



Bulletin Amades

Anthropologie Médicale Appliquée au Développement Et
à la Santé

87 | 2013
87

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

Sous la direction de Michel Bozon. Thèse de sociologie, Soutenue le 20 octobre 2012, EHESS.

Michela Villani



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/amades/1529>

DOI : [10.4000/amades.1529](https://doi.org/10.4000/amades.1529)

ISSN : 2102-5975

Éditeur

Association Amades

Édition imprimée

Date de publication : 18 juillet 2013

ISSN : 1257-0222

Référence électronique

Michela Villani, « Médecine, sexualité et excision. Sociologie de la réparation clitoridienne chez des femmes issues des migrations d'Afrique sub-saharienne », *Bulletin Amades* [En ligne], 87 | 2013, mis en ligne le 09 juillet 2013, consulté le 08 septembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/amades/1529> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/amades.1529>

Ce document a été généré automatiquement le 8 septembre 2020.

© Tous droits réservés

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

Sous la direction de Michel Bozon. Thèse de sociologie, Soutenue le 20 octobre 2012, EHESS.

Michela Villani

- 1 La sexualité est un champ d'action.
- 2 À partir de ce constat, deux postures relevant de logiques propres sont interrogées en matière de réparation clitoridienne : la logique médicale et la logique des femmes excisées. La pluralité des enquêtes et des méthodes permet d'observer les « parcours de réparation de l'excision » du double point de vue de l'institution (et de l'espace médical) et des femmes (de leur expérience, leur parcours et histoire subjective) qui s'y engagent. La sociologie de la chirurgie clitoridienne ouvre une réflexion sur les politiques de réparation de la sexualité.

L'hôpital, ce lieu de réparation

- 3 L'horreur et le rejet, la compassion et la pitié que ces femmes inspirent à la société occidentale, constituent des émotions contrastantes et sous-jacentes à l'engagement social et politique qui signe le fondement de la construction de l'excision comme un nouveau problème social. Sa reconnaissance en termes de crime puis de violence au niveau international est toute récente, bien que le phénomène existe depuis l'Antiquité. La reformulation de cet objet en termes des « mutilations génitales féminines » s'impose dans les années 1990 et avec cette définition médico-juridique s'impose

également une manière de penser et de traiter ces pratiques traditionnelles visant à modifier les organes sexuels.

- 4 L'histoire française représente une exception en matière de traitement de l'excision. Elle se caractérise dans un premier temps par une jurisprudence particulièrement répressive à l'égard de ces pratiques, puis par la reconnaissance, en 2004, d'un droit à la réparation pour toutes les femmes excisées vivant sur le territoire français. La chirurgie réparatrice bénéficie alors d'une reconnaissance formelle et est inscrite parmi les actes médicaux remboursés par l'Assurance maladie. Faisant l'objet d'une prise en charge pluridisciplinaire, la chirurgie est encadrée dans un protocole élaboré au sein d'un premier service hospitalier pratiquant cette opération, ici nommé service A. Dès lors, un nombre croissant de femmes excisées y ont recours et demandent à réparer le dégât subi. Lorsque ce droit existe, la rage, la colère, le ressentiment et finalement la demande de justice deviennent des sentiments dicibles publiquement. Comment s'organise une politique sociale qui offre dans la gratuité un droit à la réparation ? Comment le principe d'égalité revendiqué par la prise en charge publique s'articule lorsqu'il s'applique à une population issue de l'ancien empire colonial ? Finalement, quels sont les enjeux d'une telle politique qui fige deux populations dans deux rôles distincts : le Nord réparateur et le Sud réparé ?
- 5 À partir de ces questions, l'enquête apporte une compréhension à partir des logiques des acteurs. L'hôpital devient alors le lieu stratégique parce que s'y rencontrent les professionnels de santé impliqués dans le protocole de réparation et les femmes excisées en demande de réparation. Mené au sein de deux services hospitaliers, l'un en banlieue parisienne et l'autre à Paris, de décembre 2007 à mars 2009, le terrain se fonde sur un matériel unique, produit à partir d'une pluralité de méthodes d'enquête. L'observation ethnographique effectuée pendant 16 mois révèle la conscience qu'ont les spécialistes dans la limite de la vérité corporelle qui a cours dans ce domaine et de l'implication d'une dimension symbolique dans la procédure réparatrice. Ce travail met en lumière l'organisation interne de l'institution hospitalière et la réalisation de la prise en charge de la patiente à travers l'établissement de ce que j'appelle le « parcours de réparation ».
- 6 Le « parcours de réparation » est alors interrogé à partir d'une analyse statistique des dossiers médicaux du service A (N=109) produits entre novembre 2005 et janvier 2008. Cette analyse montre le caractère très sélectionné de la population en demande de réparation par rapport à l'ensemble de la population excisée en France (plus jeune, plus souvent en emploi, avec un niveau de diplôme plus élevé). Un profil de patientes opérables se dégage, caractérisé par ses ressources, sa capacité à nommer ce qui lui est arrivé et à demander réparation dans le langage des professionnels. Cette catégorie de femmes auxquelles est reconnue une « maturité psychologique » concerne des filles de migrants plutôt que des migrantes. Le recours conjoint à une approche quantitative et à une approche qualitative fait apparaître un second profil de patientes opérables, aux caractéristiques très différentes des « femmes mûres » : ce sont des femmes socialisées en Afrique, perçues comme précaires et vulnérables, dont la demande est acceptée pour des raisons humanitaires et à qui on ne demande pas de travail psychologique. Le fait que 42% des femmes ayant entamé le parcours a été informé par le GAMS (le Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles) et 20% par un gynécologue, montre bien le caractère militant de la démarche de réparation.

Engagement humanitaire et institutionnalisation du féminisme : la *médecine émotionnelle*

- 7 Le passage d'une conception en termes de pratiques culturelles à une appréhension de l'excision d'abord comme problème de santé publique et ensuite comme violence de genre, témoigne des évolutions fondamentales des arènes publiques contemporaines. L'histoire de la morale humanitaire va de pair avec l'histoire de l'institutionnalisation du féminisme, passant d'une mobilisation des savoirs militants pour imposer une cause politique, à la conversion de certains professionnels de la médecine acquis à cette cause vers des pratiques de réparation des séquelles de l'excision.
- 8 Le protocole de chirurgie réparatrice développé par l'urologue français Pierre Foldès trouve ses racines dans le Sahel où ce médecin a commencé à opérer dans un contexte humanitaire, avant tout pour remédier aux séquelles particulièrement graves (fistules uro-génitales, kystes, etc.) occasionnées par l'excision. Une fois transposée dans le contexte français et appliquée à une population différente, cette technique chirurgicale se voit investie par des attentes qui rendent compte d'enjeux nouveaux. Le déplacement de l'excision en contexte de migration, confère en effet à cette pratique une nouvelle connotation, dont la lecture en termes de handicap est rendue possible grâce à l'achèvement des droits en matière de sexualité.
- 9 Les professionnelles (le féminin se justifie par la presque exclusivité des femmes médecins et militantes engagées dans la cause) investissent cet espace politique avec des valeurs et des idéaux qui trouvent leur origine dans l'émancipation sexuelle promue par la deuxième vague du féminisme universaliste français des années 1970. Dès lors, parler d'une *médecine émotionnelle*, permet de mettre en lumière la double valeur des émotions dans l'engagement médical. D'une part, les émotions sont considérées comme le matériel propre de l'expérience subjective et corporelle vécue à la fois par le personnel soignant au travail et par les patientes engagées dans le processus de soin. *A contrario*, les émotions à l'œuvre dans le travail thérapeutique et médical s'effacent derrière les gestes techniques, le langage argotique, l'usage des questionnaires, le cérémonial des consultations. Dans ce sens, l'analyse des émotions s'insère dans la perspective de la sociologie des affects et des émotions qui rend compte de manière transversale du travail émotionnel effectué par les professionnel-le-s. D'autre part, les émotions sont considérées comme la composante empathique qui est à la base même de la mobilisation politique des professionnelles. Cette deuxième dimension constitue la position originelle de cette justice féministe qui s'exprime dans le milieu médical.
- 10 La médecine émotionnelle se réalise précisément par un travail actif avec les émotions. Les professionnelles de la santé impliquées dans ce protocole demandent aux patientes un travail considérable sur leur propre histoire qui est par ailleurs l'objet principal à la fois de l'évaluation et de la réparation. À la réparation physique de l'excision s'ajoutent les dimensions psychologique et sexologique. Les interventions sont interdépendantes et montrent comment les acteurs font face à cet objet complexe et multifactoriel de l'expérience sensitive, sexuelle, érotique et érogène. La demande des femmes est au centre de la réparation qui est interprétée par les spécialistes de l'équipe médicale en termes tour à tour « symbolique », « physico-esthétique » ou « sexuelle », selon les motivations qu'ils identifient chez les patientes.

Restituer les logiques des actrices : les *capabilités* sexuelles

- 11 L'analyse des entretiens avec les femmes (N=31) met en lumière l'homogénéité des demandes exprimées. Celle-ci se retrouve notamment dans la recherche et le désir de normalité corporelle, qui a pour originalité de s'exprimer sous la forme d'une demande de clitoris, devenu marqueur de féminité par excellence. La majorité des femmes sont venues pour réparer leur sexualité, à travers la réparation d'un organe qu'elles associent à cette capacité d'avoir du plaisir.
- 12 La demande de réparation clitoridienne est ici comprise à partir des logiques des femmes qui en font demande. Cette lecture permet de problématiser le pouvoir d'action (*agency*) des femmes – qui sont des personnes dites « dominées » – et permet ainsi de montrer que la sexualité peut devenir une ressource qui permet d'accroître cette *agency* au-delà de l'acquisition des droits sexuels. La sexualité ainsi restaurée aide concrètement à renégocier la position d'un individu dans la sphère privée et dans la sphère publique. Les femmes deviennent alors des « entrepreneuses » de leur santé et de leur « cause », et le parcours médical auquel elles sont soumises consiste finalement aussi à évaluer certains aspects de cette « capacité ». Dans ce sens, la notion de « maturité » élaborée par les médecins permet de comprendre les modalités d'évaluation et de traitement des problématiques de santé sexuelle. La maturité est construite selon deux axes : (1) l'identification de l'excision à une violence subie dont les professionnels attendent une formulation explicite de la part des patientes et (2) l'adhésion de ces dernières à des normes sociales « majoritaires » en matière d'attentes et de comportements sexuels. Ce processus fait sens pour elles, pour des raisons qui ne sont pas les mêmes de celles du corps professionnel, tout en restant complémentaire. Elles désirent acquérir un droit à l'égalité qui se joue précisément sur le terrain de la sexualité.
- 13 La sexualité est alors appréhendée au-delà d'une définition sexualo-centrée et orientée au plaisir ; elle devient un véritable champ d'action à l'intérieur duquel les femmes excisées peuvent réaliser le droit à l'égalité. L'usage d'un concept normatif tel que « capacité », emprunté au philosophe et économiste Amartya Sen, sert précisément à exprimer la composante normative et normalisatrice du pouvoir de l'institution médicale qui fixe à la fois la norme et la normalité sexuelle, mais aussi le désir de se conformer aux autres. Cette conformité devient pour les femmes excisées en demande de réparation une modalité de réaliser l'égalité « aux autres femmes » vivant en France. L'approche par les *capabilités* prend en compte à la fois ce qu'une personne est capable de faire et ses préférences, mais aussi les possibilités qui lui sont offertes pour mettre en œuvre ses droits, qui sont ici interprétés en termes d'opportunités réelles et de moyens d'agir. La demande de réparation clitoridienne formulée par des femmes excisées vivant en France traduit alors une demande à bénéficier d'un même support physique (le corps), apte au plaisir et capable d'en donner. Cette capacité à prendre et donner du plaisir qui signe une nouvelle contrainte de la sexualité féminine est centrale dans la demande de réparation, formulée par les femmes excisées en « demande de normalité ». La réparation, physique et symbolique, restitue alors cette double entrée dans l'espace démocratique de la sexualité : (1) la capacité physiologique à accéder à une sexualité épanouie et au plaisir ; (2) le droit à y accéder. Voici donc que la

notion des *capabilités sexuelles* comprend et exprime cette double portée en termes de capacité corporelle et réalisation politique des droits sexuels.

Penser les *politiques de réparation* : la réalisation des droits à la santé et à la sexualité

- 14 Si dans les années 1980 l'intérêt était porté aux fillettes à risque, au milieu des années 2000, l'attention se porte sur des jeunes filles nées et socialisées en France, ayant subi une excision qui sont de plus en plus nombreuses à entrer dans l'âge adulte. Il s'agit là d'un changement sociodémographique qui va avoir un impact important sur les agendas politiques, se structurant notamment autour de la promotion de la chirurgie réparatrice.
- 15 Cette politique sociale prend pour cible des femmes originaires de l'ancien empire colonial de la France. Ces dernières désirent devenir « comme les autres femmes », acquérir et se voir reconnaître l'égalité avec les femmes de la population majoritaire. Pour elles, le projet de réparation clitoridienne est un projet personnel qui est investi de moult attentes et aspirations. Si le désir de retrouver un clitoris « pour soi » est la première raison invoquée, d'autres aspirations y sont attachées : le fait d'acquérir un pouvoir majeur dans la négociation au sein du couple (concernant les pratiques, mais aussi les libertés respectives « d'aller voir ailleurs »), le fait d'acquérir une confiance en soi permettant d'exprimer ses propres choix ou désirs personnels, le fait de devenir ainsi moins dépendante (sexuellement et donc aussi économiquement) de leur partenaires. Ces différents facteurs réduisent les conditions qui rendent ces femmes plus vulnérables et exposées à la violence. En définitive, le projet de réparation devient un moyen d'augmenter les marges d'action et aussi les chances d'intégration. Devenir une femme normale, égale aux autres femmes vivant en France, exprime la volonté des femmes excisées de s'intégrer dans la société d'accueil, qui est pour certaines un pays d'immigration, pour d'autres leur terre natale.
- 16 De l'autre côté, les professionnelles poursuivent des objectifs autant médicaux que moraux. Il s'agit pour elles de libérer des femmes jugées « opprimées par la culture de l'excision » et leur restituer une égalité sexuelle. La théorisation des politiques de réparation permet d'appréhender de manière nouvelle la place de la médecine contemporaine et l'intégration des normes à priori extérieures à cette discipline, telles que le féminisme et la solidarité. Une telle politique de réparation semble ouvrir à des nouvelles possibilités de régulation des injustices sociales. Réparer signifie ici accéder à un nouveau statut qui n'est plus celui de l'opprimé, du souffrant ou du malheureux. Au-delà d'une reconnaissance sociale, les politiques de réparation semblent offrir des possibilités de guérison, de pardon, de réalisation des droits. Certes, il ne faut pas oublier que les politiques de réparation ne représentent pas toutes les formes de réparation, mais seules celles qui sont offertes par les institutions. Les rapports de pouvoir ne sont pas complètement bouleversés : à l'intérieur des rapports de race et des rapports de genre, des inégalités persistent. Toutefois les dominants expriment une solidarité envers les dominés. Ces dominants sont en l'occurrence des femmes occidentales qui à leur tour ont connu les formes de la domination masculine et luttent contre ce mécanisme de domination.
- 17 À l'heure où la discussion sur la réparation morale est soulevée en France, ce travail apporte une analyse compréhensive des enjeux entre les acteurs impliqués. La

restitution de la double logique, la logique des femmes et la logique médicale, permet d'interroger les normes d'égalité partagées au sein d'une société en contexte globalisé. En définitive, la réparation du clitoris est un exemple inédit de reconfiguration politique de la sexualité.