



Université Senghor

Université internationale de langue française
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

Modifications génitales féminines : *Entre tradition et esthétisme, place de la santé publique*

Présenté par

Myriam EL-MORR

pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Santé

Spécialité Santé Internationale

le 14 avril 2013

Devant le jury composé de :

Dr Christian Mésenge Président

Directeur du département Santé

Pr Anne-Marie Moulin Examineur

Directrice de recherche au CNRS

Dr Hassan N. Sallam Examineur

*Professeur en Gynécologie et Obstétrique
Directeur du centre de Fertilité d'Alexandrie*

Remerciements

Merci au Dr Christian Mésenge, directeur du département Santé, d'avoir été d'une écoute sans faille pendant ces deux années à Senghor et de croire au potentiel de chacun de ses étudiants.

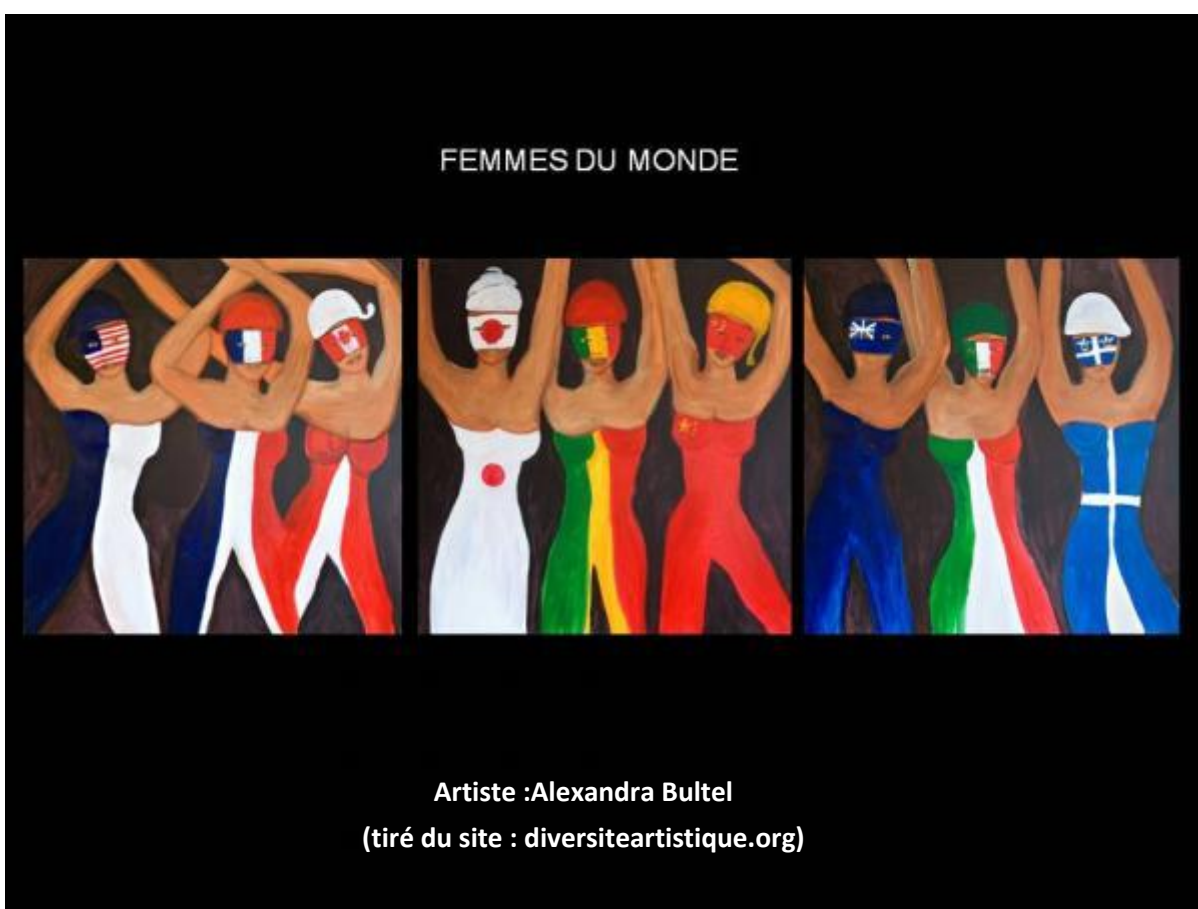
J'adresse un remerciement particulier au Professeur Anne-Marie Moulin, qui a été la première à m'encourager sur ce thème lors d'un travail réalisé à l'issue de son cours de première année : Histoire, déterminants de la santé et éthique.

Je remercie également le Dr Hassan N. Sallam, ancien directeur du Centre de la Femme à Alexandrie, d'avoir accepté d'être membre de mon jury de soutenance.

Enfin, je remercie Alice Mounir, assistante du département santé, pour sa patience et sa gentillesse tout au long du Master.

Dédicace

*A toutes les femmes du monde,
qui devraient être libres de choisir la manière de vivre leur vie et leur sexualité,
sans conséquence néfaste sur leur santé actuelle et future,
ni sur leur intégration sociale.*



Résumé

Objectif : Cette étude a pour objectif de présenter quatre pratiques peu connues de modifications génitales féminines réalisées en Afrique et en Occident et à comparer leurs risques/bénéfices en termes de santé publique. Nous cherchons à comprendre pourquoi les pratiques africaines sont systématiquement considérées comme néfastes et sont automatiquement catégorisées dans les mutilations génitales féminines, alors que cette catégorisation semble moins évidente pour les pratiques occidentales.

Méthode : Nous avons effectué une revue de littérature basée sur des recherches publiées dans PubMed concernant les pratiques d'excision médicalisée, élongation labiale, chirurgie esthétique génitale et piercing génitale. Chaque pratique est étudiée sous plusieurs aspects : l'origine, la population concernée, le type de praticien, la technique utilisée, les influences sociales et motivations individuelles, les conséquences sanitaires et psychologiques, l'aspect législatif et les considérations éthiques.

Résultats principaux : Au nord comme au Sud, on retrouve des pratiques de modifications génitales médicalisées, où l'acte est réalisé par un professionnel de santé, et d'autres réalisées sans encadrements sanitaires. Dans les deux parties du monde, il existe des pratiques visant à augmenter le plaisir sexuel de la femme et de son partenaire. L'âge ne peut pas être considéré en soi comme un élément justificateur de l'appellation « mutilation » car quelque soit la pratique, elle peut être réalisée chez des femmes majeures ou mineures. La pression sociale est présente derrière chacune de ces pratiques, qu'elles soient africaines ou occidentales.

Conclusion : Nous recommandons l'appellation « modifications génitales féminines » pour désigner ces pratiques, plutôt que « mutilations » au Sud, et « chirurgie » au Nord, afin d'éviter la stigmatisation régionale, et de recentrer nos préoccupations et nos priorités de lutte autour de la santé. L'objectif de toute action de santé publique autour de la sexualité doit être d'améliorer la santé globale de la femme et de la fille.

Mots clés

Elongation labiale, étirement labial, génitoplastie, image corporelle, médicalisation, modification génitale féminine, mutilation génitale féminine/excision, norme sociale, piercing génital féminin, pression sociale.

Abstract

Objective: The aim of this study is to present four little known practices of female genital modifications in Africa and Western countries, and to compare their risks / benefits in terms of public health. We seek to understand why African practices are systematically considered harmful and are automatically categorized into female genital mutilation, while this categorization seems less obvious to Western practices.

Method: A literature review describing the practices of medicalized excision, labia elongation, genital cosmetic surgery and genital piercing, based on researches published in PubMed. Each practice is investigated under several aspects: the origin, population, type of practitioner, technique, social influences and motivations, health and psychological consequences, social norms and ethical considerations.

Main results: North and South, there are medicalized practices, which are performed by a healthcare professional, and other practices performed without sanitary frames. In both parts of the world, there are practices which aim to increase the sexual pleasure of the woman and her partner. Age can not be in itself a justifier of the term "mutilation" because whatever the practice is, it can be performed in childhood or womanhood. Social pressure is present behind each of these African practices, but also behind the Westerns'.

Conclusion: We recommend the designation of "female genital modifications" to describe these practices, rather than "mutilation" in the South, and "surgery" in the North, to avoid regional stigmatization and refocus our concerns and priorities around the health fights. The goal of any public health action around sexuality should be to improve the global health of women and girls.

Key-words

Labia elongation, genitoplasty, body image, medicalization, female genital modification, social norm, female genital mutilation/cutting, female genital piercing, social pressure.

Liste des acronymes et abréviations utilisés

EDHS : Egyptian Demographic Health Survey

EDS : Enquête Démographique de Santé

FGM/C : Female Genital Mutilation/ Cutting

FGPS : Female Genital Plastic and/or Cosmetic Surgery

FIGO : Fédération Internationale de Gynécologie et Obstétrique

LP : Labiaplastie

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

MGF : Mutilations Génitales Féminines

MGF/E (ou **E/MGF**) : Mutilations Génitales Féminines/Excision

MoGF : Modifications Génitales Féminines

MSF : Modifications Sexuelles Féminines

PP : Périnéoplastie

RCH : Reduction of the Clitoral Hood (réduction du capuchon du clitoris)

UNFPA : Fond des Nations Unies pour la population

UNICEF : Fond des Nations Unies pour l'enfance

VP : Valvuloplastie

Définition des concepts de psychologie utilisés

Comportement : « Conduite d'un sujet, inscrite dans un contexte environnemental et temporel. Tout comportement a une motivation visant la satisfaction d'une tension. Le comportement peut s'orienter vers la recherche d'un objet ou la mise en place d'une certaine situation. Tous les comportements sont adaptatifs. La qualité de l'adaptation est fonction des croyances et capacités physiques, économiques et intellectuelles du sujet, ainsi que de son expérience. »

Estime de soi : « Valeur qu'un individu attribue à l'image qu'il a de sa personne. Cette valeur est avant tout un ressenti, positif ou négatif et plus ou moins conscient. Ce ressenti est le fruit de la confrontation entre des faits perçus et des critères de valeur permettant l'évaluation de ces faits. »

Influence sociale : « Processus de construction, de diffusion, de maintien et de modification des modes de pensée d'un individu ou d'un groupe, lors d'interactions sociales. Une situation sociale naît de la rencontre entre au moins deux entités sociales, au centre desquelles se trouve un objet appelé à subir les réactions nées de la relation sociale ainsi établie. Dans ce cadre, l'objet peut-être un jugement, une opinion, un comportement, une croyance, une attitude ou une évaluation, etc. L'influence sociale est à l'origine des normes imposées aux objets précédemment cités. »

Norme sociétale : « Les membres d'une même population partagent des croyances communes et celles-ci génèrent des attitudes spécifiques. La norme sociétale est donc l'ensemble des comportements considérés comme normaux, à l'intérieur d'une communauté. Chaque individu de cette communauté est par suite incité plus ou moins consciemment à se comporter en accord avec cette norme. »

Pression : « Force exercée par l'environnement, par une situation, par un groupe ou par une personne sur un sujet. La pression détermine les conduites et réactions du sujet, mais plus encore sa motivation dans la mise en œuvre de celles-ci. »

Valence : « La valence, positive ou négative, désigne ce qui attire ou repousse un individu. Plus précisément, tout objet, croyance ou motivation constituant une région du champ psychologique du sujet, exerce sur celui-ci une valence positive ou négative selon qu'il l'attire ou le repousse. »

Valeur : « Niveau d'intérêt subjectif porté à un objet. Ce niveau d'intérêt est fonction des motivations du sujet et peut donc varier au gré de celles-ci. Un objet peut avoir une grande valeur pour un groupe social dans un contexte précis. »

(Source : www.dicopsy.com)

Table des matières

| | |
|--|-----|
| Remerciements | i |
| Dédicace | ii |
| Résumé | iii |
| Mots clés | iii |
| Abstract | iv |
| Key-words..... | iv |
| Liste des acronymes et abréviations utilisés | v |
| Définition des concepts de psychologie utilisés..... | vi |
| Introduction..... | 1 |
| Méthodologie..... | 6 |
| Chapitre 1 : QUELQUES REPERES | 7 |
| RAPPELS ANATOMIQUES ET FONCTIONNELS | 8 |
| LES « MUTILATIONS/EXCISIONS » | 9 |
| • Le point sur les différentes appellations | 9 |
| • Définition et typologies de l’OMS | 9 |
| • Risques sanitaires | 11 |
| • L’excision, en chiffres | 11 |
| • Instruments juridiques | 12 |
| • Quels sont les fondements de l’excision ? | 13 |
| Chapitre 2 : DEUX PRATIQUES MAL CONNUES DU SUD..... | 15 |
| L’EXCISION MEDICALISEE : CAS DE L’EGYPTE | 17 |
| • Une pratique déjà présente au temps des pharaons... .. | 17 |
| • ... toujours très répandue de nos jours | 17 |
| • Historique du combat en Egypte :..... | 18 |
| • Disparité des régions face à l’excision..... | 19 |
| • Evolution de la pratique et du praticien dans le temps | 19 |
| • Complications réduites, mais présentes | 20 |
| • Et les hommes dans tout ça ?..... | 21 |

| | |
|--|-----------|
| • Vers un arrêt de la pratique ?..... | 21 |
| L'ÉLONGATION LABIALE OU LA RECHERCHE DU PLAISIR | 23 |
| • Connue depuis le XVI ^{ème} siècle | 23 |
| • Diversité d'appellations..... | 23 |
| • Encore présente dans une dizaine de pays | 23 |
| • « Force positive », créatrice de capital social..... | 24 |
| • Une pratique collective de longue haleine..... | 25 |
| • Croyances traditionnelles..... | 27 |
| • Peu de risques à long terme | 28 |
| • Nécessité d'une législation spécifique ?..... | 28 |
| Chapitre 3 : LES MODIFICATIONS GENITALES AU NORD | 31 |
| GENITOPLASTIES : LORSQUE L'ESTHETIQUE BOUSCULE LES NORMES..... | 33 |
| • La chirurgie génitale dans le temps..... | 33 |
| • Une multitude de pratiques chirurgicales..... | 33 |
| • Demandes croissantes..... | 34 |
| • Quête de la normalité | 34 |
| • Qui sont ces femmes ? | 35 |
| • Les fondements du désir de chirurgie | 35 |
| • Pression sociale, influence médiatique, marketing commercial ... choix librement consenti ? | 36 |
| • Spécialiste de la fonction vs spécialiste de l'apparence..... | 37 |
| • Plus de mal que de bien..... | 37 |
| • Protection de la femme et législation | 38 |
| • Rôle des professionnels de santé | 39 |
| • Considérations éthiques..... | 39 |
| PIERCING GENITAL ET REVENDICATION DU CORPS | 41 |
| • Le piercing, garant historique de la chasteté | 41 |
| • Pratique populaire en occident | 41 |
| • Choix personnel..... | 42 |

| | |
|--|----|
| • Recherche du plaisir... et de la douleur..... | 42 |
| • Percer à tout prix..... | 43 |
| • Des risques bien réels..... | 43 |
| • Pratique peu encadrée..... | 44 |
| • Sensibilisation des professionnels de santé..... | 44 |
| Chapitre 4 : DISCUSSION | 47 |
| Conclusion | 53 |
| Bibliographie | 54 |
| Liste des illustrations..... | 58 |
| Annexe 1..... | 59 |
| Annexe 2..... | 60 |

Introduction

« Lorsqu'une pratique est occidentale il s'agit de médecine moderne, mais lorsque celle-ci est africaine, on parle d'acte de barbarie. » (Johnson, M.C., 2006, in Rochon, 2007)

Dans le cas des pratiques génitales féminines, cela s'avère criant de vérité. Ainsi, on qualifiera de « mutilations sexuelles » les actes réalisés sur des femmes originaires des pays du Sud, alors que ces mêmes pratiques seront considérées comme de la chirurgie esthétique chez des femmes occidentales.

Chaque année, trois millions de filles sont victimes de mutilations sexuelles (UNICEF, 2007). L'Organisation Mondiale de la Santé estime à environ 140 millions le nombre de jeunes filles et de femmes qui souffrent actuellement des séquelles de mutilations sexuelles, dans le monde. Devant l'ampleur des risques sanitaires, de nombreuses organisations se sont engagées dans une lutte visant l'arrêt de ces pratiques. C'est notamment le cas de l'UNICEF qui a lancé en 2007 une *Stratégie coordonnée pour l'abandon de l'excision/mutilations génitales féminines (E/MGF) en l'espace d'une génération*. Malheureusement, la quasi-totalité des recherches réalisées et des données collectées jusqu'à aujourd'hui ne concernent que les trois premiers types de mutilations sexuelles... qui sont certes les plus répandues, mais pas les seules présentes sur le continent africain et dans le reste du monde. Les pratiques classifiées dans le type IV sont variées et répandues dans un grand nombre de groupes ethniques, et pourtant si peu de recherches leur sont consacrées qu'il n'existe pratiquement aucune donnée à leur sujet. Ainsi, seules de très rares études se sont intéressées à la pratique de l'élongation labiale et à son contexte socioculturel, malgré sa présence dans une dizaine de pays d'Afrique sub-saharienne.

Ces dernières décennies, de nombreuses recherches ont été menées pour mieux connaître les pratiques d'excision, et comprendre pourquoi elles sont aussi profondément ancrées dans les cultures. Elles ont permis de mettre en évidence des facteurs explicatifs de la difficulté à renoncer à ces pratiques pour les femmes, mais aussi des éléments surprenants. Abusharaf (2012) a constaté que face à l'animosité occidentale concernant l'excision, celle-ci serait devenue le centre d'une certaine forme de résistance pour les femmes africaines. Ainsi, contre toute attente, une étude menée auprès d'une ethnie du sud du Tchad, les *Sara*, a révélé que quelques villages n'ont adopté que très récemment l'excision. Cette décision était à l'initiative des jeunes filles *Sara* elles-mêmes, qui la revendiquaient comme un acte de modernisation, malgré les fortes oppositions des autorités villageoises, religieuses, et des femmes plus âgées du village (Leonard, 2000).

Malgré les nombreuses campagnes de prévention qui se sont développées, la pratique est toujours présente. Elle tend même à se médicaliser dans certains pays. Ainsi, les résultats de l'Enquête Démographique de Santé (EDS) de 2008 indiquaient que l'Égypte est de loin le pays dans lequel les interventions médicales sont plus fréquentes (PRB, 2010).

Face à ce constat, l'OMS, l'ONUSIDA, le PNUD, l'UNFPA, l'UNHCR, l'UNICEF, la FIGO et d'autres organismes internationaux se sont réunis pour élaborer une *Stratégie mondiale visant à empêcher le personnel de santé de pratiquer des mutilations sexuelles féminines* (OMS, 2011).

Pourtant certains s’y opposent, ou s’interrogent : si la pratique de l’excision est réalisée de manière sécurisée, hygiénique et volontaire, peut-elle toujours être considérée comme un problème de santé publique ?

Parallèlement, alors même que l’OMS et les organisations non gouvernementales (ONG) combattent de plus en plus ardemment les mutilations génitales en Afrique, comment expliquer qu’en Occident, des femmes toujours plus nombreuses recourent à la chirurgie esthétique génitale (vulvoplastie) pour les plus modernes, ou aux piercings génitaux chez les plus avides de sensations nouvelles, sans que l’opinion publique n’en soit troublée ?

Ces pratiques, définies comme des « mutilations » sur le continent africain, sont qualifiées simplement de « médecine moderne » et « chirurgie esthétique » lorsqu’elles sont effectuées en Occident par des occidentaux. La perception des émigrées africaines souhaitant réaliser une modification génitale sera qualifiée de mutilation sexuelle et systématiquement reliée à la tradition.

Devant l’impact de la terminologie sur l’approche, nous choisissons de raisonner en termes de « modification corporelle ». Cette appellation désigne toute altération délibérée et pour raison non-médicale du corps humain (Veale & Daniels, 2011). Elle nous permet de considérer les pratiques de mutilations génitales et de chirurgie génitale sous un même angle : celui des modifications génitales effectivement réalisées sur les femmes, quelle que soit leur culture ou leurs croyances, et avec le moins de préjugés possibles.

Face à ces constats, plusieurs questions surgissent quant aux raisons pour lesquelles les pratiques du Nord ne dérangent pas autant que celles du Sud. Serait-ce parce qu’en Occident l’acte est réalisé en milieu hospitalier, par des chirurgiens diplômés et spécialisés ? Mais dans ce cas, pourquoi dans les pays tels que l’Egypte, la médicalisation de la pratique a-t-elle été condamnée par l’OMS ? En définitive, est-ce réellement un problème de santé publique ou bien de compréhension interculturelle ? Le besoin d’aider les africaines à défendre leurs droits serait-il lié à une perception, plus ou moins erronée de la part des occidentaux de la place des femmes dans les sociétés traditionnelles ? Dans ce cas, que dire de ces femmes qui, contre l’avis de leurs maris, souhaitent pérenniser la pratique en excisant leurs filles ou leur enseignant les autres rites sexuels ? Ou encore des villageoises tchadiennes qui ont réintroduit de telles pratiques chez elles en signe de modernisation ? Et finalement, sont-elles réellement dans le faux en parlant de modernisation, sachant qu’en Occident c’est désormais la toute dernière mode de se faire exciser ?

Cette étude a pour objectif de mettre en évidence les similarités entre les pratiques de modifications génitales féminines d’Afrique et d’Occident. Elle se déroulera en deux temps :

- Un éclairage sur différentes pratiques de modifications génitales dans les pays du Nord et du Sud, grâce à un travail de revue de la littérature.
- Une comparaison de ces différentes pratiques sous l’angle de la santé publique.

Nous ferons dans la première partie un rappel sur l’anatomie de l’appareil génital féminin et sur les connaissances générales concernant les mutilations génitales féminines. Une seconde partie sera dédiée aux pratiques du Sud : nous prendrons le cas de l’Egypte pour étudier le problème de

l'excision médicalisée, puis nous aborderons la pratique particulière de l'élongation labiale. La troisième partie présentera deux pratiques occidentales : la chirurgie esthétique génitale, et le piercing génital féminin. Pour chaque pratique, nous chercherons à déterminer l'origine historique, la population concernée, le type de praticien, la perception par la communauté, les diverses pressions qui peuvent s'exercer sur les femmes, et les risques sanitaires à court et long terme. Puis nous mettrons en exergue les similarités et différences entre les pratiques qualifiées de « mutilations » et celles qui ne le sont pas, en se focalisant sur l'aspect de santé publique.



Méthodologie

Ce travail est basé sur une revue de la littérature scientifique concernant les différentes pratiques de modifications génitales féminines.

Nous avons délibérément choisi de ne pas approfondir la description des pratiques générales de mutilations sexuelles féminines de types I, II et III communément appelées « excision ». Les raisons principales de ce choix sont que ces pratiques sont assez largement connues du grand public et que de nombreuses études leur sont consacrées depuis plusieurs années. Elles ne seront donc pas l'objet de ce mémoire. Cependant, le premier chapitre permet de préciser quelques éléments de base, issus de la littérature grise et des données de l'Organisation Mondiale de la Santé, pour contextualiser la discussion.

Ce travail porte sur l'étude de quatre pratiques sélectionnées de manière raisonnée pour élargir la vision autour des différents types de modifications sexuelles au Nord comme au Sud. Il sera présenté selon le modèle suivant :

| | <i>Sociétés traditionnelles</i> | <i>Sociétés occidentales</i> |
|---|---------------------------------|-------------------------------|
| <i>Pratiques médicalisées, avec réduction des organes</i> | Excision médicalisée (Egypte) | Chirurgie génitale esthétique |
| <i>Pratiques non médicalisées, sans réduction des organes</i> | Elongation labiale | Piercing génital |

Les données issues de la littérature concernant ces pratiques seront détaillées en considérant les facteurs suivants :

- Contexte historique et origine
- Population concernée et âge
- Type d'intervenant (praticien)
- Descriptif de la méthode
- Influences sociales, familiales, culturelles
- Motivations
- Conséquences sanitaires et considérations psychologiques
- Aspects législatifs
- Considérations éthiques

Des recherches dans Pubmed/Hinari, sans limite temporelle, ont permis de sélectionner les articles pertinents pour l'étude. Les mots clés utilisés sont listés ci-dessous selon nos quatre pratiques :

- *FGC, female genital cutting, female circumcision, female genital mutilation, medicalization, Egypt.*
- *Female genital modification, labia elongation, genital stretching, elongation labia minora.*
- *FCGS, female genital cosmetic surgery, female genital reshaping, vaginal rejuvenation, labial reduction, labiaplasty, vaginoplasty.*
- *Genital piercing, female genital piercing.*

Limites : étude non exhaustive sur la diversité des pratiques. Faibles données concernant les pratiques catégorisées sous le type IV par l'OMS.

Chapitre 1 : QUELQUES REPERES

RAPPELS ANATOMIQUES ET FONCTIONNELS

La vulve correspond à l'ensemble des organes génitaux externes de la femme (Figure 1). Elle est constituée par :

- les grandes lèvres, qui se réunissent au niveau de la partie inférieure à la commissure postérieure et au niveau de la partie supérieure pour former le mont de vénus ;
- les petites lèvres, aussi appelées nymphes, qui se réunissent en leur partie supérieure, pour recouvrir le clitoris, en formant le capuchon du clitoris.

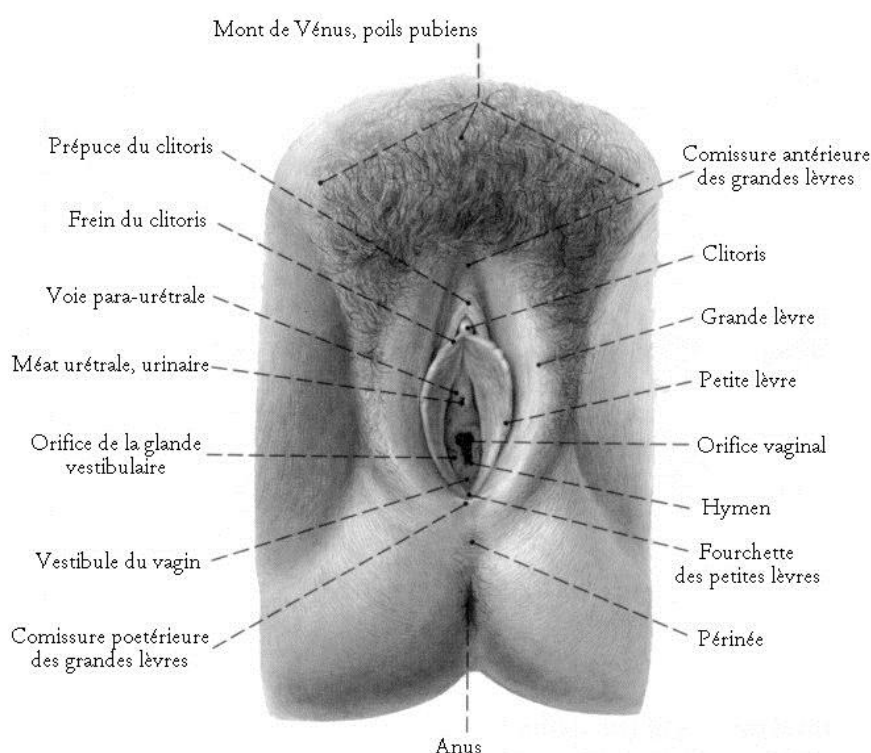


Figure 1 : schéma de la vulve
(© Cours-Medecine.info)

Corps érectiles de la vulve :

- le clitoris, composé de corps caverneux se terminant par un gland ;
- les bulbes vestibulaires, situés sous le repli cutané que forment les petites lèvres.

Rôles physiologiques de la vulve :

- elle facilite les rapports sexuels grâce à sa fonction de lubrification ;
- elle est le support principal de la sensibilité, pendant le rapport sexuel ;
- la dilatation de ses tissus souples facilite l'accouchement ;
- elle participe à l'élimination urinaire.

◆ Le point sur les différentes appellations

La terminologie utilisée a connu des variations à travers le temps, soit pour préciser l'acte, soit pour favoriser le dialogue avec les communautés. Actuellement plusieurs appellations sont fréquemment employées pour désigner ces pratiques selon les institutions :

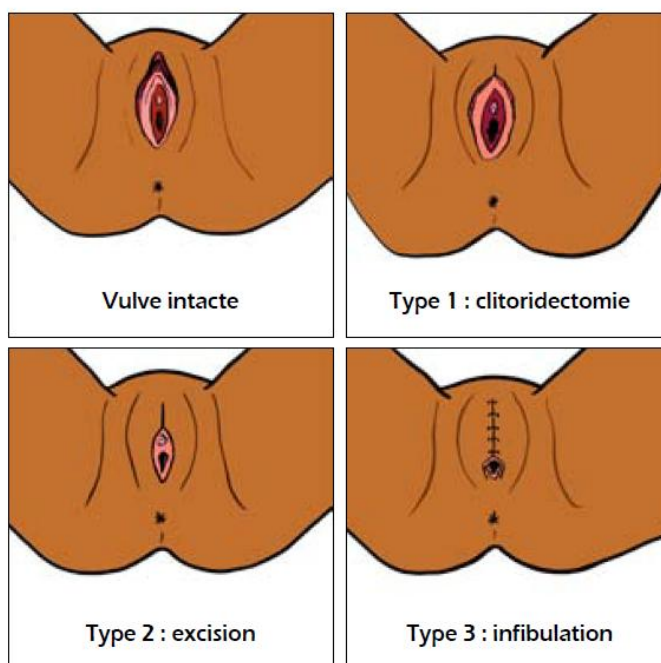
- Le terme « excision » a été le premier employé. Il est encore très utilisé par certaines ONG et par la population générale.
- « Mutilations sexuelles féminines » (MSF) est utilisé notamment par l'OMS dans ses rapports et directives. A l'origine, cette appellation permettait d'établir une distinction plus claire avec la circoncision, le terme anglais pour désigner l'excision étant *female circumcision*. C'est ce terme qui sera repris dans la déclaration interinstitutions de 2008 concernant l'élimination de la pratique.
- Vers le milieu des années 1990, afin de faciliter la collaboration et les discussions en faveur de l'abandon de la pratique, de nombreuses organisations ont décidé de se servir de l'expression « excision féminine », moins négative et péjorative. Actuellement, l'emploi de MGF/E pour « Mutilation Génitale Féminine / Excision » est préconisé par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (PRB, 2010). Ces termes sont employés notamment par l'UNICEF et l'UNFPA.

◆ Définition et typologies de l'OMS

« Les mutilations sexuelles féminines désignent toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre mutilation des organes génitaux féminins pratiquées à des fins non thérapeutiques » (Figure 2, Tableau I)

(OMS, UNICEF, & FNUAP, 1997).

Figure 2: les différents types de mutilations génitales féminines (Dieleman, Richard, Martens, & Parent, 2009)



Sources : Dessins de Dimi Dumo (www.dimidumo.be) d'après des croquis de F. Richard.

Tableau I : évolution des typologies de l'OMS

| | Typologie établie en 1995 (OMS et al., 1997) | Typologie modifiée en 2007 (OMS, 2008) |
|----------|--|--|
| TYPE I | <i>Excision du prépuce, avec ou sans excision de la totalité ou d'une partie du clitoris.</i> | <i>Ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce (clitoridectomie).</i> Lorsque la distinction est nécessaire : Type Ia : ablation du capuchon du clitoris ou du prépuce uniquement. Type Ib : ablation du clitoris et du prépuce. |
| TYPE II | <i>Excision du clitoris avec excision partielle ou totale des petites lèvres.</i> | <i>Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision).</i> Type IIa : ablation des petites lèvres uniquement. Type IIb : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres. Type IIc : ablation partielle ou totale du clitoris, des petites lèvres et des grandes lèvres. |
| TYPE III | <i>Excision de la totalité ou d'une partie de l'appareil génital externe et suture/rétrécissement de l'ouverture vaginale (infibulation).</i> | <i>Rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris (infibulation).</i> Type IIIa : ablation et accolement des petites lèvres. Type IIIb : ablation et accolement des grandes lèvres. |
| TYPE IV | <i>Diverses pratiques non classées telles que la ponction, le percement ou l'incision du clitoris et/ou des lèvres, l'étirement du clitoris et/ou des lèvres, la cautérisation par brûlure du clitoris et des tissus environnants, la scarification des tissus qui entourent l'orifice vaginal (« angurya ») ou l'incision du vagin (« gishiri »); l'introduction de substances ou d'herbes corrosives dans le vagin pour provoquer un saignement ou pour le resserrer, et toute autre pratique entrant dans la définition générale des mutilations sexuelles féminines citée plus haut.</i> | <i>Non classée : toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, telles que la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation.</i> |

Actuellement, concernant le type IV, on retrouve encore dans la déclaration interinstitutions les pratiques suivantes : *Ponction, percement, incision et scarification ; étirement ; cautérisation ; incision des organes génitaux externes ; introduction de substances nocives*. Elle admet cependant que de nombreuses questions restent encore sans réponses au sujet de ces pratiques moins connues et moins étudiées que celles des autres types (OMS, 2008).

◆ Risques sanitaires

De nombreuses études de terrain ont permis de recenser les risques liés aux trois premiers types de mutilations sexuelles. L'Organisation Mondiale de la Santé a fait une revue de ces études (OMS, 2008), et nous ne présenterons ici que les risques clairement établis par la littérature (tableau II).

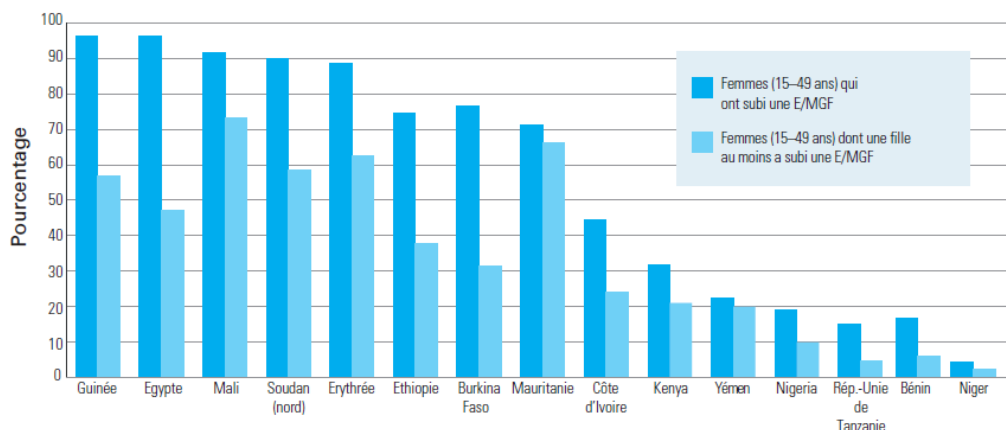
Tableau II : synthèse des complications sanitaires liées aux mutilations de types I, II et III

| | <i>Types I, II et III</i> | <i>Spécifiques au type III</i> |
|---|---|--|
| <i>Risques immédiats et à court terme</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Douleurs intenses - Choc - Saignements excessifs - Difficultés pour uriner - Infections - VIH - Tétanos - Mort - Conséquences psychologiques | |
| <i>Risques à long terme</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Douleurs chroniques - Infections - Chéloïde - Infections de l'appareil reproducteur - Infections sexuellement transmissibles - VIH - Diminution de la sensibilité et du plaisir sexuel impactant la qualité de la vie sexuelle - Complications obstétricales - Danger pour le nouveau-né - Conséquences psychologiques | <ul style="list-style-type: none"> - Chirurgies ultérieures (<i>désinfibulation puis parfois réinfibulation</i>) - Problèmes urinaires - Problèmes menstruels - Rapports sexuels douloureux - Infertilité |

◆ L'excision, en chiffres

Selon l'OMS, les mutilations sexuelles féminines de type I, II et III ont été recensées dans 28 pays d'Afrique, quelques pays d'Asie et du Moyen-Orient, et dans certains groupes ethniques d'Amérique centrale et du Sud. Dans le monde, 100 à 140 millions de filles et femmes ont subi l'un des trois premiers types de mutilations, et près de 90% des mutilations réalisées seraient de type I ou II.

Entre 1989 à 2002, un total de 20 enquêtes EDS ont été menées dans 14 pays africains et au Yémen (figure 3). Elles ont permis de collecter des données sur l'évolution de la pratique de l'excision (Yoder, Abderrahim, & Zhuzhini, 2005). Les changements de pratique au fil du temps sont évalués en comparant les expériences des mères et de leurs filles.



Note : Le classement des pays va du niveau le plus élevé au niveau le plus bas d'E/MGF.

Sources : MICS et EDS, 1997-2005.

Figure 3: Prévalence de l'E/MGF chez les femmes et leurs filles (UNICEF, 2007)

En Egypte et en Guinée, presque toutes les femmes de 15-49 ans ont subi une E/MGF, mais la moitié d'entre-elles environ n'auraient pas excisé leur filles (cf. figure ci-dessus). Cela indiquerait une tendance générationnelle vers l'abandon de la coutume (UNICEF, 2007).

La prévalence nationale ainsi que le type varie essentiellement en fonction de l'appartenance ethnique (Yoder et al., 2005). Mais dans sept pays la prévalence nationale est quasi-universelle (plus de 85%) : Djibouti, Egypte, Erythrée, Guinée, Sierra Leone, Somalie et Soudan Nord (PRB, 2010).

Il n'existe cependant aucune donnée chiffrée concernant les pratiques de type IV, ni de liste permettant de recenser les pays ou ethnies concernées.

◆ Instruments juridiques

Les instruments juridiques et les documents ayant fait l'objet d'un consensus sur les droits humains aux niveaux international et régional défendent vivement la protection des droits des femmes et des filles et demandent l'abandon des mutilations sexuelles féminines. Une liste de ces textes est consultable en annexe.

Le 26 novembre 2012, la Troisième Commission des Nations unies, chargée des questions sociales, humanitaires et culturelles, a proposé *pour la première fois* à l'Assemblée générale d'appeler à mettre fin aux mutilations génitales féminines¹.

Le 20 décembre 2012, l'Assemblée générale des Nations unies a adopté à l'unanimité une résolution dénonçant les mutilations génitales féminines²⁻³. Cette résolution, qui n'a cependant aucun caractère contraignant, demande instamment aux 193 Etats membres de l'ONU de « condamner

¹ <http://www.un.org/News/fr-press/docs/2012/AGSHC4061.doc.htm>

² <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=43839&Cr=female+genital+mutilation&Cr1#.UTtthNZA3E6>

³ <http://www.unwomen.org/fr/2012/12/united-nations-bans-female-genital-mutilation/>
(sites consultés le 02/01/2013)

toutes les pratiques dangereuses qui affectent les femmes et les filles, en particulier les mutilations génitales féminines, et de prendre toutes les mesures nécessaires, y compris l'application de la législation, la sensibilisation et l'allocation de ressources suffisantes, pour protéger les femmes et les filles contre cette forme de violence ».

◆ Quels sont les fondements de l'excision ?

De la croyance mythique (idée que le clitoris peut entraîner la mort du nourrisson en le touchant, ou que l'homme peut devenir stérile à son contact...), aux coutumes traditionnelles (rituel d'initiation, tradition à reproduire de mère en fille...), en passant par la croyance religieuse (chez les juifs comme les chrétiens ou les musulmans), et le désir de contrôle de la sexualité (atténuer le désir de la femme, préserver la chasteté avant le mariage et la fidélité durant le mariage), les facteurs socioculturels sont nombreux à intervenir et interagir dans cette problématique.

Pour remonter dans l'histoire, Cheikh Anta Diop, nous explique l'excision féminine et la circoncision masculine pratiquées à l'époque pharaonique par le concept d'androgynie divine présent chez les humains : « *Pour les Égyptiens, Dieu, en particulier le dieu Ammon, autogène, était nécessairement androgyne. Cette androgynie divine se retrouve chez les humains à un moindre degré et explique, en Égypte pharaonique comme dans le reste de l'Afrique Noire, les pratiques de la circoncision et de l'excision pour séparer radicalement les sexes à l'âge de la puberté* » (Diop, 1981).

L'enfant qui vient de naître est considéré comme androgyne. En effet, le prépuce serait le principe femelle chez le garçon et le clitoris le principe mâle chez la fille. Dans les religions africaines, le prépuce est l'âme femelle double chez le garçon et le clitoris l'âme mâle double chez la fille. Or « *cette âme double est un danger : un homme doit être mâle et une femme femelle. Circoncision et excision remettent encore les choses en ordre* » (Griaule, 1966, in Rochon, 2007).

Les fondements mythiques des pays de la corne de l'Afrique rapportent eux aussi que l'on pratiquait l'infibulation pharaonique sur les femmes pour éviter qu'elles ne soient violées au moment des razzias effectuées par les Arabes.

Chapitre 2 : DEUX PRATIQUES MAL CONNUES DU SUD

Lorsque nous entendons parler de mutilations sexuelles sur le continent africain, beaucoup d'images de petites filles violentées lors de rituels traditionnels avec pour matériel tous types d'objets coupants à portée de main nous viennent à l'esprit et nous tourmentent. Le danger sanitaire auquel sont confrontées ces fillettes ne laisse personne indifférent, et de nombreux combats sont menés par les ONG et certains gouvernements depuis quelques décennies pour défendre les droits de ces enfants, et notamment le droit à la santé. Ces pratiques ayant déjà été largement étudiées dans un grand nombre de recherches, et combattues par de nombreuses ONG et gouvernements ainsi que de nombreuses populations concernées, nous avons fait le choix délibéré de ne pas les aborder dans notre travail. Nous nous orienterons sur deux aspects qui obtiennent moins de consensus : l'excision médicalisée, telle qu'elle est pratiquée en Egypte depuis maintenant quelques années, et l'élongation labiale, réalisée par les jeunes filles elles-mêmes et pour laquelle très peu de données existent jusqu'à présent.

L'EXCISION MEDICALISEE : CAS DE L'EGYPTE

◆ Une pratique déjà présente au temps des pharaons...

L'excision serait apparue il y a près de trois mille ans, en Égypte antique, où elle constituait une sorte de rituel de fertilité, pendant lequel les parties excisées étaient offertes au Nil sacré. Elle était très courante à cette époque. D'après un ancien texte égyptien, les femmes grecques d'Égypte se pliaient aussi à la coutume de l'excision, car dans le cas contraire, elles pouvaient rencontrer des difficultés pour se marier (Jonckheere, 1951). Un papyrus grec datant de l'an 63 av. J.-C. mentionne également des jeunes égyptiennes de l'époque pharaonique ayant subi la pratique. Des traces d'excision ont été retrouvées sur des momies (Zayed & Ali, 2012), notamment d'infibulation. C'est de là qu'a été tiré le terme de « circoncision pharaonique », encore d'actualité au Soudan.

◆ ... toujours très répandue de nos jours

Dans le dialecte local égyptien, l'excision est couramment appelée « tahara » (purification), ou « khetan el benat » (le mot « hetan » étant employé également pour la circoncision chez les garçons).

De 1995 à 2003, les chiffres des EDS successifs sont stables et indiquent que 97% des femmes sont excisées (Yoder et al., 2005). On observe cependant une légère tendance à la baisse dans les données de l'EDHS⁴ 2008 : 91% des 15-49 ans déclarent être excisées, mais seulement 74% des 15-17 ans (Zayed & Ali, 2012).

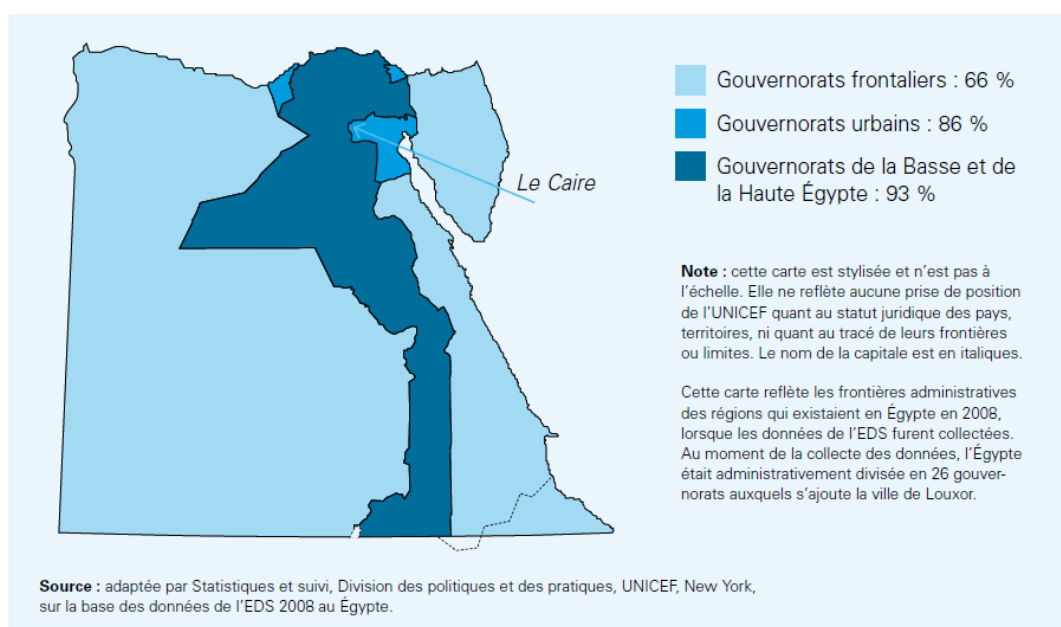


Figure 4: Prévalence de l'E/MGF en 2008 chez les femmes âgées de 15 à 49 ans en Égypte, et par gouvernorat (UNICEF, 2010)

⁴ EDHS : Egypt Demographic Health Survey

◆ Historique du combat en Egypte :

La lutte contre les mutilations sexuelles en Egypte remonte aux années 1920, où des initiatives individuelles ont commencé à voir le jour (Fahmy, El-Mouelhy, & Ragab, 2010). En **1959**, le gouvernement *interdit la pratique* des mutilations génitales féminines dans les hôpitaux publics et par les professionnels de santé. Suite à cette interdiction, les excisions ont été réalisées clandestinement, à domicile, par les accoucheuses traditionnelles (dayas) et les barbiers (Sayed, El-Aty, & Fadel, 1996).

En **1979**, l'Association du Planning Familial du Caire organise la *première conférence publique* sur le sujet (Fahmy et al., 2010).

En **1994**, lors de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement qui s'est tenue au Caire⁵, la chaîne CNN a diffusé un reportage sur une petite fille en train de se faire exciser par un barbier. Le débat a été lancé. A la suite de la conférence plusieurs ONG se sont regroupées sous la « *National Task Force against FGM/C* ». Après de nombreux échanges entre le Ministère de la Santé et les ONG, un nouveau décret *autorise la pratique de l'excision*, uniquement par des médecins, et dans certains hôpitaux (Rasheed, Abd-Ellah, & Yousef, 2011), pour permettre aux filles de bénéficier de meilleures conditions d'hygiène. Nombreuses associations n'ont pas adhéré à ce texte, proclamant que cette décision était à la fois contre les accords internationaux et la loi égyptienne (Fahmy et al., 2010; Sayed et al., 1996).

En **1996**, un décret ministériel *interdit* les praticiens médicaux et non médicaux de réaliser les mutilations sexuelles, que ce soit dans un établissement public ou privé, *sauf pour raison médicale* (Tag-Eldin et al., 2008).

Le conseil national pour la mère et l'enfant, créé en 1989, a mis en place un projet pionnier dans le pays en **2003** : le « *female genital mutilation free village model*⁶ ». En 2010, le projet était en cours dans 120 villages de différents gouvernorats égyptiens (Fahmy et al., 2010).

En **2007**, la mort de deux filles suite à leur excision a médiatisé les débats. Mais c'est le cas de la jeune Bedour Ahmad Shaker, 13 ans, décédée d'une overdose d'anesthésique, lors de son excision par un médecin de Haute-Egypte, qui a poussé le Ministère de la Santé à réagir (Fahmy et al., 2010; Meleigy, 2007; Rasheed et al., 2011).

Le **28 juin 2007**, un décret émanant du Ministère de la santé *interdit* aux médecins et infirmières de pratiquer les excisions (Fahmy et al., 2010; Zayed & Ali, 2012). Pendant l'année 2007, les gouvernorats de Assouan, Sohag, Minia et Beni Suif, rejettent officiellement les mutilations sexuelles (UK Border Agency, 2008).

En **2008**, le Parlement vote enfin une loi criminalisant la pratique des mutilations génitales féminines et fixe des sanctions sévères pour les praticiens (Fahmy et al., 2010).

⁵ La CIPD s'est tenue du 5 au 13 septembre 1994, au Caire. Deux semaines, pendant lesquelles des leaders venus du monde entier, des officiels de haut rang, des représentants d'ONG et de l'ONU se sont rassemblés pour mettre en place un programme d'action.

⁶Traduction : « Village modèle sans mutilations génitales féminines »

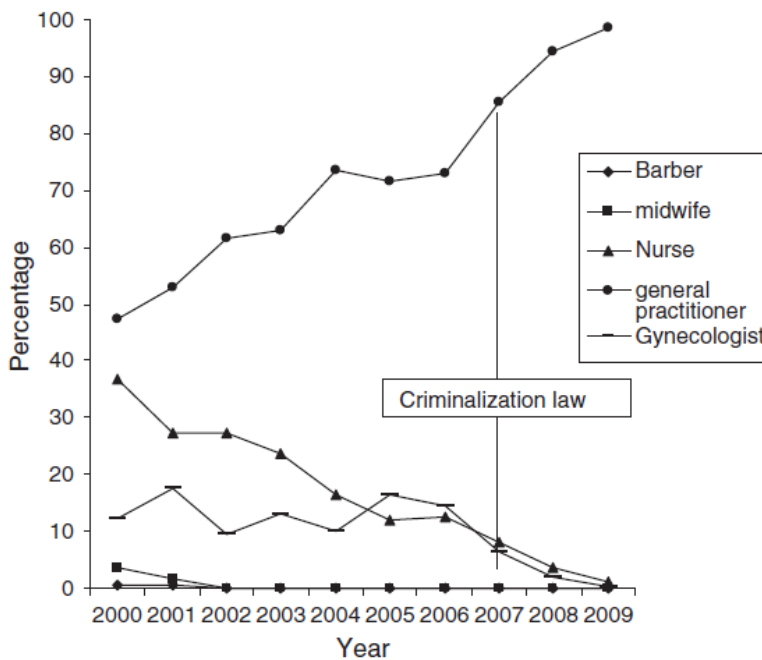
◆ Disparité des régions face à l'excision

En 2007, une étude à l'échelle nationale a été menée auprès de **38 816 écolières**, dans dix villes de cinq régions : grand Caire, Basse Egypte, Haute Egypte, Sinaï, et Canal de Suez (Tag-Eldin et al., 2008).

- Au niveau national, l'âge moyen se situe autour de 10 ans (± 2 ans), mais il existe une grande disparité selon les régions. Ainsi à Louxor, les fillettes de quatre ans sont déjà nombreuses à être excisées ($3,8 \pm 3,2$ ans).
- La prévalence moyenne chez les écolières est de 50,3% ; Louxor étant en tête avec 85,5%, et Port Saïd en bas de liste avec 17,9%.
- Les filles des campagnes sont plus touchées (61,7%) que celles des villes, mais le type d'école joue un rôle fondamental : les filles scolarisées dans des écoles gouvernementales urbaines sont plus concernées (46,2%) que celles des écoles privées urbaines (9,2%).
- Il existe une corrélation négative entre le niveau d'éducation des parents et l'excision de leurs filles.
- Les motivations évoquées en faveur de la pratique sont principalement : la religion (33%), la propreté (18,9%), les questions culturelles et sociales (17,9%) et la chasteté (15,9%).

◆ Evolution de la pratique et du praticien dans le temps

D'après l'EDS 1995, 79,6% des filles ont été excisées par des praticiennes traditionnelles, et 17,3% par des professionnels de santé. En 2000, les tendances se sont inversées : 38,3% par les Dayas contre 61,4% par les professionnels médicaux (Yoder et al., 2005).



Fait marquant : on constate que malgré la loi de 2007 criminalisant les mutilations sexuelles, la pratique est quasi-exclusivement réalisée par des médecins en 2009, au détriment des autres professions.

Figure 5: profession des exciseurs de 2000 à 2009 (Rasheed et al., 2011)

Les éléments clés de trois études, réalisées entre 1992 et 2010, ont été mis en évidence dans le tableau ci-dessous. On peut là encore constater l'évolution du statut du praticien : en 1992, les excisions étaient quasi-exclusivement réalisées par les dayas (accoucheuses traditionnelles) et encore quelques barbiers, tandis que dans les études récentes, ce ne sont plus que des personnels de santé qualifiés qui interviennent.

Tableau III : évolution de la pratique en Egypte d'après des études menées entre 1992 et 2010

| <i>Année et lieu de l'étude</i> | 1992 : village du gouvernorat d'Assiout, Haute-Egypte (Sayed et al., 1996) | 2008-2010 : départements de gynécologie-obstétrique de Sohag et Qena, Haute-Egypte (Rasheed et al., 2011) | 2010 : région du Caire et Guiza (Zayed & Ali, 2012) |
|---|--|---|---|
| <i>Population de l'étude</i> | Mères de 1732 filles de moins de 20 ans | 4158 jeunes femmes de 5 à 25 ans (+parents) | 244 femmes volontaires (de 5 à 30 ans) 78% vit à Guiza, le reste au Caire |
| <i>Age de la pratique</i> | 8,4 ans | 8,2 (± 0,9 ans) | 10 (± 2 ans) |
| <i>Motivations principales</i> | Coutume et tradition (77%) Hygiène (6%) Religion (4%) | Croyances religieuses (44,2%) Tradition (36,5%) Préserver la chasteté de la fille (19,3%) | Croyances traditionnelles (64,1%) considérations religieuses (35,9%) |
| <i>Lieu</i> | / | 74,3% à la maison 25,7% en clinique privée | A la maison (56,5%), en clinique privée (38,5%) à l'hôpital (5%) |
| <i>Praticien</i> | 97,5% dayas 1,3% barbiers 0,7% infirmières 0,5% médecins | En grande majorité les médecins généralistes | Médecins (53,8%) Sages-femmes (33,3%) Infirmières (10,3%) |
| <i>Prévalence</i> | Dans cette région, c'est la sunna qui est pratiquée uniquement | Prévalence : 89,3% en haute Egypte Incidence : 9,6% en 2000, 7,7% en 2009 | Prévalence en ville : 63,9% |
| <i>Différences entre excisés et non excisés</i> | / | Pas de différence significative concernant le statut socioéconomique, la religion, le niveau d'éducation, et celui des parents. Différence significative entre milieu rural et urbain. | Pas de différence significative concernant le lieu de résidence, l'âge, l'éducation, et le statut marital. Relation significative entre le lieu de vie et le lieu d'opération. |

◆ Complications réduites, mais présentes

En 1992, alors que les dayas étaient encore très présentes, les excisions en Egypte étaient essentiellement faites au rasoir (80,7%) et au couteau (18,5%). Les instruments médicaux n'étaient utilisés que dans 0,7% des cas. De graves hémorragies, ou des douleurs étaient fréquentes. Du fait de

la clandestinité de la pratique, de nombreuses complications pouvaient passer inaperçues, les filles n'étant amenées dans les centres de santé que en cas d'extrême gravité des symptômes (Sayed et al., 1996).

Actuellement, les complications mises en évidence sont principalement des traumatismes émotionnels (94,9%), mais aussi des hémorragies (33,3%), et dysuries (7,7%), malgré la médicalisation de la pratique (Zayed & Ali, 2012).

Une étude comparative entre femmes excisées et non excisées a été menée auprès de 264 jeunes mariées de la région de Benha (48km au Nord du Caire). Les dysménorrhées sont significativement plus courantes chez les femmes excisées, ainsi que les problèmes maritaux (dyspareunie, perte de la libido, échec à produire un orgasme et insatisfaction du conjoint), et les problèmes obstétricaux (déchirements, épisiotomies, bébés en détresses). Les problèmes psychologiques tels que la somatisation, l'anxiété ou la phobie sont plus répandus chez les femmes ayant subi une mutilation sexuelle, même minime (Elnashar & Abdelhady, 2007).

◆ Et les hommes dans tout ça ?

Selon eux, l'excision sert à réduire le désir, mais n'a pas d'effet négatif sur le plaisir sexuel de la femme (El-Mouelhy & Johansen, 2010). Les films pornographiques, très populaires en Egypte chez les jeunes hommes, renforcent la croyance qu'une femme n'ayant pas été excisée est plus susceptible d'avoir un comportement immoral et une sexualité excessive.

◆ Vers un arrêt de la pratique ?

Légiférer ne suffit pas à changer des valeurs culturellement enracinées (Afifi, 2007). Pour aider à changer les mentalités, le gouvernement doit également allouer des ressources pour soutenir les organisations « en contact avec des personnes réelles » et mener des campagnes (Meleigy, 2007). De plus, comme le montrent les deux études suivantes, un gros travail de formation et sensibilisation reste aussi à faire auprès des professionnels et futurs professionnels de santé.

Une enquête réalisée auprès des **professionnels de santé** d'un service de gynécologie-obstétrique a montré que 88,2% (sur 263) des infirmières, 34,3% (sur 411) des jeunes médecins, et 14,9% (sur 127) des médecins plus âgés **approuvent** la pratique (Rasheed et al., 2011).

En 2006, une étude menée auprès de 330 étudiants de médecine en 5^{ème} année de l'université d'Alexandrie révèle que leurs connaissances sur les pratiques de mutilations sexuelles étaient insuffisantes et que la prévalence en Egypte leur était inconnue. Malgré tout, 52% soutiennent la poursuite de l'excision, et 73,2% sont en faveur de la médicalisation de la pratique, comme stratégie de réduction des risques associés (Mostafa, El Zeiny, Tayel, & Moubarak, 2006).

Concernant la population générale, l'analyse des réponses de 14 393 femmes mariées obtenues grâce à l'EDHS de 2000, révèle que 14% des femmes sont en faveur de l'arrêt de la pratique. Sur

l'ensemble de ces femmes, celles ayant un haut niveau d'autonomisation et d'éducation étaient huit fois plus susceptibles de ne pas vouloir perpétuer la pratique (Afifi, 2009).

Une autre étude a été menée auprès de 9159 femmes afin de connaître leur attitude (favorable-défavorable) envers la pratique, selon leur accès à l'information, leurs connaissances des effets sur la santé et leurs croyances culturelles (Dalal, Lawoko, & Jansson, 2010). L'excision est **perçue** comme pouvant : conduire à la mort (49,4%), entraîner des problèmes obstétricaux pendant la grossesse (49,9%) et l'accouchement (44,3%), réduire la satisfaction sexuelle (34,5%), prévenir l'adultère (7,7%), et comme étant importante dans la religion (6,8%) ou encore préférée par les hommes (6,3%). Le profil type de la femme en faveur de **l'arrêt de l'excision** est le suivant : femme mariée ayant un haut niveau d'éducation, qui travaille et qui vit en zone urbaine. Les changements en faveur de l'abandon de la pratique ont plus de chance d'être obtenus si l'information anti-MGF circule dans les **lieux** stratégiques. Ainsi, 70% des femmes affirment être contre la poursuite de la pratique après avoir entendu le discours anti-FGM dans les églises ou mosquées, 53% seulement après avoir lu l'information dans les médias, 41% suite à des rencontres communautaires, et seulement 26% et 22% pour les messages diffusés à la radio et à la télé. Le peuple égyptien étant très religieux, le lieu de culte est clairement identifié comme un lieu d'influence et les informations qui y circulent ont un impact bien plus important que celles diffusées par les médias.

L'ÉLONGATION LABIALE OU LA RECHERCHE DU PLAISIR

L'élongation labiale se réfère à l'étirement génital des petites lèvres (Larsen, 2010; Martínez Pérez & Namulondo, 2011). Il existe très peu de recherches sur cette pratique est encore tabou mais qui est réalisée secrètement dans beaucoup d'ethnies d'Afrique.

Pour aborder ce chapitre, et devant le peu de documentation disponible dans le domaine scientifique, nous nous appuyerons essentiellement sur les us et coutumes du Rwanda et de la tribu Baganda, en Ouganda, sur lesquels des recherches récentes ont été publiées.

◆ Connue depuis le XVI^{ème} siècle

En 1640, les premiers blancs ayant foulé la terre d'Afrique du Sud mentionnaient dans leurs carnets de voyage le « tablier hottentot ». Ces mots désignaient une pratique qu'ils ont pu observer chez les jeunes filles de certaines tribus, qui consistait en une déformation volontaire du sexe féminin. Ainsi, chez les *Khoikhoi* (« peuple des peuples »), dès les premières menstruations, deux incisions étaient pratiquées de chaque côté des petites lèvres pour permettre de les étirer vers le bas. Des cailloux, de plus en plus lourds, y étaient introduits afin d'obtenir la forme et la longueur requise, pouvant aller jusqu'à 10 cm de long. En 1668, Dapper parla à son tour des petites lèvres allongées des femmes Hottentotes, qui étaient alors considérées comme une « caractéristique congénitale » (Koster & Price, 2008). En 1810, Saartjie, une jeune femme originaire de cette tribu d'Afrique du Sud, a malheureusement croisé le chemin de ces explorateurs. Sa particularité génitale, entre autre, a suscité la curiosité d'un médecin anglais et lui a valu le triste sort d'être « rapporté » en Occident où elle a ensuite servi de modèle vivant, tel un animal de foire, exposée à la vue et aux critiques des passants et des scientifiques occidentaux du 19^{ème} siècle. Elle fut renommée Sarah Baartman, et fut connue sous le nom de « Vénus Hottentote »⁷.

◆ Diversité d'appellations

L'étirement des petites lèvres est connu sous les noms de *gukuna*, *gukuna imishino*, *gukubura imbuga*, *guca imyeyo* ou *gucaikoli* au Rwanda, et de *okukyalira ensiko* ou *okusika enfuli* en Ouganda, chez le peuple Baganda (Koster & Price, 2008; Larsen, 2010; Martínez Pérez & Namulondo, 2011).

◆ Encore présente dans une dizaine de pays

L'élongation labiale est pratiquée dans différentes communautés réparties sur plusieurs pays : Afrique du Sud, Bénin, Burundi, Côte d'Ivoire, Kenya, Malawi, Mozambique, Namibie, Ouganda (*chez les Baganda, Baisu, Bakiga, Banyankole, Banyoro et Batolo*), République Démocratique du Congo, Rwanda, Soudan, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe. (Koster & Price, 2008; Larsen, 2010; Martínez Pérez & Namulondo, 2011)

⁷ Source : "Saartjie Baartman Centre for Women and Children" – South Africa. (consulté le 10/11/2012)
http://www.saartjiebaartmancentre.org.za/index.php?option=com_content&view=article&id=52&Itemid=66

Des gynécologues Rwandais questionnés à la capitale affirment que 75% de leurs patientes auraient réalisé le *gukuna*, ce qui indique que la pratique est très présente et répandue dans le pays (Larsen, 2010). L'élongation n'est pas réservée à une catégorie de femmes, et contrairement aux suggestions du Conseil économique et social des Nations Unies (2002), la majorité des rwandaises qu'elles soient originaires des tribus Hutu, Tutsi ou Twa sont concernées par la pratique (Koster & Price, 2008).

Au Rwanda, les filles commencent généralement à l'apparition des premiers signes de la puberté, avant le début des menstruations, « quand il y a éclosion et durcissement des seins [...] et que les poils du pubis commencent à pousser »⁸, tandis qu'au Zimbabwe, elles attendent les premières règles pour commencer (Larsen, 2010). En Ouganda, les filles du peuple Baganda débute *l'okusika* entre 9 et 16 ans (Martínez Pérez & Namulondo, 2011).

Certaines femmes peuvent également pratiquer l'élongation après avoir accouché (OMS, 2008).

◆ « Force positive », créatrice de capital social

Larsen (2010) a examiné la pratique de l'élongation labiale comme étant un instrument permettant de créer un capital social, concept qu'elle définit comme étant « un réseau de relations caractérisé par des normes de confiance et de réciprocité ». Ainsi, l'obtention de la taille adéquate pour les petites lèvres est perçue comme « le résultat d'un investissement de temps et d'effort », deux éléments nécessaires à la production d'un capital social. Elle a donc choisi de s'appuyer sur un modèle mettant en avant les relations civiques, plutôt qu'une simple analyse individuelle de l'acte d'étirement des lèvres. Le groupe de filles qui se forme autour de la pratique de l'élongation « constitue une organisation sociale distincte ».

Durant les séances d'étirement, les jeunes filles façonnent, canalisent, et précisent leur identité (Koster & Price, 2008). Elles « prennent conscience de leur sexualité » et apprennent à se sentir bien dans leur corps. Elles échangent des secrets qui ne pourraient être divulgués à personne d'autre en dehors du groupe, ce qui leur permet d'aborder la sexualité, sans aucun tabou. La fréquence des séances et le caractère intime de la pratique favorise l'apparition de liens sociaux étroits pour lesquels la confiance, la loyauté et la solidarité sont des valeurs codifiées et partagées. Le « sentiment d'appartenance » au groupe des « socialement admises » permet aux filles de garder contact avec les autres membres du groupe et de continuer à s'entre-aider même après avoir achevé la pratique (Larsen, 2010).

Les femmes considèrent leurs pratiques vaginales comme « une force positive dans leur vie », qui leur donne un sentiment de fierté et développe leur estime de soi (Koster & Price, 2008).

Dans les villes rwandaises, un renforcement social s'effectue autour de la pratique via les médias, essentiellement la radio et les journaux, mais aussi grâce à des rassemblements publics d'apprentissage sur la pratique (Koster & Price, 2008). Le passage du statut « secret » à

⁸ Tiré du site de documentation et d'informations socio-politiques sur le Rwanda (consulté le 30/11/2012) <http://www.musabyimana.net/lire/article/le-rite-du-gukuna/index.html>

« médiatique », pourrait s'expliquer par les pertes humaines liées au génocide : peu de femmes susceptibles de transmettre la tradition ont survécu (N.D.A.).

Taylor (1988) expliquait que dans la culture rwandaise, les liquides ont une forte valeur symbolique et que leur passage d'un individu à un autre est producteur de *relations sociales*. Selon ce concept, « l'harmonie sociale est maintenue par les échanges continus de fluides, incluant les sécrétions corporelles ». Ainsi, une femme produisant peu de sécrétions vaginales lors des rapports sexuels est considérée comme malade. D'où le rôle socialement important de l'élongation labiale, qui est réputée « aider à la production de sécrétions vaginales ». Contrairement à l'Occident, où l'éjaculation féminine est souvent associée à une incontinence urinaire et peut être très embarrassante, au Rwanda l'absence d'éjaculation est perçue comme pathologique et « menaçante pour l'ordre social », pouvant mener au divorce (Koster & Price, 2008).

◆ Une pratique collective de longue haleine

En Ouganda, les jeunes filles qui atteignent l'âge sont initiées par les « *ssenga* » (tantes paternelles), qui jouent le rôle de « mentors traditionnelles » dans l'éducation des filles : enseignement des valeurs traditionnelles, des questions sexuelles, et des comportements et devoirs en tant que futures femmes. Celles-ci apprennent aux jeunes filles quelles plantes elles auront à utiliser, et de quelle manière initier l'étirement (Koster & Price, 2008; Martínez Pérez & Namulondo, 2011). Au Rwanda, les tantes et les grand-mères tiennent traditionnellement ce rôle essentiel, car ce serait perçu comme honteux pour une mère de discuter de ces sujets avec ses filles (Koster & Price, 2008).

Il s'agit d'une pratique collective : les filles constituent des binômes ou des petits groupes de cinq à dix, pour s'aider mutuellement dans la pratique, et se soutenir en cas de difficultés. Les relations qui se créent entre elles sont fortes et perdurent dans le temps.

Les séances d'élongation s'étendent sur plusieurs semaines. Elles s'achèvent lorsque la taille minimale requise est atteinte. Cette taille varie d'une tribu à l'autre, mais doit répondre à des règles et n'être ni trop courte, ni trop longue, de peur d'avoir à subir les moqueries de l'entourage, et ne pas recevoir la reconnaissance culturelle souhaitée (Larsen, 2010). Chez les Bagandas, la taille minimale requise est de 1,4 in (soit 3,8 cm) (Martínez Pérez & Namulondo, 2011). Au Rwanda, « la longueur exigée par la coutume était la seconde articulation du médius. »⁹, les lèvres ainsi étirées peuvent atteindre environ 8 cm (Larsen, 2010). Parfois la pratique perdure jusqu'au mariage, voire même après (Koster & Price, 2008).

La découverte de la technique se fait en trois étapes pour une jeune fille : elle est introduite *verbalement* par les femmes les plus âgées et ses pairs qui lui expliquent que l'élongation des petites lèvres lui permettra d'augmenter son plaisir sexuel lorsqu'elle sera plus âgée, suit une phase d'*observation* des filles du groupe en train de pratiquer, et enfin une *démonstration* est faite sur son propre corps (Koster & Price, 2008; Larsen, 2010).

⁹ Tiré du site de documentation et d'informations socio-politiques sur le Rwanda (consulté le 30/11/2012) <http://www.musabyimana.net/lire/article/le-rite-du-gukuna/index.html>

L'élongation labiale est un long processus, pendant lequel les jeunes filles des villages se retirent dans la brousse, tandis que celles de la ville se rencontrent dans les maisons (Koster & Price, 2008). En Ouganda, elles attendent les vacances scolaires pour s'initier à la pratique, tandis qu'au Rwanda, elles prennent un moment pendant leurs tâches domestiques quotidiennes pour s'y adonner, le plus souvent deux fois par semaine, mais certaines s'y tiennent quotidiennement alors que d'autres ne s'y prêtent qu'une fois par mois (Larsen, 2010; Martínez Pérez & Namulondo, 2011). Les étirements se poursuivent jusqu'à obtention de la taille souhaitée (figure 6) et peuvent durer plus ou moins longtemps selon le rythme des rencontres et l'intensité de l'étirement.

Organes génitaux normaux

Après étirement des petites lèvres

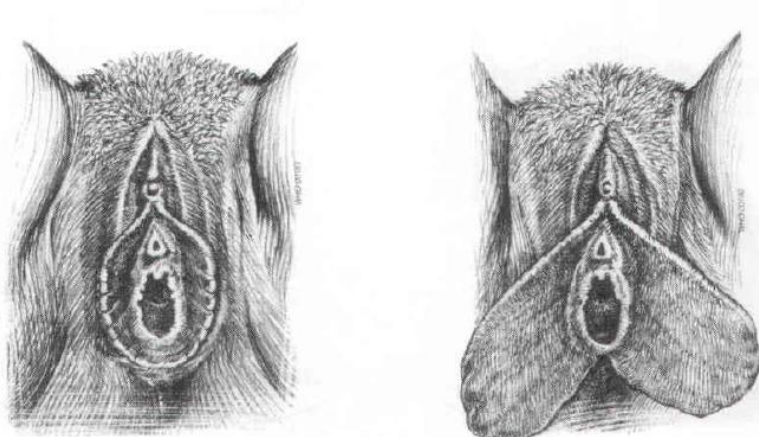


Figure 6 : Schéma d'une vulve « normale » et après élongation labiale (OMS, 2001)

Les séances en groupe permettent aux filles de s'encourager et de s'aider physiquement en cas de besoin (Koster & Price, 2008).

Comme l'explique le rwandais Gaspard Musabyimana, chaque élément utilisé lors de la pratique a une forte valeur symbolique :

« Le beurre tout neuf sorti directement de la baratte était pour que les filles deviennent douces au toucher. Pour que les petites lèvres soient souples et se prêtent à la manœuvre. La chauve-souris était employée pour que les lèvres se déploient à l'image d'une chauve-souris suspendue les ailes étendues (ngo bicurame). L'escargot pour que les nymphes répondent facilement à l'excitation, qu'elles augmentent de volume lors de la tumescence et aient une sensibilité comme les antennes de l'escargot. La salive et le suc d'igitenetene pour la viscosité, pour une sécrétion abondante des glandes vaginales. L'arbuste igishikashike (du verbe : gushika = faire venir) était utilisé pour trouver facilement un mari, le souci avec sa fleur rouge

pour que la fille ait ses règles. Quant au suc des feuilles de tabac, il était utilisé pour irriter les nymphes, les faire gonfler et ainsi faciliter leur prise dans la manœuvre du gukuna. »¹⁰

Concernant les plantes utilisées au Rwanda, elles ne sont pas appliquées en intra vaginal, mais directement sur les petites lèvres, à l'extérieur. En dehors de leur valeur symbolique, certaines de ces plantes s'avèrent posséder des propriétés médicinales bénéfiques (Koster & Price, 2008) que nous aborderons plus loin.

◆ **Croyances traditionnelles**

Traditionnellement, à l'époque où les femmes ne portaient pas de vêtements, le but originel de l'étirement des petites lèvres était de « fermer l'orifice vaginal », tel un « habit » couvrant la femme et la protégeant des regards indiscrets. Cela permettait à la femme, notamment au moment de l'accouchement, de conserver son intimité (Koster & Price, 2008; Larsen, 2010).

Un reportage canadien diffusé dans l'émission "Sexe autour du monde"¹¹ sur les pratiques sexuelles au Rwanda, nous montre que les femmes insistent sur l'importance de la poursuite de cette pratique. Pour elles, une fille qui déciderait de ne pas s'y soumettre n'aurait pas de valeur.

L'élongation génitale est actuellement considérée comme un rite de passage, une transition du statut d'enfant à celui de femme. Elle consiste à marquer une différence physique nette entre le sexe de la femme prête à se marier et celui de la petite fille, mais aussi à transmettre sur le plan social toutes les valeurs et comportements que doit avoir une future épouse (Larsen, 2010; Martínez Pérez & Namulondo, 2011).

La pratique de l'élongation « renforce l'identité civique », et permet aux jeunes filles « d'identifier leur héritage culturel, d'améliorer leur intégration sociale et de maintenir une cohésion sociale ». Elle est également perçue comme « favorisant la maturité » (Koster & Price, 2008; Larsen, 2010).

Chez les Bagandas, chaque jeune fille doit franchir cette étape en signe d'appartenance à la communauté. La croyance que les hommes de la communauté pourraient refuser de les épouser si elles n'avaient pas suivi la pratique conformément à la tradition entraîne une forte pression sociale, même si dans la réalité, cela n'arrive que très rarement (Koster & Price, 2008; Martínez Pérez & Namulondo, 2011).

Les filles cherchent à se préparer au mariage, mais aussi à ne pas être rejetées ou stigmatisées par leur communauté (Martínez Pérez & Namulondo, 2011). Le refus de la pratique peut être considéré comme une honte pour la famille qui n'aura pas réussi à faire de la fille un membre de la société. Ainsi, traditionnellement, au Rwanda, lorsqu'on s'apercevait qu'une femme sur le point de se marier n'avait pas étiré ses lèvres, elle était renvoyée avec disgrâce dans sa famille, car cela était présage d'un mauvais mariage (Larsen, 2010). Chez les Bagandas, si l'élongation n'était pas faite

¹⁰ Tiré du site de documentation et d'informations socio-politiques sur le Rwanda (consulté le 30/11/2012)
<http://www.musabyimana.net/lire/article/le-rite-du-gukuna/index.html>

¹¹ Reportage le sexe autour du monde (consulté le 18/04/2012)
<http://www.sexeautourdumonde.com/#/jour/rwanda/etirer-le-plaisir/>

convenablement, c'est la *ssenga* qui était à blâmer car elle n'avait pas accompli son rôle de préparation au mariage (Martínez Pérez & Namulondo, 2011).

Parmi les croyances, un vagin qui n'a pas été préparé ne serait pas apte à stimuler le pénis de manière adéquate. Selon les femmes, l'élongation permet d'améliorer leur propre plaisir sexuel, ainsi que celui de leur mari. Cet élément a été repris par certains auteurs qui confirment que les petites lèvres étirées grossissent pendant les rapports, du à l'afflux de sang, ce qui augmente la surface de contact avec le pénis et ainsi, le plaisir pour les deux partenaires (Koster & Price, 2008; Larsen, 2010).

◆ Peu de risques à long terme

Les filles peuvent être confrontées à une douleur et un gonflement des petites lèvres, qui n'est pas systématique et dépend de plusieurs facteurs : la manière dont l'étirement est fait, le type d'herbes utilisées, et l'intervalle de temps nécessaire pour atteindre la taille désirée (Koster & Price, 2008). Plus la fille est âgée lorsqu'elle commence, plus la douleur est présente, car les tissus perdraient de leur élasticité avec l'âge (Martínez Pérez & Namulondo, 2011).

Des troubles de la sensibilité ont été mis en évidence par Grassivaro Gallo et Villa, chez des filles ayant des lèvres hypertrophiées : l'élongation augmenterait la sensibilité de la peau dans cette zone jusqu'à l'hyperesthésie (Martínez Pérez & Namulondo, 2011).

L'intimidation et les moqueries étant parfois utilisées chez les jeunes filles redoutant la pratique, cela peut également développer des formes d'anxiété (Martínez Pérez & Namulondo, 2011).

Il a longtemps été suggéré dans les précédentes définitions du type IV de l'OMS que l'élongation pouvait être néfaste et que les herbes utilisées pendant la pratique pouvaient être corrosives et dangereuses pour la santé. Or lors de la redéfinition de la typologie des mutilations sexuelles féminines, en 2007, l'OMS admet que aucune conséquence à long terme n'a été établie jusqu'à présent (OMS, 2008). Koster & Price (2008) ont démontré grâce à une étude biochimique approfondie que, contrairement aux idées reçues, ces plantes auraient des propriétés médicinales bénéfiques, et auraient une activité antibactérienne et antifongique, permettant à la fois le nettoyage et la réduction de la douleur.

◆ Nécessité d'une législation spécifique ?

Toutes modifications corporelles entrant dans la catégorie des MGF sont les proies de fortes connotations négatives, et sont généralement perçues par l'Occident comme des violations des droits de l'Homme (Larsen, 2010).

En 2008, l'OMS a publié une nouvelle *Déclaration Interinstitutions* dans laquelle la définition des MGF a été modifiée : l'élongation labiale n'est plus incluse de manière spécifique pour illustrer le type IV, comme cela était le cas depuis la précédente définition de 1995. Elle s'est appuyée sur des recherches récentes pour conclure que « l'étirement des lèvres peut être défini comme une forme de mutilation sexuelle féminine du fait qu'il obéit à une convention sociale et qu'il existe en

conséquence une **pression sociale** exercée sur les jeunes filles afin qu'elles modifient leurs organes génitaux, et du fait qu'il aboutit à des **altérations permanentes** des organes génitaux » (Mwenda, 2006 ; Tamale, 2006 : Bagnol et Esmeralda, sous presse), tout en admettant qu'à l'heure actuelle, « aucune conséquence à long terme n'a été établie », et que « les lèvres étirées [...] sont censées améliorer à la fois le plaisir sexuel féminin et masculin » (OMS, 2008). Elle se différencie donc des autres types de MGF, tant par *l'objectif* recherché – augmenter le plaisir sexuel du couple – que par la *méthode* – allonger les parties pour les valoriser plutôt que de les réduire (Martínez Pérez & Namulondo, 2011).

En Ouganda, la pratique de la forme réductive des MGF est interdite par la loi, mais rien n'est précisé concernant l'élongation labiale (Martínez Pérez & Namulondo, 2011).

Au Rwanda, l'élongation labiale est considérée comme une convention sociale. Il est clairement établi que ce moyen traditionnel de transmission des connaissances autour de la sexualité est accepté par la société.

Les auteurs ayant travaillé sur la question, quel que soit le pays étudié, s'entendent pour dire qu'il ne faudrait pas forcément éradiquer la pratique (Koster & Price, 2008; Larsen, 2010; Martínez Pérez & Namulondo, 2011), mais qu'il serait plus approprié d'apprendre aux filles comment réaliser les étirements « de la manière la plus sûre » possible. Martínez Pérez & Namulondo (2011) suggèrent une mesure de réduction des risques, qui semble encore à améliorer, mais dont sont extraits les points suivants :

- *inciter au port de gants* en cas d'entraide dans l'étirement.
- *se laver les mains avant et après la pratique*, (N.D.A. : cela impliquerait un travail en profondeur car par exemple, dans la pratique traditionnelle rwandaise, « après la séance de *gukuna*, la fille ne pouvait pas se laver car ce serait inhiber le développement de ses nymphes. Elle se nettoyait les mains avec le suc de certains arbustes. Si elle ne les trouvait pas, il était conseillé de laisser ». ¹²)
- *réaliser les séances à la maison* plutôt que dans la brousse
- *être capable d'identifier les signes et symptômes* d'éventuelles complications nécessitant une attention médicale.

De plus, l'appellation de « mutilation génitale » est remise en cause pour sa connotation négative, violente et barbare. C'est pourquoi certains auteurs qui se sont intéressés essentiellement au côté social et aux valeurs positives rattachées à la pratique suggèrent l'utilisation du terme « modifications génitales féminines » ou encore « pratiques génitales féminines », moins stigmatisants et plus tolérants envers ces pratiques différentes, mais pour lesquelles aucun caractère spécifiquement nuisible pour la santé à long terme n'a été mis en évidence (Koster & Price, 2008; Larsen, 2010; Martínez Pérez & Namulondo, 2011). Gallo & al. (2006) proposent l'utilisation de la phrase « modification génitale féminine ethnique » qui intègre une dimension de diversité culturelle

¹² Tiré du site de documentation et d'informations socio-politiques sur le Rwanda (consulté le 30/11/2012)
<http://www.musabyimana.net/lire/article/le-rite-du-gukuna/index.html>

et dans laquelle le mot « modification » est plus acceptable à la fois par l'Occident et par les différentes ethnies pratiquant l'élongation (Koster & Price, 2008).

Mais la vraie difficulté reste de savoir si le consentement est réellement éclairé à l'âge auquel s'effectue la pratique (Koster & Price, 2008).

Quant à la douleur, qui peut être un motif évoqué en faveur des droits de l'homme, elle n'est pas infligée par une tierce-partie, mais par la fille elle-même, qui, connaissant son propre seuil de tolérance, peut arrêter sa séance d'étirement à tout moment, chacune ayant la liberté d'avancer à son propre rythme (Koster & Price, 2008). Kenneth Mwenda, avocat-conseil et vice-président juridique de la banque mondiale, a répondu, en 2006, à la question de la violation des droits de l'homme en ces termes :

“As a general rule, as long as labia elongation does not violate public policy, or any laws of the country, or natural justice, good conscience and equity, and as long as labia elongation is undertaken freely, and with full consent, it does not violate the rights of women.”¹³

¹³ Traduction : « En règle générale, tant que l'élongation labiale ne viole pas la politique publique, ni aucune loi du pays, ni la justice naturelle, la bonne conscience et l'équité, et aussi longtemps que l'élongation labiale est pratiquée librement, et avec un plein consentement, cela ne viole pas les droits des femmes ».

Chapitre 3 : LES MODIFICATIONS GENITALES AU NORD

Les sociétés traditionnelles n'ont pas l'exclusivité des modifications génitales féminines. Nous aborderons ainsi dans ce chapitre deux pratiques qui prennent de plus en plus d'ampleur ces dernières décennies en Occident, mais qui suscitent encore peu d'intérêt de la part des politiques garants de la santé de la femme. Focus sur la chirurgie génitale esthétique et le piercing génital.

GENITOPLASTIES : LORSQUE L'ESTHETIQUE BOUSCULE LES NORMES

◆ La chirurgie génitale dans le temps

En Occident, les pratiques consistant à modifier la taille, l'apparence, ou encore la fonction de l'appareil génital sont connues et réalisées depuis longtemps. Les réparations après l'accouchement, ou encore la transformation de sexe chez les transsexuels ou les personnes intersexuées, en sont des exemples bien connus (Goodman, 2011).

Avant d'être esthétiques, certaines de ces pratiques ont été considérées comme de véritables moyens thérapeutiques à certaines époques, comme au 19 et 20^{ème} siècles en Europe, où la clitoridectomie (ablation du clitoris) était un remède courant pour soigner les hystéries, migraines, insomnies ou épilepsies.

Concernant la chirurgie labiale, elle a été mentionnée pour la première fois dans la littérature médicale en 1976 (Liao & Creighton, 2011).

◆ Une multitude de pratiques chirurgicales

Il peut être indiqué de réaliser une chirurgie génitale à visée **médicale**, afin de réparer les organes de la femme après une excision, traiter une hypertrophie labiale ou des lèvres asymétriques – liées à une malformation congénitale, une irritation chronique ou un taux d'hormones androgènes excessif.

Dans l'univers de la chirurgie, l'excision des lèvres est désignée par diverses terminologies : *génitoplastie*, *labiaplastie*, *réduction labiale*, *remodelage génital féminin* (Berer, 2007, 2010). Pour éviter toute confusion dans la suite de ce travail, il ne sera plus question de chirurgie pour raison médicale, mais uniquement de chirurgie esthétique, définie ainsi :

« Une intervention chirurgicale est **esthétique** si et seulement si son objectif premier est de **changer l'apparence** de la patiente. » (Sheldon & Wilkinson, 1998).

Goodman explique plus précisément en quoi consiste la chirurgie esthétique génitale féminine :

*“ 'Female genital plastic and/or cosmetic surgery'(FGPS) is plastic and/or cosmetic surgery involving the vagina and/or vulva for **cosmetic** [...] or **functional** [...] purposes; to help enhance self-esteem; and/or for reasons of increasing penile–vaginal friction and penile pressure on the clitoral complex, hoping for enhancement of sexual satisfaction.”¹⁴*
(Goodman, 2011).

¹⁴ Traduction : « La chirurgie plastique et/ou esthétique génitale féminine est une chirurgie de la vulve ou du vagin réalisée pour des raisons esthétiques ou fonctionnelles ; pour aider à renforcer l'estime de soi ; et ou, pour augmenter la friction vagin-pénis, et la pression du pénis sur le complexe clitoral afin d'améliorer la satisfaction sexuelle. »

Différents termes sont employés selon le type d'opération et le site d'intervention :

- **Labioplastie (LP)**, ou **labioplastie réductive** : réduction chirurgicale de la taille des petites et/ou des grandes lèvres (Cartwright & Cardozo, 2008; Goodman, 2011). Le terme **nymphoplastie** est plus spécifiquement utilisé pour les petites lèvres. La labioplastie peut occasionnellement correspondre à une reconstruction « après un traumatisme de la vulve ou une blessure obstétricale » (Goodman, 2011).
- **labioplastie extensive** : acte plus rarement réalisé, conduisant à une extension des lèvres (Cartwright & Cardozo, 2008; Goodman, 2011).
- **réduction du capuchon du clitoris (RCH¹⁵)** : il s'agit d'une « réduction de la taille des replis abondants du prépuce pour des raisons uniquement cosmétiques » (Goodman, 2011).
- Le terme « **réjuvenation vaginale** » est couramment utilisé pour désigner les colpopérinéoplasties, et regroupe :
 - o **la vaginoplastie (VP)** : chirurgie par laquelle « des parties de la muqueuse sont excisées à partir des culs de sac vaginaux » (Goodman, 2011).
 - o **la périnéoplastie (PP)** : « reconstruction chirurgicale du périnée, du vestibule vulvaire, de l'orifice vaginal, et du vagin distal » (Goodman, 2011). Elle est généralement pratiquée en cas de laxité vaginale (Cartwright & Cardozo, 2008).
- **hyménoplastie** : reconstruction chirurgicale de l'hymen.
- **lipoplastie vulvaire** : extraction de la masse graisseuse excédentaire du Mont de Vénus ou de la partie supérieure des grandes lèvres¹⁶.

◆ Demandes croissantes

La chirurgie génitale esthétique féminine devient de plus en plus populaire (Crouch, Deans, Michala, Liao, & Creighton, 2011; Liao & Creighton, 2007). Les femmes sont toujours plus nombreuses à formuler des demandes de modification de l'apparence de leur appareil génital, notamment de la forme et de la taille des lèvres (Berer, 2010). La labioplastie réductive est la procédure la plus répandue, avec une préférence pour les petites lèvres (Cartwright & Cardozo, 2008; Liao & Creighton, 2011). Et pourtant, Crouch (2011) montre dans ses résultats que toutes les femmes de son étude ayant demandé une chirurgie génitale ont des lèvres de « taille normale ». Nous ne sommes donc pas dans le cadre de la chirurgie médicale ou reconstructrice.

◆ Quête de la normalité

« Definitions of 'normality' may be moot, however, if labial size is considered to be excessive by its '...wearer'. »¹⁷ (Goodman, 2011)

¹⁵ RCH : de l'anglais « reduction of the clitoral hood »

¹⁶ Source : site de chirurgie plastique vaginale (consulté le 20/01/2013)
<http://www.dr-heer.ch/services/plastie-vaginale-au-laser>

¹⁷ Traduction : « les définitions de la 'normalité' peuvent cependant être discutables, si la taille des lèvres est considérée comme trop excessive par sa '...porteuse' ».

L'image corporelle est un déterminant clé de la qualité de vie (Goodman, 2011). Et pourtant, la définition du « normal » est problématique (Crouch et al., 2011). Une enquête auprès de 50 femmes ménopausées a permis de mettre en évidence les différentes dimensions intervenant dans la normalité : « *la taille et la forme des lèvres et du clitoris, la longueur vaginale, la position urétérale, la couleur, la rugosité, et la symétrie* » (Liao & Creighton, 2007).

Une réelle confusion existe entre ce qui est normal et ce qui est idéalisé. Ainsi, les patientes sont majoritairement en recherche de la vulve idéale : celle qu'elles observent dans les médias, parfaite, sans débordement des grandes lèvres... à l'image de celle des jeunes filles pré-pubères. (Berer, 2010; Liao & Creighton, 2007).

◆ Qui sont ces femmes ?

Selon les pratiques, on peut distinguer deux populations cibles. Les jeunes femmes, de 16 à 20 ans, sont essentiellement demandeuses de la *réduction de taille des lèvres ou du capuchon du clitoris*. Quant aux femmes plus âgées, entre 30 et 50 ans, elles représentent également 1/3 des demandes de *labiaplastie*, mais elles sollicitent plutôt les techniques de *réjuvenation*. L'American Society of Plastic Surgeons a noté une augmentation de 30% des procédures de *réjuvenation* entre 2005 et 2006 (Goodman, 2011). Il faut donc également noter la nuance entre la *nymphoplastie de confort*, faite par les femmes mûres, et la *nymphoplastie purement esthétique* réalisée par les jeunes filles, pour la plupart n'ayant pas encore eu de grossesse, voire même de rapport sexuel.

Une étude française indique notamment que la demande devient « commune » auprès de très jeunes patientes, qui semblent avoir développé un complexe, depuis le début de leur adolescence, perturbant leur vie amoureuse (Berer, 2010).

◆ Les fondements du désir de chirurgie

*"The goal of these procedures is to obtain a more subjectively aesthetically pleasing appearance of the genitalia without adverse sequelae or anatomical distortion."*¹⁸ (Pardo, 2005, citée dans Goodman, 2011)

Les raisons évoquées pour les modifications génitales touchent à trois sphères : **l'esthétique**, **l'estime de soi**, et **l'amélioration des fonctions sexuelles** (Goodman, 2011; Saini, 2011). En d'autres termes, on distingue bien l'importance de **l'image corporelle** véhiculée par la société pour la sphère esthétique, la dimension **psychologique** de l'estime de soi, et le côté purement **fonctionnel** et technique pour celles cherchant à améliorer le plaisir par une amélioration physique du contact.

Les plaintes ont été regroupées sous les catégories « *physiques* » et « *psychologiques* » (Liao & Creighton, 2011), ou encore « fonctionnelles » et « esthétiques » (Goodman, 2011). D'autres auteurs préfèrent regrouper les raisons en termes *d'insatisfaction* esthétique, et *d'inconfort* lors des rapports sexuels ou de la pratique d'exercice (Cartwright & Cardozo, 2008).

¹⁸ Traduction : « Le but de ces procédures est d'obtenir un aspect subjectivement plus esthétique des organes génitaux, sans séquelles ou distorsion anatomique. »

Plaintes physiques / fonctionnelles :

Inconfort, douleur, frottement, ou encore friction durant les activités telles que le vélo ou certains sports.

Gène physique provoquée par certains sous-vêtements ou habits.

Plaintes psychologiques / esthétiques :

Gène visuelle et psychologique des petites lèvres saillantes.

Peur de s'exposer, imposant des restrictions dans le mode de vie au quotidien (douches collectives pour les sportives, le port des vêtements moulants ou maillot de bain...)

(Berer, 2010; Crouch et al., 2011; Goodman, 2011; Liao & Creighton, 2011).

La **laxité vaginale**, qui survient de manière naturelle généralement après accouchement, est souvent évoquée comme motif chez les mères (Cartwright & Cardozo, 2008). Certaines femmes peuvent alors développer une aversion plus grande pour leurs lèvres, d'autant plus si elles avaient déjà des difficultés à accepter leur forme auparavant (Veale & Daniels, 2011).

De plus, la tendance actuelle à **l'épilation** pubienne rend les lèvres plus exposées et favorise **l'irritation** chez les femmes ayant la peau sensible (Crouch et al., 2011).

En plus de la **perception** souvent erronée **d'hypertrophie**, certaines justifient leur demande par un facteur **hygiénique**, selon lequel elles auraient des difficultés à nettoyer la zone (Goodman, 2011).

L'augmentation des demandes peut s'expliquer par le fait que les filles sont de plus en plus **insatisfaites** de leurs petites lèvres, et ont désormais conscience de l'existence des techniques et des **possibilités opératoires** (Liao & Creighton, 2011).

Dans l'étude de Crouch, la majorité des femmes ont recours à la chirurgie pour raison essentiellement **psychologique** autour de l'apparence de leur lèvres. Cependant plus de la moitié d'entre elles n'ont jamais eu de rapport sexuel avec un partenaire (2011). Le recours à la chirurgie peut dans certains cas être assimilé à une *détresse psychologique* émanant de jeunes femmes percevant leurs lèvres comme anormales, tant dans la forme que dans la taille (Cartwright & Cardozo, 2008; Liao & Creighton, 2011). Même dans le cas où une « anomalie » est clairement identifiée, le recours à la chirurgie a toujours une forte base psychologique (Liao & Creighton, 2007). Ainsi, avec la généralisation de la pratique, de plus en plus de femmes sont ainsi amenées à la chirurgie pour résoudre un problème d'ordre psychologique, puisque « une solution impliquant des experts avec un minimum de responsabilité personnelle est plus attirante qu'un engagement personnel à résoudre le problème » (Saini, 2011).

◆ Pression sociale, influence médiatique, marketing commercial ... choix librement consenti ?

Dans les pays occidentaux, il existerait une « **préférence culturelle contemporaine** » pour les petites lèvres (Farmer, 2011; Liao & Creighton, 2011). Dans ces sociétés, où la sexualité s'exprime de plus en

plus, il est maintenant « normal » de montrer son corps, en portant des habits de plus en plus moulants et des strings (Liao & Creighton, 2011).

Chez les jeunes, le changement de mode de vie, et notamment la pratique très à la mode de l'épilation pubienne, a permis aux femmes de prendre **conscience** de l'apparence de leur appareil génital et plus particulièrement de la forme de leur vulve (Liao & Creighton, 2011).

Le **manque de connaissances** sur les « normes » génitales pousse les filles à se documenter comme elles le peuvent, à travers les **médias** : programmes télévisés, articles dans les magazines féminins ou encore dans les catalogues et films pornographiques (Cartwright & Cardozo, 2008; Liao & Creighton, 2007, 2011). La **comparaison sociale** qui s'établit alors, est erronée, car basée sur des modèles retouchés, soit par des logiciels d'images pour les photos, soit par la chirurgie esthétique dans les vidéos.

Les plaintes formulées par les femmes afin d'obtenir la chirurgie souhaitée reflèteraient les **attentes sociales** sur les organes génitaux féminins et autour de la **consommation** médicale (Crouch et al., 2011). Il existe une véritable **pression commerciale** autour des corrections chirurgicales, incluant les organes génitaux (Liao & Creighton, 2007). Aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne, les cliniques privées cherchent à profiter de ce phénomène médiatique, en réalisant un **marketing** agressif de promotion de leurs pratiques, qui a réussi à faire augmenter les demandes considérablement (Cartwright & Cardozo, 2008). Les publicités en faveur de la chirurgie esthétique amènent les filles à penser que leurs lèvres sont trop larges, irrégulières, sans formes (Berer, 2007). Ils n'hésitent pas à montrer des photos de lèvres « avant » et « après » intervention, avec des commentaires de femmes relatant à quel point cette modification leur a changé la vie (Liao & Creighton, 2007).

◆ **Spécialiste de la fonction vs spécialiste de l'apparence**

La réduction labiale peut être réalisée soit par un **gynécologue**, soit par un **chirurgien plastique** selon la complexité de la méthode choisie (Liao & Creighton, 2011). Cependant, tous les chirurgiens plastiques ne sont pas spécialistes de l'appareil génital.

◆ **Plus de mal que de bien...**

La chirurgie plastique peut **nuire aux fonctions sexuelles** (Goodman, 2011). Les petites lèvres contiennent de nombreuses fibres nerveuses qui sont très sensibles, et qui contribuent au plaisir et à la sensation érotique. De même, l'épithélium vulvaire joue un rôle dans la sensualité et l'excitabilité. Autrement dit, « les organes génitaux externes contribuent de manière significative au plaisir érotique » et toute incision au niveau génital peut « compromettre la sensibilité » (L. M. Liao & Creighton, 2007; 2011).

Les **risques immédiats** sont les infections, saignements, ouverture de la plaie, scarification. Ils incluent également une diminution de la sensibilité génitale ainsi qu'un potentiel traumatisme périnéal au moment de l'accouchement (Liao & Creighton, 2011).

Risques potentiels par type d'intervention :

Labioplastie : "Over-repair, disfigurement, scarring and "scalloping" of the labial edge, hypersensitivity or hyposensitivity, dyspareunia, partial or complete separation of the repair, infection, cosmetic results not up to the patient's expectations."

Réduction du capuchon du clitoris : "Cosmetic distortion, scarring with hypersensitivity, over-vigorous repair resulting in damage to the glans or clitoral body, cosmetic results not up to patient's expectations."

Hyménoplastie : "Distortion, over-vigorous repair with secondary dyspareunia or inhibition of penetration, separations of incisions, leaving the hymenal ring with additional "defects;" deception of the male partner, perpetuation of social injustice toward women."

Périnéoplastie : "Over-vigorous repair with inability to allow penetration, dyspareunia, infection/abscess/hematoma, inadvertent entry into the rectum or peritoneum with potential for organ damage, pelvic floor dysfunction, cosmetic distortion, poor wound healing."

Vaginoplastie : "Infection/hematoma/abscess, scarring/distortion disallowing complete penetration, dyspareunia, inadvertent injuries to adjacent organs (bladder, urethra, rectum), incontinence, excessive blood loss, poor wound healing."

(Goodman, 2011, p. 1820)

Le site internet du Département de la Santé Britannique indique également que les relations sexuelles doivent être interrompues pendant six semaines, et qu'il existe un risque de perte de sensation et de changement de couleur permanent (Berer, 2010).

Une récente étude a mis en évidence la présence de récepteurs d'œstrogènes sur le bord libre des petites lèvres. Ceux-ci pourraient être endommagés lors de la chirurgie (Crouch et al., 2011).

Du point de vue **psychologique**, il existe également un risque de tomber dans le cercle vicieux de *l'insatisfaction esthétique*, entraînant un besoin constant de « corriger » le corps, malgré l'absence de problème anatomique avéré (Cartwright & Cardozo, 2008). Le recours à la chirurgie modifie la capacité des femmes à résoudre leurs problèmes (Liao & Creighton, 2007).

◆ Protection de la femme et législation

Sous la loi Britannique, les mutilations génitales féminines au sens large sont considérées comme un crime. Aucune distinction d'âge n'est faite entre les femmes et les jeunes filles, qui sont concernées de manière équivalente par la loi. Ainsi, il est écrit que « *une personne est coupable d'infraction si elle excise, infibule, mutile tout ou partie des petites lèvres, grandes lèvres, ou du clitoris d'une fille.* ». Selon cet article, les pratiques de génitoplastie pour raisons non médicales sont également

concernées. Cependant, l'acte anglo-gallois de 2003, précise qu'aucune infraction n'est commise si la chirurgie est **nécessaire pour la santé physique ou mentale de la femme** (Berer, 2007, 2010).

Une régulation de toutes les procédures de chirurgie génitale esthétique et plastique doit être mise en place, incluant les conditions de promotion (Liao & Creighton, 2011).

◆ **Rôle des professionnels de santé**

Le comité d'opinion issu du *American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Gynecologic Practice* (2007) invite à la prudence : ces procédures ne devraient pas être considérées comme une routine, et les patientes devraient être d'abord orientées vers des « interventions non chirurgicales, incluant le conseil » (Goodman, 2011).

Les gynécologues ont un rôle très important **d'éducation** et de **réassurance** des femmes et filles qui viennent consulter. Ils doivent insister sur l'aspect « normal » et « sain » de l'appareil génital lorsqu'aucune pathologie n'est mise en évidence (Liao & Creighton, 2011).

Les chirurgiens-esthétiques intervenant sur l'appareil génital doivent avoir une formation suffisante en médecine sexuelle pour pouvoir informer les patientes et réorienter celles qui présentent des troubles tels que la dysmorphophobie, nécessitant alors un suivi psychiatrique (Saini, 2011).

Le recours à la chirurgie ne devrait pas être la première étape, comme c'est le cas actuellement, mais la dernière d'un parcours plus diversifié (Liao & Creighton, 2007).

◆ **Considérations éthiques**

Un consentement éclairé semble difficile à demander objectivement aux patientes car il requiert une compréhension de toutes les implications du traitement... chose « indisponible » (Crouch et al., 2011), notamment car il n'existe pas encore d'études à long terme sur les risques de ces pratiques (Goodman, 2011).

Devant le manque d'intérêt face au développement de guides de conduite et à la collecte de données concernant les génitoplasties esthétiques, certains médecins n'hésitent pas à placer ces pratiques au même rang que les mutilations sexuelles (Liao & Creighton, 2007).

De nombreuses questions éthiques ont été levées par les auteurs. Elles ont été reprises dans le tableau ci-dessous :

Tableau IV : questions éthiques soulevées par les pratiques occidentales

| | |
|---|--|
| (Berer, 2007, 2010) | <ul style="list-style-type: none"> - L'exploitation de la faible estime de soi corporelle des femmes par la chirurgie esthétique - Le rejet sélectif de la pratique : rejetée pour raison traditionnelle mais pas pour raison esthétique - La validité des justifications esthétiques pour recourir à la chirurgie alors que beaucoup n'ont encore pas accès aux soins essentiels et à la chirurgie médicale en raison des couts élevés et des ressources humaines et financières limitées. |
| (Cartwright & Cardozo, 2008) | <ul style="list-style-type: none"> - <i>L'argument de la « liberté sexuelle » peut-il suffire à permettre une médicalisation sexuelle risquée, non justifiée médicalement, et n'apportant pas la preuve de bénéfices psychosociaux ?</i> |
| (Goodman, 2011) | <ul style="list-style-type: none"> - L'utilisation des soins de santé pour combattre les processus naturels de l'âge - La médicalisation de la sexualité de la femme - L'inconnue des conséquences à long terme - Le déséquilibre du rapport cout-bénéfice (risques/indications) |
| (Goodman, 2011; Liao & Creighton, 2011) | <ul style="list-style-type: none"> - L'extension de la médicalisation du sexe et de la sexualité |
| (Liao & Creighton, 2011) | <ul style="list-style-type: none"> - L'exploitation commerciale des femmes et des filles - La réalisation de ces opérations sur des filles mineures (sur simple présentation d'un accord parental) |

PIERCING GENITAL ET REVENDICATION DU CORPS

Les piercings sont des « pratiques de modification corporelle qui se caractérisent par une effraction de la barrière cutanée (le plus souvent à l'aide d'aiguilles) avec mise en place durable d'un objet (le plus souvent métallique) extérieurement et partiellement visible » (Guiard-Schmid et al., 2000). Au niveau de la région génitale, la pratique consiste à « développer une voie sous-cutanée avec une aiguille de gros calibre pour permettre d'y introduire un bijou » (Young, Armstrong, Roberts, Mello, & Angel, 2010).

◆ Le piercing, garant historique de la chasteté

Le piercing a été considéré dans de nombreuses sociétés comme un « identifiant culturel », un « marqueur social » ou un « rite de passage » (Guiard-Schmid et al., 2000). Ainsi par exemple, dans l'ancienne civilisation Maya, les membres de la famille royale se perçaient la langue et les parties génitales lors de cérémonies rituelles religieuses (Stirn, 2003). Schurig rapporte qu'il existait également parmi les arabes, les perses et les égyptiens des fanatiques religieux qui portaient des anneaux au prépuce comme garantie de leur chasteté. Cela a également été décrit chez des moines grecs et turcs par Cornelius de Pauw (Schultheiss, Mattelaer, & Hodges, 2003).

Les origines des piercings génitaux sont assez « floues ». Le piercing des lèvres aurait été un moyen d'assurer la chasteté (Caliendo, Armstrong, & Roberts, 2005).

Ces pratiques concernent les femmes, mais également les hommes. Ainsi, à l'époque Romaine, Aulus Cornelius Celsus décrivait déjà dans un rapport l'infibulation préputiale. Cette appellation se réfère spécifiquement à la technique de perçage du prépuce chez l'homme afin de le fixer avec un fermoir en métal. Plus tard, le médecin personnel de Louis XIV, Pierre Dionis (1650-1718), parlait de la méthode romaine en ces mots :

« I do not know who invented the infibulation of boys, but this operation shocks the conscience. One pulls the foreskin forward and, piercing it transversely with a threaded needle, one leaves a large thread until the holes have cicatrized. Then, removing the thread, one replaces it with a large iron ring, which remains in place until the patient reaches the age of majority. They used to claim that this ring prevented association with women (until the age of 25, at which time it was removed), forced them not to dissipate themselves, and that they conserved themselves to produce strong children in a condition to serve the Republic ».

En Occident, au 19^{ème} et 20^{ème} siècle, l'infibulation était préconisée chez les hommes pour lutter contre la masturbation, l'énurésie, et l'épilepsie. L'infibulation était fréquente également dans les institutions psychiatriques où l'attachement du prépuce était considéré comme un moyen de rendre l'érection douloureuse et les impulsions érotiques indésirables (Schultheiss et al., 2003).

◆ Pratique populaire en Occident

Bien qu'ils soient perçus comme négatifs par la société, les piercings et autres modifications corporelles ont fortement augmenté en popularité ces dernières années, et sont maintenant

pratiquées dans plusieurs groupes sociaux, de toutes conditions économiques et à différents âges (Guiard-Schmid et al., 2000; Stirn, 2003). Les piercing sont décrits par la population générale comme étant « douloureux », « érotiques », « mutilants », et les femmes ayant des piercings génitaux sont perçues comme « dures, en marge, sadomasochistes, ou fétichistes » (Young et al., 2010). Malgré cela, dans les pays occidentaux et notamment aux Etats-Unis, ces procédures sont en augmentation constante depuis les deux dernières décennies, et selon l'étude de Mayers (2002), près de 33% des étudiants américains ont une ou plusieurs sortes de piercing corporel (Caliendo et al., 2005).

◆ **Choix personnel**

La pratique du piercing n'est pas corrélée avec un statut socioéconomique, une méthode de contraception, le multipartenariat ou la présence d'infections génitales (Stirn, 2003; Young et al., 2010). La décision de réaliser un piercing génital provient plus de motivations internes telles que l'expression de soi, l'unicité ou le renforcement du plaisir sexuel, que de sources externes telles que la famille, les amis ou des célébrités. Les sœurs sont les seuls membres de la famille ayant un impact dans la prise de décision (Caliendo et al., 2005). Une étude américaine réalisée auprès de 240 femmes ayant des piercings génitaux dans 45 états et 6 pays différents, met en évidence le caractère non impulsif du choix : le temps de réflexion est d'environ 2 ans entre le moment de prise de décision du piercing et sa réalisation effective. Après cette longue délibération, les femmes considèrent leur piercing comme « une extension positive d'elles-mêmes », un « marqueur », « une célébration », un « symbole du passage de victime à survivante » pour celles ayant subi un traumatisme (Young et al., 2010).

« I'm getting pierced to reclaim my body. I've been used and abused. My body was taken by another without my consent. Now, by this ritual of piercing, I claim my body back as my own. I heal my wounds » (extrait de Musafar, 1996, in Young et al., 2010).

De plus, la nature « cachée » du piercing génital permet à la femme de décider avec qui elle partage son existence (Caliendo et al., 2005).

Les piercings génitaux féminins peuvent être réalisés au niveau du capuchon du clitoris, du clitoris lui-même, des grandes lèvres, des petites lèvres, et du périnée. Certaines femmes combinent plusieurs de ces sites (Caliendo et al., 2005; Meltzer, 2005; Stirn, 2003; Young et al., 2010). Ils sont généralement réalisés sans anesthésie (Stirn, 2003).

◆ **Recherche du plaisir... et de la douleur**

Les raisons principales évoquées par les femmes sont l'augmentation de l'excitation et de la satisfaction sexuelle, l'aide à la survenue d'orgasmes, le renforcement du plaisir, de l'expression sexuelle et individuelle, l'esthétique, une volonté de maîtrise de son propre corps (autocontrôle), et un sentiment d'unicité (Caliendo et al., 2005; Guiard-Schmid et al., 2000; Meltzer, 2005; Stirn, 2003; Young et al., 2010). Parfois, les piercings génitaux peuvent être réalisés comme une « action thérapeutique » par certaines femmes ayant subi des traumatismes tels que des violences sexuelles.

Le piercing est alors une manière, à travers un acte douloureux mais complètement contrôlé, de se réappropriier les parties de leur corps qu'elles avaient psychologiquement occulté suite au traumatisme (Stirn, 2003; Young et al., 2010).

◆ **Percer à tout prix**

L'acte est généralement réalisé par des *perceurs*, dont « les connaissances en anatomie, en physique et chimie des matériaux, en antiseptie ou en stérilisation sont d'origine autodidacte ». Leurs techniques sont variables et personnalisées, et malgré la volonté de réduire les risques, peu maîtrisent réellement toutes les règles d'asepsie. N'étant pas des professionnels de santé, et n'étant pas autorisés à effectuer des prescriptions, ils n'ont généralement pas recours aux antibiotiques (Guiard-Schmid et al., 2000; Stirn, 2003).

La durée de cicatrisation peut varier de 2 semaines pour les petites lèvres à 6 mois pour les grandes. Elle dépend de l'état général de la femme, du matériel utilisé, de la qualité du geste technique, et des soins locaux après piercing (Guiard-Schmid et al., 2000; Meltzer, 2005; Stirn, 2003).

◆ **Des risques bien réels**

Tout piercing, comme toute autre incision de la peau, est susceptible d'entraîner des risques d'infections, incluant les hépatites B et C et le tétanos (Meltzer, 2005; Stirn, 2003). Le taux estimé d'infections et complications pour les piercings génitaux se situe entre 10% et 15% (Caliendo et al., 2005).

Les principales complications liées aux piercings génitaux de la femme peuvent être : des réactions de rejet ou d'allergie au métal, des saignements, des infections, la formation de chéloïdes, des maladies inflammatoires pelviennes (pouvant conduire à la stérilité), une perte de la réponse sexuelle, des déchirements, des scarifications, une augmentation de la sensibilité locale, une irritation de la peau, une infection des voies urinaires (Caliendo et al., 2005; Meltzer, 2005; Nelius et al., 2012; Stirn, 2003; Young et al., 2010).

Les piercings peuvent également augmenter les risques de maladies sexuellement transmissibles et nuire aux moyens contraceptifs mécaniques. Les sténoses sont des complications chroniques de certains piercings menant directement à travers l'urètre. Pendant l'accouchement, la délivrance pourrait être entravée selon le type de piercing.

Cependant Caliendo souligne qu'aucune preuve objective liée aux piercings génitaux n'a été publiée, notamment concernant les risques durant la grossesse et l'accouchement.

Des recherches récentes ont montré que la majorité des procédures gynécologiques ne nécessitent pas de retirer le piercing pour être accomplies, et qu'il n'existe actuellement aucun cas documenté sur d'éventuelles complications au moment de l'accouchement (Young et al., 2010).

◆ Pratique peu encadrée

Au Canada : le professionnel doit obtenir au préalable un agrément des autorités sanitaires pour exercer (Guiard-Schmid et al., 2000).

Aux USA : une période procédurale légale a été fixée entre la date de la première demande formulée par la cliente et la réalisation du piercing (Caliendo et al., 2005).

Au Royaume-Uni : les piercings génitaux féminins ne sont pas autorisés. Un acte publié en 1985, prohibe les excisions. Il interdit toutes formes de modifications génitales féminines (excisions, piercings et autres) effectuées pour des raisons non médicales (Stirn, 2003)

En France : Guiard-Schmid (2000) note que « aucune qualification particulière, aucune condition pratique d'exercice, ne sont légalement requises en France pour exercer l'activité de perceur », et ceux-ci ont généralement un statut d'artisan ou commerçant.

Cependant le problème des conditions sanitaires liées aux « pratiques non réglementées de modifications corporelles » est étudié par le Conseil Supérieur de l'Hygiène Publique, et des guides sont édités par le Ministère de la Santé sur la prévention des maladies infectieuses liées à ces pratiques (Guiard-Schmid et al., 2000).

Le décret du 19 février 2008¹⁹, premier texte national en la matière, fixe les conditions d'hygiène et de salubrité relatives aux pratiques du tatouage avec effraction cutanée et du perçage. Il met en avant deux dispositions :

- « l'interdiction de réaliser la technique sur une personne mineure sans le consentement d'une personne titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur ». (article R.1311-11 du code de la santé publique) ;
- « l'information des clients, avant la mise en œuvre de la technique, des risques auxquels ils s'exposent et des précautions à respecter après la réalisation de la technique. » (article R.1311-12 du code de la santé publique).

◆ Sensibilisation des professionnels de santé

Les complications liées aux piercings sont en augmentation et ont un impact économique sur le système de santé (Stirn, 2003).

Face à un problème de santé survenant en lien avec leur piercing intime, les femmes sollicitent souvent des avis non-médicaux. Les professionnels de santé, et notamment les infirmiers, manquent d'information ou de compréhension face à ces pratiques (Caliendo et al., 2005). « Chirurgiens, médecins urgentistes, radiologues, urologues, gynécologues, obstétriciens(...), internistes, pédiatres, médecins du sport, des psychiatres, psychothérapeutes (...) doivent se familiariser avec les questions

¹⁹ Liens du ministère de la santé français (consultés le 10/02/2013)

<http://www.sante.gouv.fr/tatouage-par-effraction-cutanee-et-percage.html>
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/09_197t0.pdf

concernant la modification corporelle, être en mesure de discuter du sujet d'un point de vue éclairé et sans préjugés, et avoir accès à des renseignements à jour afin de leur permettre de conseiller les gens qui ont, ou qui envisagent un piercing corporel. » (Stirn, 2003).

Le personnel médical doit être formé à la manipulation des piercing pour qu'ils puissent les retirer sans risquer de créer des dégâts tissulaires comme c'est actuellement le cas lors de cisaillement à la pince (Guiard-Schmid et al., 2000).

Chapitre 4 : DISCUSSION

Tableau V : éléments clés des différents types de modifications génitales abordées dans ce document

| | MGF/E de type I, II et III | Excision médicalisée (Egypte) | Elongation labiale | Chirurgie esthétique | Piercing génital |
|-----------------------------|---|--|--|--|--|
| Objectifs principaux | Réduire ou contrôler le désir sexuel de la fille ou de la femme | Contrôler le désir sexuel de la femme | Améliorer le plaisir sexuel de la femme et de l'homme | Améliorer les fonctions sexuelles, l'estime de soi, et l'esthétique | Augmenter l'excitation et la satisfaction sexuelle, renforcer le plaisir sexuel, maîtriser son corps |
| Technique | Ablation d'une partie des organes génitaux externes plus ou moins importante | Variable, allant de la simple incision au niveau du capuchon du clitoris à l'ablation partielle ou totale des lèvres, selon la région. | Etirement progressif des petites lèvres afin d'augmenter la surface de contact lors des rapports sexuels | Ablation des parties qui paraissent inesthétiques et gênantes, allant de la simple réduction du capuchon du clitoris à l'ablation partielle ou totale des lèvres | Trouer la peau et les organes pour y insérer un bijou. |
| Intervenant | La fille/femme est excisée par une tierce personne, professionnel de santé ou exciseurs traditionnels | La fille/femme est excisée par un professionnel de santé | La fille/femme agit elle-même sur son propre corps, à son rythme | L'adolescente/femme est « remodelée » par un chirurgien esthétique, professionnel de l'apparence. | L'adolescente/femme est percée par un tatoueur-perceur n'ayant pas de connaissances médicales approfondies |
| Personnes concernées | Filles et femmes de tous âges | Fillettes autour de 10 ans. Possible chez des enfants plus jeunes. Jeunes femmes, avant mariage. | Pré-adolescentes, ou adolescentes. Femmes ayant accouché. | Adolescence / jeunes femmes (souvent avant première expérience sexuelle) Femmes ayant accouché. | Jeunes filles ou femmes plus âgées ayant eu des expériences sexuelles au préalable (désirées ou non) |

*« L'étirement des lèvres peut être défini comme une forme de mutilation sexuelle féminine du fait qu'il obéit à une convention sociale et qu'il existe en conséquence une **pression sociale** exercée sur les jeunes filles afin qu'elles modifient leurs organes génitaux, et du fait qu'il aboutit à des **altérations permanentes** des organes génitaux » (OMS, 2008).*

C'est en s'appuyant sur ces deux principes que l'OMS continue à ranger la pratique de l'élongation dans les mutilations sexuelles, malgré l'objectif clair de recherche du plaisir sexuel pour les deux partenaires, et bien que aucun tissu ne soit retiré à la femme. Mais alors, comment doit-on qualifier les pratiques occidentales, et plus particulièrement la chirurgie esthétique génitale ?

Pression sociale : traditionnelle vs culturelle

Qu'elle soit accusée explicitement dans les sociétés traditionnelles, ou complètement occultée dans les sociétés occidentales, une forme de pression sociale est toujours présente et identifiable derrière les « décisions » de modification corporelle.

Pour les pratiques dites traditionnelles, la pression est exercée sur la mère, qui doit faire le meilleur choix possible pour l'avenir de sa fille, afin qu'elle soit acceptée dans la société. Loin d'être évident, lorsque la norme sociale est justement d'être excisée. En abordant le problème sous l'aspect de la santé de la fillette, l'argument peut avoir un poids dans la décision de la mère, qui elle-même a vécu l'excision et probablement ses complications.... Mais qui choisirait délibérément et l'esprit léger de s'exclure et d'exclure son enfant de la communauté en refusant les traditions ancestrales ? En étudiant la question sous cet angle, il apparaît évident que les personnes les plus aptes à tourner le dos à la tradition sont celles ayant un haut niveau d'éducation, mais aussi, celles habitant dans des villages où des actions de sensibilisation communautaire ont été menées en profondeur afin d'obtenir les changements de comportements souhaités, déjà de la part des autorités du village. Dans ce cas là, c'est la norme qui se transforme, et le fait de ne pas être excisée devient acceptable. Le choix de la mère pour sa fille n'est alors plus condamnable aux yeux de la communauté, et elles pourront continuer à évoluer positivement dans leur société.

Dans la pratique de l'élongation, c'est essentiellement les pairs qui mettent la pression à la jeune fille en âge de commencer la pratique, afin de l'intégrer dans leurs groupes. Les mères n'interviennent pas dans cette décision. Là encore, l'objectif annoncé étant clairement d'améliorer le plaisir de la femme, et de son mari, lors des rapports sexuels, la fille reste libre de sa décision... mais ne serait-elle pas considérée comme égoïste par les autres membres de la communauté, si elle refuse cet effort de préparation physique à l'adolescence pour préparer son avenir marital ? cette pression sera plus marquée dans les villages où tout le monde se connaît et dans lesquels les influences extérieures concernant d'autres manières de vivre la sexualité sont moins fréquentes que dans les grandes villes, où des brassages de cultures peuvent plus facilement se produire.

En Occident, l'image corporelle a une importance particulière. Un culte lui est voué à travers les médias, les films, la mode... en bref, tout ce qui prône en image ou en parole la « beauté » sous toutes ses formes. L'apparence physique est une préoccupation commune à toutes les personnes ayant recours à la chirurgie esthétique (Sarwer, Wadden, Pertschuk, & Whitaker, 1998). L'image corporelle est une construction purement psychologique qui est intimement liée à l'apparence physique. Dans le modèle ci-dessous (figure 7), les auteurs prennent en considération à la fois les influences physiques et psychologiques qui interviennent dans le développement de l'image corporelle ; et comment les pensées et sentiments liés à cette image peuvent influencer la décision de recours à la chirurgie. Chaque élément du modèle s'appuie sur des théories issues des différents univers de la psychologie sociale, cognitive, développementale, clinique et de la neuropsychologie, afin d'observer le problème dans toute sa complexité. Quelques-unes de ces théories sont citées en annexe.

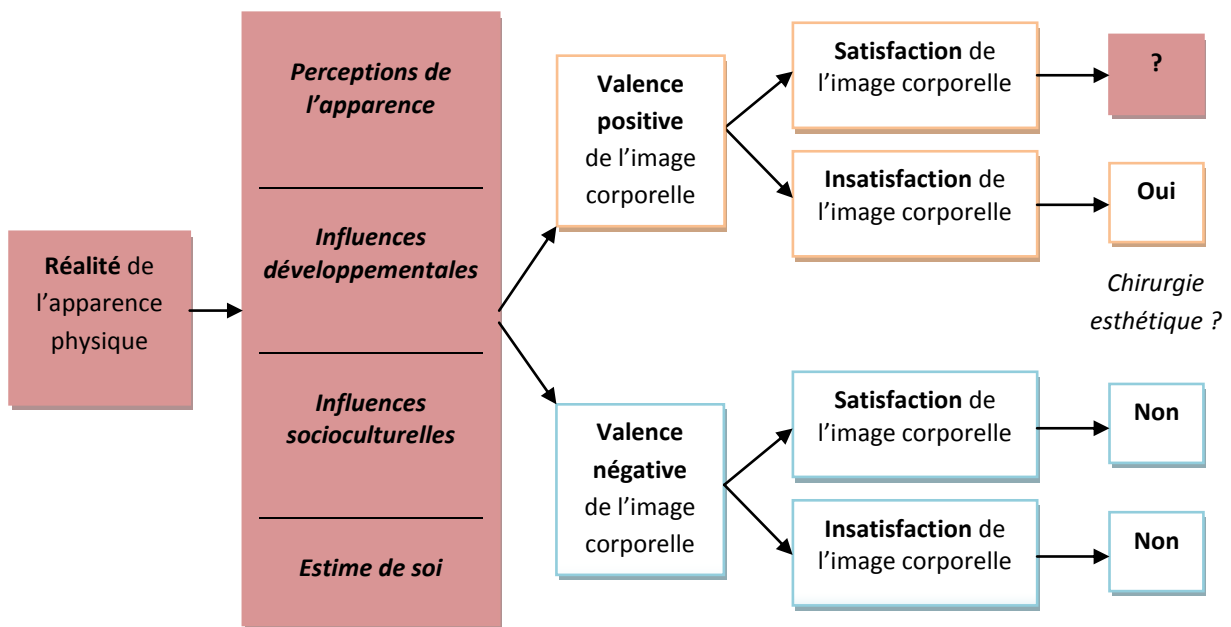


Figure 7: Modèle des relations entre image corporelle et chirurgie esthétique (traduit de l'anglais) (Sarwer et al., 1998)

Les théories de **l'influence développementale** s'intéressent à la contribution de l'enfance et l'adolescence sur la construction de l'image du corps adulte. Quant aux théories de **l'influence socioculturelle**, elles insistent sur l'influence des normes sociales, l'impact des médias et des idées culturelles de l'apparence dans le maintien d'une image corporelle faussée. Ainsi, toutes ces influences, plus ou moins perceptibles, jouent sur la constitution de l'image corporelle. Les auteurs pensent que la décision de chirurgie esthétique résulte de l'interaction entre la **valence**, qui mesure l'importance de l'image corporelle pour l'estime de soi, et la **valeur**, degré actuel de satisfaction de son propre corps. La décision de ces femmes de recourir à la chirurgie esthétique génitale n'est donc pas si personnelle qu'on pourrait le croire au premier regard. Les notions de liberté individuelle et liberté de choix perdent de leur sens lorsque le phénomène est analysé en profondeur et que toutes ces influences menant à la décision de chirurgie sont prises en considération.

Modifications génitales médicalisées

En Egypte, des projets de « villages sans excisions » ont montré des résultats positifs, après un long travail de sensibilisation des populations et des autorités religieuses locales. Malheureusement à l'échelle nationale, l'impact n'a pas été aussi bon que souhaité, car la pratique est encore profondément ancrée dans les mentalités, comme dans beaucoup d'autres pays. De plus, l'approche par les risques ne peut pas être aussi facilement utilisable en Egypte... car la majorité de la population ne considère plus la pratique comme étant dangereuse pour la fille. En effet, une stratégie de réduction des risques s'est imposée depuis plusieurs années. Elle a conduit les professionnels de santé à pratiquer eux-mêmes les excisions dans des conditions plus sécuritaires et hygiéniques qu'à l'époque des barbiers et dayas. Les conséquences psychologiques liées à l'acte sont donc toujours présentes, mais les risques physiques sont très largement atténués. Cependant, cette stratégie n'est pas du goût de l'OMS et de bon nombre d'institutions, qui se sont unies pour rédiger la « stratégie mondiale visant à empêcher le personnel de santé de pratiquer les mutilations sexuelles féminines » (OMS, 2011).

Mais alors, si l'excision médicalisée est toujours considérée comme un problème de santé publique en Egypte, et qu'elle est condamnée par la loi et par les institutions internationales, pourquoi n'en est-il pas de même pour les pratiques de chirurgie esthétique ? Certes, les termes employés pour désigner les pratiques sont eux-mêmes plus « esthétiques »... il est moins choquant d'entendre qu'une femme a été opérée d'une labiaplastie, plutôt que une femme a été excisée. Et pourtant, anatomiquement, le résultat sera le même. En comparant les pratiques, l'excision réalisée médicalement en Egypte sera parfois même uniquement symbolique, et la modification apportée aux organes plus minimales que certaines des pratiques de génitoplasties occidentales. Finalement, lesquelles de ces femmes seront le plus à risque de complications ?

L'altération permanente

Au Nord comme au Sud, toute modification génitale peut être considérée comme permanente. On peut toutefois envisager que pour la pratique du piercing génital, en cas de retrait du bijou, le trou réalisé peut se refermer après quelques temps.

Cet argument d'altération permet donc d'introduire toutes les pratiques dans la définition des mutilations sexuelles, car il ne prend pas en compte le lieu, le praticien, l'ampleur de l'acte... mais uniquement le résultat final.

Place de la santé publique

Le terme de « mutilation », de par la forte connotation négative qu'il véhicule, dégage un flot émotionnel qui perturbe la capacité des professionnels, institutions et politiques à mener un

véritable dialogue. On se retrouve alors face à un clivage Nord-Sud : les mutilations sont purement inadmissibles, et il faut tout faire pour les combattre, sans tenir compte des conditions dans lesquelles elles ont été réalisées... car on présume qu'elles sont toujours « imposées » par la tradition et qu'elles ne respectent pas les droits des femmes. Malheureusement, en tenant ce discours si ciblé vers les pratiques des pays en développement, on en oublie de voir ce qui se passe sous nos yeux. Qu'en est-il de la « liberté de choix » dont il est toujours question pour défendre les méthodes occidentales ? Le mal-être psychologique dans lequel sont plongées ces femmes persuadées de ne pas correspondre à la norme, la pression médiatique et sociale exercées (de manière plus ou moins subtile) dès l'adolescence et aboutissant à la modification de l'image corporelle socialement acceptable.... La version « culturelle », contemporaine, de la pression aurait-elle moins de conséquences, dans le domaine de la santé publique, que la pression traditionnelle ? Sommes-nous toujours dans cette vision dichotomique où toutes les femmes africaines font des choix contraints et forcés alors que les femmes occidentales prennent toujours des décisions de manière libre et éclairée ? Peut-on impunément laisser les médias, les commerciaux et les chirurgiens peu scrupuleux jouer et marchander avec la santé des femmes occidentales en se cachant derrière cette idée de « liberté de choix », tout en tenant un discours moralisateur sur les pratiques du Sud au nom des « droits de la femme et de l'enfant » ?

Conclusion

Dans cette étude, nous avons essayé d'apporter un regard nouveau sur les modifications génitales sexuelles, en présentant quatre pratiques différentes, réalisées en Afrique et dans les pays occidentaux, mais assez peu connues. Nous avons ainsi présenté, grâce à une revue de littérature, l'excision médicalisée, l'élongation labiale, la chirurgie esthétique génitale et le piercing génital.

Nous avons constaté que lorsqu'il est question de modifications génitales réalisées sur des femmes originaires de pays africains ou sociétés « traditionnelles », les termes de *mutilations sexuelles* ou *excisions* sont systématiquement employés, alors qu'appliqués à des femmes occidentales, « modernes », ces mêmes pratiques seront qualifiées d'actes de « chirurgie esthétique ». D'un côté, on considère que les femmes subissent la pression de la culture et la tradition et que leurs droits sont bafoués. De l'autre côté, on revendique la liberté d'expression sexuelle de la femme. Mais les choses sont loin d'être aussi simples, et des complications sanitaires et psychologiques demeurent présentes que l'acte soit réalisé traditionnellement ou médicalement.

En santé publique, l'objectif de l'approche est de préserver et améliorer la santé des femmes, quel que soit leur âge. Nous recommandons l'emploi des termes « modification génitale féminine », moins stigmatisant et plus adapté aux diverses pratiques du Nord et du Sud que les termes de mutilation ou excision. Il permet de favoriser le dialogue avec toutes les communautés, sans jugement de valeurs, et sans distinction entre les motivations traditionnelles, culturelles ou esthétiques. Des stratégies plus efficaces pourront ainsi être mises en place au niveau international si nous parvenons à nous recentrer sur le cœur de notre combat : **la santé globale de la femme et de la fille.**

Bibliographie

- Abusharaf, R. M. (2012). Virtuous Cuts: Female Genital Circumcision in an African Ontology. *differences: A Journal of Feminist Cultural Studies*, 12(1), 112–140. Retrieved from <http://muse.jhu.edu/journals/differences/v012/12.1abusharaf.html>
- Afifi, M. (2007). Female genital mutilation in Egypt. *Lancet*, 369(9576), 1858. doi:10.1016/S0140-6736(07)60845-9
- Afifi, M. (2009). Women's empowerment and the intention to continue the practice of female genital cutting in Egypt. *Archives of Iranian medicine*, 12(2), 154–160. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19249886>
- Berer, M. (2007). It's female genital mutilation and should be prosecuted. *BMJ*, 334(7608), 1335–1335. doi:10.1136/bmj.39252.646042.3A
- Berer, M. (2010). Labia reduction for non-therapeutic reasons vs. female genital mutilation: contradictions in law and practice in Britain. *Reproductive Health Matters*, 18(35), 106–110. doi:10.1016/S0968-8080(10)35506-6
- Caliendo, C., Armstrong, M. L., & Roberts, A. E. (2005). Self-reported characteristics of women and men with intimate body piercings. *Journal of Advanced Nursing*, 49(5), 474–484 LA – en. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03320.x
- Cartwright, R., & Cardozo, L. (2008). Cosmetic vulvovaginal surgery. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 18(10), 285–286. doi:10.1016/j.ogrm.2008.07.008
- Crouch, N., Deans, R., Michala, L., Liao, L.-M., & Creighton, S. (2011). Clinical characteristics of well women seeking labial reduction surgery: a prospective study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 118(12), 1507–1510. doi:10.1111/j.1471-0528.2011.03088.x
- Dalal, K., Lawoko, S., & Jansson, B. (2010). Women's attitudes towards discontinuation of female genital mutilation in Egypt. *Journal of Injury and Violence Research*, 2(1), 41–47. doi:10.5249/jivr.v2i1.33
- Dieleman, M., Richard, F., Martens, V., & Parent, F. (2009). *Stratégies concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines. Un cadre de référence pour l'action en Communauté française de Belgique* (GAMS Belgi., p. 52). Bruxelles.
- Diop, C. A. (1981). *Civilisation ou barbarie* (Présence A., p. 393). Paris.
- El-Mouelhy, M. T., & Johansen, E. B. (2010). Men's and women's perceptions of the relationship between female genital mutilation and women's sexuality in three communities in Egypt. *Department of Reproductive Health and Research. WHO*.
- Elnashar, A., & Abdelhady, R. (2007). The impact of female genital cutting on health of newly married women. *International journal of gynaecology and obstetrics*, 97(3), 238–44. doi:10.1016/j.ijgo.2007.03.008

- Fahmy, A., El-Mouelhy, M. T., & Ragab, A. R. (2010). Female genital mutilation/cutting and issues of sexuality in Egypt. *Reproductive Health Matters*, 18(36), 181–190. doi:10.1016/S0968-8080(10)36535-9
- Farmer, L. (2011). Female genital cosmetic surgery. *British Journal of General Practice*, 61(585), 293. doi:10.3399/bjgp11X567207
- Goodman, M. P. (2011). Female Genital Cosmetic and Plastic Surgery: A Review. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(6), 1813–1825 LA – en. doi:10.1111/j.1743-6109.2011.02254.x
- Guiard-Schmid, J. B., Picard, H., Slama, L., Maslo, C., Amiel, C., Pialoux, G., Lebrette, M. G., et al. (2000). [Piercing and its infectious complications. A public health issue in France]. *Presse médicale (Paris, France: 1983)*, 29(35), 1948–1956. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11244629>
- Jonckheere, F. (1951). Subincision et excision : mutilations sexuelles pharaoniques ? (L. S. F. d'Histoire de la Médecine, Ed.) *Société Française d'Histoire de la Médecine*, 10, 3–7.
- Koster, M., & Price, L. L. (2008). Rwandan female genital modification: elongation of the Labia minora and the use of local botanical species. *Culture, health & sexuality*, 10(2), 191–204. doi:10.1080/13691050701775076
- Larsen, J. (2010). The social vagina: labia elongation and social capital among women in Rwanda. *Culture, Health & Sexuality*, 12(7), 813–826. doi:10.1080/13691058.2010.498057
- Leonard, L. (2000). Interpreting female genital cutting: moving beyond the impasse. *Annual review of sex research*, 11, 158–90. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11351831>
- Liao, L.-M., & Creighton, S. M. (2007). Requests for cosmetic genitoplasty: how should healthcare providers respond? *BMJ*, 334(7603), 1090–1092. doi:10.1136/bmj.39206.422269.BE
- Liao, L.-M., & Creighton, S. M. (2011). Female genital cosmetic surgery: a new dilemma for GPs. *British Journal of General Practice*, 61(582), 7–8. doi:10.3399/bjgp11X548893
- Martínez Pérez, G., & Namulondo, H. (2011). Elongation of labia minora in Uganda: including Baganda men in a risk reduction education programme. *Culture, Health & Sexuality*, 13(1), 45–57. doi:10.1080/13691058.2010.518772
- Meleigy, M. (2007). Egypt tightens ban on female genital mutilation after 12 year old girl dies. *BMJ (Clinical research ed.)*, 335(7609), 15. doi:10.1136/bmj.39266.425752.DB
- Meltzer, D. I. (2005). Complications of body piercing. *American family physician*, 72(10), 2029–2034. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16342832>
- Mostafa, S. R. A., El Zeiny, N. A. M., Tayel, S. E. S., & Moubarak, E. I. (2006). What do medical students in Alexandria know about female genital mutilation? *Eastern Mediterranean health journal*, 12 Suppl 2, S78–92. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17361680>
- Nelius, T., Armstrong, M., Angel, E., Hogan, L., Young, C., & Rinard, K. (2012). A relationship between female genital piercings and genital mutilation? *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 119(7), 895–896. doi:10.1111/j.1471-0528.2012.03320.x

- OMS. (2001). *Mutilations sexuelles féminines : guide du formateur* (p. 148). Genève.
- OMS. (2008). *Éliminer les mutilations sexuelles féminines : Déclaration interinstitutions HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM*. (p. 51). Genève. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242596441_fre.pdf
- OMS. (2011). Stratégie mondiale visant à empêcher le personnel de santé de pratiquer des mutilations sexuelles féminines. *Droit, Déontologie & Soins*, 11(2), 189–201. doi:10.1016/j.ddes.2011.05.001
- OMS, UNICEF, & FNUAP. (1997). *Les mutilations sexuelles féminines : déclaration commune OMS/UNICEF/FNUAP*. Genève. Retrieved from <http://whqlibdoc.who.int/publications/1997/924256186X.pdf>
- PRB. (2010, December 12). Mutilation Génitale Féminine/Excision : Données et Tendances, révision 2010. Washington: Population Reference Bureau. Retrieved from <http://www.prb.org/FrenchContent/Articles/2010/fgm2010-fr.aspx>
- Rasheed, S. M., Abd-Ellah, A. H., & Yousef, F. M. (2011). Female genital mutilation in Upper Egypt in the new millennium. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 114(1), 47–50. doi:10.1016/j.ijgo.2011.02.003
- Rochon, C. (2007). La circoncision des femmes en Afrique : repenser les politiques de santé. *Les ateliers de l'éthique*, vol.2(no.1), 82–94 LA – fr. Retrieved from <https://papyrus.bib.umontreal.ca/jspui/handle/1866/2494>
- Saini, R. (2011). Female genital cosmetic surgery. *Journal of cutaneous and aesthetic surgery*, 4(2), 155–6. doi:10.4103/0974-2077.85049
- Sarwer, D. B., Wadden, T. A., Pertschuk, M. J., & Whitaker, L. A. (1998). THE PSYCHOLOGY OF COSMETIC SURGERY: A REVIEW AND RECONCEPTUALIZATION. *Clinical Psychology Review*, 18(1), 1–22. doi:10.1016/S0272-7358(97)00047-0
- Sayed, G. H., El-Aty, M. A. A., & Fadelb, K. A. (1996). The practice of female genital mutilation in Upper Egypt. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 55, 285–291.
- Schultheiss, D., Mattelaer, J. J., & Hodges, F. M. (2003). Preputial infibulation: from ancient medicine to modern genital piercing. *BJU international*, 92(7), 758–763. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14616462>
- Sheldon, S., & Wilkinson, S. (1998). Female Genital Mutilation and Cosmetic Surgery: Regulating Non-Therapeutic Body Modification. *Bioethics*, 12(4), 263–285. doi:10.1111/1467-8519.00117
- Stirn, A. (2003). Body piercing: medical consequences and psychological motivations. *The Lancet*, 361(9364), 1205–1215. doi:10.1016/S0140-6736(03)12955-8
- Tag-Eldin, M. A., Gadallah, M. A., Al-Tayeb, M. N., Abdel-Aty, M., Mansour, E., & Sallem, M. (2008). Prevalence of female genital cutting among Egyptian girls. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(4), 269–274. doi:10.2471/BLT.07.042093

- UK Border Agency. (2008). *Country of Origin Information Report : Female Genital Mutilation. Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)* (Vol. 23, p. 74).
- UNICEF. (2007). *Stratégie coordonnée pour l'abandon de l'excision/mutilation génitale féminine en l'espace d'une génération* (p. 56).
- UNICEF. (2010). *La dynamique du changement social vers l'abandon de l'excision/mutilation génitale féminine dans cinq pays africains*. (p. 72). Florence: Innocenti Research Center.
- Veale, D., & Daniels, J. (2011). Cosmetic Clitoridectomy in a 33-Year-Old Woman. *Archives of Sexual Behavior*, 41(3), 725–730. doi:10.1007/s10508-011-9831-4
- Yoder, P. S., Abderrahim, N., & Zhuzhini, A. (2005). *L'excision dans les Enquêtes Démographiques et de Santé : Une Analyse Comparative*. (S. Moore, Ed.) (p. 78). Calverton, Maryland.
- Young, C., Armstrong, M. L., Roberts, A. E., Mello, I., & Angel, E. (2010). A triad of evidence for care of women with genital piercings. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22(2), 70–80 LA – en. doi:10.1111/j.1745-7599.2009.00479.x
- Zayed, A. A., & Ali, A. A. (2012). Abusing female children by circumcision is continued in Egypt. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 19(4), 196–200. doi:10.1016/j.jflm.2011.12.013

Liste des illustrations

Liste des figures

| | |
|--|----|
| Figure 1 : schéma de la vulve | 8 |
| Figure 2: les différents types de mutilations génitales féminines | 9 |
| Figure 3: Prévalence de l'E/MGF chez les femmes et leurs filles | 12 |
| Figure 4: Prévalence en 2008 de l'E/MGF chez les femmes âgées de 15 à 49 ans en Egypte, et par gouvernorat | 17 |
| Figure 5: profession des exciseurs de 2000 à 2009..... | 19 |
| Figure 6 : Schéma d'une vulve « normale » et après élongation labiale..... | 26 |
| Figure 7: Modèle des relations entre image corporelle et chirurgie esthétique | 50 |

Liste des tableaux :

| | |
|---|----|
| Tableau I : évolution des typologies de l'OMS | 10 |
| Tableau II : synthèse des complications sanitaires liées aux mutilations de types I, II et III..... | 11 |
| Tableau III : Evolution de la pratique en Egypte d'après des études menées entre 1992 et 2010..... | 20 |
| Tableau IV : questions éthiques soulevées par les pratiques occidentales | 40 |
| Tableau V : éléments clés des différents types de modifications génitales..... | 48 |

Annexe 1

Les sources internationales et régionales des droits humains

Instruments juridiques internationaux

- Déclaration universelle des droits de l'homme (1948)
- Pacte international relatif aux droits civils et politiques (1966)
- Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966)
- Convention relative au statut des réfugiés (1951) et protocole relatif au statut des réfugiés (1967)
- Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979)
- Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (1984)
- Convention relative aux droits de l'enfant (1989)

Instruments juridiques régionaux

- Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (1950)
- Convention américaine relative aux droits de l'homme (1978)
- Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (Charte de Banjul, 1981) et son Protocole relatif aux droits des femmes en Afrique (2003)
- Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant (1990)

Textes adoptés par consensus

- Déclaration de Beijing et programme d'action de la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes (1995)
- Déclaration de l'Assemblée générale sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes (1993)
- Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) (1994)
- Déclaration universelle de l'UNESCO sur la diversité culturelle (2001)
- Conseil économique et social des Nations Unies (ECOSOC), Commission de la Condition de la Femme. Résolution : « Mettre fin à la mutilation génitale féminine » (2007)

*(Source : **Eliminer les mutilations sexuelles féminines** - Déclaration interinstitutions HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA, UNESCO, UNFPA, UNCHR, UNICEF, UNIFEM, 2008)*

Quelques théories psychologiques explicatives du modèle des relations entre l'image corporelle et la chirurgie esthétique (Sarwer et al., 1998)

Théories de la perturbation de l'image corporelle (Heinberg, 1996)

Influences perceptuelles

- Théorie de l'anomalie corticale (Thomson & Spana, 1991)
- Théorie des défauts d'adaptation (Heinberg, 1996)
- Théorie de l'artefact perçu (Penner, Thompson & Covert, 1991)

Influences développementales

- Théorie de la puberté et du temps de maturation (Heinberg, 1996)
- Influences des dénigrement et moqueries dans l'enfance (Cash, Winstead & Janda, 1986)

Influences socio-culturelles

- Influence des normes et attentes sociales sur les causes et le maintien des perturbations de l'image corporelle (Heinberg, 1996)
- Interaction des médias et idées culturelles de l'apparence (Thompson, 1992)
- Théorie de la comparaison sociale (Festinger, 1954)
- Influence du standard culturel et social de la beauté, véhiculé dans les médias (Pruzinsky, 1993)

Selon les auteurs, l'influence socioculturelle reste l'élément le plus pertinent pour comprendre le rôle de l'image corporelle dans la chirurgie esthétique.

Théories de l'estime de soi :

- Fisher (1986, 1990) : le corps physique est une représentation du soi.
- Cash & Labarge (1996) : modèle cognitivo-comportemental des relations entre l'image corporelle et l'estime de soi

Théorie de la composante bi-dimensionnelle de l'attitude (Brown, Cash & Mikulka, 1990) :

- Composante d'orientation : importance ou attention portée au corps. Valence.
- Composante d'évaluation : dimension affective de l'image corporelle. Valeur.

*(Source : Sarwer, D. B., Wadden, T. A., Pertschuk, M. J., & Whitaker, L. A. (1998).
The psychology of cosmetic surgery: a review and reconceptualization.
Clinical Psychology Review, 18(1), 1–22)*