



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

**FACULTÉ DES SCIENCES
ÉCONOMIQUES ET SOCIALES**

Excision et nymphoplastie : « Ça n'a rien à voir ! »

Des représentations sociales à la norme pénale.

Dina Bader

Mémoire de master en Sociologie

Août 2011

Directeur de mémoire : Sandro Cattacin, Professeur ordinaire
Jurées : Cornelia Hummel, Maître d'enseignement et de recherche
Denise Efionayi-Mäder, Directrice adjointe du Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population (SFM)

Date de la défense : 2 septembre 2011

Université de Genève
Département de Sociologie
UNI MAIL, 40 bd du Pont d'Arve
CH – 1211 Genève 4
www.unige.ch/ses/socio

« The Personal is Political. »

Carol Hanisch.

SOMMAIRE

<i>Remerciements</i>	III
<i>Avant-propos</i>	V
<i>Introduction</i>	1
PARTIE I: SITUATION DE DÉPART ET QUESTIONNEMENT	
1 L'excision illégale	7
2 Cadre théorique et méthodologie	13
PARTIE II: EXCISION ET NYMPHOPLASTIE : UNE GÉMELLITÉ ANTITHÉTIQUE	
3 La nymphoplastie	23
4 Double antagonisme	29
5 Les trois arguments principaux de distinction	33
PARTIE III: DES REPRÉSENTATIONS SOCIALES À LA NORME PÉNALE	
6 Le comportement <i>in corpore</i>	51
7 La migration ou la route vers le développement	61
<i>Conclusion</i>	69
<i>Bibliographie</i>	71
<i>Annexes</i>	79

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier mon directeur de mémoire, Professeur Sandro Cattacin, pour la confiance qu'il m'a accordée tout au long de l'élaboration de cette recherche ; mes collègues du Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population pour leur encouragement et leurs remarques pertinentes qui ont permis d'améliorer considérablement cette étude ; Anna Neubauer et Danièle Larpin pour leur précieuse relecture ; tous les interviewés qui m'ont ouvert leur porte et sans qui cette étude n'aurait jamais vu le jour.

Je remercie également du fond du cœur tous mes proches pour leur soutien et leur foi indéfectible en moi.

À tous ceux qui m'ont aidée de près ou de loin dans la réalisation de ce travail, je vous dis

MERCI !

Dina Bader

Genève, Juillet 2011.

AVANT-PROPOS

La réflexion menée dans cette étude va sûrement troubler le lecteur, peu habitué à de tels propos. Probablement, il sera en désaccord sur certains points, peut-être même sera-t-il choqué. Mais cela ne fait rien, c'est même normal. Le but de cette étude est justement de susciter la réflexion sur des connaissances qui semblaient jusque-là acquises. Questionner ce qui semble « aller de soi » ou comme dirait la féministe australienne Germaine Greer *the obvious*, voilà l'ambition de ce présent travail: comprendre pourquoi et si vraiment l'excision et la nymphoplastie « ça n'a rien à voir ».

Souvent, on me demande comment j'en suis arrivée à traiter d'un tel sujet et surtout, de faire un rapprochement entre ces deux pratiques. À l'origine, je voulais mener une étude sur l'excision en traitant un aspect de la problématique. Mais au détour de recherches de littérature et de documents sur Internet sur les *Female genital cutting/mutilation/circumcision*, je suis tombée sur ce qui est appelé les *Female genital cosmetic surgery*. Ce fut une surprise. Je savais bien que la chirurgie esthétique existait mais naïvement, je ne me doutais pas qu'elle puisse toucher également les organes génitaux féminins alors que depuis des années l'excision est combattue. J'ai donc voulu comprendre. Comprendre pourquoi deux pratiques justement situées sur la même partie du corps avaient deux légitimités différentes: l'une tolérée, l'autre condamnée. Mais ce questionnement s'est renforcé lorsque j'ai pris connaissance de l'élaboration d'une nouvelle norme pénale en Suisse qui veut réprimer l'excision en faisant exception des opérations esthétiques génitales. Il n'en fallait donc pas plus pour que ma curiosité me pousse à mener une recherche et voilà donc comment tout a commencé.

INTRODUCTION

En Suisse comme dans plusieurs pays européens, il existe de nombreuses interventions chirurgicales qui transforment le corps et depuis quelques années, les organes génitaux. Or, toutes ces interventions ne bénéficient pas de la même légitimité: certaines sont tolérées, d'autres condamnées. L'exemple le plus significatif de cette dichotomie est la norme pénale suisse contre les « mutilations sexuelles » qui interdit *toutes* les formes d'excision¹ quelles que soient leurs conséquences mais fait exception de *toutes* les formes d'opérations esthétiques génitales. Certes, l'excision est souvent pratiquée sur des personnes mineures et/ou forcées physiquement, mais comment expliquer que la norme pénale interdit aussi l'excision à des femmes adultes et consentantes ? Y a-t-il une différence *objective* entre ces deux pratiques ? Autrement dit, pourquoi l'excision dans un contexte migratoire et les opérations esthétiques génitales bénéficient-elles de légitimités inégales ? Voilà les questions auxquelles cette présente étude se propose d'apporter une réponse. En effet, si toutes ces pratiques touchent des femmes, elles ne concernent pas pour autant les mêmes: les unes sont Suissesses, les autres immigrées extra-européennes. Et c'est là toute la différence, si ce n'est la seule.

Les opérations esthétiques génitales, illustrées ici par la nymphoplastie – la réduction des petites lèvres –, répondent à des normes sociales sollicitées par de nombreuses industries telles que celles de la beauté, de la mode et du sexe. Le corps de la femme

¹ Je n'utilise pas le terme communément admis de « mutilations génitales/sexuelles féminines » mais préfère utiliser le terme d'« excision » car plus neutre et moins stigmatisant pour les femmes excisées (voir Johnsdotter et Essen 2010). Comme le dit très justement Marisa Birri de Terre des femmes: « Gerade im Gespräch mit betroffenen Frauen und Mädchen ist es in der Regel angebracht eben von Beschneidung zuzusprechen nicht von Verstümmelung weil sich zum Teil diese Frauen nicht als verstümmelt betrachten und mit diesen Begriff nichts anfangen könnten wenn man sie fragt « Seit ihr verstümmelt ? » Dann antworten sie natürlich nein. Also ihre Sicht ist es keine Verstümmelung sondern eine Praktik die eben ihre Mitgliedschaft zur Gemeinschaften definiert. ». Source: Neues Gesetz gegen Genitalverstümmelung. DRS 2 Kontext. 23 Mai 2011.

« occidentale »² hétérosexuelle doit correspondre à des critères esthétiques bien définis pour gagner l'estime de soi et celle des autres, dans une société où l'apparence physique semble être le reflet de l'âme (Heyes 2007). Pourtant, la chirurgie esthétique n'est pas sans danger. Elle comporte de nombreux risques physiques et psychologiques qui sont sous-estimés par les médecins et par les autorités sous prétexte de la médicalisation de l'opération et placés sous la responsabilité personnelle de la patiente qui, informée, a tout de même consenti à l'intervention. En fait, la chirurgie esthétique et a fortiori la chirurgie esthétique génitale remplit tous les critères de ce qui est nommé une *harmful traditional practice*³ par les Nations Unies. Pourtant, ni les rapports onusiens ni les autorités des pays européens ne la considèrent comme telle. Et pour preuve, la chirurgie esthétique n'est soumise à aucune réglementation.

À l'inverse, les interventions chirurgicales pratiquées sur les organes génitaux des femmes provenant de pays extra-européens telles que l'excision⁴ sont légiférées de manière intransigeante et leur médicalisation interdite. Parce qu'elles sont perçues comme ne pouvant consentir de plein gré à de telles opérations même en étant adultes et capables de discernement, les migrantes de communautés où l'excision est pratiquée sont considérées par définition comme des victimes, passives et opprimées (Kofler et Fankhauser, 2009: 23). Or, une norme pénale contre les « mutilations sexuelles » qui distingue les pratiques autochtones des pratiques des immigrés renforce non seulement les stéréotypes sur ces derniers mais risque de décrédibiliser la lutte contre l'excision voire même de laisser sous-entendre par l'exception faite à la nymphoplastie que cette opération pourrait être une alternative symbolique à l'excision dans un contexte migratoire⁵.

Cette étude propose de déconstruire les arguments donnés pour différencier la nymphoplastie de l'excision puisque les discours binaires utilisés « ne sont pas des oppositions naturelles mais *construites*, construites à des fins particulières dans des

² Ce terme est entre guillemets car il fera l'objet d'une critique dans le Chapitre VI.

³ Cette expression a été volontairement laissée dans sa formulation anglaise car sa traduction française « pratiques traditionnelles préjudiciables » ne bénéficie pas d'une reconnaissance internationale.

⁴ L'excision se pratique majoritairement à l'est et dans la corne de l'Afrique (Somalie, Érythrée, Éthiopie), quelques pays du Moyen-Orient (Égypte) et d'Asie (Kurdistan, Indonésie). Mais avec la migration, la pratique s'est notamment exportée vers l'Europe et l'Amérique du Nord.

⁵ Ce sont ici des hypothèses que cette étude ne va pas confirmer ou infirmer mais qui ont été discutées lors des entretiens. En effet, de nombreux éléments ont laissé penser que ces hypothèses pourront se vérifier dès le moment où les communautés immigrées auront connaissance de l'existence et de la légalité de la nymphoplastie.

contextes précis » (Scott, 1988: 38 ; ma traduction). Ceci me permettra de montrer que ces arguments sont en réalité issus de représentations sociales qui décrivent les pratiques des migrants extra-européens par des adjectifs péjoratifs, valorisant par-là les pratiques autochtones et évitant ainsi un quelconque rapprochement.

Ce présent travail est divisé en trois parties. Dans la première, je poserai le contexte de cette recherche par la présentation de la norme pénale contre les « mutilations sexuelles » (Chapitre I). Puis, j'expliquerai le cadre théorique et la méthodologie qui ont été utilisés (Chapitre II). Dans la deuxième partie, correspondant aux résultats empiriques de la recherche, j'établirai d'abord un bref descriptif de la nymphoplastie, en majorité à partir des propos des interviewés (Chapitre III). Puis, l'analyse de contenu des entretiens me permettra de faire ressortir les mots-clés qui différencient, selon mes interlocuteurs, la nymphoplastie de l'excision (Chapitre IV). De ces distinctions, trois arguments se détachent en effet: le plaisir sexuel, les conséquences sur la santé et le consentement. Or, je vais montrer que ces trois différences, dans le cas de femmes adultes, correspondent en réalité à des représentations sociales qui n'englobent pas la pluralité des vécus (Chapitre V). Dans la troisième et dernière partie de l'étude, je démontrerai que la chirurgie esthétique (génitale), au même titre que l'excision, correspond à une *harmful traditional practice* du monde « occidental » (Chapitre VI) et pourquoi malgré ce constat, la chirurgie esthétique est exceptée de la norme pénale contre les « mutilations sexuelles » (Chapitre VII).

PARTIE I

SITUATION DE DÉPART ET QUESTIONNEMENT

CHAPITRE I

L'EXCISION ILLÉGALE

L'initiative parlementaire 05.404

Le 17 mars 2005, la conseillère nationale socialiste genevoise Maria Roth-Bernasconi dépose une initiative parlementaire, intitulée « Réprimer explicitement les mutilations sexuelles commises en Suisse et commises à l'étranger par quiconque se trouve en Suisse » (05.404). Adoptée par le Conseil national le 16 décembre 2010, puis par le Conseil des Etats le 7 juin 2011, l'initiative a pour objectif d'interdire à toute personne vivant en Suisse la pratique de l'excision. En s'inscrivant sous l'article 124 CP, l'excision devient un délit à part entière, poursuivi d'office et ce, quels que soient le pays où elle a eu lieu et la nationalité de l'auteur(e) et de la plaignante. Cette dernière pourra porter plainte au cours des 15 ans qui suivent son excision voire jusqu'à ses 25 ans révolus pour autant qu'elle ait été excisée avant l'âge de 16 ans (Juris 20 juin 2011). Quant à l'auteur(e) du délit, il ou elle encourt une peine pécuniaire de 180 jours-amendes au minimum jusqu'à 10 ans de prison.

Lutter contre la perpétuation de l'excision est le but premier de cette nouvelle norme et de ce fait, toutes les formes que peut prendre cette pratique y ont été incluses. Afin de les définir précisément, les parlementaires se sont basés sur la typologie de l'Organisation Mondiale de la Santé (ci-après OMS)⁶. Cette typologie répertorie les formes les plus répandues de l'excision en trois groupes, allant de la sunna (type I) à l'infibulation (type III). Dans un souci d'exhaustivité, l'OMS a également établi un quatrième groupe intitulé les « non-classés » qui comporte notamment les percements et les scarifications et envisagerait de créer un cinquième groupe pour toutes les pratiques *symboliques* telles que piquer le clitoris afin que s'écoule une goutte de sang⁷ (voir Unicef 2008 [2005]). En d'autres termes, l'OMS définit l'excision ou pour reprendre ses termes, les « mutilations sexuelles féminines » comme « toutes les interventions

⁶ Cf. Annexe 1 : Les types d'excision.

⁷ Cette pratique est une forme de ce qui est appelé usuellement « sunna », ce qui correspond au type I de la classification de l'OMS.

aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et/ou toute autre lésion des organes génitaux féminins pratiquée à des fins non thérapeutiques » (OMS, 2008: 1).

Selon Maria Roth-Bernasconi, cette norme se veut être « un signal politique clair » du fait que l'excision est une pratique prohibée en Suisse. Selon les *estimations*, cette pratique concernerait environ 6'700 migrantes, originaires principalement de Somalie, Ethiopie et Erythrée (Hohlfeld et al., 2005: 959). Calculé par pondération en fonction du nombre de ressortissant-e-s en Suisse et de la prévalence de la pratique dans le pays d'origine, ce chiffre représenterait le nombre de femmes excisées ou fillettes présentant un risque de l'être, vivant en Suisse⁸.

Etant l'un des derniers pays d'accueil européens à ne pas être doté d'une telle loi⁹, instaurer cette norme revient à suivre le pas de ses voisins. La Suède est en effet le premier Etat à avoir interdit l'excision en 1982, suivi par une dizaine de pays européens parmi lesquels le Royaume-Uni (1985), la Norvège (1996) et la Belgique (2001) (Leye et Sabbe, 2009: 2). Toutefois, avoir été dépourvu d'une loi spéciale, n'implique pas que la pratique de l'excision en Suisse était jusqu'alors un acte impuni. Au contraire, il est déjà possible avec le droit actuel de réprimer l'excision à l'aide de plusieurs articles du code pénal. Les plus importants sont l'art. 122 CP sur les lésions corporelles graves et l'art. 123 CP sur les lésions corporelles simples¹⁰. Elaborer une norme pénale spécifique à l'excision c'est donc d'abord un message.

Une norme ethnicisée

Or, le message que véhicule cette nouvelle norme est problématique à de nombreux égards. En effet, cette loi punit l'excision qu'elle ait été pratiquée sur des mineures ou des femmes adultes, qu'elle ait été forcée ou consentie. C'est l'excision en tant que pratique qui est combattue. Pourtant, dans la norme, c'est le terme « mutilations

⁸ Cette estimation est toutefois contestable car elle ne distingue ni les différentes formes d'excision, ni le niveau socioéconomique ou le titre de séjour de l'individu. De plus, elle ne comprend pas les personnes possédant un passeport suisse.

⁹ Parmi les Etats qui au moment de cette étude (2011) n'ont pas de loi spéciale contre l'excision, figurent la Finlande, la France, l'Allemagne et les Pays-Bas. L'excision est toutefois punie grâce aux normes pénales générales de ces Etats (Leye et Sabbe, 2009: 6).

¹⁰ La première condamnation suite à une excision a été prononcée par le tribunal fribourgeois le 11 juin 2008 à l'égard d'une réfugiée somalienne, reconnue « coupable de violation du devoir d'assistance et d'éducation » selon l'art. 122 CP. Quelques jours plus tard (le 26.06.08), la Cour suprême du canton de Zurich a condamné selon l'art. 123 CP les parents d'une fillette qui a été excisée en Suisse à deux ans avec sursis. Source : Humanrights.ch.

sexuelles » qui est employé, avec pour dessein de se conformer à la définition précitée de l’OMS. Cependant, dans cette définition il est bien mentionné que les « mutilations sexuelles » concernent aussi « toute autre lésion des organes génitaux féminins pratiqués à des fins non thérapeutiques ». Ceci impliquerait que « les mutilations sexuelles » soient entendues de manière générale. Or, ce n’est pas le cas: la nouvelle norme fait exception des piercings clitoridiens, des tatouages génitaux et des opérations esthétiques génitales, en somme, des pratiques autochtones considérées comme des interventions « légères » (Roux, Paul-André dans BO 2010 N 2133).

Puisqu’il s’agit surtout de protéger les petites filles de toute « mutilation sexuelle », la norme aurait pu être élaborée de telle façon que *toutes* les interventions chirurgicales sur mineures sans distinction de leur ethnie soient prohibées. Mais voilà, la nouvelle norme pénale n’interdit *que* l’excision. Mais loin de ne concerner que les enfants, cette prohibition est de surcroît valable aussi pour des femmes adultes et consentantes, partant du postulat que ce cas de figure n’existe pas ou tout du moins que derrière ce consentement se cache en réalité une contrainte sociale et psychologique. Certes, ce présumé n’est pas sans fondement mais comment justifier l’interdiction imposée à une femme adulte qui souhaite être excisée et la totale liberté laissée à une autre désirant subir une opération esthétique génitale ?

Dans un souci d’éviter toute interdiction de la chirurgie esthétique, un avant-projet avait été adopté le 12 février 2009, précisant que « l’acte ne serait pas punissable si la personne lésée était majeure au moment des faits et avait consenti à subir l’intervention » (IP 05.404, Rapport CAJ-CN, 30 avril 2010: 5141). Mais cette phrase a soulevé un tollé parmi les organisations de lutte contre l’excision en s’exclamant que cela signifierait que la Suisse autorise la pratique à l’âge adulte. Pour apaiser cette indignation, cette assertion a été supprimée tout en spécifiant que les opérations esthétiques génitales, les piercings et les tatouages seraient exempts de cette loi, décision qui a été « félicitée » par le Conseil fédéral évitant ainsi à la norme que « son application [ne] se heurte[...] à des difficultés insurmontables » (IP 05.404, Conseil fédéral, 25 août 2010: 5154). En conséquence, il a été convenu que si une femme devait se déclarer consentante à son excision, c’est au juge d’estimer s’il s’agit d’un « consentement valable » au sens du droit pénal, un consentement entendu comme dépourvu de toute influence extérieure. En d’autres termes, la norme pénale punit *uniquement* les « mutilations sexuelles » commises par et sur des migrantes d’origine

extra-européenne sans distinction de l'âge, du consentement et de la forme d'excision subie.

Une vision européenne

Alors qu'officiellement la nouvelle norme se veut générale puisqu'elle s'applique à tout un chacun de la même manière, officieusement, elle ne concerne que la pratique importée par les immigrant-e-s. Mais la Suisse n'est pas le seul Etat à faire une telle distinction. Cette compréhension officieuse peut être en effet généralisée à l'ensemble des pays d'accueil européens¹¹ qui ont adopté une loi spéciale contre l'excision. Ce qu'on constate de prime abord dans toutes les législations européennes c'est leur caractère apparemment général: il n'est fait mention ni de l'âge, ni de l'ethnie et encore moins du mode d'intervention. Prenons par exemple la loi pénale suédoise (1982):

« Operations on the external female genital organs which are designed to mutilate them or produce other permanent changes in them (genital mutilation) must not take place, regardless of whether consent to this operation has or has not been given. »

(Johnsdotter et Essen, 2010: 33)

Ou encore la loi belge de 2001 (art. 409 CP):

« Quiconque aura pratiqué, facilité ou favorisé toute forme de mutilation des organes génitaux d'une personne de sexe féminin, avec ou sans consentement de cette dernière, sera puni d'un emprisonnement de trois à cinq ans. La tentative sera punie d'un emprisonnement de huit jours à un an. »¹²

À première vue donc, il n'est pas possible d'attribuer ces lois à la seule pratique de l'excision puisqu'elles condamnent les opérations qui visent à modifier les organes génitaux féminins de façon permanente et pour des raisons non médicales. Il est en outre spécifié que le consentement n'est pas considéré. Pourtant, toutes ces lois font une exception implicite ou explicite des opérations esthétiques génitales. Comme l'explique Simone Weil Davis, les lois contre les « mutilations sexuelles » font en sorte de définir les procédures que cela implique de telle manière à « utiliser seulement un langage qui

¹¹ Ce constat se vérifie également dans les pays d'Amérique du Nord, d'Australie et de Nouvelle-Zélande par exemple.

¹² Source: <http://www.droitbelge.be/codes.asp#pen> (Consulté le 05.07.11)

traite de l'excision du corps des immigrées africaines basée sur le 'rituel', la coutume et la croyance » (Davis, 2002: 21 ; guillemets de l'auteure, ma traduction). Dans certains cas comme dans *The Scottish Act* (2005), les chirurgies esthétiques sont exemptes de la loi grâce à une assertion qui mentionne qu'« aucune offense n'est commise si l'opération est nécessaire pour la santé physique ou psychique de la fille ou de la femme » (Berer, 2010: 108 ; ma traduction). Et un des exemples donnés pour illustrer les cas d'opérations justifiées par la santé psychique est la « détresse causée par une perception d'anormalité » (*ibid.* ; ma traduction).

Comme le confirme Marge Berer, les lois contre les « mutilations sexuelles » ont pu être instaurées dans les pays « occidentaux » justement parce qu'elles ne concernaient *que* les pratiques non autochtones (Berer, 2010: 109). Pourtant, depuis quelques années des chercheurs (Sheldon et Wilkinson 1998; Chambers 2008 ; Johnsdotter et Essen 2010) ont questionné la cohérence d'une telle loi, intransigeante vis-à-vis de toutes les formes d'excision, mais tolérante face aux opérations esthétiques génitales ; des chirurgies qui ne font l'objet d'aucune réglementation et qui sont « présentée[s] comme l'une des modalités de renforcement de l'estime de soi. » (Erlich, 2007: 186). Cette étude est donc le prolongement de ce questionnement qui entend comprendre ce qui dans un pays d'accueil européen comme la Suisse explique que deux pratiques qui touchent les organes génitaux féminins soient légiférées de manière différente.

CHAPITRE II

CADRE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIE

Le corps, la norme et l'Etat

« The personal is political »¹³ écrivait Carol Hanisch en 1969 dans la mouvance du féminisme radical. À cette époque, les féministes réclament que l'Etat intervienne dans la sphère privée, dénonçant les rôles et les normes sociales genrés qui créent et maintiennent l'oppression des femmes dans ce qu'on appelle une société patriarcale. Aujourd'hui, c'est chose faite. Pourtant, loin de « libérer » les femmes du patriarcat, l'Etat comme institution suprême de l'ordre social contribue à maintenir cette oppression: par les lois ou par leur absence, l'Etat institutionnalise les comportements. Il dicte ce qui est licite et ce qui est illicite, ce qui est conforme et ce qui ne l'est pas. Autrement dit, la frontière entre sphère privée et sphère publique n'est plus. Les pratiques corporelles et culturelles, de l'ordre de la sphère privée de l'individu, deviennent objets politiques. C'est l'ère de la « biopolitique » confirme Michel Foucault: à partir de la deuxième moitié du 18^e siècle, l'Etat va contrôler les populations « par de nouvelles politiques appuyées sur de nouveaux savoirs (la démographie, l'hygiène publique, l'urbanisme) » (Memmi, 2000: 3).

L'Etat va dès lors surveiller les comportements jusque-là privés tels que l'intimité. Dans son article sur « la nouvelle administration étatique des corps », Dominique Memmi (2000) montre comment l'action publique intervient sur les pratiques corporelles. Il ne s'agit plus de punir les comportements déviants *sur* le corps même de l'individu comme cela était le cas au 17^e siècle mais de les surveiller *à travers* le corps et les pratiques corporelles (voir l'ouvrage de Foucault *Surveiller et punir*). Gérer les risques, voilà la mission que se donne l'Etat (Memmi 2000). Et cette gestion passe par la charge déléguée aux individus de s'autocontrôler. Avec l'Etat moderne, c'est donc un « processus d'individuation » qui émerge: « un processus par lequel les agents sociaux intériorisent les discours de l'Etat plutôt que de les subir sous forme de sanctions

¹³ Source: <http://www.carolhanisch.org/CHwritings/PIP.html> (Consulté le 07.07.11)

juridiques imposées à des pratiques déviantes. » (Memmi, 2000: 15). Les discours sont donc au centre de cet autocontrôle. C'est pourquoi, la légitimité d'une pratique se trouve dans les arguments donnés, dans les discours qui la justifient. Autrement dit, « *la police des corps tourne à une police des récits* » (Memmi, 2000: 15 ; italiques de l'auteure).

Mais ces discours étatiques que doit intérioriser l'individu dépendent des normes sociales en vigueur qui assurent la cohésion sociale (Demeulenaere, 2003: 9). Or, ces normes sociales ne sont pas toujours justes : elles peuvent contribuer à établir une inégalité entre les individus (Chambers 2008). Ceci est vrai d'une part pour les normes sociales genrées qui contribuent à l'oppression des femmes laissant croire à leur infériorité par rapport à une référence masculine. Afin que la dissociation entre les genres se maintienne, il est non seulement nécessaire d'établir le genre de l'individu selon son sexe mais également que le sexe soit conforme à son genre. *Être* une femme c'est donc avoir une anatomie génitale qui correspond à ce que l'environnement social a défini comme tel. L'intervention chirurgicale sur le corps est ainsi l'instrument qui permet une conformité aux normes sociales genrées. Or, ces normes sociales genrées peuvent aboutir à des *harmful traditional practices* (Jeffreys 2005), illustrées ici par l'excision et les opérations esthétiques génitales.

D'autre part, dans un contexte de migration, à la dichotomie genrée s'ajoute également une dichotomie ethnique: l'autochtone versus l'étranger. Cette vision infériorisante de l'Autre va contribuer à renforcer l'oppression des femmes (Nader 2006) mais également à maintenir la supériorité autoproclamée de « l'Occident » (Saïd 1979 [1978]) et dans un contexte migratoire, du pays d'accueil et de sa vision du monde. Parce que les pratiques corporelles sont devenues objets politiques, l'Etat va ainsi intervenir dans la sphère privée des individus et de surcroît dans celle des non autochtones par souci de gestion des risques lorsque les discours produits par ces « Autres », pour légitimer une pratique corporelle, ne sont pas en conformité avec les discours attendus (Memmi 2000).

Comprendre quels sont les discours attendus et les discours qui délégitiment une pratique corporelle dans un contexte migratoire, c'est chercher à connaître les représentations sociales qu'ils véhiculent. Par l'exemple de la norme pénale sur les « mutilations sexuelles » qui distingue les opérations esthétiques génitales de l'excision, cette étude a recueilli puis analysé les propos de divers protagonistes au sujet de ces

deux pratiques, partant de l'hypothèse que la norme pénale contre l'excision est le reflet des représentations sociales dominantes.

Méthodologie

Avant d'aller sur le terrain, il était important d'avoir une bonne connaissance théorique des deux pratiques analysées: la nymphoplastie d'une part et l'excision d'autre part. Mais comme peu de recherches récentes ont été menées en Suisse sur l'excision et aucune encore à ma connaissance sur la nymphoplastie, la littérature scientifique a essentiellement été anglophone.

Puisque l'excision est un sujet qui a considérablement été étudié depuis plus de trente ans, j'ai choisi de ne pas m'étendre davantage dans cette étude sur la description approfondie de cette pratique. En revanche, je me suis concentrée plus particulièrement sur la nymphoplastie puisque c'est une chirurgie esthétique récente et encore largement méconnue. Pour m'aider dans cette entreprise, Internet a été un outil indispensable, me permettant d'avoir accès à une diversité d'articles de presse internationaux sur la nymphoplastie et la chirurgie esthétique génitale. Pour me faire également une idée plus précise des motivations qui poussent des femmes à subir une nymphoplastie, j'ai consulté de nombreux forums féminins et médicaux où les messages postés étaient très révélateurs de la préoccupation grandissante des femmes pour l'aspect de leurs organes génitaux. La revue de la littérature et la consultation d'Internet a donc constitué la première étape de cette recherche, une étape nécessaire pour établir le panorama de ma problématique.

Entretiens

La deuxième étape et le cœur de cette étude qualitative a consisté en la réalisation d'une vingtaine d'entretiens menés entre février et mai 2011. Les entretiens ont été menés, en français ou en anglais, avec des personnes clés¹⁴: d'une part, des observateurs privilégiés (médecins, juristes, militants contre l'excision et deux femmes excisées); d'autre part, des experts du domaine politique ou scientifique. L'anonymat a été préservé pour les premiers.

¹⁴ Cf. Annexe 3 : Liste des entretiens.

Les entretiens, de type semi-directifs, ont été conduits sur la base d'un canevas flexible, adapté au profil des personnes interrogées. Toutefois, chaque entretien a influencé le suivant au sens où les réponses apportées et les questions suscitées lors d'un entretien ont été reprises dans les suivants pour confirmation ou pour confrontation d'opinions. Parce que l'objet de cette étude est complexe et encore assez tabou, j'ai délibérément choisi de révéler la problématique de mon étude à mes interlocuteurs, non sans savoir qu'adopter une telle approche puisse comporter des risques: refus d'entretien ou perte de crédibilité. Toutefois, adopter une telle démarche a eu le mérite de susciter le débat, ce qui m'a permis de mieux comprendre les représentations sociales qui entourent l'une et l'autre pratique.

Les interviewés

Parmi les observateurs privilégiés, un premier groupe est composé de quatre médecins qui pratiquent la nymphoplastie – deux gynécologues et deux chirurgiens plasticiens – et d'une secrétaire médicale. Sur ces quatre médecins, trois ont reçu de ma part une lettre expliquant mon étude et leur demandant un rendez-vous et un seul a été contacté par courrier électronique. Les coordonnées de ce dernier m'ont en effet été données lors d'un entretien avec un de ses confrères, soit à travers l'effet boule de neige. Au préalable, j'ai dû savoir si ces médecins pratiquaient la nymphoplastie (ce qui n'est souvent pas explicitement mentionné sur leur site web pour ceux qui en ont un). Aussi, j'ai pris contact avec des cliniques qui m'ont donné leur nom ou je me suis basée sur des articles de presse les citant. Etant donné l'absence de données et de recherches concernant la chirurgie génitale, le but de ces entretiens a été principalement de comprendre la pratique de la nymphoplastie, son essor et le profil des patientes ; mais aussi de discuter de l'excision. À l'exception d'un entretien téléphonique, les interviews ont été menées face à face, dans le cabinet de l'interlocuteur. Pour la plupart de ces entretiens, je me suis présentée comme sociologue diplômée voire en fin de formation et ceci pour deux raisons: d'une part, j'ai réalisé que le statut d'« étudiante » donne moins de poids à une recherche, qu'il est un handicap dans la demande de rendez-vous; d'autre part, j'ai voulu éviter que le questionnement posé dans cette étude soit totalement écarté de toute considération liée à un sentiment d'amateurisme.

Un deuxième groupe rassemble huit personnalités mises en position d'experts de par leur profession ou leurs connaissances scientifiques dans le domaine d'étude. Il s'agit de trois gynécologues connaissant particulièrement bien la thématique de l'excision, de

deux juristes et de trois personnes impliquées dans la lutte ou la prévention contre l'excision. La plupart de ces personnes ont été contactées par courrier électronique, à l'exception d'une journaliste, rencontrée lors d'une conférence à l'OMS et d'un médecin qui m'a été présenté par un interviewé à l'issue de son entretien. Les interviews ont été menées soit en face à face, soit par téléphone. Lors de tous ces entretiens, il a été question de la nouvelle norme pénale et d'éthique médicale par rapport à la nymphoplastie et l'excision.

Le troisième et dernier groupe est composé de deux entretiens exploratoires menés avec des femmes excisées. J'ai pu les contacter grâce à l'association Camarada à Genève chez qui elles suivent des cours d'alphabétisation. Si l'une est originaire d'Éthiopie et l'autre d'Érythrée, elles sont toutes deux aides-soignantes dans un EMS à Genève. Les entretiens ont été menés en face à face, dans les locaux de l'association. L'interview était centrée sur la nymphoplastie et sur leur opinion à l'égard de cette chirurgie. Aucune question sur leur excision n'a été posée pour leur laisser la liberté d'en parler si elles le souhaitent. Bien qu'exploratoires, ces entretiens ont été très intéressants du fait de leur avis divergent à l'égard de la chirurgie esthétique génitale.

Quant aux experts du domaine politique et scientifique pour qui l'anonymat a été levé, j'ai eu la chance de pouvoir interviewer en face à face Maria Roth-Bernasconi, à l'origine de la norme pénale et par correspondance électronique, Dr Vivienne Nathanson (World Medical Association, UK) et Dr Richard Beddock (Gynécologie Sans Frontières, France). J'ai rencontré le Dr Beddock, ainsi que le professeur Emmanuel Kabengele (Institut de médecine sociale et préventive, Genève) lors d'un workshop de trois jours en octobre 2010 sur les « Pratiques préjudiciables et droits humains », organisé par l'Institut universitaire Kurt Bosch, à Sion (Valais). J'ai également été en contact par correspondance électronique avec Clare Chambers (Philosophie, UK) et Sara Johsdotter (Anthropologie sociale, Suède) qui ont toutes deux posé un questionnaire précurseur sur l'excision dans un contexte migratoire et sur les chirurgies esthétiques génitales.

Analyse

Pour permettre une retranscription fidèle des propos des interviewés, tous les entretiens ont été enregistrés. Une fois retranscrits entièrement, les entretiens ont été analysés au moyen du logiciel Atlas Ti, selon une analyse de contenu. Afin de respecter

L'anonymat des observateurs privilégiés, un code a été attribué à chaque entretien, mentionnant le canton de travail de l'interviewé et la catégorie dans laquelle il a été classé dans cette étude. Par mots-clés ou par catégories thématiques, l'analyse des entretiens a permis de mettre en lumière les représentations sociales des interlocuteurs à l'égard de la chirurgie esthétique génitale et de l'excision.

L'analyse a été menée selon une logique déductive, c'est-à-dire que les informations récoltées dans les entretiens ont permis de confirmer ou d'infirmer les hypothèses initiales. Parallèlement, ces informations ont permis de dégager des éléments de réponse quant à la problématique de cette étude, dans un processus reflétant le principe de la *Grounded theory* (Strauss et Corbin 1996). L'utilisation simultanée des démarches inductive et déductive a ainsi permis de construire la réflexion posée dans la présente étude.

Difficultés rencontrées

La difficulté principale de cette étude est son sujet-même. En effet, mener une recherche sur la nymphoplastie *et* l'excision n'a pas été une entreprise facile. Dubitatifs, indignés ou surpris, les premières réactions des interviewés face à cette étude ont été nombreuses mais rarement positives. Toutefois, à l'issue des entretiens, plus de la moitié des interlocuteurs ont exprimé leur intérêt à prendre connaissance de cette étude, ce qui peut être interprété comme le signe d'un questionnement émergent quant au parallélisme possible entre ces deux pratiques.

Limites de l'étude

Cette recherche comporte des limites qu'il est important de mentionner. Tout d'abord, pour la nymphoplastie, il n'a pas été possible de se baser sur des données quantitatives, ce qui aurait pu appuyer ou tout du moins influencer les propos de cette étude. Parce que la chirurgie esthétique appartient majoritairement au secteur privé et n'est souvent pas remboursée par les caisses maladies, il est difficile de connaître le nombre exact de patientes de nymphoplastie et ainsi d'établir un profil type. Ensuite, je n'ai pas mené d'entretiens avec ces patientes. Ceci pour deux raisons: premièrement, en raison du secret professionnel et de l'absence de forum féminin suisse romand sur la nymphoplastie, il est difficile d'avoir accès à des patientes romandes ayant subi cette opération; deuxièmement, cette étude se focalise sur les représentations sociales qui

amènent à l'élaboration de la norme pénale contre les « mutilations sexuelles ». Aussi, j'ai estimé qu'interviewer des patientes aurait été certes instructif mais davantage la suite logique de cette présente étude. Enfin, dans cette recherche, il n'est question ni de circoncision ni de chirurgie esthétique masculines car d'une part, je compare deux pratiques effectuées sur des *femmes*, donc dans une logique genrée et par souci de comparabilité; d'autre part, cette étude s'insère dans le contexte de la norme pénale contre les « mutilations sexuelles » qui n'en fait pas mention.

PARTIE II

EXCISION ET NYMPHOPLASTIE : UNE GÉMELLITÉ
ANTITHÉTIQUE

CHAPITRE III

LA NYMPHOPLASTIE

La première question à laquelle a voulu répondre cette étude est de savoir quels sont les arguments donnés par les intervenants pour distinguer la nymphoplastie de l'excision. Il est en effet important de comprendre leurs différences présumées afin d'apporter un premier élément de réponse à l'exception faite par les parlementaires pour les opérations esthétiques génitales. Cette Partie II, représentant les résultats empiriques de la recherche, est construite en trois chapitres: dans le chapitre ci-présent, il s'agit de comprendre tout d'abord ce qu'est la nymphoplastie. Cette brève description se base principalement sur les informations apportées par les interviewés. Puis, j'exposerai les termes utilisés lors des entretiens pour différencier les deux pratiques à partir d'une analyse de contenu afin de mieux se rendre compte de la polarité des discours (Chapitre IV). Cette analyse permet ainsi de dégager trois arguments principaux qui sont étudiés dans le dernier chapitre de cette partie (Chapitre V) afin de montrer qu'en réalité, ce sont les représentations sociales sur la nymphoplastie et l'excision qui les ont érigés en deux parfaits opposés.

Sex design, une nouvelle chirurgie esthétique

La nymphoplastie – ou labioplastie¹⁵ – est une chirurgie ambulatoire qui consiste à réduire les petites lèvres, dans le cadre médical ou esthétique. L'intervention est considérée comme médicale lorsque la patiente présente une malformation congénitale ou si une ou les deux petites lèvres sont jugées hypertrophiées, soit « anormalement longues », dues à une croissance excessive durant la puberté. Plusieurs interviewés utilisent l'expression « des oreilles d'éléphant » pour illustrer ce cas¹⁶ ; d'autres parlent

¹⁵ Cf. Annexe 2 : Les types de chirurgie esthétique génitale.

¹⁶ « La nymphoplastie c'est un petit différent c'est quand vous avez des lèvres qui sont très... souvent qui sont détendues avec le temps. C'est un peu comme des oreilles de Dumbo l'éléphant au niveau des

de « pathologie », sans pour autant pouvoir en donner une définition précise¹⁷. Toutefois, les patientes qui correspondent à ce cas n'ont pas d'elles-mêmes une démarche médicale mais consultent d'abord pour des raisons de « confort », étant gênées physiquement dans leurs vêtements, en faisant du vélo ou lors des rapports sexuels. La nymphoplastie esthétique, en revanche, concerne davantage une gêne psychologique: lorsque l'aspect des petites lèvres provoque chez la patiente une gêne ou une honte. Toutefois, la frontière entre une nymphoplastie esthétique et une nymphoplastie médicale est quelque peu vaporeuse. En effet, la nymphoplastie esthétique est assimilée par de nombreux interviewés à une psychothérapie¹⁸ au sens où elle permet à la patiente de remédier à une anxiété, un stress quant à l'apparence de ses organes génitaux et par la même occasion à améliorer la qualité de sa vie sexuelle, étant « libérée » de ses complexes. Dans un numéro de la revue *Reproductive Health Matters* consacré à la chirurgie génitale, on remarque en effet que la justification médicale a tendance à supplanter l'esthétique:

In almost all cases, labiaplasty is a response to the physical appearance of completely normal labia and a desire for more “attractive” genitalia. It is difficult for doctors to refuse such requests if the patient argues that her insecurities are psychologically damaging.

(RHM, 2010: 179, guillemets de l'auteur)

De plus, une justification médicale permet à la patiente d'espérer se faire rembourser l'opération par sa caisse maladie. En effet, les chirurgies esthétiques étant à la charge de la cliente et souvent très onéreuses, avancer un argument médical augmente les chances d'un remboursement. Certains médecins interrogés expliquent en effet que le remboursement dépend souvent des termes utilisés pour justifier l'intervention « médicale » et du bon-vouloir du médecin-conseil de l'assurance¹⁹.

lèvres et c'est vrai que faire une reconstruction pour avoir des lèvres normales, c'est quand même important parce que c'est quand même l'élément important de la sexualité. » (GE_médecin_4a)

¹⁷ « Elle veut des petites lèvres mais plus petites donc en fait... si vous voulez on enlève un petit peu ce qui est entre guillemet pathologique... et où est le pathologique ? On n'en sait rien... mais je veux dire c'qui les dérangent physiquement, etc. » (GE_médecin_2)

¹⁸ Pour davantage d'informations, voir Braun 2009b ; Braun et Tiefer 2010.

¹⁹ « Bon moi j'ai un peu les termes types quoi mais ça dépend un peu des assurances mais il y en a beaucoup qui... qui remboursent pas. Mais bon des fois ça dépend sur quel médecin-conseil on tombe... et pis... si on explique... ça peut passer hein. » (GE_médecin_2)

Une chirurgie esthétique récente

Si la nymphoplastie pour remédier à une malformation congénitale semble avoir toujours existé, il n'en va pas de même pour les nymphoplasties « de confort » et esthétique qui auraient commencé il y a une dizaine d'années²⁰. Certains interviewés attribuent cet essor à la plus grande liberté de langage autour du sexe et à sa médiatisation – en grande partie grâce à Internet. Si toutefois l'existence de la nymphoplastie en tant que chirurgie esthétique est encore assez méconnue, le besoin ressenti par les femmes de changer l'apparence de leurs organes génitaux – partie du corps jusqu'ici peu sujette à la chirurgie esthétique – est un sentiment de plus en plus grandissant et la banalisation de la pornographie y est pour beaucoup.

Alors qu'auparavant, il était difficile de pouvoir comparer ses organes génitaux avec d'autres femmes, partie intime et peu exposée, la pornographie et les revues érotiques ont donné la possibilité aux femmes de comparer leur vulve à celle des actrices X (voir Jeffreys 2005). Bien qu'il s'agisse de photos retouchées et souvent, de petites lèvres opérées, ces images ont établi un standard de beauté auxquelles des organes génitaux « normaux » doivent correspondre. Or, ces images renvoient à des vulves de petites filles, puisque sur ces photos – et a fortiori après une nymphoplastie – les petites lèvres retrouvent leur aspect pré-pubère²¹. Ceci a pour conséquence d'une part de donner aux femmes l'impression de n'être pas « normales » dès le moment où leurs organes génitaux ne correspondent pas à ce qu'elles voient; d'autre part, de renforcer chez certains hommes, « le fantasme de la jeune fille », qui vont de ce fait encourager ou du moins soutenir la démarche de leur femme à faire recours à la chirurgie.

La pornographie, bien que déclencheur principal de cet engouement pour la chirurgie intime, n'est pas pour autant le seul. En effet, la mode des pantalons sérés, des sous-vêtements en dentelles et des strings sont également des raisons qui peuvent motiver une femme à faire une nymphoplastie « de confort ». Ces vêtements n'étant pas toujours adaptés à la morphologie de la majorité des femmes, certaines d'entre elles optent pour la chirurgie afin de pouvoir répondre aux standards de la mode, une attitude qui

²⁰ La nymphoplastie comme nouvelle chirurgie esthétique est née dans les discours publics à la fin des années 1990 à travers les sites web de chirurgiens, les publicités et une couverture médiatique importante (Braun, 2009: 134)

²¹ Pour des photos avant-après: cf. Annexe 2 : Les types de chirurgie esthétique génitale.

provoque l'indignation chez certains interviewés²². Pour d'autres, la mode du rasage intégral – rendant les petites lèvres plus visibles – est également un facteur explicatif de l'engouement pour la nymphoplastie esthétique.

Le profil des patientes

Les raisons qui amènent à faire une nymphoplastie sont toutes aussi variables que le profil des femmes que cela touche. Bien qu'une généralisation soit ici excessive, on constate toutefois que la grande majorité des patientes sont de type européen et que la nymphoplastie « de confort » concerne davantage des femmes au-delà de la trentaine alors que la nymphoplastie esthétique touche majoritairement des jeunes filles de moins de 30 ans. Pour les premières, le relâchement des tissus suite à un accouchement ou du fait de la péri-ménopause ou encore l'espoir d'une meilleure qualité de vie sexuelle sont toutes des raisons qui expliquent leur démarche. Pour les secondes, la peur de ne pas plaire à un futur partenaire ou de ne pas avoir des petites lèvres « normales » du fait d'une méconnaissance de l'anatomie féminine est souvent à l'origine de l'opération²³. Il arrive parfois que des jeunes filles de 16 ans, accompagnées de leur mère, arrivent dans un cabinet pour se faire opérer. Toutefois, assurent les médecins interviewés, ce sont des cas assez exceptionnels et qui présentent souvent une malformation ou une hypertrophie unique. Si en Suisse, la nymphoplastie sur des adolescentes – à en croire les quelques entretiens recueillis – est davantage d'ordre médical, il n'est pas rare que dans d'autres pays européens tels que le Royaume-Uni, des filles de 15-16 ans voire parfois 10-11 ans demandent une nymphoplastie esthétique, avec l'accord de leurs parents (RHM, 2010: 179). Selon Linda Cardozo, urogynécologue britannique, la plupart des patientes – quel que soit leur âge – ont souvent une fausse idée de ce à quoi ressemble une vulve « normale » de femme adulte:

In the National Health Service, the number of requests for labiaplasty – that's reduction of the labia minora – had doubled over a 5 year period. Women have become much more aware of what is available. That doesn't actually necessarily mean they know what's normal [...] Sometimes the requests for labiaplasty are

²² « Au lieu de le couper en tranche notre corps est-ce que ce n'est pas mieux de trouver le vêtement adapté à notre handicap ? Si j'ai un bras court, je ne vais pas couper l'autre bras plus court pour le faire égal ! Non non il y a une certaine logique quand même ! Moi j'ai la peine à suivre. » (GE_témoin_2)

²³ Le documentaire *The Perfect Vagina* (2008) de Heather Leach et Lisa Rogers est particulièrement illustratif de cette tendance.

very reasonable but quite often the requests come from women who want to [...] look like other women. [...] We've had a request from a 14 years old here, from a 15 years old and they think that they want to look like other people but actually what there are trying to look like is a small child and they're never going to look like a small child as an adult woman.

(Linda Cardozo dans *The Perfect Vagina*, 2008)

Si le Royaume-Uni connaît des chiffres en très forte hausse – 1118 nymphoplasties en 2008, rien que dans le secteur public alors qu'on en comptait 669 en 2007 et 404 en 2006 (RHM, 2010: 179) – les chiffres concernant la Suisse semblent plus modestes. Il est toutefois difficile d'établir des certitudes puisqu'aucune donnée officielle n'est disponible. Dans la mesure où la nymphoplastie est pratiquée dans des cliniques privées, au même titre que les autres chirurgies esthétiques, et n'est souvent pas prise en charge par les assurances maladies, un quelconque recensement est difficile. Parmi les médecins interrogés qui pratiquent la nymphoplastie, le nombre de cas varie. Les chirurgiens esthétiques parlent d'une quinzaine par année à leur actif alors que les gynécologues, de 2-3 par an. On peut tout de même supposer, qu'en Suisse également, cette nouvelle chirurgie est florissante puisque sur une trentaine de gynécologues et chirurgiens plasticiens contactés durant la phase exploratoire de cette recherche et qui exercent la chirurgie gynécologique dans toute la Suisse romande, un seul a répondu ne pas faire de nymphoplastie. En Suisse, toutefois, la pratique en tant que telle semble encore peu connue et c'est sans doute une des raisons qui expliquent pourquoi les chiffres semblent plutôt bas en comparaison avec d'autres pays européens²⁴.

²⁴ Comme susmentionné, le Royaume-Uni a des taux beaucoup plus élevés. Ceci pourrait s'expliquer notamment par le fait que la nymphoplastie s'exerce aussi dans le secteur public.

CHAPITRE IV

DOUBLE ANTAGONISME

De même que la norme pénale distingue l'excision des opérations esthétiques génitales, les interviewés de cette étude ont tenu des propos faisant apparaître une gémellité antithétique parfaite entre ces deux pratiques. En effet, excision et nymphoplastie sont présentées comme diamétralement opposées. Cette affirmation ne surprendrait pas la psychologue néo-zélandaise, Virginia Braun qui a établi le même constat:

The domains of 'FGM' and FGCS²⁵ have been constructed as entirely separate, as polar opposite; some have argued explicitly for a fundamental *difference* between FGCS and 'FGM' [...] The implicit position within such discourse is that 'FGM' is unacceptable, but FGCS is acceptable.

(Braun, 2009b: 234, mis en italique par l'auteure)

L'analyse des termes utilisés par les intervenants permet ainsi de répertorier plusieurs « différences », présentées dans les discours comme des vérités indéniables. Tout d'abord, excision et nymphoplastie ne concernent pas les mêmes personnes: d'un côté, cela touche des *Africaines*, de l'autre, cela s'adresse à des *Européennes*. L'excision a aussi un caractère *collectif* alors que la nymphoplastie est d'ordre *individuel*. L'excision touche des *enfants* alors que la nymphoplastie est une pratique d'*adultes*. De ce fait, pour l'une, la femme est *victime*, pour l'autre, elle est *actrice*.

	Excision	Nymphoplastie
Africaines vs Européennes	africaines	s'adresse à vous comme à moi / européennes
Collectif vs Individuel	tout [nouveau-né] / des [enfants]	une [femme] / un [individu]
Enfant vs Adulte	nouveau-né / naissance / mineur / enfants / jeunes filles	adulte / femme
Victime vs Actrice	impose / clan / aucun choix / victime / contre la volonté / sans demander l'avis	liberté / libre de ses choix / a le choix / indépendante / consentantes / sont d'accord / conscientes de ce qu'elles font / elles paient pour

²⁵ FGCS: Female genital cosmetic surgery.

Ensuite, l'excision aboutit à de *nombreuses conséquences* alors que la nymphoplastie n'en a *aucune*, notamment concernant la sexualité féminine que l'excision *brime* et que la nymphoplastie *améliore*. De même pour l'aspect des organes génitaux qui de par l'excision sont *enlaidis* alors que la nymphoplastie permet de les *embellir*. En d'autres termes, l'excision n'apporte *aucun bénéfice* alors que dans le cas de la nymphoplastie, les médecins viennent en *aide* à la patiente. Pour toutes ces raisons, l'excision est un acte *irrationnel*, fondé sur une tradition, contrairement à la nymphoplastie qui est un acte *réfléchi*, donc rationnel.

	Excision	Nymphoplastie
Conséquences : Multiples vs Nulles	conséquences multiples / put the health, welfare and well-being at risk / les pires problèmes / cicatrices horribles	pas de conséquences / pratiquement jamais d'infections et d'hématomes
Sexualité : Brimée vs Améliorée	sexualité perdue / supprimer le désir sexuel / limite le plaisir sexuel / supprime l'organe producteur de plaisir / ne pas avoir une jouissance sexuelle / ablation du clitoris donc tout ce qui est lié au plaisir	permettre de se sentir mieux dans sa sexualité / n'enlève pas l'organe de plaisir
Inesthétique vs Esthétique	not aesthetic	for beautification
Bénéfices : Nuls vs Multiples	pas pour faire du bien / aucun bénéfice	aider / arranger / améliorer / lui rendre service / opération hautement réparatrice / medical benefits
Acte : Irrationnel vs Rationnel	it has to be done / pratique rituelle / des raisons culturelles / des raisons idéologiques, religieuses / une tradition / no justification / un but non médical	discuté / décidé / des choses réfléchies / capables de discernement / must be a reason / des raisons médicales

Enfin, l'excision est un acte *violent* et *barbare*. Or, la nymphoplastie est un acte *médical* donc *sûr*. En effet, l'excision est une pratique *ancienne* et *culturelle* alors que la nymphoplastie est *moderne*. C'est pourquoi, d'un côté, la pratique est *illégale*, de l'autre, elle est *légale*.

	Excision	Nymphoplastie
Violence vs Sécurité	arracher / agresser / brutale / violence / barbare / une mutilation / on ampute / ablation / ils délabrent tout / tortuous practice / torture / bousillé / massacré / abimé / horrendous / dangerous	tranquillement / spécialiste / sécurité / confort / une plastie / doctors know what they're doing / scientifically studied / scientifically it can be done
Ancienne vs Moderne	pratique traditionnelle / pendant des siècles	nouveau / new modern way
Illégale vs Légale	against medical ethics / against legislation / medically condemn by WHO	approved by the government / accepted by the law in the country / accepted by the community / medically accepted

Lorsqu'il s'agit de mettre en parallèle l'excision et la nymphoplastie, on remarque ainsi que bien souvent ce sont des antonymes qui sont utilisés. On constate également un changement de rythme dans le ton de la voix lorsque l'interviewé parle de l'excision (voix plus rapide) ou de la nymphoplastie (voix plus lente), un changement de rythme qui reflète l'opinion du locuteur pour l'une et l'autre pratique. Voici une citation d'un médecin interrogé qui illustre parfaitement cette opposition symétrique, appuyée par un changement de rythme:

La démarche que dans une société donnée on impose à tout nouveau-né de sexe féminin de se faire arracher le clitoris de façon assez brutale pour des raisons idéologiques, religieuses, etc. on les connaît. Et puis le fait qu'une femme adulte va tranquillement sur ses deux pattes arrière voir un spécialiste pour lui faire une plastie génitale esthétique dans des conditions toute sécurité, tout confort. Je pense qu'il y a quand même une grosse différence. Vu sous cet angle-là.

(GE_médecin_4)

Toutes ces « différences » mentionnées par les divers interviewés de cette étude montrent que ces discours sont certes basés sur des faits réels mais que ceux-ci, généralisés, sont devenus des représentations sociales qui ne tiennent plus compte de la pluralité des vécus. Dans l'imaginaire collectif, ce sont donc deux pratiques totalement opposées avec pour distinctions principales le plaisir sexuel, les conséquences sur la santé et le consentement.

CHAPITRE V

LES TROIS ARGUMENTS PRINCIPAUX DE DISTINCTION

Dans le présent chapitre, il s'agit d'analyser les trois « différences » identifiées comme capitales dans l'opposition des deux pratiques. Ces trois arguments sont donc le plaisir sexuel, les conséquences sur la santé et le consentement²⁶. Je vais montrer ici que cet antagonisme, érigé en vérité indéniable, est en réalité le résultat de représentations sociales en vigueur en Suisse comme dans tout pays d'immigration européen.

A. Le plaisir sexuel

Selon plusieurs interviewés, le plaisir sexuel est une différence incontestée entre la nymphoplastie et l'excision²⁷. Or, l'histoire de la nymphoplastie ou plus généralement de la chirurgie génitale montre que cette intervention n'a pas toujours eu pour vocation d'améliorer la sexualité féminine.

La chirurgie génitale, une cousine de l'excision

À l'origine, la nymphoplastie était une chirurgie purement médicale, connue sous le terme d'« excision ». En effet, en l'an 2 ap. J-C déjà, Soranos d'Ephèse, un médecin grec, parlait de l'excision comme d'une opération pour corriger l'hypertrophie clitoridolabiale (Erlich, 2007: 182). Puis tout au long des siècles, l'excision sera mentionnée dans les ouvrages médicaux toujours dans ce même but. Dans son livre paru en 1687, le Docteur Venette montre, par ses propos, qu'en réalité l'excision sur les « Africaines » ou sur les « Européennes » avait un seul et même objectif :

²⁶ Cette étude n'aborde ni la question de l'âge ni celle de la contrainte physique puisque pour des questions de comparabilité, je ne me base que sur la situation de deux femmes adultes et consentantes.

²⁷ « Bah ce sont deux choses différentes. L'excision vous supprimez le désir sexuel. Vous êtes en train de mutiler une femme dit très clairement. Tandis que là on est en train de... au contraire de... c'est deux opposés... on est en train de au contraire de... d'arranger, de permettre à une femme de se sentir mieux dans sa sexualité. C'est deux opposés. C'est deux extrêmes si vous voulez. » (GE_médecin_3)

Les lèvres et les nymphes des parties naturelles qui deviennent si longues et si pendantes qui affligent les filles africaines [...] la honte qu'ont quelques fois nos femmes françaises, lorsque ces replis de la peau de leurs parties naturelles sont excessifs en longueur, les empêche de s'exposer à un chirurgien pour se faire couper.

(Venette cité dans Erlich, 2007: 182)

Mais au début du 19^{ème} siècle, l'« excision médicale » devient une « excision sexuelle ». En effet, à cette époque, des progrès dans la science révèlent que le clitoris n'a aucune utilité dans la reproduction et qu'il n'est de ce fait pas l'équivalent du pénis. Le plaisir sexuel féminin – jusqu'alors toléré de par son supposé rôle dans la reproduction – devient dès lors péché et le clitoris, objet de vice. À cette époque, aux Etats-Unis, les Afro-américaines, les lesbiennes et les prostituées étaient « considérées comme ayant de grands clitoris et des petites lèvres déformées, signes de leur manque de valeurs morales » (Sen et Abrams, 2010: 4, ma traduction). En effet, des médecins vont attribuer au clitoris diverses « pathologies » telles que l'hystérie, l'épilepsie, l'homosexualité et la nymphomanie. Pour traiter ces « maladies » et en particulier soigner les femmes « atteintes de masturbation », le Docteur Jules Guérin (1801-1886) de l'Académie française de médecine « guérissait » ses patientes en brûlant leur clitoris au fer rouge (Brune et Ferroul, 2010: 54). D'autres médecins optaient pour la clitoridectomie, soit l'ablation du clitoris tel que le Docteur Isaak Baker Brown (1812-1873), président en son temps de la British Medical Society.

Tout au long du 19^{ème} siècle, le clitoris était ainsi considéré comme à l'origine de divers « maux » et « folies féminines » (Brune et Ferroul 2010). Loin de n'être qu'une conviction partagée par quelques gynécologues, le clitoris comme responsable de l'hystérie était une croyance répandue à laquelle adhérait aussi l'illustre psychanalyste Sigmund Freud (1856-1939). Mais ce dernier pensait également que « toute autre façon que le coït de parvenir à l'extase pour une femme était pathologique et nécessitait une thérapie » (Brune et Farroul, 2010: 58). En d'autres termes, Freud jugeait que seul le pénis devait permettre à la femme d'atteindre le plaisir. Ainsi de son temps, une multitude de femmes étaient déclarées « frigides », ne pouvant atteindre l'orgasme vaginal. Pour Freud, cette frigidité sexuelle était due au fait que le clitoris était trop éloigné du vagin. Par conséquent, il préconisait de déplacer chirurgicalement le clitoris afin qu'il soit plus facilement excité lors du coït. Marie Bonaparte, fervente disciple de Freud, qui se montrait aussi très intéressée par l'excision pratiquée en Afrique, s'est

ainsi faite opérée à trois reprises afin d'espérer atteindre un orgasme vaginal mais en vain (Lemel 2010). Toujours dans l'optique de remédier à la frigidité, plusieurs chirurgiens américains proposaient, dès la fin des années 1950, la « circoncision féminine à minima », c'est-à-dire l'ablation du prépuce clitoridien (Erlich, 2007: 186). Cette intervention est encore proposée aujourd'hui, or, elle correspond, selon Michel Erlich, au type I de l'excision, appelée la sunna (*ibid.*).

Cette brève chronologie historique de la chirurgie génitale féminine euro-américaine montre bien qu'elle n'est pas sans lien avec l'excision « africaine » et que le clitoris a longtemps été au centre de toutes les attentions. Plusieurs interviewés estiment que le clitoris est pourtant ce qui distingue la nymphoplastie de l'excision. Ceci est tout à fait vrai mais rappelons tout de même que la nymphoplastie n'est qu'une forme d'opérations esthétiques génitales au même titre que l'excision se traduit de diverses manières qui n'aboutissent pas toujours à l'ablation du clitoris²⁸. En revanche, ce n'est pas parce que la nymphoplastie épargne le clitoris que l'argument d'une meilleure qualité de vie sexuelle soit vérifié. Aujourd'hui encore, la chirurgie génitale pour améliorer le plaisir sexuel féminin fait débat. En effet, la médicalisation de la sexualité pose parfois des problèmes éthiques selon certains interviewés. Non seulement, la nymphoplastie peut aboutir à une perte de la sensibilité (Liao et Creighton 2007: 1091) mais comme l'explique un médecin du CHUV, ces bénéfices sur la qualité de vie sexuelle n'ont en réalité jamais été prouvés scientifiquement:

Chez les femmes un petit peu plus âgées, il y a une tendance actuellement à demander ce genre de chirurgie parfois avec des attentes un peu particulières et là je trouve que les médecins jouent un rôle parfois assez trouble. Dans le sens que non seulement ils entrent en matière mais parfois ils suscitent en disant « vous en êtes contentes de vos... » 'fin voilà ou parfois en laissant entrevoir une qualité de vie sexuelle qui sera meilleure après et là il n'y a aucune évidence de rien du tout et là il y a toute une série d'approches qui ont été développées, il y a ce que vous citez [nymphoplastie] qui est souvent à but purement esthétique, il y a des gens qui veulent 'fin qui proposent des approches pour augmenter le plaisir sexuel ou la qualité de vie sexuelle et ça passe par des injections dans le point G dont l'efficacité n'a jamais été démontrée à des traitements au laser intra-vaginaux [...] Toute chose assez ridicule disons au plan scientifique mais aussi choquante au plan

²⁸ Cf. Annexe 1 : Les types d'excision.

de la société je veux dire promettre des choses comme ça ou faire entrevoir des avantages de ce type alors qu'il n'y a rien de rien qui démontre quoique ce soit, ce n'est pas bien.

(VD_expert_1)

Orgasme et excision

À l'inverse, l'excision sous toutes ses formes est souvent perçue comme une pratique brimant la sexualité féminine. Or, depuis quelques années, plusieurs recherches ont démontré que certaines femmes bien qu'excisées ressentent des orgasmes. L'anthropologue américaine, Ellen Gruenbaum a passé plus de cinq ans au Soudan à étudier la pratique de l'excision. Elle y a interrogé plusieurs femmes excisées sur la qualité de leur vie sexuelle en leur demandant si elles avaient déjà ressenti un orgasme et si tel était le cas, quelles sensations elles éprouvaient. Une femme lui décrit alors un orgasme comme une femme non-excisée aurait pu le faire:

« Look, Ellen, some of us do 'finish'. It feels like electricity, like this » and she flicked her finger sharply and rhythmically against my constricted fingers. I was convinced we were talking about the same thing.

(Gruenbaum citée dans Bell, 2005: 137 ; guillemets de l'auteure)

Pour vérifier ce constat mais dans un contexte migratoire, Catania et al. ont mené en 2007 une étude avec des migrantes en Italie. Cette recherche a ainsi démontré que sur 137 femmes excisées – tout type d'excision confondu – 69% (n = 95) d'entre elles affirment *toujours* ressentir un orgasme lors d'une pénétration vaginale, 17 % *souvent* et seulement 12% *rarement* voire *jamais* (2%) (Catania et al., 2007: 1670). Catania et al. expliquent en fait que les femmes n'ayant pas souffert de graves complications dues à leur excision et qui sont heureuses en ménage, ressentent du plaisir sexuel. De plus, le contexte socioculturel est un facteur non négligeable sur la qualité de vie sexuelle des migrantes puisque vivre dans un pays où les cultures d'origine ne sont pas partagées voire stigmatisées altère considérablement l'estime de soi:

The social stigmatization and the negative messages from the media regarding their “permanently destroyed” sexuality provoke negative expectations on the possibility of experiencing sexual pleasure and provoke negative feelings about their own body image. [...] In FGM/C women, when their culture makes them live their mutilation as a positive condition, orgasm is experienced. When there is a cultural

conflict, the frequency of the orgasm is reduced even if the anatomical and physiological conditions make it possible.

(Catania et al., 2007: 1675)

Cette affirmation n'est pas anodine car on constate que les migrantes qui demandent une reconstruction à la suite d'une excision, requièrent cette intervention après avoir découvert ne pas être comme la majorité des femmes dans le pays d'accueil²⁹ ou du fait de leur compagnon européen³⁰ qui leur a fait remarquer leur différence (voir Eyer et Schweizer 2010).

B. Les conséquences sur la santé

La nymphoplastie, une pratique à risques

Les entretiens montrent que les conséquences sur la santé est un deuxième argument important pour différencier la nymphoplastie de l'excision. Si les diverses conséquences de l'excision sont connues³¹, les risques de la nymphoplastie semblent être sous-estimés. Lors des entretiens, plusieurs constats ont en effet pu être établis: pour certains médecins interrogés, la nymphoplastie ne comporte aucun risque ou dans le pire des cas, juste des risques liés à une banale intervention chirurgicale³². Certains chirurgiens arguent même que la dangerosité de la nymphoplastie est issue de « rumeurs »

²⁹ « Dans les pays où il y a 90% ou 100% de prévalence c'est clair que ces femmes sont en conformité avec leur environnement, tout le monde est excisé là-bas et ne pas l'être est anormal [...]. En Europe, [...] ces femmes excisées ne sont pas en conformité avec l'environnement et se perçoivent en immigration clairement comme des personnes mutilées, comme des personnes différentes, comme des personnes diminuées et c'est souvent ça qui vient dans le discours des femmes qui consultent [...] dans la demande comme motivation primordiale. » (GE_médecin_4)

³⁰ « (Mais donc le conjoint il est plus souvent européen 'fin non-africain disons ou est-ce qu'il y a des femmes qui viennent aussi avec un conjoint africain ?) Je crois que ouais tous ceux que j'ai vu c'étaient des Européens. Mais... je crois que quelque part si elles sont là c'est parce que voilà elles se sont intégrées par un mariage ou par... 'fin je sais pas exactement mais elles étaient... non c'étaient des Européens à chaque fois.» (GE_médecin_4a)

³¹ Les risques liés à la pratique de l'excision sont divers: infections, hémorragies, douleurs et pour une infibulation: difficultés pour uriner ou lors de l'écoulement menstruel, complications lors de l'accouchement. Il est toutefois important de noter que les complications précitées ne sont pas imputables à tous les types d'excision. En effet, le type I – la sunna – comporte moins de risque qu'une infibulation par exemple (type III).

³² « Pfffff.... honnêtement rien. Les risques classiques d'une intervention: on peut avoir un hématome, une infection, tout ce que vous voulez mais voilà, c'est... en plus c'est une chirurgie de... débile. Enfin c'est... il n'y a rien de plus simple. Il ne peut justement rien arriver... pratiquement jamais d'infections et d'hématomes. Jamais. » (VD_expert_1)

véhiculées par les gynécologues³³. Pourtant, tout en avançant que la nymphoplastie est une pratique sans risques, ils font apparaître dans leur discours des risques potentiels. C'est ainsi que dans les entretiens, ils me confient que certains médecins, attirés par le marché lucratif que représentent les chirurgies esthétiques génitales, pratiquent la nymphoplastie sans pour autant en avoir les qualifications nécessaires. Ils avancent aussi que les risques d'une nymphoplastie dépendent du type de technique utilisée³⁴ ou encore que lors de l'intervention, des complications peuvent survenir telles que des saignements ou des points de suture qui lâchent. De plus, il est apparu que la technique qu'un interviewé qualifie de « sauvage » – soit la technique dite longitudinale – est justement celle pratiquée par d'autres médecins afin d'éviter les complications précitées. De ce fait, il semble très surprenant que pour la majorité des intervenants et dans l'imaginaire collectif, la nymphoplastie soit présentée comme une intervention bénigne. Cette méconnaissance pour ne pas parler de déni des risques engendrés par une nymphoplastie s'explique d'une part par le fait qu'il n'existe au moment de la rédaction de la présente étude, ni recherches ni données sur les éventuelles complications liées à cette intervention chirurgicale ou sur ses effets lors de l'accouchement. D'autre part, selon un interviewé, ceci pourrait s'expliquer par le fait que peu de patientes osent porter plainte:

Mais encore une fois, si vous êtes médecin et que vous faites ce genre de chirurgie, vous ne prenez pas beaucoup de risques. [...] Si vous faites des seins qui sont asymétriques, etc. il y aura un procès ou... j'vous jure que ce n'est pas personnel mais vous vous voyez faire un procès à un docteur parce que vous avez les petites lèvres qui étaient... qui restaient asymétriques ? Enfin c'est éclat de rire. Il n'y a aucune possibilité. Enfin, c'est... je ne dis pas que personne ne le fera jamais mais enfin c'est gênant, c'est compliqué... c'est... il y a très peu de risques. C'est une exploitation insupportable de la crédibilité des gens.

(VD_expert_1)

³³ « Alors les femmes qui venaient me racontaient qu'elles en parlaient à leur gynécologue depuis 5 ans en disant de leurs petites lèvres, que le gynécologue s'intéressait pas beaucoup ou qui leur a dit « Non non faites pas ça c'est dangereux, ça saigne. Après vous aurez des douleurs ça va être horrible » enfin des bêtises. » (GE_médecin_4)

³⁴ « 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 [il me dessine un schéma] alors il y a des gynécologues mal formés qui coupent ça comme ça [méthode longitudinale] et puis vous vous retrouvez avec une petite lèvre où ça c'est cicatriciel. [...] On se retrouve avec des petites lèvres cicatricielles qui lors de la dilatation de l'accouchement peuvent effectivement poser des problèmes. » (GE_médecin_4)

Toutefois, si aucune patiente ne porte plainte ce n'est sûrement pas parce que toutes sont satisfaites. Il suffit en effet d'aller sur Internet pour se rendre compte que certaines patientes après l'opération s'estiment mutilées. En effet, sur des forums féminins ou des blogs de médecins, des patientes postent des messages de désespoir suite à une nymphoplastie qu'elles jugent ratée. Sur les forums féminins, on peut lire des messages postés dans l'espoir de dissuader d'autres filles de se faire opérer:

« Salut, c'est peut être tard mais sache que chaque femme est différente. Moi j'ai fait l'erreur de me faire opérer, la chirurgienne m'a ratée je suis mutilée et en plus traumatisée je n'ai plus du tout les mêmes sensations »³⁵

Sur les blogs de médecins, il s'agit plutôt de messages qui demandent de l'aide dans un but de reconstruction:

« J'ai subi une nymphoplastie en 2001, et cette intervention a fait basculer ma vie de femme. En effet, depuis l'intervention je n'ai plus du tout de petites lèvres. Avant l'opération, j'étais normale puisque j'avais juste des petites lèvres qui sortaient à peine de la vulve, mais c'est hélas plus tard que j'ai réalisé que beaucoup de femmes étaient comme cela. Ma gynécologue de l'époque m'avait envoyée voir un gynécologue confrère sur Marseille, qui faisait déjà beaucoup ce genre d'interventions, selon ses dires. Depuis je me sens atrocement mutilée. Pouvez-vous m'aider? »³⁶

Ces deux exemples permettent donc de se rendre compte qu'aux yeux de ces femmes, elles ont littéralement subi une « mutilation génitale féminine ». Or, cette appellation est rattachée exclusivement à la pratique de l'excision si bien que d'un point de vue juridique en Suisse, elles ne pourront en principe demander réparation qu'à l'aide de l'article 123 CP sur les lésions corporelles simples, les opérations esthétiques génitales étant considérées comme des interventions « légères » (Roux, Paul-André dans BO 2010 N 2133). Pourtant, si l'on se réfère à la typologie de l'OMS sur les « mutilations génitales féminines »³⁷, on constate en effet que la nymphoplastie correspond au type IIa de l'excision, soit à « l'ablation des petites lèvres », qu'il s'agisse d'une ablation partielle (communément appelée « réduction ») ou totale.

³⁵ Source: http://sante-az.aufeminin.com/forum/f932/_f52_f932-Taille-des-levres.html (Consulté le 28.04.11)

³⁶ Source: <http://nymphoplastie.blogspot.com/2008/12/complications-nymphoplastie.html> (Consulté le 28.04.11)

³⁷ Cf. Annexe 1 : Les types d'excision.

La mutilation

À la question « *Qu'est-ce qu'une mutilation pour vous ?* », les réponses des interviewés peuvent être divisées en deux groupes. Dans le premier, la mutilation est « l'ablation d'un organe », dans le second, la mutilation est rattachée au fait d'intervenir sur un corps sain et de contrer la nature. Fervente militante contre l'excision, une interviewée s'exclame:

« Leave the body as it is created! And that is what we say: we are all created in the imagine of God. Let us live with that image! Why do we need to interfere? »

(GE_expert_8)

Il est toutefois surprenant de constater que les interviewés de ce deuxième groupe approuvent tout à fait la démarche des patientes de nymphoplastie esthétique alors qu'ils s'indignent quand il s'agit de changer l'aspect « naturel » des organes génitaux lors d'une excision. En réalité, on observe que les mêmes arguments sont donnés par ceux qui dénoncent la pratique de l'excision³⁸ que par ceux qui condamnent la nymphoplastie³⁹: les uns et les autres disent ne pas comprendre la nécessité d'intervenir sur des organes génitaux « normaux ». Si tous s'entendent pour dire qu'il faut laisser un corps sain intact, seuls quelques-uns semblent d'accord sur le fait que la définition de la « mutilation génitale féminine » peut s'appliquer aux deux pratiques⁴⁰.

Ces divergences dans la compréhension d'une « mutilation génitale féminine » est également perceptible parmi les parlementaires. En effet, Maria Roth-Bernasconi, à l'origine du projet de loi, assure que la définition et la typologie des « mutilations sexuelles féminines » de l'OMS sont celles reprises par les députés pour définir les pratiques comprises dans la nouvelle norme. C'est pourquoi, précise-t-elle, *toutes* les formes de mutilations génitales féminines ont été incluses dans la loi:

On vise vraiment les mutilations génitales graves mais on a dû y mettre toutes les mutilations sinon ça devient extrêmement compliqué parce qu'on a aussi mis cette norme dans la loi pour pas qu'après on doive faire des examens pour regarder si

³⁸ « Dès que tu défais la nature, c'est une forme de mutilation. Dès que tu changes ce que la nature t'a donné » (GE_expert_7)

³⁹ « Enlever ce que la nature a fait, quelle nécessité ? » (GE_témoin_2)

⁴⁰ « Cette chirurgie plastique qui au fond n'est rien d'autre que matériellement aussi une forme de mutilation génitale. Non ? Parce que la réduction par exemple des lèvres génitales est une forme de mutilation génitale féminine mais aussi une forme de cette chirurgie esthétique. » (BE_expert_4)

c'est une lésion corporelle simple, une lésion corporelle grave parce que c'est aussi assez pénible pour les femmes et parfois ça peut aussi changer avec... quand vous faites ça à un bébé, après quand il est plus grand, c'est compliqué pour regarder ce qui vraiment a été fait. Donc on a mis tout là dedans. Toutes les formes.

(Maria Roth-Bernasconi)

Toutefois, ce souci d'exhaustivité, animé par la volonté de lutter contre la perpétuation de pratiques nocives à l'égard des femmes, ne concerne que les pratiques non autochtones comme l'excision. Et pour preuve, la nymphoplastie n'est pas la seule pratique exceptée de la norme pénale correspondant pourtant à un type de « mutilation génitale féminine » répertorié par l'OMS: les piercings génitaux sont également mentionnés parmi les exceptions. Or, les piercings génitaux⁴¹ impliquent les piercings clitoridiens – soit littéralement le percement du clitoris – qui correspondent à la sunna (type I)⁴² ou au type IV de l'excision, regroupant toutes les pratiques « sur les organes génitaux féminins à *des fins non thérapeutiques*, telles que la ponction, le *percement*, [...] » (OMS, 2008: 28).

Se défendant d'être discriminatoire, la forme actuelle de la nouvelle norme reflète pourtant une nette distinction entre les pratiques selon leur provenance d'origine. Ainsi, les pratiques adoptées par des autochtones bénéficient d'une exception – alors qu'elles peuvent se révéler tout aussi nocives comme démontré ci-dessus – contrairement à l'excision pour laquelle les parlementaires font preuve d'une extrême sévérité.⁴³ La Suisse n'est pourtant pas le seul Etat à faire une distinction ethnique entre ces pratiques, comme le constatent en Suède, l'anthropologue sociale, Sara Johnsdotter et la gynécologue Birgitta Essen:

⁴¹ Les piercings génitaux féminins regroupent les piercings sur le prépuce clitoridien ou directement sur le clitoris (piercings clitoridiens).

⁴² « Vous savez aussi qu'il y a des formes de mutilations génitales qu'on peut comparer au piercing: il y a le piercing du clitoris et il y a le fait de la sunna, non ? » (BE_expert_4)

⁴³ « Es dürfte unbestritten sein [...], dass die weibliche Genitalverstümmelung ein grausames Ritual mit lebenslanger Folge ist. Dabei kann und darf es keine Rolle spielen, ob die Verstümmelung unter einwandfreien hygienischen oder unter medizinisch bedenklichen Bedingungen stattgefunden hat. Es darf keine Rolle spielen, ob eine Einwilligung der betroffenen Frau oder des betroffenen Kindes vorgelegen hat. Es darf keine Rolle spielen, welche Arten und Typen von Verstümmelungen vorgenommen worden sind. Es darf auch keine Rolle spielen, ob es - unter welchen Titeln auch immer, z. B. Tradition, Religion oder gar pseudomedizinische oder ästhetische Gründe - Rechtfertigungen gibt. Ebenso darf in unserem Land das Nichtwissen nicht zu einem milderem Urteil führen. » (Schwander, Pirmin dans BO 2010 N 2139).

Procedures involving genital modifications are intertwined with political considerations; they are never purely about anatomy and physiology but are intrinsically entangled with cultural norms and ideology. Even the pricking of the African clitoral hood is condemned, while reduction of clitoral tissue in a European woman is legal and accepted.

(Johnsdotter et Essen, 2010: 35)

C. Le consentement

Des trois arguments principaux, le consentement et le libre choix sont deux concepts qui reflètent sans aucun doute l'argument *le plus important*, évoqué par les interviewés. La majorité d'entre eux affirment sans hésitation que la nymphoplastie est une démarche personnelle, consentie et libre. En d'autres termes, la principale distinction entre nymphoplastie et excision serait la pression socioculturelle exercée sur la femme. Dans l'excision, elle serait à la base même de toute intervention alors que pour une nymphoplastie, elle serait quasi nulle. Or, pour Clare Chambers, philosophe britannique, considérer le choix des individus en-dehors de toute influence extérieure est un leurre:

Individuals and their preferences are formed by social forces, so that who people are and what they want are affected by their social context. [...] individual's options are constrained by social norms.

(Chambers, 2004: 2 ; mis en italique par l'auteure).

En d'autres termes, les discours sur le consentement ont tendance à focaliser leur attention sur la seule capacité des individus à choisir et non sur la manière dont la société forme leurs préférences (Chambers, 2008: 9). Et pourtant, dans le cas de la nymphoplastie comme pour toute chirurgie esthétique, l'environnement social a une influence certaine sur les perceptions et les choix.

La quête de la normalité

La nymphoplastie esthétique répond souvent à une quête de normalité ressentie par les patientes. Du fait d'avoir vu des photos (retouchées) d'actrices X ou des photos de patientes avant-et-après l'opération et ignorant finalement que l'anatomie génitale féminine est très variable d'une femme à l'autre, l'angoisse de ne pas être normales les submerge dès le moment où elles ne correspondent pas à ce qu'elles voient (Braun 2009a-b). Elles pensent alors qu'il y a un standard auquel leurs organes génitaux

doivent correspondre pour être « dans la norme » et veulent à tout prix s’y conformer⁴⁴. Or, ce standard qui établit ce qu’elles croient être un sexe normal de femme adulte correspond en réalité au sexe d’une jeune fille pré-pubère.

La chirurgie esthétique de manière générale est souvent perçue comme permettant d’accéder à un idéal de beauté, à la « plastique parfaite » et les sites web de chirurgiens plasticiens invitent à « corriger » les « imperfections » (Braun 2009a). La frontière entre « idéal » et « normal » tend à se confondre, laissant croire qu’être « normal » c’est correspondre à « l’idéal ». De ce fait, toute diversité devient « pathologique » pour ne laisser place qu’à *un* seul standard de beauté génitale qui devient la norme (Braun et Tiefer, 2010: 2 ; voir aussi Jeffreys 2005). Evidemment, cette quête de normalité ne s’applique pas uniquement à la nymphoplastie. Les chirurgies esthétiques en général ou les innombrables régimes aminçissants sont tout autant de façons d’atteindre une présumée « perfection ». Indignée par ce dictat qu’elle nomme « le terrorisme de la beauté », la psychanalyste américaine Susie Orbach dénonce la commercialisation du mal-être des femmes:

Aujourd’hui, les jeunes filles et les femmes trouvent ça normal de se sentir mal dans leur peau, de ne pas aimer leur corps. [...] L’image que les magazines donnent de la femme est réductrice: elle exclue les trois-quarts d’entre nous. Il faut savoir qu’une image de femme dans la publicité est retouchée non pas une ou deux fois mais 200 fois. Il y a une véritable explosion de la culture de l’image. L’image est partout: même dans les ascenseurs, les écrans, les affiches projettent l’image de la femme voulue par l’industrie. C’est la pénétration de l’image de la femme que renvoie l’industrie qui change la façon dont les femmes se perçoivent: l’industrie de la mode, l’industrie du loisir, l’industrie du régime, l’industrie pharmaceutique, l’industrie alimentaire, le commerce de la chirurgie esthétique. Tous ont besoin que les femmes se sentent moches parce que c’est le mal-être des femmes qui les enrichit.⁴⁵

Il est difficile dans ces circonstances de parler encore de « libre » choix des patientes de

⁴⁴ « La plupart des demandes elles sont soit liées à une insécurité de méconnaissance, une volonté de correspondre à un modèle, etc. donc là c’est plutôt les jeunes femmes qui ont beaucoup d’interrogations sur leur apparence et il y a pas mal de consultations de jeunes femmes dont le but non avoué est en fait de se rassurer sur son apparence. Des très jeunes filles viennent parfois sans demande particulière, sans demande de contraception, juste pour voir si c’est normal et quand on creuse un peu [...] on s’aperçoit qu’il y a des questions « est-ce que je suis normale ? », « est-ce que ça a l’air normal ? », « est-ce que ça va choquer un éventuel partenaire ? » » (VD_expert_1)

⁴⁵ Source: *Le corps, une obsession*. La bataille de la beauté. ARTE, 27.04.11.

nymphoplastie dès le moment où l'on a pris conscience du conditionnement par ces industries sur la perception du corps, un conditionnement tel qu'il peut déclencher chez certains individus des dysmorphophobies⁴⁶.

Lors des entretiens, certains interviewés ont mentionné le fait qu'une excision enlaidie les organes génitaux, contrairement à la nymphoplastie qui a pour but de les embellir. Or, l'excision a parfois aussi une vocation esthétique, le sexe intact d'une femme étant considéré comme inesthétique⁴⁷. Au cours de leur étude, Catania et al. ont pu confirmer ce constat: sur les 137 femmes excisées interrogées, 17% (n=23) estiment que l'aspect des organes génitaux d'une femme au naturel est « affreux » (Catania et al., 2007: 1674). L'excision et la nymphoplastie ont donc ceci en commun que ce sont deux pratiques qui répondent à une norme de beauté hétérosexuelle dans un contexte socioculturel donné.

Le consentement valable

Parce que les femmes qui subissent une nymphoplastie sont membres d'une société avec ses normes et ses idéaux, considérer qu'une femme adulte qui consent à une nymphoplastie esthétique est totalement « libre » se révèle donc incorrect. En effet, la pression socioculturelle exercée sur celle-ci afin qu'elle se conforme à certaines normes de beauté pour être socialement acceptée, reconnue et valorisée, est loin d'être négligeable (voir Braun 2009a-b). De ce fait, il serait plus juste de parler de choix « normé » que de « libre » choix puisque faire la démarche d'une chirurgie esthétique c'est avoir intériorisé les standards définis par la société et avoir « fait le choix » de s'y conformer. Comme l'explique l'avocate Kathambi Kinoti, co-fondatrice du Young Women's Leadership Institute (YWLI):

Même si le choix de se soumettre à une opération chirurgicale de ce type [génitale] est individuel, le fait de croire que cette procédure est nécessaire est le résultat de

⁴⁶ Dysmorphophobie: « Maladie psychique dans laquelle les personnes atteintes sont occupées de manière totalement démesurée par un défaut physique tout à fait bénin. Il peut s'agir d'une calvitie débutante, d'un nez imparfait, d'une légère cellulite ou de n'importe quelle zone du corps jugée atrocement laide et handicapante, alors que le bon sens n'y voit rien qu'une très légère imperfection, voir une banale normalité. » Source: <http://pstpe.unblog.fr/tag/definition-phobie-sociale-autres-phobies/dysmorphobie-ou-dysmorphophobie/> (Consulté le 12.06.11)

⁴⁷ « J'ai réalisé que quelques femmes pensent vraiment que la mutilation... la femme mutilée est plus jolie que des femmes qui ne sont pas mutilées. » (LU_expert_6)

l'évolution des valeurs d'une société qui définit le caractère désirable des organes génitaux.⁴⁸

En effet, une patiente de nymphoplastie esthétique fait preuve – selon les termes de Clare Chambers – d'une « autonomie de premier ordre », soit une autonomie qui répond à une norme sociale (Chambers, 2004: 4). Or, l'autonomie qui est valorisée et mise en avant dans les discours⁴⁹ est une « autonomie de second ordre », soit une autonomie dépourvue de toute influence extérieure (*ibid.*). C'est pourquoi, cette dernière appelle souvent la vision d'un droit sans limites de disposer de son corps:

But, however odd it may feel, we must fiercely defend the rights of autonomous individuals to make bad decisions about their health.

(Vivienne Nathanson)

Pourtant, celles et ceux qui défendent fervemment l'autonomie absolue des femmes même si c'est pour faire de mauvais choix, ne peuvent concevoir qu'une excision puisse être consentie. Ainsi les propos de Paul-André Roux (CEg, VS)⁵⁰ lors de la session d'hiver 2010 du Conseil national illustre parfaitement cette représentation dichotomique:

Comme une mutilation génitale ne constitue généralement pas une intervention judicieuse ou *justifiable*, elle ne peut faire l'objet d'un consentement valable, ni de la part d'une personne *adulte et capable de discernement*, ni de la part des parents d'un enfant incapable de discernement. Des exceptions sont toutefois envisageables pour des interventions *légères*, telles que les tatouages, les piercings ou certaines opérations esthétiques.

(BO 2010 N 2133)

En d'autres termes, « s'il devait arriver » qu'une femme se dise consentante à son excision, la norme prévoit que c'est au juge d'évaluer si son consentement peut être considéré comme un consentement *valable* au sens du droit pénal – une notion qui fait par ailleurs étroitement référence à « l'autonomie de second ordre ». Or, des femmes qui se font exciser de leur propre gré, il en existe. En voici deux exemples: la première est

⁴⁸ Source: <http://www.awid.org/fr/Actualites-et-Analyses/Enjeux-et-Analyses/La-mutilation-genitale-feminine-et-la-chirurgie-esthetique-genitale-Ces-deux-gestes-ont-ils-quelque-chose-en-commun> (Consulté le 03.04.11)

⁴⁹ « Lorsque toi tu prends une décision tu dis « Je vais voir un chirurgien pour m'arranger les lèvres », c'est de ta liberté. La démarche c'est une démarche libre. » (Emmanuel Kabengele)

⁵⁰ CEg, VS: groupe PDC/PEV/PVL du Valais.

une anthropologue américaine originaire du Sierra Léone, Fuambai Ahmadu, qui s'est excisée à l'âge adulte de son plein gré dans son pays d'origine et qui a écrit sa thèse de doctorat sur le plaisir sexuel des femmes excisées⁵¹ (voir Shweder 2009). La seconde est une femme britannique qui a été excisée par un médecin en Egypte, suite à son mariage avec un autochtone.⁵² Dans les grandes villes comme le Caire, il est fréquent en effet que des femmes se fassent excisées dans des cliniques, sous anesthésie, par des gynécologues qualifiés, comme le Docteur Mounir Fawzi, professeur de renom à l'Université Ain Shams. Celui-ci est d'avis que l'excision ne doit pas être pratiquée sur toutes les femmes mais uniquement sur celles dont les petites lèvres sont trop « redondantes » afin d'éviter infections et irritations⁵³, une description de ce qu'il appelle « excision cosmétique » qui fait écho à la nymphoplastie.

On voit donc d'une part, que non seulement dans le cas de la nymphoplastie mais également de l'excision, des femmes, adultes, sont consentantes à leur opération; d'autre part, que dans les deux cas, ces femmes font preuve d'une « autonomie de premier ordre » puisque leur démarche de se faire opérer répond à une norme sociale à laquelle elles se sont conformées. La norme pénale serait-elle donc discriminatoire ? Maria Roth-Bernasconi affirme que ce n'était pas dans son intention mais qu'intégrer les opérations esthétiques ou les piercings génitaux à cette norme, c'était craindre de ne pas obtenir la majorité des voix:

Je crois que c'est une affaire extrêmement florissante la chirurgie esthétique et là on a eu vraiment beaucoup de réticence, notamment des partis de droite pour qu'on n'interdise pas les opérations génitales, esthétiques au niveau des organes génitaux. Moi personnellement je dois vous dire que ça ne m'aurait même pas gênée si on dit: du moment où il n'y a pas de raisons médicales, on interdit parce qu'on pourrait éventuellement aussi dire que ces femmes-là ne le font pas vraiment de leur plein gré. [...] Ça me gêne vraiment pas du tout mais c'est absolument pas *mehrheitsfähig* c'est-à-dire on n'obtient pas la majorité pour ça.

(Maria Roth-Bernasconi)

⁵¹ Fuambai, Ahmadu. *Ain't I a woman too?: challenging myths of sexual dysfunction in circumcised women*, University of Chicago, Department of Comparative Human Development.

⁵² « I am a British born woman who met and married an Egyptian man many years ago. I underwent female circumcision when I converted to Islam. I have no regrets. I have not suffered as result. » (Source: www.thefword.org.uk/blog/2007/07/bbc_debate_on_f (Consulté le 25.04.11)) Il est important de souligner encore une fois que l'excision ne trouve pas son origine dans l'islam. En effet, autant l'excision est pratiquée par des communautés chrétiennes et juives, autant elle est une pratique inconnue dans de nombreux pays musulmans comme l'Arabie Saoudite, terre sainte de l'islam.

⁵³ Source: *L'excision en Egypte*, Radio Suisse Romande (Hautes Fréquences), 11 janvier 2009, 20h00.

Mais la rentabilité des opérations esthétiques n'est pas la seule raison qui motive leur exclusion de la norme. En effet, comme susmentionné (Chapitre III), le caractère médical attribué aux opérations esthétiques dès le moment où elles remplissent un rôle de psychothérapie, leur confère un statut de légitimité incontestable et incontesté. Parce qu'avec l'étiquette d'interventions « médicales » elles ne peuvent plus être comparées à des pratiques « culturelles », les opérations esthétiques n'entrent plus dans la définition de pratiques condamnables.

Synthèse

Dans cette partie de l'étude, j'ai montré que ni le plaisir sexuel, ni les conséquences sur la santé et encore moins le consentement, ne sont des raisons suffisantes pour légitimer une distinction binaire entre l'excision et la nymphoplastie quand il s'agit de comparer deux femmes adultes consentantes à leur opération. En effet, ces deux pratiques ont plus de similitudes que de différences. Or, ce sont les représentations sociales entourant ces deux pratiques qui donnent l'impression d'une gémellité antithétique. En d'autres termes, être conscient de ces ressemblances c'est éviter toute incohérence dans les discours, un risque pour la crédibilité de la norme pénale.

PARTIE III

DES REPRÉSENTATIONS SOCIALES À LA NORME
PÉNALE

CHAPITRE VI

LE COMPORTEMENT *IN CORPORE*

À l'image des représentations sociales qui distinguent excision et nymphoplastie, la nouvelle norme pénale est construite sur le stipula que ces deux pratiques sont incomparables. En effet, les opérations esthétiques génitales sont exceptées de la loi parce que les politiciens qui l'ont élaborée sont eux-mêmes porteurs de ces représentations sociales. Mais pourquoi une telle volonté de dissociation ? J'ai montré dans le chapitre précédent que d'une part la rentabilité des opérations esthétiques est un facteur explicatif non négligeable. Exclure la nymphoplastie d'une norme interdisant les « mutilations génitales », c'est non seulement l'approuver mais c'est surtout assurer la pérennité de la chirurgie esthétique. D'autre part, l'association opérations esthétiques-psychothérapie encourage cette exclusion. Mais au-delà de ces deux arguments, ce qui explique ces représentations sociales dichotomiques c'est en réalité le déni que des pratiques nuisibles pour les femmes puissent exister dans des pays dits « développés ».

Si dans la Partie II, j'ai montré que les différences entre la nymphoplastie et l'excision sont *construites* et non pas *naturelles*; dans la partie que voici, j'entends en expliquer la raison. Pour ce faire, je vais démontrer dans le chapitre ci-présent que les opérations esthétiques (génitales) remplissent tous les critères de ce qui est défini comme une *harmful traditional practice* (ci-après HTP) par les Nations Unies. Ceci me permettra d'expliquer alors pourquoi malgré cette réalité, ce n'est *que* l'excision qui est prohibée.

L'Autre

À en croire toutes les personnes interrogées au cours de cette étude, une pratique dite scientifique et médicale ne peut nuire. Quel que soit l'endroit du corps soumis au scalpel, la chirurgie esthétique semble toujours légitime du fait de son caractère psychothérapeutique. Avec une telle justification, peu d'interviewés n'osent condamner

la pratique attribuant l'opération esthétique à une démarche « individuelle », « choisie » et « libre ». De ce fait, tout jugement moral semble inconvenant. L'excision, en revanche, est décrite par les interviewés comme ayant les attributs inverses: elle est perçue comme « primitive », « non-scientifique » et « contrainte ».

Si ces représentations sociales semblent suggérer une distinction hiérarchique entre les deux pratiques (Winter et al., 2002: 76), nous avons pu voir dans le chapitre précédent que cela relevait davantage de stéréotypes: d'un côté, l'intervention est médicale et libre, de l'autre, elle est barbare et forcée. Or, il est impossible de généraliser à ce point sous peine de ne pas tenir compte de la pluralité des vécus. En réalité, ces représentations résultent d'une dichotomie plus générale et bien ancrée: celle qui perçoit les femmes « d'ailleurs » comme opprimées et victimes et celles « d'ici » comme émancipées et actrices. De ce fait, la modernité et le développement – entendus à l'« occidental » – apparaissent comme être *les* solutions qui permettent l'émancipation des femmes (Winter et al. 2002), une vision qui peut s'apparenter à de l'impérialisme culturel (Sheldon et Wilkinson, 1998: 265). Mais loin d'être une pensée nouvelle, cette représentation dichotomique du monde existe déjà depuis les premières colonisations. En effet, Edward Saïd, célèbre intellectuel américain d'origine palestinienne (1935-2003) a suscité la controverse lorsqu'en 1978, il publie son livre *Orientalism*. Alors que les colonisations ont suscité de nombreuses recherches présentées comme scientifiques pour étudier le colonisé – l'Autre –, Saïd montre que cet Autre n'existe qu'à partir du discours de l'observateur qui construit cette représentation de l'altérité. En d'autres termes, l'Autre n'existe qu'à partir du moment où il y a un Nous:

L'image de l'autre, que ce soit au niveau des relations entre individus ou entre sociétés, ne se construit qu'en interaction avec l'image de soi. La psychologie sociale a montré que l'identité, qu'elle soit personnelle ou collective, est une relation, un processus dialectique: elle se définit comme l'unique, mais contient simultanément l'idée de l'écart, de la différence qui permet au moi (au nous) de se constituer par identification ou pas opposition à l'autre.

(Kazuhiko, 1994: 130)

La construction de cette « hétéro-image » (Leerssen 2000) par un raisonnement binaire permet ainsi à « l'Occident » de se positionner dans le reflet positif du miroir, établissant ainsi sa supériorité autoproclamée face à « l'Orient », devenu sa négation.

Reprenant le concept d'Edward Saïd, l'anthropologue américaine Laura Nader montre, dans son article *Orientalisme, occidentalisme et contrôle des femmes* (2006 [1989]), qu'« occidentales » ou « orientales »⁵⁴, les femmes font partie d'une classe subordonnée du fait de l'idéologie patriarcale dominante (Nader, 2006: 20). Le contrôle des femmes n'est donc pas tributaire d'une région géographique ou d'une culture donnée. Or, il est communément admis que les pays « développés » sont un exemple en matière d'émancipation féminine avec l'argument que la modernité et le développement améliorent les conditions de vie et en particulier le statut des femmes. Pour montrer l'illusion de cette croyance, Nader reprend l'étude d'Ester Boserup⁵⁵, économiste danoise, qui montre que l'industrialisation a au contraire, contribué à la précarisation des femmes, devant cumuler des doubles journées (Nader, 2006: 17).

L'idéal d'émancipation féminine ne conduit donc pas par définition au modèle euro-américain. Ce constat est très bien illustré par l'anthropologue américaine Courtney Smith. En menant une recherche sur les perceptions des Sénégalaises et des Américaines dans leur pays respectif sur l'excision d'une part et l'augmentation mammaire d'autre part, Smith constate une même réaction des unes face à la pratique des autres: l'incompréhension. Choquées d'apprendre que les Américaines procèdent à des opérations esthétiques qui consistent à placer un corps étranger dans leur chair (la silicone), les Sénégalaises interviewées confient à la chercheuse leur envie de se mobiliser contre une telle pratique:

Women throughout Senegal are in disbelief; disbelief that people would travel across the globe to fight female genital cutting while the unnatural and ungodly practice of breast implantation exists in their own communities. One Pulaar woman explains [...] "How could women choose to do something that is possibly bad for their health? Maybe we [the women of Sedo Abass] should go to the US to *sensibiliser* people about health risks. Americans have spent forty years coming here to talk about FGC, maybe it is time to go to the US!" Based on their reactions to the questions at hand, there are other interviewees who would gladly join in her mission.

(Smith, 2008: 61; mis en italique par l'auteure)

⁵⁴ Pour rester dans ce même raisonnement binaire, le terme « orientales » ici ne concerne pas que les femmes arabes mais plus généralement les « non-occidentales ».

⁵⁵ Boserup, Esther (1983). *La femme face au développement économique*. Paris: PUF.

Cet exemple nous montre encore une fois que la perception de la femme « opprimée » dépend du positionnement de l'observateur sur l'observé. La focalisation sur les violences faites aux femmes « orientales » comme représentant *les plus grandes discriminations* et *les plus graves* ne sont par conséquent qu'une vision « occidocentrique ».

Les *harmful traditional practices* des pays « développés »

La vision de la femme « non-occidentale », prisonnière de ses traditions que la modernité salvatrice viendrait délivrer est si bien ancrée dans les esprits qu'elle est même présente dans les rapports onusiens. Professeure en science politique à l'Université de Melbourne, Sheila Jeffreys dénonce, dans son livre *Beauty and Misogyny* (2005), « l'oubli » par les Nations Unies des HTP qui existent aussi dans les pays « développés ». Dans la dernière *Fact Sheet* onusienne sur les HTP affectant la santé des femmes et des fillettes (UN n°23, 1995) – définies de surcroît par la *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women* (ci-après CEDAW) – seules les pratiques telles que l'excision, le gavage, le mariage forcé et/ou précoce ou encore le féminicide sont répertoriées. Nulle mention par exemple des troubles alimentaires (anorexie, boulimie) ou de la chirurgie esthétique. Or, sous le concept de HTP se regroupent – toujours selon la CEDAW – toutes les pratiques qui affectent la santé des femmes, accomplies afin de mieux contrôler leur sexualité, au profit des hommes et qui se transmettent d'une génération à l'autre (*op.cit.*). Les troubles alimentaires ou les chirurgies esthétiques sont bien souvent écartées de cette définition de par leur présumé caractère individuel. De ce fait, il est encore difficile aujourd'hui de les reconnaître comme des HTP de pays « développés » alors qu'elles en ont en réalité toutes les caractéristiques.

La beauté, une norme sociale injuste

A woman crawls to a man she barely knows, begs him to cut her up, pays him for it and crawls home in pain to recover, thanking her lucky stars for this transformative experience. To the man, the woman is just another paying chump on the chopping block; to the woman, the man is a saviour.⁵⁶

« Être ou ne pas être, telle est la question », écrivait Shakespeare⁵⁷. Aujourd'hui, il conviendrait mieux de dire: « être ou ne pas être, telle *n'est plus* la question. » En effet, à l'ère du capitalisme, la réussite est le maître-mot. Mais la réussite doit également transparaître dans le corps et dans le soin qu'on lui apporte. Il ne suffit plus d'être performant, il faut également *être* beau. Condition *sine qua non* pour réussir⁵⁸, la beauté est devenue une norme sociale dictant ce qui est prescrit et ce qui est proscrit. Pourtant, une norme sociale n'est pas par définition juste (Chambers 2008). Elle peut conduire à des HTP, discriminatoires et dangereuses, et telle est en effet la norme de la beauté.

La plupart des demandes de chirurgie pour des raisons esthétiques répondent à une quête de normalité (voir Chapitre V, C). Ce besoin est créé principalement par trois types d'industries: de la beauté, de la mode et du sexe. Or, l'image du corps qu'elles renvoient et qu'elles aiment à vanter comme « naturel », ne correspond pas à la morphologie de la majorité des femmes (voir Bartky 1988). Mannequins, actrices X ou célébrités ont presque toutes dû s'astreindre à des régimes draconiens ou faire recours à la chirurgie esthétique avant de pouvoir afficher une telle silhouette. Sans compter les innombrables retouches via Photoshop qui permettent de modeler le corps même sous une forme impossible dans le réel. On est donc parfois plus proche de l'anormalité que de la normalité. Mais qu'importe, c'est ce corps-là qui est socialement valorisé et mis en avant. De ce fait, il est pris comme référence par des milliers de femmes et adolescentes, en parfaite santé, qui, pour ressembler aux photos, vont recourir à la chirurgie ou développer des troubles alimentaires. Or, faire recours à la chirurgie esthétique n'est pas un acte anodin, dépourvu de conséquences. Les opérations peuvent laisser de graves séquelles psychologiques ou physiques à court ou long terme souvent sous-estimées (voir Chapitre V, B). Parce que le dictat de la beauté *surnaturelle* met en danger ces

⁵⁶ Source: Bidisha, « Chumps on the block », *The Guardian*, 03.01.2008.

⁵⁷ Tiré de la pièce *Hamlet* de Shakespeare (1603).

⁵⁸ Voir à ce propos l'ouvrage du sociologue Jean-François Amadiou (2002). *Le poids des apparences: beauté, amour et gloire*. Ed. Odile Jacob.

femmes, les chirurgies esthétiques, au service de ladite norme, remplissent donc le premier critère d'une HTP: elles affectent la santé des femmes.

Les chirurgies esthétiques vont également engendrer un cercle vicieux. En effet, plus des femmes y ont recours, plus la chirurgie esthétique se banalise. Or, c'est à travers sa banalisation qu'une norme se renforce. N'étant plus remise en question, sa pérennité est ainsi assurée. Ce qui semblait un acte individuel prend alors une dimension collective: plus il y a de femmes au corps refait, plus cela pousse d'autres à en faire de même:

Women discuss their pain and distress but instead of this causing criticism of the process of exploitation in which they have been involved they support each other in going through with surgery and getting more.

(Jeffreys, 2005: 156)

La routinisation de la chirurgie esthétique a donc dédramatisé la gravité de l'intervention si bien que la chirurgie est devenue une option comme une autre, si ce n'est l'option qui permet de maintenir ou d'acquérir la beauté. En Angleterre, Sarah Burge, surnommée la «Barbie humaine» pour avoir subi de nombreuses opérations esthétiques, a récemment défrayé la chronique en offrant un bon pour une augmentation mammaire à sa fille pour ses 7 ans:

Sarah explained, "Poppy begged me for a boob job, so I gave her the voucher so she can have it after she's 16, when it's legal. If she develops naturally big boobs, she can have something else done with it." Sounds like a reasonable, open-ended gift. Poppy, for her part, said, "I can't wait to be like Mummy with big boobs. They're pretty."⁵⁹

Bien que ce cas de figure puisse paraître exceptionnel, la banalisation de la chirurgie esthétique et le poids de la norme de beauté « parfaite », laisse à penser que cela n'est peut-être pas un cas isolé. Dans le documentaire *The Perfect Vagina*, l'urogynécologue Linda Cardozo affirme que la demande de chirurgie est devenue transgénérationnelle:

I sometimes get 2 generations, 3 generations of the same family coming and saying they want a labia trim.

(Linda Cardozo dans *The Perfect Vagina*, 2008)

⁵⁹ Source: Hilary Moss, « 'Human Barbie' Sarah Burge gives 7-year-old daughter breast implant voucher », *The Huffington Post*, 09.06.11.

L'idée selon laquelle la femme se doit d'être belle n'est pas nouvelle ; celle qui sous-entend que c'est au corps de se conformer au standard de beauté établi et non l'inverse non plus. En effet, avant l'existence de la chirurgie esthétique, d'autres pratiques ont existé pour modeler le corps de façon à ce qu'il se conforme aux critères de beauté d'une époque donnée. Les robes à corsage et ultérieurement les corsets baleinés en sont un exemple. Apparues dans les codes vestimentaires à partir du Moyen-âge⁶⁰, ils ont eu pour but d'affiner la taille mais bien souvent, ceux-ci étaient serrés jusqu'à rendre une respiration normale impossible, comprimant les côtes et les organes. Cet exemple nous montre que de tout temps, il a existé en Europe des techniques pour modifier l'aspect corporel selon « la mode » en vigueur, une mode qui a souvent fait fi de la morphologie naturelle des femmes. Les chirurgies esthétiques ne sont donc que le prolongement de ces pratiques, une forme « évoluée » grâce aux progrès de la science. Il existe donc bel et bien une *culture* européenne de la beauté féminine, transmise d'une génération à l'autre et qui perdure depuis des siècles: le deuxième critère qui définit une HTP est par conséquent rempli.

Ainsi que l'a montré l'exemple susmentionné du cadeau d'anniversaire de la fillette de 7 ans, l'apprentissage de cette culture commence dès l'enfance. L'enfant apprend les comportements adéquats liés à son genre par et au-travers de son entourage familial, puis, à l'école. L'enfant apprend donc à *être* une petite fille, avant d'apprendre à *devenir* une femme (De Beauvoir, 2007 [1949]: 13). Ce sont les processus de socialisation. Parce que le genre est une construction culturelle par lequel s'instaurent des « rôles sexués » (Jeffreys, 2005: 21), les préférences ou aptitudes attribuées aux femmes ne sont pas innées mais construites, apprises, acquises. Les « normes sociales du comportement genré » ont donc ce pouvoir de rendre naturel ce qui ne l'est pas (Chambers, 2008: 29):

Unless we accept that women are biologically programmed to engage in beauty practices, then they need to be understood as cultural practices that are required of women. All practices required of one sex class rather than the other should be examined for their political role in maintaining male dominance.

(Jeffreys, 2005: 30)

⁶⁰ Source: http://couture.ma/index.php?option=com_content&view=article&id=10&Itemid=18
(Consulté le 25.06.11)

Les femmes ne sont donc pas *prédisposées* à se soucier de leur apparence. Elles ont appris à l'être. La féminité est donc une construction sociale (Bartky 1988). Et afin de maintenir cette distinction de genre, il est donc important qu'il ne subsiste aucune ambiguïté quant aux organes génitaux. Il est non seulement nécessaire d'établir le genre de l'individu selon son sexe mais également que le sexe soit conforme à son genre. *Être* une femme c'est donc avoir une anatomie génitale qui correspond à ce que l'environnement social a défini comme tel. De ce fait, il n'est pas rare que des patientes de nymphoplastie se plaignent d'avoir l'impression que leurs petites lèvres ressemblent aux organes génitaux masculins lorsque celles-ci sont jugées trop « pendantes ». Couper cet excédent de peau c'est donc rétablir son identité genrée et par la même occasion réaffirmer la démarcation entre les genres (McNamara, 2006: 7).

De plus, l'idéologie patriarcale étant en vigueur dans les sociétés « modernes »⁶¹, la norme de la beauté féminine est hétérosexuelle: il faut être belle *pour* les hommes. La beauté a donc une forte connotation sexuelle:

Women and men learn from an early age that for women to be socially acceptable means they should be desirable, and sexually available, for men.

(Winter et al., 2002: 79)

Dans le Chapitre V sur le plaisir sexuel, j'ai montré que les chirurgies génitales n'ont eu que récemment le souci du plaisir sexuel féminin. De ce fait, l'évolution de ces interventions chirurgicales sur la sexualité des femmes peut apparaître comme une preuve de leur émancipation: on passe d'une répression du plaisir sexuel à une volonté de l'augmenter. Mais pour Sarah Webber, du Centre médical de l'Université de Nebraska, cette « apparente discontinuité » entre les pratiques est en réalité trompeuse car le but de ces opérations est resté continu tout au long de l'histoire: le contrôle de la sexualité féminine au profit des hommes. Il a donc toujours été question de « dicter la sexualité féminine au-travers d'un comportement adéquat d'un point de vue médical et culturel » (Webber dans Chambers, 2008: 42 ; ma traduction). Ainsi, là où la chasteté est une norme sociale, des pratiques pour la respecter vont apparaître⁶²: c'est le cas de

⁶¹ Par « modernes », il ne s'agit pas des sociétés d'aujourd'hui mais des sociétés des pays « développés ».

⁶² Il est vrai que dans divers pays (ex. Turquie), la norme de virginité ne conduit pas systématiquement à des pratiques chirurgicales de « prévention » telles que l'excision. Par contre, l'existence d'autres formes de contraintes corporelles sont indéniables: le contrôle gynécologique prémarital ou l'hymenoplastie sont toutes des formes de coercition à la norme.

l'excision ou des clitoridectomies pratiquées d'antan⁶³ en Europe et aux Etats-Unis (voir Chapitre V, A). En revanche, là où la norme est à une « hypersexualité » lors des rapports conjugaux hétérosexuels⁶⁴, d'autres interventions vont surgir: c'est le cas des chirurgies esthétiques génitales⁶⁵. Parce que « la société a tendance à établir un lien entre l'apparence physique des organes génitaux d'une femme et son caractère » (McNamara, 2006: 9 ; ma traduction), l'excision et la nymphoplastie sont donc deux pratiques qui à travers l'acte chirurgical veulent induire un certain comportement:

[...] body norm[s] that [are] fundamentally about the way women are supposed to act rather than how they are supposed to look.

(Chambers, 2008: 34)

En conclusion, les chirurgies esthétiques contribuent également au contrôle de la sexualité féminine, nécessaire au maintien de la domination masculine ; de ce fait, elles remplissent les deux derniers critères qui définissent une HTP. En référence à la définition donnée par la CEDAW comme susmentionnée, les chirurgies esthétiques possèdent donc *toutes* les caractéristiques d'une *harmful traditional practice*.

⁶³ Des clitoridectomies existent encore dans les cas d'intersexualité lorsqu'à la naissance d'une petite fille, son clitoris est considéré comme trop prédominant (dit un « petit pénis »). Cette pratique est très controversée car considérée comme une forme similaire d'excision sur enfants. Voir l'article de Heidi Stevenson sur <http://gaia-health.com/articles251/000256-doc-mutilates-little-girls-genitals.shtml> (Consulté le 24.04.11)

⁶⁴ Je parle ici d'une « hypersexualité » lors des rapports conjugaux hétérosexuels car une femme qui a une vie sexuelle trop intense avec de multiples partenaires est encore de nos jours mal vue. Au contraire des hommes, pour qui le nombre de conquêtes est un signe de virilité. De plus, l'homosexualité reste encore mal considérée. (Voir Sarah Webber (2003), « Cutting history, cutting culture: female circumcision in the United States ». *American Journal of Bioethics*, 3(2).)

⁶⁵ Ces chirurgies vantent un bienfait sur la sexualité féminine en termes de sensations. Or, certains médecins dénoncent cette « publicité mensongère » puisqu'aucune preuve scientifique n'en a jamais démontré l'efficacité. Voir l'opinion du Dr. Thomas G. Stovall, président de *Society of Gynecologic Surgeons* (USA) dans Navarro, M. The most private of makeovers. *The New York Times* 28.09.2004. (Voir également Chapitre V, A)

CHAPITRE VII

LA MIGRATION OU LA ROUTE VERS LE DEVELOPPEMENT

Puisque les chirurgies esthétiques ont toutes les caractéristiques d'une HTP, il est donc possible de dire que les chirurgies esthétiques *sont* des HTP. Pourtant reconnaître que la modernité et le développement comportent aussi leur lot de pratiques culturelles discriminatoires et nuisibles pour les femmes semble encore difficilement concevable pour les autorités de pays européens et les organismes internationaux. Selon Sheila Jeffreys, ce déni s'explique par la définition de la culture:

Indeed it is likely that the idea that the west has a 'culture' that produces 'practices' at all may seem foreign. Harmful practices in the west will most usually be justified as emanating from consumer 'choice', from 'science' and 'medicine' or 'fashion'; that is, the law of the market. Culture may be seen as something reactionary that exists in the non-west. The west has science and the market instead.

(Jeffreys, 2005: 28)

L'idée selon laquelle les femmes des sociétés « modernes » seraient « libérées » de toute emprise culturelle et patriarcale est si bien ancrée qu'il semble presque impensable aujourd'hui d'imaginer qu'il puisse en être autrement. Or, comme le mentionne la CEDAW dans la Fact Sheet à propos des HTP:

Despite their harmful nature and their violation of international human rights laws, such practices persist because they are not questioned and take on an aura of *morality* in the eyes of those practicing them. [...] A number of reasons are given for the persistence of traditional practices detrimental to the health and status of women, including the fact that, in the past, neither the Governments concerned nor the international community challenged the sinister implications of such practices, which violate the rights to health, life, dignity and personal integrity.

(UN, 1995: 2)

Alors que la CEDAW ne pensait pas aux HTP des pays « développés » en écrivant ces propos⁶⁶, cette citation nous permet de mieux comprendre pourquoi à l'heure actuelle, les dénonciations des violations faites aux femmes ne se focalisent que sur les pays « *en voie de développement* »: les pratiques du monde « occidental », aussi néfastes soient-elles pour les femmes, ne sont pas considérées comme moralement répréhensibles par les autorités locales.

La tolérance de l'*automutilation*

L'agir structuré et structurant

Comme « il n'existe aucune institution explicite exigeant l'obéissance des femmes aux dictats de la beauté » (Sandra Bartky dans Jeffrey, 2005: 174 ; ma traduction), il est souvent entendu à tort que toute demande de chirurgie esthétique est parfaitement libre et non une réponse à des contraintes normatives. J'ai montré précédemment que plusieurs décisions individuelles de faire recours à la chirurgie ont un impact collectif. Grâce à son concept de *agency* (ci-après *agir* en français), Anthony Giddens conforte cette idée. Pour Giddens, ce sont les actions répétées des individus qui produisent la structure, une structure régie par des normes sociales. L'agir est donc structurant (Giddens 1997). Mais dans une logique circulaire, l'agir, structurant, est également structuré: l'individu lui-même va s'autocontrôler afin de se conformer aux normes qui le contraignent. Pour mieux comprendre cela, prenons l'exemple du *Panopticon* de Jeremy Bentham que Michel Foucault analyse dans son livre *Surveiller et punir: modèle de prison circulaire* à l'intérieur de laquelle se situe une tour en son centre et des cellules de prisonniers en périphérie. Chaque individu est placé dans une cellule individualisée, composée de deux fenêtres, l'une donnant sur l'extérieur et l'autre sur l'intérieur. Grâce au contre-jour que permet la disposition de la cellule, le prisonnier peut être vu à tout moment par un surveillant dans la tour centrale sans que lui-même ne puisse voir s'il est surveillé (Foucault, 1993[1975]: 233):

⁶⁶ Ceci se confirme par les exemples de HTP mentionnées dans la Fact Sheet.

Celui qui est soumis à un champ de visibilité, et qui le sait, reprend à son compte les contraintes du pouvoir ; il les fait jouer spontanément sur lui-même ; il inscrit en soi le rapport de pouvoir dans lequel il joue simultanément les deux rôles ; il devient le principe de son propre assujettissement.

(*op.cit.*: 236)

Si on transpose la situation du prisonnier dans le *Panopticon* à celle des femmes dans les sociétés « modernes » soumises au dictat de la beauté, on comprend alors pourquoi celles-ci « consentent » à la chirurgie esthétique. La beauté physique est peut-être la norme la plus contraignante car visible, soit directement soumise aux regards des autres et à leur jugement. Il est dès lors impossible de cacher un quelconque écart à la norme: l'apparence est une preuve irréfutable. Mais puisque la beauté est souvent un critère non seulement dans les relations amoureuses, mais également dans le monde professionnel, il est souvent difficile de s'y soustraire. La crainte d'une dépréciation dans le regard des autres (analogie avec le surveillant) va donc contraindre à une auto-surveillance quant au respect de la norme. La norme ainsi intériorisée va amener le sujet à s'y conformer sans qu'il n'ait subi de pressions extérieures *directes*, donnant ainsi l'impression que cette démarche résulte d'un choix, consenti, libre et individuel.

La conformité biographique

Cette croyance en la liberté individuelle face à des pratiques telles que la chirurgie esthétique correspond en réalité au « discours attendu » par un Etat régi par la pensée libérale. En Suisse comme dans tout autre pays « développé », le libéralisme influence et limite les actions de l'Etat (voir Chambers 2008). L'Etat, en tant que garant de la liberté individuelle, ne va ainsi intervenir que dans la mesure où cette liberté individuelle entrave la liberté d'autrui (voir Mills, *On Liberty*, 1859). Or, dans le cadre des chirurgies esthétiques, il est considéré que la femme consent librement à son opération et que cette décision ne nuit pas à autrui⁶⁷. De plus, un médecin ne peut accepter une demande de chirurgie si les arguments qu'elle donne ne sont pas appropriés. En d'autres termes, la patiente doit faire preuve d'une « conformité biographique » avec le discours attendu (Memmi 2000) et le discours attendu,

⁶⁷ Ou du moins pas directement puisque j'ai montré précédemment l'influence que cet acte a sur les autres femmes.

conformément à la pensée libérale, veut que cette demande de chirurgie soit *totalem*ent dépourvue d'une influence extérieure.

Cette conformité biographique qui est caractéristique de ce que Foucault a défini par biopolitique (voir Foucault, *Histoire de la sexualité*, vol.1, *La volonté de savoir*, 1976) donne aux médecins le rôle d'agents de l'Etat (Jeffreys, 2005: 176 ; voir aussi Memmi 2000). L'Etat ne contrôle plus directement les pratiques corporelles mais laisse aux médecins le soin de juger si oui ou non une demande de chirurgie est conforme à ce qu'il a édicté comme tel (Memmi 2000). Le contrôle devient discursif: il suffit qu'une patiente donne les arguments jugés adéquats (propre choix, consentement libre, mal-être physique et/ou psychologique) pour que son souhait soit satisfait. Nul besoin alors que les petites lèvres d'une femme soient *réellement* malformées pour subir une nymphoplastie puisque « la subjectivité [est] souveraine [...] en dépit de toutes les apparences biologiques » (Memmi, 2000: 10).

Or, il n'y a pas de conformité biographique dans le cas d'une excision demandée dans un contexte migratoire: les arguments donnés par une femme pour subir une excision sont considérés comme illégitimes par le médecin qui les entend⁶⁸. En effet, la « nécessité culturelle » comme argument implique non seulement que ce n'est pas un choix mais également qu'elle n'est pas dépourvue d'influences extérieures. Ne correspondant pas au discours attendu, la demande est jugée irrecevable.

Un signe de non intégration

Mais interdire l'excision dans un contexte migratoire a d'autres enjeux que seulement la non-conformité avec le discours attendu: l'excision concerne des femmes *non* autochtones. Comme je l'ai montré dans le Chapitre VI, la conviction que le développement contribue à l'émancipation féminine est largement reçue (Nader, 2006: 17). Or, dans un contexte migratoire, la vision d'une modernité civilisatrice est d'autant plus forte que les immigré-e-s vivent dans le même contexte social et géographique que les autochtones. De ce fait, il semble incompréhensible pour les autorités des pays d'accueil que des immigrées adultes puissent continuer à pratiquer des traditions « barbares », importées de leur pays d'origine alors qu'elles vivent dans un pays

⁶⁸ Ce cas de figure se constate notamment dans les demandes de réinfibulation partielle à la suite d'un accouchement.

« développé ». La seule explication plausible trouvée à cette « incohérence » est de croire qu'elles sont prisonnières de leurs traditions (Johnsdotter et Essen 2010 ; voir aussi Kofler et Fankhauser 2009). Reflétant ainsi une attitude paternaliste, l'Etat social instaure une loi contre l'excision dans une logique de protéger la « victime » bien qu' « adulte et capable de discernement » (BO 2010 N 2133).

Et s'il y a une « victime », c'est qu'il y a aussi un « coupable ». Le « coupable » c'est alors la (ou les) personne, appartenant à la communauté de la « victime », qui a accompli l'excision ou qui l'a rendue possible. A l'ère de la société plurielle, il n'est pas demandé au migrant de renier ses origines, son identité première, mais de connaître les « règles du jeu » du pays d'accueil (Cattacin et Chimienti, 2010: 41). Et ces règles du jeu prônent l'individualisme souverain et le modèle d'émancipation féminine à « l'occidental ». La perpétuation de pratiques qualifiées de « moyenâgeuses » dans un pays « développé » est alors perçue comme une absence d'intégration, une méconnaissance voire une méprise de ces règles du jeu. La norme pénale punit ainsi les agissements du « déviant » – pour reprendre le terme foucauldien – qui par son acte ou son incitation à l'excision montre qu'il n'est ni intégré, ni intégrable. En effet, l'auteur ou l'instigateur d'une excision – homme ou femme – risque l'expulsion du territoire suisse s'il est condamné à plus de 12 mois d'emprisonnement⁶⁹. Etant considérée comme une pratique portant gravement atteinte à l'intégrité corporelle et sexuelle des femmes⁷⁰ et souvent décrite, à tort, comme une pratique musulmane, l'excision risque de tomber dans le champ d'application de l'initiative sur le renvoi lancée par l'Union Démocratique du Centre et acceptée le 28 novembre 2010 (Hausammann et Bader 2011). Le/a condamné(e), considéré(e) comme un « criminel étranger », exemple d'un échec d'intégration, est ainsi expulsé. C'est la métaphore de « l'exil du lépreux » de Foucault:

D'un côté, on « pestifère » les lépreux ; on impose aux exclus la tactique des disciplines individualisantes ; et d'autre part l'universalité des contrôles disciplinaires permet de marquer qui est « lépreux » et de faire jouer contre lui les mécanismes dualistes de l'exclusion. Le partage constant du normal et de

⁶⁹ Une peine d'emprisonnement de plus de 12 mois est considérée comme une peine de longue durée au sens de l'art. 62 let. b ou de l'art. 63 LEtr.

⁷⁰ Porter atteinte à l'intégrité corporelle et sexuelle est considéré comme un délit grave menaçant la sécurité publique (voir Achermann, *Straffällige Ausländerinnen und Ausländer: Kenntnisse zur aktuellen Praxis*, 2010). L'excision remplit ainsi les critères des « crimes » qui justifient l'expulsion.

l'anormal, auquel tout individu est soumis, reconduit jusqu'à nous et en les appliquant à de tout autres objets, le marquage binaire et l'exil du lépreux ; l'existence de tout un ensemble de techniques et d'institutions qui se donnent pour tâche de mesurer, de contrôler, et de corriger les anormaux, fait fonctionner les dispositifs disciplinaires qu'appelait la peur de la peste.

(Foucault, 1993[1975]: 233)

Le message que véhicule dès lors l'application de cette norme pénale contre des immigrés est qu'au-delà d'un échec d'intégration dans un pays d'accueil, c'est l'échec de l'intégration dans un pays « développé » et « respectueux » des femmes qui est projeté.

Une absence de comparaison nécessaire

La condamnation et l'expulsion de ces « criminels » voire l'existence même de la norme pénale contre l'excision renforcent les stéréotypes déjà existants sur la culture des immigrés et l'image de la migrante prisonnière de ses traditions. Or, ces préjugés sont également importants dans le maintien de l'oppression des femmes autochtones. Comme l'explique Laura Nader (2006), les discours négatifs sur l'Autre permettent de détourner l'attention du contrôle des femmes européennes puisqu'il paraîtrait inconvenant de comparer les conditions de vie des femmes dans un pays « développé » avec celles d'un pays « *en voie de développement* ». En réalité, cette vision d'une comparaison « déplacée » contribue à la non remise en question des normes sociales genrées injustes envers les femmes en Europe et par conséquent à l'acceptation implicite de ces codes. Or, cette absence de comparaison est indispensable puisque « la présomption de supériorité des femmes occidentales [est un] symbole de la présomption de supériorité de l'Occident » (Nader, 2006: 18). En effet, reconnaître qu'il existe aussi des HTP dans des pays « développés » impliquerait la destitution de l'« Occident » comme modèle à suivre de civilité et remettrait ainsi en question la hiérarchie et la vision du monde qu'il s'est efforcé d'imposer aux autres pays. Pour veiller à cet équilibre, il est donc nécessaire de bien différencier les pratiques autochtones de celles des migrants extra-européens puisqu'au travers d'une légitimité différenciée entre ces deux pratiques corporelles, se cachent en réalité des enjeux sociopolitiques.

Synthèse

Dans la Partie III, j'ai montré que l'antagonisme présupposé entre les opérations esthétiques génitales et l'excision est en réalité le reflet d'une dichotomie plus générale: celle qui oppose les pays « développés » aux pays dits « en voie de développement ». Cette vision du monde binaire place les premiers en-dessus des seconds, érigés en modèles de développement.

Ainsi, il semble incompréhensible pour les autorités des Etats européens que des immigrés puissent continuer à perpétuer des pratiques « barbares » alors qu'ils vivent dans une société « moderne ». Ne répondant pas aux discours attendus, les déviants – soit ici les auteurs ou incitateurs d'une excision – sont perçus comme un échec d'intégration et expulsés. En réalité, tout ce processus, légitimé par des discours binaires, participe au maintien de la suprématie des pays d'immigration européens sur les pays d'émigration non-européens. Comparer des pratiques provenant des deux côtés de cette « frontière » c'est craindre de faire basculer cette hiérarchie. Aussi, il est admis de supposer ici que la norme pénale contre les « mutilations sexuelles » n'aurait pas été instaurée si elle avait également dû incorporer les pratiques autochtones, qui remplissent pourtant tous les critères définis par les Nations Unies d'une *harmful traditional practice*.

CONCLUSION

« Excision et nymphoplastie : « ça n'a rien à voir ! » ai-je souvent entendu au cours de cette étude. Quel que soit le domaine de profession de mes interviewés, la grande majorité d'entre eux semble d'accord sur le fait que ces deux pratiques n'ont d'autres points en commun que d'être situés sur la même région du corps féminin. Trois arguments principaux sont ainsi donnés pour distinguer l'excision de la nymphoplastie: le plaisir sexuel, les conséquences sur la santé et le consentement. Or, quand il s'agit de comparer deux femmes adultes, ces trois arguments sont des réalités dans les deux pratiques.

La norme pénale issue de l'initiative parlementaire 05.404 veut lutter contre les « mutilations sexuelles » et se dit générale, puisqu'elle s'applique à tout un chacun de la même manière. Or, elle fait exception des opérations esthétiques génitales qui pourtant sont aussi des *harmful traditional practices* au sens de la définition donnée par la CEDAW. Mais ces chirurgies esthétiques sont également des pratiques autochtones, acceptées socialement dans les pays européens. Est-ce alors une coïncidence ? La présente étude nous permet de répondre par la négative: Non, ce n'en est pas une.

Les représentations sociales qui entourent ces deux pratiques en font de parfaits opposés au profit de la nymphoplastie; or, cette opposition est construite et non pas naturelle. Au travers de ces discours binaires, se cachent en réalité des représentations sociales plus générales: celles qui pensent « l'Occident » comme un exemple de développement et d'émancipation féminine. Il n'est de ce fait pas concevable que des pratiques *culturelles* nuisibles aux femmes puissent également exister dans des pays « développés », comparables à celles importées par les migrants provenant de pays « en voie de développement ». Mais également inconcevable car dire le contraire serait destituer « l'Occident » de la place qu'il s'est donné dans ses relations avec le monde. Pour maintenir cette hiérarchie binaire, il est donc nécessaire de laisser croire qu'il est « déplacé » de comparer la nymphoplastie à l'excision alors qu'en réalité l'une comme

l'autre est issue de sociétés patriarcales qui contrôlent la sexualité féminine et placent les femmes dans une catégorie subordonnée.

Au-delà des discours sur des pratiques culturelles, ce sont donc d'enjeux sociopolitiques dont il est question. Reste à savoir quel écho aura une telle norme pénale auprès des communautés qu'elle vise. Espérons seulement que cette légitimité inégale envers deux pratiques sur les organes génitaux féminins ne sera pas comprise comme discriminatoire. Auquel cas, il est à craindre que la lutte contre l'excision sera entravée puisque lorsque les immigrants se sentent stigmatisés, leurs traditions restent la seule manière pour eux de se sentir exister.

BIBLIOGRAPHIE

Références bibliographiques

- Bartky, Sandra (1988). « Foucault, Femininity and the Modernization of Patriarchal Power ». In: Lee Quinby et Irene Diamond (ed.) *Feminism and Foucault: Reflections of Resistance*. Boston: Northeastern University Press: 61-86.
- Barth, Fredrik (2008). Les groupes ethniques et leurs frontières. In : Poutignat, Philippe. Streiff-Fenart, Jocelyne. (éd.) *Théories de l'ethnicité*. Paris : PUF, pp. 203-249. (Collection Quadrige)
- Bell, Kirsten (2005). « Genital cutting and western discourses on sexuality ». *Medical Anthropology Quarterly*, 19(2): 125-148.
- Benadiba, Laurent (2010). « Nymphoplastie (labioplastie): chirurgie réparatrice ou esthétique ? Indications, techniques, résultats, complications ». *Annales de chirurgie plastique esthétique*, 55: 147-152.
- 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 (2009a). « Selling the 'perfect' vulva ». In: Heyes, Cressida. Jones, Meredith (éd.) *Cosmetic surgery: a feminist primer*. London: Ashgate.
- Braun, Virginia (2009b). « 'The women are doing it for themselves': The rhetoric of choice and agency around female genital 'cosmetic surgery' ». *Australian Feminist Studies*, 24(60): 233-249.
- Braun, Virginia et Leonore Tiefer (2010). « The 'designer vagina' and the pathologisation of female genital diversity: interventions for change ». *Radical psychology*, 8(1) [En ligne <http://www.radicalpsychology.org/vol8-1/brauntiefer.html>] (Consulté le 03.01.11).

- Brune, Elisa et Yves Ferroul (2010). *Le secret des femmes: voyage au cœur du plaisir et de la jouissance*. Paris: Odile Jacob.
- Catania, Lucrezia et al. (2007). «Pleasure and orgasm in women with female genital mutilation/cutting (FGM/C) ». *The Journal of Sexual Medicine*, 4: 1666-1678.
- Cattacin, Sandro et Frédéric Minner (2009). *L'apprentissage sociétal: de la souffrance à la transformation d'une société*. Genève: Département de sociologie, UM.
- Cattacin, Sandro et Milena Chimienti (2010). « Intégration et différence - une perspective historique et une focalisation sur l'urbain ». In: Janine Dahinden, Alexander Bischoff (éd.), *Dolmetschen Vermitteln, Schlichten - Integration der Diversität?* Zurich: Seismo, pp. 35-43.
- Chambers, Clare (2008). *Sex, culture and justice: the limits of choice*. Penn State University Press.
- Coleman, James et Thomas Fararo (éd.) (1992). *Rational choice theory: advocacy and critique*. Newbury Park ; London [etc.]: Sage.
- « Cosmetic surgery, body image and sexuality ». *Reproductive Health Matters* (2010). 18(35): 4-218.
- Davis, Simone W. (2002). « Loose lips sink ships ». *Feminist studies*, 28(1): 7-35.
- De Beauvoir, Simone (2007 [1949]). *Le deuxième sexe. Tome II*. Paris: Gallimard.
- Demeulenaere, Pierre (2003). *Les normes sociales: entre accords et désaccords*. Paris: PUF.
- Demorgon, Jacques (2010). *Complexité des cultures et de l'interculturel: contre les pensées uniques*. Paris : Economica-Anthropos.
- Erlich, Michel (2007). « La chirurgie sexuelle en France: aspects historiques ». *Sexologies*, 16: 180-188.
- Eyer, Philipp et Régine Schweizer (2010). *Les diasporas somalienne et érythréenne en Suisse*. Berne : Office fédéral des migrations.
- Foucault, Michel (1993[1975]). *Surveiller et punir*. Paris: Gallimard.
- Giddens, Anthony (1997). *Sociology. 3th edition*. London: Polity Press.
- Habermas, Jürgen (1995). « Address: multiculturalism and the liberal state ». *Stanford Law Review*, 47(5): 849-853.

- Hart, Graham et Kaye Wellings (2002). « Sexual behaviour and its medicalisation: in sickness and in health ». *British Medical Journal*, 324(7342): 896-900.
- Hausammann, Christina et Dina Bader (2011). *Norme spéciale contre les mutilations sexuelles féminines*. Newsletter n°2. Berne: Centre suisse de compétence pour les droits humains.
- Heusse, J-L. et al. (2009). « Mise au point sur les techniques de nymphoplastie de réduction ». *Annales de chirurgie plastique esthétique*, 54(2): 126-134.
- Heyes, Cressida (2007). « Cosmetic surgery and the televisual makeover: a Foucauldian feminist reading ». *Feminist Media Studies*, 7(1): 17-32.
- Hohlfeld, Patrick et al. (2005). « Patientinnen mit genitaler Beschneidung: Schweizerische Empfehlung für Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegefachkräfte ». *Bulletin des médecins suisses* 86(16): 951-960.
- Hürlimann, Monika (2007). *Newsletter à propos de l'excision des filles: la situation juridique en Suisse*. N°2. Lucerne : Caritas.
- Jäger, Fabienne et al. (2002). « Female genital mutilation in Switzerland: a survey among gynaecologists ». *Swiss Medical Weekly*, 132: 259-264.
- Jeffreys, Sheila (2005). *Beauty and misogyny: harmful traditional practices in the West*. New York: Routledge.
- Johnsdotter, Sara et Birgitta Essen (2004). « Female genital mutilation in the West: traditional circumcision versus genital cosmetic surgery ». *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 83: 611-613.
- Johnsdotter, Sara et Birgitta Essen (2010). « Genitals and ethnicity: the politics of genital modifications ». *Reproductive Health Matters*, 18(35): 29-37.
- Kazuhiko, Yatabe (1994). « Auto-image et hétéro-image : représentations du Français et du Japonais chez les migrants nippons en France. » In: *Mots*, 41: 129-152.
- King, Angela (2004). « The prisoner of gender: Foucault and the disciplining of the female body ». *Journal of international women's studies*. 5(2): 29-39.
- 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.
- Lemel, Alix (2010). *Les 200 clitoris de Marie Bonaparte*. Paris: Mille et une nuits.

- Lemke, Thomas (2001). « 'The birth of bio-politics': Michel Foucault's lecture at the College de France on neo-liberal governmentality ». *Economy and Society*, 30(2): 190-207.
- Leonard, Lori (2000). « 'We did it for pleasure only': hearing alternative tales of female circumcision ». *Qualitative Inquiry*, 6(2): 212-228.
- Leerssen, Joep (2000). « The rhetoric of national character: A programmatic survey ». *Poetics today*, 21(2): 267-292.
- Leye, Els et al. (2007). « An analysis of the implementation of laws with regard to female genital mutilation in Europe ». *Crime Law Soc Change*, 47: 1-31.
- Leye, Els et Alexia Sabbe (2009). « Overview of legislation in the European Union to address female genital mutilation: challenges and recommendations for the implementation of laws ». Actes du colloque de *Expert Group Meeting on good practices in legislation to address harmful practices against women*, United Nations Conference Centre, Addis Ababa, 25-28 Mai 2009.
- Liao, Lih Mei et Sarah Creighton (2007). « Requests for cosmetic genitoplasty: how should healthcare providers respond? ». *British Medical Journal*, vol. 334: 1090-1092.
- Marzano, Michela (2006). *Je consens, donc je suis... : éthique de l'autonomie*. Paris: PUF.
- McNamara, Karen R. (2006). « Pretty woman: genital plastic surgery and the production of the sexed female subject ». *Gnovis Journal*, 7 [En ligne: <http://gnovisjournal.org/files/Karen-Roberts-McNamara-Pretty-Woman.pdf> (Consulté le 02.01.11)]
- Memmi, Dominique (2000). « Vers une confession laïque ? La nouvelle administration étatique des corps ». *Revue française de science politique*, 50(1): 3-20.
- Mitchinson, Wendy (1982). « Gynecological operations on insane women: London, Otario, 1895-1901 ». *Journal of Social History*, 15(3): 467-484.
- Nader, Laura (2006). « Orientalisme, occidentalisme et contrôle des femmes ». *Nouvelles questions féministes*, 25(1): 12-24.
- Organisation mondiale de la santé (2008). *Éliminer les mutilations sexuelles féminines: déclaration interinstitutions*, Genève.
- Pizzini, Franca (2000). « La médicalisation du corps féminin », Actes du colloque de *Body gender subjectivity: crossing disciplinary and institutional borders*, Bologne, 30 Sept. 2000 [En ligne: <http://www.medicina.ufmg.br/dmps/nems/arquivos/francapizzini.pdf> (Consulté le 13.05.11)]

- Saïd, Edward (1979 [1978]). *Orientalism*. New York: Vintage Books.
- Scorgie, Fiona et al. (2010). « 'Cutting for love': genital incisions to enhance sexual desirability and commitment in Kwazulu-Natal, South Africa ». *Reproductive Health Matters*, 18(35): 64-73.
- Scott, Joan (1988). « Deconstructing equality-versus-difference: or, the uses of poststructuralist feminism ». *Feminist Studies*, 14(1): 32-50.
- Sen, Neslihan et Elizabeth Abrams (2010). « Labiaplasty and the construction of the 'normal' ». Actes du colloque de *Thinking Gender*, UCLA Center for the Study of Women, UC Los Angeles, 4 Jan. 2010 [En ligne: <http://escholarship.org/uc/item/3fj297bz> (Consulté le 11.01.11)]
- Sheldon, Sally et Stephen Wilkinson (1998). « Female genital mutilation and cosmetic surgery: regulating non-therapeutic body modification ». *Bioethics*, 12(4): 263-285.
- Shweder, Richard (2009). Disputing the myth of the sexual dysfunction of circumcised women: an interview with Fuambai S. Ahmadu. *Anthropology Today*, 25(6): 14-17.
- Smith, Courtney (2008). « Creating spaces: challenging conventional discursive norms surrounding the marking of women's bodies ». *Finnish Journal of Ethnicity and Migration*, 3(2): 54-63.
- Tiefer, Leonore (2008). « Female genital cosmetic surgery: freakish or inevitable? Analysis from medical marketing, bioethics, and feminist theory ». *Feminism & Psychology*, 18(4): 466-479.
- Tönnies, Ferdinand (2010). *Communauté et société*. Paris : PUF [Collection Le lien social].
- Trechsel, Stefan et Regula Schlauri (2004). *Les mutilations génitales féminines en Suisse: expertise juridique*. Zürich: Unicef.
- Unicef (2005). *Rapport final de la Conférence UNICEF : Les mutilations génitales féminines en Europe*, 7 mars 2005, Zurich.
- Unicef (2005). *Les mutilations génitales féminines en Suisse : enquête auprès des sages-femmes, gynécologues, pédiatres et services sociaux suisses*. Zurich : Comité suisse pour l'UNICEF.
- Unicef (2008 [2005]). *Changing a harmful social convention: female genital mutilation/cutting*. Florence: Innocenti Research Center.

Unicef (2009). *Plate-forme d'action pour l'abandon de l'excision/mutilation genital feminine (E/MGF): une question d'égalité des genres*. Florence: Innocenti Research Center.

Wade, Lisa (2006). *The social construction of the body in health policy: the case of female genital cutting*. Wisconsin : Department of sociology [En ligne sts.wisc.edu/events/Wade%20-%20Feb%202.doc (Consulté le 05.01.11)]

Weber, Max (1995 [1971]). *Economie et Société. Tome I*. Paris: Pocket.

Winter, Bronwyn et al. (2002). « The UN approach to harmful traditional practices ». *International Feminist Journal of Politics*, 4(1): 72-94.

Zermatten, Jean et al. (2011). *Pratiques préjudiciables et droits humains*. Actes du colloque de l'Institut international des Droits de l'Enfant, Sion, 10-13 octobre 2010, 251 p.

Documents

Loi

Code pénal suisse, articles 122,123.

Initiative parlementaire 05.404, Maria Roth-Bernasconi, 17 mars 2005.

IP 05.404, Avis du Conseil fédéral, 25 août 2010: 5151-5155.

IP 05.404, Bulletin officiel CN, 16 décembre 2010: 2133-2143.

IP 05.404, Bulletin officiel CE, 7 juin 2011: 484-485.

IP 05.404, Rapport CAJ-CN, 30 avril 2010: 5125 -5146.

IP 05.404, Rapport CAJ-CN, 30 avril 2010: 5125 -5146.

Jurius, CAJ-E : nouvelle norme pénale pour les mutilations génitales féminines, in : *Jusletter* 9 mai 2011.

Jurius, Mutilations génitales : nouvelle norme pénale adoptée, in : *Jusletter* 20 juin 2011.

Motion 05.3235 n, Rapport CAJ-CE, 2 juillet 2007.

Articles de journaux

Plusieurs articles concernant la norme pénale 05.404, l'excision ou la nymphoplastie ont été consultés dans les journaux suivants pour la période 2009-2011:

- Le Temps
- 24 Heures
- Le Matin
- L'Express / L'Impartial

Articles de presse en ligne

Burley, Briar. « Vaginal surgery on the rise in UK », *BBC News*, 20 octobre 2008 [En ligne: http://news.bbc.co.uk/newsbeat/hi/health/newsid_7676000/7676108.stm]

Coen, Jessica. « African doctor: is female circumcision so awful ? », 30 novembre 2007 [En ligne: <http://jezebel.com/328601/african-doctor-is-female-circumcision-so-awful>]

Cohen, Arianne. « Sexual cosmetic surgery », *Marie Claire*, 8 novembre 2008 [En ligne: <http://www.marieclaire.com/health-fitness/news/sexual-cosmetic-surgery-genitals>]

Cormier, Zoe. « Making the cut », 1^{er} septembre 2005 [En ligne: <http://www.zoecormier.com/freelance/making-the-cut/>]

Faure, Guillaume. « Faut-il se faire refaire le vagin pour la rentrée ? », 10 octobre 2007 [En ligne : <http://www.rue89.com/et-pourtant/faut-il-se-faire-refaire-le-vagin-pour-la-rentree>]

Gilliéron, Sabine. « Confédération esthétique. », *Bilan*, 9 juin 2010 [En ligne : <http://www.bilan.ch/luxes/conf%C3%A9d%C3%A9ration-esth%C3%A9tique>]

Stevenson, Heidi. « Doc mutilates little girls' genitals: major journal publishes it as research! », 18 juin 2010 [En ligne: <http://gaia-health.com/articles251/000256-doc-mutilates-little-girls-genitals.shtml>]

Zylbergold, Bonnie. « Genital beautification: plastic surgery or mutilation? », *National Sexuality Resource Center*, 10 avril 2009 [En ligne: http://nsrc.sfsu.edu/article/genital_beautification_plastic_surgery_or_mutilation]

Sites web

<http://www.unicef.org>

<http://www2.ohchr.org/english/law/cedaw.htm>

http://www.who.int/topics/female_genital_mutilation/fr/

<http://www.labioplastysurgeon.com>

<http://www.brightonbodycasting.com/design-a-vagina.php>

<http://aflit.arts.uwa.edu.au/MGF1.html>

<http://www.ipu.org/wmn-f/fgm.htm>

<http://www.wma.net/fr/30publications/10policies/c10/index.html>

<http://www.nymphoplastie.ch/>

<http://www.newviewcampaign.org/fgcs.asp>

<http://www.chirurgie-intime.info/labioplastie.html>

Films

Femmes mutilées plus jamais! – Film de Fatxiya Ali Aden et Sarah Osman, Suisse, 2007.

The perfect vagina – Film de Heather Leach et Lisa Rogers, Royaume-Uni, 2008 [En ligne :

<http://vimeo.com/4704237>]

Photo de couverture

Jamie McCartney, Brighton Bodycasting.

ANNEXES

ANNEXE 1 : LES TYPES D'EXCISION

Définition

« L'expression « mutilations sexuelles féminines » (on parle aussi d'« excision » et de « mutilation génitale féminine/excision ») désigne toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et/ou toute autre lésion des organes génitaux féminins pratiquée à des fins non thérapeutiques. » (OMS, 2008: 1).

Typologie établie par l'OMS (2007)⁷¹

Type I: Ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce (clitoridectomie ou sunna)

Type Ia: Ablation du capuchon clitoridien ou du prépuce uniquement

Type Ib: Ablation du clitoris et du prépuce

Type II: Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision)

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: 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)

Type IIIa: Ablation et accolement des petites lèvres

Type IIIb: Ablation et accolement des grandes lèvres

Type IV: Non classées: 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.

⁷¹ Référence: OMS (2008), Eliminer les mutilations sexuelles féminines: déclaration interinstitutions, Genève.

ANNEXE 2 : LES TYPES DE CHIRURGIE ESTHETIQUE GENITALE

Définition

« Les interventions chirurgicales génitales (à but esthétique) comprennent : la labioplastie (réduction des petites lèvres), les « augmentations » des grandes lèvres (suppression des tissus, injections de graisse), la liposuccion (pubis, grandes lèvres), le resserrement du vagin (injections de graisse, resserrement chirurgical), la réduction [voir l'ablation] du capuchon clitoridien, le repositionnement du clitoris, l'« amplification » du point G (injection de collagène dans le point G qui se gonfle de façon significative) et l'hymenoplastie (reconstruction de l'hymen). » (Braun, 2005: 407 ; ma traduction)

Synonymes de nymphoplastie: labioplastie, labiaplastie, réduction des petites lèvres, plastie des petites lèvres, sex design, design sexuel.

Photos de nymphoplastie⁷²



⁷² Sources: <http://www.labioplastysurgeon.com/> et <http://encyclo.voila.fr/wiki/Labioplastie>

ANNEXE 3 : LISTE DES ENTRETIENS

Tableau 1: Liste des observateurs privilégiés et leur profil

N°	Code	Sexe	Profession / Institution	Lieu	Mode d'entretien
1	GE_médecin_1	H	Gynécologue	Genève	Face à face
2	GE_médecin_2	F	Gynécologue	Genève	Face à face
3	GE_médecin_3	H	Chirurgien plasticien	Genève	Téléphone
4	GE_médecin_4	H	Chirurgien plasticien	Genève	Face à face
5	GE_médecin_4a	F	Secrétaire médicale	Genève	Face à face
6	VD_expert_1	H	Gynécologue	CHUV / Lausanne	Face à face
7	VD_expert_2	F	Gynécologue	CHUV / Lausanne	Face à face
8	GE_expert_3	F	Gynécologue	HUG / Genève	Téléphone
9	BE_expert_4	F	Juriste	Berne	Téléphone
10	GE_expert_5	F	Juriste	Genève	Face à face
11	LU_expert_6	F	Œuvre caritative	Lucerne	Téléphone
12	GE_expert_7	F	Journaliste, ONG	Genève	Face à face
13	GE_expert_8	F	ONG	Genève	Face à face
14	GE_témoin_1	F	Aide soignante (Erythrée)	Genève	Face à face
15	GE_témoin_2	F	Aide soignante, médiatrice culturelle (Ethiopie)	Genève	Face à face

Tableau 2 : Liste des experts du domaine politique et scientifique et leur profil

N°	Nom	Statut	Groupe / Institution	Ville/Pays	Mode d'entretien
16	Maria Roth-Bernasconi	Politicienne	Parti socialiste	Genève	Face à face
17	Emmanuel Kabengele	Professeur	Institut de médecine sociale et préventive	Genève	Face à face
18	Sara Johnsdotter	Anthropologue sociale	Faculty of Health and Society	Malmö / Suède	Correspondance électronique
19	Clare Chambers	Philosophe	Jesus College	Cambridge / UK	Correspondance électronique
20	Vivienne Nathanson	Médecin	World Medical Association	Londres / UK	Correspondance électronique
21	Richard Beddock	Vice-Président	Gynécologie Sans Frontières	Paris / France	Correspondance électronique