



HAL
open science

Les pratiques de modifications génitales féminines : entre condamnation et valorisation.

Marie Lesclingand

► **To cite this version:**

Marie Lesclingand. Les pratiques de modifications génitales féminines : entre condamnation et valorisation.. 2019. hal-02110298v1

HAL Id: hal-02110298

<https://hal.science/hal-02110298v1>

Preprint submitted on 25 Apr 2019 (v1), last revised 26 May 2020 (v2)

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

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

Titre : Les pratiques de modifications génitales féminines : entre condamnation et valorisation.

Title: Female Genital Modifications: between condemnation and promotion.

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

Coordonnées professionnelles :

Laboratoire URMIS (UMR205) - MSH (Bâtiment SJA3)

Pôle Universitaire St Jean d'Angely

24, avenue des Diables Bleus

06357 Nice Cedex 4

Tél : 33 (0) 4 89 15 23 40

Portable : 33 (0) 6 17 03 16 79

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

Nombre de signes (notes et espaces compris) : 47 477

NE PAS DREFFUSER

Résumé :

Alors que les interventions de modifications des organes sexuels féminins ont une longue histoire dans plusieurs régions du monde, les représentations qui leur sont associées aujourd'hui dans les sociétés occidentales restent fortement ancrées dans des schémas binaires : certaines pratiques, perçues comme traditionnelles, sont condamnées moralement et pénalement tandis que d'autres pratiques, liées aux nouvelles technologies, sont autorisées et valorisées. Les pratiques d'excision longtemps pensées comme exclusivement africaines sont ainsi qualifiées de « mutilations » tandis que certaines formes de chirurgies sexuelles similaires à l'excision du point de vue de l'altération faite aux parties génitales, relèveraient du cosmétique. Cet article propose d'envisager l'ensemble de ces pratiques sous le terme global de modifications génitales féminines et de s'interroger sur les termes de leur comparabilité, à différents niveaux : langagier, juridique, statistique, genré, sexuel et médical. Si des similitudes conceptuelles peuvent être mises en évidence, des différences réelles ou supposées sont mises en exergue, contribuant à perpétuer l'approche disjointe et antinomique des pratiques. La perspective globale proposée dans cet article contribue à dépasser cette dichotomie et envisage ses répercussions au niveau du droit, dans le monde médical et en termes de recherche scientifique.

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

Abstract:

Interventions to modify female sexual organs have a long history in several parts of the world but their associated representations in Western contemporary societies remain strongly rooted in binary patterns: some practices, perceived as traditional, are morally and criminally condemned while others, linked with new technologies, are allowed and valued. Thus, Female Genital Cutting that have long been thought of as exclusively African are described as “mutilation”, while certain forms of sexual surgery similar to Female Genital Cutting in terms of alteration of the genitalia are considered cosmetic. This article proposes to analyze all these practices under the global term of female genital modifications and to question the terms of their comparability, at different levels: language, legal, statistical, gender, sexual and medical. While conceptual similarities can be identified, real or perceived differences are highlighted, helping to perpetuate the disjointed and contradictory approach of practices. The global perspective proposed in this article helps to overcome this dichotomy and considers its implications for law, medicine and scientific research.

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

Introduction

Les pratiques de modifications des corps sexués ont une longue histoire et existent dans de nombreuses et diverses sociétés. Dans le monde actuel globalisé, d'anciennes pratiques perçues comme « traditionnelles » co-existent avec des interventions chirurgicales « modernes » liées au développement des biotechnologies (Griffin et Jordal, 2019 ; Riley, Evans et Robson, 2018). Si les premières sont largement appréhendées dans les imaginaires collectifs, par les pouvoirs publics et les organismes internationaux comme des formes de violences et d'atteinte aux droits fondamentaux, les secondes sont en revanche envisagées comme des interventions d'embellissement des corps et répondant à des choix individuels (Martin, Bendjama et Bessette-Viens, 2018). À ce titre, les modifications des organes génitaux féminins sont particulièrement emblématiques de ces représentations inversées : les pratiques d'excision, associées à des femmes marquées par leur origine ethnique, sont qualifiées de « mutilations » tandis que les chirurgies sexuelles cosmétiques – dont certaines formes, comme la labioplastie, sont similaires aux premières du point de vue de l'altération physique - sont perçues comme des actes d'émancipation réalisées sur des femmes non altérées (Martin, Hertz et Rey, 2015). Dans plusieurs pays occidentaux où ces deux formes de pratiques coexistent, les pratiques d'excision apparaissent alors comme « le miroir inversé négatif » des chirurgies sexuelles cosmétiques (Bader, 2016).

Dans ces pays, de plus en plus de femmes ont recours à des chirurgies sexuelles cosmétiques (CSC) et notamment des adolescentes (Brodie *et al.*, 2018 ; Runacres et Wood, 2016 ; Spriggs et Gillam, 2018 ; Wood, 2017). Ces interventions, qui correspondent à la définition des « mutilations génitales féminines » (MGF¹) de l'OMS, placent une partie des professionnel·les de santé face à des questionnements éthiques. Par ailleurs, les deux ensembles de pratiques sont, au regard du droit, traitées de manière différentielle, les unes étant illicites tandis que les autres sont autorisées. Depuis une dizaine d'années, de nouvelles approches qui établissent des parallèles entre ces pratiques, émergent dans la littérature académique essentiellement anglophone, en sociologie et en anthropologie (Bader, 2016 ; Boddy, 2016 ; Essen et Johnsdotter, 2004 ; Griffin et Jordal, 2019 ; Pedwell, 2007), mais aussi dans le champ des études juridiques et philosophiques (Bennett, 2012 ; Sheldon et Wilkinson, 1998) et médicales (Brodie *et al.*, 2018 ; Creighton et Liao, 2018 ; Spriggs et Gillam, 2018).

¹ Dans la suite du texte, les acronymes CSC et MGF seront employés.

Ces travaux scientifiques, qu'ils se situent dans une perspective de continuum² ou d'analogie³ ont comme intention plus ou moins explicite de rejeter l'essentialisme culturel qui domine encore le discours international sur les pratiques d'excision (Pedwell, 2007). Ils remettent aussi en question les représentations binaires qui opposent d'un côté « la femme « racisée » comme noire, victime des « mutilations génitales féminines » et de traditions culturelles, dominée par l'autorité patriarcale et dont la sexualité est contrôlée par les autres à la femme « déracisée » et donc blanche, consommatrice des chirurgies cosmétiques (et de technologies modernes), émancipée et capable de négocier avec des normes culturelles souples et cherchant à améliorer sa propre sexualité »⁴. Si ces approches permettent de rompre avec les visions essentialistes et culturalistes de ces pratiques, elles peinent néanmoins à discuter les problématiques différences posées par le modèle binaire. En privilégiant les similitudes, notamment du point de vue des rapports de genre et de la sexualité, ces approches tendent à « effacer » les différences sociales et historiques liées à la « race » et à la culture (Pedwell, 2007). Or ces axes de différenciation sont déterminants dans la manière dont les pratiques ont été construites ou non comme problématiques.

Cet article propose de regrouper l'ensemble de ces pratiques sous le terme de « Modifications génitales féminines⁵ » (MoGF) et de s'interroger sur les termes de leur comparabilité⁶. Il sera particulièrement question ici de rapprocher deux pratiques, l'excision⁷ et la labioplastie⁸, dont les formes d'atteinte aux parties génitales féminines sont similaires : altération des petites et/ou des grandes lèvres et/ou du clitoris. L'excision est la principale forme de MGF dans le monde (Andro et Lesclingand, 2016) tandis que la labioplastie est l'opération de CSC la plus répandue et ayant connu la plus forte augmentation depuis ces dernières années dans plusieurs pays occidentaux (États-Unis, Australie, Royaume-Uni, Suisse, France)⁹. La comparabilité des deux

² Ces approches critiques, très présentes dans les études féministes, envisagent les « mutilations génitales féminines » et les « chirurgies sexuelles cosmétiques » au sein d'un continuum de procédures d'altération des corps féminins, privilégiant les approches en termes de rapports de genre et de sexualité (Pedwell, 2007).

³ Le modèle de l'analogie soutient que les deux ensembles de pratiques partagent des similitudes conceptuelles essentielles : néfastes pour la santé et fondées sur des conceptions patriarcales de la féminité et de la sexualité féminine (Bennett, 2012).

⁴ (Pedwell, 2007, p. 267) Traduction de l'auteurice.

⁵ Ce terme de « modifications génitales féminines » (MoGF) a notamment été proposé par une anthropologue italienne, Michela Fusaschi, dans le cadre d'une anthropologie politique de la globalisation (Fusaschi, 2015).

⁶ En reprenant la définition de l'action de comparer : « ce que l'on compare est de même nature ou présente des similitudes évidentes. » ([Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales](#)).

⁷ Dans la typologie de l'OMS, elle correspond au type II et est définie ainsi : « Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres » (WHO, 2008).

⁸ Connue également sous le nom de nymphoplastie, elle consiste en « une ablation partielle ou totale des petites lèvres avec la possible ablation de la partie émergente du clitoris, de la réduction du capuchon clitoridien ou du repositionnement du clitoris » (Braun, 2005).

⁹ +40% d'augmentation entre 2014 et 2017 d'après l'International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS).

pratiques sera appréhendée sous différents angles : leurs dénominations, leurs origines, leurs traitements juridiques, les effectifs et les caractéristiques des femmes concernées, les représentations qui leur sont associées en termes de rapports de genre et de sexualité, et les formes de médicalisation dont elles sont l'objet.

« Mutilations » versus « chirurgies cosmétiques » : la force du langage.

Alors que l'excision et la labioplastie correspondent à des altérations similaires des parties génitales féminines, les termes employés pour les désigner sont très contrastés. Concernant les pratiques d'excision, le vocabulaire a évolué en parallèle de la mobilisation internationale visant à les faire disparaître. Les premières approches anthropologiques avaient mis l'accent sur les aspects rituels des pratiques désignées alors sous le terme de circoncision féminine¹⁰. Ainsi, en 1958, alors que l'ONU se saisit pour la première fois de ce sujet, ces pratiques sont décrites comme « des opérations rituelles fondées sur la coutume », terminologie reprise par l'OMS un an plus tard (WHO, 1959). À partir du milieu des années soixante-dix, sous l'influence des mouvements féministes, le prisme par lequel ces pratiques sont désormais appréhendées rejette complètement le parallélisme avec la circoncision masculine (Sindzingre, 1977, 1979) et met en exergue les conséquences néfastes sur la santé des femmes et des fillettes (Hosken, 1979). C'est durant les années 1990 que le vocabulaire s'est peu à peu stabilisé dans les différentes instances avec l'adoption de la terminologie de « mutilation génitale féminine » appréhendée comme une forme de violation des droits humains et d'atteinte à la santé (Shell-Duncan, 2008 ; Shell-Duncan et Hernlund, 2001). Son usage dans la littérature scientifique s'est alors complètement généralisé et est resté peu débattu (Fusaschi, 2015). Cette perspective qui réinscrit la pratique des MGF dans la construction de rapports sociaux de genre inégalitaires, renforce une vision culturaliste de ces pratiques, souvent présentées comme un idéal-type de la violence patriarcale qui serait spécifique à ces sociétés. Cette présentation manichéenne a conduit à reprocher à la mobilisation internationale son inscription dans un schéma post-colonial racialisant, vécu comme une forme de « croisade » des féministes du Nord (Boddy, 2007 ; Wade, 2012). Depuis 2013, l'Unicef accole aux expressions de « mutilations génitales féminines » ou « female genital mutilation », les termes plus neutres « d'excision » en français et de « cutting¹¹ » en anglais (UNICEF, 2013).

¹⁰ En référence aux rites de passage à l'âge adulte qui comprenaient, dans de nombreuses sociétés africaines, les pratiques de circoncision masculine et féminine (Sindzingre, 1977).

¹¹ Le terme en français « coupure » est très peu utilisé alors qu'il correspondrait sans doute à la meilleure traduction littérale des termes utilisés dans les langues vernaculaires pour désigner ces pratiques (Bellac Cabane, 2008).

Concernant la labioplastie ou nymphoplastie¹², elle est englobée dans l'ensemble des « chirurgies sexuelles cosmétiques » qui s'inscrivent dans une branche spécifique de la médecine, la chirurgie esthétique, dont le développement à visée cosmétique et non plus seulement réparatrice date de la deuxième moitié du XX^e siècle en France (Martin, 2014). Toutes ces interventions – labioplastie/nymphoplastie, vaginoplastie, périnéoplastie, hyménoplastie - en augmentation depuis le début du XXI^e siècle, sont désignées par un vocable neutre et technique, qui renvoie à la région anatomique concernée, et qui renforcent leur inscription dans la sphère médicale en lien avec les innovations technologiques (Riley, Evans et Robson, 2018). Par ailleurs, alors que ces chirurgies relèvent dans leur grande majorité du domaine de la cosmétique, leur lien avec la chirurgie réparatrice est toujours relativement présent : la labioplastie est ainsi présentée – par les professionnel·les de santé qui la pratiquent et par les femmes qui y ont recouru – comme une opération venant corriger des « imperfections » de la vulve (taille, symétrie, couleur) à visée restauratrice.

Ce contraste langagier permet de considérer ces deux ensembles de pratiques de manière complètement disjointe : le terme de « mutilation » renvoie à la fois à la gravité de l'acte mais également au caractère supposé « barbare » de la pratique tandis que le terme de chirurgie en la plaçant dans l'univers médical, « déculturalise » la pratique et minimise complètement l'altération physique qu'elle entraîne¹³. Afin de sortir de ce langage performatif, l'expression à la fois explicite et neutre de « modifications génitales féminines » (MoGF) peut s'avérer pertinente puisqu'elle réunit toutes les pratiques, volontaires ou non, qui entraînent une modification des organes génitaux féminins. Cette approche globale permet de penser l'ensemble de ces pratiques dans un continuum de toutes les atteintes corporelles qui construisent le corps des femmes¹⁴ et qui prennent des formes diverses selon les contextes socio-culturels.

Des histoires entremêlées.

L'origine des « mutilations génitales féminines », tant au niveau historique que géographique, n'est pas précisément connue (Couchard, 2003 ; Erlich, 1986). Ce qui semble admis à ce jour est l'ancienneté de la pratique, qui pourrait remonter à l'Égypte antique, et dont l'origine serait

¹² En anglais, c'est le terme de labiaplasty qui est utilisé alors qu'en français les deux termes coexistent. Dans la littérature médicale française, l'intervention initialement à visée réparatrice, est dénommée « nymphoplastie de réduction », référencée sous le code JMMA005 dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM).

¹³ Dans le cas des nymphoplasties, on parle de « réduction » tandis que dans le cas des excisions, on parle « d'ablation ».

¹⁴ Cette large définition pourrait ainsi englober d'autres types d'actes chirurgicaux comme les épisiotomies et les chirurgies sexuelles de réassignation.

située vers la côte ouest de la mer Rouge¹⁵ avec une diffusion vers les régions limitrophes africaines du sud et de l'ouest (Andro et Lesclingand, 2016). Il apparaît en outre que l'infibulation¹⁶ observée essentiellement dans la zone est du continent africain (Érythrée, Djibouti, Somalie, Égypte et Soudan) se soit développée avec le commerce des esclaves, notamment des femmes durant la période d'expansion de l'islam sur le continent africain (Mackie, 1996). Ces formes extrêmes ont également été observées dans le monde occidental : les ceintures de chasteté, qui pouvaient prendre la forme d'une infibulation reposant sur des moyens mécaniques et non sur la scarification, ont été utilisées sur les femmes esclaves dans la Rome antique¹⁷ et ont perduré jusqu'au Moyen Âge (Hosken, 1979). En outre, si les « chirurgies sexuelles cosmétiques » apparaissent comme des phénomènes très récents (début du XXI^e siècle), elles se situent néanmoins « dans la filiation directe des mutilations sexuelles qui ont jalonné l'histoire » (Erlich, 2007). Ainsi, la pathologisation de certaines pratiques sexuelles et tout particulièrement celle de la masturbation féminine (Laqueur, 2005) a conduit à mettre en œuvre des opérations de clitoridectomie en Europe tout au long du XIX^e siècle. Aux États-Unis, elles vont perdurer jusqu'à la fin des années 1960 (Cutner, 1985). La chirurgie esthétique dont relèvent les CSC s'est développée à partir des années 1950 puis s'est démocratisée dans les années 1980 dans un contexte de promotion du bien-être individuel (Martin, Bendjama et Bessette-Viens, 2018) et s'est étendue aux parties génitales au début du XXI^e. Ainsi, en un peu plus d'un siècle, la chirurgie des organes génitaux est passée « du domaine de la répression du plaisir à celui de son épanouissement » (Erlich, 2007, p. 180).

Si ces différentes formes de modifications génitales féminines ont été observées et s'observent encore dans plusieurs régions du monde et à des époques différentes, elles s'inscrivent dans des contextes socio-culturels spécifiques dont les histoires se sont croisées durant la période coloniale.

Tout au long du XIX^e siècle, en pleine période d'expansion coloniale, la littérature médicale européenne a développé des recherches sur les races humaines et notamment sur les populations africaines qui ont construit des préjugés raciaux et sexuels sur les africain-es. Les caractères sexuels et la sexualité des hommes et des femmes africain-es y ont été particulièrement étudiés : du côté des femmes, leur supposée hypersexualité se serait traduite par des organes génitaux

¹⁵ Dans l'Égypte actuelle.

¹⁶ Excision de la totalité ou d'une partie de l'appareil génital externe et suture/rétrécissement de l'ouverture vaginale.

¹⁷ Pour empêcher tout rapport sexuel et éviter des grossesses, la maternité les rendant inaptes au travail.

déformés et notamment hypertrophiés, apportant une justification aux pratiques d'excision¹⁸. L'hyper-sexualité associée aux femmes africaines s'est aussi retrouvée du côté des femmes européennes qualifiées de « nymphomanes » mais pour ces dernières, elle a été traitée comme une pathologie tandis que pour les premières, elle a constitué un « trait racial » (Peiretti-Courtis, 2016).

Les premières mobilisations occidentales contre les pratiques d'excision datent du début du XX^e siècle. À l'initiative des Églises anglicanes et des mouvements missionnaires, elles ont été plus nombreuses dans des colonies anglaises que françaises et parfois sources de conflits (Boddy, 2007). C'est l'exemple du Kenya où en 1930, l'interdiction de la pratique imposée par les missionnaires se heurte à une très forte résistance des populations concernées qui l'interprètent comme une attaque directe à l'identité ethnique et indirectement à la reproduction sociale de leur groupe et donc un moyen détourné de spolier leurs terres¹⁹. Après les Indépendances, les luttes visant à éradiquer les pratiques d'excision reprennent, menées cette fois-ci par les mouvements féministes et soutenues par les organisations internationales. Là encore, ces mobilisations portées par des féministes se heurtent à des résistances refusant les discours hégémoniques émanant des pays du Nord et qui peuvent aussi expliquer le déclin très lent des pratiques dans de nombreux pays africains (Andro et Lesclingand, 2016). Comme le montre Jean-Loup Amselle, dans le cas du Mali, les positionnements autour de l'excision sont devenus des enjeux politiques, le soutien à la perpétuation de la pratique pouvant être lu comme une position « anti-occidentale » (Amselle, 2018).

Le modèle binaire porté par les discours des organismes internationaux et relayé par des mouvements féministes s'enracine donc dans une longue histoire, liée au passé colonial, dont les préjugés racistes et sexuels perdurent et que l'on retrouve sur le plan pénal.

Des situations très contrastées au regard du droit.

Alors que, dans la quasi-totalité des pays concernés, les pratiques d'excision sont devenues illégales, les chirurgies sexuelles cosmétiques y sont autorisées, y compris sur des mineures (Bennett, 2012). Cette situation juridique différentielle est liée à l'élaboration, au niveau international, des discours de lutte contre les MGF (Boyle, McMorris et Gomez, 2002). En

¹⁸ Delphine Peiretti-Courtis cite notamment un extrait de l'article *Femme* du Grand Dictionnaire Universel de Pierre Larousse du XIX^e : « Leurs [femmes de race nègre] 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 » (Peiretti-Courtis, 2016)

¹⁹ Selon Yvan Droz, les pratiques de circoncision féminine et masculine (termes qu'il utilise) s'apparentaient à des rites de passage à l'âge adulte et sans ces rituels, les filles et garçons ne pouvaient plus devenir hommes et femmes, et donc se reproduire et accéder (pour les hommes) aux terres familiales (Droz, 2000)

effet, la reconnaissance des droits universels des femmes et du respect de leur intégrité s'est longtemps heurtée aux principes de respect de la diversité culturelle et des traditions et transmissions familiales (Boyle, 2005). Ce sont les premiers principes qui ont finalement primé et que l'on retrouve dans les traductions pénales des pays.

Les premières législations interdisant les MGF datent du début des années 1980 et concernent trois pays européens : la France (1979), la Suède (1982) et le Royaume-Uni (1985). Plusieurs pays africains et occidentaux ont ensuite adopté des lois durant les années 1990 (Ghana, Djibouti, Côte d'Ivoire, Sénégal, États-Unis, Canada, Australie et Norvège) et les autres pays concernés adopteront des législations au cours des décennies 2000 et 2010²⁰. Dans les pays africains et moyen-orientaux, les champs d'application des législations varient, certains pays autorisant la pratique dans les établissements de santé comme en Égypte, au Kenya, en Guinée ou au Nigeria. Dans l'ensemble de ces pays, ces législations sont difficiles à mettre en œuvre, en raison de l'écart entre les normes internationales dont les textes sont issus et les normes sociales en vigueur (Boyle, McMorris et Gomez, 2002). En Amérique du Nord ou en Europe, cette distorsion normative n'existe pas et l'application de ces dispositions législatives a été effective dans six pays, la France ayant été pendant longtemps le seul pays à avoir porté des affaires d'excision en justice (Boyle, 2005 ; Leye *et al.*, 2007). Plusieurs pays européens ont adopté des lois spécifiques aux MGF alors que d'autres, dont la France, ont inclus les MGF dans le dispositif général des maltraitances et actes de mutilations pratiqués sur des enfants (EIGE, 2013). Ces lois ont pratiquement toutes intégré le principe d'extraterritorialité²¹.

Dans les pays où une loi spécifique aux MGF a été adoptée (comme le Royaume-Uni, la Suisse, la Suède, l'Australie), les « chirurgies sexuelles cosmétiques » font figure d'exception dans les lois pénales en vigueur (Bader, 2016 ; Berer, 2010 ; Creighton et Liao, 2018 ; Essen et Johnsdotter, 2004 ; Shahvisi et Earp, 2018). Or, ces différences de traitement qui ne sont pas explicitement justifiées en droit, conduisent à des situations de discriminations : des pratiques « similaires » du point de vue de leur définition juridique ne subissent pas le même traitement pénal et sont uniquement incriminées quand il s'agit de femmes « racisées » (Bader, 2016). Si la législation française n'a pas, comme d'autres pays européens, introduit une législation spécifique aux MGF, elle a néanmoins renforcé, de manière indirecte et à peine voilée, l'arsenal répressif contre les MGF, remettant en question le principe de la non prise en compte du facteur culturel dans le système législatif (Grunvald, 2014). En effet, en France, le système pénal à

²⁰ Quelques pays concernés par ces pratiques n'ont pas adopté de législation interdisant les MGF comme l'Indonésie, le Cameroun, la Gambie et le Liberia (Andro et Lesclingand, 2016)

²¹ Des poursuites peuvent être entamées même si l'acte a été commis hors du pays de résidence.

tradition « assimilationniste » entend assurer « l'égalité devant la loi de tous les citoyens, sans distinction d'origine, de race ou de religion » (Article 1er de la Constitution française du 4 octobre 1958). Ainsi, la loi française ne punit pas spécifiquement les MGF mais « les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente » (art. 222-9 C. pén.). Dans les années 2000, alors que la lutte contre les MGF s'intensifie en France, de nouvelles dispositions pénales entrent en vigueur, avec des références aux *mutilations sexuelles* visant de manière assez peu équivoque les pratiques de MGF (Parizot, 2014).

Ce traitement juridique et pénal différentiel est directement lié aux représentations binaires de ces deux ensembles de pratiques et à la mise en saillance de certaines de leurs caractéristiques : l'âge des femmes concernées et la notion de consentement. D'un côté, les MGF sont essentiellement pratiquées sur des mineures et sont « imposées » au sein de communautés entières tandis que les CSC concernent principalement des femmes majeures et apparaissent comme « optionnelles ». L'augmentation du nombre d'adolescentes ayant recours aux CSC dans plusieurs pays (Australie, États-Unis, Royaume-Uni) pose la question de la comparabilité juridique entre les situations de mineures « excisées » et celles ayant recours à des CSC (Bennett, 2012 ; Shahvisi et Earp, 2018). Alors que la question du libre consentement devrait se poser pour l'ensemble des mineures, les limites au droit à la libre disposition de son corps ne s'appliquent finalement que pour les premières. En outre, dans le contexte français, l'interdiction ne concerne que les mineures et légalement, une femme majeure pourrait recourir à une intervention de modification de ses parties génitales sans motif thérapeutique, sous réserve que son consentement soit éclairé.

Effectifs et profils socio-démographiques des femmes concernées

Un autre élément du contraste entre ces deux ensembles de pratiques provient des données chiffrées qui les illustrent et de leurs sources. Aujourd'hui, les pratiques d'excision sont abondamment documentées tout particulièrement d'un point de vue quantitatif. Là encore, les premières données chiffrées sont concomitantes des débuts de la mobilisation internationale contre ces pratiques avec le rapport Hosken présenté en 1979 à la première conférence internationale de l'OMS à Karthoum consacrée aux MGF (Hosken, 1979). Depuis cette date, l'objectif est de produire une estimation globale du « nombre de femmes mutilées » dans les principaux pays concernés et où des données statistiques existent²². Ces estimations se basent d'une part sur les enquêtes démographiques et de santé (EDS) qui ont introduit dans leur

²² Pour une analyse plus approfondie des sources de données relatives aux MGF, se reporter à l'article de synthèse paru en 2016 dans *Population* (Andro et Lesclingand, 2016).

questionnaire un module spécifique aux pratiques d'excision depuis la fin des années 1980 et d'autre part sur les données des recensements de population²³. Selon la dernière estimation, au moins 200 millions de femmes et fillettes seraient « mutilées » dans 30 pays où de telles données existent (UNICEF, 2016). Dans les pays d'immigration, la documentation statistique de ces pratiques est plus récente (fin des années 2000) et d'après les dernières estimations disponibles, environ 1 million de femmes et fillettes « mutilées » vivent en Europe et aux États-Unis (PRB, 2013 ; Van Baelen, Ortensi et Leye, 2016). En France, la dernière estimation fait état d'environ 125 000 femmes adultes qui seraient excisées (Lesclingand, Andro et Lombart, à paraître). Du côté des CSC, les seules données chiffrées globales sont celles fournies par l'International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS)²⁴, et sont des flux annuels (et non de stocks comme les données sur les MGF) relatifs à deux formes de CSC (les labioplasties et les opérations de rajeunissement vaginal) : ainsi, en 2017, environ 200 000 femmes auraient eu recours à ce type d'opération dans le monde²⁵, principalement dans les pays d'Amérique du Nord, d'Amérique latine, d'Europe et d'Asie, soit un total de près de 700 000 femmes concernées par les CSC sur la période 2014-2017²⁶ (ISAPS). Dans les pays européens où les CSC ont augmenté, ces interventions ont surtout lieu dans le secteur privé avec une faible diffusion des données et les seules statistiques disponibles sont produites par le secteur hospitalier public. Si elles permettent de mesurer la tendance à la hausse du phénomène, elles ne permettent pas de le quantifier de manière exhaustive et le sous-estiment certainement (Creighton et Liao, 2018). En France, en se référant aux données accessibles *via* le PMSI-MCO²⁷, on observe un triplement des actes répertoriés comme « nymphoplastie de réduction » en l'espace de 13 ans (2005-2018), ce qui au total, représenterait sur la période 2005-2018, près de 50 000 femmes ayant eu recours à ce type d'intervention en France. Sachant que cet effectif est très sous-estimé, le contraste numérique entre les femmes concernées par les MGF et celles concernées par les CSC est bien moindre puisqu'en définitive ces deux populations féminines sont, en termes relatifs, très comparables et représentent moins de 1 % de la population féminine adulte.

²³ Les données des EDS permettent d'avoir une mesure de l'intensité de la pratique dans les pays concernés (% de femmes « mutilées »), ce pourcentage étant ensuite appliqué à l'effectif total des femmes fourni par les données censitaires.

²⁴ Ces données sont à prendre avec beaucoup de précaution car elles ne relèvent pas d'un organe indépendant et très peu d'informations sont fournies quant à leur compilation.

²⁵ Dont 138 765 labioplasties.

²⁶ En agrégeant les effectifs fournis par l'ISAPS dans ses rapports annuels (ISAPS).

²⁷ [Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et odontologie.](#)

Les caractéristiques socio-démographiques des femmes concernées par ces pratiques de modifications génitales sont inégalement documentées. En France, les femmes « excisées » sont des femmes migrantes ou filles de migrants, principalement originaires de pays d'Afrique francophone (Mali, Sénégal, Côte d'Ivoire, Cameroun, Guinée) et vivant principalement en Ile de France. Avec le vieillissement de la population migrante et le fait que la pratique diminue de manière significative parmi les secondes générations, l'âge moyen de cette population a tendance à vieillir (Lesclingand, Andro et Lombart, à paraître). Du côté des CSC, les principales sources sont les études cliniques qui portent sur des échantillons de taille souvent très réduite²⁸ et qui ne mentionnent que l'âge des patientes. Dans les différentes études publiées, la majorité des patientes sont jeunes (l'âge médian est souvent inférieur à 25 ans), avec une partie de patientes mineures (Cayrac et Rouzier, 2012 ; Crouch et al., 2011 ; Goodman et al., 2010 ; Rouzier et al., 2000 ; Trichot et al., 2011).

Dans les pays occidentaux, les populations concernées par ces différentes formes de modifications génitales féminines, représentent une population féminine relativement minoritaire. Les caractéristiques socio-démographiques associées aux différentes populations concernées révèlent des populations distinctes, notamment en termes d'origine ethnique, principal élément de la représentation dualiste des deux ensembles de pratiques.

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

Les pratiques de modifications génitales féminines sont intrinsèquement liées aux rapports de genre et à la sexualité et c'est sans aucune doute sous cette double perspective que les similitudes entre les différentes pratiques sont les plus nombreuses même si elles se réfèrent à des univers normatifs variés.

Toutes les pratiques de modifications génitales féminines reposent initialement sur la notion de séparation et de distinction des sexes masculins et féminins. Du côté des excisions, les travaux anthropologiques ont montré que dans de nombreuses sociétés le clitoris symbolisait la « partie masculine » dont est pourvu le sexe féminin à la naissance, image présente dans les mythes de l'androgynie ou de la bisexualité originelle²⁹. L'ablation du clitoris est alors jugée nécessaire pour inscrire le corps des femmes dans leur entière féminité. On retrouve des représentations dualistes du féminin et du masculin dans les CSC contemporaines. Ainsi, dans le cas des

²⁸ En France, une première étude clinique portait sur 163 femmes dans les années 1990 (Rouzier *et al.*, 2000) et les plus récentes (Cayrac et Rouzier, 2012 ; Trichot *et al.*, 2011) portaient respectivement sur des échantillons rétrospectifs de 26 et 21 femmes (opérées à la fin des années 2000).

²⁹ Le prépuce masculin symbolise la partie féminine du sexe masculin. (Couchard, 2003)

labioplasties, il s'agit d'enlever une partie de la vulve considérée à la fois comme trop visible et trop « masculine » (Martin, Hertz et Rey, 2015 ; Piazza, 2014a). Dans des entretiens avec des femmes souhaitant recourir à cette opération, Sara Piazza note la récurrence dans les discours des patientes de représentations d'un sexe « flou, non identifié comme féminin, androgyne, voire même masculinisé » (Piazza, 2014a). La labioplastie permettrait alors de « re-féminiser » le sexe et de le conformer aux normes féminines en vigueur (jeunesse, intériorité, pudeur) (Martin, 2014 ; Piazza, 2014b). Cette construction sociale antinomique du masculin et du féminin est par ailleurs marquée d'une inégalité de genre.

Au-delà de la « féminisation », les pratiques d'excision permettent en outre de replacer les femmes dans une situation de subordination à l'ordre masculin et rendre possible l'exercice de l'autorité masculine³⁰. En reprenant l'analyse de Pierre Bourdieu (1982) sur les rites d'institution, l'excision apparaît bien comme une pratique permettant de légitimer la différence entre les sexes, différence systématiquement inscrite dans des rapports sociaux inégalitaires (Bourdieu, 1982). Alors que les CSC ne sont pas directement perçues comme une forme de « sexage »³¹, elles reflètent néanmoins des inégalités de genre dans les sociétés occidentales : la chirurgie esthétique n'est certes pas exclusivement réservée aux femmes mais la part des hommes reste encore très minoritaire³² et les normes esthétiques pèsent encore beaucoup plus fortement sur les femmes que les hommes (Martin, 2014). La question du « choix » des femmes ayant recours aux CSC a été discutée, certains auteurs voyant dans le recours aux chirurgies esthétiques une forme de « capitulation » face aux normes et contraintes « de devoir de beauté » qui s'imposent aux femmes dans les sociétés occidentales (Braun, 2005, 2009 ; Chambers, 2018 ; Tiefer, 2008), d'autres au contraire, une forme de contrôle des femmes sur leurs corps (Davis, 1995, 2003 ; Riley, Evans et Robson, 2018).

Les normes esthétiques d'un « idéal féminin » sont particulièrement mises en avant du côté des CSC mais peuvent également constituer des motifs de recours aux pratiques d'excision. Ainsi, Simone Weil Davis montre des parallèles esthétiques entre des pratiques d'excision (en prenant l'exemple de l'Égypte) et les CSC, dans un désir commun de pureté et de propreté vulvaire³³. Avec la médicalisation des pratiques d'excision dans plusieurs pays (cf. infra), le milieu médical – majoritairement masculin - devient le lieu de production de normes esthétiques relatives aux corps féminins, renforçant ainsi les inégalités de genre.

³⁰ Symbolisée par le clitoris, équivalent d'un point de vue anatomique à la verge (Foldès et Buisson, 2009)

³¹ En reprenant le terme proposé par Colette Guillaumin dans son ouvrage *Sexe, race et pratique du pouvoir*.

³² Autour de 10 % dans le monde d'après les données de l'ISAPS et également en France (Le Hénaff, 2013).

³³ En anglais, elle utilise l'expression « desire for the clean slit » (Weil Davis, 2002).

Toutes ces pratiques sont enfin associées à la sexualité féminine. En effet, parmi les justifications des pratiques d'excision, apparaît souvent cette nécessaire maîtrise d'une sexualité féminine perçue comme potentiellement excessive. Son contrôle permettrait alors de préserver la virginité de la femme puis la fidélité de l'épouse (Fainzang, 1985 ; Sindzingre, 1979). Cet « en-trop » féminin à contrôler est symptomatique de la mise en œuvre des clitoridectomies pratiquées tout au long du XIX^e siècle en Europe et aux États-Unis pour soigner les maux et comportements jugés déviants de femmes manquant de tempérance sexuelle (Erlich, 2007 ; Laqueur, 2005). Les CSC sont, quant à elles, clairement publicisées comme un des moyens d'améliorer sa vie sexuelle, affirmations non étayées par des études scientifiques. En revanche, des études médicales récentes ont montré le rôle déterminant des petites lèvres dans le plaisir et l'excitation sexuelle et l'altération de la sensibilité sexuelle lorsqu'elles sont incisées ou réduites (Liao et Creighton, 2007 ; Runacres et Wood, 2016). De même, plusieurs études ont mis en évidence un lien entre l'excision et certaines dysfonctions sexuelles aussi bien dans les pays d'origine que dans les pays d'immigration (Berg et Denison, 2012).

Des pratiques médicalisées

La prise en charge par le monde médical des pratiques d'excisions est devenue une question centrale au XXI^e siècle mais se traduit diversement selon les contextes. Depuis le début des années 2000, dans plusieurs pays (Égypte, Kenya, Guinée, Nigeria, Sud-Soudan, Yémen et Indonésie), les excisions pratiquées par des professionnels de santé en milieu hospitalier ou dans d'autres établissements de santé ont nettement augmenté (Andro et Lesclingand, 2016). Dans les pays d'immigration, la prise en charge médicale prend une forme inversée puisqu'elle traite des séquelles des excisions avec l'intervention de réhabilitation clitoridienne. Cette opération a été développée en France à la fin des années 1990 (Foldès et Louis-Sylvestre, 2006). Elle est aujourd'hui disponible dans de nombreux services hospitaliers publics et s'inscrit depuis une dizaine d'années dans le cadre d'un dispositif pluri-disciplinaire (Antonetti Ndiaye, Fall et Beltran, 2015 ; Villani, 2015). Dans la littérature médicale française, cet acte à visée réparatrice est englobé dans l'ensemble des « chirurgies cosmétiques de l'appareil génital féminin » avec d'autres interventions à visée réparatrice et reconstructive (comme les chirurgies reconstructrices de l'hymen) et avec les « interventions de réduction » comme la labioplastie (Foldès, Droupy et Cuzin, 2013). Ces dernières étaient initialement envisagées pour corriger une hypertrophie des petites lèvres dont la définition médicale - et notamment les critères anatomiques - est variable selon les équipes médicales (Runacres et Wood, 2016). Récemment des études médicales ont montré la grande variété anatomique des formes, tailles et couleurs

des vulves, rendant difficile la distinction médicale entre « l'anormal » et le « normal » (Braun, 2018 ; Brodie *et al.*, 2018 ; Kreklau *et al.*, 2018 ; Lloyd *et al.*, 2005). Cette grande variété est cependant peu connue du grand public et notamment des jeunes femmes et adolescentes qui sont exposées à des représentations d'un « modèle unique de vulve³⁴ », *via* notamment les images et vidéos pornographiques ou érotiques (Barbara *et al.*, 2015 ; Sharp et Tiggemann, 2016) et *via* les sites des chirurgiens proposant ces opérations (photos *avant/après* et discours sur les « imperfections » à corriger) (Koning *et al.*, 2009 ; Mowat *et al.*, 2015). Ces deux actes constituent les deux faces opposées d'une même pièce mais sont toutes les deux liées à la notion de « réparation » : dans le cas de la réhabilitation clitoridienne, il s'agit de reconstruire des parties génitales altérées et dans le cas des labioplasties, il s'agit de corriger de supposées anomalies des parties génitales. Alors que les premières s'envisagent dans le cadre d'un protocole pluri-disciplinaire, destiné à orienter la patiente vers l'opération ou non, les secondes ne s'inscrivent que dans un protocole chirurgical, sans aucune évaluation psychologique des demandes des patientes.

La récente médicalisation des pratiques d'excision observée dans plusieurs pays a fait l'objet de débats au sein des mouvements mobilisés contre ces pratiques : certains (une minorité) considèrent qu'elle peut constituer une voie médiane permettant de réduire les conséquences sanitaires pour les femmes, d'autres (la majorité) pensent qu'elle permet de légitimer une pratique portant atteinte à l'intégrité physique des filles et des femmes (Shell-Duncan, 2001). Quelques études menées en Égypte montrent que les familles ont de plus en plus tendance à s'en remettre à l'avis des médecins pour décider d'une excision médicalisée. Ces derniers ne se mettent pas en situation de refuser ce qu'ils considèrent comme une demande parentale légitime (Abdelshahid et Campbell, 2015 ; Modrek et Liu, 2013 ; Modrek et Sieverding, 2016 ; Rasheed, Abd-Ellah et Yousef, 2011). Dans le cas des chirurgies sexuelles cosmétiques, les professionnel·les de santé qui réalisent ces opérations (gynécologues et chirurgiens plasticiens) et qui sont majoritairement des hommes, décident finalement de ce qui relève du « normal » et du pathologique (Martin, Bendjama et Bessette-Viens, 2018).

Enfin, une autre facette de ces différentes formes de médicalisation est leur enjeu économique. Dans les pays où la médicalisation des excisions est en augmentation, elle est devenue une source complémentaire de revenus pour le monde médical. Et de la même manière, la chirurgie plastique reconstructrice et esthétique (PRCE) est l'une des disciplines les plus lucratives du

³⁴ Ce modèle est celui de la « poupée Barbie » correspondant à une vulve imberbe et juvénile et avec des lèvres non proéminentes (Bader, 2016).

champ de la médecine et du fait de ses spécificités³⁵, la chirurgie esthétique peut être plutôt assimilée à une forme de marchandisation qu'à une activité médicale (Le Hénaff, 2013).

Conclusion

En 2008, la déclaration inter-institutions³⁶ *Éliminer les mutilations sexuelles* évoquait les chirurgies cosmétiques génitales comme des pratiques correspondant à la définition des « MGF » mais légalement acceptées dans de nombreux pays et généralement non considérées comme des mutilations. La position des organismes signataires était alors de conserver une définition large des « mutilations sexuelles féminines » (i.e. incluant donc les CSC) « afin d'éviter les échappatoires qui pourraient permettre à la pratique de perdurer » (WHO, 2008, p. 33). Une décennie plus tard, alors que les CSC se sont popularisées dans de nombreux pays occidentaux, l'OMS reconnaissait que des parallèles pouvaient être faits entre les CSC et les MGF tout en affirmant que ces pratiques devaient être distinguées, les « différences étant évidentes ». Les arguments avancés ne portaient que sur des spécificités supposées des MGF : l'absence de consentement éclairé (voire même une contrainte directe ou indirecte) ; aucun avantage médical ; des motifs des pratiques qui perpétuent une inégalité entre les sexes ; une violation des droits humains (WHO, 2016, p. 10).

Cette position repose sur la vision dichotomique opposant les deux pratiques, perspective héritée de l'histoire coloniale, qui s'est construite avec les mouvements de lutte contre l'excision et qui continue à prévaloir au sein des organismes internationaux, au niveau politique, et dans le milieu scientifique. Tout est fait pour que les pratiques soient pensées de manière disjointe : dans les termes utilisés, les chiffres qui mesurent leurs évolutions, les images et les représentations qui leur sont associées et qui renforcent la frontière initialement construite entre « elles » et « nous » (Bader, 2019).

Or plusieurs évolutions récentes liées à toutes ces pratiques (médicalisation des unes, rajeunissement des autres) viennent brouiller ces repères dichotomiques. Les frontières longtemps pensées comme hermétiques s'avèrent finalement beaucoup plus poreuses. Les excisions pratiquées en milieu hospitalier éloignent les excisions de la « tradition barbare » et les rapprochent de l'univers « safe and secure » associé aux chirurgies cosmétiques. L'augmentation du nombre d'adolescentes qui souhaitent recourir à des modifications génitales

³⁵ La chirurgie esthétique est à la charge du ou de la patient·e, elle ne relève pas du besoin ou de l'urgence vitale mais du désir et repose sur des critères de beauté (Le Hénaff, 2013).

³⁶ HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM.

sans motif thérapeutique interpellent une partie des professionnel·les de santé, ces opérations représentant une atteinte à l'intégrité physique.

Afin de dépasser les représentations manichéennes associées à ces pratiques, l'approche englobant l'ensemble des pratiques de modifications des parties génitales féminines, volontaires ou non, peut s'avérer pertinente et socialement utile. Elle oblige néanmoins à s'interroger sur les enjeux qu'elle pose, notamment au regard du droit, mais aussi pour les professionnel·les de santé en charge de ces différentes interventions et enfin, au niveau scientifique dans les futures recherches à mener.

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

Au niveau médical, cette nouvelle approche interroge le positionnement des professionnel·les de santé face à ces différentes pratiques. En effet, dans le contexte français, comme on l'a vu, des gynécologues ou chirurgien·es peuvent être amené·es à exciser des tissus d'un côté (dans la cadre des labioplasties) tandis qu'ils reconstruisent de l'autre des femmes « mutilées » ou encore des femmes pour lesquelles les premières interventions de chirurgie sexuelle n'ont pas eu les résultats escomptés. Pourquoi certaines sont-elles particulièrement encadrées par un protocole pluri-disciplinaire tandis que les autres sont uniquement prises en charge dans leur dimension chirurgicale ? En outre, dans les pays, particulièrement concernés par l'augmentation du recours aux labioplasties chez les adolescentes (Royaume-Uni, Australie, États-Unis), les sociétés professionnelles d'obstétriciens-gynécologues³⁷ ont publié des recommandations et des mises en garde auprès des professionnel·es de santé, pointant à la fois les insuffisances de connaissances accompagnant ces actes chirurgicaux mais aussi les questions éthiques qu'ils soulèvent, notamment quand ces opérations sont réalisées sur des

³⁷ Le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists ([RCOG](#)) en 2013 ; le Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists ([RANZCOG](#)) en 2015 ; l'American College of Obstetricians and Gynaecologists ([ACOG](#)) en 2016.

mineures. À ce titre, des pédiatres anglais se sont interrogés sur l'attitude à adopter à l'égard de jeunes mineures venant dans leur cabinet avec leur mère afin de subir une labioplastie et sur la différence avec ce que la jurisprudence anglaise reconnaît comme une « mutilation » (Creighton et Liao, 2018).

Au niveau scientifique et en termes de recherche, les implications de cette approche globale peuvent se traduire de différentes manières. Actuellement, seuls les risques immédiats liés aux CSC sont documentés tandis que les conséquences à plus long terme sur la santé et la sexualité des interventions cosmétiques ne sont pas connues³⁸. Or, il s'avère particulièrement nécessaire de disposer de plus d'éléments scientifiques qui puissent éclairer le consentement des femmes ou des familles quand il s'agit de mineures. Et ce, d'autant plus que ces opérations sont très souvent réalisées sur de jeunes femmes nullipares dont la maturité physiologique – y compris génitale - n'est pas atteinte (Michala, 2018 ; Runacres et Wood, 2016). Enfin, dans l'optique de renseigner à la fois le nombre et le profil des femmes concernées par les modifications génitales féminines tout en « décentrant » le regard porté sur ces pratiques, il s'agirait de ne plus cibler les enquêtes sur des sous-populations particulières mais de les réaliser auprès de toutes les femmes (« en population générale ») en englobant dans le questionnement toutes les formes de modifications des organes génitaux féminins. Cette approche permettrait enfin de donner la parole aux femmes à qui on dénie souvent toute forme d'*agency*, en les considérant comme victime de discriminations racistes d'un côté ou sous le joug des canons esthétiques et consuméristes de l'autre.

³⁸ Cette question des conséquences sanitaires et sexuelles n'a pas été développée ici mais elle participe du traitement inégal fait aux différentes pratiques. En effet, alors que les conséquences de l'excision sur la santé reproductive et sexuelle sont abondamment documentées depuis plusieurs décennies, les quelques revues de la littérature concernant les CSC sont unanimes pour signaler à la fois le manque d'études et les nombreuses limites des études existantes sur les conséquences de ces chirurgies (Andro et Lesclingand, 2016 ; Michala, 2018 ; Oranges, Sisti et Sisti, 2015)

Références bibliographiques

- ABDEL SHAHID** Amy, **CAMPBELL** Catherine, 2015, « 'Should I Circumcise My Daughter?' Exploring Diversity and Ambivalence in Egyptian Parents' Social Representations of Female Circumcision », *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 25(1), p. 49–65.
- AMSELLE** Jean-Loup, 2018, « L'excision et l'homosexualité, enjeux politiques au Mali », *Les Temps Modernes*, 698, p. 3-19.
- ANDRO** Armelle, **LESCLINGAND** Marie, 2016, « Les mutilations génitales féminines. État des lieux et des connaissances », *Population*, 71(2), p. 224-311.
- ANTONETTI NDIAYE** Emmanuelle, **FALL** Sokhna, **BELTRAN** Laura, 2015, « Intérêt de la prise en charge pluridisciplinaire des femmes excisées », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 44(9), p. 862-869.
- BADER** Dina, 2016, « Nationalisme sexuel : le cas de l'excision et de la chirurgie esthétique génitale dans les discours d'experts en Suisse », *Swiss Journal of Sociology*, 42(3), p. 573-591.
- BADER** Dina, 2019, « Picturing female circumcision and female genital cosmetic surgery: a visual framing analysis of Swiss newspapers, 1983–2015 », *Feminist Media Studies*, 0(0), p. 1-19.
- BARBARA** Giussy, **FACCHIN** Federica, **MESCHIA** Michele, **VERCELLINI** Paolo, 2015, « "The first cut is the deepest": a psychological, sexological and gynecological perspective on female genital cosmetic surgery », *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 94(9), p. 915-920.
- BELLAS CABANE** Christine, 2008, *La coupure : l'excision ou les identités douloureuses*, Paris, La Dispute.
- BENNETT** Theodore, 2012, « 'Beauty and the Beast': analogising between cosmetic surgery and female genital mutilation. », 14(1), p. 49-68.
- BERER** Marge, 2010, « Labia reduction for non-therapeutic reasons vs. female genital mutilation: contradictions in law and practice in Britain », *Reproductive Health Matters*, 18(35), p. 106-110.
- BERG** Rigmor C, **DENISON** Eva, 2012, « Does female genital mutilation/cutting (FGM/C) affect women's sexual functioning? A systematic review of the sexual consequences of FGM/C », *Sexuality research and social policy*, 9(1), p. 41-56.
- BODDY** Janice, 2007, « Gender crusades: The Female Circumcision Controversy in Cultural Perspective », in *Transcultural bodies*, New Brunswick, New Jersey and London, Rutgers University Press, p. 46-66.
- BODDY** Janice, 2016, « The normal and the aberrant in female genital cutting: Shifting paradigms », *HAU: Journal of Ethnographic Theory*, 6(2), p. 41-69.
- BOURDIEU** Pierre, 1982, « Les rites comme actes d'institution », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 43, p. 58-63.
- BOYLE** Elizabeth, 2005, *Female genital cutting: cultural conflict in the global community*, Baltimore Md. ; London, Johns Hopkins University Press, 188 p.
- BOYLE** Elizabeth Heger, **MCMORRIS** Barbara J., **GOMEZ** Mayra, 2002, « Local Conformity to International Norms The Case of Female Genital Cutting », *International Sociology*, 17(1), p. 5–33.
- BRAUN** Virginia, 2005, « In Search of (Better) Sexual Pleasure: Female Genital 'Cosmetic' Surgery », *Sexualities*, 8(4), p. 407-424.
- BRAUN** Virginia, 2009, « 'The Women Are Doing It for Themselves' », *Australian Feminist Studies*, 24(60), p. 233-249.
- BRAUN** Virginia, 2018, « Selling a Perfect Vulva? Selling a "Normal Vulva?" », in Cambridge, United Kingdom ; New York, NY, Cambridge University Press, p. 23-32.
- BRODIE** Katie E., **ALANIZ** Veronica I., **BUYERS** Eliza M., **CALDWELL** Brian T., **GRANTHAM** Erin C., **SHEEDER** Jeanelle, **WILCOX** Duncan T., **HUGUELET** Patricia S., 2018, « A Study of Adolescent Female Genitalia: What is Normal? », *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 32(1), p. 27-31.
- CAYRAC** Mélanie, **ROUZIER** Roman, 2012, « Traitement de l'hypertrophie des petites lèvres. Évaluation de la nymphoplastie de réduction par résection longitudinale », *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 40(10), p. 561-565.
- CHAMBERS** Clare, 2018, « Choice and Female Genital Cosmetic Surgery », in *Female Genital Cosmetic Surgery. Solution to What Problem?*, Cambridge, United Kingdom ; New York, NY, Cambridge University Press, p. 72-79.
- COUCHARD** Françoise, 2003, *L'excision*, 1re éd., Paris, Presses universitaires de France, 128 p.
- CREIGHTON** Sarah M., **LIAO** Lih-Mei (dir.), 2018, *Female genital cosmetic surgery: solution to what problem?*, Cambridge, United Kingdom ; New York, NY, Cambridge University Press.
- CROUCH** Naomi, **DEANS** R, **MICHALA** Lina, **LIAO** Lih-Mei, **CREIGHTON** Sarah M., 2011, « Clinical characteristics of well women seeking labial reduction surgery: a prospective study », *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 118(12), p. 1507-1510.
- CUTNER** Lawrence, 1985, « Female Genital Mutilation. », *Obstetrical & Gynecological Survey*, 40(7), p. 437-443.
- DAVIS** Kathy, 1995, *Reshaping the Female Body: The Dilemma of Cosmetic Surgery*, Routledge, 220 p.
- DAVIS** Kathy, 2003, *Dubious equalities and embodied differences: cultural studies on cosmetic surgery*, Lanham, Rowman & Littlefield, Explorations in bioethics and the medical humanities, 161 p.

DROZ Yvan, 2000, « Circoncision féminine et masculine en pays kikuyu: rite d'institution, division sociale et droits de l'Homme (Male and Female Circumcision among the Kikuyu: A Rite of Institution, Social Division and Human Rights) », *Cahiers d'études africaines*, 158, p. 215–240.

EIGE (dir.), 2013, *Female genital mutilation in the European Union and Croatia*, Luxembourg, Publ. Office of the Europ. Union, Report / European Institute for Gender Equality, 115 p.

ERLICH M., 2007, « La chirurgie sexuelle en France: aspects historiques », *Sexologies*, 16(3), p. 180-188.

ERLICH Michel, 1986, *La femme blessée : essai sur les mutilations sexuelles féminines*, Paris, L'Harmattan, 321 p.

ESSEN Birgitta, **JOHNSDOTTER** Sara, 2004, « Female genital mutilation in the West: traditional circumcision versus genital cosmetic surgery », *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 83(7), p. 611-613.

FAINZANG Sylvie, 1985, « Circoncision, excision et rapports de domination », *Anthropologie et Sociétés*, 9(1), p. 117-127.

FOLDÈS Pierre, **BUISSON** Odile, 2009, « The clitoral complex: a dynamic sonographic study. », *The journal of sexual medicine*, 6(5), p. 1223-1231.

FOLDÈS Pierre, **DROUPY** Stéphane, **CUZIN** Béatrice, 2013, « Chirurgie cosmétique de l'appareil génital féminin », *Progrès en Urologie*, 23(9), p. 601-611.

FOLDÈS Pierre, **LOUIS-SYLVESTRE** C., 2006, « Résultats de la réparation chirurgicale du clitoris après mutilation sexuelle : 453 cas », *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 34(12), p. 1137-1141.

FUSASCHI Michela, 2015, « Humanitarian Bodies. Gender, Moral Economy and Genitals Modifications in Italian Immigration Policy », *Cahiers d'études africaines*, 217(1), p. 11-28.

GOODMAN Michael P., **PLACIK** Otto J., **BENSON** Royal H., **MIKLOS** John R., **MOORE** Robert D., **JASON** Robert A., **MATLOCK** David L., **SIMOPOULOS** Alex F., **STERN** Bernard H., **STANTON** Ryan A., **KOLB** Susan E., **GONZALEZ** Federico, 2010, « A Large Multicenter Outcome Study of Female Genital Plastic Surgery », *The Journal of Sexual Medicine*, 7(4, Part 1), p. 1565-1577.

GRIFFIN Gabriele, **JORDAL** Malin, 2019, *Body, migration, re/constructive surgeries: making the gendered body in a globalized world*, Londres, Routledge, 310 p.

GRUNVALD Sylvie, 2014, « La répression des mutilations sexuelles féminines : une mise à distance de principe de la diversité culturelle. Brèves remarques à propos de l'avis de la CNCDH du 28 novembre 2013 », *Archives de politique criminelle*, 36(1), p. 79-88.

HOSKEN Fran P., 1979, *The Hosken Report: Genital and Sexual Mutilation of Females.*, Lexington, MA, Women's International Network News.

KONING Merel, **ZELLMANS** Ingeborg A., **BOUMAN** Theo K., **VAN DER LEI** Berend, 2009, « Female Attitudes Regarding Labia Minora Appearance and Reduction With Consideration of Media Influence », *Aesthetic Surgery Journal*, 29(1), p. 65-71.

KREKLAU Anne, **VAZ** Inês, **OEHME** Fran P., **STRUB** F, **BRECHBÜHL** R, **CHRISTMANN** C, **GÜNTHER** A, 2018, « Measurements of a 'normal vulva' in women aged 15-84: a cross-sectional prospective single-centre study », *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 125(13), p. 1656-1661.

LAQUEUR Thomas Walter, 2005, *Le sexe en solitaire: contribution à l'histoire culturelle de la sexualité*, [Paris], Gallimard.

LE HÉNAFF Yannick, 2013, « Catégorisations professionnelles des demandes masculines de chirurgie esthétique et transformations politiques de la médecine », *Sciences sociales et santé*, 31(3), p. 39-64.

LESCLINGAND Marie, **ANDRO** Armelle, **LOMBART** Théo, à paraître, « Estimation du nombre de femmes ayant subi une mutilation génitale féminine vivant en France. », *Bull. Epidémiol. Hebd.*

LEYE Els, **DEBLONDE** Jessika, **GARCÍA-AÑÓN** José, **JOHNSDOTTER** Sara, **KWATENG-KLUVITSE** Adwoa, **WEIL-CURIEL** Linda, **TEMMERMAN** Marleen, 2007, « An analysis of the implementation of laws with regard to female genital mutilation in Europe », *Crime, Law and Social Change*, 47(1), p. 1-31.

LIAO Lih Mei, **CREIGHTON** Sarah M, 2007, « Requests for cosmetic genitoplasty: how should healthcare providers respond? », *BMJ : British Medical Journal*, 334(7603), p. 1090-1092.

LLOYD Jillian, **CROUCH** Naomi S., **MINTO** Catherine L., **LIAO** Lih-Mei, **CREIGHTON** Sarah M., 2005, « Female genital appearance: 'normality' unfolds », *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 112(5), p. 643-646.

MACKIE Gerry, 1996, « Ending Footbinding and Infibulation: A convention Account », *American Sociological Review*, 61(6), p. 999-1017.

MARTIN Hélène, 2014, « Le beau sexe. Quelques pistes de réflexion sur les chirurgies sexuelles cosmétiques », *Genre, sexualité et société*, 12.

MARTIN Hélène, **BENDJAMA** Rebecca, **BESSETTE-VIENS** Raphaëlle, 2018, « Adapter le sexe au bien-être. La chirurgie esthétique des organes génitaux féminins. », in *Les sciences du désir. La sexualité féminine, de la psychanalyse aux neurosciences.*, Le bord de l'eau, Delphine Gardey et Marilène Vuille (sous la direction de), Objets d'histoire, p. 213-228.

- MARTIN** Hélène, **HERTZ** Ellen, **REY** Séverine, 2015, « Une disgrâce commune. Pour une anthropologie symétrique des pratiques de marquage du sexe », in *Mélanges en l'honneur de Mondher Kilani*, Bangkok, BSN Press, A contrario Campus, p. 103-122.
- MICHALA** Lina, 2018, « Clinical Evidence of the Effects of Female Genital Cosmetic Surgery », in Cambridge, United Kingdom ; New York, NY, Cambridge University Press, p. 51-57.
- MODREK** Sepideh, **LIU** Jenny, 2013, « Exploration of pathways related to the decline in female circumcision in Egypt », *BMC Public Health*, 13(1), p. 921.
- MODREK** Sepideh, **SIEVERDING** Monika, 2016, « Mother, daughter, doctor: Medical professionals and mothers' decision-making about Female Genital Mutilation/Cutting in Egypt », *Int Perspect Sex Reprod Health*, 42(2), p. 81-92.
- MOWAT** Hayley, **MCDONALD** Karalyn, **DOBSON** Amy Shields, **FISHER** Jane, **KIRKMAN** Maggie, 2015, « The contribution of online content to the promotion and normalisation of female genital cosmetic surgery: a systematic review of the literature », *BMC Women's Health*, 15(110).
- ORANGES** Carlo Maria, **SISTI** Andrea, **SISTI** Giovanni, 2015, « Labia Minora Reduction Techniques: A Comprehensive Literature Review », *Aesthetic Surgery Journal*, 35(4), p. 419-431.
- PARIZOT** Raphaële, 2014, « Le droit pénal français doit-il prendre en compte les particularités culturelles ? », *Archives de politique criminelle*, 36(1), p. 9-22.
- PEDWELL** Carolyn, 2007, « theorizing 'African' female genital cutting and 'Western' body modifications: a critique of the continuum and analogue approaches », *Feminist Review*, 86(1), p. 45-66.
- PEIRETTI-COURTIS** Delphine, 2016, « Quand le sexe incarne la race : le corps noir dans l'imaginaire médical français (1800-1950) », *Les Cahiers de Framespa. Nouveaux champs de l'histoire sociale*, 22.
- PIAZZA** Sara, 2014a, « Images et normes du sexe féminin : un effet du contemporain ? », *Cliniques méditerranéennes*, 89(1), p. 49-59.
- PIAZZA** Sara, 2014b, « La nymphoplastie. Nouvelle modalité de l'insupportable du sexe féminin », *Recherches en psychanalyse*, 17(1), p. 27-34.
- PRB**, 2013, « Women and Girls at Risk of Female Genital Mutilation/Cutting in the United States ».
- RASHEED** Salah M, **ABD-ELLAH** Ahmed H, **YOUSEF** Fouad M, 2011, « Female genital mutilation in Upper Egypt in the new millennium », *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 114(1), p. 47—50.
- RILEY** Sarah, **EVANS** Adrienne, **ROBSON** Martine, 2018, *Postfeminism and health: critical psychology and media perspectives*, Abingdon, Oxon ; New York, NY, Routledge, Critical approaches to health.
- ROUZIER** Roman, **LOUIS-SYLVESTRE** Christine, **PANIEL** Bernard-Jean, **HADDAD** Bassam, 2000, « Hypertrophy of labia minora: experience with 163 reductions », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 182(1), p. 35-40.
- RUNACRES** Sean A., **WOOD** Paul L., 2016, « Cosmetic Labiaplasty in an Adolescent Population », *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29(3), p. 218-222.
- SHAHVISI** Arienne, **EARP** Brian D., 2018, « The Law and Ethics of Female Genital Cutting », in *Female Genital Cosmetic Surgery. Solution to What Problem?*, Cambridge, United Kingdom ; New York, NY, Cambridge University Press, p. 58-71.
- SHARP** Gemma, **TIGGEMANN** Marika, 2016, « Educating women about normal female genital appearance variation », *Body Image*, 16, p. 70-78.
- SHELDON** Sally, **WILKINSON** Stephen, 1998, « Female Genital Mutilation and Cosmetic Surgery: Regulating Non-Therapeutic Body Modification », *Bioethics*, 12(4), p. 263-285.
- SHELL-DUNCAN** Bettina, 2001, « The medicalization of female "circumcision": harm reduction or promotion of a dangerous practice? », *Social Science & Medicine*, 52(7), p. 1013-1028.
- SHELL-DUNCAN** Bettina, 2008, « From Health to Human Rights: Female Genital Cutting and the Politics of Intervention », *American Anthropologist*, 110(2), p. 225-236.
- SHELL-DUNCAN** Bettina, **HERNLUND** Ylva (dir.), 2001, *Female « circumcision » in Africa: culture, controversy, and change*, Boulder, Colo., Rienner Publishers, Directions in applied anthropology, 349 p.
- SINDZINGRE** Nicole, 1977, « Le plus et le moins : à propos de l'excision. », *Cahiers d'études africaines*, 17(65), p. 65-75.
- SINDZINGRE** Nicole, 1979, « Un Excès par défaut : excision et représentations de la féminité », *L'Homme*, p. 171-187.
- SPRIGGS** Merle, **GILLAM** Lynn, 2018, « "I Don't See That as a Medical Problem": Clinicians' Attitudes and Responses to Requests for Cosmetic Genital Surgery by Adolescents », *Journal of Bioethical Inquiry*, 15(4), p. 535-548.
- TIEFER** Leonore, 2008, « Female Genital Cosmetic Surgery: Freakish or Inevitable? Analysis from Medical Marketing, Bioethics, and Feminist Theory », *Feminism & Psychology*, 18(4), p. 466-479.

- TRICHOT** Caroline, **THUBERT** Thibault, **FAIVRE** Erika, **FERNANDEZ** Hervé, **DEFFIEUX** Xavier, 2011, « Surgical reduction of hypertrophy of the labia minora », *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 115(1), p. 40-43.
- 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.
- VAN BAELEN** Luk, **ORTENSI** Livia, **LEYE** Els, 2016, « Estimates of first-generation women and girls with female genital mutilation in the European Union, Norway and Switzerland », *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 21(6), p. 474-482.
- VILLANI** Michela, 2015, « Le sexe des femmes migrantes. Excisées au Sud, réparées au Nord », *Travail, genre et sociétés*, 34(2), p. 93-108.
- WADE** Lisa, 2012, « Learning from “Female Genital Mutilation”: Lessons from 30 Years of Academic Discourse », *Ethnicities*, 12(1), p. 26-49.
- WEIL DAVIS** Simone, 2002, « Loose Lips Sink Ships », *Feminist Studies*, 28(1), p. 7-35.
- WHO**, 1959, « Résolution »,.
- WHO**, 2008, « Eliminer les mutilations sexuelles féminines. Déclaration inter-institutions »,.
- WHO**, 2016, « Lignes directrices de l’OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines. », Genève (Suisse).
- WOOD** Paul L., 2017, « Cosmetic genital surgery in children and adolescents », *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 48, p. 137-146.