établie par l'individu pour son propre corps, au même titre qu'il se façonnerait un goût vestimentaire et le négocierait au vu des convenances et de la société dans laquelle il vit. De même qu'il existe des normes vestimentaires, des normes capillaires, une – ou plutôt des - normes génitales sont à penser. Je parle de norme en tant qu'elles sont formulées par les femmes ou les professionnel·les de santé comme quelque chose ne relevant pas du subjectif et de l'individu, et ayant une dimension prescriptive significative. Cela revient à une incorporation (au sens propre) de normes qui s'inscrivent non seulement dans les goûts et les pratiques mais aussi dans la chair. En somme, on pourrait parler d'un habitus (Bourdieu, 1998 ; Mauss, 1934) génital négocié dans le vécu au sein d'un champ social bien spécifique (une communauté immigrée, des classes moyennes, un milieu médical donné). Cette norme génitale se retrouve alors chez une patiente, constituée à la lumière de plusieurs éléments reçus de l'extérieur mais également aussi générée et réappropriée à l'échelle individuelle. Ces éléments sont à mon sens de trois natures : la norme esthétique, la norme hygiénique et médicale, et enfin la norme sexuelle (schéma 7).

Schéma 7. Modèle explicatif de la construction de la norme génitale



La norme esthétique se rapporte aux représentations que la personne a d'un sexe féminin, imbriquées dans des critères de beauté génitale comme avoir de petites lèvres, un petit clitoris, éviter les béances, mentionnées par D. Memmi dans la préface de du livre « Construire le corps féminin » de C. Schantz (2020, p. 17) : pas de vagin trop ouvert, un hymen bien visible, etc. La constitution d'un idéal esthétique génital ne se retrouve pas chez toutes les femmes, qui n'ont pas toujours eu le loisir de s'intéresser de près à leur anatomie intime. Néanmoins, beaucoup ont eu accès à des images de sexes dit « féminins » sur internet, ont lu dans des magazines féminins des commentaires concernant la forme des organes, ont discuté avec leurs amies ou conjoint de la forme attendue. Elles se forgent alors des attentes et critères esthétiques au niveau génital, qui vont ensuite être discutés lors de la consultation. Par ailleurs, cette norme peut s'inscrire dans des circulations globales et Nord-Sud, en tant que la diffusion des normes esthétiques concernant d'autres types d'interventions esthétiques est de plus en plus documentée. C'est le cas par exemple autour de certaines opérations du visage (Puig, 2021).

Deuxièmement, la norme hygiénique et médicale s'articule directement avec la question de la propreté, dont parle d'ailleurs l'anthropologue Mary Douglas dans son livre « De la souillure » (1966), et avec la question foucaldienne de la normalité anatomique en opposition aux formes déviantes, pathologiques et dont la médecine semble désormais prendre les rênes par le biais d'un arbitrage méthodique : nous pouvons faire cela ou nous ne pouvons pas. Ce type de forme est préférable à cet autre type, etc. De plus, cette norme est elle aussi en lien avec les injonctions reproductives qui sont attribuées à cette région corporelle chez les femmes. Par exemple,

l'utérus et le vagin sont au cœur du processus reproductif et nécessitent de fait une attention médicale plus forte, tandis que le clitoris n'est pas lié aux fonctions reproductives. Le clitoris, lui, pourra être traité comme une partie extérieure à la norme médicale, d'une façon qui peut même être contraire à l'hygiène, dans les sociétés où sont pratiquées des clitoridectomies (type I et II, voire III).

Enfin, la norme sexuelle constitue ce qui touche à l'accroissement ou au contraire à la restriction du désir sexuel, la régulation genrée du plaisir. Cette norme-là est tout aussi hiérarchisante que les autres en tant qu'elle porte en elle les marques de la différenciation sexuelle mise en pratique, et matérialise sous forme de « goût » ou de « préférences » pour certaines pratiques sexuelles, les marques des constructions patriarcales de nos sociétés, comme par exemple l'importance plus grande attribuée au plaisir masculin dans les pratiques sexuelles, l'asymétrie des représentations du désir, etc, très documentées dans les études sur la sexualité à l'exemple de l'enquête française nationale de 2008 dirigée par Michel Bozon et Nathalie Bajos (Bajos, Bozon et Beltzer, 2008).

De cette articulation subtile naît chez les individus une norme génitale qui se voit renégociée dans le moment de la consultation. Fiona Green souligne que les chirurgien·nes ont un nouveau rôle de « *designer* de vagin » mais en fait on devrait plutôt parler d'une construction du projet génital commun entre patiente et médecin (Green, 2005).

L'édification d'une telle norme relève donc de deux processus. Tout d'abord, on pourra parler d'une biopolitique et d'un contrôle des corps structurel et genré. Ensuite, il y a des processus à l'échelle individuelle : celle d'une incorporation de soi négociée et en constante évolution si l'individu se donne les moyens d'une actualisation : s'il va consulter, regarder des images, s'il discute de sexualité et d'anatomie des parties génitales avec ses proches.

C'est finalement cette norme génitale qui me semble mettre en mouvement les chirurgies de reconstruction génitale féminine que nous étudions, et plus généralement l'ensemble des chirurgies intimes féminines. Cette norme génitale dans son principe est alors en fait « des » normes génitales au pluriel, puisqu'elle se soumet à des déclinaisons multiples : au niveau individuel, sociétal (les rapports sociaux) et en fonction des contextes de santé nationaux, culturels et sociaux (dialoguant entre eux par des dynamiques de circulations de savoirs et de personnes).

La médecine gynécologique en santé sexuelle et la question de la virginité féminine

Un axe d'ouverture est celui propre à la question de la virginité féminine, très signifiante en termes de production active d'ignorance autour du corps féminin. Ces deux chirurgies questionnaient cette thématique : de manière très explicite pour les hyménoplasties, mais également dans le cas de la reconstruction du clitoris qui fournit parfois une « renaissance » aux femmes comme un retour à une nouvelle virginité, permettant à certaine de recommencer leur vie sexuelle sans peur d'un stigmate corporel ou alors pour s'épanouir sexuellement et donc renoncer au bloc articulant virginité et pudeur féminine. Il serait intéressant de se questionner plus précisément sur les mécanismes de régulation et d'homogénéisation de normes et des corps en matière de virginité féminine. Plus particulièrement, s'interroger sur le lien entre ces mécanismes et le recours à la médecine comme outil puissant dans ce processus. En effet, on a souligné dans le chapitre 1 que désormais le monde médical intervient dans la sphère de l'intime et vient remplacer d'anciennes instances sacrées et traditionnelles qui prenaient en charge ces questions de virginité et de sexualité (Knibiehler, 2012, p135, Foucault, 1963). Or, il existe peu de littérature en sciences humaines sur les représentations contemporaines de la virginité dans le monde médical. Quelques enquêtes interrogent les pratiques d'hyménoplastie dans divers contextes extra-occidentaux (Ahmadi, 2014 ; Ben Smaïl, 2012 ; Dridi, 2017 ; Griffin, 2018), c'est le cas de ma recherche doctorale, en revanche très peu le font dans les contextes occidentaux (Abdelouahed, 2019 ; Fortier, 2021 ; Tersigni, 2008). Pourtant les professionnel·les de santé, et notamment les gynécologues, produisent dans leur pratique quotidienne un discours sur ce qu'est un hymen, ce qu'implique une virginité « anatomique ». Par ailleurs, une grande partie des publications francophones et anglophones, se situe dans une littérature issue de la psychologie (Abdelouahed, 2019 ; Ahmadi, 2014 ; Barbara et al., 2015 ; Bawany and Padela, 2017 ; Bekker et al., 1996 ; Ben Smaïl, 2012) ou en est fortement imprégnée (Brockopp et Eich, 2008 ; Fortier, 2021). Il serait pertinent de prolonger ces travaux en sociologie afin d'explorer des questionnements sur les normes liées à la virginité féminine, que j'ai évoquées de manière transversale dans cette thèse.

En effet, la virginité féminine apparaît de plus en plus dans les débats publics comme un marqueur d'identité inscrit dans le corps des femmes. On peut revenir sur certains exemples dans l'actualité comme la loi de lutte contre le séparatisme de 2020[157] évoqué dans le chapitre

[157]« Projet de loi contre le "séparatisme" : les députés entament les débats dans l'hémicycle », *France 24*, 2021, consulté le 20/04/2022, url : https://www.france24.com/fr/france/20210201-d%C3%A9marrage-de-l-examen-et-des-d%C3%A9bats-

4 qui cible principalement - et explicitement - les populations issues de l'immigration maghrébine, étiquetées « musulmanes ». Cette initiative a également été suivie en janvier 2021 par les déclarations de Marlène Shiappa : « vous avez de plus en plus de familles qui sont influencées par des courants évangélistes venant des Etats-Unis, qui demandent des certificats de virginité »[158]. Elle fait référence à de nouveaux discours conservateurs aux Etats-Unis, sur la virginité féminine, liés à une tradition spirituelle puritaine protestante, et qui se manifestent sous plusieurs modalités : l'émergence récente de bals de virginité dans les Etats du Sud, la valorisation de l'abstinence chez les jeunes et dans les cours d'éducation sexuelle de certains établissements scolaires, le mouvement religieux des « born virgin again »[159], etc, opéreraient une importation progressive de standards de virginité vers d'autres contextes nationaux. De même et parallèlement, en Egypte, pays où l'importance de la virginité jusqu'au mariage est très prégnante dans la majorité des couches sociales, le scandale de 2010 sur les faux hymens évoqués dans le chapitre 4, a donné lieu dans les médias à parler d'une importation extérieure de ces techniques de simulation de virginité, imputable à l'Asie, comme à l'Occident.

L'affaire de la virginité féminine apparaît ainsi constamment comme le lieu de tensions identitaires, s'inscrivant dans des processus d'altérisation, et répondant à des dynamiques de circulation de normes et d'importation. Il semble toujours y avoir une responsabilité « extérieure » qui cause une perturbation dans l'ordre social et national des corps genrés. Les différentes normes nationales de virginité, bien souvent perçues comme « étrangères » ou liées à une importation extérieure, ne seraient-elles alors pas identifiées par les instances politiques et sanitaires comme une menace à l'unité nationale ? Dans cette conjoncture, le biopouvoir de la médecine moderne (Foucault, 1963) ne se propose-t-il pas de réguler les corps féminins, et ne se place-t-il pas en gardien de la norme de virginité nationale, rétablissant, par l'élaboration de discours experts et les pratiques de soin, l'ordre social des corps sexués ?

En effet, la médecine pourrait bien là aussi jouer un rôle de « garde-fou » par la régulation des corps (examen gynécologique, « virginity testing », etc) et des pratiques (hyménoplastie,

---

autour-du-projet-de-loi-contre-le-s%C3%A9paratisme-%C3%A0-l-assembl%C3%A9e et le texte de loi : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043964778

[158]« Certificats de virginité » : les propos de Marlène Schiappa suscitent la colère des évangéliques », *La Croix*, Carlos De Souza, 2021 consulté le 19/04/2022, url : https://www.la-croix.com/Religion/Certificats-virginite-propos-Marlene-Schiappa-suscitent-colere-evangeliques-2021-01-11-1201134250

[159]Pour plus d'information se référer au documentaire de Feriel Ben Mahmoud « Like a Virgin » qui a effectué un tournage « multi-situé » sur les traces des formes modernes de définition de la virginité féminine. Plus d'information : https://www.droledetrame.com/fr/projets/documentaires/like-a-virgin.

hymenorraphie, etc), mais également par la production d'un discours d'expertise autour de l'anatomie des corps féminins « vierges » (Crosby et al., 2020). En effet, les conceptions médicales semblent différentes selon le contexte national. La croyance en l'hymen-virginité peut être renforcée par la présence médicale se pliant par exemple à des contrôles réguliers des hymens chez les patientes sur la demande de la famille dans certains pays (chapitre 7). En ce sens, les médecins endosseraient, de par leur monopole sur le gouvernement des corps (Fassin, Memmi, and Collectif, 2004 ; Foucault, 1963, 1976) - un rôle de gardien·nes des normes de virginité nationales.

BIBLIOGRAPHIE

ABBOTT E., 2003, *Histoire universelle de la chasteté et du célibat*, Les Editions Fides, 622 p.

ABDULCADIR J., **RODRIGUEZ** M. I., **SAY** L., 2015, « A systematic review of the evidence on clitoral reconstruction after female genital mutilation/cutting », *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 129(2), p. 93-97. doi:10.1016/j.ijgo.2014.11.008

ABRAMOWICZ S., 2013, « Évaluation des résultats anatomiques, fonctionnels et identitaires après transposition du clitoris chez 30 patientes », p. 165.

ABU-LUGHOD L., 2015, *Do Muslim Women Need Saving?*, Reprint, Cambridge, Massachusetts & London, England, Harvard University Press, 336 p.

ABU-SAHLIEH S. A., 2001, *Circoncision masculine, circoncision féminine - Débat religieux, médical, social et juridique*, Paris : L'Harmattan.

AHMADI A., 2014, « Ethical issues in hymenoplasty: views from Tehran's physicians », *Journal of Medical Ethics*, 40(6), p. 429-430. doi:10.1136/medethics-2013-101367

AÏACH P., **FASSIN** D., 2004, « L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé »,.

ALBOSPEYRE-THIBEAU R., 2019, *Entre « comment » et « si » Incertitudes et engagements professionnels entourant les chirurgies génitales précoces chez les clinicien·ne·s du développement sexuel atypique*, Ph.D. thesis, Paris, EHESS, 632 p.

ALESSANDRIN A., 2018, *Sociologie des transidentités*, Paris, Le Cavalier Bleu, Mobilisations, 140 p.

AMIR G., 1993, « Intimité corporelle et discours publicitaire », *Communications*, 56(1), p. 191-206. doi:10.3406/comm.1993.1858

AMSELLE J.-L., 2005a, *Branchements. Anthropologie de l'universalité des cultures.*, Champs essais.

AMSELLE J.-L., 2005b, *Branchements. Anthropologie de l'universalité des cultures.*, Champs essais.

AMSELLE J.-L., 2018, « L'excision et l'homosexualité, enjeux politiques au Mali », *Les Temps Modernes*, n° 698(2), p. 3-19.

ANDRO A., 2008, « Les jeunes qui n'ont pas encore eu de rapport sexuel, entre normes sociales et manque d'opportunités », *in Enquête sur la sexualité en France*, Paris, La Découverte, Hors Collection Social, p. 149-162. doi:10.3917/dec.bajos.2008.01.0149

ANDRO A., **LESCLINGAND** M., 2016a, « Les mutilations génitales féminines. État des lieux et des connaissances », *Population*, 71(2), p. 224. doi:10.3917/popu.1602.0224

ANDRO A., **LESCLINGAND** M., 2016b, « Les mutilations génitales féminines. État des lieux et des connaissances », *Population*, 71(2), p. 224-311. doi:10.3917/popu.1602.0224

ANDRO A., **LESCLINGAND** M., 2016c, « Les mutilations génitales féminines. État des lieux et des connaissances », *Population*, 71(2), p. 224. doi:10.3917/popu.1602.0224

ANDRO A., **LESCLINGAND** M., 2017, « Les mutilations génitales féminines dans le monde. »,.

ANDRO A., **LESCLINGAND** M., **CAMBOIS** E., **CIRBEAU** C., 2009a, « Rapport final. Volet quantitatif du projet Excision et Handicap (ExH). », Research Report, Université Paris 1 ; INED.

ANDRO A., **LESCLINGAND** M., **CAMBOIS** E., **CIRBEAU** C., 2009b, « Rapport final. Volet quantitatif du projet Excision et Handicap (ExH). », Research Report, Université Paris 1 ; INED.

ANDRO A., **LESCLINGAND** M., **POURETTE** D., 2010, « Excision et cheminement vers la réparation: une prise en charge chirurgicale entre expérience personnelle et dynamiques familiales », *Sociétés contemporaines*, 1, p. 139-161.

ANSER, **LEYE** E., **VAN EEKERT** N., **SHAMU** S., **ESHO** T., **BARRETT** H., 2019, « Debating medicalization of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C): learning from (policy) experiences across countries », *Reproductive Health*, 16(1), p. 158. doi:10.1186/s12978-019-0817-3

ANTONETTI NDIAYE E., **FALL** S., **BELTRAN** L., 2015, « Intérêt de la prise en charge pluridisciplinaire des femmes excisées », *Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction*, 44(9), p. 862-869. doi:10.1016/j.jgyn.2015.01.008

AYUANDINI S., **DUYVENDAK** J., 2017, « Becoming (more) Dutch as medical recommendations: how understandings of national identity enter the medical practice of hymenoplasty consultations », *Nations and Nationalism*, 24. doi:10.1111/nana.12329

BABY-COLLIN V., **CORTES** G., 2019, « Éditorial », *Espaces et societes*, n° 178(3), p. 7-19.

BACZKO A., **DORRONSORO** G., 2017, « Pour une approche sociologique des guerres civiles », *Revue francaise de science politique*, Vol. 67(2), p. 309-327.

BADER D., 2011, *Excision et nymphoplastie : « Ca n'a rien à voir ! ». Des représentations sociales à la norme pénale.*, Mémoire de Master de sociologie, Université de Genève, 93 p.

BADER D., 2016, « Nationalisme sexuel : le cas de l'excision et de la chirurgie esthétique génitale dans les discours d'experts en Suisse », *Swiss Journal of Sociology*, 42(3), p. 574-598. doi:10.1515/sjs-2016-0025

BADER D., 2018, « Sara R. Farris : In the Name of Women's Rights. The Rise of Femonationalism », *Nouvelles Questions Feministes*, Vol. 37(1), p. 144-147.

BADER D., 2019, « Picturing female circumcision and female genital cosmetic surgery: a visual framing analysis of Swiss newspapers, 1983–2015 », *Feminist Media Studies*, 19(8), p. 1159-1177. doi:10.1080/14680777.2018.1560348

BADIE B., 1992, *L'État importé : Essai sur l'occidentalisation de l'ordre politique*, Paris, Fayard, 334 p.

BAJOS N., **BOZON** M., **BELTZER** N. (dir.), 2008, *Enquête sur la sexualité en France: pratiques, genre et santé*, Paris, Découverte, 609 p.

BANCEL N., **BLANCHART** P., **LEMAIRE** S., 2005, *La fracture coloniale*, 322 p.

BANCEL NICOLAS, **BLANCHARD PASCAL**, 1997, « De l'indigène à l'immigré, images, messages et réalités - Persée », *Hommes et Migrations*, p. 6-29.

BARATS C., 2001, « Les mots de l'immigration et l'ethnicisation des rapports sociaux », *Reseaux*, n° 107(3), p. 147-179.

BARD C., **NAN** F. L., 2019, *Dire le genre - Avec les mots, avec le corps*, CNRS, 291 p.

BARTH F., 1969, *Ethnic Groups and Boundaries: The Social Organization of Culture Difference*, Little, Brown, Little, Brown series in anthropology.

BARTHES R., 2002, « (Théorie du) texte », *in Œuvres complètes IV*, Seuil, Paris.

BAWANY M. H., **PADELA** A. I., 2017, « Hymenoplasty and Muslim Patients: Islamic Ethico-Legal Perspectives », *The Journal of Sexual Medicine*, 14(8), p. 1003-1010.

BAYART J.-F., 2006, *L'Etat en Afrique : La politique du ventre*, Paris, Librairie Artheme Fayard, 439 p.

BEAUCHEMIN C., **BORREL** C., **REGNARD** C., 2013, « Les immigrés en France : en majorité des femmes », *Population Societes*, N° 502(7), p. 1-4.

BECKER H. S., 1985, *Outsiders*, Editions Métailié. doi:10.3917/meta.becke.1985.01

BEN SMAÏL N., 2012, *Vierges ? La nouvelle sexualité des Tunisiennes*, D'islam et d'ailleurs.

BENFORD R. D., **SNOW** D. A., 2012, « Processus de cadrage et mouvements sociaux : présentation et bilan », *Politix*, 99(3), p. 217-255. doi:10.3917/pox.099.0217

BENTOUHAMI-MOLINO H., **SIBERTIN-BLANC** G., 2015, « Racial States. Retour sur la production raciale des États », *Tumultes*, 1, p. 85-101.

BERCOT R., **HORELLOU-LAFARGE** C., **MATHIEU-FRITZ** A., 2011, « Les transformations récentes de la chirurgie française. Spécialisation, féminisation, segmentation », *Revue française des affaires sociales*, 2-3, p. 104-122. doi:10.3917/rfas.112.0104

BERTAUX D., 2016, *Le récit de vie-4e édition*, Armand Colin.

BLANCHARD P., **BANCEL** N., 1998, *De l'indigène à l'immigré*, Paris, Gallimard, 128 p.

BLANCHARD P., **BANCEL** N., 2005, « La fondation du républicanisme colonial. Retour sur une généalogie politique », *Mouvements*, 38(2), p. 26-33. doi:10.3917/mouv.038.0026

BLANCHARD P., **BANCEL** N., s. d., « Sexe, race & colonies », *Éditions la découverte*.

BOURDIEU P., 1982, *Ce que parler veut dire : L'économie des échanges linguistiques*, Paris, Fayard, 243 p.

BOURDIEU P., 1986, « L'illusion biographique », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 62(1), p. 69-72. doi:10.3406/arss.1986.2317

BOURDIEU P., 1991, « Introduction à la socioanalyse », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 90(1), p. 3-5.

BOURDIEU P., 1998, *La Domination masculine / Pierre Bourdieu*, Editions du Seuil. Paris, Liber Seuil, 142 p.; 22 cm p.

BOYLE E. H., 2005, *Female Genital Cutting: Cultural Conflict in the Global Community*, JHU Press, 208 p.

BOYLE E. H., **MCMORRIS** B. J., **GOMEZ** M., 2002, « Local Conformity to International Norms The Case of Female Genital Cutting », *International Sociology*, 17(1), p. 5-33.

BOZON M., 2018, « Chapitre 6. Comportements sexuels, appartenances sociales, migrations et rapports interculturels », *in Sociologie de la sexualité*, Paris, Armand Colin, Cursus, p. 107-121.

BRISSON T., 2018, *Décentrer l'Occident: Les intellectuels postcoloniaux, chinois, indiens et arabes, et la critique de la modernité*, La Découverte, 404 p.

BROCHMANN N., **DAHL** E. S., 2018, *The Wonder Down Under: The Insider's Guide to the Anatomy, Biology, and Reality of the Vagina*, New York, Quercus Books, 304 p.

BROCKOPP J. E., **EICH** T., 2008, *Muslim medical ethics: from theory to practice*, Univ of South Carolina Press.

BRUBAKER R., **JUNQUA** F., 2001, « Au-delà de L'« identité » », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 139(1), p. 66-85. doi:10.3406/arss.2001.3508

CAMUS O., **PATINEL** J., 2011, « Publicité et épilation féminine: effets en réception d'une transgression normative »,.

CANGUILHEM G., 1955, *Le normal et le pathologique*, 12e édition 2013, Paris, Presses Universitaires de France - PUF, 290 p.

CARDE E., 2021, « Les inégalités sociales de santé au prisme de l'intersectionnalité », *Sciences sociales et sante*, 39(1), p. 5-30.

CARDON P., **DESANTI** R., 2007, *L'enquête qualitative en sociologie. Initiation et méthodes*, Editions ASH.

CHARBIT Y., **PETIT** V., 2011, « Toward a Comprehensive Demography: Rethinking the Research Agenda on Change and Response », *Population and Development Review*, 37(2), p. 219-239. doi:10.1111/j.1728-4457.2011.00409.x

CHIFFOLEAU S., 1997, *Médecines et médecins en Égypte: construction d'une identité professionnelle et projet médical*, Ph.D. thesis, Paris Montréal Lyon, Édl'Harmattan Maison de l'Orient méditerranéen.

CHIFFOLEAU S., 2019, *Genèse de la santé publique internationale : De la peste d'Orient à l'OMS*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, Histoire, 300 p.

CIRSTOCEA I., **LACOMBE** D., **MARTEU** E., 2018, *La globalisation du genre: Mobilisations, cadres d'actions, savoirs*, Rennes, PUR, 292 p.

COBB R. W., **ELDER** C. D., 1983, *Participation in American Politics: The Dynamics of Agenda-building*, Johns Hopkins University Press, 220 p.

COENE G., **SAHARSO** S., 2017, « Hymen "repair" and male circumcision: a comparison of bioethical and cultural perspectives »,.

COENE G., **SAHARSO** S., 2019, « Gender and cultural understandings in medical nonindicated interventions: A critical discussion of attitudes toward nontherapeutic male circumcision and hymen (re)construction », *Clinical Ethics*, 14(1), p. 33-41. doi:10.1177/1477750919836642

COGNET M., **HOYEZ** A.-C., **POIRET** C. (dir.), 2012, « Éditorial : Expériences de la santé et du soin en migration : entre inégalités et discriminations », *in Expériences de la santé en migration*, Potiers, Univ, Revue européenne des migrations internationales.

COLSON M.-H., 2012, « Que penser de la génitoplastie cosmétique féminine aujourd'hui ? », *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 40(7), p. 445-448. doi:10.1016/j.gyobfe.2012.05.014

COMTE A., 1844, *Discours sur l'esprit positif*, Carilian-Goeury et Vor Dalmont, 120 p.

CONDEVAUX A., **LE ROUX** G., **SCHUFT** L., 2016, « Du corps à l'image. Repenser les performances culturelles en Océanie à l'ère de la mondialisation », *Journal de la Société des Océanistes*, 142-143(1-2), p. 5-20. doi:10.4000/jso.7591

CONNELL J., 2008, *The international migration of health workers*, Routledge.

COULOMB-GULLY M., 2011, « Genre et médias : vers un état des lieux », *Sciences de la société*, 83, p. 3-13.

COVACI S., 2021, *Féminisation du corps médical, état des connaissances en sciences sociales Apports d'une revue de littérature francophone*, Ph.D. thesis, Université de Strasbourg, 135 p.

CRENSHAW K., 1989, « Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics », p. 31.

CROSBY S. S., **OLENG** N., **VOLPELLIER** M. M., **MISHORI** R., 2020, « Virginity testing: recommendations for primary care physicians in Europe and North America », *BMJ Global Health*, 5(1). doi:10.1136/bmjgh-2019-002057

DALIBERT M., 2017, « Féminisme et ethnoracialisation du sexisme dans les médias », *Revue française des sciences de l'information et de la communication*, 11. doi:10.4000/rfsic.2995

DALIBERT M., 2018, « En finir avec Eddy Bellegueule dans les médias. Entre homonationalisme et ethnicisation des classes populaires », *Questions de communication*.

DAOUD S. B., 2019, *Savoirs, Représentations & Pratiques d'intervention sur le Sexe altéré des Femmes Noires (France, XVIIe-XXIe siècle). : le dispositif biopolitique de la chirurgie des mutilations sexuelles : technologie de genre, Race, Réparation et Soin*, Ph.D. thesis.

DASTUR F., 2018, *Figures du néant et de la négation entre Orient et Occident*, Paris, France, Encre marine-les Belles lettres, 218 p.

DAWLA A. S. E., 1999, « The political and legal struggle over female genital mutilation in Egypt: Five years since the ICPD », *Reproductive Health Matters*, 7(13), p. 128-136. doi:10.1016/S0968-8080(99)90124-6

DEBERGH M., **TORRENT** S., 2020, « « C'est une pièce qui rentre dans une autre pièce » : Normer les corps par l'éducation à la santé sexuelle en Suisse romande », *Genre, sexualité & société*, 24. doi:10.4000/gss.6248

DELPORTE C., **BLANDIN** C., **ROBINET** F., 2016, *Histoire de la presse en France: XXe-XXIe siècles*, Armand Colin, 344 p.

DERRIDA J., 1967, *De la grammatologie*, Minuit, 559 p.

DESROSIERES A., **KOTT** S., 2005, « Quantifier », *Geneses*, 58(1), p. 2-3.

DIVAY S., 2006, « Incidences de la féminisation de la profession de médecin en France sur le rapport au travail des étudiant-e-s et des jeunes généralistes »,.

DOBRY M., 2009, *Sociologie des crises politiques*, Presses de Sciences Po. doi:10.3917/scpo.dobry.2009.01

DORLIN E., 2008, *Sexe, genre et sexualités*, Puf.

DOUGLAS M., 1966, *De la souillure: essais sur les notions de pollution et de tabou*, ed. 2005, Paris, Éditions La Découverte, La Découverte-Poche Sciences humaines et sociales 104, 205 p.

DOUGLAS M., 1986, *Comment pensent les institutions ; suivi de La connaissance de soi ; et Il n'y a pas de don gratuit*, ed. 2004, La Découverte, 218 p.

DRIDI I. B., 2017, « Les réfections chirurgicales de l'hymen en Tunisie. Des techniques de purification et d'absolution ? », *L'Année du Maghreb*, 17, p. 119-132. doi:10.4000/anneemaghreb.3208

DUBAR C., **NICOURD** S., 2017, « II / Analyse des parcours de vie », *Reperes*, p. 17-28.

DUBOURG D., **RICHARD** F., **LEYE** E., **NDAME** S., **ROMMENS** T., **MAES** S., 2011, « Estimating the number of women with female genital mutilation in Belgium », *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 16(4), p. 248-257. doi:10.3109/13625187.2011.579205

DUMAIS A., 1975, « Le Motif : un problème d'interprétation sociologique / Motive : A Problem for Sociological Interprétation », *Archives de Sciences Sociales des Religions*, 40(1), p. 21-29. doi:10.3406/assr.1975.1914

DURAND S., 2008, « Politique migratoire et instrumentalisation de la question du genre en contexte post-colonial. », *Revue Asylon(s)*, 4.

DURKHEIM É., 1895, *Les règles de la méthode sociologique*, F. Alcan, 210 p.

EL SAADAOUI N., 1982, *La face cachée d'Eve : les femmes dans le monde arabe*, Paris, Des femmes.

EL SALLAB M., 2007, « Who needs marriage, when you can have 'urfi ? Gendered Analysis of 'Urfi Marriages in Egypt »,.

ELGENDY G., 2020, *Les « altérations » génitales féminines médicalisées en Egypte. Sexualité, médecine et gouvernement des corps.*, These en préparation, Bordeaux.

EL-GIBALY O., **AZIZ** M., **ABOU HUSSEIN** S., 2019, « Health care providers' and mothers' perceptions about the medicalization of female genital mutilation or cutting in Egypt: a cross-sectional qualitative study », *BMC International Health and Human Rights*, 19(1), p. 26. doi:10.1186/s12914-019-0202-x

ELTAHAWY M., 2015, *Foulards et hymens: Pourquoi le Moyen-orient doit faire sa révolution sexuelle*, Place des éditeurs, 151 p.

EL-ZANATY AND ASSOCIATES, 2015, « 2015 Egypt Health Issues Survey », The DHS Program, ICF International, Ministry of Health and Population.

ENTMAN R. M., 1993, « Framing: Toward Clarification of a Fractured Paradigm », *Journal of Communication*, 43(4), p. 51-58. doi:10.1111/j.1460-2466.1993.tb01304.x

ERLICH M., 1986, *La femme blessée. Essai sur les mutilations sexuelles féminines*, Paris, L'Harmattan, 321 p.

ERLICH M., 2007, « La chirurgie sexuelle en France: aspects historiques », *Sexologies*, 16(3), p. 180-188. doi:10.1016/j.sexol.2007.05.005

ESERDAG S., **KURBAN** D., **KISELI** M., **ALAN** Y., **ALAN** M., 2020, « A New Practical Surgical Technique for Hymenoplasty: Primary Repair of Hymen With Vestibulo-Introital Tightening Technique (VITT) », *Aesthetic Surgery Journal*. doi:10.1093/asj/sjaa077

EXTERKATE M., 2013, « Female Genital Mutilation in the Netherlands. Prevalence, incidence and determinants », Utrecht (The Netherlands), Pharos, centre of Expertise on Health for Migrants and Refugees.

FAINZANG S., 1985, « Circoncision, excision et rapports de domination », *Anthropologie et Sociétés*, 9(1), p. 117-127.

FARAHAT F. M., 2009, « Challenges Facing Female Physicians in Egypt », *Archives of Environmental & Occupational Health*, 64(2), p. 121-128. doi:10.3200/AEOH.64.2.121-128

FARRAG N. S., **EL-GILANY** A.-H., **IBRAHIM** A. M., **ABDELSALAM** S., 2021, « Does implementation of the universal health insurance affect the quality of referral in the healthcare

system? A cross-sectional comparative study in Egypt », *Indian journal of public health*, 65(3), p. 237.

FARRIS S. R., 2017, *In the Name of Women's Rights - The Rise of Femonationalism*, Duke University Press.

FASSIN D., 2005, « 4 - Biopouvoir ou biolégitimité ?Splendeurs et misères de la santé publique », *in Penser avec Michel Foucault*, Paris, Karthala, Recherches internationales, p. 161-182. doi:10.3917/kart.gran.2005.01.0161

FASSIN D., 2008a, *1 – Les impensés des inégalités sociales de santé*, Presses de l'EHESP.

FASSIN D., 2008b, « L'éthique, au-delà de la règle: Réflexions autour d'une enquête ethnographique sur les pratiques de soins en Afrique du Sud », *Sociétés contemporaines*, 71(3), p. 117. doi:10.3917/soco.071.0117

FASSIN D., **MEMMI** D., **COLLECTIF**, 2004, *Le gouvernement des corps*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 269 p.

FASSIN É., 2006, « La démocratie sexuelle et le conflit des civilisations », *Multitudes*, 26(3), p. 123. doi:10.3917/mult.026.0123

FAUCHER P., 2014, « La demande de réfection de l'hymen », *Club de Mediapart*, 2014.

FAULCONBRIDGE J., **HUI** A., 2016, « Traces of a Mobile Field: Ten Years of Mobilities Research », *Mobilities*, 11(1), p. 1-14. doi:10.1080/17450101.2015.1103534

FAWZI N., 2018, « Beyond policy agenda-setting: political actors' and journalists' perceptions of news media influence across all stages of the political process », *Information, Communication & Society*, 21(8), p. 1134-1150. doi:10.1080/1369118X.2017.1301524

FEDIUNIN S., 2019, « Le clivage «progressistes» contre «nationalistes» a-t-il un sens? », *Le Debat*, 1, p. 93-97.

FERCOT C., 2012, « Circoncision pour motifs religieux (Tribunal de Grande Instance – Landgericht – de Cologne) : Le prépuce de la discorde », *La Revue des Droits de l'Homme*.

FLECK L., 1935, *Genèse et développement d'un fait scientifique*, Edition 2008, s. l., Flammarion, 280 p.

FOLDES P., 2004, « Chirurgie plastique reconstructrice du clitoris après mutilation sexuelle », *Progrès en Urologie*, p. 4.

FOLDES P., **CUZIN** B., **ANDRO** A., 2012, « Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study », *The lancet*, 380(9837), p. 134-141.

FOLDES P., **DROUPY** S., **CUZIN** B., 2013, « Chirurgie cosmétique de l'appareil génital féminin », *Progrès en urologie*, 23(9), p. 601-611.

FOLDES P., **LOUIS-SYLVESTRE** C., 2006, « Résultats de la réparation chirurgicale du clitoris après mutilation sexuelle : 453 cas », *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 34(12), p. 1137-1141. doi:doi: DOI: 10.1016/j.gyobfe.2006.09.026

FORTIER C., 2021, « Des « certificats de virginité » aux hyménoplasties en France », *médecine/sciences*, 37(4), p. 392-395. doi:10.1051/medsci/2021038

FOUBERT C., 2020, *Traiter la « différence » : le tri des patient.es par les personnels hospitaliers en France et au Québec*, These de doctorat, Paris, EHESS.

FOUCAULT M., 1963, *Naissance de la clinique*, PUF.

FOUCAULT M., 1976a, *Histoire de la sexualité*, Paris, France, Gallimard, impr. 1976, 211 p.

FOUCAULT M., 1976b, *Histoire de la sexualité*, Paris, France, Gallimard, impr. 1976, 211 p.

FREIDSON E., **LYOTARD-MAY** A., **MALAMOUD** C., **HERZLICH** C. P., 1984, *La profession médicale*, Paris, France, Payot, 369 p.

FUSASCHI M., 2010, « Victimes à tout jamais. Les enfants et les femmes d'Afrique: Rhétoriques de la pitié et humanitarisme spectacle », *Cahiers d'études africaines*, 50(198-199-200), p. 1033-1053. doi:10.4000/etudesafricaines.16464

GAMSON W., 2010, *Talking Politics*, Cambridge England ; New York, NY, USA, Cambridge University Press, 288 p.

GARDEY D., 2013, « Comment écrire l'histoire des relations corps, genre, médecine au xxe siècle ? », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 37, p. 143-162. doi:10.4000/clio.11031

GARDEY D., 2019, *Politique du Clitoris*, TEXTUEL, 192 p.

GARDEY, **VUILLE**, 2018, *Les Sciences du désir: La sexualité féminine...*, Lormont, Le Bord de l'Eau, 336 p.

GEISSER V., 2019, « Leçons de l'élection européenne de 2019. L'humanisme sécuritaire et néolibéral du président Macron: antidote ou iatrogénie à la «lèpre nationaliste»? », *Migrations société*, 176(2), p. 3-15.

GELLY M., **MARIETTE** A., **PITTI** L., 2021, « Santé critique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, N° 236-237(1), p. 4-19.

GEONET M., **DE SUTTER** P., **ZECH** E., 2013, « Les facteurs cognitifs dans le désir sexuel hypoactif féminin », *Sexologies*, 22(1), p. 10-18. doi:10.1016/j.sexol.2012.01.006

GHAFIR M., 2022, « The Fight against Female Genital Mutilations in Egypte. Explaining heterogeneous policy and enforcement through a level-Multi analysis of gender norms. », *Journal of the Department od Political Science - The American University in Cairo*, Khamasin. The Politics of Gender Equality Spring 2022, p. 40-50.

GILLETTE-FAYE I., 2020, « État des lieux des mesures législatives contre les mutilations sexuelles féminines », *Droit et cultures. Revue internationale interdisciplinaire*, 79, p. 77-95.

GOBATTO I., 2003, *Les pratiques de santé dans un monde globalisé [Texte imprimé]: circulation de modèles et expériences locales dans les Afriques contemporaines / sous la direction de Isabelle Gobatto*, Paris Pessac, Karthala Maison des sciences de l'homme d'Aquitaine, Hommes et sociétés, 234 p.

GOODMAN M. P., 2009, « Female Cosmetic Genital Surgery », *Obstetrics & Gynecology*, 113(1), p. 154. doi:10.1097/AOG.0b013e318190c0ea

GORI R., **DEL VOLGO** M.-J., 2009, *La santé totalitaire: essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris, Flammarion, Champs Essais, 336 p.

GREEN F. J., 2005, « From clitoridectomies to 'designer vaginas': The medical construction of heteronormative female bodies and sexuality through female genital cutting », *Sexualities, Evolution & Gender*, 7(2), p. 153-187. doi:10.1080/14616660500200223

GRIFFIN G., 2018, *Body, Migration, Re/Constructive Surgeries: Making the Gendered Body in a Globalized World*, 1re édition, Routledge. doi:10.4324/9781351133678

GRÜNDLER T., 2015, *La nécessité médicale comme condition d'atteinte à l'intégrité corporelle, entre modernité et désuétude (du principe)*, LEH Édition.

GUAAYBESS T., 2012, *Les médias arabes: Confluences médiatiques et dynamique sociale*, CNRS, 162 p.

GUENIF SOUILAMAS N., 2003, *Des beurettes aux descendantes d'immigrants nord-africains*, Partage du savoir, Paris, Grasset, 370 p.

GUENIF-SOUILAMAS N., 2005, « 45. Femmes, immigration, ségrégation », *in Femmes, genre et sociétés*, Paris, La Découverte, TAP / Hors Série, p. 389-397. doi:10.3917/dec.marua.2005.01.0389

GUILLAUMIN C., 1992, *Sexe, race et pratique du pouvoir: L'idée de nature*, Paris, Editions Indigo & Côté-femmes, 239 p.

GÜNES A., **ALINSOD** R. M., 2018, « A mini-review of aesthetic gynecology and leading gynecology associations' approaches to this issue », *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*, 15(2), p. 105-111. doi:10.4274/tjod.33407

GUYARD L., 2008, *La médicalisation contemporaine du corps féminin: le cas de la consultation gynécologique*, PhD Thesis, Paris 10.

HALL S., 1993, « Culture, community, nation », *Cultural studies*, 7(3), p. 349-363.

HALLEM Y., **BARTH** I., 2011, « Etude netnographique du rôle d'Internet dans le développement du tourisme médical: Cas du tourisme de chirurgie esthétique en Tunisie », *Proceedings of the 27ème Colloque International de l'Association Française du Marketing, Bruxelles*.

HAMEL C., 2018, « Colette Guillaumin (1934-2017) : une pensée constructiviste et matérialiste sur le sexisme et le racisme », *Nouvelles Questions Feministes*, 37(1), p. 186-192.

HAMEL C., **SIMON** P., **BEAUCHEMIN** C., 2010, « Trajectoires et Origines Enquête sur la diversité des populations en France - Premiers résultats », INED; INSEE; TeO.

HARAWAY D. J., 1991, *Simians, Cyborgs, and Women: The Reinvention of Nature*, Free Association Books, 287 p.

HARDIN M., **LYNN** S., **WALSDORF** K., **HARDIN** B., 2002, « The Framing of Sexual Difference in SI for Kids Editorial Photos », *Mass Communication and Society*, 5(3), p. 341-359. doi:10.1207/S15327825MCS0503_6

HENAFF Y. L., 2015, « « Je ne vous opérerai pas. » », *Travail et emploi*, 144(4), p. 61-80.

IYENGAR S., 1987, « Television news and citizens' explanations of national affairs », *American Political Science Review*, 81(3), p. 815-831.

J E. réalisé par K., 2020, « « Tenir compte de l'expérience des concernées » », *l'Humanité*, p. 17.

JACKSON P. A., 2009, « Global Queering and Global Queer Theory: Thai [Trans]genders and [Homo]sexualities in World History », *Autrepart*, n° 49(1), p. 15-30.

JAGAILLOUX S., 2006, *La médicalisation de l'Egypte au XIXe siècle: 1798-1918*, Paris, Erc/Adpf, 342 p.

JAUNAIT A., **RENARD** A. L., **MARTEU** É., 2013, « Nationalismes sexuels ? Reconfigurations contemporaines des sexualités et des nationalismes », *Raisons politiques*, n° 49(1), p. 5-23.

JENNY J., 1996, « Analyses de contenu et de discours dans la recherche sociologique française: pratiques micro-informatiques actuelles et potentielles », *Current Sociology*, 44(3), p. 279-290.

JOHN LANGSHAW AUSTIN, 1991, *Quand dire, c'est faire.*, Seuil, Points Essais, 202 pages p.

JOHNSDOTTER S., **ESSEN** B., 2010, « Genitals and ethnicity: the politics of genital modifications », *Reproductive Health Matters*, 18(35), p. 29-37. doi:10.1016/S0968-8080(10)35495-4

JORDAL M., **GRIFFIN** G., 2018, « Clitoral reconstruction: Understanding changing gendered health care needs in a globalized Europe », *European Journal of Women's Studies*, 25(2), p. 154-167. doi:10.1177/1350506817742679

JOST G., 2003, « Histoire de la chirurgie plastique », *Les cahiers de mediologie*, 15(1), p. 79-88.

JOURDAIN A., **PHAM** T., 2017, « Mobilité spatiale des médecins en Europe, politique de santé et offre de soins », *Santé Publique*, 29(1), p. 81-87. doi:10.3917/spub.171.0081

JURJUS A., 2015, « The health system in Egypt: an overview », *Human and Health J*, 31, p. 17-21.

KASPAR H., **WALTON-ROBERTS** M., **BOCHATON** A., 2019, « Therapeutic mobilities », *Mobilities*. doi:10.1080/17450101.2019.1565305

KAUFMANN J.-C., 1996, *L'entretien compréhensif*, 4e édition 2016, Armand Colin, 96 p.

KERGOAT D., 2009, « Dynamique et consubstantialité des rapports sociaux », *in* Dorlin E. (dir.), *Sexe, race, classe: pour une épistémologie de la domination*, 1re éd, Paris, Presses universitaires de France, Actuel Marx confrontation.

KERGOAT D., 2011, « Comprendre les rapports sociaux », *Raison présente*, 178(1), p. 11-21. doi:10.3406/raipr.2011.4300

KLAWITER M., 2008, *The biopolitics of breast cancer: Changing cultures of disease and activism*, U of Minnesota Press.

KLEINMAN A., 1988, « Suffering, healing and the human condition », *Encyclopedia of Human Biology*.

KLINE W., 2010, *Bodies of knowledge: Sexuality, reproduction, and women's health in the second wave*, University of Chicago Press.

KNIBIEHLER Y., 2012, *La Virginité féminine Mythes, fantasmes, émancipation*, Odile Jacob.

KOECHLIN A., 2015, *Suivre et être suivie. L'émergence, la consolidation et la déstabilisation de la norme gynécologique en France (1931 2018)*, These en préparation, Paris 1.

KOTOBI L., 2000, « Le malade dans sa différence : les professionnels et les patients migrants africains à l'hôpital », *Hommes & Migrations*, 1225(1), p. 62-72. doi:10.3406/homig.2000.3511

KREIL A., 2012, *Du rapport au dire: sexe, amour et discours d'expertise au Caire*, Ph.D. thesis, Université de Neuchâtel.

KRIEG A., 2000, « Analyser le discours de presse. Mises au point sur le « discours de presse » comme objet de recherche », *Communication. Information médias théories pratiques*, vol. 20/1, p. 75-97. doi:10.4000/communication.6432

LACHENAL G., 2011, « Quand la médecine coloniale laisse des traces », *Les Tribunes de la sante*, n° 33(4), p. 59-66.

LAFONTAINE C., 2014, *Le corps-marché. La marchandisation de la vie humaine à l'ère de la bioéconomie.*, Seuil, La couleur des idées.

LAGRANGE H., **LHOMOND** B., 1997, *L'entrée dans la sexualité: les comportements des jeunes dans le contexte du sida*, Paris, France, Éd. la Découverte, 431 p.

LAQUEUR T., **GAUTIER** M., 2013, *La fabrique du sexe: Essai sur le corps et le genre en Occident*, Folio, 576 p.

LAURENT N., **DELAUNAY** B., 2019, *La grammaire pour tous*, Hatier, 320 p.

LE BORGNE C., 2007, « Le tourisme médical: une nouvelle façon de se soigner », *Les Tribunes de la santé*, 2, p. 47-53.

LE HENAFF Y., 2015, « « Je ne vous opérerai pas. » », *Travail et Emploi*, 144, p. 61-80. doi:10.4000/travailemploi.6748

LESCLINGAND M., 2019a, « Les pratiques de modifications génitales féminines: entre condamnation et valorisation. », p. 23.

LESCLINGAND M., 2019b, « Female Genital Modifications: between condemnation and promotion. »,.

LESCLINGAND M., 2021, *L'apport de la démographie pour appréhender l'autonomie des femmes en situation de « vulnérabilité ».*, Ph.D. thesis.

LESCLINGAND M., **ANDRO** A., **LOMBART** T., 2019, « Estimation du nombre de femmes adultes ayant subi une mutilation génitale féminine vivant en France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, p. 392-399.

LESCLINGAND M., **SYLLA** F., **ANDRO** A., **BOISSON** S., 2022a, « "Mesure de la prévalence des « mutilations sexuelles féminines » en France", Projet MSF-PREVAL - Rapport de recherche pour la DGCS », Paris, Université Côte d'Azur, Paris 1.

LESCLINGAND M., **SYLLA** F., **ANDRO** A., **BOISSON** S., 2022b, « Projet MSF-PREVAL. », Research Report, Université Côte d'Azur ; Université Paris 1 - Panthéon Sorbonne.

LEYE E., **DEBLONDE** J., **GARCIA-AÑON** J., **JOHNSDOTTER** S., **KWATENG-KLUVITSE** A., **WEIL-CURIEL** L., **TEMMERMAN** M., 2007, « An analysis of the implementation of laws with regard to female genital mutilation in Europe », *Crime, Law and Social Change*, 47(1), p. 1-31. doi:10.1007/s10611-007-9055-7

LEYE E., **MERGAERT** L., **ARNAUT** C., **O'BRIEN GREEN** S., 2014, « Towards a better estimation of prevalence of female genital mutilation in the European Union: interpreting existing evidence in all EU Member States », *Genus*, 70(1), p. 99-121.

LOCHARD G. (1949-) A. du texte, **BOYER** H. (1946-) A. du texte, 1998, *La communication médiatique / Guy Lochard,... Henri Boyer,...*

LOÏCK MENVIELLE, **WILLIAM MENVIELLE**, **NADINE TOURNOIS**, 2010, « Panorama du tourisme médical. Une logique de flux migratoires », *Cahier Espace*, n°106, p. 13.

LORBER J., 1993, « Why women physicians will never be true equals in the American medical profession. », *in Gender, Work and Medicine. Women and the Medical Division of Labour.*, London, Sage Studies in International Sociology, p. 62-76.

LÖWY I., 1988, « Ludwik Fleck on the social construction of medical knowledge », *Sociology of Health & Illness*, 10(2), p. 133-155. doi:10.1111/1467-9566.ep11435448

MACFARLANE A., **DORKENOO** E., 2014, « Female Genital Mutilation in England and Wales: Updated statistical estimates of the numbers of affected women living in England and Wales and girls at risk. Interim report on provisional estimates », City University London, Equality Now.

MACKIE G., 1996, « Ending Footbinding and Infibulation: A convention Account », *American Sociological Review*, 61(6), p. 999-1017.

MADESTA T., 2022, *Désirer à tout prix*, Binge Audio Editions, 159 p.

MARCUS G. E., 1995, « Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography », *Annual Review of Anthropology*, 24(1), p. 95-117. doi:10.1146/annurev.an.24.100195.000523

MARKS L., 2001, *Sexual Chemistry. A History of the Contraceptive Pill.*, Yale University Press.

MARTIN H., 2014a, « Le beau sexe. Quelques pistes de réflexion sur les chirurgies sexuelles cosmétiques », *Genre, sexualité & société*, 12. doi:10.4000/gss.3222

MARTIN H., 2014b, « Le beau sexe. Quelques pistes de réflexion sur les chirurgies sexuelles cosmétiques », *Genre, sexualité & société*, 12. doi:10.4000/gss.3222

MARTIN H., **BENDJAMA** R., **BESSETTE-VIENS** R., 2017, « Performer son sexe La chirurgie d'amélioration des organes génitaux du début du XXIe siècle selon les sites web qui la promeuvent en Suisse romande », *https://www.revue-glad.org:443*.

MARTINIELLO M., **LAFLEUR** J.-M., 2008, « Towards a transatlantic dialogue in the study of immigrant political transnationalism », *Ethnic and Racial Studies*, 31(4), p. 645-663. doi:10.1080/01419870701784471

MARTINIELLO M., **SIMON** P., 2005, « Les enjeux de la catégorisation. Rapports de domination et luttes autour de la représentation dans les sociétés post-migratoires », *Revue européenne des migrations internationales*, 21(2), p. 7-18.

MAUSS M., 1934, *Les techniques du corps*, Chicoutimi, J.-M. Tremblay, Classiques des sciences sociales. doi:10.1522/cla.mam.tec

MAYAFFRE D., 2005, « De la lexicométrie à la logométrie », *Astrolabe*, p. 1-11.

MAYAFFRE D., 2013, « Sarkozysme et populisme. Approche logométrique du discours de Nicolas Sarkozy (2007-2012) », *Mots. Les langages du politique*, 103, p. 73-87. doi:10.4000/mots.21489

MCCOMBS M. E., **SHAW** D. L., 1972, « The agenda-setting function of mass media », *Public opinion quarterly*, 36(2), p. 176-187.

MCLUHAN H. M., 1964, *Pour comprendre les média: Les prolongements technologiques de l'homme*, traduit par **Paré** Jean, Paris, Seuil, 404 p.

MILLS C. W., 1997, *The racial contract*, Nachdr., Ithaca, NY, Cornell University Press, 171 p.

MILLS C. W., 2017, « Les actions situées et les vocabulaires de motifs », *SociologieS*. doi:10.4000/sociologies.6041

MOHANTY C. T., 2009, « Sous le regard de l'Occident : recherche féministe et discours colonial », *in Sexe, race, classe, pour une épistémologie de la domination*, Puf, Paris, p. 313.

MOMOH C., **LADHANI** S., **LOCHRIE** D. P., **RYMER** J., 2001, « Female genital mutilation: analysis of the first twelve months of a southeast London specialist clinic », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108(2), p. 186-191. doi:10.1016/S0306-5456(00)00036-X

MOSSE G. L., 1985, *Nationalism and Sexuality Respectability and Abnormal Sexuality in Modern Europe*.

MURPHY E., **DINGWALL** R., 2007, « Informed consent, anticipatory regulation and ethnographic practice », *Social Science & Medicine*, 65(11), p. 2223-2234. doi:10.1016/j.socscimed.2007.08.008

NACU A., 2011, « À quoi sert le culturalisme ? Pratiques médicales et catégorisations des femmes « migrantes » dans trois maternités franciliennes », *Sociologie du travail*, 53(1), p. 109-130. doi:10.4000/sdt.7163

NAOUAL EL SAADAOUI, 1991, *Femmes égyptiennes, tradition et modernité*, Des Femmes pour l'édition française, Paris, France.

NAY O., 2017, *Lexique de science politique - 4e éd.: Vie et institutions politiques*, 4e édition, Paris, Dalloz, 672 p.

NOUR N. M., **MICHELS** K. B., **BRYANT** A. E., 2006, « Defibulation to Treat Female Genital Cutting: Effect on Symptoms and Sexual Function », *Obstetrics & Gynecology*, 108(1), p. 55-60. doi:10.1097/01.AOG.0000224613.72892.77

O'CONNOR M., 2008, « Reconstructing the hymen: mutilation or restoration? », *Journal of Law and Medicine*, 16(1), p. 161-175.

O'DONNELL C. A., 2018, « Health Care Access for Migrants in Europe », *in Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*, Oxford University Press. doi:10.1093/acrefore/9780190632366.013.6

OLIVIER DE SARDAN J.-P., 1995, « La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie », *Enquête. Archives de la revue Enquête*, 1, p. 71-109.

OLIVIER DE SARDAN J.-P., 2008, *La rigueur du qualitatif: Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, Academia, 374 p.

OU M.-C., **LIN** C.-C., **PANG** C.-C., **OU** D., 2008, « A Cerclage Method for Hymenoplasty », p. 2.

OUEDRAOGO C. M. R., **MADZOU** S., **SIMPORE** A., **COMBAUD** V., **OUATTARA** A., **MILLOGO** F., **OUEDRAOGO** A., **KIEMTORE** S., **ZAMANE** H., **SAWADOGO** Y. A., **KAIEN** P., **DRAME** B., **THIEBA** B., **LANKOANDE** J., **DESCAMPS** P., 2016, « Reconstruction clitoridienne après mutilation génitale féminine au CHU Yalgado de Ouagadougou, Burkina Faso. À propos de 68 patientes opérées », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 45(9), p. 1099-1106. doi:10.1016/j.jgyn.2016.08.016

PANA A. L., **MCSHANE** J., 2001, « Gender influences on career opportunities, practice choices, and job satisfaction in a cohort of physicians with certification in sports medicine », *Clinical*

Journal of Sport Medicine: Official Journal of the Canadian Academy of Sport Medicine, 11(2), p. 96-102. doi:10.1097/00042752-200104000-00006

PARKER R., 2010, *Women, Doctors and Cosmetic Surgery: Negotiating the « Normal » Body*, 1re édition, Basingstoke England ; New York, Palgrave Macmillan, 238 p.

PATINEL J., 2006, « Norme et contrôle social: le cas de l'épilation féminine », *Mémoire de Master*, 1.

PAUL M., **BARWIJUK** M., **JURKIEWICZ** A., **KOLCZEWSKI** P., **GABRIEL** I., 2018, « Invasive aesthetic gynecology trends in Poland between 2010 and 2016: A multicenter experience », *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 71(9), p. 1362-1380. doi:10.1016/j.bjps.2018.05.039

PAVARD B., 2010, *Contraception et avortement dans la société française (1956-1979) : histoire d'un changement politique et culturel*, thesis, Paris, Institut d'études politiques.

PEDWELL C., 2007, « theorizing 'African' female genital cutting and 'Western' body modifications: a critique of the continuum and analogue approaches », *Feminist Review*, 86(1), p. 45-66. doi:10.1057/palgrave.fr.9400352

PEIRETTI-COURTIS D., 2016, « Quand le sexe incarne la race : le corps noir dans l'imaginaire médical français (1800-1950) », *Les Cahiers de Framespa. Nouveaux champs de l'histoire sociale*, 22. doi:10.4000/framespa.4021

PERRET J.-B., 2003, « L'approche française du genre en publicite. Bilan critique et pistes de renouvellement », *Réseaux*, 120(4), p. 147-173.

PIAR C., **GERSTLE** J., 2005, « Le cadrage du référendum sur la Constitution européenne: la dynamique d'une campagne à rebondissements », *Le référendum de ratification du Traité constitutionnel européen: comprendre le non français*, p. 42-73.

PIAZZA S., 2014, « Images et normes du sexe féminin : un effet du contemporain ? », *Cliniques mediterraneennes*, n° 89(1), p. 49-59.

PIQUEMAL L., 2018, « Introduction », *in Enjeux et luttes autour du genre en Egypte*, Centre d'études et de documentation économiques, juridiques et sociales (CEDEJ), Égypte/Monde arabe, p. 11-24.

PITT-RIVERS J. A., 1997, *Anthropologie de l'honneur: la mésaventure de Sichem*, Hachette, 273 p.

POPULATION/EGYPT M. of H. and, **ASSOCIATES/EGYPT** E.-Z. and, **INTERNATIONAL** I. C. F., 2015, « Egypt Health Issues Survey 2015 »,.

POUTIGNAT P., **STREIFF-FENART** J., 2015, « L'approche constructiviste de l'ethnicité et ses ambiguïtés », p. 18.

PRAKASH V., 2009, « Hymenoplasty - how to do », *The Indian Journal of Surgery*, 71(4), p. 221-223. doi:10.1007/s12262-009-0057-9

PROCTOR R. N., 1996, *Cancer Wars: How Politics Shapes What We Know And Don't Know About Cancer*, New York, Basic Books, 368 p.

PUAR K. J., 2007, *Terrorist Assemblages. Homonationalism in Queer Times.*, Duke University Press., Durham et Londres.

PUIG N., 2021, « La coproduction des visages au Liban. Une enquête d'anatomie culturelle », *Ethnologie française*, Vol. 51(2), p. 283-298. doi:10.3917/ethn.212.0283

RAHOU Y., 2013, « La pratique de l'hyménoplastie comme stratégie de réintégration dans la norme sociale », *Insaniyat / □□□□□□□□. Revue algérienne d'anthropologie et de sciences sociales*, 62, p. 147-166. doi:10.4000/insaniyat.14361

RAZ M., 2016, *Bicatégorisation*, La Découverte.

REESE S. D., **GANDY JR** O. H., **GRANT** A. E., 2001, *Framing public life: Perspectives on media and our understanding of the social world*, Routledge.

REFAAT A., 2009, « Medicalization of female genital cutting in Egypt », *Eastern Mediterranean Health Journal = La Revue De Sante De La Mediterranee Orientale = Al-Majallah Al-Sihhiyah Li-Sharq Al-Mutawassit*, 15(6), p. 1379-1388.

REINERT M., 2007, « Postures énonciatives et mondes lexicaux stabilisés en analyse statistique de discours », *Langage et societe*, n° 121-122(3), p. 189-202.

RENARD A. L., 2010, « Partager des contraintes de genre avec les enquêtées. Quelques réflexions à partir du cas saoudien », *Geneses*, n° 81(4), p. 128-141.

RENARD A. L., 2019, *Le privilège occidental : Travail, intimité et hiérarchies postcoloniales à Dubaï*, Les Presses de Sciences Po, 272 p.

REVEL J., 1996, *Jeux d'échelles: la micro-analyse à l'expérience*, Gallimard, 262 p.

RUDDER-PAURD V. de, 1985, « L'obstacle culturel : la différence et la distance », *L'Homme et la société*, 77(1), p. 23-49. doi:10.3406/homso.1985.2219

SAID E. W., 2013, *L'orientalisme: l'Orient créé par l'Occident*, Éditions du Seuil, 578 p.

SAÏDA BARKAT DAOUD, 2015, « Entre droit et soin. Le dispositif de prise en charge chirurgicak des femmes excisées en France : enjeux des protocoles. », Prise en charge des femmes excisées, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), Paris, France, 27 janvier 2015.

SAKOYAN J., 2012, « Les mobilités thérapeutiques », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 5. doi:10.4000/anthropologiesante.1035

SANTELLI E., 2019, « L'analyse des parcours. Saisir la multidimensionalité du social pour penser l'action sociale », *Sociologie*, 10(2), p. 153-171.

SAUVEGRAIN P., 2012, « La santé maternelle des « Africaines » en Île-de-France : racisation des patientes et trajectoires de soins », *Revue européenne des migrations internationales*, 28(vol. 28-n°2), p. 81-100. doi:10.4000/remi.5902

SAYAD A., 2016, *La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, Le Seuil.

SCHANTZ C., 2016, *Construire le corps féminin à travers les pratiques obstétricales à Phnom Penh, Cambodge*, These de doctorat, Sorbonne Paris Cité.

SCHANTZ C., 2018, « Une éthique anti-déontologique ? », *La Revue Sage-Femme*, 17(1), p. 7-12. doi:10.1016/j.sagf.2017.08.002

SCHANTZ C., 2020, *Construire le corps féminin: Pratiques obstétricales et biomédicalisation de l'accouchement au Cambodge*, Illustrated édition, Paris, Editions L'Harmattan, 234 p.

SCHEPER-HUGHES N., **LOCK** M. M., 1987, « The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology », *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), p. 6-41.

SCHILLER N. G., **BASCH** L., **BLANC** C. S., 1995, « From immigrant to transmigrant: Theorizing transnational migration », *Anthropological quarterly*, p. 48-63.

SCHILLER N. G., **SALAZAR** N. B., 2013, « Regimes of Mobility Across the Globe », *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 39(2), p. 183-200. doi:10.1080/1369183X.2013.723253

SCHLEMMER G., **HOFFMANN** O., 2019, « Aux frontières de l'Autre. Territoire et appartenance en question », *Cahiers de l'Urmis*, 18.

SEIFELDIN A., 2018, « Clitoral reconstructive surgery after female genital cutting », 5(4), p. 2.

SEROUR G., 2013, « Medicalization of female genital mutilation/cutting », *Female genital cutting/mutilation in Africa*, 19(3), p. 145-149. doi:10.1016/j.afju.2013.02.004

SEROUR G., **ABD EL-HAMEED RAGAB** A. R., 2012, « EXCISION (MGF): Entre utilisation incorrecte de la science et compréhension erronée de la doctrine », 2, Le Caire, Centre islamique international pour la recherche et les études sur la population Al Azhar University, UNICEF Égypte.

SINGERMAN D., 1995, *Avenues of Participation: Family, Politics, and Networks in Urban Quarters of Cairo*, Princeton, NJ, Princeton University Press, 360 p.

SOW F., 1997, « Mutilations sexuelles féminines et droits humains en Afrique », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 6. doi:10.4000/clio.384

ST-AMANT S., 2013, *Déconstruire l'accouchement: Épistémologie de la naissance, entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédicale*, PhD Thesis, Université du Québec à Montréal.

STREIFF-FENART J., 2021, « Culturalisme »,.

SUISSA A., 2008, « Représentations du corps, médicalisation et lien social: l'exemple de la chirurgie esthétique », *Lien social et Politiques*, 59, p. 103-113.

SURKIS J., 2010, « Hymenal Politics: Marriage, Secularism, and French Sovereignty », *Public Culture*, 22(3), p. 531-556. doi:10.1215/08992363-2010-008

SYLLA F., **ANDRO** A., 2020a, « La lutte contre les mutilations sexuelles féminines en France. L'engagement des femmes issues de l'immigration au cours de la dernière décennie », *Hommes & migrations. Revue française de référence sur les dynamiques migratoires*, 1331, p. 57-65. doi:10.4000/hommesmigrations.11792

SYLLA F., **ANDRO** A., 2020b, « La lutte contre les mutilations sexuelles féminines en France », *Hommes Migrations*, n° 1331(4), p. 57-65.

TABET P., 2005, *La grande arnaque: Sexualité des femmes et échange économico-sexuel*, Editions L'Harmattan, 212 p.

TADROS M., 2013, « Politically motivated sexual assault and the law in violent transitions: A case study from Egypt », Institute of Development Studies (IDS).

TERSIGNI S., 2001, « La virginité des filles et l'"honneur maghrébin" dans le contexte français », *Hommes & Migrations*, 1232(1), p. 34-40. doi:10.3406/homig.2001.3717

TERSIGNI S., 2008, « Pour quelques gouttes de sang". Conflits de normes et déontologie médicale face à la circoncision et à l'hyménorraphie », *Revue des Sciences sociales*, 39, p. 104-113.

TERSIGNI S., 2011, « Corps et appartenance, à la lumière du clivage entre musulmans en France et musulmans de France », *Hospitalité et appartenance en migration, Strasbourg, Presses universitaires de Strasbourg*, p. 131-150.

THABET S. M. A., **THABET** A. S. M. A., 2003, « Defective sexuality and female circumcision: The cause and the possible management », *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 29(1), p. 12-19. doi:10.1046/j.1341-8076.2003.00065.x

THIBEAU R., 2019, *Entre « comment » et « si » : incertitudes et engagements professionnels entourant les chirurgies génitales précoces chez les clinicien.ne.s du développement sexuel atypique*, These de doctorat, Paris, EHESS.

TICKTIN M., 2011, *Casualties of Care: Immigration and the Politics of Humanitarianism in France*, 1re édition, University of California Press.

TOPÇU S., 2010, *L'agir contestataire à l'épreuve de l'atome: critique et gouvernement de la critique dans l'histoire de l'énergie nucléaire en France (1968-2008)*, PhD Thesis, Paris, EHESS.

TOUBIA N., 1993, *Female genital mutilation: a call for global action*, New-York, Women, Ink, 48 p.

TUANA N., 2004, « Coming to understand: Orgasm and the epistemology of ignorance », *Hypatia*, 19(1), p. 194-232.

TUANA N., 2006, « The speculum of ignorance: The women's health movement and epistemologies of ignorance », *Hypatia*, 21(3), p. 1-19.

UNICEF, 2013, « Female genital mutilation/cutting: a statistical overview and exploration of the dynamics of change. »

UNICEF, 2016, « Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern », New York, UNICEF.

VANNI L., 2017, « Hyperbase Web - Outil d'analyse statistique des données textuelles »,.

VERGES F., 2019, *Un féminisme décolonial*, Paris, La Fabrique, 208 p.

VILLANI M., 2009, « De la "maturité" de la femme à la chirurgie : les conditions de la réparation du clitoris », *Sexologies*, 18(4), p. 297-303. doi:10.1016/j.sexol.2009.09.014

VILLANI M., 2012, *Médecine, sexualité et excision. Sociologie de la réparation clitoridienne chez des femmes issues des migrations d'Afrique sub-saharienne*, PhD Thesis.

VILLANI M., **ANDRO** A., 2010, « Réparation du clitoris et reconstruction de la sexualité chez les femmes excisées : la place du plaisir », *Nouvelles Questions Féministes*, 29(3).

VIROLE L., 2020, « Dispositifs dédiés, effets ambivalents »:, *Emulations - Revue de sciences sociales*, 35-36, p. 139-151. doi:10.14428/emulations.03536.10

VIROLE L., 2022, « Mise sous silence des actions antidiscriminatoires dans l'accès aux soins. Le champ périnatal face aux discriminations à l'encontre des femmes étrangères en France », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 24. doi:10.4000/anthropologiesante.11224

WALD P., 2012, « « La langue est un fait social ». Rapports entre la linguistique et la sociologie avant Saussure », *Langage et societe*, n° 142(4), p. 103-118.

WALLERSTEIN I., 1979, *The Capitalist World-Economy*, 1re édition, Cambridge, Cambridge University Press, 320 p.

WANG S., 2016, « « Aidez-nous à comprendre vos Chinois ! »: Conditions de possibilités de la légitimation du sociologue en milieu psychiatrique », *Genèses*, 105(4), p. 141. doi:10.3917/gen.105.0141

WEI S.-Y., **LI** Q., **LI** S.-K., **ZHOU** C.-D., **LI** F.-Y., **ZHOU** Y., 2015, « A new surgical technique of hymenoplasty », *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 130(1), p. 14-18. doi:10.1016/j.ijgo.2014.12.009

WHO, 2008, *Eliminating female genital mutilation: an interagency statement ; OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNIFEM, WHO*, Geneva, World Health Organization, 40 p.

WILD V., **POULIN** H., **MCDOUGALL** C. W., **STÖCKL** A., **BILLER-ANDORNO** N., 2015, « Hymen reconstruction as pragmatic empowerment? Results of a qualitative study from Tunisia », *Social Science & Medicine*, 147, p. 54-61.

WINCKLER M., 2009, *Le Choeur des femmes*, Editions P.O.L.

WYNN L. L., 2007, « Hymenoplasty and the relationship between doctors and muftis in Egypt », p. 16.

WYNN L. L., 2016, « 'Like a Virgin': Hymenoplasty and Secret Marriage in Egypt », *Medical Anthropology*, 35(6), p. 547-559. doi:10.1080/01459740.2016.1143822

YODER P. S., **KHAN** S., 2008, « Numbers of women circumcised in Africa: The Production of a Total », USAID, DHS Working Papers: 13–14.

ZOLESIO E., 2019, *Chirurgiens au féminin ?: Des femmes dans un métier d'hommes*, Presses universitaires de Rennes, 298 p.

ZOUARI K., 2007, « La presse en ligne : vers un nouveau média ? », *Les Enjeux de l'information et de la communication*, Volume 2007(1), p. 81-92.

ZWANG G., 2011, « Le remodelage de la vulve. L'exploitation d'une ignorance », *Sexologies*, 20(2), p. 106-118. doi:10.1016/j.sexol.2010.10.004

1998, « Modernité », *Encyclopédie philosophique universelle : Les Notions philosophiques*, Tome 2.

ANNEXES

Annexe 1. Liste non exhaustive des « Unités Soins aux Femmes Excisées 2020 », 28 unités de soins spécialisées françaises, établie par le GAMS France.

Unités Soins aux Femmes Excisées 2020 *

Quelles sont les coordonnées des unités de soins* ? (nom, adresse, téléphone, email, site internet) * – **LISTE NON EXHAUSTIVE** (dernière mise à jour le 13/01/2020)

Attention, si l'opération chirurgicale est remboursée par la sécurité sociale (tiers payant classique + mutuelle ; CMU ; AME ; etc.) ; certaines équipes (consultation du chirurgien (f/h), anesthésiste (f/h), etc.) ne sont pas tou.te.s au tarif conventionné et il peut y avoir des dépassements d'honoraires. Renseignez-vous en prenant rendez-vous, **merci !**

Lieu	Personne de contact	Téléphone	Adresse e-mail de contact	Quelles sont les coordonnées de votre unité de soins?
ILE-DE-FRANCE				
Paris 75	Dominique LOUBOUTIN, Sage-femme	Secrétariat 01 53 36 41 08	dominique.louboutin@aphp.fr	Hôpital TROUSSEAU 26 avenue Arnold Netter 75012 PARIS
Paris 75	Maryline BERTHAUX, Secrétariat	01.40.25.78.84.	combattre.excision@aphp.fr	Equipe pluridisciplinaire de prévention & de prise en charge des Mutilations Sexuelles Féminines Service des Maladies Infectieuses et Médecine Tropicale HUPNVS – Hôpital Bichat-Claude Bernard 46 rue Henri Huchard 75018 PARIS

Paris 75	Dr Barbara MARAUX	Sec. Lise Etienne 01.49.95.68.74.	lise.etienne@aphp.fr	Consultation PAPILLON PArcours Pluridisciplinaire à Lariboisière contre L'excision 2 Rue Ambroise Paré, 75010 Paris ; Porte 2 – Urgences Maternité
	Mme Séverine TANCHOU, Psychologue	01.49.95.69.23.	severine.tanchou@aphp.fr	
	Mme Catherine MARSH, animatrice Groupe de Parole	01.49.95.62.60.	catherine.marsh@aphp.fr	GROUPE DE PAROLES
Paris 75	Dr Cyril RAIFFORT, Responsable de l'Unité de prise en charge des Mutilations Sexuelles Féminines	Sec Marie-Michèle EKPINDI 01 44 74 10 42		Hôpital de La Croix Saint-Simon Unité de Statique Pelvienne, 125 rue d'Avron, 75020 PARIS
Les Yvelines 78	Dr Pierre FOLDES Frédérique MARTZ	01 39 10 85 35.	accueil@women-safe.org	Women Safe – Institut en Santé Génésique, 20 rue Armagis, 78100 SAINT-GERMAIN-EN-LAYE CERCLES DE PAROLES - http://www.women-safe.org/
		01 61 30 20 55	secretariatd@cliniquesaintgermain.fr	Clinique Saint-Germain 12 Rue de la Baronne Gérard, 78100 Saint-Germain-en-Laye
Hauts-de-Seine 92	Dr Irène LETENDRE	Secrétariat 01 47 60 69 26		Unité de Soins des Femmes Excisées Hôpital Louis Mourier, 178 Rue des Renouillers, 92700 Colombes
Seine-Saint-Denis 93	Dr Sarah ABRAMOWICZ	07 69 17 98 61.	reparonslexcision@gmail.com	Centre Hospitalier Intercommunal André Grégoire, 56 boulevard de la Boissière, 93100 MONTREUIL Unité de prise en charge des femmes victimes de mutilations sexuelles féminines - Service de Gynécologie
Seine-Saint-Denis 93	Dr Ghada HATEM	01 42 35 61 28.	contact@lamaisondesfemmes.fr	La Maison des Femmes, 1 chemin du Moulin Basset 93200 SAINT-DENIS GROUPE DE PAROLES www.lamaisondesfemmes.fr
Val de Marne 94	Unité de soins des femmes excisées	Rendez-vous 01 45 21 77 78 Secrétariat 01.45.21.77.01.	info@gynobskb.com	Hôpital du Kremlin-Bicêtre, Service maternité 78 rue du Général Leclerc, 94275 LE KREMLIN-BICETRE

Val d'Oise 95	Dr Benoît MENNESSON	01 30 75 48 33	benoitmennesson@aol.com	Hôpital René Dubos, Service de gynécologie, 6 avenue de l'Ile-de-France, 95300 PONTOISE
			moniquehamelin@free.fr	Psychologue
			valerie.huck@valdoise.fr	Sage-femme
AUVERGNE-RHONE-ALPES				
Rhône 69	GAMS Auvergne Rhône-Alpes	06 59 51 05 05	gamsrhonalpes@gmail.com	Centre Hospitalier Lyon Sud, Service de Gynécologie et CPEF, 165 Chemin du Grand Revoyet, 69310 PIERRE-BENITE, 0 825 08 25 69
PAYS DE LA LOIRE				
Maine-et-Loire (49)	Dr Sébastien MADZOU	02 41 35 44 59	semadzou@chu-angers.fr	CHU Angers Pôle Femme mère enfant 4 rue Larrey, 49000 ANGERS
NOUVELLE AQUITAINE				
Vienne (86)	Dr Richard SARFATI	05 49 44 39 45	richard.sarfati@chu-poitiers.fr	CHU de Poitiers Service de Gynécologie-Obstétrique 2 rue de la Milétrie, 86021 POITIERS
Limoges (87)	Dr Xavier PLAINARD	05 55 05 88 00	Un chirurgien et un infirmier sexologue vous informent sur les possibilités de « réparations » et votre vie intime	CHU de Limoges Service de chirurgie urologique et andrologie CHU Dupuytren 1 2 avenue Martin Luther King 87042 LIMOGES CEDEX
	Equipe mobile psychiatrie précarité, CH Esquirol	05.55.43.13.33.	L'équipe vous propose un soutien psychologique et de participer à des groupes de paroles	Centre de Santé Mentale VAN GOGH 10 rue du Petit Tour, 87000 LIMOGES
Bordeaux (33)	Les Orchidées Rouges	06.50.27.96.21. 06.52.95.83.03.	lesorchideesrouges@gmail.com	ORIENTATION, ACCOMPAGNEMENT, SUIVI A aussi une permanence à la Maison d'Ella (cf. ci-dessous) https://www.lesorchideesrouges.org/
Bordeaux (33)	La Maison d'Ella	05.57.09.25.77. 06.31.05.85.78.	maisondella33@gmail.com	ORIENTATION, ACCCOMPAGNEMENT, SUIVI 381 Boulevard du Président Wilson, 33200 BORDEAUX Permanences : lundi de 9h00 à 12h00 et de 14h00 à 17h00 ; le mardi de 9h00 à 13h00 et de 14h00 à 17h00 ; le jeudi de 14h à 17 h 00 et toute la semaine sur RDV. http://cacis-pro.fr/?page_id=850

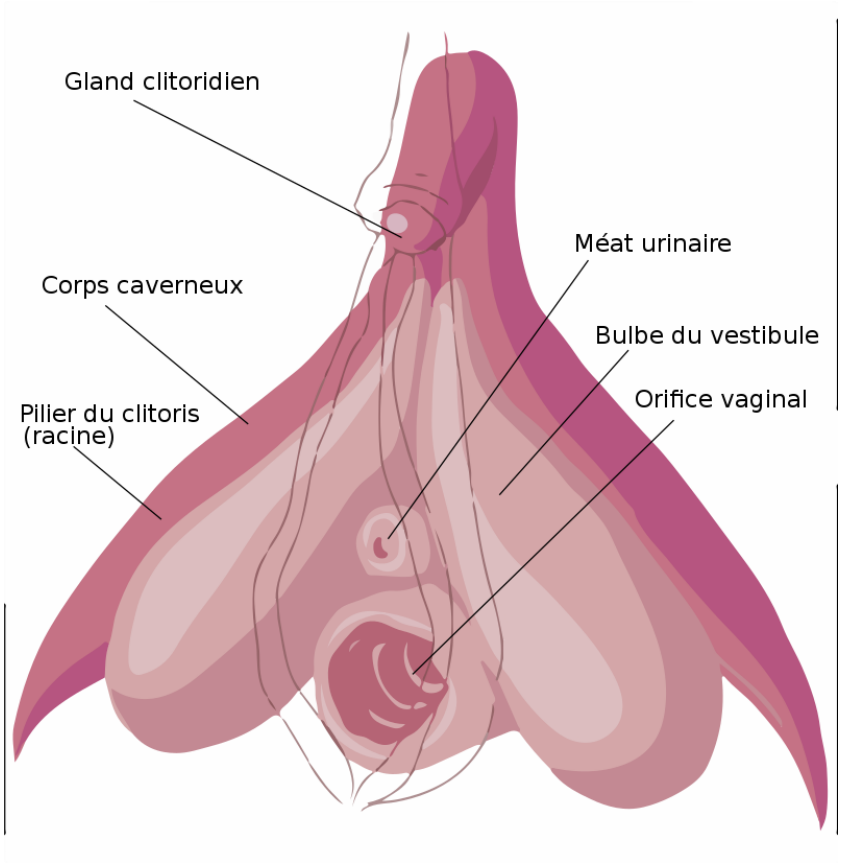
OCCITANIE				
Haute-Garonne (31)	GAMS Occitanie	06 79 78 22 44	tavieenmain@gmail.com	ORIENTATION, ACCCOMPAGNEMENT, SUIVI
NORMANDIE				
Seine-Maritime (76)	GAMS Normandie	06 30 36 42 42	gamshautenormandie@gmail.com	ORIENTATION, ACCCOMPAGNEMENT, SUIVI Plusieurs permanences
PACA				
Bouches-du-Rhône (13)	Union des Femmes du Monde - GAMS Sud	06 73 43 96 33	union.desfemmes@yahoo.com	ORIENTATION, ACCOMPAGNEMENT, SUIVI Maternité de la Conception. Pr Aubert AGOSTINI, Dr Emmanuelle COHEN-SOLAL et Françoise COURTOISIER
GRAND EST				
Marne (51)	GAMS Grand-Est	06 32 22 79 99		ORIENTATION, ACCCOMPAGNEMENT, SUIVI Plusieurs permanences
Bas-Rhin (67)	Dr Olivier GARBIN	Secrétariat 03.69.55.34.04.		Service de Gynécologie – Site du CMCO Pôle de Gynécologie-Obstétrique des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg 19 rue Louis Pasteur 67300 SCHILTIGHEIM
HAUTS-DE-FRANCE				
Nord 59	RIFEN Nord-Pas-de-Calais/GAMS Hauts-de-France	06.87.71.67.64.	rifen59@yahoo.fr	ORIENTATION, ACCCOMPAGNEMENT, SUIVI Plusieurs permanences https://rifen.jimdofree.com/
Nord 59	Dr Richard MATIS	03 20 48 34 59	r.matis@ch-armentieres.fr	CRMSF Centre Hospitalier d'Armentières 112 rue Sadi Carnot 59280 ARMENTIERES

BRETAGNE				
Ille et Vilaine 35	Dr JP HARLICOT	02 99 28 43 21	msfrennes@gmail.com	CHU Rennes, DOGMR, 16 rue de Bulgarie, 35000 RENNES
Finistère 29	Dr Ruth M'BWANG SEPPOH, Gynécologue Obstétricienne, Consultation de Gynécologie sur RDV	Secrétariat 02.98.21.80.20.		Centre Hospitalier Ferdinand Grall 29127 LANDERNEAU
BOURGOGNE FRANCHE COMTE				
Doubs (25)	Dr Bahir-Edouard ELIAS	06.70.77.61.95.	bahirelias@yahoo.fr	CHU Jean-Minjoz 25000 BESANÇON

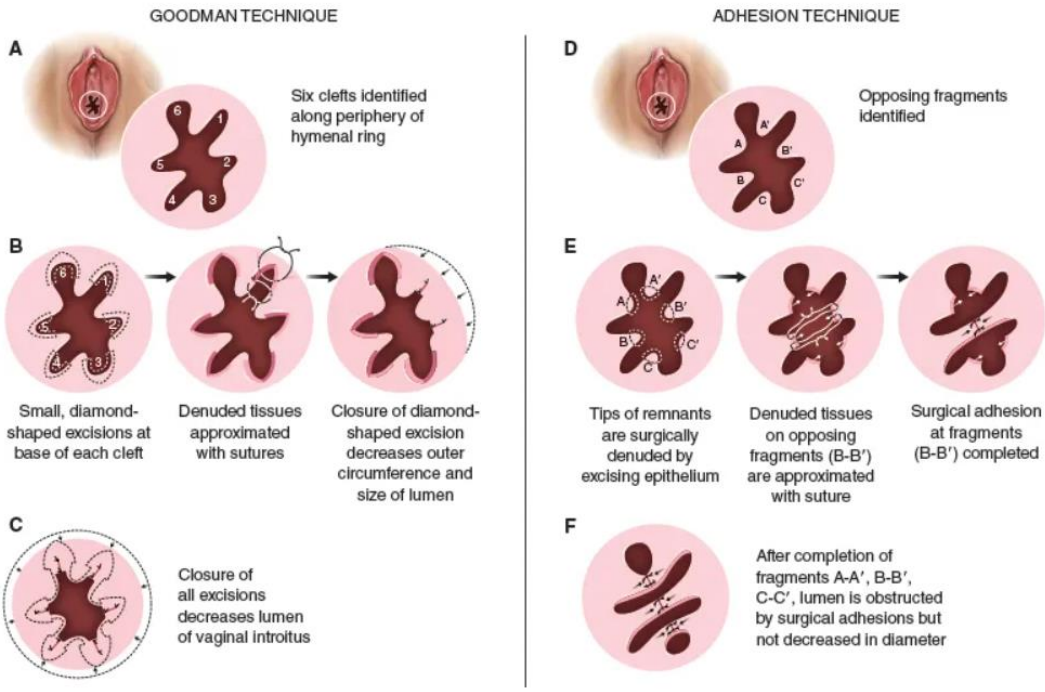
Pour figurer dans cette liste (ou pour toutes modifications), merci d'avance de nous adresser un courriel, à contact@federationgams.org

*Tous les médecins qu'elles/ils soient ou non membres des Unités de soins aux femmes excisées peuvent accepter ou refuser de réaliser des certificats médicaux d'excision ou de non-excision, dans le cadre de l'« asile politique ». Par ailleurs, ils peuvent également être réalisés par un.e sage-femme. Enfin, pour les femmes majeures, il n'y a aucune obligation de fournir un certificat médico-légal, réservé aux enfants mineures, pour l'OFPRA (Office Français pour les Réfugiés et les Apatrides). Si lors de la remise de votre dossier, par la Préfecture, une lettre vous indique de vous rendre au UMJ (Urgences Médico-Judiciaires), cela ne concerne que les fillettes et les adolescentes mineures.

Annexe 2. Schéma structurel du clitoris d'après les travaux du dr . Helen O'Connel. Sources : O'Connell HE, Hutson JM, Plenter RJ, Anderson CR. Anatomical relationship between urethra and clitoris. J Urol 1998 June; 159(6):1892-1897)



Annexe 3. Schéma de deux techniques de reconstruction de l'hymen selon la méthode de l'adhésion et la méthode Goodman



Source : https://plasticsurgerykey.com/hymenoplasty/#ref12_59, consulté le 01/12/2019

Annexe 4. Calendrier de thèse 2019-2022[1]

Tâches	Années (A)			
	A1	A2	A3	A4
Elaboration du cadre théorique et analytique				
Travail sur la méthodologique				
Etude textuelle sur corpus de presse				
Exploitation des données existantes				
Enquête qualitative en Egypte	× × ×			
Enquête qualitative en France				
Entretiens à distance en Tunisie		× × × ×	× ×	
Analyse des résultats				
Rédaction du manuscrit				

[1]Le symbole × désigne les tâches qui se sont déroulées à distance du terrain en raison de la crise sanitaire.

Annexe 5. Le Cadre d'accueil au Centre d'études et de documentation économiques, juridiques et sociales (CEDEJ)

a. Le CEDEJ, l'institution

Le CEDEJ est un centre de recherche pluridisciplinaire crée en 1968, affilié au CNRS et au Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères. Les travaux qui lui sont associés sont menées en sciences humaines et sociales et portent sur l'Egypte contemporaine.

b. Ma candidature

Dans le cadre d'un appel à candidature, j'ai pu postuler en février 2020 à une bourse pour un séjour d'accueil initialement prévu en juillet 2020, qui a finalement été repoussé à février 2021 en raison de la crise sanitaire. Mes travaux ont été retenus en raison de l'intérêt récent du CEDEJ pour les thématiques liés au Genre, mais également leur inscription dans des axes principaux, à savoir la recherche sur les politiques publiques en matière de santé.

Pour réaliser cette candidature, j'ai présenté un projet de recherche, des listes d'enquêtés potentiel, une planification du terrain. L'élaboration en amont de tous ces documents a été très bénéfique pour mon arrivée sur le terrain.

c. Accueil professionnel

Cet accueil a été l'occasion pour moi d'être immergé dans un nouvel espace professionnel, très riche avec beaucoup d'entraide entre chercheur.es. Les initiatives réalisées par les jeunes chercheur.es y étaient beaucoup plus importante que dans mon laboratoire français (l'URMIS Nice), ce qui m'a permise de m'y investir davantage. J'ai pu alors proposer des formations Zotero à mes collègues, organiser un atelier doctoral autour de mon terrain et également réaliser des entretiens au sein des locaux du CEDEJ.

Pendant mon séjour au Caire, je travaillais dans les locaux du CEDEJ lorsque je n'étais pas en rencontre avec des enquêtés. J'ai également participé à toutes les réunions d'équipe hebdomadaires et mensuels. Par ailleurs, en tant que doctorante en accueil je me devais de participer à l'animation de la vie scientifique du centre. J'ai été par exemple chargée de la relecture de la newsletter mensuelle du CEDEJ et ai été sollicitée pour être discutante sur des séances de présentation, proche de mes thématiques.

d. Un appuie intentionnel et collaboratif pour le terrain

Pour mon terrain, cet appui institutionnel n'a pas été négligeable car beaucoup de mes enquêté.es du monde médical avait un lien avec le monde francophone et trouvait donc intéressant de s'associer avec une chercheuse d'un centre français.

Par ailleurs, comme évoqué dans la partie méthodologique, ce petit univers du CEDEJ a été l'occasion de nombreux échanges sur le plan théoriques avec mes collègues. J'ai aussi y faire de la recherche collaborative. D'une part sur mon projet de thèse avec Gehad El Gendy et Mariam Ghafir avec qui j'ai mené des entretiens de terrain. Avec ces deux chercheuses, nous souhaiterions à termes animer des activités scientifiques autour du genre au CEDEJ. Ce sont des projets en plein développement à l'heure actuelle. Et d'autre part, par l'intermédiaire d'une recherche annexe sur le Covid en Egypte avec l'ensemble de l'équipe du CEDEJ, intitulé COCOMASR et qui m'a amené également à faire un terrain commun avec une autre doctorante du CEDEJ Mayada Madbouly. Suite à cela, nous avons présenté nos travaux communs lors d'un séminaire inter-régional Moyen-Orient SOCOSMA en ligne (Observatoire du covid dans la région MENA). Un projet de livre collectif est également en cours sur cette recherche.

Annexe 6. Les grilles d'entretien types utilisées sur le terrain français

Grille d'entretien type – Médecins

Je mène une enquête sur la chirurgie intime (la chirurgie sexuelle esthétique principalement) – notamment pour connaître les demandes, les profils et les motivations des femmes.

Je vous garantie l'anonymat et la confidentialité des femmes, des professionnel·le·s et des centres de prise en charge. Je souhaiterais enregistrer (que pour moi pour éviter de prendre trop de temps dans les notes). Tout sera ensuite anonymisé et détruit. Cela ne vous dérange pas ?

CV et activité professionnelle

- Types d'activité ; de chirurgie
- Année de diplôme médical ; nombre d'années de pratiques de chirurgie ; formation à l'étranger ? Participation à collectif de recherche, conférences internationales…
- Comment/ Pourquoi arriver ce type de chirurgie ?

I. <u>Type et fréquence des demandes de chirurgie intime féminine</u>

1. **Types**. Quels types de demandes de chirurgie féminine intime de reconstruction, recevez-vous ?
2. **Fréquence**. Quelle est la fréquence ou la part des demandes de reconstruction du clitoris pour des femmes excisées (même question hyménoplastie) ?

- Quelle part de votre clientèle vient avec ce type de demande ?
- Cela représente quelle part de votre activité chirurgicale ?

3. **Évolution**. Au cours de votre pratique, quelles évolutions dans les demandes de chirurgie intime féminine avez-vous remarqué (et de la nymphoplastie en particulier) ?

II. <u>Profil de la patientèle faisant ces types de demandes</u>

1. Pourriez-vous décrire les **profils des patientes** formulant ces types de demandes (origine sociale, âge, orientation sexuelle…) ?
2. Quel est **leur rapport à la chirurgie esthétique** : font-elle recours à d'autres types de chirurgie esthétique (quels types ; avant ou après cette demande) ?
3. **Question ignorance.** Que savent les femmes sur le plan anatomique des chirurgies quand elles arrivent en consultation ? Comment définir un hymen ? Comment expliquer la reconstruction du clitoris ? Quelles explications fournissez-vous lors de la première consultation ?

III. <u>Motivations de la demande</u>

1. Comment les **patientes ont été informées** et/ou orientées vers l'opération ?
2. Comment les **patientes formulent** leur demande ?
   - Comment les femmes font part de leur représentation de la vulve idéale ?
   - Que recherchent elles (au niveau esthétique, autre) ?
3. Quelles sont **leurs motivations** ? (Distinguer entre motivations explicites ou présumées)
4. Quels **facteurs** ont motivé leur demande ? Quel est le rôle des conjoint·e·s ?

IV. Manière de prendre en charge

1. Quel **discours** tenez-vous face à la demande ? (Que dites-vous ; comment réagissez-vous face aux patientes ?)
2. Quelles sont les **protocoles** ou procédures (formels ou informels) face à la demande ? Prise en charge pluridisciplinaire ? Examen gynécologique ?
3. Quels sont les critères cliniques, psychologique ou autre (âge…) pour être opéré ?
   - **Cliniques**. Quelle prise en compte des standards de la « normalité » anatomique (taille[160], symétrie…) ?
   - **Psychologiques**. Quelle est la place selon vous de la dismorphophobie (20-53% des demandes, selon Foldes *et al.*) dans ces demandes ? (Comment la prenez-vous en compte ?)
   - **Age**. Comment réagissez-vous face à une mineure ?
   - Dans quelle mesure ces **critères sont-ils contournables** ? (Que se passe-t-il avec une femme avec une anatomie « normale » ? une mineure ?)
   - Quel est **l'impact**, ou pas, des différentes **sociétés savantes** (gynécologiques) – au niveau français, européen canadien ou américain (American College of Obstetricians and Gynecologists - ACOG[161]) – sur votre manière de prendre en charge ces demandes ?

V. Retours des patientes

1. Quels **retours** avez-vous **des femmes** par la suite, dans le court ou long terme (vie sexuelle, appréciation esthétique) ? (Comment avez-vous des retours ?)

VI. Manière de voir ces demandes

1. Que **pensez-vous de ces différentes chirurgies** – à la fois d'un point de vue médical mais aussi personnel ? (moyen d'améliorer le bien-être ou la santé sexuelle ? mission médicale / esthétique ? …)
   - Au départ la nymphoplastie était conçue comme une « chirurgie réparatrice ». Comment la voyez-vous aujourd'hui ou dans votre propre expérience médicale ?
2. Que **pensez-vous de ces demandes** ? des femmes ? de leurs motivations ?

VII. Types d'interventions : informations techniques sur les chirurgies

1. Quelles **procédures chirurgicales** utilisez-vous (reconstruction vulvaire, coupure du ligament / hyménoplastie, hyménorraphie), pour quelles régions (lèvres, capuchon clitoridien) ?
2. Quel est le **budget** à prévoir pour une nymphoplastie (en comparaison avec les autres interventions, prix similaire ou non) ?

---

[160] Hypertrophie = plus de 4 cm (Alter et al. – dans état des lieux de Foldes et al.)

[161] L'ACOG recommande aux cliniciens de discuter avec la patiente des raisons, et de réaliser une évaluation des symptômes ou signes cliniques pouvant indiquer un besoin d'intervention chirurgicale (Foldès).

3. Quelle est la **durée** de l'intervention et du séjour à l'hôpital ?
4. Avez-vous l'impression que les femmes sont à l'aise pour parler avec vous ?
5. Comment se passe une première consultation ?
6. Si une femme ne vous explique pas ses raisons, comment pouvez-vous savoir si elle peut être prise en charge ?

[Ajout pour professionnel senior, expert en reconstruction du clitoris] :

1. L'histoire de cette chirurgie que vous avez inventée ? Dans quelles conditions ?
2. Formation à d'autres ?
3. Qu'est-ce que vous faites maintenant ?
4. Pourquoi l'OMS ne recommande pas l'opération ?
5. Pourquoi pas bcp d'esthétique dans la procédure ?
6. Vous faites des hyménoplastie aussi ?
7. La clinique est privée ?
8. Quelle femme ne peuvent pas se faire opérer en raison de son statut admin : Quels sont les prérequis pour se faire opérer (admin, statut, assurance, ce qu'elles disent) ? Dans quels cas il y a des contre -indications ?
9. Formation de pro à l'étranger ? En Europe ? Hors Europe ? Comment ça se passe ?
10. Beaucoup pratiqué maintenant ?
11. Spécialistes aux USA ?
12. Dégradation de la méthode : des gens qui ne sont pas formés la pratique ? Qu'en pensez-vous ?
13. Est-ce qu'elle a le même statut que les autres chirurgies ?
14. Et les hyménoplasties ?

- ⇨ Est-ce qu'une collaboration pour analyser les profils sociodémographiques de cette patientèle (à anonymiser à tout prix) vous intéresserait ? …si vous avez une base de données qu'on pourrait exploiter, publication possible à la clé.
- ⇨ Pourrait-on laisser une brochure pour que des patientes concernées (opérées ou ayant été intéressées par la démarche) afin qu'elles puissent nous contacter, voire laisser leur numéro de téléphone (de manière anonyme) ?

Grille d'entretien type pour les femmes enquêtées

Grille d'entretien biographique - Femmes :

Je travaille sur des chirurgies intimes féminines de réparation et leur lien avec la question de la sexualité des femmes et de virginité. Pour interroger les rapports entre corps, norme sociale et monde médical.

Présentation : âge, métier, étude, parent, famille, statut matrimonial.

D'abord, est-ce que tu veux bien me parler de ton enfance, le cadre de vie, ce que tes parents faisaient, leur histoire, combien de frères et sœurs ?

Est-ce que tu peux me parler de tes souvenirs liés à la sexualité et la question de la virginité dans ton enfance et en grandissant ?

Relances possibles :

- Relance famille : relation mère, père, sœur, frère (qu'en pensent-ils, ou ne disait pas ?)
- Relance ami : entourage. Question de la virginité.
- Excision ? Quand, quel âge ?
- Première fois ? Mariage forcé.
- Réparation ? Avec qui ? (chirurgien.nes : homme ou femme, est-ce que cela a une importance ?).
- Loin de là où vous habitiez ?
- Comment avez-vous eu connaissance ?
- Comment prise de décision ? Pourquoi ?
- Combien ça coûtait ?
- Il y a combien de temps ?
- Combien de temps a duré la procédure ? Suivi autre que chirurgie ?
- Démarche secrète par rapport à votre famille ?
- Résultat ? Satisfaction ?
- Rapport à la virginité pour la première fois : important, pas important ?
- Parole : sujet de conversation ou pas ?
- Question autour de la langue ; tu as appris l'arabe, le kabyle. Comment dit-on virginité ?
- Que penses-tu de la virginité maintenant ?
- Tu en parles à tes enfants comment ou n'en parle pas ?

Annexe 7. Les grilles d'entretien type utilisées sur le terrain égyptien

Grille d'entretien type – Femmes

1. Peux-tu me parler un peu de toi ? Ton âge, ta profession, tes études ?
2. Tu es née au Caire / Alexandrie ? Et tes parents, ils sont égyptiens, nés au Caire aussi ?
3. Est-ce que tu es mariée ou tu as été mariée ? as-tu des enfants ? Depuis quand dans une relation ? Fiancée comment ça se passe ?
4. Est-ce que tu es déjà allée voir un gynécologue ? Quand est-ce que tu y es allée pour la première fois ?
5. Est-ce que c'est facile de voir un gynécologue ? Est-ce que ça a une importance si c'est un homme ou une femme ?
6. Consultation régulière ? contraception ?
7. Est-ce qu'en grandissant, tu as déjà eu des discussions sur le sexe ? Si oui avec qui ?
8. Si tu as besoin de conseils vers qui tu te tournes ?
9. Et maintenant, avec qui peux-tu parler de sexe ?
10. Est-ce que tu as déjà parlé de l'excision avec ton gynécologue ?
11. Tu veux bien me parler de ton excision ? (Par exemple : Est-ce que vous vous en rappelez, vous aviez quel âge ?
12. Qui vous a excisé, dans quel cadre ?
13. Pourquoi avoir fait l'opération ? Quelles étaient vos attentes ?
14. Comment ça se déroule : procédure détaillée (nombre de jours, de consultation). Vous avez vécu comment cette prise en charge médicale ? C'était quand ?
15. Est-ce que vous avez fait confiance tout de suite au médecin ?
16. Comment avec vous entendu parlé de cette réparation ?

17. Aviez-vous peur de la faire ?
18. Comment vous sentez-vous maintenant après l'avoir fait, sur le plan corporel ? (plus en confiance en soi ?)
19. Qu'en pense votre famille est-ce que votre fiancé est au courant ?
20. Avez-vous eu des complications, douleurs ?
21. Est-ce que s'il y avait une attente sur le plan sexuel, vous en êtes satisfaite ?
22. Combien a coûté l'opération ? Est-ce que c'était dans vos moyens ? comment avez-vous trouvé l'argent ?
23. Je sais qu'il existe plusieurs types d'excision, est-ce que vous as une idée de ce qu'on t'a coupé à peu près ? Tu veux bien me décrire ?
24. Vous avez des sœurs/ filles qui ont été excisées ?
25. Que vous ont dit vos parents là-dessus ?
26. As-tu déjà parlé de ça avec tes enfants ?
27. Que pensez-vous de l'excision personnellement ?
28. Avez-vous des problèmes de santé liés à l'excision ?
29. Est-ce que cela affecte votre vie sexuelle ? Pouvez-vous me parler de votre vie sexuelle un peu ? Peut-être *sujet ?* est encore vierge ? Si oui, qu'est-ce que ça représente pour elle ?
30. Est-ce que tu sais s'il y a une prise en charge médicale pour l'excision ? si oui, comment tu en as entendu parler ?
31. Il y a maintenant des chirurgies de reconstruction pour les FGM, tu en as déjà entendu parler ? Par qui ? Ou comment ?
32. Est-ce que tu as déjà envisagé d'en faire une ? est-ce que ça t'intéresserait ?
33. Qu'est-ce que cette chirurgie peut t'apporter ? Qu'attends-tu de cette chirurgie ?
34. Tu sais combien ça coûte ?
35. Est-ce que si à un moment tu décides de faire cette chirurgie ou juste de faire une consultation, comment ça se passe ou peut-être m'emmener avec toi ?
36. Est-ce que tu discutes parfois de l'excision et de la réparation avec des gens de ton entourage ? Avec qui ?
37. Est-ce que tu en parles avec ta famille ? Si non ou oui, pourquoi ?
38. Est-ce que vous voulez ajouter quelques choses par rapport à notre conversation ?
39. Est-ce que vous connaissez d'autres patientes ? Même qui ont juste consulté pour l'opération ?

Grille d'entretien type – Professionnel.le.s de santé

D'autres questions peuvent apparaître au cours de l'entretien, selon les réponses données. La durée de l'entretien est estimée à une heure.

1. Pouvez-vous présenter votre parcours professionnel et votre formation ?
2. Pourquoi avez-vous choisi de vous spécialiser sur ce type de cas ?
3. Pouvez-vous me parler des premiers cas traités ?
4. A quelle fréquence aviez-vous des femmes qui voulaient se faire reconstruire le clitoris ?
5. Quelles sont les procédures/ protocoles (formels ou informels) qui vous suiviez pour traiter cette demande ? (Renvoi à collègue, établissement, etc).
6. Comment s'articulait votre prise en charge conjointe avec le/la chirurgien/ne ?
7. Quel rôle a la prise en charge psychologique dans le processus de reconstruction ?
8. Pourriez-vous décrire le profil des patientes formulant ces types de demandes (origine sociale, âge, orientation sexuelle, etc…) ?

9. Comment les patientes ont été informées et/ou orientées vers l'opération ?
10. Que recherchent-elles (au niveau esthétique ou autre) ?
11. Quelles sont leurs motivations ? (Explicites ou présumées ?)
12. Quels facteurs ont motivé leur demande ? Quel est le rôle du conjoint par exemple ?
13. Quel discours tenez-vous face à la demande ? Que dites-vous ?
14. Quelle est la part selon vous du psychologique et du physique dans cette demande ?
15. Quel rôle a cette chirurgie vis-à-vis de la sexualité de ces femmes ? Quelle place a la sexualité dans la parole de ces femmes ?
16. Quel rôle a votre avis dans la décision d'opérer ou pas ? Est-ce que votre avis joue auprès du chirurgien(ne) ou plutôt auprès de la patiente ?
17. Est-ce que beaucoup de patientes vont au bout de la reconstruction chirurgicale ?
18. Comment se passe l'intervention chirurgicale ?
19. Est-ce que vous avez d'autres patientes qui vous parle de chirurgie intime au sens large (nymphoplastie, hyménoplastie, etc) ? Que pensez-vous du rapport entre cette reconstruction du clitoris par rapport au reste de la chirurgie intime féminine ?
20. Est-ce que vous pourriez me parler de certains de cas de femmes qui vous ont marqué ?
21. Quelles sont les difficultés rencontrées en tant que professionnel.le de santé ? En tant que femme/homme, etc ?

Version anglaise :

- Can you briefly introduce yourself in order to clarify the framework of your answers and your expertise (e.g. your studies, your age, title of your profession, place where you practise it) ?
- Does women in Egypt come easily to gynecologist cabinet ?
- Is it more difficult as a men ?
- Can you tell me about the situation in Egypt regarding FGM at the moment?
- Are you confronted with it in your practice? How often (daily, from time to time, only by the media, never) ? For what kind of patient (social class, age, level of education…).
- Is there a need of medical care for women who have undergone FGM, in Egypt in general, in Cairo and in your own practice ?
- What can be done on the medical level for women with FGM in Egypt ?
- Do you perform genital surgeries? If so, which ones? How often?
- What do you know about reconstructive surgery (of the clitoris or others) for women? How long has it existed in Egypt?
- Do you know the price (even approximate) of this surgery?
- (If you perform it, can you explain in what context you learned how to perform it? And what kind of patient do you have ?)
- Do you have a personal position on the issue (you are free not to answer this question if it makes you uncomfortable)?
- Some health professionals in Egypt perform medicalised FGM on girls, what do you know about this medical practice?
- Do you have any other remarks about this surgery in the Egyptian context? Is there any other striking particularities that need to be mentioned?
- Would you have contacts of other Egyptian health professionals to recommend me and who perform or are familiar with this surgery ?

Annexe 8. Formulaire de consentement éclairé sous forme de note d'information validé par la délégation aux données personnelles du CNRS

Note d'information

Les informations recueillies vous concernant vont faire l'objet d'un traitement dans le cadre du projet « Des chirurgies sexuelles féminines de « reconstruction » : circulation de pratiques médicales et construction des corps féminins en médecine. Une enquête multi- située entre France, Égypte et Tunisie : du corps exilé au corps globalisé » piloté par Madame Sarah Boisson - Unité de Recherche Migrations et Sociétés (URMIS) - St Jean d'Angely - 24, Avenue des Diables Bleus 06357 Nice Cedex 4.

La Déléguée à la Protection des Données du CNRS peut être contactée pour toute question sur la protection des données personnelles.
Ses coordonnées sont les suivantes : CNRS Service protection des données, 2 rue Jean Zay, 54519 Vandoeuvre-lès-Nancy ; mail : dpd.demandes@cnrs.fr.

Objectif et intérêt de l'étude
Ce projet doctoral propose d'étudier les rapports au corps, aux institutions de santé et les trajectoires sociales des patientes dans le cadre des chirurgies intimes de réparation. Il s'agit d'étudier les représentations, les pratiques et les interactions avec les professionnel.les de santé autour de cette chirurgie, ainsi que de documenter les motivations, les profils et le vécue des patientes demandeuses de ces chirurgies. Ce projet devrait notamment permettre aux professionnel.les de santé de mieux connaître les différentes patientèles et expériences sociales liées à cette demande de réparation, et d'être en mesure d'y adapter la prise en charge.

La base légale du traitement est l'exécution d'une mission de service public.

Thèse sous la co-direction : Marie Lesclingand de l'URMIS.

Modalités de l'étude
Des entretiens d'environ une heure sont réalisés, et enregistrés, avec des patientes et des professionnel·les de santé, ainsi que certains acteurs associatifs gravitant autour de cette procédure. Ces entretiens feront l'objet d'une retranscription intégrale en remplaçant les données personnelles comme le nom, les lieux cités par de nom générique ou des pseudonymes.

Seules les données strictement nécessaires à la réalisation de notre recherche seront collectées et traitées (fonction - parcours professionnel - niveau d'études, nom de la structure médicale et/ou association Age, nationalité / pays d'origine des parents, nombre d'enfants - Situation maritale / familiale, opinions sur les pratiques médicales et description du parcours). En fonction de leurs besoins respectifs, sont destinataires de tout ou partie des données : l'équipe en charge du projet.

Vos données à caractère personnel (formulaires de consentement, enregistrements) seront conservées jusqu'à la fin de l'enquête doctorale, en décembre 2022.

Liberté de participation
Vous êtes libre de votre décision de participer à cette étude, ou d'interrompre votre participation à tout moment. Avant de prendre votre décision, vous pouvez bénéficier d'un délai de réflexion supplémentaire, ainsi que de l'aide d'une personne de confiance.

Confidentialité et protection des données
Toutes les informations vous concernant recueillies à l'occasion de l'entretien seront strictement confidentielles, anonymes et protégées par le secret professionnel ainsi que par la loi informatique et libertés n°2004-801 du 6/08/2004 et le décret d'application numéro 2005-1309 paru le 20/10/2005. Les données de l'étude pourront être publiées dans des journaux scientifiques sans que votre identité soit révélée. Vous avez la possibilité d'accéder à vos données personnelles et de les modifier à tout moment pendant l'étude.

Cette étude se déroulera dans le respect des « Bonnes Pratiques Cliniques » et conformément à la législation en vigueur, en particulier selon les dispositions de la Loi de santé publique L.1121-1.

Vous disposez des droits suivants pour l'utilisation qui est faite de vos données :
- Le droit d'opposition : vous pouvez à tout moment vous opposez au traitement de vos données et disposez du droit de retirer votre consentement
- Le droit d'accès et de rectification de vos données
- Le droit d'effacement
- Le droit à une utilisation restreinte lorsque vos données ne sont pas nécessaires ou ne sont plus utiles

Contact : Pour toute question concernant cette étude vous pourrez contacter : Sarah Boisson
E-mail : sarah.boisson@cnrs.fr Téléphone : 0612126614

Vous pouvez contacter également votre DPD à l'adresse suivante :
DPD – 2 rue Jean Zay – 54519 – Vandoeuvre lès Nancy Cedex - dpd.demandes@cnrs.fr

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous avez la possibilité d'introduire une réclamation en ligne auprès de la CNIL ou par courrier postal CNIL, 3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07 (https://www.cnil.fr/).

Consentement éclairé

Je soussigné(e)_____déclare avoir compris l'objectif et l'intérêt de l'étude ; ses modalités ; ma liberté de participer, de poser des questions ou d'accéder à mes données personnelles ; et la confidentialité de toutes données recueillies (voir notice d'information ci-dessus). J'ai eu la possibilité de l'étudier attentivement. Des réponses ont été apportées à toutes mes questions. J'accepte de participer volontairement à cette étude par entretien. Les données recueillies pourront figurer dans une publication ou des travaux scientifiques. Cet entretien sera complètement anonymisé et seule la chercheuse aura accès à l'enregistrement réalisé (voir notice d'information ci-dessus).
Nous vous remercions par avance pour votre confiance.

Fait à_____Le_____ Fait à_____Le _____

Signature de l'intéressé(e) : Signature de l'investigatrice :

Version déclinée pour les groupes de parole :

Note d'information

Les informations recueillies vous concernant vont faire l'objet d'un traitement dans le cadre du projet « Des chirurgies sexuelles féminines de « reconstruction » : circulation de pratiques médicales et construction des corps féminins en médecine. Une enquête multi- située entre France, Égypte et Tunisie : du corps exilé au corps globalisé » piloté par Madame Sarah Boisson - Unité de Recherche Migrations et Sociétés (URMIS) - St Jean d'Angely - 24, Avenue des Diables Bleus 06357 Nice Cedex 4.

La Déléguée à la Protection des Données du CNRS peut être contactée pour toute question sur la protection des données personnelles.
Ses coordonnées sont les suivantes : CNRS Service protection des données, 2 rue Jean Zay, 54519 Vandoeuvre-lès-Nancy ; mail : dpd.demandes@cnrs.fr.

Objectif et intérêt de l'étude
Ce projet doctoral propose d'étudier les rapports au corps, aux institutions de santé et les trajectoires sociales des patientes dans le cadre des chirurgies intimes de réparation. Il s'agit d'étudier les représentations, les pratiques et les interactions avec les professionnel.les de santé autour de cette chirurgie, ainsi que de documenter les motivations, les profils et le vécue des patientes demandeuses de ces chirurgies. Ce projet devrait notamment permettre aux professionnel.les de santé de mieux connaître les différentes patientèles et expériences sociales liées à cette demande de réparation, et d'être en mesure d'y adapter la prise en charge.

La base légale du traitement est l'exécution d'une mission de service public.

Thèse sous la co-direction : Marie Lesclingand de l'URMIS.

Modalités de l'étude
L'observation de groupes de parole qui feront l'objet d'une prise de notes (avec l'accord signé des personnes présentes, ci-dessous) en garantissant l'anonymat. Seule la sociologue effectuant les observations ethnographiques dans le cadre de ce projet aura accès aux notes réalisées. Aucune donnée personnelle ou information contextuelle permettant d'identifier les personnes présentes et tout tiers personne mentionné au cours de l'entretien ne pourra être conservées ou diffusées. Cela s'inscrit dans le cadre du secret professionnel. L'ensemble des notes prises anonymes feront l'objet d'une analyse thématique de contenu.
Les données de l'étude pourront être publiées dans des journaux médicaux et scientifiques sans que l'identité des personnes interviewées soit révélée.
Seules les données strictement nécessaires à la réalisation de notre recherche seront collectées et traitées. En fonction de leurs besoins respectifs, sont destinataires de tout ou partie des données : l'équipe en charge du projet.

Vos données à caractère personnel (formulaires de consentement, prise de note) seront conservées jusqu'à la fin de l'enquête doctorale, en décembre 2022.

Liberté de participation
Vous êtes libre de votre décision de participer à cette étude, ou d'interrompre votre participation à tout moment. Avant de prendre votre décision, vous pouvez bénéficier d'un délai de réflexion supplémentaire, ainsi que de l'aide d'une personne de confiance.

Confidentialité et protection des données
Toutes les informations vous concernant recueillies à l'occasion de l'entretien seront strictement confidentielles, anonymes et protégées par le secret professionnel ainsi que par la loi informatique et libertés n°2004-801 du 6/08/2004 et le décret d'application numéro 2005-1309 paru le 20/10/2005. Les données de l'étude pourront être publiées dans des journaux scientifiques sans que votre identité soit

révélée. Vous avez la possibilité d'accéder à vos données personnelles et de les modifier à tout moment pendant l'étude.

Cette étude se déroulera dans le respect des « Bonnes Pratiques Cliniques » et conformément à la législation en vigueur, en particulier selon les dispositions de la Loi de santé publique L.1121-1.

Vous disposez des droits suivants pour l'utilisation qui est faite de vos données :
- Le droit d'opposition : vous pouvez à tout moment vous opposez au traitement de vos données et disposez du droit de retirer votre consentement
- Le droit d'accès et de rectification de vos données
- Le droit d'effacement
- Le droit à une utilisation restreinte lorsque vos données ne sont pas nécessaires ou ne sont plus utiles

Contact : Pour toute question concernant cette étude vous pourrez contacter : Sarah Boisson
E-mail : sarah.boisson@cnrs.fr Téléphone : 0612126614

Vous pouvez contacter également votre DPD à l'adresse suivante :
DPD – 2 rue Jean Zay – 54519 – Vandoeuvre lès Nancy Cedex - dpd.demandes@cnrs.fr

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous avez la possibilité d'introduire une réclamation en ligne auprès de la CNIL ou par courrier postal CNIL, 3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07 (https://www.cnil.fr/).

Consentement éclairé

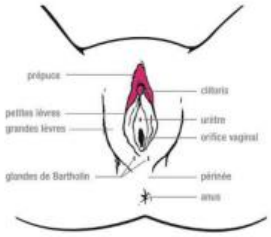
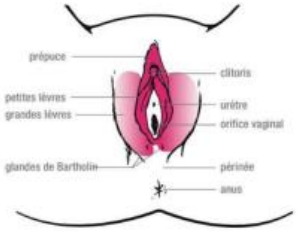
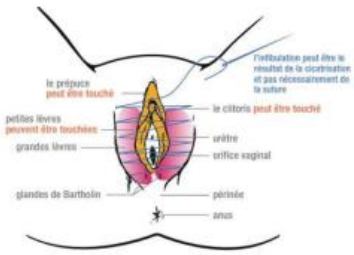
Je soussigné(e)_____déclare avoir compris l'objectif et l'intérêt de l'étude ; ses modalités ; ma liberté de participer, de poser des questions ou d'accéder à mes données personnelles ; et la confidentialité de toutes données recueillies (voir notice d'information ci-dessus). J'ai eu la possibilité de l'étudier attentivement. Des réponses ont été apportées à toutes mes questions. J'accepte de participer volontairement à cette étude par entretien. Les données recueillies pourront figurer dans une publication ou des travaux scientifiques. Cet entretien sera complètement anonymisé et seule la chercheuse aura accès à l'enregistrement réalisé (voir notice d'information ci-dessus).
Nous vous remercions par avance pour votre confiance.

Fait à_____Le_____ Fait à_____Le _____

Signature de l'intéressé(e) : Signature de l'investigatrice :

Annexe 9. Typologie des mutilations sexuelles féminines selon l'OMS, infographie issue de l'Enquête MSF-Préval (2022)

C. Typologie des mutilations sexuelles féminines (7,13)

TYPES	DEFINITIONS	
Type I ou Clitoridectomie	Ablation partielle ou totale du prépuce clitoridien (repli de peau qui entoure le clitoris) et/ou du gland clitoridien.	
Type II ou Excision	Ablation partielle ou totale du gland clitoridien et des petites lèvres, avec ou sans l'ablation des grandes lèvres.	
Type III ou Infibulation	Rétrécissement de l'orifice vaginal par recouvrement, réalisé en sectionnant et en repositionnant les petites lèvres, ou les grandes lèvres, parfois par suture, avec ou sans ablation du prépuce et gland clitoridien.	
Type IV	Toutes autres interventions néfastes au niveau des organes génitaux féminins à des fins non médicales. Par exemple: piquer, percer, inciser, racler, cautériser les organes génitaux, etc...	

Sources : Lesclingand, Marie, Fatoumata Sylla, Armelle Andro, et Sarah Boisson. « Projet MSF-PREVAL. » Research Report. Université Côte d'Azur ; Université Paris 1 - Panthéon Sorbonne, septembre 2022. https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03789966.

Annexe 10. Liste des noms des médias du corpus de presse classés par type de presse.

Nom du média	Type de presse
Basta	Presse généraliste marginale
Boulevard Voltaire	Presse généraliste marginale
Egalité et reconciliation	Presse généraliste marginale
Novopress	Presse généraliste marginale
Riposte laïque	Presse généraliste marginale
Salonbeige	Presse généraliste marginale
Slate	Presse généraliste marginale
20 minutes	Presse généraliste de masse
AFP	Presse généraliste de masse
Atlantico	Presse généraliste de masse
Aujourd'hui	Presse généraliste de masse
Charente libre	Presse généraliste de masse
Décideurs Magazine	Presse généraliste de masse
Euronews	Presse généraliste de masse
Huffpost	Presse généraliste de masse
Humanité	Presse généraliste de masse
Inrock	Presse généraliste de masse
JDD	Presse généraliste de masse
La Croix	Presse généraliste de masse
La Dépêche du Midi	Presse généraliste de masse
La Nouvelle République	Presse généraliste de masse
La Vie	Presse généraliste de masse
La Voix du Nord	Presse généraliste de masse
L'Eclairdes Pyrénées	Presse généraliste de masse
Le Figaro	Presse généraliste de masse
Le Monde	Presse généraliste de masse
Le Nouvel Observateur	Presse généraliste de masse
Le Parisien	Presse généraliste de masse
Le Point	Presse généraliste de masse
Le Progrès	Presse généraliste de masse
Le Télégramme	Presse généraliste de masse
L'Express	Presse généraliste de masse
Libération	Presse généraliste de masse
Marianne	Presse généraliste de masse

Médiapart	Presse généraliste de masse
Newspress	Presse généraliste de masse
Nice matin	Presse généraliste de masse
Opinion	Presse généraliste de masse
Ouest France	Presse généraliste de masse
Presse Océanique	Presse généraliste de masse
RTL	Presse généraliste de masse
Sud Ouest	Presse généraliste de masse
Valeurs actuelles	Presse généraliste de masse
Madame Figaro	Presse spécialisée féminine
Causette	Presse spécialisée féminine
Closer	Presse spécialisée féminine
Cosmopolitan	Presse spécialisée féminine
Elle	Presse spécialisée féminine
Femmes actuelles	Presse spécialisée féminine
Gala	Presse spécialisée féminine
Le Journaldes Femmes	Presse spécialisée féminine
Marie Claire	Presse spécialisée féminine
Version Femina	Presse spécialisée féminine
Allodocteurs	Presse spécialisée médicale
Chirurgie plastique esthétique	Presse spécialisée médicale
DéveloppementetSanté	Presse spécialisée médicale
Doctissimo	Presse spécialisée médicale
Fil santé	Presse spécialisée médicale
Gynécologie pratique	Presse spécialisée médicale
Journal de Gynécologie Obstétrique Biologie et reproduction	Presse spécialisée médicale
La Gazette Santé Social	Presse spécialisée médicale
Le Quotidien du Médecin	Presse spécialisée médicale
Progrès en Urologie	Presse spécialisée médicale
Santé+ Magazine	Presse spécialisée médicale
Sexologie	Presse spécialisée médicale
Urofrance	Presse spécialisée médicale

Annexe 11. Base hyperbase « Les chirurgies sexuelles de reconstruction féminines dans la presse française », identifiant « pressechir » - Ecran d'édition et de partitionnement par « année ».

À propos

- pressechir
- public
- french
- 463124 Occurrences
- 19115 Vocables
- 0 Hapax

Exportation

- exporter le corpus

Les chirurgies sexuelles de reconstruction féminines dans la presse française

Sarah Boisson

Ajouter une description

Partitionnement

N°	Titre	Occurrences	Vocables	Hapax	Déplacer	×
1	année:2002	804	200	0	▲ ▼	×
2	année:2004	13554	1908	0	▲ ▼	×
3	année:2005	2094	441	0	▲ ▼	×
4	année:2006	9086	1221	0	▲ ▼	×
5	année:2007	22804	2886	0	▲ ▼	×
6	année:2008	16776	1973	0	▲ ▼	×
7	année:2009	6330	999	0	▲ ▼	×
8	année:2010	2688	540	0	▲ ▼	×
9	année:2011	12500	1693	0	▲ ▼	×
10	année:2012	28094	2838	0	▲ ▼	×
11	année:2013	24488	2782	0	▲ ▼	×
12	année:2014	41422	4471	0	▲ ▼	×
13	année:2015	49130	4689	0	▲ ▼	×
14	année:2016	44782	4464	0	▲ ▼	×
15	année:2017	34682	3766	0	▲ ▼	×
16	année:2018	30790	3115	0	▲ ▼	×
17	année:2019	79672	5775	0	▲ ▼	×
18	année:2020	43428	4239	0	▲ ▼	×

Annexe 12. Photos de professionnel.les de santé illustrant certains articles du corpus de presse

Pierre Foldès, dans son cabinet parisien en 2004 © Jean Ayissi / AFP • © JEAN AYISSI / AFP

Source : Presse spécialisée médicale, La Vie, Juin 2012 : *https://www.lavie.fr/actualite/societe/pierre-foldegraves-le-chirurgien-qui-reacutepare-les-clitoris-790.php*

Le Monde ACTUALITÉS ÉLECTIONS 2022 ÉCONOMIE VIDÉOS DÉBATS CULTUR

SCIENCES • SANTÉ

Ghada Hatem, celle qui répare les fe victimes de violences

La gynécologue obstétricienne a créé la Maison des femmes à Saint-Denis des dizaines d'autres structures ont vu le jour, grâce à son combat féminis soigner les femmes victimes de violences.

Par Pascale Santi

Publié le 22 novembre 2021 à 06h00 - Mis à jour le 25 novembre 2021 à 14h18 • Lecture 9 min.

Article réservé aux abonnés

Ghada Hatem, à Saint-Denis (Saint-Saint-Denis), le 19 mai 2020. CAMILLE GHARBI POUR « LE MONDE »

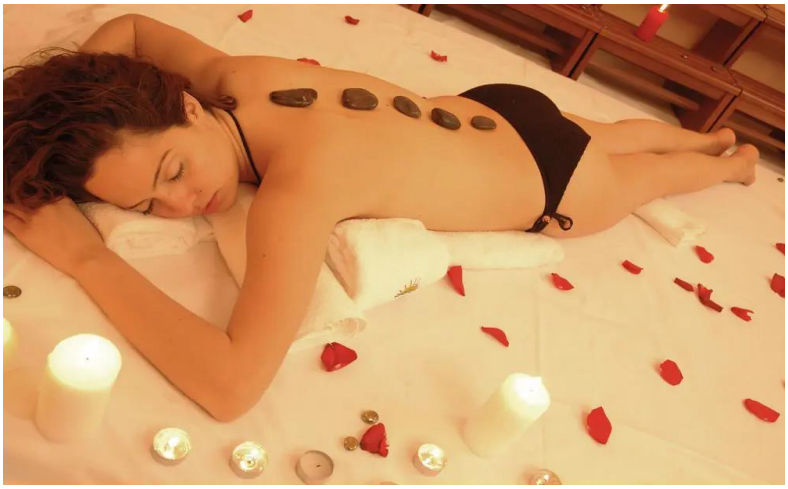
Source : Presse généraliste de masse, Le Monde, mai 2021, url : https://www.lemonde.fr/sciences/article/2021/11/22/ghada-hatem-celle-qui-repare-les-femmes-victimes-de-violences_6103109_1650684.html#:~:text=Terre%20d'inspiration-,Ghada%20Hatem%2C%20celle%20qui%20r%C3%A9pare%20les%20femmes%20victimes%20de%20violences,les%20femmes%20victimes%20de%20violences.

Annexe 13. Photos illustrant les patientes des chirurgies dans certains articles du corpus de presse

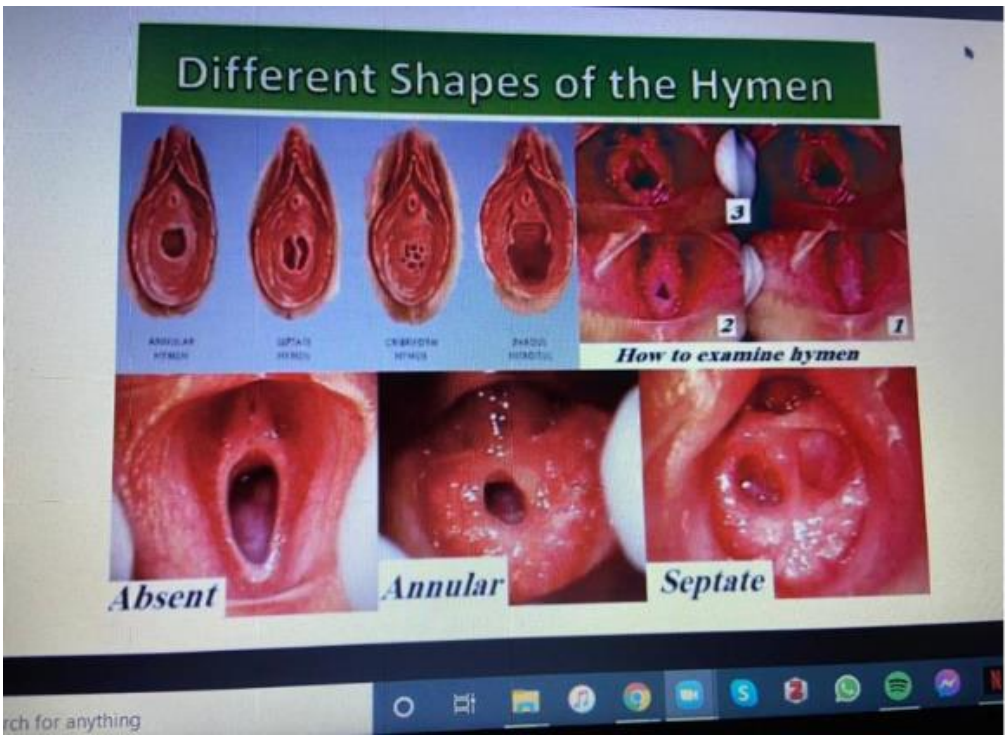
Sources : Riposte laïque, « L'hymen nouveau est arrivé ! », 2016, consulté le 26/09/2022, url : https://ripostelaique.com/lhymen-nouveau-arrive.html

Sources : Salon beige, « De plus en plus de femmes en France optent pour l'hyménoplastie », 2014, consulté le 25/06/2020, url : https://www.lesalonbeige.fr/de-plus-en-plus-de-femmes-en-france-optent-pour-lhymenoplastie/

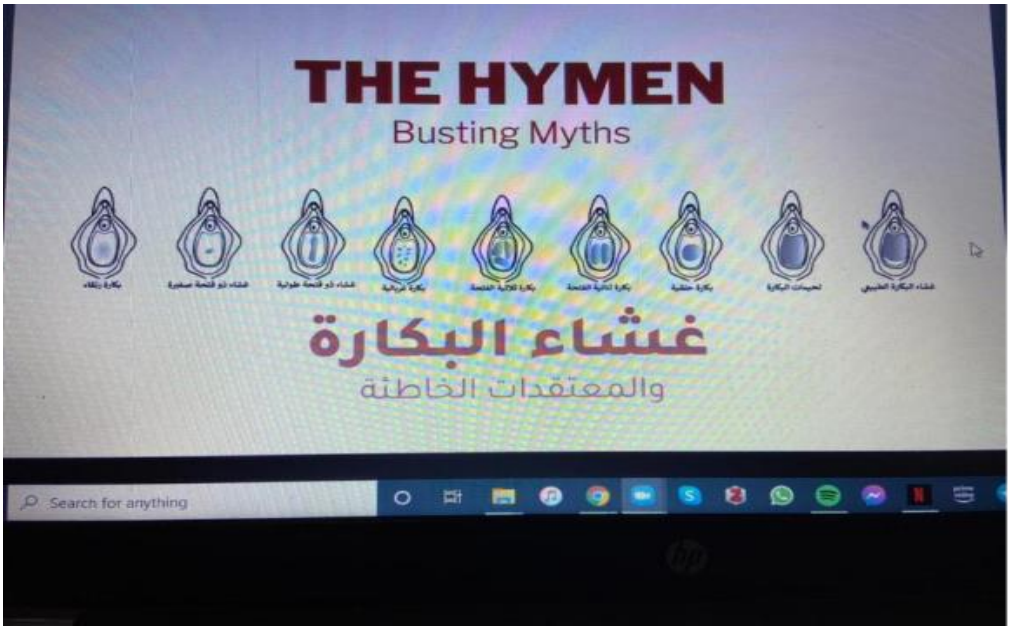
Annexe 14. Photos de présentation (présente sur le site de la clinique) du complexe hôtelier accueillant les patientes d'hyménoplasties dans une ville côtière périphérique de Tunis (Nord-est).



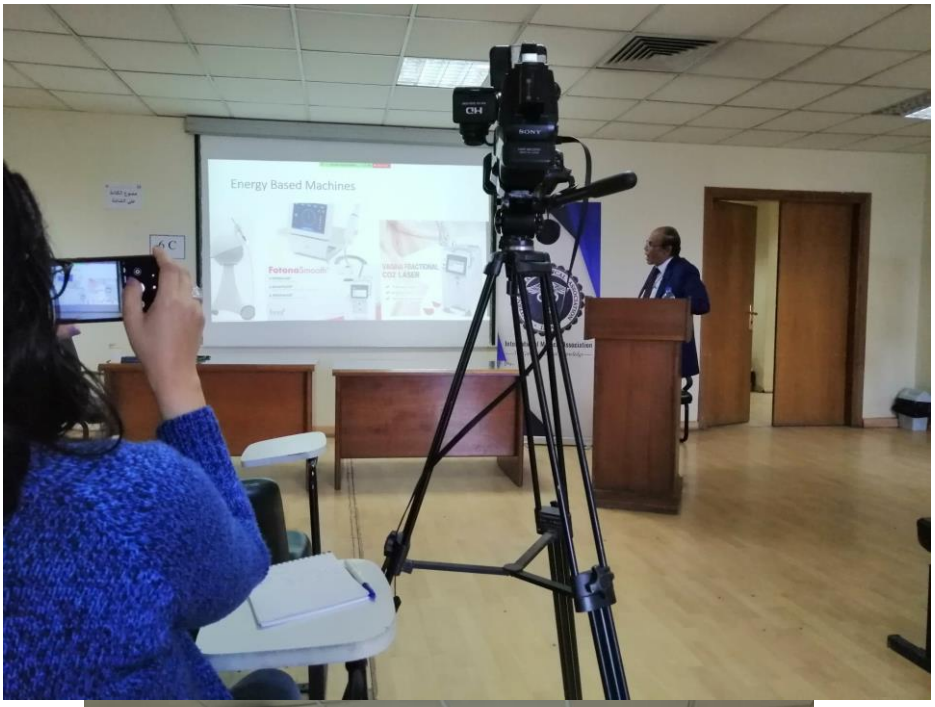
Annexe 15. Photos compilées « différentes formes de l'hymen » partagées durant la formation « Female Pleasure Principle » lié au compte Instagram « This is mother being », suivie le 26 mai 2021 :



Annexe 16. Schéma « L'hymen : casser les mythes » partagé durant la formation « Female Pleasure Principle » lié au compte Instagram « This is mother being », suivie le 26 mai 2021 :



Annexe 17. Photo d'une maquette de clitoris à un congrès à Athènes organisé par l'European society of aesthetic gynecology (ESAG) en juillet 2021 :

Annexe 18. Centre de formation attaché au Ministère de la Santé égyptien, au Caire « Princess Ftama Cademy ; For professionnal medical education », photo prise le 15 mars 2021.

Annexe 19. Photos prises pendant la formation sur deux jours, mars 2021 Le Caire