DE GRUYTER
OPEN

Swiss Journal of Sociology, 42 (3), 2016, 573–591

Nationalisme sexuel : le cas de l'excision et de la chirurgie esthétique génitale dans les discours d'experts en Suisse

Dina Bader*

* Université de Lausanne, Faculté des sciences sociales et politiques (SSP), CH-1015 Lausanne, dina.bader@unil.ch.

Abstracts

Nationalisme sexuel : le cas de l'excision et de la chirurgie esthétique génitale dans les discours d'experts en Suisse

Cet article examine les constructions de sens *(frames)* autour de l'excision et de la chirurgie esthétique génitale, par l'exemple de la nymphoplastie. L'analyse porte sur des entretiens menés auprès d'experts ayant une connaissance approfondie des pratiques de modification génitale en Suisse. Les résultats montrent que l'excision et la nymphoplastie sont placées dans un rapport de « miroir inversé », où la nymphoplastie est décrite par des caractéristiques positives alors que l'excision représente son miroir négatif. Par conséquent, cet article argumente que le débat sur les « mutilations génitales féminines » en Suisse reproduit l'allégorie du « Nous versus les Autres », conformément à la rhétorique du nationalisme sexuel.

Mots-clés : Excision, chirurgie esthétique génitale, nymphoplastie, nationalisme sexuel, migration

Sexueller Nationalismus: weibliche Genitalbeschneidung und kosmetische Genitalchirurgie in Expertendiskursen in der Schweiz

Dieser Artikel behandelt verschiedene Interpretationsmuster hinsichtlich weiblicher Genitalbeschneidung und der kosmetischen Genitalchirurgie am Beispiel der Schamlippenverkleinerung. Die Analyse basiert auf Interviews mit Experten, die vertiefte Kenntnisse über die in der Schweiz vorgenommenen Genitalveränderungen haben. Die Ergebnisse zeigen, dass die weibliche Genitalbeschneidung und die Schamlippenverkleinerung «spiegelverkehrt» wahrgenommen werden, wobei die Schamlippenverkleinerung positiv und die Genitalbeschneidung negativ eingestuft werden. Wir argumentieren in diesem Artikel, dass in der Debatte über «weibliche Genitalverstümmelungen», entsprechend der Rhetorik des sexuellen Nationalismus, die Allegorie des «Wir versus die Anderen» widerhallt.

Schlüsselwörter: Weibliche Genitalverstümmelung, kosmetische Genitalchirurgie, Schamlippenverkleinerung, sexueller Nationalismus, Migration

Sexual Nationalism: The Case of Female Circumcision and Female Genital Cosmetic Surgery in Swiss Expert Discourses

This article examines the frames that are mobilized within contemporary Swiss expert discourses to demarcate female circumcision from female genital cosmetic surgery, focusing on labiaplasty. The analysis is based on interviews conducted with experts who have in-depth knowledge of the practices of genital modification in Switzerland. The results suggest that female circumcision and labiaplasty act as an "inverted mirror" to each other: whereas labiaplasty is described in positive terms, female circumcision is depicted as its negative mirror. I argue that the debate in Switzerland on "female genital mutilation" thus reproduces the allegory of "Us versus Them" following the rhetoric of sexual nationalism.

Keywords: Female genital mutilation/cutting, genital cosmetic surgery, labiaplasty, sexual nationalism, migration

DOI 10.1515/sjs-2016-0025
© 2016. This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 License. (CC BY-NC-ND 4.0)

Nationalisme sexuel : le cas de l'excision et de la chirurgie esthétique génitale dans les discours d'experts en Suisse

Dina Bader*

1 Introduction

Depuis les années 1970, la pratique de l'excision en Afrique constitue un enjeu de santé publique majeur et un objet de débat politique, mis sur le devant de la scène par des activistes locales et des féministes européennes et nord-américaines (Villani 2009, 297). L'excision est devenue un « problème social » combattu par les organisations internationales comme l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Depuis la fin des années 1990, vingt-quatre gouvernements africains ont décrété des lois pour abolir la pratique ; toutefois, elle continue de perdurer (UNICEF 2013b). Parallèlement, le « problème » de l'excision s'est mondialisé avec les flux migratoires africains durant la deuxième moitié du XX^{e} siècle, suscitant la préoccupation des pays d'accueil européens soucieux d'empêcher la perpétuation de la pratique sur leurs territoires. A l'image de la Suède en 1982, plusieurs Etats se sont ainsi dotés d'une loi spécifique contre l'excision, parmi lesquels le Royaume-Uni (1985), l'Italie (2006) et récemment la Suisse (2012).

L'art. 124, al. 1, du Code pénal suisse[1] (CPS) sur la « Mutilation d'organes génitaux féminins » énonce que « celui qui aura mutilé des organes génitaux féminins, aura compromis gravement et durablement leur fonction naturelle ou leur aura porté toute autre atteinte sera puni d'une peine privative de liberté de dix ans au plus ou d'une peine pécuniaire de 180 jours-amende au moins ». Selon le droit suisse, l'acception du terme « mutilation génitale féminine » (ci-après « MGF ») regroupe un ensemble de pratiques diverses, conformément à la classification de l'OMS (2008) ; à savoir, l'ablation partielle ou totale de la partie émergente du clitoris (type I) et/ou des petites lèvres (type II) et/ou des grandes lèvres, suturées entre elles (type III ou infibulation). Les alternatives symboliques comme piquer le clitoris pour obtenir quelques gouttes de sang (type IV) sont également inclues dans la typologie internationale qui se veut exhaustive. La notion de « MGF » comprend donc « toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes

* Université de Lausanne, Faculté des sciences sociales et politiques (SSP), CH-1015 Lausanne, dina.bader@unil.ch.

J'adresse mes plus chaleureux remerciements aux lecteurs anonymes de la RSS pour leurs commentaires constructifs qui m'ont permis de préciser mon propos. J'exprime aussi toute ma gratitude envers Prof. Véronique Mottier dont la relecture critique a été un soutien précieux.

1 RS 311.0.

génitaux externes de la femme et/ou toute autre lésion des organes génitaux féminins pratiquée à des fins non thérapeutiques » (OMS 2008, 1). Par cette formulation, l'OMS (2008, 33) concède ainsi que « [c]ertaines pratiques, telles que la chirurgie cosmétique génitale et la réparation de l'hymen, qui sont légalement acceptées dans de nombreux pays et ne sont généralement pas considérées comme des mutilations sexuelles féminines, entrent de fait dans le cadre des définitions utilisées ici ».

Depuis le début du XXI[e] siècle, la chirurgie esthétique génitale féminine[2] connaît un succès retentissant aux Etats-Unis (ASAPS 2014) et la tendance a gagné les pays européens, y compris la Suisse (Martin 2014). Une opération particulièrement en vogue est la nymphoplastie[3] qui consiste en l'ablation partielle ou totale des petites lèvres ; l'ablation complète étant parfois appelée le « Look Barbie » en référence à la poupée dont le sexe est complètement lisse (Alinsod 2013). En outre, la chirurgie esthétique génitale propose l'ablation de la partie émergente du clitoris (Veale et Daniels 2012), la réduction du capuchon clitoridien, le repositionnement du clitoris, la liposuccion du mont pubis, le resserrement du vagin ou encore l'amplification du « point G » (Braun 2005, 407).

Pourtant, contrairement à la prise de position de l'OMS, toutes ces interventions, catégorisées comme « chirurgies esthétiques », tombent dans les exceptions de la norme pénale suisse. Seules les pratiques associées à l'« excision »[4] constituent des infractions poursuivies d'office au sens de l'art. 124 CPS (Conseil national suisse 2010). Or, cette divergence d'interprétation juridique de ce qui constitue une « MGF » ne repose sur aucun fondement scientifique et fait fi des critiques féministes (Jeffreys 2005 ; Berer 2007 ; Martin et al. 2015) et médicales (Saracoglu et al. 2014) à l'encontre de la chirurgie esthétique génitale. Il est vrai néanmoins que cette distinction est commune à la plupart des pays occidentaux ayant adopté une loi spécifique contre les « MGF ». Citons par exemple le Royaume-Uni, la Suède et l'Australie (Berer 2010 ; Johnsdotter et Essen 2010 ; Bennett 2012). Pour Johnsdotter et Essen (2010), ces exceptions renvoient le message d'une norme pénale discriminatoire, puisque la seule attention est portée sur les comportements de ceux qui représentent la figure « racisée » de l'altérité (Hamel 2005, 94). En effet, Bennett (2012) avance qu'il y a une « analogie conceptuelle » entre l'excision et la chirurgie esthétique génitale en termes d'origines sociales et de conséquences négatives potentielles sur la vie des femmes. C'est pourquoi Martin et al. (2015, 120) affirment que « distinguer les chirurgies du sexe des rituels d'excision décriés en Occident et nommés ‹ mutilations

2 La chirurgie esthétique génitale est aussi appelée « chirurgie cosmétique génitale » (OMS 2008) ou « chirurgie sexuelle cosmétique » (Martin 2014).

3 La nymphoplastie est aussi nommée « labioplastie » ou « plastie des petites lèvres » et traduite en allemand par «Schamlippenverkleinerung».

4 En 2013, le nombre de femmes et fillettes excisées ou qui risquent de l'être vivant en Suisse est estimé à environ 14 700 ; principalement originaires de Somalie, d'Erythrée, d'Ethiopie et du Soudan (Conseil fédéral 2015). Ce chiffre est obtenu en faisant l'hypothèse que le taux d'excision par communauté en Suisse est identique à celui des pays d'origine. Il exclut toutefois les femmes ayant obtenu la nationalité suisse.

génitales › revient à produire une distinction et une hiérarchie entre deux pratiques qui doivent être envisagées ensemble ».

Les travaux précités ont le mérite d'offrir des éléments de réflexion sur deux pratiques de modification génitale jusqu'alors, et majoritairement encore de nos jours, étudiées séparément. Néanmoins, les conclusions de ces auteurs, essentiellement basées sur l'analyse de données textuelles, sont tirées à partir de l'examen en parallèle des discours sur la chirurgie esthétique génitale d'une part et sur l'excision d'autre part. L'originalité du présent article réside dans le fait d'explorer directement ces discours au-travers d'entretiens menés avec des experts qui ont une connaissance approfondie des pratiques de modification génitale. Considérés comme des acteurs-clés du débat sur les « MGF » en Suisse, nous avons demandé à chacun de discuter simultanément l'excision et la nymphoplastie. L'intérêt de cette démarche se trouve dans la possibilité de saisir le sens que ces experts donnent à ces deux pratiques, lorsqu'ils sont amenés à devoir se prononcer sur le traitement différencié qu'induit la norme pénale suisse sur les « MGF ». Précisons que l'objectif de cet article n'est nullement de remettre en cause la lutte pour l'abolition de l'excision ni de discuter la médicalisation du corps féminin. En revanche, nous proposons une réflexion critique sur le double discours qui entoure et construit la loi spécifique contre les « MGF » devenue une des arènes dans lesquelles les relations avec les migrants sont problématisées.

2 Cadre théorique

Conformément à l'approche interprétative de Bacchi (2008) intitulée "What's the problem represented to be?", notre questionnement porte sur la manière dont les discours façonnent une pratique de modification génitale féminine en un « problème social ». Ainsi, nous allons explorer les constructions de sens (ci-après *frames*) autour de l'excision et de la chirurgie esthétique génitale, les présuppositions qui les soutiennent et les effets qu'elles produisent.

Nous avançons l'hypothèse que la norme pénale suisse sur les « MGF » trouve appui sur des discours qui (re)produisent la rhétorique du « nationalisme sexuel ». Issu des travaux de Mosse (1985), ce concept désigne les discours qui mobilisent la sexualité et l'égalité de genre, devenues enjeux politiques, pour (ré)établir des « frontières ethniques » (Barth 2008) et ce faisant, stigmatiser des groupes infériorisés. Mosse (1985) montre comment au XIXe siècle, les discours des hommes « blancs » dépeignaient les Juifs et les peuples africains comme des contre-exemples de la « respectabilité bourgeoise » des sociétés européennes. De nos jours, la dichotomie Nous/Eux s'est déplacée sur d'autres populations, définies par le fait migratoire. La rhétorique du « nationalisme sexuel » est portée par la voix des pays d'immigration occidentaux qui s'(auto)proclament garants de principes universels comme les

droits humains, devenus des valeurs « nationales » (Fassin 2010). Ainsi, ces discours présentent les droits des femmes et des personnes homosexuelles comme des acquis sociaux nationaux des sociétés « blanches » (Puar 2007 ; Dudink 2011). Assignés d'office à un système de valeurs adverse, les étrangers identifiés comme étant les « Autres » sont dès lors sommés de « se familiariser » avec ces valeurs « nationales » au-travers de leur intégration dans la société d'accueil. Autrement dit, la rhétorique du « nationalisme sexuel » ignore l'autocritique puisqu'elle définit un rapport hiérarchique où le locuteur est situé au niveau de l'« idéal » qu'il prétend avoir atteint afin de placer ceux qui représentent la figure de l'altérité dans une position de subalternes.

De la même façon, cette rhétorique produit des modèles normatifs de féminité. Elle légitime la pensée qu'une hiérarchie racialisée de la condition féminine peut valablement être établie entre les femmes indigènes (figures d'autonomie) et les femmes migrantes (figures d'oppression), et par extension, entre les deux « modèles de société » qu'elles représentent. A l'image des débats sur le voile islamique en France (Salzbrunn 2012), la loi suisse contre les « MGF » porte des ambivalences qui mettent au jour sa dimension politisée et symbolique (Mona 2014, 117). En effet, la chirurgie esthétique génitale comprend un ensemble d'interventions « à des fins non thérapeutiques », pour reprendre les termes de l'OMS, au même titre que l'excision. Pourtant, elles ont été exemptées de l'interdiction. Ce constat amène donc à penser que l'idée même d'établir une norme pénale qui mette sur le même plan des pratiques corporelles attribuées respectivement à « l'Occident » et à « l'Afrique » semble politiquement inconcevable. Comme l'affirment à juste titre Martin et al. (2015, 106), l'excision « sert à la promotion d'une supposée supériorité de l'Occident ».

3 Méthodologie

Cet article s'appuie sur une recherche qualitative menée en 2011, soit une année avant l'entrée en vigueur de l'art. 124 CPS sur les « MGF ». Elle porte sur quinze entretiens semi-directifs. D'une part, nous avons interrogé 11 personnes impliquées dans la lutte contre l'excision en Suisse, à savoir dans la prévention (ex. groupe de discussion avec des femmes excisées), le soin médical (ex. désinfibulation ou reconstruction du clitoris) ou l'abolition de la pratique (ex. acteurs sur le plan politique ou juridique). Précisément, il s'agit de neuf femmes et deux hommes, parmi lesquels il y a deux gynécologues, une médecin légiste, une secrétaire médicale, deux juristes, trois représentantes d'ONG, une conseillère nationale et un professeur universitaire en médecine sociale et préventive. D'autre part, nous avons interviewé trois hommes et une femme exerçant la nymphoplastie, à savoir deux gynécologues et deux chirurgiens plasticiens. Le nombre d'entretiens a été arrêté par saturation, c'est-à-dire que la redondance des *frames* mobilisés par les experts interrogés a laissé supposer qu'un entretien supplémentaire ne saurait apporter des éléments nouveaux.

L'identification de ces experts s'est faite grâce à la mention de leur nom dans des articles scientifiques, des articles de presse, des documents du projet de loi sur les « MGF » ou sur les sites Internet des cliniques de chirurgie gynécologique. Quelques interviewés ont aussi été approchés lors de conférences ou grâce à la technique « boule de neige ». Si aucun refus d'entretien n'a été constaté parmi les personnes contactées pour leurs connaissances dans le domaine de l'excision, nous avons rencontré plus de difficultés avec les praticiens de la nymphoplastie. Sur 10 demandes d'interview, six ont en effet abouti à un refus ou à une absence de réponse. Les raisons invoquées des refus sont l'indisponibilité ou l'arrêt de la pratique de nymphoplastie. Cette dernière raison a suscité notre curiosité et nous avons demandé à en savoir plus. Au téléphone, la secrétaire du médecin en question explique que l'arrêt est dû au fait que « les patientes voulaient réduire toujours plus… toujours plus court, plus serré ». Malheureusement, ce médecin n'a pas souhaité donner suite à nos questions.

La grande majorité des interviewés travaillent à Genève[5]. Quatre raisons principales ont conduit à choisir Genève comme terrain d'investigation pour cette étude. Premièrement, il s'agit du canton où la fréquence des contacts entre les professionnels de santé et les femmes excisées est la plus forte de Suisse (UNICEF 2013a, 11). Deuxièmement, la présence d'organisations internationales sur son sol concentre un nombre important d'experts sur l'excision. Troisièmement, il s'agit du canton de résidence de personnalités actives dans l'abolition de l'excision sur l'ensemble du pays. Quatrièmement, un nombre important de praticiens de la nymphoplastie (environ une trentaine[6]) a pu être répertorié en Suisse romande, la plupart sur l'arc lémanique.

Tous les experts interrogés ont été invités à discuter de la nouvelle loi sur les « MGF » et de l'exception accordée à la chirurgie esthétique génitale. Un préambule a été ajouté à la grille d'entretien des praticiens de la nymphoplastie puisqu'il leur a été demandé de raconter leur expérience de la pratique et de dresser un profil des patientes opérées. Outre l'aspect informatif de cette partie d'entretien, cela a permis d'amorcer progressivement la transition vers une discussion plus globale des pratiques de modification génitale et en particulier de l'excision. Les entretiens, d'une durée moyenne de 40 minutes, ont majoritairement été menés en face à face, sur le lieu de travail de l'interviewé ou dans un lieu public. Quatre entretiens ont été réalisés par téléphone, sur le souhait de l'interviewé. Les entretiens ont pour la plupart été réalisés en français ; certains experts ont néanmoins préféré s'exprimer en anglais ou en allemand[7].

5 Quatre experts interrogés travaillent dans les cantons de Vaud, Berne et Lucerne. Leur expertise reconnue pour les pratiques de modification génitale nous a convaincue de la pertinence de les inclure dans notre étude.

6 Cette observation (non exhaustive) a été faite en 2011. Il est donc probable que le nombre de praticiens ait entre temps changé.

7 Les citations des experts anglophones ou germanophones utilisées dans cet article ont été traduites en français pour faciliter la lecture.

Comme tous les entretiens ont été enregistrés, il a été possible de les retranscrire intégralement. Ils ont ensuite été codés à l'aide du logiciel ATLAS.ti selon une analyse de contenu. Une trentaine de codes ont été utilisés pour mettre en évidence les *frames* mobilisés et comprendre comment nos interlocuteurs se représentent l'excision et la nymphoplastie. Les codes ont au préalable été classés par pratique de modification génitale et sous-thèmes (ex. qualification de la pratique, mode opératoire, statut de la femme, causes sociales, conséquences). Une attention particulière a également été portée au choix lexical des experts, comme nous le montrerons dans la section suivante de cet article.

4 La construction du « miroir inversé »

L'analyse détaillée des *frames* montre que, quel que soit le statut professionnel et le domaine de spécialisation des experts interrogés, l'excision et la chirurgie esthétique génitale sont présentées comme des « contraires polaires » (Sullivan 2007, 405). « L'excision et la nymphoplastie, ça n'a rien à voir ! » se sont-ils exclamés quasi unanimement[8]. Que la chirurgie esthétique génitale ait été expressément exclue de la loi spécifique contre les « MGF » ne semble pas témoigner, à leurs yeux, d'un manque de cohérence.

Dans le discours des experts, l'excision et la nymphoplastie sont associées à des caractéristiques opposées, qui les placent dans ce que nous proposons de nommer un rapport de « miroir inversé ». En effet, la nymphoplastie est décrite par des caractéristiques positives alors que l'excision représente son miroir négatif. Ce double discours sur les pratiques de modification génitale, présent dans tous les entretiens menés, est construit à partir de la combinaison de deux *frames* inverses : l'« acte imposé » et la « pratique néfaste » pour l'excision, l'« acte consenti » et la « pratique bienfaisante » pour la nymphoplastie. Cela a pour effet la production de deux modèles normatifs de féminité : la figure de la « femme opprimée » pour l'excision et la figure de la « femme autonome » pour la nymphoplastie.

4.1 L'excision ou la figure de la femme opprimée

4.1.1 Acte imposé

L'excision est présentée par tous les experts comme un « acte imposé », à savoir une pratique de modification génitale issue d'une « tradition culturelle », avec ses dimensions temporelle et sociale. En effet, l'excision véhicule la représentation d'une pratique ancienne qui se perpétue. Aussi, une représentante d'ONG déclare : « La pratique traditionnelle comme les mutilations génitales féminines ça a existé

8 Du fait de ses responsabilités professionnelles, une juriste interviewée a déclaré s'interroger sur le parallèle possible entre l'excision et la chirurgie esthétique génitale. Néanmoins, les frames mobilisés dans son discours restent proches de ceux des autres experts.

pendant des siècles » (Repr1). La pérennité de l'excision semble s'expliquer par sa dimension sociale puisque les experts soulignent que c'est une pratique qui marque une appartenance clanique, idéologique et religieuse. Par exemple, un chirurgien esthétique affirme : « Il y a une espèce d'adhésion à la loi du clan, aux traditions, une adhésion affective » (Chir1) qui génère un sentiment d'obligation de respecter la norme. Une autre représentante d'ONG dit : « Il y a certainement le sentiment d'appartenance, parce qu'il y a un endoctrinement » (Repr2). Selon ce *frame*, les dimensions temporelle et sociale de l'excision se manifestent donc dans sa transmission intergénérationnelle qui vise à intégrer la personne nouvellement excisée dans sa communauté d'appartenance.

De plus, l'excision est très fortement associée à une pratique exercée sur des mineures. Comme une gynécologue le formule : « L'excision c'est rituel, c'est à la naissance. C'est ce côté un peu barbare. Je veux dire sans demander l'avis, parce que c'est comme ça » (Gyne1). Avec l'enfance émerge ainsi la figure de la victime. Le caractère obligatoire de l'excision s'exprime alors non seulement dans l'absence de choix (puisqu'il s'agit d'enfants) mais également dans le fait qu'elle soit une pratique collective. Ainsi, un autre gynécologue dit : « Les mutilations génitales, elles sont imposées la plupart du temps à des enfants qui n'ont aucun choix et à qui on ne demande rien du tout » (Gyne3). Cette citation suggère que la dimension collective de l'excision est souvent exprimée par une référence au sujet qui est marquée par la forme du pluriel (« des enfants ») ou, dans d'autres entretiens, par un adjectif globalisant (« tout nouveau-né »).

Par ce *frame*, le « problème » de l'excision est représenté en termes d'une oppression collective subie au nom d'une tradition pérenne et souveraine. Le concept de tradition se trouve ainsi au centre de cet imaginaire. D'une part, la tradition est perçue comme ancienne, ce qui induit le raisonnement d'un décalage temporel avec la chirurgie esthétique, pensée comme moderne. D'autre part, la justification par la tradition permet de présenter l'excision comme un acte irrationnel, fondé sur le seul argument culturel. Or, comme le rappelle Volpp (2006, 14),

> *un comportement gênant est plus souvent perçu comme relevant d'une culture de groupe, lorsque son agent est lui-même considéré comme « ayant » une culture. (…) Il en résulte une perception exagérée de la différence ethnique, laquelle équivaut dès lors à une différence morale d'avec « nous ».*

Bien que les experts associent l'excision aux enfants, nous observons que la figure de la victime continue à être omniprésente dans leurs représentations des femmes (adultes) excisées. Deux constatations viennent conforter cette assertion. Premièrement, aucun expert ne mentionne le fait que l'excision est majoritairement accomplie par des femmes (exciseuses) et qu'il s'agit bien souvent d'un membre féminin de l'entourage de l'enfant (ex. mère, grand-mère, tante) qui est à l'origine de son opération (Couchard 2003). Deuxièmement, le consentement d'une femme adulte, c'est-à-dire

son « droit à s'autodéterminer » (Marzano 2006, 47), n'est pas considéré d'office comme un état de fait indubitable – comme cela serait le cas pour une patiente de nymphoplastie – mais suscite la méfiance dès lors qu'il s'agit d'excision. Au sujet de l'application de l'art. 124 CPS, une juriste interrogée explique qu'il incombera au juge d'évaluer « si c'est possible que la femme ait donné son consentement valable » (Juri2). Elle ajoute :

> *Mais le consentement c'est une expression technique, ce n'est pas seulement la femme qui dit : « Mais moi je voulais ça ». Non c'est le juge qui va vraiment regarder : Mais est-ce qu'elle l'avait subi de la part de sa famille ? Est-ce qu'on l'a obligée ? Est-ce qu'on l'a mise sous pression d'une autre manière ?* (Juri2)

En évoquant le cas de Fuambai Ahmadu (2007), une anthropologue américaine d'origine sierra léonaise qui s'est rendue de son plein gré dans son pays d'origine pour se faire exciser à l'âge adulte, un professeur interrogé s'insurge :

> *[Ce sont] des situations isolées comme celle de cette Sierra Léonaise qui revendique le droit à l'excision mais ça, c'est des illuminés ! On ne peut pas revendiquer le fait que quelqu'un vienne te couper un bras !* (Prof1)

Pris à titre illustratif, le cas d'Ahmadu montre bien les ambivalences des discours d'experts qui s'émeuvent de l'ablation des parties génitales uniquement lorsqu'il est question de l'excision. De plus, cet exemple montre que le consentement ne trouve pas les mêmes sources de légitimation selon s'il est question d'excision ou de chirurgie esthétique génitale. En effet, seul l'argument de l'attache aux origines culturelles permet à ce professeur d'expliquer la motivation de cette « intellectuelle », selon ses mots. Le fait d'attribuer cette démarche décrite comme exceptionnelle à une femme hautement qualifiée n'est d'ailleurs pas anodin. Cela sous-entend que seul le manque d'éducation permet d'expliquer la perpétuation de l'excision, toute autre raison étant exclue.

Conformément à la rhétorique du « nationalisme sexuel », le *frame* de l'« acte imposé », qui construit la figure de la victime, semble donc produire l'interprétation paternaliste suivante : si les « Autres » femmes subissent et perpétuent l'excision, c'est qu'elles doivent être « prisonnières » de leurs traditions (Kofler et Fankhauser 2009, 22 ; Johnsdotter et Essen 2010), donc des victimes qu'il « Nous » faut protéger au nom de l'égalité des genres. Pensées comme passives, les femmes concernées par l'excision semblent ainsi personnifier par excellence la figure de la « femme opprimée ».

4.1.2 Pratique néfaste

L'excision est vivement condamnée pour les conséquences « néfastes » que les experts lui attribuent en termes de santé et de sexualité. D'une part, la santé et le bien-être des femmes est un argument souvent avancé puisque les interviewés déclarent que la pratique s'accompagne systématiquement de complications et que ces « conséquences

sont multiples et graves » (Repr1), comme affirmé ici par une représentante d'ONG. De même, une autre représentante d'ONG déclare :

> *En tout cas ce pourquoi je me bats, ce sont des femmes qui souffrent atrocement, qui ont des conséquences physiques, physiologiques et sanitaires assez frappantes.* (Repr2)

D'autre part, le thème de la sexualité est abordé par la perte de la jouissance, du désir et du plaisir sexuels. Comme une juriste l'exprime : « Pour moi, l'excision c'est l'ablation du clitoris, donc tout ce qui est lié au plaisir » (Juri1). Ainsi, il apparaît que l'excision est immédiatement associée à la suppression de « l'organe producteur de plaisir » (Juri1), selon les mots de la juriste précitée. La pratique est donc représentée par les experts comme ayant pour cause et pour conséquence l'entrave à une sexualité épanouie. En effet, une conseillère nationale interrogée s'exclame :

> *En général, on enlève le clitoris parce qu'on ne veut pas que les femmes jouissent et pour moi c'est ça qui est grave en fait. C'est une atteinte à la dignité aussi, c'est une atteinte à la liberté sexuelle !* (CNat1)

Le plaisir sexuel est une notion étroitement associée à l'excision puisqu'on remarque qu'il devient même un concept-clé dans les conditions d'accès à la réparation du clitoris. Comme le montre Villani (2009, 302), le personnel médical attend des femmes excisées qui souhaitent une opération de reconstruction qu'elles expriment le souhait de vouloir accéder au plaisir sexuel. Cela induit donc le raisonnement que les migrantes excisées ne peuvent éprouver du plaisir sexuel que grâce à la médecine de leur pays d'accueil, où il est devenu une « injonction sociale » (Andro et al. 2010, 12).

De plus, le *frame* de la « pratique néfaste » est appuyé par un champ lexical qui touche à la violence. En effet, les discours des experts sur l'excision sont marqués par des mots tels que « barbare », « brutal », « de force », « agresser », « arracher » ou encore « torture ». Ce champ lexical est également appuyé par celui de la destruction, puisque c'est ainsi que certains experts se représentent les organes génitaux féminins qui ont subi une excision. En attestent les propos d'un chirurgien esthétique : « Ceux qui font l'excision, ils coupent complètement, ils délabrent tout » (Chir2). Cet avis est partagé par une médecin légiste qui affirme :

> *On a un sexe qui a été bousillé au point de vue médical (…) on n'a plus un sexe normal, donc [ce sont] des organes génitaux qui ont été plus ou moins massacrés, plus ou moins abîmés.* (Legi1)

Bien que les experts dénoncent les conséquences négatives qu'ils attribuent à l'excision en termes de santé, ils se déclarent contre la médicalisation de la pratique. Comme l'affirme un chirurgien esthétique, spécialiste aussi de l'excision :

> *Pour les excisions, je pense qu'il ne faut pas déraper là-dedans du genre : « Puisque de toute façon ils vont le faire, autant que je le fasse moi proprement. » Je pense qu'il ne faut pas médicaliser l'excision.* (Chir1)

Cette assertion est en conformité avec les recommandations de l'OMS. En effet, hormis lorsqu'il s'agit de reconstruction, la médicalisation de l'excision est condamnée par les organisations internationales afin d'éviter son « institutionnalisation », sa « propagation » et l'« intérêt professionnel et financier » des professionnels de santé (OMS 2010, 10). Même si ces arguments sont à de nombreux égards également transposables à la réalité de la chirurgie esthétique génitale (Braun 2009), seule l'excision fait l'objet d'une telle interdiction. Sur le terrain pourtant, les données indiquent une augmentation des excisions pratiquées par le personnel soignant. En Egypte par exemple, l'excision médicalisée est passée de 55 % en 1995 à 77 % en 2008 (UNICEF 2013b). Or, ce constat amène l'UNICEF (2013b, 109) à qualifier cette augmentation de « dramatique ». Notre propos n'est, encore une fois, pas de remettre en cause la volonté d'abolir l'excision ou de prendre position par rapport à sa médicalisation. Notre analyse montre en revanche la présence d'un double discours concernant la médicalisation selon la pratique de modification génitale qu'elle concerne : obligatoire et louée pour la nymphoplastie, interdite et condamnée pour l'excision.

Enfin, l'excision est décrite dans ce *frame* comme une pratique qui n'a nullement un intérêt individuel. Pour les experts interrogés, l'excision est une « mutilation » puisque, selon les propos d'un gynécologue, la mutilation « c'est l'ensemble des pratiques imposées à des femmes, des jeunes filles ou des enfants dans un but non médical et sans aucun bénéfice pour l'individu » (Gyne3). Ainsi, les motivations esthétiques que peuvent exprimer certaines femmes excisées (Catania et al. 2007) sont ignorées ou considérées problématiques. Par exemple, une représentante d'ONG estime que la signification esthétique donnée à l'excision entrave le travail de prévention qu'elle accomplit auprès des femmes excisées :

> *J'ai réalisé que quelques femmes pensent vraiment que la mutilation, la femme mutilée est plus jolie que les femmes qui ne sont pas mutilées. (…) Oui, c'est un problème.* (Repr3)

Notons ici la présence systématique du verbe « mutiler » et de son nom dérivé pour décrire une situation où des femmes approuvent une pratique de modification génitale pour des raisons esthétiques. L'argument esthétique n'a donc pas la même valeur pour légitimer une pratique de modification génitale selon si celle-ci est nommée « excision » ou « nymphoplastie ».

4.2 La nymphoplastie ou la figure de la femme autonome

4.2.1 Acte consenti

En ce qui concerne la chirurgie esthétique génitale et la nymphoplastie en particulier, tous les experts interviewés s'accordent pour dire qu'il s'agit d'un « acte consenti », c'est-à-dire désiré. Contrairement à l'excision où les femmes sont représentées comme passives, les femmes faisant recours à une chirurgie esthétique génitale sont présentées comme dotées d'une capacité d'action. Une gynécologue dit : « Quand on fait ça pour des raisons de confort ou d'esthétique, c'est des femmes qui sont adultes, consentantes » (Gyne1). En ce sens, elles sont considérées « capable[s] de discernement » (Gyne3), comme le précise un autre gynécologue, et au moyen de leurs capacités cognitives pour prendre la responsabilité de leur acte. Toutefois, il arrive que des nymphoplasties soient aussi pratiquées sur des jeunes filles de 16 ans, comme le confient certains médecins interrogés. La présence de mineures parmi les patientes de nymphoplastie, dont les plus jeunes n'ont parfois que 12 ans (Rouzier et al. 2000), laisse penser que le statut d'« adulte », exprimé dans ce *frame*, semble être moins lié à l'âge biologique qu'à la capacité de discernement attribuée à un individu.

Le *frame* de l'« acte consenti » fait donc émerger la figure de la « patiente-agent ». Ainsi, une représentante d'ONG déclare :

> *Les femmes elles sont d'accord, conscientes de ce qu'elles font (…) C'est une décision individuelle et totalement consciente de la part de la personne, pour devenir belle.* (Repr1)

Relevons ici la présence de l'argument esthétique comme source de légitimation de la démarche. Comme l'attestent les propos d'une gynécologue : « C'est des choses souvent assez réfléchies, purement esthétiques » (Gyne1). Pour appuyer la rationalité de l'action, on remarque que le champ lexical de la réflexion est fréquemment utilisé par l'usage de verbes comme « discuté », « décidé », « réfléchi ».

De plus, nous constatons que la présence d'une pression sociale sur la motivation à recourir à une nymphoplastie n'est pas absente du *frame*. En attestent les propos d'un gynécologue interviewé :

> *C'est typiquement le genre de besoins qui sont suscités par le développement de la médecine et par les recherches de créneau marketing.* (Gyne3)

Alors qu'il était auparavant difficile de pouvoir accéder à des images de sexe féminin, Internet a effectivement permis leur large diffusion. D'une part, les sites Internet de chirurgie esthétique ont contribué à la promotion d'un standard à avoir (Braun 2009, 137 ; Liao et al. 2012). D'autre part, la pornographie semble avoir une influence marquée sur la quête de « normalisation » recherchée par les patientes (Jeffreys 2005 ; Piazza 2014). En conséquence, la nymphoplastie a connu un essor rapide,

comme l'observe un chirurgien esthétique qui estime procéder à « une quinzaine » d'interventions par an :

> *Il y a 10 ans, je n'en entendais pas parler donc on était à 0. La hausse est donc très significative sous cet angle-là. Mais c'est vrai aussi que les derniers 10–15 ans, la liberté de langage par rapport à tout ce qui touche au sexe a beaucoup évolué.* (Chir1)

Cette pression extérieure n'est toutefois pas condamnée par les experts, n'étant pas considérée comme une entrave à la possibilité de choisir, c'est-à-dire à l'autonomie. Une gynécologue s'exclame :

> *C'est des personnes adultes qui prennent des décisions. On est tous sous influence ça c'est clair, mais on a aussi le choix de moins l'être, d'accepter ou pas.* (Gyne4)

Par ailleurs, nous remarquons que la figure de la « patiente-agent » est renforcée par celle de la consommatrice, qui, selon la loi du marché, achète un service (Sullivan 2007). Comme l'affirme une représentante d'ONG : « C'est un choix, elles paient pour, non ? pour qu'elles soient opérées » (Repr1). La présence d'une transaction financière semble donc conforter les experts que les femmes ayant recours à la nymphoplastie incarnent bel et bien la figure de la « femme autonome ».

4.2.2 Pratique bienfaisante

La représentation du « non-problème » de la chirurgie esthétique génitale est principalement due à la perception positive de ses conséquences, qu'elles soient psychologiques ou physiques. En effet, le *frame* de la « pratique bienfaisante » est caractérisé par l'argument de la gêne, considérée à l'origine des démarches d'opération.

Du point de vue physique, la gêne des patientes est envisagée en termes de confort. Une gynécologue se rappelle :

> *J'avais une fois des profs de fitness qui mettaient ces collants très serrés – enfin bon ces collants de fitness – et déjà elles trouvaient que ça faisait vraiment une espèce de boule, après bah ça gêne. La mode des pantalons serrés, on n'est pas toujours très confortable.* (Gyne1)

Dans les discours des professionnels de santé, la motivation esthétique dérive néanmoins rapidement vers l'argument médical. L'hypertrophie des petites lèvres est ainsi présentée comme une « pathologie », bien qu'il ne semble exister aucun standard pour l'identifier. La gynécologue précitée déclare :

> *Elles veulent des petites lèvres mais plus petites donc en fait, si vous voulez, on enlève un petit peu ce qui est, entre guillemets, pathologique. Et où est le pathologique, on n'en sait rien mais je veux dire ce qui les dérange physiquement.* (Gyne1)

Ainsi, il suffit qu'une patiente se plaigne d'une gêne physique pour que sa demande de chirurgie soit considérée légitime. Nul besoin alors que ses petites lèvres soient *réellement* malformées pour subir une intervention puisque « la subjectivité [est] souveraine (…) en dépit de toutes les apparences biologiques » (Memmi 2000, 10).

Le *frame* de la « pratique bienfaisante » est donc fortement influencé aussi par l'argument de la gêne psychologique des patientes. Comme le relève un chirurgien esthétique :

> *C'est des femmes qui ont une sexualité épanouie, qui sont de très belles femmes… justement qui sont souvent nues avec leur partenaire et puis ça les gêne un petit peu, vous voyez ?* (Chir2)

La gêne provoquée par l'aspect des petites lèvres devient dès lors un motif d'intervention jugé valable pour « permettre à une femme de se sentir mieux dans sa sexualité » (Chir2), selon les termes du chirurgien précité. Comme le souligne Erlich (2007, 186), la chirurgie esthétique génitale est « présentée comme l'une des modalités de renforcement de l'estime de soi ». Par conséquent, nous observons que le champ lexical récurrent associe la nymphoplastie à une psychothérapie où l'acte chirurgical vient « soigner » un mal-être induit par l'insatisfaction de la patiente à l'égard de ses organes génitaux. Aussi, les experts décrivent l'action du praticien par des verbes tels que « aide », « arrange », « améliore » ou encore « rend service ». Autrement dit, la chirurgie esthétique génitale est représentée comme la porte d'entrée pour les femmes complexées au plein épanouissement sexuel. Ce discours qui crée un rapport d'interdépendance entre la conformité anatomique et la qualité de la vie sexuelle rappelle les interventions chirurgicales proposées par la psychanalyste freudienne Marie Bonaparte aux femmes frigides dans les années 1950 (Mottier 2008, 60). L'engouement pour la chirurgie esthétique génitale s'inscrirait donc dans un retour vers l'explication biologique de la sexualité féminine.

De plus, le *frame* de la « pratique bienfaisante » est alimenté par l'association de la nymphoplastie à un acte chirurgical sûr, en raison du cadre médical de l'intervention. D'une part, la patiente s'adresse à des « docteurs » et des « spécialistes » qui « savent ce qu'ils font » (Repr1) et qui lui assurent une opération « dans des conditions toute sécurité, tout confort » (Chir1), comme l'affirment ici une représentante d'ONG et un chirurgien esthétique. D'autre part, la nymphoplastie est décrite comme une opération n'ayant, selon les propos d'un chirurgien esthétique, « pas de conséquences sur l'avenir obstétrical ni sexuel de la femme » (Chir1). Il est possible, précise un gynécologue, que la nymphoplastie entraîne de « petites complications » telles que « les risques classiques d'une intervention [comme] un hématome, une infection » (Gyne3). Certains experts mentionnent cependant que des complications plus importantes peuvent survenir selon l'expérience du praticien et/ou la technique utilisée. Tout en faisant un croquis, un chirurgien esthétique explique :

> *Si la nymphoplastie est faite de façon sauvage, c'est-à-dire que si vous voulez schématiquement (…) vous avez des petites lèvres disons comme ça, alors il y a des gynécologues mal formés qui coupent ça comme ça et puis vous vous retrouvez avec (…) des petites lèvres cicatricielles qui lors de la dilatation de l'accouchement peuvent effectivement poser des problèmes.* (Chir1)

Ce témoignage est confirmé par un confrère interrogé :

> *Oui c'est pour ça qu'il y a des techniques à ne pas utiliser. Si on coupe mal, si on coupe certains nerfs, on peut entraîner une gêne qui gênera le plaisir sexuel, vous voyez ? Et donc là il faut faire attention au niveau de la technique à utiliser. On peut avoir des hématomes, des saignements. On peut léser des régions vraiment sensibles.* (Chir2)

Comme le révèlent les deux chirurgiens précités, la chirurgie esthétique génitale comporte effectivement des risques pour les patientes en termes de santé sexuelle et reproductive (Liao et Creighton 2007). Pourtant, l'évocation de ces possibles complications ne semble pas remettre en question l'image d'une nymphoplastie sûre que dépeignent les experts interrogés. L'analyse des entretiens montre que cela s'explique par le fait que les professionnels de santé semblent attribuer ces complications à des facteurs externes comme les méconnaissances chirurgicales d'un praticien et non à la pratique elle-même. Pour les experts qui ne sont pas issus du domaine médical, l'argument d'une nymphoplastie sûre semble plutôt provenir du fait qu'elle soit présentée comme une intervention « médicale », « moderne » et « légale ». Une représentante d'ONG argumente :

> *Cette nouvelle pratique existe après avoir été étudiée de manière scientifique, après avoir été approuvée par le gouvernement, après avoir été acceptée par la communauté, après avoir vu scientifiquement que cela pouvait être effectué, etc. vous voyez ? Donc c'est un processus. Un nouveau développement dans le monde scientifique.* (Repr1)

En d'autres termes, on remarque que le *frame* de la « pratique bienfaisante » pour la nymphoplastie trouve notamment appui sur la médicalisation de l'intervention, synonyme de rationalité, de professionnalisme et de risques « contrôlés ». En somme, la médicalisation est un argument de légitimation de la chirurgie esthétique génitale. Pourtant, nous l'avons vu, elle est condamnée dans le cas de l'excision. Néanmoins, ce double discours sur la médicalisation a pour effet d'entretenir la rhétorique d'une impossible comparaison avec l'excision.

5 Conclusion

Dans cet article, nous avons interrogé la manière dont l'excision et la chirurgie esthétique génitale, par l'exemple de la nymphoplastie, sont représentées dans les discours d'experts ayant une connaissance approfondie des pratiques de modification génitale en Suisse. Notre analyse détaillée des *frames* confirme que la divergence d'interprétation juridique de ce qui constitue une « MGF » au sens de l'art. 124 CPS trouve appui sur des discours qui (re)produisent la rhétorique du « nationalisme sexuel ». En effet, nos résultats mettent en lumière la construction d'un double discours concernant la problématisation des pratiques de modification génitale féminine. Deux constats majeurs ressortent de notre étude.

Premièrement, l'excision et la nymphoplastie sont placées dans ce que nous avons proposé de nommer un rapport de « miroir inversé » ; la nymphoplastie est décrite par des caractéristiques positives alors que l'excision représente son miroir négatif. Cette construction binaire est rendue possible grâce à la combinaison de deux *frames* opposés : l'« acte imposé » et la « pratique néfaste » pour l'excision et l'« acte consenti » et la « pratique bienfaisante » pour la nymphoplastie. Nous observons que les présuppositions qui soutiennent ces *frames* font référence aux sources de (dé)légitimation de ces pratiques. D'un côté, les sources de légitimation de la nymphoplastie (motivation esthétique, consentement, médicalisation) sont présentées comme des éléments absents ou peu significatifs de l'excision. De l'autre côté, les sources de condamnation de l'excision (pression sociale, conséquences physiques) sont présentées comme des éléments absents ou peu significatifs de la nymphoplastie. Or, le présent article montre que cette opposition est le produit d'une généralisation excessive de certaines caractéristiques, tout en taisant ou diminuant l'importance d'éléments qui permettent une « analogie conceptuelle » (Bennett 2012) entre ces deux pratiques.

Deuxièmement, nos résultats permettent d'observer que même si les experts associent l'excision aux enfants, la figure de la « victime » continue à être omniprésente dans leurs représentations des femmes (adultes) excisées. L'analyse des *frames* met en exergue la présupposition que le consentement n'a pas le même poids devant la pression sociale, s'il s'agit de femmes opérées d'une nymphoplastie ou excisées. Dans le premier cas, le consentement semble primer sur les pressions extérieures (industries de l'esthétique, pornographie, etc.), alors que dans le second cas, les experts accordent davantage d'importance à la pression sociale (appartenance culturelle) qu'au consentement de la femme excisée, dont il incombera au juge d'estimer s'il est juridiquement « valable ». Etablir une hiérarchie du consentement des femmes a dès lors pour effet de produire deux modèles normatifs de féminité : les patientes de nymphoplastie en figures d'autonomie, les femmes excisées en figures d'oppression. Telle la rhétorique du « nationalisme sexuel », le « Nous », incarné dans les discours d'experts par les patientes de nymphoplastie, semble ainsi avoir atteint le summum

de l'émancipation féminine, contrairement à « Eux », les communautés pratiquant l'excision.

De plus, nous remarquons que la mobilisation de *frames* opposés entre l'excision et la nymphoplastie est indépendante des appréciations des experts à l'égard de la chirurgie esthétique génitale. Qu'ils se montrent favorables ou plus critiques à l'égard de ces dernières, la mise en parallèle avec l'excision, unanimement condamnée, semble les amener à attribuer des caractéristiques (plus) positives à la nymphoplastie afin d'éviter une relativisation de l'excision. Ce constat est particulièrement intéressant sachant que les chirurgies esthétiques génitales « suscitent des discours moraux clivants, les individus se positionnant ‹ pour › ou, le plus souvent, ‹ contre › ces interventions » (Martin 2014, 21). En d'autres termes, c'est bien la présence de l'excision dans les discours sur la chirurgie esthétique génitale des experts interrogés qui semble influencer la construction du « miroir inversé ». Pourtant, nous aurions pu nous attendre aussi à ce que la réunion de ces deux pratiques dans une même grille d'entretien engendre une réflexion critique *globale* autour des pratiques de modification génitale féminine, avec l'excision et la nymphoplastie pour illustrations. Opposer la chirurgie esthétique génitale à l'excision semble donc n'avoir d'autre raison que d'établir une distinction entre « Nous » et la « barbarie » reprochée aux « Autres ». Comme le soulignent à juste titre Martin et al. (2015, 107), « la tentative d'opérer une distinction radicale entre les sociétés occidentales et ‹ les Autres › est non seulement scientifiquement infondée mais, plus encore, elle représente une instrumentalisation de la cause des femmes ».

En conclusion, le présent article permet de franchir un pas supplémentaire dans la compréhension de l'exclusion de la chirurgie esthétique génitale des lois spécifiques européennes contre les « MGF ». Après que l'« analogie conceptuelle » entre l'excision et la chirurgie esthétique génitale ait été discutée (Bennett 2012), que le caractère discriminatoire de ces lois ait été souligné (Johnsdotter et Essen 2010 ; Mona 2014) et qu'un appel à leur révision ait été lancé (Berer 2007), nous montrons que l'étude de la problématisation des pratiques de modification génitale féminine met en lumière des représentations hiérarchiques plus larges sur les différents groupes de population qu'elles concernent. Nos résultats laissent penser que les lois dites contre les « MGF » n'ont jamais eu pour dessein l'abolition de « *toutes* les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme (…) pratiquée à des fins non thérapeutiques », comme définies par l'OMS (2008, 1 ; souligné par l'auteure). Au contraire, elles s'inscrivent dans une volonté politique d'interdire *uniquement* les pratiques culturalisées d'un groupe social minoritaire. Autrement dit, une pratique de modification génitale féminine à des fins non thérapeutiques n'est considéré un « problème social » que si elle concerne des femmes non-blanches.

6 Références bibliographiques

Ahmadu, Fuambai. 2007. Ain't I a woman too? Challenging myths of sexual dysfunction in circumcised women. Pp. 278–310 in *Transcultural Bodies: Female Genital Cutting in Global Context*, édité par Bettina Shell-Duncan et Ylva Hernlund. London : Rutgers University Press.

Alinsod, Red. 2013. Radiofrequency resurfacing and revision of deepithelialized labia minora labiaplasty: review of literature and case study. *Pelviperineology* 32(4) : 106–109.

Andro, Armelle, Laurence Bachmann, Nathalie Bajos et Christelle Hamel. 2010. La sexualité des femmes : le plaisir contraint. *Nouvelles Questions Féministes* 29(3) : 4–13.

ASAPS (American Society for Aesthetic Plastic Surgery). 2014. Cosmetic surgery national data bank: statistics. New York : ASAPS, http://www.surgery.org/sites/default/files/2014-Stats.pdf (16.11.2015).

Bacchi, Carol Lee. 2008. *Women, Policy and Politics: The Construction of Policy Problems*. London : SAGE Publications Ltd.

Barth, Fredrik. 2008. Les groupes ethniques et leurs frontières. Pp. 203–249 in *Théories de l'ethnicité*, édité par Philippe Poutignat et Jocelyne Streiff-Fenart. Paris : Presses universitaires de France.

Bennett, Theodore. 2012. Beauty and the beast: analogising between cosmetic surgery and female genital mutilation. *Flinders Law Journal* 14(1) : 49–68.

Berer, Marge. 2007. Cosmetic genitoplasty: it's female genital mutilation and should be prosecuted. *British Medical Journal* 334(7608) : 1335.

Berer, Marge. 2010. Labia reduction for non-therapeutic reasons vs. female genital mutilation: contradictions in law and practice in Britain. *Reproductive Health Matters* 18(35) : 106–110.

Braun, Virginia. 2005. In search of (better) sexual pleasure: female genital "cosmetic" surgery. *Sexualities* 8(4) : 407–424.

Braun, Virginia. 2009. Selling the "perfect" vulva. Pp. 133–152 in *Cosmetic Surgery: A Feminist Primer*, édité par Cressida Heyes et Meredith Jones. London : Ashgate.

Catania, Lucrezia, Omar Abdulcadir, Vincenzo Puppo, Jole Baldaro Verde, Jasmine Abdulcadir et Dalmar Abdulcadir. 2007. Pleasure and orgasm in women with female genital mutilation/cutting (FGM/C). *The Journal of Sexual Medicine* 4(6) : 1666–1678.

Conseil fédéral. 2015. *Mutilations sexuelles féminines. Mesures de sensibilisation et de prévention. Rapport du Conseil fédéral en réponse à la motion Bernasconi (05.3235)*. Berne : Office fédéral de la santé publique.

Conseil national suisse. 2010. 05.404 Initiative parlementaire Roth-Bernasconi Maria. Réprimer explicitement les mutilations sexuelles commises en Suisse et commises à l'étranger par quiconque se trouve en Suisse. Bulletin officiel du 16.12.2010 : 2133–2143. Berne : Assemblée fédérale, https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/amtliches-bulletin/amtliches-bulletin-die-verhandlungen?SubjectId=18550 (22.02.2016).

Couchard, Françoise. 2003. *L'excision.* Paris : Presses universitaires de France.

Dudink, Stefan P. 2011. Homosexuality, race, and the rhetoric of nationalism. *History of the Present* 1(2) : 259–264.

Erlich, Michel. 2007. La chirurgie sexuelle en France : aspects historiques. *Sexologies* 16(3) : 180–188.

Fassin, Eric. 2010. National identities and transnational intimacies: sexual democracy and the politics of immigration in Europe. *Public Culture* 22(3) : 507–529.

Hamel, Christelle. 2005. De la racialisation du sexisme au sexisme identitaire. *Migrations Société* 17(99–100) : 91–104.

Jeffreys, Sheila. 2005. *Beauty and Misogyny: Harmful Traditional Practices in the West*. New York : Routledge.

Johnsdotter, Sara et Birgitta Essen. 2010. Genitals and ethnicity: the politics of genital modifications. *Reproductive Health Matters* 18(35) : 29–37.

Kofler, Andrea et Lilian Fankhauser. 2009. *Femmes en migration*: *l'image des migrantes dans la perception de l'opinion publique et de la politique, ainsi que dans la recherche actuelle*. Berne : Commission fédérale pour les questions de migrations, http://www.ekm.admin.ch/content/dam/data/ekm/dokumentation/materialien/mat_frauen_f.pdf (20.10.2012).

Liao, Lih Mei et Sarah Creighton. 2007. Requests for cosmetic genitoplasty: how should healthcare providers respond? *British Medical Journal* 334(7603) : 1090–1092.

Liao, Lih-Mei, Neda Taghinejadi et Sarah Creighton. 2012. An analysis of the content and clinical implications of online advertisements for female genital cosmetic surgery. *British Medical Journal Open* 2(6), http://bmjopen.bmj.com/content/2/6/e001908.full.pdf+html (08.02.2015).

Martin, Hélène. 2014. Le beau sexe. Quelques pistes de réflexion sur les chirurgies sexuelles cosmétiques. *Genre, Sexualité & Société* 12, http://gss.revues.org/3222 (01.02.2015).

Martin, Hélène, Ellen Hertz et Séverine Rey. 2015. Une disgrâce commune. Pour une anthropologie symétrique des pratiques de marquage du sexe. Pp. 105–123 in *Mélanges en l'honneur de Mondher Kilani*, édité par Daniela Cerqui et Irene Maffi. Lausanne : G. Merrone Editeur, BSN Press.

Marzano, Michela. 2006. *Je consens, donc je suis… Ethique de l'autonomie*. Paris : Presses universitaires de France.

Memmi, Dominique. 2000. Vers une confession laïque ? La nouvelle administration étatique des corps. *Revue Française de Science Politique* 50(1) : 3–20.

Mona, Martino. 2014. Zum neuen Straftatbestand der Verstümmelung weiblicher Genitalien (VwG). Pp. 115–153 in *Geschlechtergleichstellung im Migrationskontext: Bevormundung oder Emanzipation*, édité par Christina Hausammann et Walter Kälin. Berne : Weblaw.

Mosse, George Lachmann. 1985. *Nationalism and Sexuality: Middle-class Morality and Sexual Norms in Modern Europe*. University of Wisconsin Press.

Mottier, Véronique. 2008. *Sexuality: A Very Short Introduction*. Oxford : Oxford University Press.

OMS (Organisation mondiale de la santé). 2008. *Eliminer les mutilations sexuelles féminines : déclaration interinstitutions. HCDH, HCR, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA, UNESCO, UNFPA, UNICEF, UNIFEM*. Genève : OMS, http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242596441_fre.pdf?ua=1 (16.07.2015).

OMS (Organisation mondiale de la santé). 2010. *Stratégie mondiale visant à empêcher le personnel de santé de pratiquer des mutilations sexuelles féminines. OMS, ONUSIDA, PNUD, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, FIGO, ICN, IOM, MWIA, WCPT, WMA*. Genève : OMS, http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_10.9_fre.pdf?ua=1 (16.07.2015).

Piazza, Sara. 2014. Images et normes du sexe féminin : un effet du contemporain ? *Cliniques Méditerranéennes* 1(89) : 49–59.

Puar, Jasbir K. 2007. *Terrorist Assemblages: Homonationalism in Queer Times*. Durham et London : Duke University Press.

Rouzier, Roman, Christine Louis-Sylvestre, Bernard-Jean Paniel et Bassam Haddad. 2000. Hypertrophy of labia minora: experience with 163 reductions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 182(1) : 35–40.

Salzbrunn, Monika. 2012. Performing gender and religion: the Veil's impact on boundary-making processes in France. *Women's Studies* 41(6) : 682–705.

Saracoglu, Musa, Tarik Zengin, Hakan Ozturk et Mine Genc. 2014. Female genital mutilation/cutting type 4. *Journal of Andrology & Gynaecology* 2(4) : 5.

Sullivan, Nikki. 2007. "The price to pay for our common good": genital modification and the somatechnologies of cultural (in) difference. *Social Semiotics* 17(3) : 395–409.

UNICEF. 2013a. *Enquête 2012. Les mutilations génitales féminines en Suisse. Risques, étendue de la pratique, mesures recommandées*. Zurich : Comité suisse pour l'UNICEF, http://www.unicef.ch/sites/default/files/attachments/unicef_mfg_enquete_2012.pdf (09.05.2014).

UNICEF. 2013b. *Female Genital Mutilation/Cutting: A Statistical Overview and Exploration of the Dynamics of Change*. New York : UNICEF, http://www.childinfo.org/files/FGCM_Lo_res.pdf (15.06.2014).

Veale, David et Joe Daniels. 2012. Cosmetic clitoridectomy in a 33-year-old woman. *Archives of Sexual Behavior* 41(3) : 725–730.

Villani, Michela. 2009. De la « maturité » de la femme à la chirurgie : les conditions de la réparation du clitoris. *Sexologies* 18(4) : 297–303.

Volpp, Leti. 2006. Quand on rend la culture responsable de la mauvaise conduite. *Nouvelles Questions Féministes* 25(3) : 14–31.

www.seismoverlag.ch/info@seismoverlag.ch
www.editions-seismo.ch/info@editions-seismo.ch

Felix Bühlmann, Franziska Ehrler,
Peter Farago, François Höpflinger,
Dominique Joye, Pasqualina Perrig-Chiello,
Christian Suter (Hrsg.)

Sozialbericht 2016: Wohlbefinden

328 Seiten, ISBN 978-3-03777-170-9, SFr. 42.—/Euro 38.—

Der Sozialbericht 2016 gibt anhand systematisch aufbereiteter Daten Auskunft über die aktuelle Lage und Entwicklungstendenzen in der Schweizer Gesellschaft. Diese Ausgabe rückt das Wohlbefinden ins Zentrum: Wie zufrieden sind Schweizerinnen und Schweizer mit ihren sozialen Lebensbedingungen und ihrer finanziellen Lage? Spielt Religion noch eine Rolle für die Suche nach einem sinnvollen Leben? Welchen Einfluss haben gesellschaftliche Entwicklungen wie vermehrte Scheidungen auf das Wohlbefinden betroffener Personen? Macht politische Beteiligung glücklich? Sind Armutsbetroffene unzufriedener mit ihrem Leben als Wohlhabende? Wirkt sich eine zunehmende Arbeits- und Freizeitmobilität positiv oder negativ auf das Wohlbefinden aus?

Neben 75 ausgewählten Indikatoren zu diesen und anderen Themen enthält der Sozialbericht fünf analytisch orientierte Vertiefungsbeiträge, die das Wohlbefinden beleuchten und folgende Themen aufnehmen: Einkommen und soziale Kontakte, Distanzierung von der Religion, Wohlbefinden und Armut, politische Beteiligung sowie Gesundheitsfaktor Umwelt.

Der Sozialbericht 2016 steht in der Tradition früherer Ausgaben. Diese wurden vollständig aktualisiert und mit neuen Indikatoren ergänzt. Die Daten sind grafisch dargestellt und in elektronischer Form auf der Webseite www.sozialbericht.ch verfügbar. Der Sozialbericht 2016 ist unter dem Titel Rapport social 2016 bzw. Swiss Social Report 2016 auch in französischer und englischer Sprache erhältlich.

Felix Bühlmann, Professor für Soziologie an der Universität Lausanne.

Franziska Ehrler, Redaktorin des Sozialberichts am Schweizer Kompetenzzentrum Sozialwissenschaften FORS.

Peter Farago, emeritierter Professor an der Universität Lausanne und Gründungsdirektor des Schweizer Kompetenzzentrums für Sozialwissenschaften FORS.

François Höpflinger, emeritierter Professor für Soziologie und Mitglied der Leitungsgruppe des Zentrums für Gerontologie an der Universität Zürich.

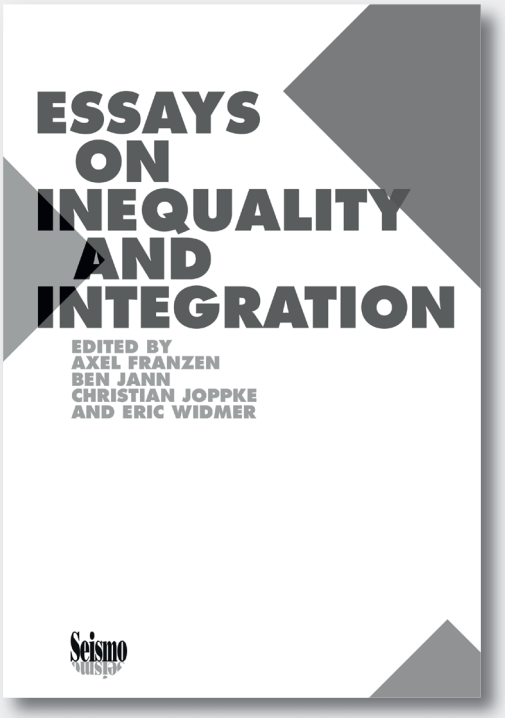
Dominique Joye, Professor für Soziologie an der Universität Lausanne.

Pasqualina Perrig-Chiello, Professorin für Psychologie an der Universität Bern.

Christian Suter, Professor für Soziologie an der Universität Neuenburg.

Seismo

www.seismoverlag.ch/info@seismoverlag.ch
www.editions-seismo.ch/info@editions-seismo.ch



**Axel Fanzen, Ben Jann,
Christian Joppke, Eric D. Widmer (eds.)**

Essays on Inequality and Integration

280 pages, ISBN 978-3-03777-145-7, SFr. 39.—/Euro 36.—

Inequality and integration have been sociology's two key paradigms since the classics, associated with the names of Marx and Durkheim and Europe's current economic crisis has forcefully reinvigorated their joint relevance. Above all, the debt crisis has fueled the wheel of social inequality: cashstarved states are further forced to cut back on public expenditures, to minimize the margin for redistribution and to raise new challenges for the integration policies addressing the emerging disparities.

At the same time, global environmental and demographic problems, intertwined with escalating migration pressure, tear at the texture of European and all Western societies. In particular, the unequal impact of climate change and the unequal distribution of population growth make migration and integration paramount public policy issues and a soaring source of social conflict. In principle, the inequalities engendered by these cascading processes are also an opportunity. They increase the diversity of society and can bring about innovation and growth. Our desire and ability for social integration depends, above all, on the ultimate balance between these advantages and disadvantages.

The chapters in the volume concentrate on the opportunities as well as the risks associated with these social changes from various angles. They are a handpicked set of outstanding contributions from the Congress of the Swiss Sociological Association that took place at the University of Bern, June 26–28, 2013.

Axel Franzen is professor of methods of social research at the Institute of Sociology of the University of Bern, Switzerland.

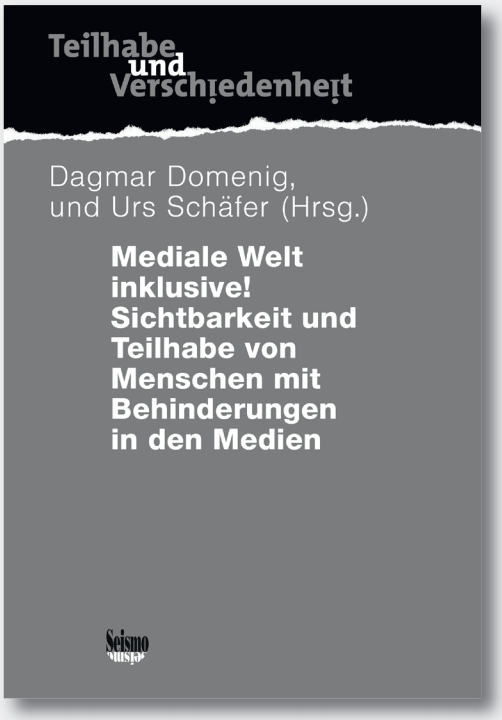
Ben Jann is professor of social stratification at the Institute of Sociology of the University of Bern, Switzerland.

Christian Joppke holds a chair in sociology at the University of Bern, Switzerland. He is also a visiting professor in the Nationalism Studies Program at Central European University, Budapest and an honorary professor in the Department of Political Science and Government at Aarhus University, Denmark. He is member of the German Expert Council on Integration and Migration (SVR).

Eric D. Widmer is professor at the Department of Sociology of the University of Geneva, Switzerland.

Seismo

www.seismoverlag.ch/info@seismoverlag.ch
www.editions-seismo.ch/info@editions-seismo.ch



Dagmar Domenig und Urs Schäfer (Hrsg.)

Mediale Welt inklusive! Sichtbarkeit und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen in den Medien

Reihe
«Teilhabe und Verschiedenheit»

184 Seiten, ISBN 978-3-03777-165-5, SFr. 29.—/Euro 25.—

Die Beiträge in diesem Buch beleuchten die Sichtbarkeit, die Repräsentation und die Partizipation von Menschen mit Behinderungen in den Medien. Dabei liegt der Fokus einerseits auf der Darstellung von Behinderung in der Öffentlichkeit und in den Massenmedien ganz allgemein, andererseits auf den typischen kommunikativen und gestalterischen Ausprägungen in der Fotografie und im Film sowie in der Spendenwerbung von Nonprofit-Organisationen. Ein weiteres Thema dieses Buches ist der barrierefreie Zugang zum Internet für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung. Die zentrale Forderung der Beiträge ist, den Menschen mit Behinderungen ihren Platz in der medialen Welt zuzugestehen, ohne sie damit zusätzlich zu stigmatisieren, zu erniedrigen, zu verniedlichen, zu verfremden oder zu romantisieren.

Die ganzseitigen Fotos stammen vom Fotografen Peter Dammann, der auch einen der Beiträge verfasst hat. Peter Dammann ist noch vor Fertigstellung des Buches verstorben.

Dr. Dagmar Domenig ist Juristin, Sozialanthropologin und Pflegefachfrau. Ihre Schwerpunktthemen sind Migration und Gesundheit, transkulturelle Kompetenz, Umgang mit Verschiedenheit im Gesundheits- und Sozialwesen. Seit 2011 ist Domenig Direktorin der Stiftung Arkadis in Olten (www.arkadis.ch).

Urs Schäfer ist seit 25 Jahren im Nonprofit-Marketing tätig. Die ersten 10 Jahre auf Agenturseite als Kommunikationsplaner und Berater, die folgenden Jahre als Fundraiser, Marketing- und Kommunikationsleiter bei diversen Nonprofit-Organisationen; aktuell bei der Stiftung Arkadis in Olten.

www.seismoverlag.ch/info@seismoverlag.ch
www.editions-seismo.ch/info@editions-seismo.ch

Felix Bühlmann, Franziska Ehrler,
Peter Farago, François Höpflinger,
Dominique Joye, Pasqualina Perrig-Chiello,
Christian Suter (dir.)

Rapport social 2016: Bien-être

328 pages, ISBN 978-2-88351-074-6, SFr. 42.—/Euro 38.—

Le Rapport social 2016 rend compte de la situation actuelle de la société suisse et de ses développements sur la base de l'analyse systématique de données. La présente édition se focalise sur la thématique du bien-être : Dans quelle mesure les Suissesses et les Suisses sont-ils satisfaits de leurs conditions de vie, à commencer par leur situation financière ? L'argent fait-il le bonheur ? Et s'appuyer sur la religion donne-t-il toujours un sens à la vie ? Par ailleurs, les transformations démographiques, l'arrivée d'enfants mais aussi les séparations ont-elles un impact sur le bien-être ? De même, l'accroissement de la mobilité liée au travail ou aux loisirs change-t-il la satisfaction avec la vie ? La participation politique est-elle un facteur d'épanouissement ou l'adage populaire « pour vivre heureux vivons caché » est-il toujours d'actualité ?
Cet ouvrage contient, à côté d'une sélection de 75 indicateurs, cinq contributions analytiques qui se penchent sur la problématique du bien-être en abordant les thèmes suivants : revenus et contacts sociaux, distanciation à l'égard de la religion, bien-être et pauvreté, participation politique, environnement comme facteur de santé.

Le Rapport social 2016 s'inscrit dans la continuité des précédentes éditions. Celles-ci ont été entièrement mises à jour et complétées par de nouveaux indicateurs. Les données, présentées graphiquement, sont en outre disponibles sous forme électronique sur le site www.rapportsocial.ch.
Le Rapport social 2016 est également disponible en allemand sous le titre Sozialbericht 2016 et en anglais sous le titre Swiss Social Report 2016.

Felix Bühlmann, professeur de sociologie à l'Université de Lausanne.

Franziska Ehrler, rédactrice du Rapport social auprès du Centre de compétences suisse en sciences sociales FORS.

Peter Farago, professeur honoraire à l'Université de Lausanne et directeur fondateur du Centre de compétences suisse en sciences sociales FORS.

François Höpflinger, professeur honoraire de sociologie et membre de la direction académique du Centre interfacultaire de gérontologie à l'Université de Zurich.

Dominique Joye, professeur de sociologie à l'Université de Lausanne.

Pasqualina Perrig-Chiello, professeure de psychologie à l'Université de Berne.

Christian Suter, professeur de sociologie à l'Université de Neuchâtel.

Seismo

www.seismoverlag.ch/info@seismoverlag.ch
www.editions-seismo.ch/info@editions-seismo.ch

Reihe «Gesundheit und Integration – Beiträge aus Theorie und Praxis»

Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.)

Privileg Gesundheit? Zugang für alle!

268 Seiten, ISBN 978-3-03777-172-3, SFr. 38.—/Euro 35.—

Das Recht auf Gesundheit ist international verankert, Gesundheit darf kein Privileg für wenige sein. Doch die Chancen für eine gute Gesundheit sind ungleich verteilt. Weltweit leben 400 Millionen Menschen in Armut und haben keinen Zugang zur Basisversorgung. Aber auch in wohlhabenden Ländern hat gesundheitliche Ungleichheit System. So beeinflussen Bildung und Einkommen die Gesundheit von Menschen stark. Belastungen wie eine Behinderung, eine psychische Erkrankung in der Familie oder ein Leben als Sans-Papier erschweren es, gesund zu bleiben. Das Buch zeigt Zugangsbarrieren im internationalen Kontext und in der Schweiz auf und macht Vorschläge, wie diese überwunden werden können. Einführende theoretische und empirische Beiträge sowie Erfahrungsberichte aus der Praxis beleuchten das Thema aus unterschiedlichen Perspektiven.

Das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) engagiert sich seit vielen Jahren in der Grundlagen- und Projektarbeit in den Bereichen Gesundheit und Integration. Mit regelmässig erscheinenden Publikationen leistet das SRK in diesen gesellschaftlich relevanten Bereichen einen Beitrag zur aktuellen Diskussion und spricht Fachpersonen verschiedener Disziplinen aus Theorie und Praxis an. Der Sammelband «Privileg Gesundheit? Zugang für alle!» bildet die elfte Publikation in dieser Reihe.