

LES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES :  
DÉFIS POUR UNE PRISE EN CHARGE INFIRMIÈRE  
TRANSCULTURELLE :

*UNE REVUE DE LITTÉRATURE ÉTOFFÉE*

Travail en vue de l'obtention du titre de Bachelor of  
Science HES-SO en Soins Infirmiers

Par :

**Ana MARQUES DUARTE**

Promotion 2008-2011

Sous la direction de : Marlyse PILLONEL-MARADAN

Haute Ecole de Santé, Fribourg  
Filière Soins Infirmiers

Le 4 juillet 2011

*« Pour pouvoir soigner quelqu'un, je dois me connaître.  
Pour pouvoir soigner quelqu'un, je dois connaître l'Autre.  
Pour pouvoir soigner quelqu'un, je dois jeter un pont entre nous. »*

Jean Watson

*(Citée par J. Anderson, IA, 1987, in Ordre des  
infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2006, p.3)*

## **REMERCIEMENTS**

J'aimerais remercier tous ceux qui ont contribué d'une façon ou d'une autre à l'élaboration de cet écrit et m'ont permis d'aboutir à celui-ci. Je tiens à dire « merci » en particulier aux personnes suivantes :

À ma directrice de mémoire, Madame Marlyse Pillonel-Maradan, pour son soutien et son encouragement. Ses conseils et le fait de m'avoir poussé dans mon questionnement m'ont permis d'élaborer ce travail avec plus de recul et de réalisme.

À ma relectrice, Marlène Mota. Ses corrections et ses critiques ont une valeur inestimable. Je la remercie également pour son soutien et son amitié.

À mes parents, spécialement ma mère, pour m'avoir soutenu tout au long de ma formation et particulièrement dans la phase de rédaction de cet écrit.

À mon entourage, amis et collègues de travail qui m'ont soutenu moralement.

## **RÉSUMÉ**

Ce travail s'insère dans une problématique traitant des éléments qui favorisent ou qui entravent une prise en charge infirmière culturellement compétente et plus spécifiquement une approche en matière de promotion de la santé – prévention de la maladie auprès des femmes ayant subi une mutilation génitale féminine.

Le but de cette étude est alors d'identifier les ressources et/ou les obstacles à une telle prise en charge. Pour ce faire, une revue de littérature étoffée a été choisie.

Les résultats des 14 recherches retenues mettent en exergue principalement des obstacles à une prise en charge infirmière culturellement compétente tel un manque de connaissances et de compétences des professionnels de la santé. D'autre part, cette recherche s'intéresse à l'interaction entre soignant – femme ayant subi une mutilation génitale féminine, aux besoins des professionnels de santé, à leur vécu dans la prise en charge de ces femmes, aux perceptions, besoins et attentes des patientes ayant subi une mutilation génitale féminine et enfin à la promotion de la santé – prévention de la maladie auprès de ces femmes.

## TABLE DES MATIÈRES

1.	Introduction.....	8
2.	Contextualisation .....	10
2.1	Les mutilations génitales féminines .....	10
2.1.1	Définition et terminologie .....	10
2.1.2	Typologie des MGF .....	11
2.1.3	Géographie.....	12
2.1.4	Méthodes concernant la pratique de MGF .....	13
2.1.5	Origine et croyances autour des MGF .....	13
2.1.6	Conséquences des MGF .....	14
2.1.6.1	Complications immédiates .....	14
2.1.6.2	Complications à long terme.....	15
2.1.7	Les MGF en chiffres : dans le monde et en Suisse.....	16
2.1.8	La Suisse et les MGF .....	16
3.	Cadres de référence .....	19
3.1	Les rôles des soignants .....	19
3.2	Promotion de la santé – prévention de la maladie.....	20
3.3	Des soins infirmiers transculturels .....	21
3.4	Le modèle transculturel de Purnell.....	22
3.5	Un modèle de développement de la sensibilité interculturelle de Milton J. Bennett.....	25
4.	Problématique .....	28
4.1	But(s) poursuivi(s).....	29
5.	Méthode .....	30
5.1	Critères de sélection .....	31
5.2	Critères d'exclusion .....	32
5.3	Résultats des stratégies de recherches .....	32
5.3.1	Stratégie 1 .....	32
5.3.2	Stratégie 2 .....	32
5.3.3	Stratégie 3 .....	33
5.3.4	Stratégie 4 .....	34
5.3.5	Stratégie 5 .....	34
5.3.6	Stratégie 6 .....	35
5.3.7	Stratégie 7 .....	36
6.	Analyse des résultats.....	38

6.1	Connaissances et compétences des professionnels de santé .....	38
6.2	Interaction soignant – femme ayant subi une MGF .....	41
6.3	Besoins des professionnels de santé.....	43
6.3.1	Besoin de protocoles et autres ressources .....	43
6.3.2	Besoin de formation.....	44
6.4	Vécu des professionnels de santé dans la prise en charge des femmes ayant subi une MGF.....	44
6.5	Perceptions, besoins et attentes des patientes ayant subi une MGF .....	45
6.6	Promotion de la santé – prévention de la maladie auprès des femmes ayant subi une MGF .....	47
7.	Discussion .....	49
7.1	Synthèse et critique des recherches sélectionnées.....	49
7.2	Discussion des résultats .....	52
7.2.1	Connaissances et compétences des professionnels de santé .....	52
7.2.2	Interaction soignant – femme ayant subi une MGF.....	54
7.2.3	Besoins des professionnels de santé.....	58
7.2.4	Vécu des professionnels de santé dans la prise en charge de femmes ayant subi une MGF .....	59
7.2.5	Perceptions, besoins et attentes des patientes ayant subi une MGF ..	60
7.2.6	Promotion de la santé – prévention de la maladie auprès des femmes ayant subi une MGF .....	62
8.	Conclusion.....	64
9.	Mot de l’auteur.....	66
10.	Bibliographie.....	68
10.1	Documents publiés .....	68
10.1.1	Ouvrages.....	68
10.1.2	Articles de périodiques .....	68
10.1.3	Divers .....	71
10.2	Documents non publiés .....	72
10.2.1	Polycopiés.....	72
10.2.2	Divers .....	72
10.3	Autres.....	72
10.3.1	Sites WEB .....	72
11.	Annexes .....	74
11.1	Annexe A : Déclaration d’authenticité .....	74
11.2	Annexe B : Modèle Transculturel de Purnell : Compétence Culturelle .....	75

11.3	Annexe C : Synthèse reprenant quelques caractéristiques des études retenues .....	76
11.4	Annexe D : Grilles d'analyse des recherches.....	80
11.4.1	Female genital mutilation in Switzerland : a survey among gynaecologists.....	80
11.4.2	Les MGF en Suisse. Enquête auprès des sages-femmes, gynécologues, pédiatres et services sociaux suisses .....	84
11.4.3	Knowledge of female genital mutilation among healthcare professionals .....	89
11.4.4	Female genital mutilation : Knowledge, attitudes and practices of Flemish gynaecologists .....	93
11.4.5	Estimating the number of women with female genital mutilation in Belgium .....	99
11.4.6	432 Somali Women's Birth Experiences in Canada after Earlier Female Genital Mutilation.....	105
11.4.7	A study of Swedish midwives' encounters with infibulated African women in Sweden .....	112
11.4.8	The encounters that rupture the myth : contradictions in midwives' descriptions and explanations of circumcised women immigrants' sexuality .....	118
11.4.9	Obstetric care at the intersection of science and culture : Swedish doctors' perspectives on obstetric care of women who have undergone female genital cutting.....	124
11.4.10	Female genital mutilation in the contexte of migration : experience of African women with the Swiss health care system.....	129
11.4.11	Knowledge of Female Genital Cutting and Experience With Women Who Are Circumcised : A Survey of Nurse-Midwives in the United States .....	136
11.4.12	Swedish Health Care Providers' Experience and Knowledge of Female Genital Cutting.....	142
11.4.13	Perception of primary health professionals about Female Genital Mutilation : from healthcare to intercultural competence .....	146
11.4.14	Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden.....	153

## 1. INTRODUCTION<sup>1</sup>

« Mutilée » de Khady est un livre écrit par une femme sénégalaise, excisée à l'âge de 7 ans (Khady & Cuny, 2005). C'est lors de la lecture de ce témoignage que ma curiosité s'est ouverte sur le thème des mutilations génitales féminines.

Alors que je travaillais sur le choix et le développement de mon sujet de Bachelor Thesis, les différentes publications sur l'excision autour du film « Fleur du désert » adapté du livre de Waris Dirie (Dirie & Miller, 1998) ont renforcé ma motivation à développer ce sujet.

Dès lors, je m'intéresse de plus près à ces pratiques. Je découvre qu'il existe un nombre croissant de femmes et de fillettes ayant subi une mutilation génitale féminine ou menacées d'en subir. Ces nombres ne sont pas seulement inquiétants dans les pays où les mutilations génitales féminines se pratiquent mais aussi dans les pays industrialisés. En Suisse, ces pratiques sont interdites. Cependant, ces femmes et ces fillettes déjà « mutilées » ou susceptibles de l'être vivent sous nos latitudes de par leur immigration.

Comme j'ai pu le constater lors de mes lectures, les mutilations génitales féminines sont lourdes de conséquences. C'est pourquoi, ces femmes se retrouvent aussi dans nos hôpitaux. En tant que future professionnelle, je pourrai être amenée à rencontrer des femmes excisées, surtout dans un service de gynécologie et/ou d'obstétrique. Cela peut être amplifié si la migration de ces femmes continue d'augmenter. Aussi, les fillettes qui sont envoyées, aujourd'hui, dans leur pays d'origine sous prétexte de vacances alors qu'elles subiront une mutilation génitale féminine, peuvent se retrouver, demain, dans les services de soins à cause des conséquences physiques et/ou psychiques de celles-ci.

Professionnellement, je m'intéresse également aux coutumes, aux traditions et aux valeurs d'une culture différente de la mienne. Je suis consciente que « soigner » une femme ayant subi une mutilation génitale féminine n'est pas aisé car cela nous confronte et nous bouscule dans nos certitudes et nos

---

<sup>1</sup> Dans le but d'exposer ses motivations et perspectives personnelles concernant ce travail, l'auteur utilisera le pronom « je » dans cette introduction.



propres valeurs. Mon intérêt à travailler ce thème est notamment de savoir, dans un contexte d'interculturalité, quel est le rôle ou quelles devraient être les compétences de l'infirmière en Suisse dans la prise en charge des femmes ayant subi une mutilation génitale féminine ?

Ce travail débutera par une contextualisation basée sur des fondements théoriques concernant les mutilations génitales féminines afin de mieux saisir le sujet. Par la suite, les cadres de référence utilisés dans ce travail seront définis. Faisant suite à ce chapitre, la problématique de cet écrit ainsi que la question de recherche seront explicités. Le chapitre suivant concernera la méthodologie choisie et utilisée afin de réaliser ce travail. L'analyse des divers résultats obtenus sera exposée en thématiques significatives et représentatives en lien avec notre question de recherche. Un chapitre sera consacré à la discussion où la synthèse et la critique des études retenues seront faites. Dans ce même chapitre, les résultats obtenus seront discutés et mis en lien avec notre question de recherche et les cadres de référence. Une conclusion suivra et exposera d'éventuelles perspectives et besoins futurs en matière de recherches ainsi que les limites de ce travail. Enfin et pour terminer, un mot de l'auteur sera développé.

## **2. CONTEXTUALISATION**

### **2.1 Les mutilations génitales féminines**

#### *2.1.1 Définition et terminologie*

L'appellation « mutilations génitales féminines (MGF<sup>2</sup>) » ou « mutilations sexuelles féminines » recouvre un ensemble de méthodes aboutissant à l'ablation complète ou partielle des organes génitaux externes de la femme ou à toute autre lésion concernant cette partie du corps féminin à des fins non thérapeutiques mais pour des raisons culturelles (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2008a).

La terminologie employée pour se référer à cette pratique a subi de nombreux changements. Lorsque cette pratique a commencé à faire l'objet de discussions en dehors des groupes la pratiquant, le terme utilisé était « excision » (en anglais : female circumcision). Toutefois, cette désignation établit selon l'OMS (2008b) un parallèle avec la circoncision masculine créant ainsi une confusion entre deux pratiques dissemblables.

La terminologie de « mutilation génitale féminine » (en anglais : female genital mutilation) a été officiellement introduite en 1990 suite à une conférence de l'OMS à Addis Abeba en Ethiopie. En 1991, l'OMS a recommandé l'utilisation de cette expression par les Nations Unies car elle souligne notamment la gravité et les dommages d'une telle pratique et permet de faire la distinction avec la circoncision masculine (OMS, 2008b). Dès lors, ce terme est largement utilisé et répandu à travers le monde, étant la désignation employée par l'OMS (ibid., 2008b).

À partir de la fin des années 90, les termes « excision » et « mutilations génitales féminines/excision » (en anglais : female genital cutting) ont été mis en exergue notamment dans le domaine de la recherche. La préférence pour cette appellation est due au mécontentement occasionné par la connotation péjorative associée au terme « mutilation » (ibid., 2008b). Les femmes concernées par cette pratique jugent blessant d'être qualifiées de « mutilées »

---

<sup>2</sup> Abréviation utilisée dans tout le travail aussi bien au singulier qu'au pluriel.

(Trechsel & Schlauri, 2004). Selon Trechsel et Schlauri (2004), face aux femmes concernées, il y a lieu d'utiliser une désignation de la pratique qui tienne compte de leurs perceptions afin de ménager leur sensibilité.

En ce qui concerne le présent travail, le terme de « mutilations génitales féminines » sera employé pour parler de cette pratique car il s'agit de l'appellation majoritairement employée dans les lectures effectuées par l'auteur. L'utilisation de cette expression ne traduit en aucune façon une quelconque préférence ou le positionnement de l'auteur concernant cette pratique.

### *2.1.2 Typologie des MGF*

En 1995 puis en 2007, l'OMS en accord avec UNICEF et FNUAP (Fonds des Nations Unies pour la population) a établi une classification des MGF en quatre types :

**Type I** : ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce (clitoridectomie). Ce type est parfois communément appelé sunna<sup>3</sup> (Institut international des Droits de l'Enfant [IDE], 2009 ; OMS, 2008b).

Des subdivisions peuvent être proposées lorsqu'il est important de distinguer les principales formes de la MGF de type I : type Ia, ablation uniquement du prépuce (ou capuchon clitoridien) ; type Ib, ablation du prépuce et du clitoris (OMS, 2008b).

**Type II** : plus communément appelée excision, c'est l'ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (ibid., 2008b).

Là aussi, des subdivisions peuvent être proposées : 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 et des grandes lèvres (ibid., 2008b).

---

<sup>3</sup> La Sunna est le second fondement de la religion musulmane après le Coran. Elle comporte des paroles, des actions et des constatations agréées du prophète Mohamed, au cours de sa vie (Batbout, 2007). En l'occurrence, l'excision ne serait justement pas une Sunna puisque selon des chefs religieux, le Coran n'oblige pas la pratique de l'excision (Ras-Work, 2001).

**Type III** : il s'agit de l'infibulation qui consiste en un rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris (ibid., 2008b).

Lorsqu'il s'agit de l'ablation et de l'accolement des petites lèvres, c'est le type IIIa. Le type IIIb est l'ablation et l'accolement des grandes lèvres. La ré-infibulation étant l'intervention qui consiste à pratiquer une infibulation généralement après un accouchement ayant nécessité une défibulation, est incluse dans cette définition (ibid., 2008b).

**Type IV** : actes non classés : toutes les autres interventions néfastes sur les organes génitaux féminins pour des raisons non médicales, par exemple : ponction, percement, incision, scarification, cautérisation ou introduction de substances corrosives ou d'herbes dans le vagin (OMS, 2008b ; Hohlfeld, 2004).

La majorité des MGF, c'est-à-dire 90% correspondent à des types I, II ou IV alors que la forme la plus extrême, à savoir l'infibulation, représente 10% des cas (Yoder & Khan, 2007 cités par OMS, 2008b). Toutefois, selon Amman et al. (2005), « les soignants sont le plus souvent confrontés à l'infibulation (type III), les types I, II et IV pouvant passer inaperçus » (p.4).

Il importe encore de rappeler que le type de MGF varie en fonction du pays, de la région et de l'ethnie qui le pratique.

### *2.1.3 Géographie*

Les MGF ont surtout été signalées dans 28 pays africains principalement en Afrique Sub-Saharienne ou en Afrique de l'Est. Ces pratiques existent aussi dans certains pays du Moyen-Orient et d'Asie. Quelques types de MGF ont été enregistrés dans certains groupes ethniques d'Amérique Centrale et du Sud. Les vagues de migration des populations concernées par la MGF occasionnent également le risque de MGF dans les pays d'accueil (OMS, 2008b).

Dans la littérature, ce sont surtout les pays africains qui sont nommés comme ayant des taux élevés de prévalence des MGF.

#### *2.1.4 Méthodes concernant la pratique de MGF*

Le présent chapitre expose de façon succincte quelques techniques utilisées dans la pratique de MGF. Le fait que ce chapitre ne soit pas exhaustif peut s'expliquer de la façon suivante : les méthodes utilisées varient considérablement selon le pays, la région et l'ethnie dans lequel se pratique une MGF. Toutefois, Amman et al. (2005) disent que les instruments utilisés comprennent couteaux, ciseaux, lames de rasoir, tessons de verre ou scalpels. Dans la plupart des cas, la procédure est menée sans anesthésie et sans asepsie. Pour les familles aisées, la procédure est parfois réalisée en milieu hospitalier. La MGF est presque toujours réalisée sur des filles entre 0 et 15 ans, c'est-à-dire durant l'enfance ou à la puberté. Parfois, des femmes adultes subissent cette pratique juste avant le mariage ou lors de leur première grossesse. L'âge auquel la MGF est pratiquée varie en fonction de l'ethnie et/ou de la situation géographique. En ce qui concerne les filles immigrées, c'est souvent au cours d'un voyage dans le pays d'origine que l'intervention est faite (OMS, 2008b ; Amman et al., 2005 ; OMS, 2001).

L'intervention est la plupart du temps effectuée par une femme âgée sans formation qui peut être une accoucheuse traditionnelle ou une guérisseuse. Dans des régions où il n'y a pas d'exciseuse à proximité, la MGF peut être pratiquée par les grands-mères ou les tantes. Dans certaines communautés, les barbiers seraient chargés d'effectuer la MGF (Ras-Work, 2001). Selon l'Institut international des Droits de l'Enfant (2009), il y aurait une évolution de la pratique des MGF avec notamment la médicalisation de celles-ci. Cette procédure serait effectuée, dans certains pays, par du personnel médical qualifié.

#### *2.1.5 Origine et croyances autour des MGF*

L'origine des MGF n'est pas connue de façon claire. Toutefois, différentes hypothèses ont été avancées et parfois réfutées. Selon Ras-Work (2001), la pratique des MGF est antérieure à l'avènement de l'Islam et du Christianisme puisqu'elle existerait depuis plus de 2000 ans. Elle existait donc déjà avant la propagation de ces religions. Ni le Coran ni la Bible n'oblige la pratique de

MGF. C'est pourquoi la religion musulmane ou chrétienne ne justifierait pas l'acte, bien que cette idée soit souvent perpétrée pour innocenter la réalisation de MGF. Outre la justification religieuse, d'autres arguments sont parfois avancés tels que : tradition, rituel de passage, purification, raison esthétique, protection de la virginité et de la fidélité, hygiène facilitée, condition pour le mariage, promotion de la fertilité, maintien de l'honneur familial, augmentation du plaisir sexuel masculin, crainte de décès des nouveau-nés en cas de contact avec le clitoris à l'accouchement, nécessité de faire disparaître les traits masculins chez les bébés filles pour que ces dernières deviennent de vraies femmes. Il s'agit là d'une énumération non-exhaustive car les motifs de MGF varient d'une région et d'une culture à l'autre où elles se pratiquent (Amman et al., 2005).

#### *2.1.6 Conséquences des MGF*

La pratique des MGF donne lieu à d'importantes complications à court et/ou à long terme. Celles-ci se répercutent autant sur la santé physique que sur la qualité de vie des femmes et des fillettes qui subissent une MGF. Selon Amman et al. (2005), « la fréquence et la nature des complications immédiates et chroniques dépendent de l'hygiène locale, de l'habileté et de l'expérience de l'opératrice ou opérateur, ainsi que de la résistance de la victime » (p.6).

##### *2.1.6.1 Complications immédiates*

- Douleur aiguë en raison de l'innervation importante de la région
- Infections : locales ou généralisées, choc septique, tétanos, gangrène transmission du HIV et de l'hépatite B
- Problèmes urinaires : rétention urinaire, tuméfaction de l'urètre, dysurie
- Blessures et saignements : lésions des organes voisins, fractures (peuvent survenir lorsque la personne subissant une MGF tente de se débattre), hémorragies, choc hémorragique, anémie voire décès
- Trouble psychique tel qu'un traumatisme psychique.

#### 2.1.6.2 Complications à long terme

- Troubles gynécologiques et sexuels : dyspareunie, dysfonction sexuelle, sténose vaginale, infections génitales basses et hautes, dysménorrhée, ménorragie
- Troubles obstétricaux : infertilité, stérilité, difficultés lors des examens vaginaux, allongement de la durée du travail lors de l'accouchement, déchirures périnéales, hémorragie du post-partum, infections de plaies périnéales, augmentation de la mortalité périnatale
- Troubles urinaires : infections urinaires à répétition, troubles de la miction, incontinence urinaire, impossibilité de sonder
- Problèmes cicatriciels : abcès, chéloïdes, kystes, névromes, fistules vésico- et/ou recto-vaginales
- Troubles psychiques : dépression, syndrome de stress post-traumatique.

Les données qui précèdent sont tirés de Amman et al. (2005) ; Caflisch & Mirabaud (2007) ; Carton & Philippe (2008).

Il est important de mentionner que, dans bien des cas, les femmes ayant subi une MGF n'associent pas leurs symptômes aux conséquences d'une telle intervention. De ce fait, il y a parfois une réelle difficulté à aborder la problématique des MGF puisque ces femmes en gardent un souvenir lointain et que toutes celles de leur entourage peuvent présenter les mêmes symptômes. C'est en quelque sorte la condition de la vie d'une femme. Parfois, elles associent à la MGF des sentiments positifs. Aussi, certains immigrants qui ont recourt à cette pratique ne comprennent pas l'intérêt des soignants ou des autorités pour les MGF d'où, dans certaines situations, la présence d'un obstacle à faire passer des messages préventifs (Amman et al., 2005).

La pratique de MGF, présente dans plusieurs pays à travers le monde, entraîne des problématiques de santé publique, liées notamment aux conséquences physiques.

### *2.1.7 Les MGF en chiffres : dans le monde et en Suisse*

Selon l'OMS (2008a), 100 à 140 millions de femmes et de fillettes ont été victimes de mutilations génitales féminines, toutes formes confondues. Des estimations plus récentes indiquent que, en Afrique, 91,5 millions de femmes et de filles âgées de plus de 9 ans souffriraient des conséquences d'une MGF (Yoder & Khan, 2007 cités par OMS, 2008b). En outre, il est estimé que 3 millions de filles par année sont exposées au risque de subir une MGF en Afrique (Yoder et al., 2004 cités par OMS, 2008b).

De par la migration des femmes concernées par la MGF, le phénomène s'étend dès lors aussi en Occident.

En tant que pays d'accueil, la Suisse n'est quant à elle pas épargnée par cette expansion. En effet, selon Jäger, Schulze et Hohlfeld (2002), le nombre de femmes à risque ou affectées par les MGF est estimé à 6'700. Ces auteurs mentionnent que ce chiffre ne permet pas de tirer de conclusions sur la façon dont le système de santé suisse est confronté au problème car par exemple, le nombre estimé ne tient pas compte des femmes possédant un passeport suisse mais étant originaires de pays où se pratiquent des MGF. En revanche, une enquête menée en 2004 par l'UNICEF en collaboration avec l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Berne a révélé que un(e) gynécologue sur sept et une sage-femme sur sept sont confrontés à une femme ayant subi une MGF (UNICEF, 2005).

### *2.1.8 La Suisse et les MGF*

Thierfelder, Hatz et Kessler (2003) ont démontré que ces femmes, victimes de mutilations génitales, ne bénéficiaient pas toujours d'une prise en charge prenant en compte leurs besoins spécifiques. Cela peut être lié à une méconnaissance de ces pratiques dans le domaine des soins mais aussi à diverses représentations des soignants. C'est pourquoi, un groupe de travail a été constitué afin d'édicter un document faisant office de code de conduite pour les professionnels suisses de la santé. Ce document a été rédigé par Amman et al., 2005.



La méconnaissance des professionnels de la santé au sujet des MGF peut, selon Amman et al., (2005), avoir des conséquences telles que : des soins inappropriés (ex : césarienne par méconnaissance des techniques de défibulation), des maladresses (ex : choc du soignant lors de l'examen et absence de discussion à ce sujet), des attitudes condamnables (ex : absence de discussion en période prénatale) ou un manque de prévention. En effet, les soignants utilisent peu les occasions de faire de la prévention en faveur des filles et des femmes concernées.

D'un point de vue légal, dans des pays européens tels que la Suède, la Grande-Bretagne, la Belgique ou la Norvège, il existe des lois spécifiquement consacrées aux MGF. En Suisse, il n'en est pas encore ainsi. Toutefois, sous nos latitudes, c'est l'atteinte à l'intégrité corporelle ou les lésions corporelles qui rendent les MGF illégales, même sur demande de la patiente. Le Code Pénal suisse, à l'article 122, chiffre 1, al. 2 précise : « celui qui, intentionnellement, aura mutilé le corps d'une personne, un de ses membres ou un de ses organes importants (...) sera puni de la réclusion pour dix ans au plus ou de l'emprisonnement ». De plus, les MGF sont condamnables par l'Académie Suisse des Sciences Médicales et elles sont contraires à la Convention des droits de l'enfant que la Suisse a approuvée en mars 1997 (Trechsel & Schlauri, 2004).

Comme nous avons pu le constater au travers des différents documents consultés, les professionnels de la santé, quelle que soit leur spécialité, peuvent être confrontés à des patientes ayant subi des MGF. Ils sont donc concernés par la problématique de la MGF, bien que les sages-femmes, les gynécologues, les pédiatres ou les médecins traitant y soient davantage confrontés. A priori, ce sont ces derniers qui rencontrent, en premier, les femmes ou les parents des filles ayant subi une MGF ou menacées d'en subir.

Toutefois, tous les professionnels de la santé font face, avec les MGF, à un problème non seulement médical ou légal mais aussi culturel et éthique. Dans l'optique de réfléchir aux implications de cette problématique un groupe de travail a été formé au sein des Hôpitaux Universitaires de Genève. Leur réflexion, ainsi que celle de Caritas, a pour but d'informer, de sensibiliser et de

former des professionnels de la santé. Amman et al., (2005) recommandent d'ailleurs un enseignement au sujet des MGF. Celui-ci devrait être dispensé dans les facultés de médecine et les écoles de sages-femmes et d'infirmières. Cela permettrait à tous les soignants, quelle que soit leur spécialité, d'avoir des connaissances sur :

- la problématique des MGF et les communautés où elles sont pratiquées
- ce que sont les MGF et leurs complications potentielles
- leurs propres attitudes face à une femme ayant subi une MGF
- la prise en charge spécifique lors de soins en gynécologie ou obstétrique
- le caractère illégal de ces pratiques en Suisse et en Europe.

Ils pourraient donc jouer un rôle, en tout cas, en matière de prévention (Amman et al., 2005).

En effet, dans la thématique des MGF, outre la prise en charge spécifique lors de soins gynécologiques et/ou obstétriques, il y a l'axe de la promotion de la santé et prévention de la maladie. Le fait est que la pratique des MGF est interdite en Suisse et que diverses organisations telles que l'OMS, UNICEF ou CARITAS mènent des programmes de sensibilisation et d'information afin de faire régresser voire de faire disparaître ces pratiques. Les professionnels de la santé peuvent également sensibiliser et informer les femmes ayant subi ou les fillettes menacées de subir des MGF afin de prévenir soit leurs complications soit une future MGF ou une ré-infibulation. Cette population féminine doit être avant tout informée sur la thématique des MGF, ce que ces pratiques peuvent changer d'un point de vue anatomique, leurs complications ou encore leur caractère illégal en Suisse. Comme nous l'avons déjà exposé, ces femmes n'associent souvent pas leurs troubles à la MGF et c'est parce que l'excision est la norme, dans les pays d'origine, que ces pratiques se perpétuent (Amman et al., 2005). Ainsi, il peut parfois être difficile de promouvoir la santé et prévenir la maladie auprès des femmes concernées par la MGF.

Nous choisissons d'axer le rôle infirmier dans un contexte d'interculturalité sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie en ce qui concerne les MGF en Suisse notamment pour ces raisons.

### **3. CADRES DE RÉFÉRENCE**

Partant du questionnement professionnel autour du rôle infirmier dans un contexte d'interculturalité en Suisse sur la promotion de la santé et prévention de la maladie auprès des femmes ayant subi une MGF, nous présentons, dans ce chapitre, quelques concepts qui nous permettront de développer la problématique. Ils nous serviront également pour l'analyse des différentes études qui seront retenues.

#### **3.1 Les rôles des soignants**

Selon le code international de déontologie du conseil international des infirmières [CII] (2000), le rôle professionnel comporte quatre axes : promouvoir la santé, prévenir la maladie, restaurer la santé et soulager la souffrance.

Le respect des droits de l'homme, [...], le droit à la dignité et à un traitement humain fait partie intégrante des soins infirmiers. Ces derniers ne sont influencés par aucune considération d'âge, de couleur, de croyance, de culture, d'invalidité ou de maladie, de sexe, de nationalité, de politique, de race ou de statut social. Les infirmières fournissent des services de santé à l'individu, à la famille et à la collectivité et coordonnent cette activité avec celles d'autres groupes qui travaillent dans des domaines annexes (Association suisse des infirmières et infirmiers, 2006, p. 30).

Cette citation permet de comprendre que le rôle du soignant est de fournir des soins compétents indépendamment des croyances ou de la culture. Cela reflète l'importance des soins infirmiers transculturels en lien avec la thématique des MGF présente dans différentes cultures. Les soins infirmiers transculturels font partie des concepts choisis. Ils seront également définis en tant que cadre de référence.

Grâce à la définition que donne le CII du rôle infirmier, nous pouvons établir un lien avec le questionnement professionnel. En Suisse, les soins aux personnes ayant subi des MGF peuvent s'inscrire dans les axes du rôle professionnel, plus spécifiquement dans l'axe de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie.

La promotion de la santé se trouve de ce fait dans le référentiel de compétences. Une des compétences de l'infirmière consiste à : promouvoir la

santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé au travers de divers moyens. Cette compétence inclut : des actions éducatives, une participation à des actions dans des projets de santé communautaire, des conseils à la clientèle dans des démarches de soin et dans l'utilisation de son système de santé. Pour ce faire, il est primordial de tenir compte des demandes et des besoins de la clientèle, de l'inclure dans la recherche de solutions et de respecter ses choix (HEdS-FR, 2008).

Le rôle éducatif du soignant selon Dallaire (2008), que l'on retrouve dans la compétence de promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé, « consiste à éduquer et à renseigner sur la santé et la maladie » (p.283). L'infirmière donne des conseils de santé mais elle aide également les clients à prendre des décisions à partir de ces informations.

Les différents éléments développés précédemment sur le rôle en matière de promotion de la santé et prévention de la maladie nous amène à clarifier ces notions en tant que concepts dans le chapitre suivant.

### **3.2 Promotion de la santé – prévention de la maladie**

Partant du questionnement professionnel, nous avons pu identifier dans les paragraphes précédents que la prise en charge par les soignants des femmes ayant subi des MGF peut se situer dans l'axe de la promotion de la santé-prévention de la maladie. Ceci étant donné qu'il s'agit de sensibiliser et d'informer cette population sur ces pratiques afin de mieux prendre en charge les complications et d'empêcher une ré-infibulation ou une future MGF sur leurs fillettes.

Selon Quinodoz (2008), la prévention de la maladie a pour but de protéger la santé et d'empêcher la survenue de la maladie par divers moyens. Elle est axée sur la pathogénèse et se préoccupe des facteurs de risque. En revanche, la promotion de la santé comprend non seulement des actions permettant d'améliorer les aptitudes et les capacités des individus mais aussi les mesures visant à changer une situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire les effets négatifs sur la santé publique et individuelle. La

promotion de la santé a pour principe l'encouragement au développement des ressources et l'identification des facteurs qui menacent une vie saine.

En matière de prévention, il existe trois grandes formes :

- La prévention primaire : tous les actes sont destinés à diminuer l'incidence d'un problème de santé
- La prévention secondaire : réduction de la durée d'évolution et des conséquences du problème de santé
- La prévention tertiaire : évitement des récives et prévention de la survenue de la dépendance liée au problème de santé.

Dans la pratique, il n'est pas toujours possible de dissocier clairement la promotion de la santé et la prévention de la maladie puisqu'elles sont complémentaires. En ce sens, si nous agissons afin d'inciter des comportements sains, c'est aussi dans le but de protéger les gens des maladies qui représentent une menace pour leur santé physique et/ou mentale. C'est pourquoi, le rôle infirmier en Suisse quant aux MGF peut se situer dans une optique de prévention de la maladie et de promotion de la santé. En abordant la thématique des MGF en milieu hospitalier (par exemple en obstétrique dans la période du post-partum), les soignants pourront autant prévenir les complications d'une MGF déjà pratiquée et dans un même temps promouvoir la santé en sensibilisant ces femmes par rapport à une éventuelle MGF future sur leur(s) fille(s) ou une ré-infibulation.

### **3.3 Des soins infirmiers transculturels**

Compte tenu du fait que la thématique des MGF se retrouve auprès de femmes de cultures différentes, il importe de définir les soins infirmiers interculturels, appelés aussi soins infirmiers transculturels.

Les soins infirmiers transculturels se basent sur le concept de culture et sur les rapports à établir entre les soins de santé et les particularités de la culture (Brunner et al., 2006). Cela nous amène à donner une définition de la culture :

La culture repose sur l'idée de tradition et renvoie à une sorte de civilisation commune, des valeurs et du sens partagés entre les membres d'une

communauté vivant une même situation, au sein d'une même institution. Elle est envisagée par l'anthropologie actuelle comme une série d'expériences vécues par le sujet qui leur attribue des significations issues de ses productions mentales, au même titre que ses valeurs, ses croyances et ses représentations. Ainsi pensée, la culture n'est pas à considérer comme un ensemble structuré, stable et figé qui s'imposerait de l'extérieur aux membres d'un groupe. Elle est le fruit d'une construction collective, puisque liée à des situations sociales concrètes dans lesquelles sont impliqués ceux qui s'en réclament. La culture relève d'un ensemble de normes, de limites et de règles (Pillonel, 2010).

En ce sens, les soins infirmiers interculturels doivent tenir compte des spécificités culturelles du patient. Chaque personne, en fonction de ses valeurs, de ses croyances et de ses pratiques, pourra avoir une autre vision de la santé, des soins de santé et de la maladie et ce d'autant plus que la personne est éloignée de la culture du pays d'accueil. Cela suppose que l'infirmière doit prendre conscience aussi bien des différences et des similitudes entre les cultures que du rôle joué par son propre héritage culturel afin de pouvoir établir un projet de soins en partenariat avec la personne concernée et de fournir des soins culturellement compétents.

Enfin, nous retiendrons que pour « soigner » un patient de culture différente, il importe, autant que possible, de respecter ses particularités culturelles autant que celles de l'infirmière et même celles de l'institution. Là, nous pouvons faire le lien avec le rôle du soignant qui doit être réflexif afin de fournir des soins culturellement compétents car il sera inconsciemment influencé par les croyances et/ou la culture d'une patiente et les siennes. En outre, le soignant doit tenir compte des spécificités, des demandes et des besoins de la patiente concernée afin de remplir son rôle dans l'axe de la promotion de la santé - prévention de la maladie. Nous exposons encore, dans les chapitres suivants, deux concepts permettant de saisir plus finement en quoi consistent des soins culturellement compétents.

### **3.4 Le modèle transculturel de Purnell**

Pour Coutu-Wakulczyk (2003), « la diversité culturelle à l'intérieur d'un pays n'est pas un phénomène nouveau. La nouveauté concerne l'importance que revêt ce phénomène en soins de santé où la mosaïque des cultures demeure

au cœur de l'action » (p.34). De ce fait, il apparaît évident que les professionnels de santé doivent être conscients des différences culturelles. Toujours selon Coutu-Wakulczyk (2003), l'ouverture consciente à la diversité culturelle améliore autant les compétences des professionnels de santé à fournir des soins culturellement compétents que l'efficacité de ces soins.

Popiea et Moreau (2004), traitent, dans leur article, du défi de fournir des soins à des femmes ayant subi une MGF. Ces auteures soulignent que les besoins des femmes ayant subi une MGF doivent être pris en compte indépendamment des valeurs et des croyances de l'infirmière. Afin d'acquérir la compétence et la sensibilité nécessaires à la prestation de soins transculturels de qualité, les infirmières devraient notamment comprendre le vécu de ces femmes et leurs valeurs culturelles. De plus, elles devraient apprendre à faire la part entre leurs valeurs et leurs croyances avec celles de leurs clientes. L'importance des soins culturellement compétents paraît alors inéluctable à la prise en charge des femmes ayant subi une MGF.

L'auteur a donc choisi de mobiliser le concept du modèle transculturel de Purnell car il permet de mieux comprendre le processus amenant à la prestation de soins culturellement congruents. De plus, ce concept sera intéressant à utiliser dans les liens avec les résultats au sein de la discussion de ce travail.

Dans un premier temps, il importe de définir la culture selon Purnell. Pour lui (1998), cité par Coutu-Wakulczyk (2003),

La culture se rapporte à la totalité des patterns de comportements socialement transmis à l'égard des arts, des croyances, des valeurs, des coutumes et habitudes de vie, de tous les produits du travail humain et des caractéristiques de la pensée des personnes composant la population. La culture guide la perspective, la vision du monde et la prise de décision (p.34).

Ces modèles de comportements sont transmis au sein de la famille et communs à la plupart des personnes faisant partie d'une même culture. De plus, la culture exerce une influence directe ou indirecte sur les perceptions de santé et de maladie (Purnell, 1998, cité par Coutu-Wakulczyk, 2003).

Dans ce modèle, la compétence culturelle, qui est un processus conscient et non linéaire, signifie pour Purnell (1998) cité par Coutu-Wakulczyk (2003) :

1. Devenir conscient de sa propre existence, de ses sensations, de ses pensées et de son environnement sans laisser transparaître l'influence induite de sources extérieures ;
2. Démontrer une connaissance et une compréhension de la culture du client ;
3. Accepter et respecter les différences culturelles, et
4. Adapter les soins de façon congruente avec la culture du client (p.34).

Ce processus évolue donc de façon progressive vers l'atteinte d'une compétence culturelle et se subdivise en quatre stades. Purnell (1998), cité par Coutu-Wakulczyk, (2003), les décrit comme tel :

1. La personne se situe au stade de l'incompétence inconsciente ou l'absence de conscientisation quant au manque de connaissances à l'égard de l'autre culture ;
2. L'incompétence consciente signifie une sensibilisation suffisante pour identifier le manque de connaissances envers la culture du client ;
3. L'évolution progressive est la compétence consciente, menant à la capacité d'apprendre et de générer des éléments de la culture susceptibles de fournir des interventions culturellement spécifiques. Enfin,
4. La compétence inconsciente mène au développement d'automatismes à la prestation de soins culturellement congruents à des clients de cultures différentes. Ce dernier stade (...) est difficile à atteindre ; la majorité des travailleurs de la santé n'atteindront que le stade trois (...) (p.34).

Purnell (1998), cité par Coutu-Wakulczyk (2003), souligne une idée déjà mentionnée plus haut. Pour lui, « il est primordial d'atteindre une compréhension de sa propre culture, des valeurs personnelles qui s'y rattachent et d'acquérir l'habileté de se détacher de « l'excédent de bagage » associé à la culture » (p.35). Toutefois, des empreintes d'ethnocentrisme peuvent dominer sur les attitudes et les comportements.

Le modèle transculturel de Purnell (Annexe B) est, selon Coutu-Wakulczyk (2003), un concept facile à utiliser et à comprendre pour les professionnels de santé. Celui-ci permet l'apprentissage des particularités culturelles des clients. Coutu-Wakulczyk (2003), explique le modèle comme suit :

Il est schématisé sous forme d'un cercle entouré de cerceaux externes. La bordure la plus extérieure représente la société dans sa globalité suivi vers l'intérieur d'un cerceau illustrant la communauté, ensuite viennent les cerceaux de la famille et de la personne. Le cercle se subdivise en 12



pointes, chacune se rapportant à un domaine culturel particulier et aux concepts reliés. Le centre noir du cercle représente les phénomènes inconnus pourtant bien présents. À la base du cercle et des cerceaux apparaît une ligne brisée représentant l'évolution du concept non-linéaire de la connaissance culturelle consciente (p.37).

Les 12 pointes sont :

1. Sommaire, localité habitée et topographie
2. Communication
3. Rôles et organisation de la famille
4. Les questions relatives à la main d'œuvre
5. Ecologie bio-culturelle
6. Comportements à risques élevés pour la santé
7. Nutrition
8. Pratiques durant la grossesse et la gestation
9. Rituels mortuaires
10. Spiritualité
11. Pratiques de soins
12. Pratiques des intervenants de la santé.

Certains de ces domaines culturels seront davantage approfondis dans le chapitre se rapportant à la discussion des résultats.

### **3.5 Un modèle de développement de la sensibilité interculturelle de Milton J. Bennett**

Selon Purnell (1998) cité par Coutu-Wakulczyk (2003), il y aurait une tendance commune à tout être humain qui soutient que « sa propre façon de penser et d'agir est la meilleure, la plus appropriée et la plus naturelle » (p.35). C'est l'ethnocentrisme. Ce point de vue peut être un réel obstacle à la prestation de soins culturellement congruents comme lors de la prise en charge de femmes ayant subi une MGF. En effet, cela signifierait que des croyances, entre autres, « différentes de sa propre culture soient bizarres, étranges et non éclairées et qu'elles soient par conséquent « pas correctes » » (Purnell, 1998, cité par Coutu-Wakulczyk, 2003, p.35). La pratique des MGF fait référence à des croyances et des valeurs propres à la culture des femmes qui les subissent et sont donc différentes de celles des professionnels de santé occidentaux. Ceux-

ci pourraient alléguer que cette pratique n'est pas correcte et ils pourraient avoir des attitudes et des comportements ethnocentriques.

Cette notion d'ethnocentrisme fait référence à des stades décrits par Bennett (1993), qui constituent un instrument intéressant « de compréhension des mouvements émotionnels et des réactions classiques face au choc culturel » (Bennett, 1993, cité par Matter, 2010, p.1). Cet outil permet de mieux comprendre les étapes par lesquelles un individu passe afin de développer une sensibilité interculturelle.

Bennett (1993) cité par Matter (2010) a donc développé six stades qui constituent son « instrument conceptuel permettant de situer certaines des réactions personnelles afin de mieux discerner les critères d'une véritable adaptation à une autre culture » (p.1). Ces stades sont vus comme des modes de fonctionnement cognitif, reliés à des attitudes et des comportements. Un individu évolue à travers ces six stades et les phénomènes de régression sont possibles selon les circonstances. Rien n'est définitivement acquis. Les trois premiers stades, étant davantage ethnocentriques, sont la dénégation, la défense et la minimisation. Les stades ethnorelativistes constituent les trois derniers stades. Il s'agit de l'acceptation, l'adaptation et l'intégration (ibid., 1993, cité par Matter, 2010, p.1).

Le premier stade étant la dénégation constitue « le plus bas degré d'ouverture face aux différences culturelles » (ibid., 1993, cité par Matter, 2010, p.2). L'individu ignore simplement que ces différences existent ou bien les perçoit de façon très générale. Les comportements dans cette phase peuvent traduire de la gêne ou le fait de trouver bizarre ce qui est différent.

La défense est le deuxième stade et peut se traduire par le dénigrement des différences ou la supériorité culturelle.

Ensuite, la minimisation est le dernier stade ethnocentrique où « les différences culturelles sont reconnues et tolérées jusqu'à un certain point » (ibid., 1993, cité par Matter, 2010, p.4). Ces différences sont perçues soit superficiellement soit comme pouvant constituer un obstacle à la communication. Là, l'individu présume que « la communication repose nécessairement sur un ensemble

commun et universel de règles et de principes » (ibid., 1993, cité par Matter, 2010, p.4).

La quatrième phase est celle de l'acceptation et la vision de l'individu change totalement. Les cultures sont vues comme étant fluides et dynamiques plutôt que rigides et statiques. L'individu accepte les différences sans toutefois adopter des comportements ou adapter les siens afin de mieux tenir compte des différences culturelles. La tolérance et une attitude sympathique est de mise (Bennett, 1993, cité par Matter, 2010).

L'adaptation constitue le cinquième stade et contrairement à l'étape précédente, les comportements et les attitudes changent. La culture, les valeurs et les croyances d'origine ne sont pas abandonnées mais l'individu a la capacité à intégrer des aspects d'autres cultures (ibid., 1993 cité par Matter, 2010).

Enfin, la sixième étape est celle de l'intégration. L'individu peut facilement s'adapter à la culture de gens qu'il fréquente (ibid., 1993 cité par Matter, 2010).

#### **4. PROBLÉMATIQUE**

En regard des éléments développés précédemment, la problématique de ce travail se définit comme suit.

Les mutilations génitales féminines constituent un problème de santé publique dans les pays où elles sont pratiquées mais aussi en Suisse de par la migration des femmes qui les subissent. Ces pratiques ont des conséquences physiques et/ou psychologiques qui nécessitent une prise en charge adéquate. En effet, dans cette prise en charge plusieurs domaines sont à considérer : des soins appropriés et une approche de promotion de la santé et prévention de la maladie.

Les soins appropriés font référence à des soins culturellement compétents. Comme nous l'ont exposé Popiea et Moreau (2004), l'infirmière se doit de connaître le sens et les raisons sous-jacentes à ces pratiques pour accroître sa sensibilité transculturelle et prendre en charge adéquatement la cliente dans son expérience de santé. Par ailleurs, il est nécessaire pour l'infirmière de conscientiser sa propre culture, de s'en détacher pour accueillir celle d'une femme ayant subi une MGF et prendre en compte ses besoins. Toutefois, Thierfelder, Hatz et Kessler (2003) ont démontré que ces femmes ne bénéficiaient pas toujours d'une prise en charge prenant en compte leurs besoins spécifiques. Cela est dû en partie à la méconnaissance des professionnels de santé concernant les MGF, laquelle peut avoir des conséquences sur la prise en charge de ces femmes (Amman et al., 2005). Nous pouvons alors nous poser une première question : les professionnels de santé ont-ils acquis des compétences spécifiques pour une prise en charge culturellement compétente auprès des femmes ayant subi une MGF ?

Nous avons également vu que dans la prise en charge des femmes ayant subi une MGF, l'infirmière peut avoir une approche de promotion de la santé et prévention de la maladie. Elle peut notamment donner des informations sur les procédés des MGF (changements d'un point de vue anatomique), leurs conséquences et sur le cadre légal suisse et ce dans le but de sensibiliser les femmes concernées voire de prévenir une MGF sur leur(s) fille(s) ou une ré-

infibulation. Cela nous amène à nous poser une deuxième question qui est : quel est en réalité le rôle de l'infirmière en matière de promotion de la santé et prévention de la maladie en ce qui concerne les MGF ?

Afin de promouvoir la santé et de prévenir la maladie, l'infirmière doit tenir compte des demandes, des besoins et respecter les choix de la clientèle. Par ailleurs, une telle approche signifie aussi que l'infirmière soit sensibilisée aux aspects culturels de la pratique des MGF. C'est pourquoi une approche interculturelle doit être prise en compte afin d'amorcer un pas vers la compréhension de la culture de l'autre et de permettre une promotion de la santé – prévention de la maladie efficaces.

Les cadres de référence développés et nos deux questions de départ – les professionnels de santé ont-ils acquis suffisamment de compétences spécifiques pour prendre en charge des femmes ayant subi une MGF ? et quel est en réalité le rôle infirmier en matière de promotion de la santé et prévention de la maladie en ce qui concerne les MGF ? – nous amène à la question de recherche qui suit :

Quels sont les éléments qui favorisent ou qui entravent une prise en charge infirmière culturellement compétente et plus spécifiquement une approche en matière de promotion de la santé et prévention de la maladie auprès des femmes ayant subi une MGF ?

#### **4.1 But(s) poursuivi(s)**

Faisant référence à notre problématique, le but premier de cette revue de littérature étoffée sera d'identifier les ressources et/ou les obstacles à une prise en charge culturellement congruente et plus spécifiquement avec une approche de promotion de la santé et prévention de la maladie en ce qui concerne les femmes ayant subi une MGF.

## 5. MÉTHODE

Le devis choisi pour ce travail est une revue de littérature étoffée. Ce choix peut s'expliquer de plusieurs manières. Tout d'abord, la revue de littérature étoffée donne lieu à un inventaire des connaissances actuelles concernant la question de recherche<sup>4</sup>. Ce type de devis permet de travailler sur un thème de recherche en s'appuyant sur ce qui existe déjà. Il est donc adapté aux novices qui peuvent profiter de recherches déjà publiées. D'autre part, l'utilisation d'une telle méthodologie donne accès à un grand éventail de résultats rapidement sans se rendre sur le terrain. En effet, la revue de littérature étoffée amène différentes réflexions et points de vue qui seront utiles pour l'analyse en lien avec la question de recherche. Ainsi le fait d'articuler les travaux et les conclusions de plusieurs études permet d'aboutir à des résultats d'autant plus fondés car ils sont obtenus par divers chercheurs utilisant diverses méthodologies et dans divers pays. Outre les résultats, la revue de littérature va amener à trouver des pistes d'exploration possibles voire mettre en évidence des lacunes ou des incohérences et même d'autres problématiques méritant des recherches ultérieures. Elle permettra également de déboucher sur les implications pour la pratique professionnelle (Loiselle, Profetto McGrath, Polit & Tatano Beck, 2007).

Afin d'être en mesure de répondre à la question de recherche et ce en respectant la méthodologie d'une revue de littérature étoffée, nous avons effectué une recherche littéraire sur la banque de données PubMed/Medline entre avril 2010 et mai 2011. Cette banque de données a été choisie pour notre recherche littéraire car elle est le principal moteur de recherche de données bibliographiques de l'ensemble des domaines de spécialisation de la biologie et surtout de la médecine et des soins infirmiers (Dubey, 2010). L'association de termes MeSH [Medical Subject Headings], systèmes de métadonnées médicales en langue anglaise, a permis de déboucher sur des articles mettant l'accent sur le sujet à l'étude. Outre les stratégies par association de termes MeSH, nous avons examiné les références bibliographiques d'études publiées récemment car selon Loiselle, Profetto-McGrath, Polit et Tatano Beck (2007),

---

<sup>4</sup> Cf. chapitre 3

cette méthode constitue une bonne façon d'en obtenir de nouvelles. Etant donné que le sujet des MGF intéressent des organismes tels que l'Organisation Mondiale de la Santé ou l'UNICEF, nous nous sommes intéressées à leurs publications. La difficulté était de trouver des recherches permettant d'inscrire le rôle infirmier dans la problématique de la prise en charge des femmes ayant subi une MGF. Celles-ci étaient trop peu nombreuses. C'est pourquoi, nous avons décidé de nous intéresser et d'inclure aussi le rôle d'autres professionnels de la santé. De plus, les recherches menées en Suisse n'étant pas prolifiques nous nous sommes également penchées sur celles effectuées en Europe et en Amérique du Nord. Parmi les résultats ainsi obtenus la sélection s'est ensuite faite au moyen des critères suivants :

### **5.1 Critères de sélection**

Afin d'être le plus pertinent possible, des critères de sélection ont été définis :

- Articles scientifiques publiés ces 11 dernières années (2000 – 2011)
- Langues : français, anglais, portugais et espagnol et ce pour des raisons de compréhension de l'auteur
- Études menées en Europe et en Amérique du Nord
- Études traitants de la prise en charge en milieu hospitalier de femmes ayant subi une MGF (quelque en soit le type) et ayant migré
- Les études sont choisies pour leur méthodologie pertinente, permettant d'identifier les besoins des femmes ayant subi une MGF face au système de santé et dans les rencontres avec les professionnels de santé, les besoins des professionnels de santé pour une prise en charge culturellement sensible de ces femmes et les obstacles à une prise en charge culturellement congruente

Certains de ces critères, comme l'année de publication des articles et la langue ont parfois été introduits dans les limites des stratégies de recherches sur Pubmed/Medline.

## 5.2 Critères d'exclusion

Afin de poursuivre la pertinence dans le choix des articles, les critères d'exclusion suivants ont été définis :

- Études réalisées dans les pays en voie de développement
- Études réalisées dans les pays où la pratique de MGF est pérennisée
- Articles publiés il y a plus de 11 ans
- Articles traitant des difficultés de la prise en charge de femmes de culture étrangère mais sans la composante des MGF
- Articles n'ayant aucun lien avec le milieu des soins

## 5.3 Résultats des stratégies de recherches

Les principales stratégies de recherche littéraire ont été saisies sur Pubmed/Medline.

### 5.3.1 Stratégie 1

[("Circumcision, Female" [Mesh]) AND ("Health Knowledge, Attitudes, Practice" [Mesh]) AND ("Nursing" [Mesh]) AND (English [lang] OR French [lang] OR Portuguese [lang]) AND ("2000/01/01"[PDAT] : "2011/05/01"[PDAT]))]

4 résultats dont le suivant a été retenu :

- Widmark, C., Tishelman, C. & Ahlberg, B.M. (2002). A study of Swedish midwives' encounters with infibulated African women in Sweden. *Midwifery*, 18, 113-125.

### 5.3.2 Stratégie 2

[("Circumcision, Female" [Mesh]) AND ("Health Knowledge, Attitudes, Practice" [Mesh]) AND (English [lang] OR French [lang] OR Spanish [lang] OR Portuguese [lang]) AND "adult" [MeSH Terms:noexp] AND ("2000/01/01"[PDAT] : "2011/05/01"[PDAT]))]

31 résultats dont 4 ont été sélectionnés :



- Widmark, C., Levál, A., Tishelman, C. & Ahlberg, B.M. (2010). Obstetric care at the intersection of science and culture: Swedish doctors' perspectives on obstetric care of women who have undergone female genital cutting. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 30(6), 553-558.
- Hess, F.R., Weinland, J. & Saalinger, N.M. (2010). Knowledge of Female Genital Cutting and experience with women who are circumcised: a survey of nurse-midwives in the United States. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55, 46-54.
- Leye, E., Ysebaert, I., Deblonde, J., Claeys P., Vermeulen, G., Jacquemyn, Y. & Temmerman, M. (2008). Female genital mutilation : Knowledge, attitudes and practices of Flemish gynaecologists. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 13(2), 182-190.
- Widmark, C., Tishelman, C. & Ahlberg, B.M. (2002). A study of Swedish midwives' encounters with infibulated African women in Sweden. *Midwifery*, 18, 113-125.

### 5.3.3 Stratégie 3

[("Circumcision, Female" [Mesh]) AND ("Cultural Competency" [Mesh]) AND (English [lang] OR French [lang] OR Spanish [lang] OR Portuguese [lang]) AND ("2000/01/01"[PDAT] : "2011/05/01"[PDAT])]

5 résultats dont les suivants ont été retenus :

- Hess, F.R., Weinland, J. & Saalinger, N.M. (2010). Knowledge of Female Genital Cutting and experience with women who are circumcised: a survey of nurse-midwives in the United States. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55, 46-54.
- Kaplan-Marcusan A., Torán-Monserrat P., Moreno-Navarro J., Castany Fàbregas M.J. & Muñoz-Ortiz L. (2009). Perception of primary health professionals about Female Genital Mutilation: from healthcare to intercultural competence. *BMC Health Services Research*, 9(11).

#### 5.3.4 Stratégie 4

[("Circumcision, Female" [Mesh]) AND ("Attitude of Health Personnel" [Mesh]) AND ("Professional-Patient Relations" [Mesh]) AND (English [lang] OR French [lang]) AND ("2000/01/01"[PDAT] : "2011/05/01"[PDAT]))]

9 résultats dont les suivants ont été sélectionnés :

- Hess, F.R., Weinland, J. & Saalinger, N.M. (2010). Knowledge of Female Genital Cutting and experience with women who are circumcised: a survey of nurse-midwives in the United States. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55, 46-54.
- Lundberg, P.C. & Gerezgiher, A. (2008). Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden. *Midwifery*, 24, 214-225.
- Tamaddon, L., Johnsdotter, S., Liljestrand, J. & Essén, B. (2006). Swedish Health Care Providers' Experience and Knowledge of Female Genital Cutting. *Health Care for Women International*, 27, 709-722.
- Leval, A., Widmark, C., Tishelman, C. & Ahlberg B.M. (2004). The encounters that rupture the myth: contradictions in midwives' descriptions and explanations of circumcised women immigrant's sexuality. *Health Care for Women International*, 25, 743-760.
- Widmark, C., Tishelman, C. & Ahlberg, B.M. (2002). A study of Swedish midwives' encounters with infibulated African women in Sweden. *Midwifery*, 18, 113-125.

#### 5.3.5 Stratégie 5

[("Circumcision, Female" [Mesh]) AND ("Professional-Patient Relations" [Mesh]) AND ("Quality of Health Care" [Mesh]) AND ("Switzerland" [Mesh]) AND (English [lang] OR French [lang]) AND ("2000/01/01"[PDAT] : "2011/05/01"[PDAT]))]

1 résultat obtenu et sélectionné :

- Thierfelder, C., Tanner, M. & Kessler Bodiang, C.M. (2005). Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system. *European Journal of Public Health*, 15(1), 86-90.

#### 5.3.6 Stratégie 6

En mettant « related citations » du dernier article obtenu, un résultat de 519 articles a été obtenu dont les suivants ont été retenus :

- Lundberg, P.C. & Gerezgiher, A. (2008). Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden. *Midwifery*, 24, 214-225.
- Chalmers, B. & Omer Hashi, K. (2000). 432 Somali Women's Birth Experiences in Canada after Earlier Female Genital Mutilation. *Birth*, 27(4); 227-234.
- Leye, E., Powell, R.A., Nienhuis, G., Claeys, P. & Temmerman, M. (2006). Health Care in Europe for Women with Genital Mutilation. *Health Care for Women International*, 27, 362-378.
- Widmark, C., Tishelman, C. & Ahlberg, B.M. (2002). A study of Swedish midwives' encounters with infibulated African women in Sweden. *Midwifery*, 18, 113-125.
- Zaidi, N., Khalil, A., Roberts, C. & Browne, M. (2007). Knowledge of female genital mutilation among healthcare professionals. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 27(2), 161-164.
- Widmark, C., Levál, A., Tishelman, C. et Ahlberg, B.M. (2010). Obstetric care at the intersection of science and culture: Swedish doctors' perspectives on obstetric care of women who have undergone female genital cutting. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 30(6), 553-558.
- Tamaddon, L., Johnsdotter, S., Liljestrand, J. & Essén, B. (2006). Swedish Health Care Providers' Experience and Knowledge of Female Genital Cutting. *Health Care for Women International*, 27, 709-722.

- Dubourg, D., Richard, F., Leye, E., Ndam, S., Rommens, T. & Maes, S. (2011). Estimating the number of women with female genital mutilation in Belgium. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 1-10.
- Kaplan-Marcusan, A., Torán-Monserrat, P., Moreno-Navarro, J., Castany Fàbregas M.J. & Muñoz-Ortiz L. (2009). Perception of primary health professionals about Female Genital Mutilation: from healthcare to intercultural competence. *BMC Health Services Research*, 9(11).
- Jäger, F., Schulze, S. & Hohlfeld, P. (2002). Female genital mutilation in Switzerland: a survey among gynaecologists. *Swiss Medical Weekly*, 132, 259-264.
- Leval A., Widmark C., Tishelman C. & Ahlberg, B.M. (2004). The encounters that rupture the myth: contradictions in midwives' descriptions and explanations of circumcised women immigrant's sexuality. *Health Care for Women International*, 25, 743-760.
- Leye, E., Ysebaert, I., Deblonde, J., Claeys, P., Vermeulen, G., Jacquemyn, Y. & Temmerman, M. (2008). Female genital mutilation : Knowledge, attitudes and practices of Flemish gynaecologists. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 13(2), 182-190.

### 5.3.7 Stratégie 7

Une stratégie a été de se référer aux publications de l'UNICEF sur le site : [www.unicef.ch/fr/information/publications](http://www.unicef.ch/fr/information/publications). Une liste de « publications lutte contre l'excision » a permis d'accéder à 9 résultats dont l'article suivant a été retenu :

- United Nations Children's Fund. (2005). *Les mutilations génitales féminines en Suisse ; enquête auprès des sages-femmes, gynécologues, pédiatres et services sociaux suisses*. Zürich : Auteur.

Faisant suite aux stratégies utilisées, 15 articles de recherches ont été sélectionnés. En vue de répondre à la question de recherche, ces articles ont

été analysés au moyen d'une grille de lecture. Suite à cela, une des études a été exclue en raison de sa méthodologie. Il s'agit de l'étude « Health Care in Europe for Women with Genital Mutilation » de Leye, Powell, Nienhuis, Claeys et Temmerman (2006). Pour cette étude, nous n'avons pas été en mesure d'identifier le type de devis utilisé. Les données étaient issues de deux projets sur les MGF chez les immigrantes d'Afrique Sub-Saharienne en Europe ce qui nous laisse penser qu'il s'agit de recensements de données écrites. Par ailleurs, la méthode d'analyse des données n'était pas énoncée. Les résultats étaient quant à eux directement mis en lien avec la discussion. Ce fait ne nous a pas permis de saisir ce qui était de l'ordre des résultats ou de la discussion.

Dès lors, 14 recherches ont été retenues.

## **6. ANALYSE DES RÉSULTATS**

Cette étape du processus de recherche s'est avérée ardue pour l'auteur car d'une part la traduction de l'anglais au français a dû être faite ne laissant peut-être pas saisir toute la finesse des résultats. D'autre part, les résultats des études concernaient autant les difficultés dans la prise en charge des femmes ayant subi une MGF, les expériences de ces femmes et celles des professionnels de santé. Les résultats en étaient d'autant plus variés mais ont rendu l'analyse difficile. Néanmoins, faisant suite à la lecture et à une analyse de chaque recherche<sup>5</sup>, obtenue essentiellement sur Pubmed/Medline, au moyen de grilles de lecture, les principaux résultats de ces études ont pu être classés en un certain nombre de thématiques représentatives et/ou significatives du contenu analysé et en lien avec la question de recherche. Chacune illustrent les perceptions et les besoins des femmes ayant subi une MGF face à la prestation de soins culturellement compétents ou ceux des professionnels qui prennent en charge ces femmes et les obstacles à fournir de tels soins. Dans ce chapitre, chaque thématique sera présentée de manière approfondie. Les thèmes représentatifs et/ou significatifs sont :

- Connaissances et compétences des professionnels de santé
- Interaction soignant – femme ayant subi une MGF
- Besoins des professionnels de santé
  - o Besoin de protocoles et autres ressources
  - o Besoin de formation
- Vécu des professionnels de santé dans la prise en charge de femmes ayant subi une MGF
- Perceptions, besoins et attentes des patientes ayant subi une MGF
- Promotion de la santé – prévention de la maladie auprès des femmes ayant subi une MGF

### **6.1 Connaissances et compétences des professionnels de santé**

Concernant les connaissances et les compétences des professionnels de santé plusieurs aspects ont été mis en évidence.

---

<sup>5</sup> Trame de synthèse d'articles et grilles d'analyse de recherche (Annexe D).

Pour ce qui est des connaissances sur les MGF (définition, typologie, aspects culturels, raisons qui les justifient) 4 études ressortent des lacunes. Chez Zaidi, Khalil, Roberts et Browne (2007), la majorité (98% = 44/45) des participants pouvaient donner la définition d'une MGF. 84% (38/45) pouvaient nommer les régions où cette pratique est particulièrement répandue et le même pourcentage connaissait les complications liées aux MGF pourtant 58% (26/45) étaient incapables de lister les différentes catégories de MGF telles que classées par l'OMS (Zaidi et al., 2007). Dans l'étude menée par Tamaddon, Johnsdotter, Liljestrand et Essén (2006), seulement 28% (217/769) des professionnels de santé interrogés estimaient avoir des connaissances adéquates sur les MGF. D'après ces auteurs, cela montre que la majorité (72%) des professionnels de santé interrogés n'a pas de connaissances suffisantes sur les motifs des MGF ou sur la prévention des MGF. Seulement 18% (44/228) des infirmières-sages-femmes interrogées dans l'étude de Hess, Weinland et Saalinger (2010) savaient qu'autant les femmes chrétiennes que musulmanes pouvaient subir une MGF et seulement 39% (90/228) savaient qu'aucune religion ne requiert que les femmes soient circoncises. Dans l'étude de Kaplan-Marcusan, Torán-Monserrat, Moreno-Navarro, Castany Fàbregas et Muñoz-Ortiz (2009), 98,4% (62/63) des hommes et 98,1% (152/155) des femmes interrogés en 2001 disaient savoir ce qu'est une MGF. Pourtant, seulement 35,5% (22/63) des hommes et 48,7% (75/155) des femmes avaient correctement défini une MGF. En 2004, 98% (49/50) des hommes et 94,7% (124/131) des femmes interrogés disaient savoir ce qu'est une MGF alors que 40,8% (20/50) des hommes et 39,5% (52/131) des femmes pouvaient donner la définition d'une MGF. Cela montre une différence dans les connaissances qui sont correctes et ce que perçoivent les professionnels de santé. Par ailleurs, les auteurs de cette étude soutiennent qu'il serait nécessaire de promouvoir une connaissance approfondie de la culture et de la réalité sociale des communautés de migrants à risque. Cela devrait permettre aux professionnels d'aborder cette problématique avec de meilleures compétences (Kaplan-Marcusan et al., 2009).

Concernant les aspects légaux des MGF, 3 études relèvent que les connaissances sont insuffisantes. Dans l'étude de Hess, Weinland et Saalinger

(2010), 56% (129/228) des infirmières-sages-femmes savaient que pratiquer une MGF sur une femme âgée de moins de 18 ans est contraire à la loi américaine. Chez Zaidi, Khalil, Roberts et Browne (2007) seulement 40% (18/45) des participants connaissaient les détails de la loi sur les MGF au Royaume-Uni. Aussi, 152 (45,5%) des répondants de l'étude de Leye et al. (2008) savaient que les MGF sont illégales en Belgique mais seulement 36 (23,7%) d'entre eux connaissaient exactement les détails de la loi.

La connaissance des aspects légaux et culturels sont importants lorsqu'il faut fournir des soins culturellement compétents (Hess, Weinland & Saalinger, 2010).

Les données de l'étude de Widmark, Tishelman et Ahlberg (2002), montraient que le manque de connaissances a des conséquences sur les émotions des sages-femmes et sur les soins fournis. Il en ressort également que certaines sages-femmes n'avaient pas reçu d'enseignement sur les MGF au cours de leur formation alors que d'autres ayant reçu de l'enseignement sur cette pratique disaient manquer encore de connaissances pour être familiarisées avec les MGF. Par ailleurs, les données montraient que les sages-femmes jugeaient leurs connaissances et expériences inadéquates pour la prise en charge des femmes ayant subi une MGF et qu'une telle prise en charge requiert plus de connaissances et de compétences que celles qu'elles ont (Widmark et al., 2002).

Leye et al. (2008), disent que peu d'attention est accordée à la MGF dans la formation de base ou postgrade des gynécologues. Sur 334 répondants, 25 (7,5%) avaient entendu parler des MGF au cours de leur formation médicale de base et 69 (20,7%) au cours de la formation postgrade. En revanche, les gynécologues âgés de moins de 40 ans avaient reçu plus d'informations sur les MGF que ceux âgés de plus de 40 ans.

Il ressort des groupes de discussion de l'étude de Thierfelder, Tanner et Kessler Bodiang (2005) que les examens obstétriques et/ou gynécologiques et les conseils qui s'y rapportent auprès des femmes ayant subi une MGF nécessitent des connaissances particulières et de l'expérience de la part des



professionnels de santé. Non seulement l'examen physique mais aussi l'anamnèse nécessite d'être adapté aux besoins de ces patientes avec une approche sensible et culturellement appropriée<sup>6</sup> (Thierfelder et al., 2005).

Les interviews avec des femmes érythréennes immigrées en Suède ont montré que ces femmes se sentent plus en confiance lorsqu'elles rencontrent des médecins et/ou des sages-femmes avec des connaissances. À l'inverse, elles ressentaient de l'inquiétude, de la peur et de l'anxiété si les médecins et/ou les sages-femmes n'avaient pas de connaissances sur les MGF et ne démontraient pas d'habileté à les prendre en charge (Lundberg & Gereziher, 2008).

## **6.2 Interaction soignant – femme ayant subi une MGF**

3 études notent des problèmes de communication dans l'interaction entre les professionnels de santé et les femmes concernées par les MGF.

Les données de l'étude de Widmark, Tishelman et Ahlberg (2002) montrent que les rencontres et les interactions avec les femmes présentant une MGF et leurs familles étaient complexes d'une part à cause des problèmes de langue et d'autre part à cause des différences culturelles ainsi que de la sensibilité à la question des MGF. Les auteurs de l'étude précédemment citée, font l'hypothèse que la sensibilité à la question des MGF peut inhiber la communication. D'après ces mêmes auteurs, une meilleure compréhension d'une telle pratique et une sensibilité envers les significations sociales et culturelles que peut avoir la pratique de la MGF de la part des professionnels de santé permettrait d'assurer une offre en soins appropriée (Widmark et al., 2002). Les données de cette étude démontrent également que les grands rassemblements de famille et d'amis parfois présents en salle d'accouchement ont été vécus comme augmentant le niveau de stress des sages-femmes. Ces sages-femmes ont décrit avoir eu à négocier des décisions avec les membres de la famille sur la meilleure façon de procéder pour « ouvrir » une infibulation (Widmark et al., 2002).

Pour Leye et al. (2008), les problèmes de communication ou la barrière de la langue ont été des raisons invoquées pour l'absence d'interventions

---

<sup>6</sup> Les auteurs de cette étude n'explicitent pas en quoi consiste « culturellement appropriée ».

préventives chez 65% des répondants. Ces interventions préventives consistaient à donner des informations sur les complications de santé liées à la MGF, les implications juridiques consécutives à la pratique d'une MGF et des conseils (Leye & al., 2008).

Il ressort des données de l'étude de Widmark, Levál, Tishelman et Ahlberg (2010), que les obstétriciens parlaient lentement et simplement avec les patientes ayant subi une MGF afin de s'assurer qu'elles comprennent bien leurs dires étant donné qu'ils avaient été confrontés à des difficultés linguistiques. Les auteurs de cette étude parlent d'une communication inhibée par des barrières linguistiques, des différences de cultures et du temps limité (Widmark, et al., 2010). Les données indiquaient également que les femmes concernées par une MGF avaient très peu de connaissances sur leur corps. Le fait de donner des informations à des femmes ayant très peu de connaissances sur leur corps prenait beaucoup de temps alors qu'il n'y en avait pas plus qu'avec une femme suédoise bien renseignée. Il n'y avait pas de temps non plus pour les situations d'interprétariat. Par conséquent, les soins n'étaient pas optimaux. Il ressort des entretiens avec les obstétriciens une satisfaction à communiquer avec les femmes concernées par une MGF, de la curiosité et de l'intérêt pour leurs vies et leurs cultures (Widmark et al., 2010).

D'autres difficultés ont émanées de l'interaction entre soignant – femme ayant subi une MGF. Les données de l'étude de Widmark, Levál, Tishelman et Ahlberg (2010) indiquent que les obstétriciens interrogés parlaient des femmes ayant subi une MGF comme étant profondément emmêlées dans des relations familiales et communautaires. De ce fait, les prises de décision ne concernaient pas uniquement la dyade patiente-médecin et cela dû aux relations complexes avec la famille et la communauté. L'importance de communiquer aussi avec les hommes sur les questions de soins pour les femmes concernées afin de s'assurer qu'elles suivent les recommandations médicales est ressortie lors des entretiens (Widmark et al., 2010).

Dans l'étude de Thierfelder, Tanner et Kessler Bodiang (2005), les données issues des groupes de discussion montraient qu'autant les femmes présentant une MGF que les professionnels de santé interrogés parlaient de barrières

linguistiques et culturelles, et de contraintes de temps comme raisons pour ne pas aborder la question des MGF.

Il ressort des données de l'étude de Leval, Widmark, Tishelman et Ahlberg (2004) que les sages-femmes ne concevaient pas de chercher des réponses à leurs questions (concernant la sexualité des femmes ayant subi une MGF) en raison des barrières culturelles (les sages-femmes n'arrivaient pas à comprendre la pratique des MGF). Elles pensaient qu'en raison des différences culturelles, elles ne trouveraient pas de réponse. Par ailleurs, les données obtenues auprès de ces sages-femmes soulignent que les rencontres et les interactions avec les femmes présentant une MGF et leurs maris étaient complexes en raison des relations entre les sexes et la culture (Leval & al., 2004).

### **6.3 Besoins des professionnels de santé**

#### *6.3.1 Besoin de protocoles et autres ressources*

Les données de l'étude de Leval, Widmark, Tishelman et Ahlberg (2004), montrent que les sages-femmes participant à l'étude souhaitaient avoir des informations sur les expériences et les sentiments des femmes concernées par les MGF en lien avec leur sexualité.

Dans l'étude de Leye et al. (2008), 205 (61,4%) gynécologues voulaient plus d'informations sur la législation belge concernant les MGF, 172 (51,5%) gynécologues demandaient des guidelines techniques sur la prise en charge clinique des complications et 161 (48,2%) gynécologues souhaitaient plus de clarté sur les codes de conduite en vigueur concernant des questions éthiques et juridiques comme la ré-infibulation ou l'incision symbolique.

Quelques<sup>7</sup> professionnels de santé ont exprimé dans l'étude de Tamaddon, Johnsdotter, Liljestrand et Essén (2006) le besoin de guidelines cliniques et d'outils pour faciliter la compréhension et la communication avec les patientes.

La majorité des professionnels ayant participé à l'étude d'UNICEF (2005) souhaitaient davantage d'informations concernant la situation juridique de la

---

<sup>7</sup> Le mot anglais « some » a été utilisé par les auteurs. De ce fait, la quantité n'est pas spécifiée.

MGF (74,5% = 565/758 des sages-femmes ; 70,1% = 145/207 des pédiatres ; 68,4% = 197/288 des gynécologues ; 52,6% = 287/546 des professionnels du secteur social). D'après les auteurs de cette étude, ces chiffres montrent que le travail avec des femmes ayant subi une MGF nécessite d'être informés sur la problématique.

### 6.3.2 *Besoin de formation*

Outre le besoin de guidelines cliniques, quelques<sup>8</sup> professionnels de santé interrogés dans l'étude de Tamaddon, Johnsdotter, Liljestrand et Essén (2006) avaient besoin de plus de formation sur le thème de la MGF.

L'étude d'UNICEF (2005) a révélé que 92,6% (702/758) des sages-femmes, 83,7% (241/288) des gynécologues, 80,7% (167/207) des pédiatres et 62,8% (343/546) des professionnels du secteur social souhaitent que le sujet de la MGF soit intégré au plan d'étude de la formation initiale ou continue.

Les résultats de l'étude de Jäger, Schulze et Hohlfeld (2002) démontrent que 233 (51,3%) gynécologues interrogés sont confrontés à des femmes ayant subi une MGF mais que le sujet des MGF n'est inclus dans le cursus d'aucune des cinq écoles de médecine suisses interrogées. Les auteurs de cette étude préconisent donc l'enseignement de ce sujet dans un cursus de médecine générale.

Il ressort des données de l'étude de Widmark, Tishelman et Ahlberg (2002), que l'enseignement du sujet des MGF de manière approfondie devrait faire partie de la base de la formation des sages-femmes.

## **6.4 Vécu des professionnels de santé dans la prise en charge des femmes ayant subi une MGF**

Les données issues de deux recherches qualitatives (Widmark, Tishelman & Ahlberg, 2002 ; Leval, Widmark, Tishelman & Ahlberg, 2004) montrent des éléments du vécu des professionnels de santé qui nous paraît amener une compréhension complémentaire des éléments qui interviennent dans la prise en charge des femmes ayant subi une MGF.

---

<sup>8</sup> Là aussi, le mot anglais « some » a été utilisé.

Les données qui ressortent de l'étude de Widmark, Tishelman et Ahlberg (2002) indiquent que les sages-femmes ont vécu les rencontres avec des femmes infibulées de manière stressante. Lors de ces rencontres, le premier sentiment exprimé par les sages-femmes était le sentiment d'identification. Les sages-femmes s'identifiaient à la patiente ayant été infibulée, à son corps et à sa sexualité. Cela les a amenées à exprimer de la curiosité autour de la sexualité des femmes concernées par une MGF mais aussi à des sentiments d'empathie et de protection. Elles voulaient être plus aimables et plus prudentes avec ces femmes. D'autre part, les sages-femmes ont exprimé de la tristesse et de la pitié envers les femmes circoncises. Ces sentiments ont été suscités alors que, lors d'un examen gynécologique, le langage corporel des patientes exprimait un malaise, de l'embarras et de la honte. Les données montrent également des sentiments d'agressivité et de haine. Ces derniers sont dirigés à l'encontre de la tradition, la religion des femmes concernées par la MGF et leurs maris. Par ailleurs, la présence du mari pendant l'accouchement a suscité des sentiments parmi les sages-femmes. Dans les situations où le mari demandait la ré-infibulation après l'accouchement, les sages-femmes ressentaient des sentiments très agressifs (Widmark, et al., 2002).

Dans l'étude de Leval, Widmark, Tishelman et Ahlberg (2004), les données démontrent que les sages-femmes ont exprimé des idées préconçues concernant la pratique culturelle des MGF. Elles pensaient que leur propre culture était juste et que celle des femmes ayant subi une MGF était ignorante. Par conséquent, lorsqu'elles ont été confrontées à ces femmes dans leur pratique, des sentiments tels que la colère et la frustration à l'encontre de cette pratique culturelle et envers les hommes ont été ressentis. D'après les auteurs de cette étude, un point de vue ethnocentrique peut créer des barrières dans la relation et créer un fossé entre ceux qui pratiquent la MGF et ceux qui ne la pratiquent pas (Leval et al., 2004).

### **6.5 Perceptions, besoins et attentes des patientes ayant subi une MGF**

Dans l'étude de Chalmers et Omer Hashi (2000), les femmes somaliennes ont relevé leur insatisfaction. Un manque de sensibilité des soignants face à la MGF a été décrit. 87,5 % soit 378 des femmes somaliennes ont rapportés que

les soignants avaient eu des commentaires blessants. 320 (74,2%) des femmes interrogées ont mentionné des expressions verbales de surprise et 337 (78%) des expressions non-verbales quand les médecins voyaient la région du périnée. 253 (58,6%) des femmes disaient que le médecin avait appelé un collègue pour que celui puisse voir la MGF. Les données de l'étude de Thierfelder, Tanner et Kessler Bodiang montrent que les sages-femmes avaient demandé si des étudiants pouvaient observer l'examen gynécologique. Cela a provoqué des sentiments de honte et de peur chez les femmes ayant subi une MGF.

Les difficultés des médecins et des sages-femmes à pratiquer un examen vaginal rendant cette procédure longue et douloureuse est un élément qui est ressorti des données des femmes ayant subi une MGF interrogées dans l'étude de Thierfelder, Tanner et Kessler Bodiang (2005). Le choc et la surprise de la part d'un médecin sont des réactions dont se rappellent certaines femmes somaliennes et érythréennes. Les données de cette même étude relèvent que certaines femmes se sont senties déçues et mal prises en charge par les prestataires de soins suisses. Une des femmes interrogées disait : « j'avais beaucoup de questions pendant ma grossesse. J'avais le sentiment qu'il n'y avait personne à qui je puisse vraiment poser des questions ».

Le besoin d'informations sur l'accouchement et l'envie de savoir ce qui, d'un point de vue anatomique, est « normal » chez les femmes suisses est relevé dans l'étude qualitative de Thierfelder et al. (2005). De plus, il ressortait des groupes de discussions de cette étude que les femmes ayant subi une MGF souhaitaient des soins plus empathiques et que spécialement les médecins prennent plus de temps lors des consultations médicales pour permettre des discussions. Toujours dans cette étude, il était relevé que les femmes somaliennes et érythréennes estimaient que la césarienne avait été trop souvent pratiquée en Suisse.

Le besoin des femmes ayant subi une MGF d'être prises en charge par un professionnel de santé de sexe féminin est ressorti dans 4 études (Thierfelder, Tanner & Kessler Bodiang, 2005 ; Lundberg & Gereziher, 2008 ; Hess,

Weinland & Saalinger, 2010 ; Kaplan-Marcusan, Torán-Monserrat, Moreno-Navarro, Castany Fàbregas & Muñoz-Ortiz, 2009).

Concernant la ré-infibulation, les infirmières-sages-femmes interrogées dans l'étude de Hess, Weinland et Saalinger (2010) ont rapporté que leurs patientes demandent la ré-infibulation après leur accouchement en raison de leurs croyances culturelles. D'autre part, il ressortait de l'étude de Lundberg et Gerezgiher (2008) que les femmes interrogées avaient été ré-infibulées dans leur pays d'origine afin de respecter leurs traditions et leur culture ; elles ne voulaient pas être différentes des autres femmes de leur entourage. En revanche, une fois en Suède, ces femmes ont été informées de la loi suédoise interdisant la ré-infibulation. Cela a donné la possibilité à certaines femmes de ne pas être ré-infibulées. Une de ces femmes racontait qu'après avoir été ré-infibulée deux fois dans son pays d'origine, elle avait, pour son troisième accouchement en Suède, décidé de ne pas être ré-infibuler car elle avait le droit de le faire.

#### **6.6 Promotion de la santé – prévention de la maladie auprès des femmes ayant subi une MGF**

Selon l'étude de Thierfelder, Tanner et Kessler Bodiang (2005), seulement 8% (3/37) des professionnels de santé interrogés ont abordé la prévention des MGF lors d'une consultation médicale.

Dans l'étude de Leye et al. (2008), sur les 120 répondants qui ont été consultés par une femme enceinte ayant subi une MGF, seulement 42 (35%) ont tenté de persuader la mère de ne pas faire pratiquer une MGF sur le futur enfant dans les cas où il s'agirait d'une fille. Sur 54 répondants, 24 (44,4%) âgés de 40 ans ou plus ont indiqué qu'ils avaient engagé une action préventive contre seulement 15 (27,7%) parmi les moins de 40 ans. Les principales initiatives qui ont été prises concernaient des informations sur les complications de santé et les implications juridiques ainsi que des conseils. La plupart des répondants (65%) ont indiqué qu'ils n'avaient rien fait au niveau de la prévention.

31% des professionnels interrogés en 2004 dans l'étude de Kaplan-Marcusan, Torán-Monserrat, Moreno-Navarro, Castany Fàbregas et Muñoz-Ortiz (2009)

ont exprimé la nécessité de développer des actions éducatives et de sensibilisation afin de prévenir les MGF.

Dans les paragraphes précédents, une minorité de professionnels se sont investis ou éprouvaient la nécessité d'une prévention alors que de réels besoins sont mis en évidence dans l'étude de Dubourg, Richard, Leye, Ndam, Rommens et Maes (2011). Leurs résultats montrent que les besoins en matière de prévention et de soins médicaux, et sociaux sont très importants puisque 8'235 femmes ayant subi une MGF et filles à risque d'en subir vivent en Belgique. Ces auteurs soutiennent que des informations précises sur la répartition des femmes concernées permettent d'évaluer les besoins d'aide pour cette population cible, tant en termes de prévention que de soins curatifs.

Les auteurs de l'étude d'UNICEF (2005) ont pu dégager des recommandations dont la prévention des MGF. Selon eux, un rôle important dans ce domaine revient aux professionnels de santé et aux services sociaux. Une composante essentielle de ce rôle est le dialogue avec les parents des filles à risque de subir une MGF.



## **7. DISCUSSION**

Ce chapitre portera sur une critique de la qualité de la méthodologie des recherches retenues et leurs résultats. Les résultats mis en exergue dans le chapitre précédent seront discutés et mis en lien avec les cadres de référence et la problématique de cet écrit.

### **7.1 Synthèse et critique des recherches sélectionnées**

Des 14 recherches retenues, 13 sont en lien avec notre questionnement. En effet, l'étude de Dubourg, Richard, Leye, Ndamée, Rommens et Maes (2011) cherchait à estimer le nombre de femmes ayant subi une MGF et de filles à risque d'en subir vivant en Belgique et définir la population cible de divers services médicaux et sociaux concernés par les MGF. Au premier abord, cette recherche ne paraissait pas pertinente pour cet écrit. Néanmoins, les auteurs y donnent des recommandations en matière de prévention des MGF et leurs résultats questionnent pertinemment un besoin quant à une prise en charge spécifique des femmes ayant subi une MGF et des filles à risque d'en subir.

Les différents résultats ressortis de la totalité des études amènent des éléments intéressants concernant les objectifs de cette étude. L'étude de Kaplan-Marcusan, Torán-Monserrat, Moreno-Navarro, Castany Fàbregas et Muñoz-Ortiz (2009) exposait les résultats de manière peu compréhensible pour l'auteur utilisant des données statistiques difficilement accessibles et compliquait ainsi une prise en compte adéquate de certains résultats. Ainsi, nous avons uniquement pris en compte les résultats dont nous avons pu saisir le sens et en lien avec notre problématique.

Les 14 recherches sélectionnées<sup>9</sup> ont été publiées entre 2000 et 2011. Les études étaient donc relativement récentes et étaient en concordance avec l'émergence récente de l'intérêt pour le phénomène des MGF dans les systèmes de santé, notamment en Suisse (Thierfelder, Tanner & Kessler Bodiang, 2005).

---

<sup>9</sup> Un tableau faisant une synthèse de quelques caractéristiques des recherches sélectionnées est mis en annexe (Annexe C).

La majorité des études ont été menées en Europe (N=12) alors que deux l'ont été en Amérique du Nord. Ainsi, 5 recherches concernent la Suède, 3 la Suisse, 2 la Belgique, une l'Espagne, une a été menée au Royaume-Uni, une autre au Canada et la dernière aux Etats-Unis d'Amérique. Nous avons donc des recherches centrées sur des pays occidentaux développés. Toutefois, nous relèverons que le pays n'étant pas le même, le contexte du système de santé et les professionnels de santé diffèrent tout comme des spécificités culturelles sont présentes. Ce point représente d'ailleurs une limite dans la présente revue de littérature étoffée.

9 recherches suivent une méthodologie quantitative, 4 sont qualitatives, la dernière combinent une méthodologie quantitative et qualitative. Nous soulèverons tout de même que tous les auteurs n'ont pas clairement explicité le type de devis de leurs recherches. C'est le cas de : Zaidi, Khalil, Roberts & Browne (2007) ; Jäger, Schulze & Hohlfeld (2002), UNICEF (2005) ; Widmark, Tishelman & Ahlberg (2002) ; Leval, Widmark, Tishelman & Ahlberg (2004) et Leye, Ysebaert, Deblonde, Claeys, Vermeulen, Jacquemyn & Temmerman (2008). La mixité dans le type de devis utilisé permet des perspectives différentes. Les recherches de type qualitatif amènent une vision approfondie du vécu et des expériences des professionnels de santé et des patientes concernés par la MGF. Les recherches quantitatives permettent quant à elles de donner des statistiques concernant notamment les connaissances des professionnels de santé en regard des MGF, le nombre de professionnels qui souhaiteraient que le sujet des MGF soit inclut dans leur formation initiale ou continue et bien d'autres données significatives pour notre questionnement. L'étude de Lundberg et Gerezgiher (2008) explorait les expériences de femmes immigrées érythréennes pendant leur(s) grossesse(s), leur(s) accouchement(s) et le post-partum en lien avec une MGF selon un devis qualitatif ethnographique. Ce type de méthodologie est particulièrement pertinent pour aborder un sujet tel que les MGF puisqu'il tient compte du concept de la culture (Nadot, 2009).

Les populations interrogées étaient principalement des professionnels de santé majoritairement des sages-femmes, des gynécologues, des obstétriciens, des

pédiatres, des médecins généralistes et une faible proportion d'infirmières. La population étudiée est congruente par rapport au fait que la thématique des MGF touche principalement le domaine gynécologique, obstétrique et pédiatrique. Néanmoins, la faible proportion d'infirmières étudiée dans les études retenues ne permet pas d'avoir le rôle infirmier en exergue. Trois des études sélectionnées se sont penchées sur l'expérience et le vécu de femmes ayant subi une MGF ; elles étaient originaires de Somalie et d'Erythrée.

La majorité des études (N=13) n'explicitaient pas clairement le cadre de référence. En revanche, nous pouvions retrouver dans le contexte des fondements théoriques proches de ceux mis en évidence dans le chapitre 2 de cet écrit. D'autre part, les auteurs de la majorité des études faisaient référence à des soins transculturels ou des soins culturellement compétents sans toutefois les expliquer. La seule étude ayant clairement précisé son cadre de référence est celle de Leval, Widmark, Tishelman et Ahlberg (2004) qui cherchait à analyser comment les sages-femmes suédoises discutaient de la sexualité des patientes africaines ayant subi une MGF. Les auteurs ont donc trouvé le concept de l'ethnocentrisme utile afin d'expliquer les raisonnements des sages-femmes interrogées quant à la sexualité de femmes ayant subi une MGF. Nous avons également utilisé la notion d'ethnocentrisme au travers du modèle de développement de la sensibilité interculturelle de Bennett.

Enfin, la majorité des études (N=9) avaient obtenu l'aval d'un comité d'éthique. L'anonymat des données et la confidentialité ont été relevés dans plusieurs études. Aussi, le consentement des participants a été énoncé dans la plupart des études. Les aspects éthiques ne sont pas mentionnés dans les études de UNICEF (2005) ; Jäger, Schulze et Hohlfeld (2002) ; Dubourg, Richard, Leye, Ndamée, Rommens et Maes (2011). Toutefois ces études n'ont pas été exclues même si nous n'avions pas la possibilité de déterminer l'éthique de ces recherches. D'une part, les deux premières ont été menées en Suisse. Étant donné le peu d'études faites en Suisse en lien avec notre question de recherche, nous les avons retenues. De plus, elles sont à plusieurs reprises référencées dans d'autres études également retenues pour ce travail. Ce dernier argument est aussi valable pour celle de Dubourg et al. (2011).

## **7.2 Discussion des résultats**

### *7.2.1 Connaissances et compétences des professionnels de santé*

La prise en charge de femmes ayant subi une MGF nécessite de la part des professionnels de santé une aptitude à fournir des soins culturellement compétents. Cela s'explique par le fait que ces femmes viennent d'horizons culturels différents de ceux des professionnels de santé occidentaux. Par ailleurs, elles ont, hormis leur culture, une spécificité qui représente une tradition mais aussi un tabou, la MGF. Elles arrivent donc avec un bagage culturel qui aura une forte incidence dans la relation soignant – soignée ayant subi une MGF. D'une part, les professionnels de santé doivent démontrer une sensibilisation face à la culture de la cliente avec en plus la composante de la MGF que certains auraient tendance à condamner comme une coutume mutilante (Amman & al., 2005). D'autre part, ils ont besoin de connaissances afin d'arriver à outrepasser des barrières culturelles et fournir des soins culturellement sensibles et congruents à ces patientes.

Jusqu'à présent, les auteurs d'un certain nombre d'études ont constaté que les professionnels de santé manquent de connaissances sur le sujet des MGF (Tamaddon, Johnsdotter, Liljestrand & Essén, 2006 ; Hess, Weinland & Saalinger, 2010 ; Zaidi, Khalil, Roberts & Browne, 2007 ; Widmark, Tishelman & Ahlberg, 2002 ; Leye et al., 2008) ; Kaplan-Marcusan, Torán-Monserrat, Moreno-Navarro, Castany Fàbregas & Muñoz-Ortiz, 2009). Amman et al. (2005) avaient relevé que la méconnaissance des professionnels de la santé au sujet des MGF peut avoir des conséquences telles que des soins inappropriés, des maladroresses ou un manque de promotion de la santé – prévention de la maladie. Nous pouvons dès lors faire le lien avec le concept de Purnell (1998) cité par Coutu-Wakulczyk (2003) qui dit qu'afin d'acquérir une compétence culturelle, il est nécessaire de démontrer une connaissance et une compréhension de la culture du client. Hors dans les études qui cherchaient à évaluer les connaissances des professionnels de santé sur les MGF, il ressort des connaissances insuffisantes sur les motifs des MGF (Tamaddon, Liljestrand & Essén, 2006), et sur les aspects culturels (Hess, Weinland & Saalinger,

2010 ; Kaplan-Marcusan, Torán-Monserrat, Moreno-Navarro, Castany Fàbregas & Muñoz-Ortiz, 2009).

L'acquisition de connaissances et de compétences sur le sujet des MGF pour fournir des soins culturellement compétents est d'autant plus importante car les soins fournis sont de meilleure qualité. Cela permet également d'augmenter la satisfaction des patientes ayant subi une MGF (Purnell, 2010, in Purnell & Paulanka, 2010).

De plus, afin d'exercer son rôle dans l'axe de la promotion de la santé – prévention de la maladie, l'infirmière doit disposer de connaissances sur ces pratiques et leur législation puisqu'elles sont punissables en Suisse. En effet, nous avons vu que lors de la prise en charge d'une femme ayant subi une MGF, l'infirmière doit pouvoir discuter de la problématique des MGF en matière de complications, de changements au niveau anatomique et les sensibiliser au fait que ce sont des pratiques punissables en vertu du Code Pénal suisse. Cela permettrait notamment une meilleure prise en charge de leur santé car ces femmes connaîtraient la raison de leurs symptômes et auraient des informations pour faire des choix concernant une future MGF sur leur(s) fille(s) et/ou une ré-infibulation.

Nous faisons alors le lien avec l'importance d'intégrer le sujet des MGF au cursus de tous les professionnels de santé comme le souligne Amman et al. (2005) dans le document concernant les recommandations suisses à l'intention des professionnels de santé. D'ailleurs, un autre des résultats obtenus étaient le besoin de formation sur le sujet des MGF (Tamaddon, Johnsdotter, Liljestrand & Essén, 2006 ; UNICEF, 2005 ; Jäger, Schulze & Hohlfeld, 2002 ; Widmark, Tishelman & Ahlberg, 2002). Ce point sera discuté plus tard dans le chapitre « besoins des professionnels de santé ».

Un résultat qui nous a interpellé était mentionné dans l'étude de Kaplan-Marcusan, Torán-Monserrat, Moreno-Navarro, Castany Fàbregas et Muñoz-Ortiz (2009). Il en ressort que les connaissances étaient incorrectes malgré le fait que les professionnels de santé interrogés disaient avoir des connaissances suffisantes. Outre le fait de manquer de connaissances, nous pouvons faire

l'hypothèse que ces professionnels se trouvent dans le stade de l'incompétence inconsciente selon Purnell. Pour ce même auteur (Purnell, 2010, in Purnell & Paulanka, 2010), la compétence culturelle s'acquiert selon une évolution progressive qui comporte quatre stades. L'incompétence inconsciente se définit par l'absence de conscientisation sur le manque de connaissances à l'égard d'une autre culture et représente le premier stade. Cela peut par ailleurs entraver une prise en charge culturellement sensible puisque les professionnels de santé ne démontrent pas une connaissance et une compréhension de la culture du client. Pour une prise en charge infirmière culturellement compétente, il est primordial de développer une compétence culturelle. Cela signifie qu'en plus d'avoir des connaissances sur la culture d'une patiente ayant subi une MGF, il faut devenir conscient de sa propre culture, de ses valeurs personnelles pour s'en détacher. Ainsi, l'infirmière pourra accepter, respecter les différences culturelles et adapter les soins de façon congruente avec la culture de la patiente.

Faisant référence à notre question de recherche, le manque de connaissances et/ou le fait de ne pas avoir conscience de ce manque sont des éléments qui entravent une prise en charge infirmière culturellement compétente.

### *7.2.2 Interaction soignant – femme ayant subi une MGF*

Les résultats montrent des problèmes de communication dans l'interaction entre les professionnels de santé et les femmes concernées par les MGF (Leye et al., 2008 ; Widmark, Tishelman & Ahlberg, 2002 ; Widmark, Levál, Tishelman & Ahlberg, 2010).

La communication telle que définit par Purnell (2010), in Purnell et Paulanka, (2010) fait partie des douze domaines essentiels afin d'évaluer les attributs ethnoculturels d'un individu, d'une famille ou d'un groupe. Ces douze domaines sont communs à toutes les cultures.

Selon Purnell (2010), in Purnell et Paulanka (2010), le domaine de la communication est sans doute le plus complexe. Il est en interaction avec tous les autres domaines et dépend des compétences du langage verbal qui incluent la langue dominante, les dialectes, l'usage contextuel et les variations para-

langagières comme le volume, le ton, les intonations, les réflexions et la disposition à partager des sentiments et des pensées. La communication a d'autres caractéristiques tout aussi importantes qui sont la communication non-verbale comme le contact visuel, les mimiques, le toucher, le langage corporel, les distances et les salutations. Les relations hiérarchiques, le genre et quelques croyances religieuses peuvent également affecter la communication.

L'infirmière doit être consciente de la langue dominante et de la culture de la cliente ainsi que des difficultés que cela suppose dans la prise en charge d'une femme ayant subi une MGF. La langue dominante peut ne pas être la même entre les pays d'origine des patientes et les pays vers lesquels elles émigrent. En Suisse, l'étude de Jäger, Schulze et Hohlfeld (2002) montrait qu'il y avait plus de femmes ayant subi une MGF dans la partie francophone du pays. Les auteurs faisaient l'hypothèse que cela pouvait s'expliquer par le fait que dans beaucoup de pays d'Afrique Sub-Saharienne, d'où sont originaires les femmes concernées, le français y est parlé. Toutefois, en se référant au domaine de la communication selon Purnell (2010), in Purnell et Paulanka (2010), il faut également tenir compte des dialectes qui peuvent rendre difficile l'interaction entre un professionnel de santé et une femme ayant subi une MGF car il y a une grande probabilité de ne pas saisir toutes les subtilités et les nuances pouvant être présentes. Ainsi des malentendus peuvent avoir lieu et mettre en péril la relation nécessaire pour une telle prise en charge.

Nous pouvons alors faire l'hypothèse que la prise en charge d'une femme ayant subi une MGF est encore moins aisée quand soignant et soignée ne partagent pas une langue commune. Purnell (2010), in Purnell et Paulanka (2010) nous réconforte dans cette idée puisqu'il dit que si les individus provenant d'autres pays sont incapables de parler la langue du pays d'accueil, cela crée des défis supplémentaires pour les prestataires de soins qui travaillent avec ces populations.

Purnell (2010), in Purnell et Paulanka (2010) propose quelques lignes de conduites pour communiquer avec des patients de langue étrangère. Nous retiendrons également quelques-unes de ces recommandations pour la prise en charge infirmière de femmes ayant subi une MGF.

- Faire appel dans la mesure du possible à un interprète, de préférence de sexe féminin, qui puisse interpréter le sens et le message et non seulement traduire littéralement les mots
- Autant que possible faire appel à des interprètes professionnels et expérimentés dans le domaine de la santé
- Être attentif à la communication non-verbale
- Eviter d'utiliser des proches qui pourront distordre l'information et ne pas être objectifs
- Eviter les expressions idiomatiques et le jargon médical
- Donner du temps pour la traduction et l'interprétation
- Parler doucement sans exagérer les mouvements de bouche.

Nous avons vu que le domaine de la communication dépendait également de la volonté à partager des pensées et des sentiments. L'infirmière doit pouvoir établir un climat favorable au partage et à l'échange d'informations importantes pour la santé. Ainsi, une patiente ayant subi une MGF sera plus à même de parler de son expérience et de ses besoins en matière de soins. Pour ce faire, l'infirmière doit développer sa sensibilité envers la culture de la patiente mais aussi envers la pratique de la MGF. Il ressortait dans nos résultats que la sensibilité à la question de la MGF pouvait inhiber la communication (Widmark, Tishelman & Ahlberg, 2002). Nous nous référons alors au concept de développement de la sensibilité interculturelle de Bennett. Bennett (1993) cité par Matter (2010), décrit dans son instrument conceptuel six stades qui permettent de comprendre les mouvements émotionnels et les réactions face aux différences culturelles. Les stades peuvent être qualifiés soit d'ethnocentriques soit d'ethnorelatifs. Il est nécessaire que l'infirmière puisse identifier le stade où elle se trouve, ses propres attitudes et ses réactions face à une femme ayant subi une MGF. La qualité des soins fournis en dépendra puisque si ses attitudes et ses comportements sont plutôt ethnocentriques, l'infirmière ne pourra pas se détacher de sa propre culture pour accueillir celle de la patiente. Par ailleurs, l'ethnocentrisme peut constituer une énorme barrière à la prestation de soins culturellement compétents. À l'inverse, si les attitudes et les comportements sont davantage ethnorelatifs, l'infirmière pourra



réellement établir un partenariat avec la patiente ayant subi une MGF favorisant l'expression des besoins.

Un autre résultat était que les femmes ayant subi une MGF étaient profondément emmêlées dans des relations familiales et communautaires (Widmark, Levál, Tishelman & Ahlberg, 2010). Par conséquent, les rencontres et les interactions avec les femmes présentant une MGF et leurs familles étaient complexes (Widmark, Tishelman & Ahlberg, 2002). En effet, les grands rassemblements de famille et d'amis parfois présents en salle d'accouchement ont été vécus comme augmentant le niveau de stress des sages-femmes. Elles ont eu à négocier des décisions avec les membres de la famille sur la meilleure façon de procéder pour « ouvrir » une infibulation (Widmark, Tishelman & Ahlberg, 2002). De plus, l'importance de communiquer aussi avec les hommes sur les questions de soins a été relevé (Widmark, Levál, Tishelman & Ahlberg, 2010). Dans la perspective de prodiguer des soins culturellement compétents à une femme ayant subi une MGF, l'infirmière doit être consciente des rôles et de l'organisation de la famille et plus spécifiquement du chef de famille et des rôles liés au sexe (Purnell, 2010, in Purnell & Paulanka, 2010). Cela est important pour déterminer avec qui parler lorsqu'il s'agit de prendre des décisions relevant du domaine de la santé. Dans le cas d'une femme ayant subi une MGF, nous comprenons grâce aux résultats nommés ci-dessus que le rôle de l'époux mais aussi de certains membres de la famille prend une place prépondérante dans la prise en charge. L'infirmière aura donc à développer un partenariat avec le mari et les membres significatifs de la famille.

Le niveau d'éducation est également selon Purnell (2010), in Purnell et Paulanka (2010) un domaine de la culture dont il faut tenir compte afin de fournir des soins culturellement compétents. Le fait que les femmes concernées par une MGF aient très peu de connaissances sur leur corps influençait négativement la qualité de soins fournis. Aussi, donner des informations à des femmes ayant très peu de connaissances sur leur corps prenait beaucoup de temps (Widmark, Tishelman & Ahlberg, 2010). L'infirmière devra donc s'adapter aux connaissances de la patiente et saisir son style d'apprentissage afin d'offrir

des informations avec du matériel adapté (par exemple : dessins de l'anatomie de la femme).

### *7.2.3 Besoins des professionnels de santé*

Le besoin d'informations, plus spécifiquement sur l'expérience et les sentiments des femmes concernées par la MGF et sur la législation concernant les MGF, le besoin de protocoles techniques sur la prise en charge clinique des complications liées à la MGF, le besoin d'outils pour faciliter la compréhension et la communication avec les patientes et le besoin de formation sur la problématique des MGF ont été exprimés par les professionnels de santé interrogés (Leval, Widmark, Tishelman & Ahlberg, 2004 ; Leye & al., 2008 ; Tamaddon, Johnsdotter, Liljestrand & Essén, 2006 ; UNICEF, 2005 ; Widmark, Tishelman & Ahlberg, 2002 ; Jäger, Schulze & Hohlfeld, 2002). Nous remarquons à travers l'expression de ces besoins que les professionnels de santé n'ont pas tous les outils en main pour se sentir compétents dans la prise en charge d'une femme ayant subi une MGF. Par ailleurs, le fait que des besoins soient exprimés peut nous renvoyer à nouveau à la compétence culturelle de Purnell et plus spécifiquement au deuxième stade de l'évolution de celle-ci à savoir l'incompétence consciente. Dans cette phase, il y a une sensibilisation et une conscientisation quant au manque de connaissances sur une autre culture (Purnell, 2010, in Purnell & Paulanka, 2010). Nous pouvons alors faire l'hypothèse que si autant de besoins sont exprimés, cela signifie que les professionnels sont sensibilisés au fait que la prise en charge d'une patiente ayant subi une MGF nécessite des connaissances et des compétences spécifiques.

L'intégration du sujet des MGF aux cursus de tous les professionnels de santé y compris les infirmières permettrait ; comme nous l'avons déjà soulevé dans le point : les MGF en Suisse, chapitre I, d'avoir des connaissances raisonnables sur la problématique des MGF, ce qu'elles sont, les communautés qui les pratiquent, les complications éventuelles, les signes montrant qu'une fille a subi une MGF, la prise en charge spécifique lors de soins en gynécologie et/ou obstétrique et la législation en Suisse quant aux MGF (Amman & al., 2005).

En lien avec notre question de recherche, nous pouvons dire que le manque de formation entrave une prise en charge infirmière culturellement compétente alors qu'une sensibilisation et une conscientisation du manque de connaissances et compétences favorisent cette prise en charge. Ainsi l'infirmière sera consciente de ses lacunes et pourra mettre en place des moyens pour se sentir compétente dans les soins qu'elle fournit à une femme ayant subi une MGF.

#### *7.2.4 Vécu des professionnels de santé dans la prise en charge de femmes ayant subi une MGF*

Ce chapitre est intéressant à développer en lien avec notre questionnement car il permet de se rendre compte du vécu des professionnels de santé lorsqu'ils sont confrontés à une femme ayant subi une MGF et qu'ils doivent la prendre en charge.

Un sentiment d'identification amenant à de la curiosité, de l'empathie, de la protection mais aussi à de la tristesse et de la pitié ont été exprimés (Widmark, Tishelman & Ahlberg, 2002). Nous relèverons encore des sentiments d'agressivité et de haine à l'encontre de la tradition, la religion et les maris des femmes concernées par la MGF et des idées préconçues sur la pratique des MGF. Ces dernières étaient formulées par des sages-femmes qui pensaient que leur propre culture était juste et que celle des femmes ayant subi une MGF était ignorante. Ainsi, des sentiments de colère et de frustration à nouveau à l'encontre de cette pratique et des hommes ont été émis (Leval, Widmark, Tishelman & Ahlberg, 2004). Ce sont là des résultats permettant de refléter le vécu des professionnels de santé.

Sans toutefois vouloir porter de jugements sur les professionnels de santé, nous remarquons un point de vue ethnocentrique quand il ressortait de l'étude de Leval, Widmark, Tishelman et Ahlberg (2004) l'idée que la culture des femmes ayant subi une MGF était ignorante et que celle des sages-femmes était juste. Comme nous l'avons déjà mentionné en nous basant sur les dires de Purnell (2010), in Purnell et Paulanka (2010) des attitudes et/ou des

comportements ethnocentriques peuvent sérieusement entraver une prise en charge culturellement compétente.

Nous pouvons dire que les rencontres avec ces femmes sont complexes en se référant à la diversité et la contradiction des sentiments exprimés. Cela nous laisse penser que prendre en charge une femme ayant subi une MGF va confronter l'infirmière et dans ce sens il est important qu'elle puisse identifier sa sensibilité face aux différences culturelles. Cela lui permettra de reconnaître et d'être consciente de ses propres attitudes, préjugés et propensions dans la prise en charge de ces femmes. Ainsi, elle devra être réflexive pour accueillir ces femmes portant un bagage culturel très différent du sien.

#### *7.2.5 Perceptions, besoins et attentes des patientes ayant subi une MGF*

Ce chapitre est quant à lui indispensable car si l'infirmière ne connaît pas les besoins et les attentes des femmes ayant subi une MGF qu'elle doit prendre en charge, le partenariat en sera d'autant plus complexe. Bien entendu, nous parlons ici de besoins exprimés ressortant des études que nous avons sélectionnées au même titre que pour tous les autres résultats. Ceux-ci ne peuvent donc pas être généralisés à toutes les femmes ayant subi une MGF. Ce qui est relevant est le fait que l'infirmière puisse offrir un espace où les besoins et les attentes de chaque femme pourront être explicités et entendus.

D'ailleurs, un des besoins qui ressortaient de l'étude de Thierfelder, Tanner et Kessler Bodiang (2005) étaient des soins plus empathiques et que spécialement les médecins prennent plus de temps lors des consultations médicales pour permettre des discussions.

Le besoin d'informations sur l'accouchement et le besoin de savoir ce qui d'un point de vue anatomique est « normal » chez une femme suisse ont été exprimés (Thierfelder et al., 2005). L'infirmière peut répondre à ces besoins et dans un même temps faire de la promotion de la santé – prévention de la maladie. Évidemment, ce rôle ne revient pas qu'à l'infirmière surtout en ce qui concerne les informations sur l'accouchement qui seraient données en période prénatale. Toutefois, le besoin d'informations peut être exprimé à n'importe quel moment dans la prise en charge et l'infirmière devra y répondre. Elle devra

avoir suffisamment de connaissances pour que les informations soient culturellement congruentes et adaptées à la patiente. Nous relèverons encore une fois une des données ressortie de l'étude de Lundberg et Gerezgiher (2008) qui était que les femmes interrogées étaient ravies et heureuses de rencontrer des professionnels de santé qui étaient capables de les informer.

Nous avons par ailleurs constaté dans les résultats que les femmes ayant subi une MGF relevaient leur insatisfaction face aux soignants et aux soins fournis (Chalmers & Omer Hashi, 2000 ; Thierfelder, Tanner & Kessler Bodiang, 2005). Il ressortait de ces deux études un manque de sensibilité des soignants face à la MGF, des commentaires blessants avec des expressions verbales et non-verbales de choc et de surprise et aussi un manque de discrétion par rapport à la MGF. En effet, des médecins et/ou des sages-femmes avaient appelé des collègues ou des étudiants pour qu'ils puissent voir la MGF. Cela avait provoqué de la honte et de la peur chez les femmes ayant subi une MGF (Chalmers & Omer Hashi, 2000 ; Thierfelder, Tanner & Kessler Bodiang, 2005). Nous pouvons alors faire l'hypothèse qu'un autre besoin chez les femmes présentant une MGF est celui d'intimité. L'infirmière devra donc éviter d'exposer la zone du périnée, faire preuve de discrétion et s'abstenir d'appeler des collègues et/ou des étudiants pour lui montrer la MGF.

Le besoin d'être prise en charge par un professionnel de santé de sexe féminin est ressorti dans les données de quatre études (Thierfelder, Tanner & Kessler Bodiang, 2005 ; Lundberg & Gerezgiher, 2008 ; Hess, Weinland & Saalinger, 2010 ; Kaplan-Marcusan, Torán-Monserrat, Moreno-Navarro, Castany Fàbregas & Muñoz-Ortiz, 2009). Selon Purnell (2020), in Purnell et Paulanka (2010), cette préférence doit être respectée autant que possible. Il rajoute que les professionnels de santé doivent être conscients, reconnaître et respecter les différences de relation entre homme et femme au moment de fournir des soins culturellement compétents. En effet, certaines ethnies n'acceptent pas des soins d'un prestataire de santé de sexe opposé ou se sentent mal à l'aise surtout quand il s'agit de soins qui touchent à la sphère intime. En ce qui concerne la prise en charge infirmière des femmes ayant subi une MGF, il est d'autant plus indispensable de respecter ce choix étant donné d'une part que

nous touchons à la sphère intime de la patiente et que ces femmes peuvent se sentir plus confortables pour aborder le sujet des MGF avec un professionnel de santé de sexe féminin.

#### *7.2.6 Promotion de la santé – prévention de la maladie auprès des femmes ayant subi une MGF*

Dans nos résultats, le terme de promotion de la santé n'était pas utilisé. Les chercheurs parlaient surtout de besoins en matière de prévention, d'obstacles à la prévention des MGF, de prévention des MGF. En revanche, l'étude de Kaplan-Marcusan, Torán-Monserrat, Moreno-Navarro, Castany Fàbregas et Muñoz-Ortiz (2009) parlait de développer des actions éducatives et de sensibilisation afin de prévenir les MGF. Faisant référence à une des compétences de l'infirmière qui est de promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé et dont les actions éducatives font partie, nous pouvons alors faire le lien avec ce résultat. Nous faisons alors l'hypothèse qu'un des aspects de la prise en charge infirmière auprès de femmes ayant subi une MGF est la promotion de la santé afin de prévenir une MGF [par exemple, sur leur(s) fille(s)] et donc prévenir la maladie si nous nous référons aux complications subséquentes à une telle pratique, et aussi de rendre la femme actrice pour son futur (par exemple, en ce qui concerne une ré-infibulation).

Néanmoins, nous pouvons nous poser la question pourquoi les résultats ne parlent-ils pas plus de promotion de la santé – prévention de la maladie puisqu'il y a de réels besoins en tous les cas en matière de prévention des MGF comme souligner dans plusieurs études (Kaplan-Marcusan, Torán-Monserrat, Moreno-Navarro, Castany Fàbregas & Muñoz-Ortiz, 2009 ; Dubourg, Richard, Leye, Ndam, Rommens & Maes, 2011 ; UNICEF, 2005). Serait-ce parce que la prise en charge globale d'une femme ayant subi une MGF est déjà complexe dû à des obstacles interculturels avant qu'une approche spécifique de promotion de la santé – prévention de la maladie ne puisse être envisagée, parce que en anglais les termes de promotion de la santé – prévention de la maladie ne sont pas différencier comme en français ou parce qu'il y a encore peu d'études qui abordent cet aspect-là ?

Cela serait donc pertinent d'explorer dans une future recherche ayant pour but d'investiguer quelles sont les actions en matière de promotion de la santé – prévention de la maladie concernant les MGF que l'infirmière peut mener auprès des femmes concernées ou quels sont les besoins en matière de promotion de la santé – prévention de la maladie auprès de femmes ayant subi une MGF ?

## 8. CONCLUSION

En général, les études retenues mettaient en évidence des lacunes et/ou des obstacles dans la prise en charge des femmes ayant subi une MGF. Faisant référence à notre question de recherche – quels sont les éléments qui favorisent ou qui entravent une prise en charge infirmière culturellement compétente et plus spécifiquement une approche de promotion de la santé, prévention de la maladie auprès des femmes ayant subi une MGF ? – nous pouvons dire que cette revue de littérature étoffée a permis d’y répondre en partie. Nos résultats ont en effet mis en évidence des éléments qui entravent ou ceux qui favoriseraient une prise en charge infirmière culturellement compétente. De plus, nous avons pu explorer le vécu des soignants et des patientes ayant subi une MGF ainsi que les interactions entre ces deux. En revanche, en lien avec la spécificité de la promotion de la santé – prévention de la maladie auprès des femmes ayant subi une MGF, nous n’avons pas obtenu de résultats qui répondaient aux objectifs de la recherche. Toutefois, la nécessité de s’attarder sur cette spécificité de la prise en charge a pu être établie grâce aux réels besoins démontrés dans plusieurs études (Dubourg, Richard, Leye, Ndam, Rommens & Maes, 2011 ; Kaplan-Marcusan, Torán-Monserrat, Moreno-Navarro, Castany Fàbregas & Muñoz-Oritz, 2009 ; UNICEF, 2005).

Dans le futur, d’autres études pourraient être menées ayant pour but d’explorer de manière plus approfondie les besoins des professionnels de santé et plus spécifiquement des infirmières, afin de donner lieu à des stratégies pour leur permettre de se sentir compétents dans la prise en charge d’une femme ayant subi une MGF. Au même titre, une étude explorant le vécu et les besoins des femmes ayant subi une MGF en matière de soins devrait être menée en Suisse. Une telle étude serait très bénéfique dans le but de sensibiliser les infirmières et les autres professionnels de santé et de leur permettre de mettre en place des actions tenant compte de ces besoins pour favoriser une prise en charge culturellement compétente.

La majorité des études ont été réalisés auprès de gynécologues, obstétriciens et sages-femmes. Les infirmières étaient une population minoritaire dans les



études. Cela constitue d'ailleurs une limite de notre écrit. Par conséquent, des études ultérieures mériteraient de se concentrer davantage ou d'inclure les infirmiers-ères dans la population à étudiée lorsqu'il s'agit d'explorer une problématique traitant des femmes ayant subi une MGF. Il est vrai que ce sont les professionnels de santé spécialisés dans le domaine de la gynécologie et/ou de l'obstétrique qui sont le plus confrontés à des femmes ayant subi une MGF. Toutefois, tous les professionnels de santé peuvent avoir à prendre en charge ces femmes. De plus, les infirmières travaillent également en interdisciplinarité dans des services de gynécologie et/ou d'obstétrique.

Une autre limite de ce travail est le contexte géographique dans lequel ce sont déroulées les différentes études. Seulement 3 études sur les 14 retenues avaient été menées en Suisse. Les résultats ont été obtenus avec des professionnels de santé d'autres pays et dans des systèmes de soins différents de ceux de la Suisse. Bien que 11 études aient été effectuées dans des pays occidentaux, il serait judicieux de réitérer des études en Suisse.

L'anglais était la langue dominante dans les études retenues. En effet 13 recherches sur 14 étaient en anglais. Il est donc nécessaire de rappeler que nous avons pris garde à rester le plus fidèle possible quant au vocabulaire utilisé et au sens donné dans les recherches en anglais. Toutefois, au vu de nos connaissances de l'anglais, il n'est pas toujours aisé de saisir toutes les subtilités de cette langue et qui plus est dans le domaine de la recherche.

Cette revue de littérature étoffée était une première expérience dans le domaine de la recherche pour l'auteur. Il faut donc relever que les critères méthodologiques ont été respectés au mieux pour cette initiation à la recherche.

## **9. MOT DE L'AUTEUR**

Dans ce point, le pronom « je » est utilisé afin d'exposer les apprentissages et les sentiments de l'auteur au terme de cet écrit.

Comme déjà explicité dans l'introduction, le choix du sujet des femmes ayant subi une MGF est venu de mon intérêt pour des cultures différentes de la mienne et leurs spécificités. Avec la lecture des livres de Khady (Khady & Cuny, 2005) et de Waris Dirie (Dirie & Miller, 1998), ma curiosité s'est ouverte sur une pratique que je connaissais peu, les MGF. Avec ce travail, j'ai pu dans un premier temps acquérir des connaissances sur ces procédés et m'intéresser aux répercussions que la prise en charge d'une femme ayant subi une MGF peut avoir.

J'ai donc pu, pour ce travail d'initiation à la recherche, explorer et questionner un rôle spécifique dans un contexte d'interculturalité auprès des femmes ayant subi une MGF.

Bien entendu, cet écrit ne s'est pas fait sans peine car il a demandé d'une part de travailler sur un sujet complexe et encore peu explicité et d'autre part, de travailler avec une méthodologie plus rigoureuse respectant les directives attendues pour une revue de littérature étoffée.

Si j'avais à refaire un travail du même genre avec les connaissances que j'ai acquises jusqu'à maintenant, je m'y prendrais différemment. Premièrement, je ciblerais plus mes recherches en lien avec la question de recherche et je veillerais à bien rester axée dessus. Il est vrai que la problématique a évolué tout au long de ce travail de même que la question de recherche et l'intérêt d'un tel écrit réside également dans ce fait. Néanmoins, les études retenues sont très diverses d'où des résultats qui sont peu similaires. L'analyse des résultats a donc été difficile. Deuxièmement, j'aurais conçu mes grilles d'analyse différemment et plus tôt. Au fur et à mesure que je progressais dans l'analyse des études, je me rendais compte que je traduais plus que je n'analysais. Il est vrai que la traduction des études a été un travail considérable et j'avais peur de ne pas être assez fidèle aux dires des auteurs. Cela explique pourquoi mes analyses sont ancrées de beaucoup de détails. J'aurais également veillé à y

introduire une rubrique reflétant l'intérêt pour les objectifs de notre recherche dès le départ.

Je mentionnerais encore un sentiment de frustration de ne pas être allé faire ma recherche sur le terrain directement auprès de professionnels et de femmes confrontés et concernés par les MGF. Toutefois, avec du recul je peux dire qu'il y a un réel avantage à faire une revue de littérature étoffée afin de se rendre compte et d'accéder à des données déjà recueillies par des chercheurs dont les études ont été publiées. En tant que novice dans la recherche, mes perspectives concernant cette compétence de l'infirmière s'élargissent et je mesure les bénéfices de faire de la recherche.

Enfin, je terminerais par dire que j'ai souvent été découragée devant le peu d'études qui étaient ciblées sur la problématique et la question de recherche. Je me suis souvent éloignée de mon questionnement m'ouvrant sur d'autres perspectives ce qui est très intéressant aussi. Malgré cela, j'ai pu effectuer un travail sur un sujet qui me tenait particulièrement à cœur depuis les premières esquisses de ce qui allait aboutir à ce Bachelor Thesis.

## 10. BIBLIOGRAPHIE

### 10.1 Documents publiés

#### 10.1.1 Ouvrages

Brunner, L.S., Suddarth, D.S., Smeltzer, S. & Bare, B. (2006). *Soins infirmiers en médecine et en chirurgie: volume 1 généralités* : Bruxelles : De Boeck.

Dallaire, C. (2008). *Le savoir infirmier au cœur de la discipline et de la profession*. Canada : La Chenelière.

Dirie, W. & Miller, C. (1998). *Fleur du désert. Du désert de Somalie à l'univers des top-models*. Paris : J'ai lu.

Hohlfeld, P. & Marty, F. (2004). *Le livre de l'interne : obstétrique*. Paris : Flammarion.

Khady & Cuny, M-T. (2005). *Mutilée* : Paris : Oh !

Loiselle, C.G., Profetto-McGrath, J., Polit, D.F. & Tatano Beck, C. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Québec : ERPI.

Institut international des Droits de l'Enfant. (2009). *Les mutilations génitales féminines. Manuel didactique à l'usage des professionnels de santé*. Sion : Auteur.

Purnell, L.D. & Paulanka, B.J. (2010). *Cuidados de Saúde Transculturais : Uma Abordagem Culturalmente Competente*. Loures : Lusodidacta.

#### 10.1.2 Articles de périodiques

Caflisch, M. & Mirabaud, M. (2007). Les mutilations génitales féminines (MGF). *Paediatrica*, 6, 40-43.

Carton, V. & Philippe, H.-J. (2008). Conséquences médicales, psychologiques et sexuelles des mutilations sexuelles féminines. *Archives de Pédiatrie*, 15, 820-821.

Chalmers, B., & Omer Hashi, K. (2000). 432 Somali Women's Birth Experiences in Canada after Earlier Female Genital Mutilation. *Birth*, 27(4), 227-234.

Coutu-Wakulczyk, G. (2003). Pour des soins culturellement compétents: le modèle transculturel de Purnell. *Recherche en soins infirmiers*, 72, 34-47.

Dubourg, D., Richard, F., Leye, E., Ndam, S., Rommens, T. & Maes, S. (2001). Estimating the number of women with female genital mutilation in Belgium. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 1-10.

Hess, F.R., Weinland, J. & Saalinger, N.M. (2010). Knowledge of Female Genital Cutting and experience with women who are circumcised: a survey of nurse-midwives in the United States. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55, 46-54.

Jaeger, F., Calfisch, M. & Hohlfeld, P. (2009). Female genital mutilation and its prevention: a challenge for paediatricians. *Eur J Pediatr*, 168, 27-33.

Jäger, F., Schulze, S. & Hohlfeld, P. (2002). Female genital mutilation in Switzerland: a survey among gynaecologists. *Swiss Medical Weekly*, 132, 259-264.

Jäger, F. & Hohlfeld, P. (2009). Comment agir concrètement contre l'excision des filles en Suisse ? *Forum Med Suisse*, 9(26-27), 473-478.

Leval, A., Widmark, C., Tishelman, C. & Ahlberg, B.M. (2004). The encounters that rupture the myth: contradictions in midwives' descriptions and explanations of circumcised women immigrant's sexuality. *Health Care for Women International*, 25, 743-760.

Leye, E., Powell, R.A., Nienhuis, G., Claeys, P. & Temmerman, M. (2006). Health Care in Europe for Women with Genital Mutilation. *Health Care for Women for Women International*, 27, 362-378.

Leye, E., Ysebaert, I., Deblonde, J., Claeys, P., Vermeulen, G., Jacquemyn, Y. & Temmerman, M. (2008). Female genital mutilation : Knowledge, attitudes and

practices of Flemish gynaecologists. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 13(2), 182-190.

Lundberg, P.C. & Gerezgiher, A. (2008). Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden. *Midwifery*, 24, 214-225.

Popiea, E. & Moreau, D. (2004). Les soins infirmiers et les mutilations génitales féminines. *Perspective Infirmière*, 1(3), 30-36.

Tamaddon, L., Johnsdotter, S., Liljestrand, J. & Essén, B. (2006). Swedish Health Care Providers' Experience and Knowledge of Female Genital Cutting. *Health Care for Women International*, 27, 709-722.

Thierfelder, C., Hatz, Ch. & Kessler, C. (2003). Migrantinnen mit genitaler Verstümmelung in der Schweiz. *Schweizerische Rundschau für Medizin*, 31/32, 1307-1314.

Thierfelder, C., Tanner, M. & Kessler Bodiang, C.M. (2005). Female genital mutilation in the contexte of migration: experience of African women with the Swiss health care system. *European Journal of Public Health*, 15(19), 86-90.

Widmark, C., Levál, A., Tishelman, C. & Ahlberg, B.M. (2010). Obstetric care at the intersection of science and culture: Swedish doctors' perspective on obstetric care of women who have undergone female genital cutting. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 30(6), 553-558.

Widmark, C., Tishelman, C. & Ahlberg, B.M. (2002). A study of Swedish midwives' encounters with infibulated African women in Sweden. *Midwifery*, 18, 113-125.

Zaidi, N., Khalil A., Roberts, C. & Browne, M. (2007). Knowledge of female genital mutilation among healthcare professionals. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 27(2), 161-164.

### 10.1.3 Divers

Amman, C., Cotting, A., Hanselmann, V., Held, P., Hohlfeld, P., Hollinger, E., Jäger, F., Kessler Bodiang, C., Maury-Pasquier, L., Schuerch, B., Sycher, C. & Thierfelder, C. (2005). *Guideline: mutilations génitales féminines: recommandations suisses à l'intention des professionnels de la santé*. Berne : Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique.

Association suisse des infirmières et infirmiers. (2006). *L'éthique dans la pratique des soins*. Berne : Auteur.

Commission pour l'intégration des migrants et contre le racisme. (2007). *Mutilations génitales féminines (MGF) : synthèse des recherches et recommandations*. Fribourg : Auteur.

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2006). *Directive professionnelle : la prestation de soins adaptés à la culture*. Ontario : Auteur.

Organisation Mondiale de la Santé. (2001). *Mutilations sexuelles féminines : principes directeurs à l'intention des infirmières et sages-femmes*. Genève : Auteur.

Organisation Mondiale de la Santé. (2001). *Mutilations sexuelles féminines : manuel du stagiaire*. Genève : Auteur.

Organisation Mondiale de la Santé. (2008a). *Mutilations sexuelles féminines : rapport du Secrétariat*. Genève : Auteur.

Organisation Mondiale de la Santé. (2008b). *Éliminer les mutilations sexuelles féminines. Déclaration interinstitutions*. Genève : Auteur.

Ras-Work, B. (2001). *Rapport final de la journée consacrée à l'excision. Contexte culturel de la mutilation génitale féminine*. Berne : UNICEF.

Trechsel, S. & Schlauri, R. (2004). *Les mutilations génitales féminines en Suisse. Expertise juridique*. Zürich : UNICEF.

United Nations Children's Fund. (2005). *Les mutilations génitales féminines en Suisse ; enquête auprès des sages-femmes, gynécologues, pédiatres et services sociaux suisses*. Zürich : Auteur.

## **10.2 Documents non publiés**

### *10.2.1 Polycopiés*

Batbout, M. (2007). *L'Islam et la santé*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

Dubey, C. (2010). *Recherche documentaire d'articles scientifiques*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

Matter, C. (2010). *Un modèle de développement de la sensibilité interculturelle*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé

Nadot, N. (2009). *Divers devis de recherche. Réponses aux exercices et argumentation*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

Pillonel-Maradan, M. (2010). *La Culture*. [Polycopié]. Haute Ecole de Santé.

Quinodoz, M-N. (2008). *Prévention/promotion de la santé*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

Quinodoz, M-N. (2008). *Promotion de la santé et prévention*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

### *10.2.2 Divers*

HEdS (2008) : *Référentiel des compétences*. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

## **10.3 Autres**

### *10.3.1 Sites WEB*

Caritas Suisse. (s.d.). *Mutilation génitale féminine*. [Page WEB]. Accès : <http://web.caritas.ch/page2.php?pid=10000&searchquery=mutilation%20g%E9nitale%20f%E9minine&filter=0> [Page consultée le 4 mai 2011]



Caritas Suisse. (s.d.). *Excision*. [Page WEB]. Accès : <http://web.caritas.ch/page2.php?pid=10000&searchquery=excision&x=0&y=0> [Page consultée le 4 mai 2011].

Fondation suisse pour la santé sexuelle et reproductive. (2006). *Mutilations génitales féminines*. [Page WEB]. Accès : [http://www.plans.ch/spip.php?article72&va\\_recherche=mutilations%20g%E9nitales%20f%E9minines](http://www.plans.ch/spip.php?article72&va_recherche=mutilations%20g%E9nitales%20f%E9minines) [Page consultée le 8 mai 2011].

Fonds des Nations Unies pour l'enfance. (2007). *Excision*. [Page WEB]. Accès : <http://www.unicef.ch/fr/information/publications/excision/> [Page consultée le 30 avril 2011].

Hôpitaux Universitaires de Genève. (2007). *Culture et santé/ Mutilations génitales féminines*. [Page WEB]. Accès : [http://migrantcare.hugge.ch/culture\\_et\\_sante/mutilations.html](http://migrantcare.hugge.ch/culture_et_sante/mutilations.html) [Page consultée le 4 mai 2011].

Institut international des droits de l'enfant. (2010). *Lutte contre les mutilations génitales féminines*. [Page WEB]. Accès : [http://www.childsrights.org/html/site\\_fr/iindex.php?c=act\\_mgf](http://www.childsrights.org/html/site_fr/iindex.php?c=act_mgf) [Page consultée le 8 mai 2011].

Office fédéral de la santé publique. (s.d.). *Description du projet Prévention des mutilations génitales féminines (MGF)*. [Page WEB]. Accès : <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07689/07828/07971/index.html?lang=fr> [Page consultée le 8 mai 2011].

Organisation Mondiale de la Santé. (2010). *Mutilations sexuelles féminines*. [Page WEB]. Accès : [http://www.who.int/topics/female\\_genital\\_mutilation/fr/](http://www.who.int/topics/female_genital_mutilation/fr/) [Page consultée le 30 avril 2011].

## **11. ANNEXES**

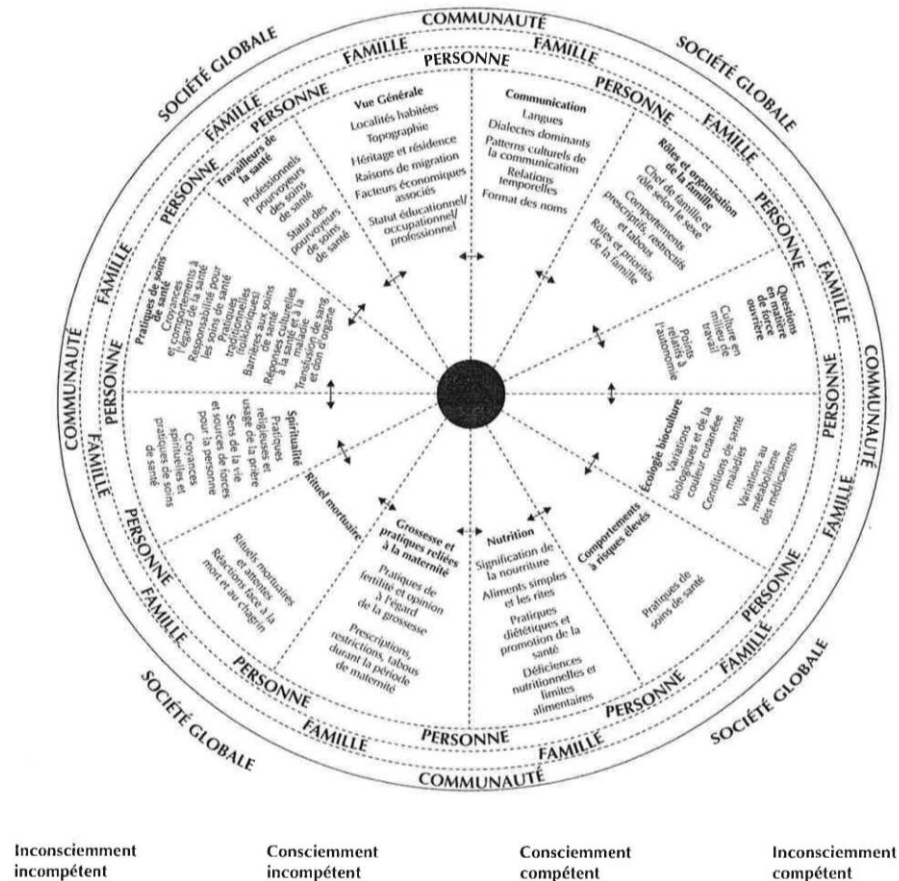
### **11.1 Annexe A : Déclaration d'authenticité**

« Je déclare avoir conçu et rédigé personnellement ce travail, conformément aux directives. Les références utilisées dans le travail sont nommées et clairement identifiées ».

Ana Marques Duarte

## 11.2 Annexe B : Modèle Transculturel de Purnell : Compétence Culturelle

### Modèle Transculturel de Purnell : Compétence Culturelle



Adapté avec la permission de L. Purnell, Newark, Del., Traduit par G.Coutu-Wakulczyk, 1999

Figure 1

Tiré de:

Coutu-Wakulczyk, G. (2003). Pour des soins culturellement compétents: le modèle transculturel de Purnell. *Recherche en soins infirmiers*, 72, 34-47.

### 11.3 Annexe C : Synthèse reprenant quelques caractéristiques des études retenues

	Références	Devis	But(s)	Setting / Pays	Échantillon
1	Chalmers & Omer Hashi (2000)	Quantitatif	Obtenir des informations sur les perceptions des femmes ayant subi une MGF, sur les soins qui leur ont été prodigués pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum ; les expériences que ces femmes avaient de leur MGF	Canada	432 femmes somaliennes
2	Jäger, Schulze & Hohlfeld (2002)	Quantitatif (devis non explicité clairement par les auteurs de l'étude)	Évaluer la situation de la MGF en Suisse ; comment et dans quelle mesure les gynécologues suisses ont été confrontés à la question des MGF ; évaluer l'attitude des médecins cantonaux et le cursus de cinq écoles de médecine suisse en matière de MGF ; estimation du taux de prévalence des MGF en Suisse	Suisse	454 gynécologues sur 1'162 contactés (taux de réponse à 39,1%) ; cinq écoles de médecine suisse ; médecins cantonaux (nombre pas spécifié)
3	UNICEF (2005)	Quantitatif (devis non explicité clairement par les auteurs de l'étude)	Évaluer l'importance dont différents groupes professionnels sont concernés par les MGF en Suisse ; quelle(s) attitude(s) adoptaient-ils ; ont-ils besoin d'informations sur la question ; collecter des informations concernant l'âge, l'origine et le type de MGF des femmes concernées en Suisse ; prendre en compte des aspects nouveaux quant aux problèmes rencontrés dans le secteur médical et social ; identifier les mesures concrètes à prendre ; comparaison des	Suisse	1799 professionnels sur 5958 contactés (taux de réponse = 30,2%). 288 gynécologues, 207 pédiatres, 758 sages-femmes, 546 personnes actives dans le secteur social

			résultats avec l'étude de Jäger, Schulze & Hohlfeld (2002)		
4	Tamaddon, Johnsdotter, Liljestrand & Essén (2006)	Quantitatif descriptif	Évaluer les expériences et les connaissances de professionnels de santé en Suède sur la pratique des MGF	Les participants cible étaient de régions où vivent la majorité des immigrantes de Somalie, d'Erythrée et d'Ethiopie à savoir Stockholm, Gothenburg, Malmö et Örebro, en Suède	769 professionnels de santé sur 2707 contactés ; taux de réponse = 28% (134 gynécologues, 313 sages-femmes, 103 pédiatres, 126 infirmières scolaire, 24 médecins scolaire et 69 sans profession spécifiée)
5	Zaidi, Khalil, Roberts & Browne (2007)	Quantitatif (devis non explicité clairement par les auteurs de l'étude)	Évaluer le niveau actuel des connaissances et l'adhésion aux normes du RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists) auprès des obstétriciens et des sages-femmes en regard des MGF	Un hôpital au Royaume-Uni	15 sages-femmes et 30 obstétriciens (taux de réponse = 100%)
6	Leye, Ysebaert, Deblonde, Claeys, Vermeulen, Jacquemyn & Temmerman (2008)	Quantitatif (devis pas clairement explicité par les auteurs de l'étude)	Évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques en regard des MGF auprès de gynécologues.	Flandre, Belgique	334 gynécologues et stagiaires sur 724 contactés (taux de réponse = 46,05%)
7	Kaplan-Marcusan, Torán-Monserrat, Moreno-Navarro, Castany Fàbregas &	Quantitatif de type transversal descriptif	Analyser les perceptions, le degré de connaissances et les attitudes des professionnels de santé de soins primaires en lien avec les MGF ; explorer les évolutions possibles vers un changement de ces perceptions et attitudes entre 2001 et 2004	13 centres de santé catalans, Espagne	En 2001 : 225 professionnels sur 280 contactés (taux de réponse = 80%) ; en 2004 : 184 sur 296 (taux de réponse = 62%). Les professionnels étaient des : médecins généralistes/médecins de famille, gynécologues, infirmières en pédiatrie et en médecine générale, pédiatres, sages-femmes et des

	Muñoz-Ortiz (2009)				travailleurs sociaux
8	Hess, Weinland & Saalinger (2010)	Quantitatif	Examiner auprès d'infirmières-sages-femmes leurs connaissances sur les FGC <sup>10</sup> et leurs expériences de travail avec des femmes africaines immigrées vivant aux USA et présentant une FGC	Les participants travaillaient dans plusieurs services de soins aux USA (par exemple : hôpitaux publics, pratique privée, milieu scolaire)	243 infirmières-sages-femmes sur 600 contactées (taux de réponse = 40,5%)
9	Dubourg, Richard, Leye, Ndam, Rommens & Maes (2011)	Quantitatif	Estimer le nombre de femmes ayant subi une MGF et de filles à risque d'en subir vivant en Belgique et définir la population cible de divers services médicaux et sociaux concernés par les MGF	Belgique	Recensement de la population étudiée : 22'840 femmes originaires de pays où les MGF sont pratiquées
10	Widmark, Tishelman & Ahlberg (2002)	Qualitatif (devis pas clairement explicité par les auteurs)	Enquêter sur les perceptions et les attitudes des sages-femmes envers l'infibulation et les femmes infibulées, sur les expériences de ces sages-femmes dans la prise en charge des femmes concernées et sur la formation que les sages-femmes avaient reçue concernant la MGF ; enquêter sur les problèmes et les préoccupations à fournir de tels soins et quelles étaient les stratégies employées par les sages-femmes pour faire face à des dilemmes qui peuvent se produire	3 hôpitaux et 2 cliniques de soins prénataux situés dans deux villes au centre de Suède	26 sages-femmes
11	Leval, Widmark, Tishelman &	Qualitatif (devis pas clairement	Analyser comment les sages-femmes suédoises discutaient de la sexualité des	3 hôpitaux et 2 cliniques de soins prénataux situés	26 sages-femmes

<sup>10</sup> FGC : female genital cutting ; terme choisi par les auteurs de cette étude car le terme MGF est souvent vu comme péjoratif par certaines femmes qui subissent cette pratique.

	Ahlberg (2004)	explicité par les auteurs de l'étude)	patientes africaines ayant subi une MGF	dans deux villes au centre de Suède	
12	Lundberg & Gerezgiher (2008)	Qualitatif de type ethnographique	Explorer les expériences de femmes immigrées érythréennes pendant leur(s) grossesse(s), leur(s) accouchement(s) et le post-partum en lien avec une MGF	Femmes érythréennes vivant à Uppsala et aux alentours, en Suède	15 femmes érythréennes
13	Widmark, Levál, Tishelman & Ahlberg (2010)	Qualitatif	Explorer les perspectives des obstétriciens en lien avec les soins à des femmes ayant subi une MGF	Suède	20 obstétriciens
14	Thierfelder, Tanner & Kessler Bodiang (2005)	Qualitatif et quantitatif	Analyser comment les femmes immigrantes font l'expérience des soins gynécologiques/obstétricaux dans le système de santé suisse ; vérifier si les médecins et les sages-femmes conseillent et traitent adéquatement les complications liées aux MGF ; estimer le taux de prévalence des femmes et des filles concernées par la MGF en Suisse et examiner leur répartition par pays d'origine, lieu de résidence et le groupe d'âge dans le pays d'accueil	Pas explicité. Du moins les femmes ayant subi une MGF ont participé à des groupes de discussion dans les villes de Zurich, Lausanne et Genève. Les professionnels de santé venaient de six cantons suisses (l'étude ne spécifie pas lesquels) et exerçaient dans des hôpitaux publics, dans le privé et dans des centres de planning familial	29 femmes ayant subi une MGF de type II et III (24 de Somalie et 5 d'Erythrée) vivant en Suisse ; 37 professionnels de la santé (17 gynécologues/obstétriciens, 3 médecins généralistes et 17 sages-femmes)

## 11.4 Annexe D : Grilles d'analyse des recherches

### 11.4.1 *Female genital mutilation in Switzerland : a survey among gynaecologists*

<b>Titre de la recherche</b>	FEMALE GENITAL MUTILATION IN SWITZERLAND : A SURVEY AMONG GYNAECOLOGISTS
<b>Auteurs</b>	<b>Jäger Fabienne</b> : département de gynécologie et obstétrique, CHUV, Lausanne, Suisse <b>Schulze Sylvie</b> : comité suisse pour l'UNICEF, Zürich, Suisse <b>Hohlfeld Patrick</b> : département de gynécologie et obstétrique, CHUV, Lausanne, Suisse
<b>Journal</b>	Swiss Medical Weekly
<b>Volume</b>	132
<b>Pages</b>	259-264
<b>Année de publication</b>	2002
<b>Pays</b>	Suisse
<b>Type d'étude / devis</b>	Pas de renseignement sur le type de devis mais d'après les résultats, les données sont quantitatives.
<b>Echantillon (nombre et caractéristiques)</b>	Sur les 1'162 questionnaires envoyés aux gynécologues, 454 ont été retournés (taux de réponse à 39,1%). Cinq écoles de médecine suisses ont été interrogées. Les médecins cantonaux ont également été interrogés.
<b>Buts / questions / hypothèses</b> <b>Concepts</b>	Evaluer la situation de la MGF en Suisse.
<b>Cadre de référence</b>	Absence de cadre de référence.
<b>Méthode de collecte des</b>	Afin d'évaluer la situation de la MGF en Suisse, la société suisse de gynécologie et d'obstétrique, en association avec le comité



<b>données</b>	<p>suisse pour l'UNICEF ont envoyé un questionnaire, contenant cinq questions, à tous ses membres. Un total de 1'162 questionnaires ont été envoyés. Les questions posées étaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avez-vous déjà été confronté à une patiente présentant une MGF ?</li> <li>- Dans les cas d'infibulation : vous a-t-on déjà demandé de pratiquer une ré-infibulation après l'accouchement ?</li> <li>- Vous a-t-on déjà demandé de pratiquer une MGF chez une fille ou une jeune femme ?</li> <li>- Vous a-t-on déjà interrogé sur la possibilité de pratiquer une MGF en Suisse ?</li> <li>- Avez-vous entendu parler des cas de MGF qui se seraient pratiqués en Suisse ?</li> </ul> <p>Il était demandé aux cinq écoles de médecine suisses si le sujet des MGF était inclus dans leur cursus.</p> <p>Les médecins cantonaux ont été contactés et les questions suivantes leur ont été posées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Y-a-t' il des guidelines disponibles ?</li> <li>- Y-a-t' il un système de recensement pour les MGF dans votre canton ?</li> <li>- En tant que responsable de la santé, avez-vous été confronté à la problématique des MGF ?</li> <li>- Êtes-vous au courant d'actes au niveau cantonal concernant les MGF ?</li> </ul> <p>Le nombre de personnes (filles à risque et femmes présentant une MGF) vivant en Suisse a été estimé en multipliant le nombre de femmes provenant de pays où est pratiquée la MGF au taux de prévalence de FGM dans ces pays. L'office fédéral de la statistique et l'office fédéral de la migration ont fourni des données sur la population étrangère et les réfugiés.</p>
<b>Méthode d'analyse</b>	<p>Les données ont été analysées avec Fisher's exact tests.</p>
<b>Résultats</b>	<p>233 gynécologues ont déclaré avoir été confrontés à des patientes présentant une MGF. Ceci équivaut à 51,3% des répondants. Des taux significativement élevés de « oui » ont été rapportés dans l'ouest de la Suisse où 81 des 317 gynécologues ont été confrontés à des femmes ayant subi une MGF contre 130/845 pour le reste de la Suisse.</p> <p>95 des 454 répondants ont reçu une demande concernant une ré-infibulation après l'accouchement. Ceci correspond à 1/5 des participants et à 40,7% des gynécologues confrontés à la problématique de la MGF en Suisse.</p> <p>En ce qui concerne la possibilité de pratiquer une MGF sur des filles, deux gynécologues ont déclaré que la demande leur a été faite. Quatre gynécologues ont, quant à eux, répondu positivement à la question : « savez-vous où peuvent se pratiquer des MGF en Suisse ? ». 12 répondants ont entendu que des cas de MGF se seraient pratiqués en Suisse.</p> <p>Le sujet des MGF n'est inclus dans le cursus d'aucune des cinq écoles de médecine suisses. Aucun des médecins cantonaux n'a connaissance de guidelines au sein de leur canton. Il n'existe pas non plus de système de recensement des cas de MGF. Seulement deux ont été confrontés à des problèmes en lien avec les MGF. Une situation concernait la demande d'une famille qui voulait circoncire leur fils et leur fille et l'autre était une demande de la police. Aucune activité concernant les MGF n'a été</p>

	<p>rapportée dans les départements de santé.</p> <p>Selon les estimations, 6'711 filles à risque et femmes ayant subi une MGF vivent en Suisse. 3'499 font partie de la population établie et 3'212 sont en situation de demande d'asile. Ces chiffres ne tiennent pas compte des femmes possédant un passeport suisse.</p>
<b>Discussion / conclusion des auteurs</b>	<p>Très peu d'informations, sur la problématique des MGF sont disponibles en Suisse. En 1991, le nombre de femmes à risque ou affectées par les MGF était estimé à 1'951 [Nyfeler D. et Beguin Stöckli D (1994). <i>Genitale Verstümmelung afrikanischer Migrantinnen in der schweizerischen Gesundheitsversorgung</i>. Bern : Ethnological Institut]. Actuellement, ce chiffre est approximativement de 6'700. Toutefois, ces chiffres ne permettent pas de tirer de conclusions sur la façon dont le système de santé est confronté au problème. Cette étude montre que 1/5 de tous les gynécologues suisses ont été confrontés à des patientes présentant une MGF.</p> <p>En Suisse, il n'y a pas de guideline officiel et des aspects légaux doivent encore être clarifiés.</p> <p>Cette étude montre que chez les gynécologues confrontés aux MGF, 40,7% ont reçu une demande de ré-infibulation. Dans une étude auprès de 432 femmes somaliennes vivant au Canada, 1/3 pensaient que leur mari devait prendre cette décision et 1/5 a déclaré qu'il s'agissait de la responsabilité de l'obstétricien [Chalmers B. et Hashi K.O. (2000) 432 Somali women's birth experience in Canada after earlier female genital mutilation. <i>Birth</i> ; 27 : 227-34]. Approximativement, 2/3 ont déclaré que leur mari n'était pas favorable à la ré-infibulation. Cela montre que les époux doivent être impliqués dans la discussion et que l'influence du médecin est très importante. Le temps de consultation peut aussi avoir un impact. Si une patiente est confrontée pour la première fois à ce problème et ce pendant l'accouchement, elle va probablement avoir plus de difficultés à accepter une pratique qui lui est étrangère et qui va à l'encontre de ses traditions. Des professionnels de santé spécialement formés devraient discuter sur le sujet en prénatal car les cliniques spécialisées semblent être moins confrontées à une demande de ré-infibulation.</p> <p>Le fait que deux gynécologues ont reçu la demande de pratiquer une MGF sur des filles et que quatre ont été interrogés sur l'endroit où pouvait se pratiquer des MGF en Suisse démontre une certaine requête. Aucun cas de MGF n'a encore été porté devant les tribunaux en Suisse mais douze gynécologues ont entendu parler de MGF pratiquées sur territoire suisse.</p> <p>Plusieurs pays africains ont adopté des lois contre les MGF. L'Angleterre, la Suède, la Norvège, la Belgique et les EUA ont des lois spécifiques concernant les MGF. En Suisse, l'art. 122 du code pénal et l'académie suisse des sciences médicales condamnent les MGF. En 2001, le gouvernement fédéral suisse voulait accroître l'attention accordée à la MGF. En Afrique comme dans des pays de l'ouest, beaucoup sont prêts à abandonner cette pratique. Ces gens doivent être soutenus et peuvent être une clé pour faire changer les attitudes de leurs compatriotes. Les femmes immigrantes qui ont abandonné les MGF devraient être considérées comme des partenaires. Formées comme médiateurs, elles peuvent traiter de cette question culturellement sensible.</p> <p>Le fait que seulement deux médecins cantonaux aient été confrontés à des problèmes en lien avec les MGF peut s'expliquer par le fait que ce sujet est souvent considéré comme non-médical et qu'il ne semble pas y avoir d'activité effectuée par les</p>

	<p>départements de santé. D'un autre côté, les médecins peuvent jouer un rôle-clé dans la prévention à partir du moment qu'ils ont des contacts plus étroits avec la population affectée que d'autres professionnels. Face aux MGF, les médecins ne sont pas seulement confrontés à des aspects médicaux ou légaux mais aussi à des sujets éthiques et culturellement sensibles. Face à une pratique qu'ils condamnent probablement comme une mutilation, les réactions des professionnels de santé peuvent être une source d'humiliation supplémentaire pour les patientes. Comme les arguments médicaux contre les MGF sont forts et que la prise en charge des femmes touchées peut être difficile, des guidelines pour les professionnels de santé sont nécessaires. L'enseignement de la pratique des MGF devrait être inclu dans un cursus de médecine générale car le problème peut concerner les médecins de familles en première place. Dans une étude auprès des médecins de l'UE, 78% disaient que des guidelines seraient les bienvenus. Des guidelines sont en train d'être développés dans plusieurs pays européens et ils existent déjà en Angleterre et en Norvège. Ils peuvent facilement être adaptés pour la Suisse. Des fiches d'informations fournissant également des adresses utiles doivent être mises à disposition.</p> <p>Comparées à d'autres problèmes de santé, les MGF peuvent ne pas sembler fréquentes. Toutefois, en considérant les résultats de cette enquête, des mesures supplémentaires sont justifiées pour tenter de mieux comprendre la situation dans ce pays et de prévenir la survenue de nouveaux cas. Une amélioration des soins par une meilleure éducation des professionnels de santé et une prévention de nouveaux cas par l'éducation des femmes concernées peuvent être envisagées.</p>
<b>Remarques personnelles</b>	<p>Cette étude est pertinente pour notre questionnement car aucune des écoles de médecine suisse n'inclut le sujet des MGF dans son cursus.</p> <p>De plus, elle nous permet de voir que la problématique des MGF est bien présente en Suisse : 51,3% des répondants ont été confrontés à des patientes ayant une MGF.</p> <p><i>Points forts de l'étude:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- aborde certaines recommandations concernant la prévention et l'enseignement de la problématique des MGF dans les programmes d'études.</li> <li>- donne des chiffres sur les filles à risque et les femmes ayant subi une MGF pour ce qui est de la Suisse.</li> </ul> <p><i>Points faibles de l'étude:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prend uniquement en compte l'avis et l'expérience des gynécologues.</li> <li>- ne donne pas le type de devis.</li> <li>- les données sont quantitatives mais faibles (questionnaire avec seulement cinq questions).</li> </ul>

#### 11.4.2 Les MGF en Suisse. Enquête auprès des sages-femmes, gynécologues, pédiatres et services sociaux suisses

<b>Titre de la recherche</b>	LES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES EN SUISSE. ENQUÊTE AUPRÈS DES SAGES-FEMMES, GYNÉCOLOGUES, PÉDIATRES ET SERVICES SOCIAUX SUISSES
<b>Auteurs</b>	<b>Comité Suisse pour l'UNICEF</b> <b>Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Berne</b>
<b>Année de publication</b>	2005
<b>Pays</b>	Suisse
<b>Type d'étude / devis</b>	Enquête quantitative.
<b>Echantillon (nombre et caractérisitques)</b>	Sur 5958 questionnaires envoyés, 1799 ont été retournés (taux de réponse = 30,2%) : dont 288 de la part de gynécologues, 207 de la part de pédiatres, 758 de la part de sages-femmes et 546 de personnes actives dans le secteur social.
<b>Buts / questions / hypothèses</b> <b>Concepts</b>	<p>Evaluer l'importance avec laquelle différents groupes professionnels (gynécologues, sages-femmes, pédiatres et services sociaux) sont concernés par les MGF en Suisse, quelle attitude ils adoptaient, s'ils ont besoin d'informations sur la question.</p> <p>Il s'agissait par ailleurs de collecter des informations concernant l'âge, l'origine et le type de MGF des femmes concernées en Suisse.</p> <p>Prendre en compte de nouveaux aspects quant aux problèmes rencontrés dans le secteur médical et social.</p> <p>Identifier les mesures concrètes à prendre.</p> <p>L'enquête devrait également déboucher sur une comparaison des résultats de 2004 avec ceux de 2001 (Jäger F., Schulze S. et Hohlfeld P. (2002). Female genital mutilation in Switzerland: a survey among gynaecologists. <i>Swiss Medical Weekly</i>, 132: 259-264).</p>
<b>Cadre de référence</b>	Absence de cadre de référence.
<b>Méthode de collecte des données</b>	Les participants à l'enquête ont été abordés par courrier grâce à la collaboration d'associations professionnelles des quatre catégories professionnelles prises en compte. Un questionnaire a été envoyé une première fois suivi d'un rappel, quatre semaines plus tard avec à nouveau, le questionnaire.

	<p>Les questionnaires qui n'avaient pas atteint le destinataire où sur lesquels il n'y avait pas d'indication de profession ont été exclus.</p> <p>Les questionnaires étaient conçus différemment selon qu'ils s'adressaient aux professionnels de la santé et aux professionnels du domaine social.</p>
<b>Méthode d'analyse</b>	<p>Des questionnaires obtenus, nous avons classé les réponses en fonction des groupes professionnels. Le taux de réponse a été calculé sur la base de la proportion des personnes qui avaient répondu au questionnaire et sur la base de celles qui l'avaient reçu. La pertinence statistique des différences entre les diverses catégories professionnelles a été vérifiée au moyen des tests du chi 2. Nous avons utilisé des odds ratios et 95% d'intervalles de confiance, afin de quantifier la tendance et l'intensité du rapport entre les réponses concernant la MGF et le sexe des personnes qui répondaient, respectivement l'année du sondage.</p>
<b>Résultats</b>	<p>Sur les personnes qui ont participé à l'étude, 73,4% (1321/1799) étaient des femmes et 22,9% (412/1799) des hommes. Dans 66 cas le sexe n'était pas indiqué.</p> <p>Au total, 518/1799 (28,25%) professionnels indiquent avoir déjà été confrontés à une femme excisée. Les gynécologues (176/288 = 61,1%) et les sages-femmes (286/758 = 37,7%) ont été plus souvent confrontés à une personne excisée que les pédiatres (13/207 = 6,3%) et les professionnels du secteur social (43/546 = 7,9%). Les professionnels de sexe féminin étaient plus nombreux à y être confrontés (426/1321 = 32,3%) que ceux de sexe masculin (80/412 = 19,4%).</p> <p>Les professionnels de Suisse romande (160/1252 = 12,8%) étaient plus souvent confrontés à une femme excisée qu'en Suisse alémanique (353/4594 = 7,7%) ou au Tessin (5/109 = 4,6%).</p> <p>Sur les 475 professionnels de la santé (gynécologues, sages-femmes et pédiatres), 260 avaient constaté la MGF au cours d'un examen général : 66,5% des gynécologues (117/176), 30,8% des pédiatres (4/13) et 48,6% des sages-femmes (139/286). Aussi, 192/475 (40,4%) professionnels de la santé ont été confrontés à des complications occasionnées par la MGF.</p> <p>Il était demandé aux professionnels du secteur social si l'une de leurs clientes avait évoqué la MGF comme motif d'asile. 6/546 d'entre eux (tous en Suisse allemande) ont répondu « oui ». Par ailleurs, 10/546 professionnels du secteur social (6 germanophones et 4 francophones) ont été interpellés afin d'empêcher la MGF sur une fille ou une femme. Parmi ces personnes, 2 avaient contacté les autorités de tutelle, une la police et une le médecin de famille.</p> <p>42/1799 (2,3%) des personnes interrogées ont été interpellées quant à la possibilité d'effectuer une MGF en Suisse. 6 ont indiqué qu'on s'était directement adressé à eux en vue de l'exécution d'une MGF. En outre, 208/1799 (11,6%) des professionnels avaient entendu parler de cas de MGF qui avait été exécuté en Suisse.</p> <p>Sur les 518 personnes ayant déjà vu une femme excisée, 203 (39,2%) ont essayé d'obtenir d'autres informations sur le sujet des MGF.</p> <p>80,8% des professionnels interrogés souhaitent que le sujet des MGF soit intégré au plan d'études de la formation initiale ou</p>

	<p>continue. Chez les personnes ayant suivi une formation médicale, cette proportion est encore plus élevée : 92,6% (702/758) parmi les sages-femmes ; 83,7% (241/288) parmi les gynécologues ; 80,7% (167/207) parmi les pédiatres.</p> <p>Une grande partie des professionnels souhaite davantage d'informations concernant la situation juridique des MGF et des lignes de conduite spécifiques pour leur secteur professionnel : 74,5% (565/758) des sages-femmes ; 70,1% (145/207) des pédiatres ; 68,4% (197/288) des gynécologues ; 52,6% (287/546) des professionnels du secteur social.</p> <p><i>Comparaisons des enquêtes menées en 2001 et en 2004</i></p> <p>La proportion des gynécologues qui ont répondu au questionnaire et indiqué qu'ils avaient déjà été confrontés une fois à une femme excisée (61,3%) était plus élevée en 2004 (61,3 = 176/287) qu'en 2001 (51,3% = 233/454).</p>
<b>Discussion / conclusion des auteurs</b>	<p>La présente étude confirme que de nombreux professionnels de la santé et de divers services sociaux sont confrontés à des femmes excisées dans l'exercice de leur fonction.</p> <p>Il convient de relever l'actualité de la problématique puisque plus de 3/4 des professionnels de la santé et 2/3 des services sociaux avaient vu les femmes et les filles excisées au cours des douze derniers mois.</p> <p>La plupart des femmes excisées qui ont été en contact avec les médecins interrogés avaient entre 19 et 34 ans et étaient donc en âge de procréer. C'est donc la grossesse qui devrait être la raison principale des contacts avec les sages-femmes et les gynécologues. En dehors de la grossesse, ce sont souvent les conséquences des MGF qui conduisent les femmes concernées chez le médecin. 1/3 des sages-femmes et la moitié des gynécologues et des pédiatres qui avaient été confrontés à des femmes excisées rapportent que ces dernières présentaient des douleurs chroniques et des infections répétées de l'appareil urinaire. Cela montre que les médecins sont confrontés en Suisse à des problèmes physiques propres aux femmes excisées.</p> <p>L'enquête montre clairement qu'il existe un besoin d'information considérable en matière de MGF. Ce besoin est confirmé par le fait que près de la moitié des sages-femmes et des pédiatres et un tiers des gynécologues et des services sociaux ont entrepris des démarches pour obtenir d'autres renseignements sur le sujet après avoir été en contact avec une femme excisée. Ceci montre que le travail avec des femmes ayant subi une MGF nécessite d'être informé sur la problématique.</p> <p>La question de savoir comment protéger une fille peut devenir tout à coup très présente dans une situation professionnelle concrète et nécessite que l'on agisse de manière adéquate. Concernant les services sociaux, des connaissances appropriées peuvent être nécessaires, notamment dans le cadre de la protection de l'enfant en Suisse mais également dans le cadre d'une demande d'asile. Le fait est que chez 6/546 des services sociaux interrogés, les femmes concernées ont indiqué la MGF comme motif d'asile ; par ailleurs, 10 services sociaux ont été interpellés pour leur demander d'empêcher une MGF (ces derniers se sont ensuite adressés à un autre organe : autorité de tutelle, médecin de famille).</p> <p>Les besoins sur le plan de la formation apparaissent également très nettement : plus de 4/5 des médecins qui ont répondu à l'enquête salueraient positivement l'intégration de la question des MGF dans leur formation initiale ou continue. Les sages-femmes sont même 92% à exprimer ce vœu.</p>

	<p>C'est dans les cantons de Suisse romande qu'il y a le plus grand nombre de professionnels ayant été en contact avec une femme ou une fille excisée. Il en était déjà ainsi en 2001. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que les migrantes s'établissent en majorité dans la partie francophone de la Suisse.</p> <p>Les résultats de cette étude montrent qu'il est nécessaire de prendre des mesures concrètes dans différents domaines. Il est possible de dégager des recommandations comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- toutes les personnes actives dans le secteur de la santé peuvent être en principe confrontées à des femmes excisées ou à des filles exposées au risque d'une MGF. Elles sont toutefois insuffisamment informées sur cette pratique et souhaitent avoir davantage de connaissances. De ce fait, il est important que l'information sur la problématique des MGF soit adaptée aux groupes cible. Il faut, par ailleurs, combler les lacunes d'information existantes, notamment en intégrant le sujet au cycle de formation initiale et continue du personnel médical.</li> <li>- le but prioritaire doit être la protection des filles qui courent le risque de subir une MGF. Un rôle important revient aux professionnels de santé et aux services sociaux. Une composante essentielle du travail de prévention est le dialogue avec les parents des filles menacées. Les familles doivent être informées des conséquences physiques et juridiques des MGF. Des traductrices connaissant le contexte des MGF dans les pays d'origine devraient être à disposition pour véhiculer ce message. Des services de consultation indépendants ou le service des tutelles peuvent contribuer à protéger les filles concernées. Pour prévenir les MGF, les pédiatres jouent un rôle-clé. Dans le domaine de la promotion de la santé, il s'agira de trouver des moyens permettant d'examiner à intervalles réguliers les petites filles menacées de MGF. Si une MGF est constatée – qu'elle soit exécutée dans le pays d'origine ou en Suisse – le médecin traitant a le droit de dénoncer les cas aux autorités de tutelle et, dans la plupart des cantons, également à la police ou aux autorités judiciaires. Dans ces circonstances, il n'est pas soumis au devoir de réserve.</li> <li>- les communautés, au sein desquelles les MGF se pratiquent, doivent être informées des conséquences médicales et juridiques qu'elles occasionnent. Les personnes qui sont en contact avec des femmes excisées et leurs familles dans le cadre de leur profession sont les acteurs clé sur le plan de la réalisation pratique. Des traducteurs-trices devraient pouvoir intervenir afin de surmonter les barrières linguistiques. Les associations qui regroupent des femmes issues des pays concernés sont également importantes pour la transmission de ces informations. Il s'agit donc de leur assurer le soutien nécessaire et d'encourager la constitution de nouveaux groupements.</li> <li>- il y a lieu d'encourager la collaboration du personnel médical et social avec les représentant(e)s des organisations non gouvernementales, les associations de femmes et la Confédération. Cette coopération peut avoir lieu dans le domaine de l'information, la prévention et de la recherche. La question des MGF devrait être finalement intégrée aussi dans des projets déjà existants – en particulier dans le domaine de la santé publique et de l'asile.</li> </ul>
<b>Remarques personnelles</b>	<p>Cette étude est intéressante pour notre questionnaire car elle montre que les professionnels veulent des informations sur le sujet des MGF, souhaitent que les MGF soient un sujet à inclure dans la formation initiale ou continue et ont besoin de guidelines</p>

	<p>et de précisions sur les aspects légaux.</p> <p><i>Points forts de l'étude:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- échantillon représentatif malgré un taux de réponse de 30,2%</li> <li>- développe de nombreuses recommandations</li> <li>- questionnaires envoyés aux professionnels mis en annexe (fiabilité)</li> </ul> <p><i>Points faibles de l'étude:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- peu de références bibliographiques</li> <li>- n'aborde pas la situation des infirmières</li> <li>- méthodologie succincte</li> <li>- parfois les auteurs n'amènent les résultats qu'en pourcentage ce qui rend une contextualisation parfois difficile</li> </ul>
--	---



### 11.4.3 Knowledge of female genital mutilation among healthcare professionals

<b>Titre de la recherche</b>	KNOWLEDGE OF FEMALE GENITAL MUTILATION AMONG HEALTHCARE PROFESSIONALS
<b>Auteurs</b>	<b>Zaidi N.</b> : Département d'Obstétrique et Gynécologie, Manor Hospital Walsall, NHS, Trust, Londres <b>Khalil A.</b> : Département d'Obstétrique et Gynécologie, Homerton Hospital NHS Foundation Trust, Londres <b>Roberts C.</b> : Département d'Obstétrique et Gynécologie, Homerton Hospital NHS Foundation Trust, Londres <b>Browne M</b> : Département d'Obstétrique et Gynécologie, Manor Hospital Walsall, NHS, Trust, Londres
<b>Journal</b>	Journal of Obstetrics and Gynaecology
<b>Volume</b>	27
<b>Numéro</b>	2
<b>Pages</b>	161-164
<b>Année de publication</b>	2007
<b>Pays</b>	Royaume-Uni
<b>Type d'étude / devis</b>	Etude quantitative.
<b>Echantillon (nombre et caractéristiques)</b>	45 professionnels de santé : sages-femmes, obstétriciens-chefs, chefs de clinique en obstétrique et des conseillers en obstétrique.
<b>Buts / questions / hypothèses</b> <b>Concepts</b>	Le but de l'étude était d'évaluer le niveau actuel des connaissances et l'adhésion aux normes du RCOG auprès des obstétriciens et des sages-femmes en regard des MGF.
<b>Cadre de référence</b>	Absence de cadre de référence.
<b>Méthode de collecte des données</b>	Les auteurs ont élaboré un questionnaire structuré anonyme sur la base des normes du RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists), qui a établi des normes pour guider les professionnels de santé qui s'occupent de femmes ayant subi une MGF (RCOG, 2003). Le questionnaire a été modifié sur les conseils et l'orientation de deux obstétriciens-chefs. Il a ensuite été

	<p>distribué aux professionnels de santé de l'Hôpital Universitaire de Homerton. L'échantillon de participants comportait : des sages-femmes (travaillant en salle d'accouchement et des sages-femmes conseil qui travaillent dans le cadre de consultations prénatales), des obstétriciens-chefs (obstetric Senior House Officers [SHOs], des obstétriciens chefs de clinique (obstetric Specialist Registrars [SpRs]) et des conseillers en obstétrique (obstetric consultants).</p>
<b>Méthode d'analyse</b>	Aucune donnée.
<b>Résultats</b>	<p>Tous les participants (soit 45 personnes interrogées) ont répondu au questionnaire (taux de réponse de 100%). Au total il y avait : 15 (33%) sages-femmes, 10 (22%) obstétriciens-chefs, 14 (31%) obstétriciens chefs de clinique et 6 (14%) conseillers en obstétrique.</p> <p>Presque tous les participants (98% soit 44/45) pouvaient donner la définition des MGF mais seulement 40% (18/45) connaissaient les détails de la Loi sur les MGF. Il s'agit des sages-femmes et les chefs de clinique qui sont le moins familiarisés avec les questions juridiques. 80% (36/45) de ces professionnels ont déjà procédé à un examen auprès de patientes présentant une MGF ; 84% (38/45) pouvaient nommer les régions où la pratique des MGF est particulièrement répandue mais 58% (26/45) n'étaient pas conscients du fait que les femmes à risque doivent être spécifiquement identifiées lors de consultations prénatales. Le même pourcentage (58%) a été incapable de lister les différentes catégories de MGF. En effet, aucun des obstétriciens-chefs ou des sages-femmes interrogés n'a pu correctement classer les types de MGF comme classé par l'OMS (OMS, 2001) et les guidelines du RCOG.</p> <p>La majorité des participants (84% = 38/45) connaissaient les complications liées aux MGF.</p>
<b>Discussion / conclusion des auteurs</b>	<p>En 1995, une loi (circumcision Act) qui rend illégal le fait de pratiquer ou d'aider et encourager les MGF au Royaume-Uni a été édictée. Celle-ci a été remplacée par la loi sur les MGF de 2003, qui est entrée en vigueur en mars 2004. Cette loi a également rendu illégal, pour toute personne résidant au Royaume-Uni, de pratiquer, d'aider, d'encourager ou de conseiller la pratique de MGF à l'étranger même dans les pays où cette procédure n'est pas illégale. Une personne coupable de cette infraction peut être emprisonnée jusqu'à 14 ans en vertu de cette loi.</p> <p>Le RCOG a reconnu l'importance de la question des MGF et a publié des lignes directrices détaillées résumant les connaissances nécessaires et des guides pour la pratique. Il y a quelques années, les professionnels de santé n'avaient pas besoin d'avoir des connaissances détaillées sur les MGF. Aujourd'hui, ces connaissances sont primordiales car les professionnels de santé sont beaucoup plus susceptibles d'avoir à prendre en charge des femmes ayant subi une MGF.</p> <p>La présente étude a révélé que, dans l'ensemble, les connaissances étaient raisonnables mais il y avait des lacunes importantes à la fois au niveau théorique et pratique. Bien que les personnes interrogées fussent familiarisées avec la définition des MGF, ses complications et les pays à forte prévalence de MGF, la connaissance des types de MGF était pauvre, en particulier chez les obstétriciens-chefs et les sages-femmes. En effet, seulement 4% (2/45) des personnes interrogées ont pu classer les différents types de MGF. Les conseillers en obstétrique ont obtenu dans l'ensemble les meilleurs résultats mais seulement 1/6 a classé</p>

	<p>correctement les types de MGF.</p> <p>Tous les conseillers en obstétrique sont très au courant de la situation juridique concernant les MGF mais cette connaissance est beaucoup plus faible parmi les autres groupes de professionnels interrogés : seulement 20% (3/15) des sages-femmes, 40% (4/10) des obstétriciens-chefs et 20% (3/14) des obstétriciens chefs de clinique avaient une connaissance du contenu de la Loi sur les MGF de 2003 malgré le fait que les participants de l'étude prennent en charge une population d'ethnies très diversifiées. Cela indique clairement des lacunes dans la formation. Il est possible que les conseillers en obstétrique aient acquis ces connaissances en ayant été exposés à diverses situations cliniques problématiques en lien avec les MGF. Peut-être que les autres professionnels n'ont pas fait cette expérience.</p> <p>Les lignes directrices du RCOG recommandent que les femmes à risque soient identifiées et qu'une enquête sensible doive être menée pour savoir si une MGF a effectivement été effectuée. Toutefois, ce n'est pas le cas d'après les données de cette étude : alors que tous les obstétriciens-chefs suivent cette requête, seulement 40% (6/14) des obstétriciens chefs de clinique et 50% (8/15) des sages-femmes la suivent. Ces professionnels peuvent ne pas en savoir davantage soit parce qu'ils n'ont pas été formés à l'éventualité de MGF soit à cause de l'embarras. Les guidelines du RCOG suggèrent la présence d'un interprète de sexe féminin comme souhaitable durant les consultations. Cela pourrait réduire les malentendus et peut encourager les femmes concernées à parler ouvertement de leurs expériences.</p> <p>Les conseillers en obstétrique, certainement à cause d'une plus grande expérience, avaient de bonnes connaissances de la MGF mais avec tout de même une mauvaise classification des types de MGF. Les médecins moins expérimentés et les sages-femmes avaient des connaissances assez vagues. Dans le cas des médecins moins expérimentés, cela peut être dû au fait qu'ils ont moins d'expérience. En revanche, les chefs de clinique et les sages-femmes pourraient bien être en première ligne pour prendre soin des femmes concernées par la MGF. Ils ont donc besoin de plus d'expertise théorique et pratique. Tous les hôpitaux devraient élaborer des lignes directrices pour la gestion des MGF sur la base de celles publiées par le RCOG. Des sessions de formation multidisciplinaire, des présentations de cas et de discussions de groupe devraient avoir lieu régulièrement. Chaque hôpital devrait avoir une clinique spécialisée ou savoir où renvoyer les femmes concernées dans ce type d'établissement. De plus, chaque hôpital devrait faire un effort pour faire participer la communauté locale à risque afin de promouvoir une éducation mutuelle, la compréhension et la confiance.</p> <p><i>Limites de l'étude</i></p> <p>Il n'y avait pas de données sur le nombre de cas de MGF vus dans le service d'obstétrique à l'étude.</p> <p><i>Conclusion</i></p> <p>La présente étude a montré qu'il existe des lacunes importantes au niveau des connaissances et notamment chez des professionnels de santé qui sont susceptibles d'avoir à prendre en charge des femmes concernées par la MGF. Il y a donc un besoin évident d'une meilleure formation. Chaque hôpital devrait adopter une approche coordonnée de la formation de son personnel et fournir un service spécialisé pour les femmes concernées. Les auteurs ont l'intention de renouveler cette étude</p>
--	---

	lorsque les changements préconisés auront pu être mis en place.
<b>Remarques personnelles</b>	<p>Cette étude permet de questionner des éléments intéressants quant aux objectifs de notre recherche parce que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- des lacunes concernant les connaissances sur les MGF ont pu être mises en évidence. Cela peut donc avoir une incidence sur les soins fournis.</li> <li>- les auteurs préconisent une meilleure formation pour les professionnels de santé confrontés à des femmes ayant subi une MGF car cela permet de mieux les prendre en charge.</li> <li>- les auteurs disent également que chaque hôpital devrait donner l'accès à un service spécialisé pour les femmes concernées.</li> </ul> <p><i>Points forts de l'étude :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- faible échantillon mais taux de réponse à 100%.</li> <li>- donne des recommandations pour la pratique clinique (formation, service spécialisé, interprète de sexe féminin).</li> </ul> <p><i>Points faibles de l'étude :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pas de méthode d'analyse.</li> <li>- petit échantillon et étude menée uniquement dans un hôpital du Royaume-Uni.</li> <li>- résultats succincts.</li> </ul>

#### 11.4.4 Female genital mutilation : Knowledge, attitudes and practices of Flemish gynaecologists

<b>Titre de la recherche</b>	FEMALE GENITAL MUTILATION : KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES OF FLEMISH GYNAECOLOGISTS
<b>Auteurs</b>	<p><b>Leye Els</b> : Centre International pour la Santé Reproductive</p> <p><b>Ysebaert Ilse</b> : Institute for International Research on Criminal Policy, Université de Gand</p> <p><b>Deblonde Jessika</b> : Centre International pour la Santé Reproductive</p> <p><b>Claeys Patricia</b> : Centre International pour la Santé Reproductive</p> <p><b>Vermeulen Gert</b> : Institute for International Research on Criminal Policy, Université de Gand</p> <p><b>Jacquemyn Yves</b> : Département d'Obstétrique et Gynécologie, Université d'Anvers</p> <p><b>Temmerman Marleen</b> : Centre International pour la Santé Reproductive</p>
<b>Journal</b>	The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care
<b>Volume</b>	13
<b>Numéro</b>	2
<b>Pages</b>	182-190
<b>Année de publication</b>	2008
<b>Pays</b>	Belgique
<b>Type d'étude / devis</b>	Etude quantitative.
<b>Echantillon (nombre et caractéristiques)</b>	334 gynécologues et stagiaires.
<b>Buts / questions / hypothèses</b>	L'objectif de l'étude était d'évaluer les connaissances (notamment en matière de réglementation juridique), les attitudes et les pratiques en regard des MGF auprès de gynécologues en Flandre, Belgique.
<b>Concepts</b>	Les auteurs espéraient que les résultats aideraient à la formulation de recommandations pour la formation des professionnels de santé.

<b>Cadre de référence</b>	Absence de cadre de référence.
<b>Méthode de collecte des données</b>	<p>Un questionnaire a été envoyé à 724 gynécologues et à des stagiaires en Flandre avec l'aide de la Société Flamande d'Obstétrique et de Gynécologie [pas de données si envoyé à tous les gynécologues de Flandre]. Après un mois, un rappel a été envoyé. Le questionnaire utilisé était basé sur celui d'une étude menée en Suisse (UNICEF, 2005) auprès des sages-femmes, gynécologues, pédiatres et services sociaux ; il a été développé au Centre International pour la Santé Reproductive (International Centre for Reproductive Health [ICRH]) de l'Université de Gand en collaboration avec le Centre International pour la Recherche en Politique Criminelle (International Centre for Research on Criminal Policy [IRCP]) et l'Hôpital Universitaire d'Anvers. 334 questionnaires ont été renvoyés (taux de réponse à 46.05% = 334/724).</p> <p>Le questionnaire comprenait des questions sur la connaissance des MGF en général et la loi les pénalisant en Belgique, ainsi que des questions concernant les attitudes et les pratiques des gynécologues lorsqu'ils sont confrontés à des patientes ayant subi une MGF.</p>
<b>Méthode d'analyse</b>	Les données ont été saisies et analysées au Centre International pour la Santé Reproductive à l'aide du logiciel SPSS pour Windows. Les tests du chi carré ont été utilisés pour analyser les différences dans les variables catégoriques.
<b>Résultats</b>	<p><i>Caractéristiques des participants</i></p> <p>Parmi les répondants, 142 (42.6%) étaient âgés de 25-40 ans et 191 (57.4%) étaient âgés de plus de 40 ans ; 184 (55.1%) étaient des hommes et 150 (44.9%) des femmes ; 192 (58.2%) travaillaient dans un hôpital privé, 71 (21.5%) dans un hôpital universitaire, 65 (19.7%) dans un hôpital public et 2 (0,6%) travaillaient dans un hôpital universitaire et public.</p> <p><i>Connaissances et attitudes</i></p> <p>Seulement 25 (7.5%) des répondants avaient entendu parler des MGF au cours de leur formation médicale de base et 69 (20.7%) au cours de la formation postgrade. Les répondants plus jeunes étaient beaucoup plus susceptibles d'avoir reçu de l'enseignement sur les MGF : 16 des 142 répondants (11.3%) de moins de 40 ans avaient entendu parler des MGF dans leur formation médicale de base par rapport à 9 des 190 (4.7%) participants âgés de plus de 40 ans (<math>p = 0,03</math>). Au cours d'une formation postgrade, 40 (28.4%) des répondants plus jeunes ont reçu des informations sur les MGF contre 29 (15.3%) des répondants plus âgés (<math>p = 0,004</math>).</p> <p>Seulement 4 répondants (1.2%) étaient au courant des guidelines ou des informations concernant les MGF dans leur hôpital. 152 répondants (45.5%) savaient que les MGF sont illégales en Belgique mais seulement 36 (23.7%) d'entre eux savaient exactement quels types de MGF ont été inclus et exclus en vertu de la disposition pénale spécifique. Les autres répondants avaient des idées différentes sur ce qui était interdit : 9 (5.9%) pensaient que toutes les formes de MGF étaient interdites, y compris la ré-infibulation, 54 (35.6%) estimaient que toutes les formes de MGF étaient illégales et 46 (30,3%) ne savaient pas quels types étaient interdits. 6 répondants (3.9%) pensaient que la MGF n'est pas interdite si la femme était consentante et 3</p>

	<p>(2%) ont jugé la MGF légale si elle était pratiquée chez une femme adulte. Un répondant (0.6%) estimait qu'elle était autorisée si elle avait été réalisée par un médecin.</p> <p>Parmi tous les répondants (334), 286 (85.6%) considéraient les MGF comme une forme de violence à l'encontre des femmes et 203 répondants (60.8%) y voyaient une violation des droits de l'homme. 7 participants pensaient que les MGF méritent du respect en raison de sa connotation culturelle et religieuse.</p> <p>Des 316 répondants, 249 (77.6%) considéraient la ré-infibulation comme une forme de MGF mais 60 (19%) auraient effectué une telle procédure et auraient rétabli l'état initial de l'infibulation après l'accouchement si tel avait été la demande de leur patiente. 97 répondants (30.7%) auraient expliqué à la patiente qu'ils ne pouvaient pas effectuer une ré-infibulation en raison de son illégalité et 157 (49,7%) auraient exprimé leur refus de mener à bien la procédure.</p> <p>Lorsque les participants ont été interrogés sur le besoin d'information, 205 gynécologues (61,4%) voulaient plus d'informations sur la législation belge concernant les MGF, 172 (51,5%) demandaient des guidelines techniques sur la prise en charge clinique des complications et 161 (48,2%) souhaitaient plus de clarté sur les codes de conduite en vigueur sur des questions éthiques et juridiques de la MGF comme la ré-infibulation et l'incision symbolique. 40 gynécologues (12%) n'avaient pas besoin de plus amples informations.</p> <p><i>Pratiques</i></p> <p>6 de 328 (1,8%) gynécologues ont reçu une demande pour pratiquer une MGF. 13 (4%) ont été questionnés pour savoir si des MGF pouvaient être effectuées en Belgique et 31 gynécologues (9,5%) avaient déjà entendu dire que des MGF avaient été pratiquées en Belgique.</p> <p>De tous les répondants (334), 195 (58,4%) avaient vu des femmes ou des filles ayant subi une MGF dans leurs consultations. De ce nombre, 104 (53,3%) avaient vu une ou deux femmes ayant subi une MGF au cours de la dernière année alors que 34 (17,4%) avaient vu trois ou plus de ces patientes. 57 (29,2%) des répondants n'avaient pas vu une patiente ayant subi une MGF au cours des 12 derniers mois.</p> <p>Lorsque les participants ont dû nommer à quel genre de problèmes liés à la MGF ils avaient été confrontés, deux répondants (1% de ceux qui avaient vu des femmes ayant subi une MGF = 195) ont été consultés pour des complications aiguës, 3 (1,5%) pour des problèmes de fertilité, 4 (2,1%) pour des problèmes psychologiques et 7 (3,6%) pour des fistules. En outre, 29 gynécologues (14,9%) ont été consultés pour des problèmes liés à la grossesse et à l'accouchement, 35 (17,9%) pour des douleurs chroniques, 36 (18,5%) pour des infections des voies urinaires et 79 (40,5%) pour des problèmes sexuels.</p> <p>Le type de MGF le plus rencontré par les répondants a été l'infibulation [type III] (56) suivie de l'excision [type II] (40) et de la sunna [type I] (3).</p> <p>Après avoir été confronté à des patientes avec une MGF, 84 des 186 gynécologues concernés (45,2%) ont entrepris des démarches pour en savoir plus sur les MGF. Cela incluait : consulter de la littérature, demander l'avis de collègues, assister à des</p>
--	---

	<p>conférences et des formations sur le sujet.</p> <p>Sur les 120 répondants qui ont été consultés par une femme enceinte ayant subi une MGF, seulement 42 (35%) ont tenté de persuader la mère de ne pas faire pratiquer une MGF sur le futur enfant dans les cas où il s'agissait d'une fille. Sur 54 répondants, 24 (44,4%) âgés de 40 ans ou plus ont indiqué qu'ils avaient engagé une action préventive contre seulement 15 (27,7%) parmi les moins de 40 ans. Les principales initiatives qui ont été prises concernaient des informations sur les complications de santé et les implications juridiques ainsi que des conseils. La plupart des répondants (65%) ont indiqué qu'ils n'avaient rien fait au niveau de la prévention. Les principales raisons invoquées pour l'absence d'interventions préventives ont été les problèmes de communication, la barrière de la langue ou par respect pour la culture de la femme.</p>
<b>Discussion / conclusion des auteurs</b>	<p><b>Discussion</b></p> <p><i>Présence des MGF en Flandre</i></p> <p>Un résultat intéressant de cette étude est que, en Flandre, 6 (1,8%) gynécologues ont reçu des demandes pour pratiquer une MGF et 13 (4%) pour donner des informations sur quelqu'un qui serait prêt à le faire. Les MGF sont donc peut-être pratiquées en Belgique mais il manque des preuves. Toutefois, 2 (1%) gynécologues ont affirmé avoir été consultés pour des complications aiguës [celles-ci ne sont pas nommées].</p> <p><i>Formation, guidelines et dispositions légales en ce qui concerne les MGF</i></p> <p>Peu d'attention (28,2% = 94 des gynécologues avaient entendu parler de MGF dans leur formation) est accordée à la MGF dans la formation de base ou postgrade. La connaissance des lignes directrices de l'hôpital était très faible (1,2%), soit parce que les gynécologues ne savaient pas que de telles directives existaient soit parce que l'hôpital n'en n'avait pas. Près de la moitié (45,5%) des répondants présument que les MGF sont illégales en Belgique mais moins d'un quart (23,7%) connaissait le contenu exact de la loi. Le manque apparent d'enseignement sur les MGF dans la formation médicale de base et/ou postgrade en Flandre et les connaissances insuffisantes sur les guidelines ou leur absence sont encore aggravés par les connaissances insuffisantes de la législation concernant les MGF. Cela souligne un besoin urgent d'informer les professionnels de santé sur les MGF, en particulier si plus de la moitié (58,4%) des répondants avaient déjà été confrontés, dans leur pratique, à une femme ou une fille ayant subi une MGF.</p> <p>Les répondants étaient eux-mêmes désireux de recevoir de plus amples renseignements sur le contexte juridique (61,4%), sur les guidelines (51,5%) concernant la prise en charge clinique de ces femmes et des conseils sur des questions éthiques et juridiques (48,2%).</p> <p><i>Questions éthiques et juridiques</i></p> <p>Le manque de législation claire ou de guidelines concernant les MGF pour ce qui est de la ré-infibulation, de l'incision du clitoris (type IV), de la chirurgie reconstructrice confronte les gynécologues à un certain nombre de questions. La loi s'appliquant spécifiquement aux MGF ne parvient pas à faire face à la question de la ré-infibulation. Ainsi, les prestataires de soins sont</p>



	<p>souvent dans le doute quant à savoir s'ils doivent ou non procéder à la ré-infibulation. Comme la ré-infibulation ne consiste pas en l'ablation d'un organe mais consiste à « refermer » l'infibulation après l'accouchement, il n'est pas clair pour la législation belge de considérer la ré-infibulation comme une mutilation illégale.</p> <p><i>Problèmes sexuels dus aux MGF</i></p> <p>La présente étude a révélé que les problèmes sexuels qui affectent les femmes ayant subi une MGF sont les raisons les plus importantes pour lesquelles elles consultent des gynécologues. Il y a peu d'informations sur les effets psychosexuels de la pratique et les résultats ne sont pas concluants.</p> <p>La grande fréquence des problèmes sexuels (40,5%) chez les femmes ayant subi une MGF rencontrés par les gynécologues flamands suggère que les conséquences de ces mutilations ne doivent pas être sous-estimées. Des études plus approfondies sont nécessaires pour identifier la nature des problèmes sexuels et de prendre adéquatement en soins les femmes touchées.</p> <p><i>Prévention des MGF par les gynécologues</i></p> <p>Les professionnels de santé qui sont confrontés aux conséquences de cette pratique, sont idéalement placés pour conseiller les femmes et les couples, et sensibiliser la communauté aux MGF. A cette fin, les connaissances sur la gestion clinique des femmes ayant subi une MGF, sur le statut juridique et les raisons de la pratique des MGF, sont primordiales. Par conséquent, la formation des travailleurs de santé est une stratégie prioritaire à l'abolition mondiale des MGF.</p> <p>Seulement 35% (42/120) des répondants de cette étude ont tenté au cours de leurs consultations de dissuader les femmes d'avoir recours à une MGF sur leur(s) fille(s). Les principales raisons invoquées pour ne pas initier de mesures préventives ont été des problèmes qui pourraient être résolus en fournissant des intermédiaires pour remédier aux problèmes de communication et surmonter la barrière linguistique.</p> <p><b>Conclusion</b></p> <p>Cette étude a révélé un certain nombre de lacunes dans les connaissances des MGF et dans la prestation de soins parmi les gynécologues flamands. Le manque de formation sur les MGF dans la formation médicale de base ou postgrade en Flandre, les connaissances insuffisantes, l'absence de guidelines émis par les hôpitaux et de la naïveté en ce qui concerne la législation concernant les MGF doivent toutes être abordées.</p> <p>La nature des problèmes sexuels vécus par les femmes mutilées devrait être étudiée. Enfin, l'étude a également montré que les gynécologues doivent s'affirmer davantage à dissuader les femmes qui auraient l'intention de recourir aux MGF sur leur(s) fille(s). Un CD-Rom contenant toutes les informations utiles pourrait être développé et mis à la disposition des gynécologues et des stagiaires.</p>
<b>Remarques personnelles</b>	<p>Cette étude est en lien avec notre questionnaire pour les raisons suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les résultats mettent en évidence un manque de connaissances des gynécologues flamands en regard des MGF</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- les résultats démontrent un besoin de formation</li> <li>- donne des recommandations en matière de prévention des MGF</li> </ul> <p><i>Points forts de l'étude :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- étude récente</li> <li>- questionnaire permettant une étude entre pays (le même questionnaire avait été utilisé dans l'étude d'UNICEF, 2005)</li> <li>- échantillonnage représentatif (taux de réponse à 46,05%)</li> <li>- étude approuvée par un comité d'éthique</li> <li>- donne les limites de l'étude (selon les auteurs, il pourrait y avoir un biais au niveau des gynécologues ayant répondu ; ceux qui auraient été confrontés aux MGF seraient peut-être plus à même de répondre au questionnaire)</li> </ul> <p><i>Points faibles de l'étude :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- étude menée seulement auprès de gynécologues</li> <li>- le devis de la recherche n'est pas clairement nommé par les auteurs ; néanmoins l'instrument de recherche (questionnaire) et les résultats sont quantitatifs</li> </ul>
--	--

#### 11.4.5 Estimating the number of women with female genital mutilation in Belgium

<b>Titre de la recherche</b>	ESTIMATING THE NUMBER OF WOMEN WITH FEMALE GENITAL MUTILATION IN BELGIUM
<b>Auteurs</b>	<b>Dubourg Dominique</b> : Institut de Médecine Tropicale, Anvers <b>Richard Fabienne</b> : Institut de Médecine Tropicale, Anvers <b>Leye Els</b> : Centre International pour la Santé Reproductive, University de Gand <b>Ndame Samuel</b> : Office de la Naissance et de l'Enfance, Brussels <b>Rommens Tine</b> : Kind & Gezin, Brussels <b>Maes Sophie</b> : Institut Scientifique de Santé Publique, Brussels
<b>Journal</b>	The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care
<b>Année de publication</b>	2011
<b>Pays</b>	Belgique
<b>Type d'étude / devis</b>	Etude quantitative.
<b>Echantillon (nombre et caractéristiques) → dans le cas de cette étude il s'agit d'un recensement</b>	La population étudiée provenant des sources de données est : <b>18'105</b> du DGSIE (population féminine vivant en Belgique et dont la nationalité d'origine ou la nationalité actuelle est d'un pays où les MGF se pratiquent), <b>1'542</b> de l'ONE (filles nées en Belgique, dans la communauté française, dont les mères viennent des pays où les MGF sont pratiquées), <b>2'622</b> (filles nées en Belgique, dans la communauté flamande, dont les mères viennent des pays où les MGF sont pratiquées), <b>541</b> du Fedasil (requérantes d'asile dont la nationalité est d'un pays où se pratique les MGF) → total : <b>22'840</b> .
<b>Buts / questions / hypothèses</b> <b>Concepts</b>	Cette étude quantitative a pour but d'estimer le nombre de femmes ayant subi une MGF vivant en Belgique, le nombre de filles à risque d'en subir et de définir la population cible de divers services médicaux et sociaux concernés par les MGF.
<b>Cadre de référence</b>	Absence de cadre de référence.
<b>Méthode de collecte</b>	La méthode globale consistait à identifier les données les plus récentes ayant été publiées (Demographic and Health Surveys :

<p><b>des données</b></p>	<p>DHS and Multiple Indicator Cluster Surveys : MICS) sur la prévalence des MGF par groupe d'âge dans les pays où les MGF sont pratiquées à grande échelle. Ces données de prévalence ont été ensuite appliquées à toutes les femmes migrantes originaires de ces pays vivant en Belgique et à leurs filles nées en Belgique depuis 1998 (2<sup>e</sup> génération).</p> <p>Les pays où la pratique des MGF est encore actuelle, selon des taux de prévalence qui varie entre 97.9% et 0.6, sont : le Bénin, le Burkina Faso, le Cameroun, la République d'Afrique Centrale, le Tchad, la Côte d'Ivoire, le Djibouti, l'Egypte, l'Erythrée, l'Ethiopie, la Gambie, le Ghana, la Guinée, la Guinée-Bissau, le Kenya, la République du Libéria, le Mali, la Mauritanie, le Niger, le Nigéria, le Sénégal, le Sierra Leone, la Somalie, le Soudan, la Tanzanie, le Togo, l'Uganda et le Yémen. La République Démocratique du Congo n'a pas été prise en compte car il n'existe pas de source fiable qui démontrerait la pratique de MGF dans ce pays. L'étude n'a pas pris en compte les femmes émigrantes d'Amérique du Sud, d'Asie et du Moyen-Orient sauf le Yémen.</p> <p><i>Sources de données</i></p> <p>Les taux de prévalence ont été fournis par les plus récentes DHS et MICS, publiées au 31 mai 2010. Les DHS et MICS sont des enquêtes sur de larges échantillons conduites tous les cinq ans dans plus de 100 pays d'Amérique du Sud, d'Afrique, d'Asie et d'Europe de l'Est. Elles fournissent des données pour un large éventail d'indicateurs dans les domaines de caractéristiques démographiques, de la santé maternelle et infantile, de la nutrition et de l'éducation. Depuis plus de 10 ans (depuis 2000), un module spécial MGF a été ajouté afin de recueillir des données sur la prévalence de cette pratique chez les femmes de 15-49 ans.</p> <p>Afin d'estimer la population de femmes immigrantes vivant en Belgique, les auteurs ont inclus quatre sources d'information : the Federal Directorate General for Statistics and Economic Information (DGSIE), the Federal Agency for the Reception of Asylum Seekers (Fedasil), l'office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) et Kind &amp; Gezin (K&amp;G).</p> <p>Les données fournies par le DGSIE sont extraites du Registre National de Personnes Physiques et se réfère à la population féminine (par âge, nationalité actuelle, nationalité d'origine et province de résidence), résidant en Belgique au 1<sup>er</sup> janvier 2008 et dont la nationalité d'origine ou la nationalité actuelle est un pays où les MGF sont pratiquées. Afin d'inclure le nombre de femmes requérantes d'asile et réfugiées, les auteurs ont demandé au DGSIE de leur donner accès au « registre d'attente » dans lequel toutes les demandes de résidence et les demandes d'asile déposées en Belgique sont enregistrées. Malheureusement, cet accès est légalement restreint et la permission de le consulter ne leur a pas été accordée. Afin d'avoir une estimation de la population féminine requérante d'asile et réfugiée, les auteurs ont utilisé les données fournies par le Fedasil, l'agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile en Belgique. Ces chiffres proviennent d'une étude Fedasil menée en janvier 2009 qui a rassemblé des informations sur les demandeurs d'asile de sexe féminin de chacun des 28 pays africains où les MGF sont pratiquées (les informations sont classées par âge, nationalité d'origine et province de résidence en Belgique).</p> <p>Les auteurs sont partis du principe que les filles nées d'une mère originaire d'un pays où sont pratiquées les MGF étaient à risque d'en subir. Il est donc important de disposer d'informations précises sur le nombre de ces filles quelle que soit la nationalité de ces filles à la naissance (belge ou autres). Le Registre National de Personnes Physiques n'est par conséquent pas en mesure</p>
---------------------------	--

	<p>de fournir ces données. Les filles nées en Belgique d'une mère ayant obtenu la nationalité belge sont enregistrées en tant que belge. C'est pourquoi, il est impossible de trouver les filles de la deuxième génération. Les auteurs ont donc décidé de combler cette lacune en utilisant les données de l'ONE et du K&amp;G. Ceci afin d'estimer, le plus précisément possible, le nombre de filles nées en Belgique dont la mère est originaire d'un pays où les MGF se pratiquent. L'ONE (pour la communauté française) et le K&amp;G (pour la communauté flamande), deux organismes chargés de soins préventifs aux enfants, ont fourni des données relatives à la deuxième génération de migrants, plus précisément les filles de 0 à 5 ans nées entre 1998 et 2007 de femmes originaires de pays où la pratique des MGF est en vigueur, peu importe la nationalité actuelle de la mère.</p>
<b>Méthode d'analyse</b>	<p>La MGF est principalement pratiquée sur des filles de moins de 15 ans. Le fait de connaître l'âge à l'arrivée en Belgique permet de différencier les filles à risque de subir une MGF et celles qui l'ont déjà probablement subie. En raison de restrictions légales qui limitent l'accès aux données concernant l'âge d'arrivée en Belgique, les auteurs ont supposé que les femmes nées dans des pays où la MGF est pratiquée avaient subi une telle procédure en proportion à la prévalence des MGF dans chacun de ces pays et que les femmes et filles nées en Belgique ou dans un pays occidental sont à risque de subir une MGF au cours d'un voyage dans leur pays d'origine ou même en Europe.</p> <p>Comme les taux de prévalence des MGF diffèrent selon l'âge, les auteurs ont utilisé la prévalence par âge dans le calcul des estimations. Pour les groupes d'âge qui manquent de taux de prévalence, les auteurs ont appliqué le taux de prévalence du groupe-âge le plus proche : le taux de prévalence du groupe d'âge 15-19 ans pour les filles de moins de 15 ans et le taux de prévalence du groupe d'âge 45-49 ans pour les femmes de plus de 50 ans.</p>
<b>Résultats</b>	<p>En ayant compilé les données des quatre sources de données, les auteurs ont estimé la population féminine migrante provenant de pays où les MGF sont pratiquées à 22'840.</p> <p>De ces 22'840 femmes et filles, 6'260 ont « très probablement subi une MGF » et 1'975 sont considérées « à risque d'en subir », soit une population de 8'235.</p> <p>En Belgique, environ 80% (6588/8235) des femmes concernées sont originaires de dix pays africains, à savoir (par ordre d'importance) : la Guinée, la Somalie, l'Egypte, le Nigeria, l'Ethiopie, la Côte d'Ivoire, le Sierra Leone, le Sénégal, le Burkina Faso et le Mali. La population des femmes concernées est inégalement répartie à travers la Belgique, reflétant la distribution de l'établissement des migrants dans les différentes provinces.</p> <p>Le problème est plus prononcé dans la région flamande avec 3'550 filles ou femmes qui y résident et ont subi une MGF ou sont à risque d'en subir ; près de 45% (1597/3550) de ces dernières vivent dans la province d'Anvers. Bien que la population migrante totale soit beaucoup plus importante à Bruxelles, cette région accueille moins de femmes en provenance des pays concernés par les MGF que la Flandre. La région de Bruxelles accueille 3'037 femmes et filles et la Wallonie en accueille 1'648.</p> <p>La classification des données par groupe d'âge a permis aux auteurs d'identifier les besoins en termes de prestation de services médicaux et sociaux à différentes périodes du cycle de la vie. Les services de soins aux enfants sont destinés aux filles jusqu'à cinq ans (ce qui représente 1'190 filles à risque ou qui ont déjà subi une MGF dans leur pays d'origine). Les centres de santé</p>

	<p>scolaire assistent des filles entre 6 et 19 ans (ce qui représente 1690 filles) alors que les femmes entre 20 et 49 ans et de plus de 50 ans sont suivies par des médecins généralistes et services de santé reproductive (ce qui représente 4'905 femmes entre 20 et 49 ans et 450 femmes qui ont plus de 50 ans).</p> <p>Selon les données fournies par l'ONE et le K&amp;G, le nombre de femmes ayant subi une MGF et qui accouche en Belgique est en constante augmentation. Il a triplé au cours des dix dernières années. En 2007, environ 600 naissances d'une mère ayant été soumis à une MGF ont été enregistrées par l'ONE et le K&amp;G.</p>
<b>Discussion / conclusion des auteurs</b>	<p>Cette deuxième étude quantitative, après celle menée par l'équipe de l'ICRH en 2003 (Leye &amp; al., 2004)), a permis de mettre à jour les chiffres. Elle révèle une augmentation considérable de la migration, au cours des dernières années, des femmes provenant de pays où se pratiquent des MGF. D'autre part, elle donne une estimation plus complète en utilisant différentes sources données complémentaires (DGSIE, ONE, K&amp;G et Fedasil).</p> <p>Les données classées par groupe d'âge permettent d'identifier les besoins en matière de services médicaux et sociaux pour les différents cycles de la vie tandis que les données par régions et provinces permettent de fournir des informations aux autorités régionales sur l'étendue du problème.</p> <p>L'utilisation de sources de données complémentaires a permis de surmonter certaines limites qui ont affecté l'étude de 2003. Tout d'abord, les auteurs ont recueilli des informations sur les femmes migrantes qui ont obtenu la nationalité belge. D'autre part, les données fournies par l'ONE et le K&amp;G ont donné une estimation fiable de la deuxième génération. Troisièmement, l'enquête Fedasil a largement contribué à compenser le manque d'informations sur les femmes demandeuses d'asile qui ne sont pas encore enregistrées dans la base de données du DGSIE.</p> <p>Comparée à d'autres études similaires menées dans d'autres pays européens (France, Angleterre, Pays de Galles, Suisse, Irlande, Pays-Bas), la présente étude semble être la plus complète au niveau de la méthode de collecte de données.</p> <p>Les résultats de l'étude montrent que les besoins en matière de prévention (filles à risque de subir une MGF) et les soins médicaux et sociaux (femmes qui ont subi une MGF) sont très importants en Belgique.</p> <p><i>Limites de l'étude</i></p> <p><i>1<sup>ère</sup> limite</i> : les auteurs connaissent la nationalité mais pas l'origine ethnique. Cela est important dans les pays avec un faible taux de prévalence ; il faudrait connaître les ethnies qui perpétuent les MGF afin de déterminer si les femmes/filles appartiennent à un groupe à risque.</p> <p>Cette étude n'a pas examiné l'influence de la migration sur la pratique des MGF. Certaines recherches ont montré que les communautés vivant en Europe résistent plus facilement à la pression sociale des MGF que celles qui vivent en Afrique (Johnsdotter, 2002). L'âge à la migration peut jouer un rôle important. En effet, les filles/femmes socialisées en Europe sont plus susceptibles de résister à la pression que celles qui sont récemment arrivées (Andro &amp; al., 2009).</p> <p><i>2<sup>ème</sup> limite</i> : manque d'informations sur les femmes vivant illégalement en Belgique et celles qui ont fait une demande d'asile et</p>

	<p>qui sont en attente. Les données fournies par le Fedasil a permis de corriger en partie ce manque. De plus, pour les filles nées avant 1998 de mère ayant obtenu la nationalité belge mais à la base originaire d'un pays où se pratique les MGF, il n'y a pas de donnée.</p> <p><b>Conclusion</b></p> <p>Malgré ses limites, la présente étude constitue l'estimation la plus rigoureuse sur la prévalence des MGF en Belgique. Elle peut servir de base pour évaluer les besoins d'aide pour cette population cible, tant en termes de prévention que de soins curatifs.</p> <p>Les résultats sont particulièrement pertinents en relation avec deux débats actuels en Belgique. Le premier concerne le remboursement par la sécurité sociale de la chirurgie réparatrice (dont l'utilité est très contestée par certains experts) et les soins d'accompagnement de ces femmes (soutien psychologique, conseils sexuels). Le second a émergé de quelques mères ou familles ayant demandé l'asile sur la base du risque que leur fille subisse une MGF si elles retournaient dans leur pays d'origine. En considérant que, dans la communauté des migrants, la pression sociale afin de pratiquer des MGF est encore élevée, même en Belgique, l'Office du Commissaire Général pour les réfugiées et les apatrides devraient demander à la famille de présenter sa fille une fois par année. Ce afin de procéder à un examen médical pour s'assurer qu'elle n'a pas subi de MGF. Cette initiative est très controversée et n'a pas l'approbation de tous les acteurs travaillant dans le domaine des requérants d'asile et des droits de l'homme (Verbrouck et al., 2009). Cela soulève d'importantes questions éthiques et pratiques qui doivent être abordées avant qu'une telle mesure ne soit mise en place : faut-il procéder à un examen systématique des organes génitaux dans les services de prévention et si oui, à quel âge et pour quels groupes cibles (tous les enfants, toutes les filles, toutes les filles de femmes ayant elles-mêmes subi une MGF...) ? Une réflexion multidisciplinaire est nécessaire autour des mesures préventives pour choisir la meilleure mesure dans l'intérêt de la jeune fille.</p> <p>Les différents chiffres désagrégés par régions et provinces montrent également que les communautés concernées ne sont pas concentrées à Bruxelles et qu'il est important de mettre en place des services de soutien et de prévention en dehors de la capitale. Les responsables politiques, les dirigeants d'institution et les responsables peuvent utiliser cette étude afin de mettre en œuvre leurs actions et de répartir efficacement les ressources nécessaires pour gérer la problématique des MGF. Les auteurs proposent de renouveler l'estimation de prévalence des MGF régulièrement pour s'assurer que les données exactes soient à jour.</p>
<b>Remarques personnelles</b>	<p><i>Éléments pertinents en lien avec notre question de recherche et problématique :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- au premier abord, cette recherche ne paraissait pas pertinente pour notre travail mais les auteurs y donnent des recommandations en matière de prévention des MGF et leurs résultats questionnent à un besoin quant à une prise en charge spécifique des femmes ayant subi une MGF et des filles à risque d'en subir.</li> </ul> <p><i>Points forts de l'étude :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- étude récente.</li> <li>- les résultats sont très complets en matière de recensement et permettent d'identifier les besoins en matière de soins</li> </ul>

	<p>curatifs et préventifs puisque 8'235 femmes ou filles ayant subi une MGF ou à risque d'en subir vivent en Belgique.</p> <p><i>Points faibles de l'étude :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les auteurs ont eu quelques freins pour accéder à des données sur l'âge d'arrivée des femmes et/ou filles en Belgique ; manque d'informations sur les femmes vivant illégalement en Belgique et celles qui ont fait une demande d'asile et qui sont en attente. De plus, il n'y a pas de données pour les filles nées avant 1998 de mère ayant obtenu la nationalité belge mais originaire d'un pays où se pratique les MGF.</li> <li>- les auteurs ont fait des suppositions telles que : les filles nées d'une mère originaire d'un pays où sont pratiquées les MGF sont à risque d'en subir ; les femmes nées dans des pays où la MGF est pratiquée avaient subi une telle procédure en proportion à la prévalence des MGF dans chacun de ces pays et que les femmes et filles nées en Belgique (mais originaires de pays où se pratiquent des MGF) ou dans un pays occidental sont à risque de subir une MGF au cours d'un voyage dans leur pays d'origine ou même en Europe.</li> </ul>
--	--



#### 11.4.6 432 Somali Women's Birth Experiences in Canada after Earlier Female Genital Mutilation

<b>Titre de la recherche</b>	432 SOMALI WOMEN'S BIRTH EXPERIENCES IN CANADA AFTER EARLIER FEMALE GENITAL MUTILATION
<b>Auteurs</b>	<b>Chalmers Beverley</b> <b>Omer Hashi Kowser</b>
<b>Journal</b>	Birth
<b>Volume</b>	27
<b>Numéro</b>	4
<b>Pages</b>	227-234
<b>Année de publication</b>	2000
<b>Pays</b>	Canada
<b>Type d'étude / devis</b>	Etude quantitative.
<b>Echantillon (nombre et caractéristiques)</b>	432 femmes somaliennes.
<b>Buts / questions / hypothèses</b> <b>Concepts</b>	Les connaissances sur les pratiques entourant le fait de donner naissance au Canada pour des femmes ayant subi une MGF (dont l'infibulation qui est souvent pratiquée en Somalie) sont minimes.  La présente étude a été entreprise dans le but d'obtenir des informations sur les perceptions de ces femmes sur les soins qui leur avaient été prodigués pendant la grossesse et l'accouchement. De plus, l'étude cherchait à savoir quelle expérience ces femmes avaient de leur MGF. Les auteurs soutiennent que les informations recueillies pourraient être utiles pour guider les médecins et les autres professionnels de la santé afin de fournir de meilleurs soins.
<b>Cadre de référence</b>	Absence de cadre de référence.
<b>Méthode de collecte des données</b>	Un total de 432 femmes somaliennes, ayant donné naissance quelque part au Canada dans les 5 ans précédant la date de recrutement, ont été invitées à participer à l'étude. Les femmes résidaient dans la région de Toronto et d'Ontario au moment de l'étude. Le recrutement a débuté en février 1996 et a continué jusqu'en juin 1999. La taille de l'échantillon requis pour la

	<p>recherche par sondage a été estimée selon les guidelines de Cochrane.</p> <p>Les auteurs ont recruté des femmes en les abordant au travers de 21 sites connus pour être fréquentés par des somaliennes dans la région de Toronto. Ces sites comprennent des endroits tels que des salons de coiffure et de beauté, des centres commerciaux, des centres pour apprendre l'anglais, des cabinets médicaux locaux et des ressources communautaires similaires surtout dans des zones où réside une prédominance de somaliennes. Bien que les femmes aient été abordées par le biais de ces sites et que les auteurs leur ont demandé de participer à l'étude pendant toute sa durée, une autre technique d'échantillonnage a été utilisée. Il s'agit de la méthode « boule de neige ». Il s'agissait pour les femmes ayant déjà accepté d'être interviewées de mettre en contact avec les enquêteurs d'autres femmes enceintes ou ayant déjà donné naissance récemment et vivant à proximité. La plupart des femmes (78.6% = 339/432) résidaient dans la région de Toronto, 16% résidaient (69/432) ailleurs et le reste (5.6% = 24/432) n'a pas voulu donner d'indication sur l'endroit où il vivait.</p> <p>Seulement 41 femmes, ayant été invitées à participer, ont refusé de le faire (l'échantillon au départ était de 476 femmes). Les raisons invoquées pour ne pas le faire étaient : 16 avaient peur de perdre leur statut de réfugiées s'il était découvert par les autorités de l'immigration, 7 pensaient que les autorités pour la protection des enfants pourraient leur prendre leur enfant, 5 étaient d'accord de participer si l'enquêteur pratiquerait une ré-infibulation, 5 voulaient 50 dollars avant d'être interviewées, 2 n'étaient pas à l'aise pour parler de leurs expériences personnelles, 1 craignait que son mari vienne à découvrir sa participation, 1 a demandé que l'enquêteur arrange une circoncision pour sa fille avant de collaborer et une autre a demandé à l'enquêteur de lui trouver un médecin qui voudrait créer une « virginité artificielle » avant de participer. Trois femmes ont abandonné au milieu des interviews, deux parce qu'elles ont dû accoucher.</p> <p>La plupart des femmes participantes étaient mariées (66.7% = 288/432), 17.1% étaient séparées (74/432) et 6.7% (29/432) étaient divorcées. La moyenne d'âge de leur dernier enfant, au moment de l'interview, était de 2 ans et 4 mois. La moyenne d'âge des mamans était de 34 ans. En moyenne, ces femmes avaient vécu au Canada depuis 6.1 ans.</p> <p>Les femmes participant à l'étude ont été interrogées à leur domicile et à un moment où cela leur convenait. Les interviews avaient un format standard et avaient été élaborés sur la base de revues de littérature tout comme sur des groupes de discussions et des essais pilotes au sein de la communauté somalienne qui jugeaient de l'acceptabilité du questionnaire.</p> <p>Deux interviewers somaliennes, les deux des sages-femmes ont conduit les interviews.</p> <p>L'enquête avait majoritairement des questions fermées. Celle-ci contenait 122 questions qui couvraient des questions biographiques (22 items), l'histoire de la grossesse (4 items), l'expérience antérieure de la MGF (42 items), le fait de donner naissance au Canada (47 items) et les attitudes des femmes à propos des conditions au Canada sur la MGF (17 items).</p>
<b>Méthode d'analyse</b>	Pas de données dans l'étude.
<b>Résultats</b>	Les résultats sont présentés en deux parties. La première concerne les rapports des expériences des femmes concernant la MGF au moment de leur enfance et la deuxième partie décrit les expériences qu'ont ces femmes au moment de donner

naissance à leur enfant au Canada dans les 5 ans précédant l'étude.

*Expériences des femmes sur la circoncision féminine*

L'analyse des données a révélé que 415 (96.1% de l'échantillon : 432 femmes) femmes avaient subi l'infibulation (type III selon classification de l'OMS, 1997), 2 la sunna (type I), 1 l'excision (type II) et 1 n'avait pas subi de MGF. Le type de MGF pour les autres 13 femmes n'était pas connu. Ces données n'étaient pas connues avant le recrutement.

Les raisons rapportées par ces femmes motivant la pratique de MGF sont (plusieurs réponses étaient possibles) : la religion requiert ces procédures (395 ♀ ont répondu cela = 91.4%), il s'agit d'une tradition (réponse donnée par 308 ♀ = 71.3%), pour protéger la virginité (241 ♀ = 55.8%), pour rendre les filles « mariables » (230 ♀ = 53.2%), pour les rendre belles (224 ♀ = 51.8%), afin de diminuer le plaisir sexuel (63 ♀ = 14.6%) ou afin d'augmenter le plaisir sexuel de l'homme (57 ♀ = 13.2%).

Les femmes interrogées nomment le plus souvent leurs grand-mères comme étant la personne ayant initié la circoncision (177 ♀ = 41%). Pour d'autres il s'agissait de leur tante (133 ♀ = 30.8%), leur mère (131 ♀ = 30.3%), un(e) ami(e) de la famille (138 ♀ = 31.9%). Par contre, 172 ♀ (= 39.8%) disent qu'elles étaient d'accord quant à l'initiation de cette procédure. La circoncision a été la plupart du temps réalisée par une « accoucheuse » traditionnelle (dans 139 des cas = 32.2%), une « vieille » femme (111 des cas = 25.7%), une sage-femme (51 des cas = 11.8%), une infirmière (33 des cas = 7.6%) ou par un médecin (10 des cas = 2.3%). La moyenne d'âge lors de la circoncision était de 5.7 ans.

La procédure a été réalisée avec un rasoir la plupart des fois (295 cas = 68.3%), bien qu'un couteau (62 cas = 14.4%) ou des ciseaux (100 cas = 23.2%) aient également été utilisés. La plaie a été nettoyée avec du Dettol (agent antibactérien ; dans 162 cas = 37.5%), une mixture d'herbes (126 cas = 29.2%), du savon (72 = 16.7%), du vinaigre (45 = 10.4%) ou du citron (43 = 10%). Afin de favoriser la cicatrisation de la plaie, la plupart des filles ont eu les jambes liées (dans 382 cas = 88.4%). Plusieurs d'entre elles, ont eu des épines insérées entre les lèvres pour les maintenir (316 cas = 73.2%) ; d'autres méthodes comme du catgut<sup>11</sup> (134 cas = 31%), du fil (107 cas = 24.7%), des pâtes à base de plantes (114 cas = 26.4%) ou l'application d'œufs (100 cas = 23.2%) ont été utilisées afin de suturer la plaie.

Les femmes ont été interrogées sur les sentiments avant la procédure, quelques jours plus tard et au moment de l'interview. Avant la circoncision, 286 femmes (66.2%) étaient très excitées, 190 (44%) étaient heureuses que la circoncision ait été planifiée, 131 (30.3%) étaient jalouses de celles qui avait déjà subi une MGF, 171 (39.6%) avaient peur, 157 (36.3%) ne faisaient aucune idée de ce qu'il allait arriver, 98 (22.7%) ne savaient pas de quoi s'agissait cette procédure, 93 (21.5%) ne voulaient pas que cela se fasse. Quelques jours après la procédure, les sentiments rapportés par les femmes interrogées sont : 280 (64.8%) avaient des douleurs extrêmes, 193 (44.7%) étaient très malades, 127 (29.4%) ressentaient de la peur, 121 (28%) étaient malheureuses, 342 (79.2) se sentaient spéciales, 310 (71.8%) étaient heureuses et 259 (60%) ressentaient de la fierté. Au moment des interviews, la population interrogée a décrit des sentiments tels que la fierté quant à leur circoncision (315 ♀ = 72.9%), la « pureté » (227 ♀ = 52.6%) ; 130 femmes (30.1%) se sentaient plus belles, 129 (30%) décrivaient le sentiment d'être fidèle à son mari, 72 (16.7%)

<sup>11</sup> Fil résorbable.

ont rapporté être heureuses pour leur mari, 71 (16.4%) regrettaient que cela ait été fait, 23 (5.3%) étaient en colère et 13 (3%) se sentaient trahies.

Les complications après une MGF peuvent être graves. Les femmes de l'échantillon ont rapporté un certain nombre de conséquences sur la santé immédiates telles que : douleur intense (377 = 87.3%), hémorragie (351 = 81.3%), rétention urinaire et de liquide vaginal (303 = 70.1), œdème et tuméfaction (215 = 49.8), et infections (158 = 36.6%). Les conséquences à long terme comprennent : douleurs lors de rapports sexuels (338 = 78.2%), douleurs pendant les règles (321 = 74.3%), lésions périnéales (269 = 62.3%), cicatrices périnéales (234 = 54.2%), rétention urinaire (142 = 32.9%), infections (103 = 23.8%), infections pelviennes (94 = 21.7%) et kystes périnéaux (105 = 24.3%).

Lorsqu'une femme a subi une MGF, les relations sexuelles peuvent être traumatiques. Les  $\frac{3}{4}$  des femmes (322 = 74.5%) ont craint la nuit de noces et 405 (93.8%) disent avoir été blessées lors de celle-ci.

48.8% des femmes (211) disaient qu'elles souhaiteraient que leur fille soit circoncise mais seulement 35.7% (154) ont déclaré que leur mari le souhaitait aussi. 43.5% (188) ont déclaré être heureuses d'élever une fille qui n'était pas circoncise, 33.8% (146) étaient inconfortables avec cette idée et se sentiraient embarrassées d'avoir une fille qui ne soit pas circoncise, 45.1% pensent que les gens leur reprocheraient d'avoir une fille non circoncise ou qu'ils auraient des sentiments mitigés sur eux (35.9% = 155). Seulement 10.2% (44) pensaient que les gens les féliciteraient pour faire cela.

Au Canada, les MGF sont illégales en vertu des dispositions au sujet des agressions dans le code pénal. Seulement  $\frac{1}{3}$  des femmes (34% = 147) est d'accord avec cette loi, les autres  $\frac{2}{3}$  (64.4% = 278) ont déclaré ne pas être sûr de celle-ci. 19.9% (86) pensent que cette loi peut leur créer des problèmes après l'accouchement.

#### *Expériences de l'accouchement au Canada*

La plupart des femmes (74.7% = 323) ont rapporté qu'elles avaient peur de demander des soins prénataux pendant leur dernière grossesse. Quelques femmes (46.3% = 200) ont sollicité leur famille ou amis pour les soins prénataux, bien que la plupart ait finalement consulté un médecin de famille (63.7% = 275), une clinique sans rendez-vous (37.7% = 163) ou éventuellement un spécialiste (31.9% = 138). En moyenne, la première visite prénatale se faisait à la 20.1 semaines de gestation.

Les femmes interrogées se sont dit préoccupées par le manque de sensibilité avec lequel les soignants ont fait face à la MGF. 87.5% (378) ont rapporté que les soignants avaient eu des commentaires blessants. Ceux-ci incluent des expressions verbales de surprise quand les médecins ont vu la région du périnée (74.2% des femmes mentionnent cela = 320) ou des expressions non-verbales de surprise également (dans 78% des cas = 337) ; parfois ces femmes sont regardées avec dégoût (55.1% des femmes mentionnent cela = 238). 57.4% (248) des femmes rapportent que les soignants n'avaient aucun respect vis-à-vis de leurs pratiques culturelles, 58.6% (253) de la population interrogée dit que le médecin a appelé un collègue pour que celui-ci puisse voir la MGF. Pour 34.5% (149) des femmes, les médecins avaient demandé la permission d'appeler un collègue.

39.8% (172) des femmes interrogées rapportent qu'elles ont été « touchées » de façon brutale durant l'examen prénatal, 20.1% (87) disent que c'était au moment de l'accouchement même. Seulement  $\frac{1}{3}$  (33.1% = 143) a signalé que leur médecin avait évité

	<p>d'exposer leur sphère intime (région périnéale) inutilement pendant le travail. Les perceptions des femmes interrogées sur la capacité des médecins à s'occuper d'elles a indiqué que près de la moitié des participantes (52.3% = 226) pense que ceux-ci n'étaient pas en mesure de prendre soin d'elles. Pour 17.1% (74) des femmes, les médecins étaient en mesure de prendre soin d'elles raisonnablement. Seulement 23.1% (100) ont signalé que leurs médecins étaient tout à fait capables d'offrir de bons soins.</p> <p>Les points de vue des femmes à propos des soins infirmiers étaient encore pires que leurs perceptions des soins médicaux. Les femmes interrogées pensaient que les infirmières les regardaient comme étant paresseuses (83.6% = 361) ou réticentes à coopérer (79.6% = 344). Quelques femmes (40.5% = 175) pensaient que les infirmières étaient généralement très peu sensibles à leur douleur dans le post-partum ou ne savaient pas que les femmes avec une MGF expérimentaient des douleurs sévères dans le post-partum (ce dernier item a été relevé par 13.7% de l'échantillon = 59). Un peu plus de la moitié (56.7% = 245) a signalé qu'aucun soin spécial n'avait été prodigué dans le post-partum.</p> <p>Compte tenu des mauvaises perceptions de ces femmes sur les soins médicaux et infirmiers, il n'est pas surprenant que 35% (151) des femmes ont signalé qu'elles choisiraient un autre médecin pour une future naissance, 52.3% (226) choisiraient une autre infirmière ou sage-femme et 40.5% (175) choisiraient un autre hôpital. Malgré ces problèmes, 88.7% (383) des femmes ont exprimé une préférence pour accoucher à l'hôpital plutôt qu'à la maison (4.9% = 21, auraient souhaité accoucher à domicile). 66.4% (287) préféreraient également avoir leur bébé au Canada contre 26.2% (113) en Somalie.</p>
<b>Discussion / conclusion des auteurs</b>	<p>La présente étude a montré l'insatisfaction des femmes interrogées avec les soins et un manque de connaissances et de capacité des professionnels de santé pour prendre soin de ces femmes convenablement au moment de l'accouchement.</p> <p>Ce qui était frappant dans ce qu'ont rapporté les femmes interrogées, c'était les commentaires au sujet du manque de sensibilité culturelle que les soignants ont montré envers leurs pratiques culturelles. Aussi abominable que puisse paraître cette pratique pour les soignants, prendre soin de chaque femme individuellement durant la grossesse et l'accouchement requiert de la sensibilité et du respect, lesquels ont manqué dans beaucoup de situations d'après ce qu'ont rapporté les femmes interrogées. En effet, 87.5% (378) des femmes ont rapporté des commentaires blessants. Elles ont indiqué que les médecins ne leur avaient pas fourni les types de procédures pour l'accouchement (accouchement par voie basse ou césarienne) qu'elles auraient préférés. Au moins la moitié des femmes ont ressenties une pression pour que leur mari assiste au travail et à l'accouchement alors que culturellement, il est plus acceptable pour ces femmes d'être accompagnées par une amie. Les femmes ont rapporté un manque de sensibilité dans la gestion de leurs douleurs durant les examens prénataux, le travail et l'accouchement et dans le post-partum. Les soignants n'ont pas pris de mesures pour assurer l'intimité de ces femmes durant les examens et la douceur dans le toucher étaient souvent absente quand ils examinaient des régions sensibles à la douleur.</p> <p>Il ressort des rapports des femmes que peu d'efforts ont été faits pour discuter des procédures d'accouchement et de la façon dont prendre en charge ces femmes, spécialement en ce qui concerne l'option de l'accouchement par césarienne et les besoins dans la gestion de la douleur. Les femmes n'ont pas perçu, ni chez les médecins ni chez les infirmières, de connaissances suffisantes pour prendre soin d'elles. D'ailleurs, la plupart des femmes ont dit qu'elles choisiraient un soignant différent ou un</p>

	<p>hôpital différent pour un futur accouchement. Il est clair que les services de santé pour ces femmes laissent encore beaucoup à désirer. L'éducation de ces femmes ou la formation des soignants, ou les deux, doivent être améliorées.</p> <p>D'après les perceptions des femmes interrogées, il apparaît clairement que des changements dans la pratique sont nécessaires pour prendre soin de femmes ayant subi une MGF. Ces changements incluent : des guidelines pratiques clairs sur les soins appropriés et qui comprennent les besoins des femmes concernées et la pratique des équipes médicales. Des soins plus sensibles pourraient faciliter une meilleure préparation des soignants sur les besoins de ces femmes et particulièrement sur les questions de la différence culturelle, le traitement sensible et des soins respectueux.</p> <p>Des guidelines pratiques, qui respecteraient les attentes de ces femmes en ce qui concerne le fait de donner naissance par voie basse et avec le moins d'interventions possible ou l'antalgie ou l'anesthésie, ont besoin d'être développés. De plus, ils doivent être discutés avec les femmes concernées. Impliquer la famille de ces femmes peut être nécessaire pour aider à la communication. Toutefois, les auteurs soutiennent que cela peut nuire à sa vie privée et peut indiquer un manque de respect sur le propre point de vue des femmes concernées. Tout du moins, les soignants doivent cesser de faire des commentaires blessants.</p> <p>Les résultats ont révélé que 1/3 des femmes interrogées étaient d'accord avec la loi qui interdit la pratique de MGF, que 70% (302) de ces femmes préféreraient ne pas être ré-infibulées après l'accouchement, que les 2/3 pensent que leurs maris seraient satisfaits avec cela et qu'à peu près la moitié se verrait élever une fille non-circconcise. Ces résultats révèlent des changements importants sur les convictions traditionnelles des MGF. Les femmes concernées doivent être fortement soutenues dans leur volonté d'examiner ces points de vue radicalement différents sur une pratique fortement ancrée et culturelle.</p> <p>Les auteurs postulent que beaucoup d'attention est nécessaire, au Canada, afin de former les professionnels de santé afin qu'ils comprennent et communiquent avec les femmes ayant subi une MGF. Si les normes de soins sont à améliorer afin d'être en adéquation avec des attentes médicales et psychosociales, des changements sont nécessaires dans la pratique clinique de soins obstétricaux. En effet, ils doivent intégrer les perceptions et les besoins des femmes concernées, utiliser moins d'interventions, fournir des soins plus respectueux et démontrer une plus grande sensibilité pour les pratiques interculturelles qui existent dans le système actuel de santé.</p>
<b>Remarques personnelles</b>	<p>Cette étude est pertinente pour notre travail pour les raisons suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'étude explore le vécu des femmes somaliennes ayant subi une MGF et ayant migré au Canada où des soins leurs ont été fournis.</li> <li>- les résultats montrent notamment un manque de sensibilité de la part des soignants dans la prise en charge des femmes ayant subi une MGF. Cela peut être mis en lien avec le modèle de développement de la sensibilité interculturelle selon Bennett.</li> <li>- les résultats nous donnent des indications sur des attitudes de la part des professionnels de santé qui peuvent entraver une interaction de qualité entre soignant – femme ayant subi une MGF et ceux-ci méritent d'être questionnés ou en tout</li> </ul>

	<p>cas ils nous interpellent.</p> <p><i>Points forts de l'étude:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prend en compte les perceptions, expériences et besoins des femmes somaliennes ayant subi une MGF et ayant donné naissance au Canada. Il est également intéressant et pertinent pour notre questionnement de considérer le point de vue des femmes concernées par la MGF</li> </ul> <p><i>Points faibles de l'étude:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- méthode de collecte des données et déroulement des interviews très détaillés mais pas de méthode d'analyse de ces interviews.</li> <li>- les auteurs ne clarifient pas leur type de devis, toutefois les données sont quantitatives et l'instrument pour la collecte des données était un questionnaire avec 122 questions fermées.</li> </ul>
--	--

#### 11.4.7 A study of Swedish midwives' encounters with infibulated African women in Sweden

<b>Titre de la recherche</b>	A STUDY OF SWEDISH MIDWIVES' ENCOUNTERS WITH INFIBULATED AFRICAN WOMEN IN SWEDEN
<b>Auteurs</b>	<b>Widmark Catarina</b> <b>Tishelman Carol</b> <b>Ahlberg Beth Maina</b>
<b>Journal</b>	Midwifery
<b>Volume</b>	18
<b>Pages</b>	113-125
<b>Année de publication</b>	2002
<b>Pays</b>	Suède
<b>Type d'étude / devis</b>	La présente étude est la première de trois études ayant pour but d'enquêter sur les soins obstétricaux aux femmes ayant subi une MGF en Suède à partir de données recueillies auprès de fournisseurs de santé et d'après les perspectives des femmes concernées par une MGF. L'étude est qualitative.
<b>Echantillon (nombre et caractéristiques)</b>	26 sages-femmes travaillant dans 3 hôpitaux et 2 cliniques de soins prénataux situés dans deux villes au centre de Suède ; il y avait 8 groupes de discussions et 3 entretiens individuels.
<b>Buts / questions / hypothèses</b> <b>Concepts</b>	Les objectifs de l'étude étaient d'enquêter sur les perceptions et les attitudes de sages-femmes suédoises envers l'infibulation et les femmes infibulées, sur les expériences de ces sages-femmes dans la prise en charge des femmes concernées et la formation que les sages-femmes avaient reçu pour leur permettre de prendre en charge des femmes concernées par les MGF et de procéder à l'accouchement d'une femme infibulée. L'étude prévoit aussi d'enquêter sur les problèmes et les préoccupations à fournir de tels soins et quelles étaient les stratégies employées par les sages-femmes pour faire face à des dilemmes qui peuvent se produire.  De plus, les auteurs voulaient soulever des sujets devant être examinés ultérieurement et générer des questions qui auraient un intérêt pour des discussions et des recherches supplémentaires.
<b>Cadre de référence</b>	Absence de cadre de référence.



<b>Méthode de collecte des données</b>	Une procédure d'échantillonnage à plusieurs degrés a été utilisée. Des questionnaires avec des questions ouvertes ont été distribués à des sages-femmes travaillant en salle d'accouchement dans le but d'identifier des sages-femmes à contacter pour des entretiens et des groupes de discussions. Au départ, 86 sages-femmes ont retourné les questionnaires. Leurs réponses et commentaires ont été utilisés afin de sélectionner des sages-femmes à inclure dans l'étude. 39 de celles ayant répondu avaient déjà pris en charge des femmes ayant subi une MGF et 26 ont accepté de participer à l'étude.
<b>Méthode d'analyse</b>	Il y a eu 11 séances dans 8 groupes de discussions (avec 2 à 5 participantes par groupe) et trois entretiens individuels avec chaque sage-femme. Les groupes de discussion et les entretiens se sont faits en suédois. Les groupes de discussions ont été enregistrés et les entretiens transcrits textuellement. Initialement, deux des auteurs ont lu les transcriptions individuellement pour identifier des segments de texte porteurs de sens et plus tard discuter leur catégorisation et arriver à un consensus. Les transcriptions ont été relues et une analyse plus approfondie a été faite. Tous les éléments porteurs de sens concernant la question de recherche ont été regroupés par catégories. Ces éléments porteurs de sens ont ensuite été analysés et des thèmes prédominants ont été déterminés. Le troisième chercheur a lu les transcriptions et discuté des résultats préliminaires afin de valider les analyses et les résultats. L'analyse approfondie des questionnaires a été faite et a révélé que les sages-femmes se sont exprimées sur des thèmes similaires dans les groupes de discussion et aussi dans les entretiens individuels.
<b>Résultats</b>	<p>Les 26 sages-femmes avaient entre 37 et 53 ans et toutes sauf une sont nées en Suède. 6 avaient travaillé à l'étranger, en Europe, Amérique du Sud, et Moyen-Orient. Leurs années d'expérience en tant que sage-femme allaient de 5 à 33 ans. Les sages-femmes ont rapporté des niveaux d'exposition et d'expérience différents face à des femmes ayant subi une MGF. Certaines avaient pris en charge un certain nombre de ces femmes tandis que d'autres étaient moins expérimentées et une avait pris en charge qu'une seule femme ayant subi une MGF. D'après les dires des participantes, les sages-femmes ont rencontré peu de femmes circoncises et il est donc difficile d'être expérimenté dans une telle prise en charge.</p> <p>Trois grands thèmes ont émané de l'analyse : émotions et challenges dans la communication impliqués dans la prise en charge de femmes infibulées, connaissances et compétences nécessaires pour la prestation de soins, recours à la loi suédoise lorsque les sages-femmes font face à des dilemmes dans leurs interactions avec des femmes concernées par les MGF et leurs familles.</p> <p><i>Emotions des sages-femmes et challenges dans la communication lors de la prise en charge de femmes circoncises :</i></p> <p>Les sages-femmes ont décrit des rencontres professionnelles avec des femmes circoncises comme souvent stressantes. Des émotions fortes et contradictoires ont été soulevées parfois avec la même sage-femme et durant une même rencontre. Il est souvent apparu que les premiers sentiments exprimés par les sages-femmes dans leurs rencontres avec l'infibulation et les femmes infibulées ont été le sentiment d'identification avec la femme circoncise, avec le corps de cette femme, son intégrité et sa sexualité.</p> <p>Le domaine de la sexualité a été un sujet abordé spontanément par presque toutes les sages-femmes à la fois en termes d'identification et de curiosité. Les questions autour du plaisir sexuel et de l'orgasme alors que le clitoris a été endommagé ont</p>

	<p>été soulevées au cours des entretiens individuels et des groupes de discussions.</p> <p>Il y a eu des descriptions de sages-femmes sur des sentiments d'empathie, de protection et un désir de traiter les femmes circoncises avec des soins supplémentaires. Bien que les sages aient parlé explicitement de leur volonté d'offrir des soins professionnels égaux à toutes les femmes, elles ont aussi décrit un besoin d'une meilleure compréhension de la femme ayant subi une MGF, un besoin d'être aimables et plus prudentes avec les femmes concernées par les MGF.</p> <p>Les sages-femmes ont également exprimé de la tristesse et de la pitié envers les femmes circoncises et leurs situations. Elles ont réagi d'une telle façon non seulement en imaginant la douleur que ces femmes avaient pu endurer mais aussi quand les sages-femmes ont assisté aux réactions de ces femmes lors des examens vaginaux et gynécologiques. Le langage corporel des femmes concernées par les MGF a souvent exprimé un malaise, l'embarras et la honte ; une sage-femme expliquait qu'une de ses patientes avait de la peine à desserrer les jambes lors de l'examen gynécologique, elle ressentait beaucoup de peine pour cette femme.</p> <p>Selon les sages-femmes, les rencontres et les interactions avec les femmes circoncises et leurs familles étaient complexes, d'une part à cause des problèmes de langue et d'autre part à cause des différences culturelles ainsi que la sensibilité à la question des MGF.</p> <p>Les sages-femmes interrogées ont également décrit des sentiments d'agressivité et de haine. Ces sentiments ne semblaient pas être directement dirigés envers les femmes circoncises mais plutôt envers la tradition, la religion, les hommes et plus spécifiquement les maris. La plupart des sages-femmes ont dit qu'elles arrivaient à dissimuler ces sentiments. Certaines sentaient que cela était possible bien que d'autres aient reconnu qu'il était difficile de dissimuler de tels sentiments. Les sages-femmes avaient conscience que ces sentiments étaient visibles à travers leur langage corporel.</p> <p>Le fait que le mari soit souvent présent durant l'accouchement suscite des situations où sont également soulevés des sentiments contradictoires parmi les sages-femmes. Dans les situations où le mari demandait la ré-infibulation après l'accouchement, les sages-femmes ressentaient des sentiments très agressifs.</p> <p>Les grands rassemblements de famille et d'amis parfois présents dans la salle d'accouchement ont été ressentis par certaines sages-femmes comme augmentant leur niveau de stress, en partie à cause d'un manque d'espace. Les sages-femmes ont également décrit avoir eu à négocier des décisions avec les membres de la famille sur la meilleure façon de procéder pour « ouvrir » une infibulation.</p> <p>Les sages-femmes ont rapporté se sentir incertaines sur la façon dont aborder le sujet des MGF avec leurs patientes. Elles l'abordaient de façons différentes. Certaines ont dit qu'elles le leur demandaient franchement. D'autres sages-femmes ont dit qu'elles ne voulaient pas mentionner ce sujet car elles voulaient prendre en charge ces femmes comme les autres. Le fait de leur demander si elles avaient subi une MGF amènerait les sages-femmes à les prendre en charge différemment.</p> <p><i>Connaissances et compétences nécessaires pour la prise en charge de femmes circoncises</i></p> <p>Le manque de connaissances a été décrit comme ayant des conséquences sur les émotions des sages-femmes et sur les soins</p>
--	--

	<p>fournis. Quelques sages-femmes ont déclaré qu'elles n'avaient pas reçu d'enseignement sur les MGF au cours de leur formation de sage-femme. Elles ont appris sur le terrain avec des sages-femmes plus expérimentées et qui avaient travaillé à l'étranger. Les sages-femmes avec une formation plus récente ont reçu de l'enseignement sur les MGF mais ont déclaré manquer encore de connaissances pour être familiarisée avec la pratique des MGF. D'autres ont assisté à des journées de formations ou des séminaires. Elles ont décrit ces journées comme informatives mais toutes sont d'accord sur le fait que l'enseignement des MGF de manière approfondie devrait faire partie de la base de la formation des sages-femmes, surtout maintenant qu'il y a beaucoup de femmes immigrantes provenant de pays où la pratique des MGF est perpétrée.</p> <p>Les sages-femmes ont également déclaré que les médecins n'avaient pas été d'un grand secours quand elles ont eu des problèmes avec les femmes circoncises. Elles soutenaient que les médecins n'avaient pas plus de connaissances qu'elles et ils étaient autant inquiets que les sages-femmes en voyant une femme infibulée. Généralement, les sages-femmes se sont référées à d'autres collègues sages-femmes plus expérimentées en cas de besoin.</p> <p>Il y avait également un consensus général parmi les sages-femmes sur le fait que les MGF et comment prendre en charge les femmes circoncises étaient des sujets marginalisés autant dans les services de maternité que dans les cliniques de soins prénataux. Une façon qui en témoigne est l'absence de guidelines sur les MGF dans ces services ou l'absence de discussions sur ce sujet lors de réunions régulières. La seule information écrite porte sur la loi, sur ce qui ne devrait pas être fait.</p> <p>Les sages-femmes ont jugé que leurs connaissances et expériences étaient inadéquates pour la prise en charge de femmes circoncises. Elles soutiennent donc qu'une telle prise en charge requiert plus de connaissances et de compétences que celles qu'elles ont.</p> <p><i>Loi suédoise et utilité dans la prise en charge de femmes circoncises</i></p> <p>La loi interdit la ré-infibulation après l'accouchement. Les sages-femmes expliquaient cela aux maris, aux membres de la famille et aux amis dans les cas où les femmes avaient subi une infibulation. Les sages-femmes se sont parfois référées à la loi quand la femme ou les membres de sa famille demandaient une ré-infibulation.</p>
<b>Discussion / conclusion des auteurs</b>	<p>Les sages-femmes interrogées travaillaient dans des cadres organisationnels différents et avaient des degrés d'expérience variables concernant la prise en charge des femmes ayant subi une MGF. Malgré cela, les sages-femmes ont soulevé, en général des sujets similaires ayant une importance dans les soins fournis aux femmes concernées par la circoncision tant dans les groupes de discussion que dans les entretiens individuels ou les questionnaires. Bien que le sujet des MGF puisse être vu comme un domaine sensible à discuter, les auteurs ont trouvé que la population interrogée était intéressée d'en parler, d'échanger ses expériences avec les autres et semblait intéressée à en apprendre plus sur le sujet.</p> <p>L'impression générale qui ressort de cette étude est que malgré les ambitions des sages-femmes pour assurer l'égalité des soins pour toutes les femmes, les données indiquent que les soins obstétricaux et psychosociaux des femmes circoncises peuvent ne pas être optimaux.</p> <p>Une des principales constatations dans les données, qui se trouve implicitement et explicitement dans les trois thèmes des</p>

résultats, est l'omniprésence des difficultés de communication entre les sages-femmes, les femmes concernées par la circoncision et leurs familles. Les difficultés de communication se retrouvent à plusieurs niveaux : des barrières linguistiques impliquant l'utilisation de traducteurs ou de la communication non-verbale. Des barrières linguistiques peuvent être particulièrement problématiques comme quand les maris parlent mieux le suédois que leurs épouses et peuvent donc agir comme des traducteurs. A la lumière des fortes émotions négatives et parfois agressives exprimées par les sages-femmes envers les maris dans un tel contexte, les connaissances sur le suédois des maris peuvent ne pas directement faciliter une bonne communication. En plus des barrières linguistiques, la sensibilité à la question des MGF peut aussi inhiber la communication.

Les données de l'étude ainsi que la littérature publiée existante sur le sujet des MGF, ses conséquences médicales comme les complications indiquent clairement que la prise en charge des femmes ayant subi une circoncision est un phénomène récent survenu dans les sociétés comme la Suède. Il y a des indications sur le fait que l'immigration d'un grand nombre de femmes circoncises, notamment dans les années 1990, peut exercer une pression sur les services de santé où les professionnels peuvent manquer de connaissances et de compétences qui leur permettent de prendre en charge les femmes concernées. Il semble que les sages-femmes soient particulièrement confrontées à des soins spécifiques auprès des femmes circoncises autant dans les cliniques de soins prénataux que dans les services de maternité alors que peu ou pas de guidelines sont disponibles. De plus, les auteurs n'ont pas pu identifier dans la littérature disponible ou au cours des entretiens ce qui constitue de bons soins et la façon dont ils doivent être prodigués aux femmes concernées par les MGF.

Les données de l'étude suggèrent qu'une incapacité à reconnaître ou documenter la circoncision au début de la rencontre avec la femme ayant subi cette pratique peut affecter la qualité des soins que les sages-femmes peuvent offrir, en particulier en termes de soutien pour les femmes et leurs familles. Si la MGF devait être reconnue par la sage-femme en début de grossesse, il pourrait y avoir du temps pour préparer, informer et discuter de problèmes pertinents, non seulement sur le travail et l'accouchement en général mais aussi des informations spécifiques liées à la MGF. La sage-femme pourrait aussi inviter le mari d'une femme concernée par une MGF pour l'accompagner aux consultations prénatales pour des informations générales et spécifiques comme la question de la ré-infibulation. Les auteurs soutiennent que ce type d'information ne doit pas être laissé au personnel à un moment aigu en salle d'accouchement.

La grossesse est aussi un moment important pour discuter avec les parents en devenir sur la loi suédoise et les implications subséquentes si le bébé est une fille. D'après les données de l'étude, il est évident que le court moment de l'accouchement peut être l'occasion pour les maris de se rendre compte des implications d'une MGF parfois pour la première fois. Cela offre l'opportunité de soutien et de discussion auprès du mari comme la prévention de MGF futures.

Les données soulignent également l'importance d'avoir un interprète compétent et sensible présent autant dans les centres de soins prénataux que dans les services de maternité. Cela permettrait de faciliter l'information ainsi que les questions et les discussions des femmes concernées par une MGF et leurs maris. Une alternative à la présence d'un interprète professionnel est que la femme concernée soit accompagnée par une personne de son choix qui puisse faire office d'interprète lors de ses visites à la clinique de soins prénataux ou à l'hôpital.

	<p>Bien que la norme en Suède soit que les maris assistent à l'accouchement, pour les femmes circoncises il peut ne pas en être ainsi. Parfois, ces femmes préfèrent être accompagnées par d'autres personnes et cela doit être respecté par les sages-femmes, autant dans les centres de soins prénataux qu'à l'hôpital. Cette constatation avait déjà été évoquée dans l'étude de Chalmers &amp; Hashi (2000). Même s'il est préférable que le mari soit présent au moment de donner des informations ou de discuter sur la grossesse et l'accouchement, le choix de la femme concernée en terme d'accompagnement doit être respecté.</p> <p>Les sages-femmes de cette étude ne semblaient pas considérer que les médecins (notamment ceux qui étaient de garde dans les services de maternité) avaient plus de connaissances ou d'expériences concernant les MGF que les sages-femmes elles-mêmes.</p> <p>Les MGF présentent des dilemmes autant pour les femmes qui sont concernées par cette pratique que pour les sages-femmes. Les unes comme les autres ont leur façon de réagir en fonction de leur propre contexte de traditions, culture ou perspectives professionnelles. Peut-être qu'une meilleure compréhension d'une telle pratique et de la sensibilité envers les significations sociales et culturelles que suppose les MGF de la part des professionnels de santé ainsi que des connaissances médicales et des compétences permettraient d'assurer une offre en soins appropriée. Cela est particulièrement important étant donné que la pratique des MGF continue avec approximativement 80-115 mio de femmes victimes de MGF et près de 2 mio de filles à risque d'en subir chaque année malgré des efforts pour éradiquer cette tradition et une sensibilisation accrue des conséquences physiques et psychologiques nuisibles.</p>
<b>Remarques personnelles</b>	<p><i>Liens pertinents pour notre recherche :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'étude met en évidence des problèmes qui peuvent surgir dans l'interaction entre soignant-soignée (problèmes de communication, barrières culturelles)</li> <li>- les sages-femmes disent n'avoir pas reçu assez de formation pour prendre en charge de façon compétente ces femmes</li> <li>- il est intéressant d'explorer le vécu des professionnels de santé dans la prise en charge de femmes ayant subi une MGF</li> </ul> <p><i>Points forts de l'étude :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les résultats sont clairs et explicités par des exemples</li> <li>- étude soumise à un comité d'éthique</li> </ul> <p><i>Points faibles de l'étude :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il s'agit plutôt d'un point faible pour notre étude et pas directement en lien avec l'étude elle-même. Les données ont été recueillies seulement auprès de sages-femmes.</li> <li>- le devis n'est pas clairement nommé par les auteurs</li> <li>- pas de cadre de référence</li> </ul>

11.4.8 *The encounters that rupture the myth : contradictions in midwives' descriptions and explanations of circumcised women immigrants' sexuality*

<b>Titre de la recherche</b>	THE ENCOUNTERS THAT RUPTURE THE MYTH : CONTRADICTIONS IN MIDWIVES' DESCRIPTIONS AND EXPLANATIONS OF CIRCUMCISED WOMEN IMMIGRANTS' SEXUALITY
<b>Auteurs</b>	<b>Leval Amy</b> <b>Widmark Catarina</b> <b>Tishelman Carol</b> <b>Ahlberg Beth Maina</b>
<b>Journal</b>	Health Care for Women International
<b>Volume</b>	25
<b>Pages</b>	743-760
<b>Année de publication</b>	2004
<b>Pays</b>	Suède
<b>Type d'étude / devis</b>	Etude qualitative.
<b>Echantillon (nombre et caractéristiques)</b>	26 sages-femmes âgées de 37 à 53 ans, toutes nées, sauf une, en Suède. Elles avaient entre 5 et 33 ans de pratique. Elles avaient différents degrés d'exposition et d'expérience dans la prise en charge de femmes ayant subi une MGF (certaines les avaient beaucoup prises en charge, d'autres étaient moins expérimentées et une sage-femme n'avait pris en charge qu'une seule femme avec une MGF).
<b>Buts / questions / hypothèses</b> <b>Concepts</b>	Le but de cette étude était d'analyser comment les sages-femmes suédoises discutaient de la sexualité des patientes africaines ayant subi une MGF.
<b>Cadre de référence</b>	Selon les auteurs de l'étude, les sociétés sont de plus en plus multiculturelles. Les professionnels de santé ont donc besoin de cultiver une compréhension de leur propre système de valeurs culturelles et de celles des autres afin de fournir des soins fondés

	sur le respect. Sans cette compréhension et le respect, la qualité des soins est compromise. Les auteurs ont donc trouvé le concept de l' <b>ethnocentrisme</b> utile afin d'expliquer les raisonnements des sages-femmes quant à la sexualité des femmes présentant une MGF.
<b>Méthode de collecte des données</b>	Cette étude est basée sur l'expansion d'analyse des données des huit groupes de discussion et trois interviews avec 26 sages-femmes. En tout, 11 sessions de groupes de discussion ont eu lieu. Cette étude fait suite à celle de Widmark, Tishelman & Ahlberg (2002).
<b>Méthode d'analyse</b>	Lors de l'analyse initiale, les chercheurs ont trouvé que les sages-femmes faisaient souvent et spontanément mention de sexe et de sexualité. Ils ont donc estimé que cela justifiait un examen plus approfondi. Un chercheur (Amy Leval [AL]) qui ne participait pas initialement à l'étude a donc rejoint l'équipe des chercheurs afin d'analyser les données selon une perspective spécifique portant sur le sexe et la sexualité. AL a lu les transcriptions individuellement et a concordé avec les autres chercheurs que la sexualité a été souvent et spontanément soulevée. Les transcriptions ont été relues et analysées et les thèmes prédominants déterminés.
<b>Résultats</b>	<p>Les 4 thèmes prédominants étaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la sexualité est perçue à partir d'une perspective fondamentalement ethnocentrique.</li> <li>- les sages-femmes ont une relation paradoxale quant aux connaissances ; elles n'ont pas cherché des réponses à leurs nombreuses questions concernant la circoncision et la sexualité.</li> <li>- les patientes présentant une MGF sont perçues comme impuissantes par rapport à la position dominante des hommes dans la société.</li> <li>- les salles d'accouchement et les centres de consultations prénatales fonctionnent comme des lieux de rencontre entre le sexe et la culture ; des lieux où la rencontre avec des hommes permettent de rompre la norme hégémonique masculine.</li> </ul> <p><i>Projections ethnocentriques de la sexualité</i></p> <p>Les sages-femmes ont exprimé une compréhension limitée de la sexualité des femmes présentant une MGF. Elles étaient incapables de comprendre que les femmes circoncises conservaient une sexualité. Les sages-femmes décrivaient la sexualité comme une entité indépendante, ce qui est concret et a donc le potentiel d'être enlevé. La plupart des sages-femmes ont fait l'hypothèse que sans le clitoris la capacité de ressentir du plaisir sexuel était inexistante.</p> <p>L'une des sages-femmes interrogées rapportait la sexualité à des aspects moins physiques et disait que si le partenaire est « aimant », les femmes pouvaient sentir une certaine forme de plaisir sexuel.</p> <p>Les sages-femmes ont souvent utilisé des images telles que : « c'est comme couper les lèvres de la bouche ».</p> <p>Pas toutes les sages-femmes ne pensaient que ces femmes ont été « coupées » de leur sexualité mais celles qui pensaient cela,</p>

	<p>étaient timides dans la façon de postulé leur point de vue.</p> <p>Des stéréotypes sur les hommes africains comme des agresseurs égoïstes ont imprégné les données. Certaines sages-femmes ne comprenaient pas comment la pénétration pouvait se produire chez les femmes infibulées, elles ont présumé que les hommes recouraient à la violence.</p> <p>Les sages-femmes ont exprimé beaucoup d'idées préconçues concernant ces pratiques culturelles. Elles pensaient que leur propre culture était juste et que celles des femmes circoncises était ignorante. De plus, les sages-femmes ont essayé de comprendre les femmes présentant une MGF mais en se référant à leurs propres expériences sexuelles.</p> <p>La forte identification des sages-femmes avec les femmes ayant subi une MGF semblait susciter une immense frustration. Certaines ont essayé de s'imaginer dans la situation d'une femme circoncise, une telle image a suscité de l'horreur intense.</p> <p>Ce que les sages-femmes voient chez les femmes concernées dans leur pratique a suscité de fortes émotions comme la colère dirigée contre la pratique culturelle des MGF et envers les hommes.</p> <p><i>Relation paradoxale sur les connaissances concernant les MGF et la sexualité</i></p> <p>Un mélange de curiosité, de catégorisation et de résignation semblait être exprimé tout au long des discussions. Les sages-femmes ont posé de nombreuses questions concernant la sexualité des femmes circoncises mais se souvent résignées à ne pas y trouver de réponses. Elles voulaient plus d'informations, notamment sur comment les femmes concernées voyaient leur sexualité, mais ne concevaient pas de les chercher. Cette résignation est exprimée dans la croyance que les réponses seraient impossibles à trouver en raison de barrières culturelles. Une des sages-femmes disaient que le sujet des MGF et un sujet sensible pas seulement pour les femmes concernées mais pour elle aussi. Une autre sage-femme a exprimé sa difficulté à comprendre la pratique des MGF : « c'est si difficile de comprendre ».</p> <p>La relation paradoxale sur les connaissances dans laquelle opèrent les sages-femmes crée des barrières encore plus grandes entre elles et les femmes présentant une MGF. Le point de vue ethnocentrique des sages-femmes sur la sexualité des femmes concernées a créé des barrières. Cela s'est amplifié par la curiosité et la résignation exprimées simultanément au désir de connaissances mais qui ne pouvait pas être satisfait.</p> <p><i>Vision de l'impuissance des femmes ayant subi une MGF</i></p> <p>Les sages-femmes parlaient avec une tristesse évidente de la pratique des MGF et de la perte, partielle ou totale, de la sexualité des femmes concernées. Dans les discussions, cette tristesse a vite fait place à une intense frustration par rapport à ce qu'elles avaient vu comme un abus extrême et par rapport aux hommes qui devenaient des « oppresseurs » ainsi que la société en général.</p> <p>La pratique de MGF a été largement considérée comme étant associée avec le désir des hommes d'avoir du pouvoir sur les femmes. Cette considération induit un sentiment de rage de la part des sages-femmes. Par exemple, une sage-femme tente d'expliquer l'origine de la pratique de MGF selon la considération exposée ci-dessus : « la raison qui justifie cette pratique est que</p>
--	--



	<p>les hommes pensent que le clitoris grandi tel un pénis et ils ont peur que les femmes veulent exercer du pouvoir sur l'homme ».</p> <p>En outre, les sages-femmes ont considéré la pratique des MGF comme une expression culturelle de la virilité et un moyen de contrôler la sexualité féminine.</p> <p>Alors que les sages-femmes ont décrit la pratique de MGF comme encouragée par la pression de la communauté et par les hommes qui cherchent à contrôler les femmes et exercer leur pouvoir, elles ont aussi dit que les membres plus âgés de la famille de la femme concernée étaient directement responsable de l'exécution et de la transmission de cette tradition.</p> <p>Bon nombre de sages-femmes ont activement réfléchi à la source de cette tradition : communauté, religion et femmes plus âgées peuvent aussi être à l'origine de la perpétuation de cette pratique.</p> <p>Les sages-femmes ont aussi pu raisonner sur le fait que cette tradition est effectuée non pas seulement à cause des désirs des hommes et des femmes plus âgées mais aussi parce qu'il faut faire partie de la communauté, ne pas être rejetées dans le groupe.</p> <p>L'opinion prédominante exprimée par les sages-femmes était que les femmes concernées par la MGF dont elles ont parlé étaient impuissantes, des actrices passives de leur propre vie. D'autres sages-femmes voient ces femmes comme étant très fortes mais cela n'était pas nécessairement synonyme de pouvoir.</p> <p><i>Rencontres qui rompent le mythe</i></p> <p>Bien que beaucoup de sages-femmes ont blâmé les hommes pour une partie, sinon la totalité, de la tradition des MGF et les ont souvent décrits comme des oppresseurs, beaucoup d'hommes qu'elles ont rencontrés dans les maternités ont souvent dissipé ces points de vue. Elles ont décrit ces hommes comme presque toujours tendres, attentionnés, partageant le « pouvoir », ou même comme des « subordonnés » plutôt que comme des détenteurs du « pouvoir ». Les données indiquent donc une divergence entre les descriptions dans les services de maternité et les descriptions personnelles des sages-femmes. Les sages-femmes ont tout de même dit qu'elles étaient hésitantes à avoir pleinement confiance en ce qu'elles avaient vu dans les services de maternité.</p> <p>Les différentes descriptions des sages-femmes montrent la complexité de la pratique des MGF mêmes pour les gens qui l'adoptent.</p>
<b>Discussion / conclusion des auteurs</b>	<p>Le fait de voir la sexualité d'un point de vue ethnocentrique est une façon de se conformer à sa propre sexualité. Les auteurs ont constaté que les sages-femmes ont exprimé de fortes émotions comme la tristesse et la colère à relater ce qu'elles avaient vu. En même temps, elles ont reconnu leurs connaissances limitées et leur incapacité à se demander ce que les femmes circoncises ressentent. Les sages-femmes ont exprimé leur colère envers les hommes en particulier. Ces points de vue reflètent une représentation ethnocentrique de l'autre et de la sexualité de l'autre. Ces représentations ont cependant été déstabilisées lors des rencontres avec des hommes et des femmes présentant une MGF dans les services de maternité. Les résultats suggèrent la complexité des MGF, des relations entre les sexes et la culture.</p>

	<p>La pratique de MGF à des fins rituelles a été décrite par les sages-femmes comme incompréhensible. Les auteurs pensent que cette description, entre autre, démontre une perspective ethnocentrique de voir différentes formes de modifications génitales. En effet, ils soutiennent que certaines altérations génitales sont également ou ont été pratiquées dans les cultures occidentales à des fins cosmétiques et médicales. Les auteurs caractérisent cette perspective ethnocentrique comme un défaut.</p> <p>Un manque de compréhension concernant la pratique des MGF, les rôles des hommes et des femmes qui l'exercent et ses effets réels sur la sexualité est suffisant pour créer un fossé entre ceux qui la pratiquent et ceux qui ne la pratiquent pas. Ceci, ajouté aux croyances dominantes de la société que la pratique de MGF est primitive, oppressive et dangereuse crée une énorme lacune pour une communication culturelle. Sans communication, même basique, qui requiert un vocabulaire adapté et du respect, la prise en charge de ces femmes est encore plus difficile. Ceci concorde avec une étude de Chalmers (2000), faite au Canada, sur les femmes ayant subi une MGF où quasiment 90% des femmes interrogées ont rapporté avoir entendu des commentaires blessants faits par les soignants. Les problèmes de communication ont également été mis en évidence par une étude de Widmark (2002) où les sages-femmes interrogées décrivent les rencontres avec des femmes ayant subi une MGF comme stressantes et impliquant des émotions aussi fortes que diverses.</p> <p>Les données de cette étude indiquent une immense curiosité de la part des sages-femmes. Elles souhaitent avoir des informations sur les expériences et les sentiments des femmes concernées par les MGF et souhaitent en savoir plus sur les perceptions des hommes. Widmark et al. (2002) ont également mis en évidence un désir de connaissances techniques supplémentaires pour la prise en charge des femmes concernées lors d'accouchements. Étonnamment, dans la présente étude, les sages-femmes ne semblaient pas tenter de satisfaire leur curiosité. Même si cela peut en partie être dû à des barrières dans la communication, d'autres facteurs peuvent entrer en ligne de compte. Il importe donc de se poser la question suivante : pourquoi les sages-femmes n'essaient pas de trouver des réponses aux questions qu'elles se posent alors qu'elles ont admis manquer de connaissances pour leur pratique professionnelle ? Des études ultérieures mériteraient, selon les auteurs, d'être menées pour répondre à cette question.</p> <p>Bien que la plupart des sages-femmes aient décrit les hommes de culture où se pratiquent les MGF comme les responsables d'un patriarcat oppressif qui perpétuent cette pratique, d'autres en avaient une autre idée. Par exemple, c'est dans les services de maternité que les sages-femmes ont rencontré des hommes sensibles, attentionnés et aimants. Apparemment, ces services auraient fourni un espace où le sexe et la culture en tant que normes pourraient être remis en question.</p> <p>Les sages-femmes ont exprimé des idées préconçues sur les hommes qui n'étaient pas en adéquation avec leurs expériences dans les services de maternité. Cela peut illustrer la complexité du phénomène social qu'est la pratique des MGF. Au lieu de réduire les MGF à un problème de santé généralisé, des efforts devraient être faits afin de comprendre comment est organisée, normalisée et intériorisée cette pratique.</p> <p>Trouver un espace où le dialogue entre les hommes et les femmes peut être encouragé, créer un environnement permettant cela serait déjà un bon pas en termes d'intervention.</p> <p>Les soins infirmiers et la médecine sont des professions interculturelles. De ce fait, si les professionnels ont de graves lacunes</p>
--	--

	sur la compréhension de leurs propres héritages culturels et ceux des autres, cela peut conduire à un manque de respect fondamental. Ce manque de respect pourrait, sans aucun doute, compromettre les soins professionnels dispensés et leur qualité.
<b>Remarques personnelles</b>	<p><i>Éléments pertinents pour notre recherche :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- déjà avec l'explicitation du cadre de référence, nous pouvons faire le lien avec des soins transculturels.</li> <li>- avec les données ressorties, nous pouvons faire le lien avec le fait que si les professionnels de santé ne prennent pas conscience de leurs propres héritages culturels et ceux des patientes, les soins ne sont pas culturellement congruents et leur qualité sera compromise.</li> </ul> <p><i>Points forts de l'étude :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- explicitation du cadre de référence : ethnocentrisme.</li> <li>- étude basée sur l'expansion des données d'une première étude. Les auteurs ont approfondi certaines données ressorties de l'étude de Widmark, Tishelman et Ahlberg (2002) en s'associant avec une nouvelle chercheuse (Leval) experte dans le domaine de la sexualité pour aboutir à une autre étude qualitative.</li> </ul> <p><i>Points faibles de l'étude :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- devis pas clairement nommé par les auteurs mais données qualitatives.</li> </ul>

11.4.9 *Obstetric care at the intersection of science and culture : Swedish doctors'perspectives on obstetric care of women who have undergone female genital cutting*

<b>Titre de la recherche</b>	OBSTETRIC CARE AT THE INTERSECTION OF SCIENCE AND CULTURE : SWEDISH DOCTORS'PERSPECTIVES ON OBSTETRIC CARE OF WOMEN WHO HAVE UNDERGONE FEMALE GENITAL CUTTING
<b>Auteurs</b>	<b>Widmark C.</b> <b>Levál A.</b> <b>Tishelman C.</b> <b>Ahlberg B.M.</b>
<b>Journal</b>	Journal of Obstetrics and Gynaecology
<b>Volume</b>	30
<b>Numéro</b>	6
<b>Pages</b>	553-558
<b>Année de publication</b>	2010
<b>Pays</b>	Suède
<b>Type d'étude ou devis</b>	Etude qualitative.
<b>Echantillon (nombre, caractéristiques)</b>	20 obstétriciens (13 chief/senior obstetricians et 7 senior house officers).
<b>Buts / questions / hypothèses</b>	<i>But :</i> Explorer les perspectives des obstétriciens, en lien avec les soins à des femmes ayant subi une MGF en Suède : comment décrivent-ils, expliquent-ils et raisonnent-ils sur les soins et les guidelines ?
<b>Cadre de référence</b>	Absence de cadre de référence.

<b>Méthode de collecte des données</b>	Des entretiens ouverts, semi-structurés ont été réalisés avec un échantillon de 13 obstétriciens. Ceux-ci ont été sélectionnés à partir d'une enquête nationale sur des obstétriciens plus expérimentés (senior obstetrician) en termes de soins à des femmes présentant une MGF et responsables des plans politiques dans les centres de soins prénataux et les services hospitaliers d'obstétrique. Ils ont, à leur tour, mentionné 7 autres obstétriciens moins expérimentés (house officer) pour les interviews (total : 20 obstétriciens dont 5 hommes et 15 femmes). Les trois interviewers étaient des femmes ayant une formation en sciences sociales et en santé. Elles ne sont donc pas médecins, et ont délibérément choisi d'encourager les médecins à réfléchir et à leur fournir des détails dans les explications comme elles ne connaissaient ni le jargon médical, ni celui de l'obstétrique. Ces trois femmes ont été formées par le premier auteur, une sage-femme (CW), et ont été guidées par une interview type avec les questions préparées par l'équipe de recherche. Un total de 20 heures a été enregistré. Les entrevues se sont déroulées sur le lieu de travail des obstétriciens et étaient axées sur des domaines importants pour la prise en charge de femmes ayant subi une MGF. L'étude a été approuvée par le Comité Régional d'Ethique de la Recherche.
<b>Méthode d'analyse</b>	Un total de 19 entrevues ont été transcrites textuellement et analysées. Une interview a été exclue en raison d'une erreur technique. L'analyse était basée sur les principes de la description d'interprétation comme explicité par Thorne et al. (1997, 2008). Les premier et deuxième auteurs (CW et AL) ont d'abord travaillé individuellement afin d'attribuer des codes récurrents significatifs pour les transcriptions. Ils ont ensuite comparé leurs résultats et ont catégorisé les données en 10 items : connaissances et formation, guidelines habituels, dépistage, réflexions personnelles, soins transculturels, problèmes de qualité des soins, rôles entre les sexes, utilisation d'interprètes, valeurs et rôles professionnels. CW et AL ont considéré toutes les catégories afin de minimiser les chevauchements et les incohérences et pour ne pas discriminer certains thèmes au détriment de catégories. Ainsi toutes les idées saillantes et le contenu des interviews ont été reflétés. Les auteurs CT et BMA ont validé le processus d'interprétation régulièrement. Les résultats ont été présentés par rapport à trois domaines comprenant les guidelines et la pratique, la pratique obstétricale et la communication.
<b>Résultats</b>	<p><i>Guidelines et pratique</i></p> <p>Il y avait une grande variation concernant à la fois l'existence et le contenu des guidelines ainsi que la pratique en matière de soins obstétricaux à des femmes présentant une MGF. Certains centres de soins prénataux et services hospitaliers auraient mis à jour les guidelines (une personne interrogée a déclaré que des directives ont été réécrites plusieurs fois et qu'à l'heure actuelle il y avait même deux guidelines : un qui est plus orienté vers les consultations prénatales et sur la façon dont les professionnels sont censés interagir avec ces femmes et comment les informer sur ce qui peut se passer durant l'accouchement et bien sûr s'il y a lieu de faire une défibulation, comment cela va-t-il se passer ?). L'autre est spécifique pour le moment de l'accouchement et renseigne sur la façon de procéder durant celui-ci) tandis que d'autres n'en avaient pas car il y avait peu de patientes ayant subi une MGF dans ces services (un répondant a dit qu'il y avait peu de femmes avec des MGF et donc que ce n'était pas urgent de créer des guidelines).</p> <p>Un manque de clarté a été décrit dans la trajectoire de soins entre les centres de soins prénataux et les services de maternité</p>

(labour and delivery departments [L&D]), essentiellement au niveau de la répartition des responsabilités professionnelles (un des enquêteurs a demandé comment étaient coordonnés les choses entre les centres de soins prénataux et les services de maternité en ce qui concerne les informations à donner à la patiente et quand lui parler des procédures durant l'accouchement et des lois suédoises. La personne interrogée à qui s'adressait la question, n'en avait aucune idée). Les médecins interrogés n'étaient pas au courant des guidelines guidant l'identification des femmes ayant subi une MGF (manque de précision sur chez qui dépister les MGF ; une des personnes interrogées a mentionné le fait qu'il était évident de demander d'où provenait une femme si elle avait la peau foncée et si elle provenait du Soudan, de la Somalie ou de certaines parties du Kenya). Il n'y avait pas de consensus parmi les médecins concernant quand et comment les femmes avec une MGF doivent être informées ou quelles informations sont importantes à leur communiquer comme par exemple les procédures durant l'accouchement, les lois suédoises sur les MGFs, ni comment les informations étaient transmises entre les centres de soins prénataux et les hôpitaux (manque de consensus dans la façon de transmettre les informations - lesquelles, quand et où, par qui ? – car il n'y avait pas de guidelines clairs).

*Les résultats en lien avec la pratique obstétricale ont été omis car ils concernent la prise en charge de l'accouchement par l'obstétricien ou la sage-femme et la défibulation. Ces aspects ne concernent pas le rôle infirmier.*

#### *Communication*

Les obstétriciens interrogés parlaient des femmes ayant subi une MGF comme étant profondément « emmêlées » dans des relations familiales et communautaires. De ce fait, la plupart des médecins ont souligné l'importance de communiquer aussi avec les hommes sur les questions de soins pour ces femmes afin de s'assurer que celles-ci suivent les recommandations médicales. Les obstétriciens ont tout de même exprimé de la frustration quant au manque de compliance de la part de ces femmes. Les prises de décision ne concernent pas que la dyade patiente-médecin et cela dû aux relations complexes avec la famille et la communauté.

Quelques obstétriciens ont expliqué qu'ils parlaient lentement et simplement avec ces femmes afin de s'assurer qu'elles comprennent bien étant donné que les difficultés linguistiques ont été décrites comme problématiques. De plus, certaines femmes auraient très peu de connaissances sur leur corps. Le niveau de compréhension de ces femmes et la présence d'interprètes ont été décrits comme des facteurs influençant négativement la qualité des soins fournis. De tels entretiens ont été décrits comme longs dans un contexte déjà limité par le temps (un des obstétriciens a déclaré que le fait de donner des informations à des femmes ayant très peu de connaissances sur leur corps prenait beaucoup de temps alors qu'il n'en avait pas plus qu'avec une femme suédoise bien renseignée. Il n'y a pas de temps non plus pour les situations d'interprétariat. Par conséquent, les soins fournis ne sont pas optimaux). Ce qui est mis en évidence c'est du temps limité pour travailler avec des interprètes et cela entrave la capacité d'acquérir une meilleure compréhension de la situation de ces femmes. De plus, les barrières linguistiques inhibent la communication. Les personnes interrogées mettent en évidence un risque de manquer des informations en travaillant avec des interprètes et font l'hypothèse que ces femmes ont une compréhension médicale limitée, indépendamment du niveau d'éducation.

D'un autre côté, les obstétriciens ont souvent dit qu'ils appréciaient communiquer avec ces femmes, exprimant de la curiosité et de l'intérêt pour leurs vies et leurs cultures.

<b>Discussion / conclusion des auteurs</b>	<p>Les résultats de la présente étude montrent très peu de consensus sur ce qui constitue de bons soins obstétricaux pour des femmes ayant subi une MGF. Il est à noter que les questions étaient posées concernant les MGF en général mais les discussions se rapportaient plus à l'infibulation et à des situations de femmes avec une infibulation. Les résultats mettent en évidence plusieurs dilemmes auxquels ont été confrontés les obstétriciens interrogés. Plutôt que de se référer à des résultats et des guidelines scientifiques, les médecins semblaient s'appuyer sur leurs connaissances personnelles, leurs valeurs et leurs expériences quand ils réfléchissaient à leurs pratiques. Les problèmes les plus importants dans la pratique sont : des incompatibilités entre l'utilisation de guidelines et leur mise en pratique, des trajectoires de soins non-coordonnées (entre les consultations prénatales et les services d'accouchement), une communication inhibée par des barrières linguistiques, des différences de cultures et du temps limité.</p> <p>Ces données suggèrent un manque de communication et de coordination entre les rôles professionnels et les domaines de responsabilités dans la prise en charge de femmes présentant une MGF. Cela a pour conséquence des soins sous-optimaux.</p> <p>Les données mettent également en évidence un manque de sensibilisation dans les soins obstétricaux de femmes ayant subi une MGF. Les résultats suggèrent une situation où l'utilisation critique et systématique de solutions communes peut mener à des soins similaires (indépendamment des besoins particuliers de ces femmes) plutôt qu'à des soins de qualité égale pour différentes femmes ayant des besoins différents.</p> <p>Les données ressorties lors des entretiens illustrent clairement la complexité des problèmes rencontrés dans la pratique de soins obstétricaux quand la culture rencontre la science.</p>
<b>Remarques personnelles</b>	<p><i>Idées et contextualisation de l'étude :</i></p> <p>L'étude est introduite en donnant des chiffres mondiaux sur les femmes ayant subi des MGF et celles qui risquent de les subir. Ils donnent également une définition de la MGF selon l'OMS (2008). En suède, près de 20'000 femmes sont estimées comme provenant de pays où les MGF se pratiquent.</p> <p>Les auteurs soutiennent que fournir des soins à des femmes ayant subi une MGF peut présenter des défis. En plus des questions interculturelles complexes, ces femmes peuvent avoir besoin de soins obstétricaux spécifiques comme la défibulation pour celles qui sont infibulées. Cette question a une grande importance pour les obstétriciens car ils se posent souvent la question sur le meilleur moment de pratiquer cette défibulation.</p> <p>Les auteurs font déjà une recension des écrits dans leur introduction sur les études qui ont été faites en Suède concernant les soins obstétricaux auprès de femmes ayant subi une MGF. Déjà les études que citent les auteurs font mention d'un manque de préparation du système de santé suédois pour prendre en charge les besoins des femmes concernées par une MGF malgré des directives nationales émises en 2002 par le Conseil National de la Santé et du Bien-être.</p> <p>Les auteurs contextualisent les soins obstétricaux en Suède. La prestation de soins suédois est basée sur des principes d'égalité</p>

en termes d'accès aux systèmes de santé et de qualité des soins pour tous les résidents de Suède. Par exemple, les soins en maternité sont gratuits. Les soins prénataux sont communautaires et assurés par une sage-femme. Si la grossesse se déroule sans complications, la femme est prise en charge par une sage-femme durant toute la grossesse. En principe, un contact avec un obstétricien est de mise si des complications surgissent ou chez les femmes primipares ; elles ont un RDV offert à la fin du premier trimestre. De plus l'examen vaginal pour confirmer et dater la grossesse a été remplacé par l'échographie. Cela peut notamment expliquer pourquoi une MGF n'est peut-être pas identifiée tout au long de la grossesse. Ainsi, si les besoins spécifiques n'ont pas pu être mis en évidence durant la grossesse, le moment de l'accouchement peut être périlleux surtout chez une femme infibulée qui nécessite une défibulation. D'où l'importance du dépistage des facteurs de risque (comme une MGF).

Depuis 1982, les MGF sont illégales en Suède. La ré-infibulation est également interdite.

*Éléments pertinents en lien avec notre recherche :*

- les données ressorties illustrent clairement la complexité des problèmes rencontrés dans la pratique de soins obstétricaux quand la culture a une incidence sur les soins
- l'étude fait ressortir des lacunes et des difficultés dans la prise en charge de femmes ayant subi une MGF : communication inhibée, barrières linguistiques, barrières culturelles, manque de guidelines ou absence de leur mise en pratique, difficultés dans le dépistage de femmes ayant subi une MGF, quelles informations données – quand – où- par qui ?, etc.

*Points faibles de l'étude :*

- échantillon composé uniquement d'obstétriciens (point faible en lien avec notre recherche).

*Points forts de l'étude :*

- méthodologie bien décrite.
- résultats présentés clairement avec des extraits des entrevues.
- étude soumise à un comité d'éthique.



#### 11.4.10 Female genital mutilation in the contexte of migration : experience of African women with the Swiss health care system

<b>Titre de la recherche</b>	FEMALE GENITAL MUTILATION IN THE CONTEXTE OF MIGRATION : EXPERIENCE OF AFRICAN WOMEN WITH THE SWISS HEALTH CARE SYSTEM
<b>Auteurs</b>	<b>Thierfelder Clara</b> : Swiss Centre for International Health, Swiss Tropical Institute <b>Tanner Marcel</b> : Swiss Tropical Institute <b>Kessler Bodiang Claudia M.</b> : Swiss Centre for International Health, Swiss Tropical Institute
<b>Journal</b>	European Journal of Public Health
<b>Volume</b>	15
<b>Numéro</b>	1
<b>Pages</b>	86-90
<b>Année de publication</b>	2005
<b>Pays</b>	Suisse
<b>Type d'étude ou devis</b>	Étude qualitative et quantitative.
<b>Echantillon (nombre, caractéristiques)</b>	29 femmes ayant subi une MGF de type II et III (24 de Somalie et 5 d'Erythrée) vivant actuellement en Suisse et ; 37 professionnels de la santé (17 gynécologues/obstétriciens, 3 médecins généralistes et 17 sages-femmes).
<b>Buts / questions / hypothèses</b> <b>Concepts</b>	Analyser comment les femmes immigrantes ayant subi une MGF font l'expérience des soins gynécologiques/obstétricaux dans le système de santé Suisse. Vérifier si les médecins et les sages-femmes conseillent et traitent les complications liées aux MGF adéquatement. En se basant sur les résultats, des recommandations pour le système de santé Suisse devraient être formulées. D'autre part, l'étude vise à estimer le taux de prévalence de femmes et de filles concernées par les MGF en Suisse et examiner leur répartition par pays d'origine, lieu de résidence et le groupe d'âge dans le pays d'accueil.
<b>Cadre de référence</b>	Absence de cadre de référence.
<b>Méthode de collecte</b>	Pour l'analyse quantitative, des données fournies par l'Office fédéral Suisse de la migration ont été analysées en termes de nombre de femmes venant de pays où les MGF sont pratiquées, le pays d'origine, l'âge et la répartition entre les cantons suisses

<b>des données</b>	<p>en 2001.</p> <p>Des méthodes qualitatives ont été utilisées pour recueillir les perceptions et les expériences des principaux acteurs. Afin de faciliter l'échange avec les femmes concernées, des groupes de discussions ont été considérés comme la méthode la plus appropriée. Cette méthode est connue pour être un outil particulièrement adaptée à la recherche interculturelle et le travail avec des groupes minoritaires. Le sujet sensible des MGF peut être étudié en utilisant cette méthode pour plusieurs raisons : le travail en groupe peut faciliter les discussions chez les plus timides qui sont alors encouragés par d'autres à briser la glace. Les femmes peuvent s'apporter un soutien mutuel et de l'empathie pendant et après les discussions, facilitées par un membre de leur communauté. Sinon, les femmes qui ne voulaient pas participer à la discussion en groupe avaient la possibilité de faire des interviews individuellement. Les groupes de discussions comme les interviews individuelles étaient basées sur des questions ouvertes semi-structurées afin d'aider à mettre l'accent sur les domaines d'intérêts de la recherche, d'assurer l'exhaustivité et de faciliter la comparabilité.</p> <p>Le contact avec des associations de migrants, de centres suisses travaillant avec des femmes migrantes et des personnes clés des communautés africaines et des visites dans des restaurants africains, des marchés et des magasins ont été utilisés afin de recruter des femmes pour les groupes de discussions.</p> <p>Un total de quatre groupes de discussion comprenant 29 femmes (24 de Somalie et 5 d'Erythrée) a pu être organisé avec l'aide de médiateurs issus de communautés de migrants des villes de Zurich, Lausanne et Genève.</p> <p>Des professionnels de la santé de six cantons suisses ont subi une entrevue par téléphone. Pour des questions de logistique, ce sont des entrevues téléphoniques qui ont été choisies pour ce groupe d'étude. Un questionnaire structuré avec des questions ouvertes a été utilisé. Les professionnels de la santé ont été identifiés en utilisant une approche boule de neige. Des professionnels connus pour être souvent exposés et les organisations de migrants ont proposé d'autres prestataires de soins de santé qui pourraient être interrogés. Au total, 37 professionnels de la santé ont été interrogés : 17 gynécologues/obstétriciens, trois médecins généralistes et 17 sages-femmes.</p>
<b>Méthode d'analyse</b>	<p>Toutes les discussions et les entrevues ont été enregistrées, transcrites et analysées à l'aide du logiciel MAXQDA (logiciels verbi, 2002 ; Berlin, Allemagne).</p>
<b>Résultats</b>	<p><i>Estimation de la distribution de femmes avec des MGF en Suisse :</i></p> <p>En 2001, un total de 10'501 femmes de 28 pays Africains où les MGF sont pratiquées vivaient officiellement en Suisse. Plus de deux tiers (72%) de cette population est âgée de plus de 15 ans. En appliquant le taux de prévalence de MGF dans le pays d'origine (OMS, 2001) au nombre de ressortissantes en Suisse, l'estimation est de 5'718 filles et femmes ayant subi une MGF et vivant en Suisse. La plupart d'entre elles proviennent de pays avec des taux extrêmement élevés de prévalence, à savoir la Somalie, l'Ethiopie et l'Erythrée. Il est à noter que dans ces pays ce sont les formes les plus sévères de MGF qui sont pratiquées, à savoir le type II et III. En Suisse, la majorité de ces femmes vivent dans des centres urbains, principalement à Genève et</p>

Lausanne, suivis de Zurich et de Berne.

*Complications physiques à long terme reportées en lien avec les MGF*

Autant les femmes interviewées que les prestataires de soins de santé dépeignent une situation semblable en termes de complications à long terme liées au fait d'avoir subi une MGF. Des difficultés lors des rapports sexuels et lors des menstruations sont le plus souvent mentionnées suivies par des complications au niveau des voies urinaires (infection, dysurie, miction prolongée), au niveau local (kystes, lésions du tissu cicatriciel) et obstétrical (lésions du sphincter anal, infection après une ré-infibulation). Bien que la description et le classement des complications en fonction de leur importance était très similaire, une différence notable a été observée en termes de « perte de sensation pendant les rapports sexuels ». Presque aucun des professionnels de santé n'a mentionné activement cette complication. Pour les femmes interrogées, il s'agit d'une préoccupation majeure et largement discutée au cours des groupes de discussions. Une femme a insisté sur le fait qu'elle est en mesure d'atteindre l'orgasme même si elle a subi une MGF mais la majorité des participantes ont décrit leurs difficultés sexuelles. « Pour la femme, c'est une sorte de travail de faire l'amour ». Deux médecins disent « qu'avoir des rapports sexuels a été pour certaines femmes infibulées juste une autre corvée comme laver la vaisselle ». Beaucoup de femmes se comparent aux femmes du pays d'accueil n'ayant pas subi de MGF. En ce qui concerne la sexualité des femmes somaliennes et érythréennes interrogées, elles ont déclaré qu'elles souffrent d'être différentes. En résumé, la citation suivante reflète bien la souffrance d'un grand nombre de ces femmes : « si vous n'êtes pas mariée, vous avez des problèmes avec vos règles, si vous êtes mariée et que vous voulez avoir des relations sexuelles avec votre mari, vous souffrez de douleurs, si vous voulez accoucher votre bébé, c'est difficile. C'est terrible ! ».

*La consultation médicale*

Tant les femmes que les professionnels de santé suisses se souviennent clairement de leur première rencontre l'un avec l'autre. Beaucoup de femmes se rappellent de la réaction des médecins les traitant avec choc et surprise. Certaines femmes ont été questionnées par le médecin qui demandait si elles avaient subi un accident ou une brûlure. Beaucoup ont signalé les difficultés des médecins et des sages-femmes à pratiquer un examen vaginal rendant la procédure longue et douloureuse. D'autres avaient demandé si des étudiants pouvaient observer l'examen comme si leurs organes génitaux étaient vus comme quelque chose à intérêt médical. Cela a provoqué des sentiments de honte et de peur comme en témoigne la déclaration suivante : « auparavant, j'étais fière. Mais la consultation médicale a blessé ma fierté. Le médecin était très choqué quand il a réalisé que j'avais été suturée ».

La majorité des femmes participant à l'étude ont déclaré que la question des MGF n'avait pas été abordée lors de la consultation et la plupart des gynécologues/obstétriciens interrogés ont confirmé cela. Ils n'abordaient pas la question des MGF systématiquement lorsqu'ils prennent en charge une femme d'un pays où les MGF sont pratiquées. Les professionnels de santé et les femmes concernées ont convenu que les principales raisons pour éviter le sujet ont été la barrière de la langue, la culture, le sexe et des raisons sociales ainsi qu'un cadre inapproprié et des contraintes de temps. Certaines femmes se sentent déçues et mal prises en charge par les prestataires de soins de santé suisses. « J'avais beaucoup de questions pendant ma grossesse. J'avais le sentiment qu'il n'y avait personne à qui je puisse vraiment poser des questions. J'ai manqué d'une sage-femme

traditionnelle comme nous en avons en Somalie ». D'autres femmes ont été très soulagées que les MGF n'aient pas été abordées lors de la consultation car elles ne voulaient pas être interrogées sur ce sujet. Aussi, une question importante est de savoir si les femmes qui sont mères envisagent d'avoir recours aux MGF pour leurs filles, a été négligée. Seulement 8% (3) des professionnels de santé interrogés ont dit qu'ils avaient abordés la prévention des MGF durant la consultation. Tout comme lors des consultations, les MGF et les complications qui y sont liées ne sont pas couramment abordées dans la sphère privée de ces femmes. Beaucoup d'entre elles n'ont jamais parlé avec leur mari sur ce sujet et disent que les MGF restent un sujet tabou.

#### *Ré-infibulation*

Lors de l'accouchement, beaucoup de femmes ayant subi une MGF de type III doivent subir une défibulation afin de prévenir des complications. Dans tous les hôpitaux suisses contactés, la défibulation est pratiquée uniquement par des médecins. Le moment choisi est lors de l'accouchement (en général durant la deuxième phase du travail) plutôt que durant la grossesse. Une fois que le tissu cicatriciel a été enlevé et que le bébé est né, la question est de savoir comment procéder avec une femme défibulée. Les obstétriciens sont confrontés à des options de suture de l'ouverture vaginale suite à l'accouchement (ré-infibulation) ou de suture de la plaie afin de restaurer une ouverture physiologique comme lors d'une épisiotomie.

Dans cette étude, il y avait 12 femmes qui avaient subi une défibulation lors de l'accouchement dans des hôpitaux suisses. Parmi elles, 8 ont été ré-infibulées, 1 n'a pas subi de ré-infibulation et 3 ne se prononcent pas sur ce sujet. Etonnamment, la moitié des femmes ayant été ré-infibulées ont déclaré ne pas avoir été informées au préalable sur cette procédure. Une femme ayant développée une infection de la plaie postopératoire s'est plainte de n'avoir pas été suffisamment informée sur les risques après une telle intervention mais la majorité des femmes étaient satisfaites du résultat et ne s'attendaient pas à être interrogées sur leurs opinions.

Pour les professionnels de la santé confrontés à la question de la ré-infibulation, celle-ci pose un grand défi éthique. D'une part, il n'y a pas de justification médicale à la suture de l'ouverture vaginale. D'autre part, un nombre important d'arguments peuvent être utilisés en faveur d'une ré-infibulation : le droit des patientes, la peur d'exposer ces femmes à l'exclusion sociale ou au rejet de leur mari parce qu'elles sont « ouvertes » et le fait que les femmes qui prennent une telle décision sont majeures. Un gynécologue est allé jusqu'à dire que « laisser une femme défibulée après l'accouchement était une autre forme de la mutiler ». Dans les services d'obstétrique de tous les hôpitaux universitaires ayant pris part à l'étude, la ré-infibulation partielle est pratiquée quand elle est demandée par la patiente. En pratiquant l'intervention, les médecins se basent sur leur unique jugement clinique pour décider de ce qui est approprié car il n'existe pas de standard en termes de lignes directrices en Suisse.

#### *Suggestions des femmes sur la façon d'améliorer la prise en charge par les prestataires de santé*

Plusieurs femmes ont dit qu'elles aimeraient avoir plus d'informations sur ce qui les attend lors d'un accouchement et pas seulement en ce qui concerne le bébé. Ces femmes ont démontré un grand intérêt à discuter des avantages/inconvénients à être excisée ou/et infibulée et à apprendre ce qui est « normal » chez les femmes suisses. De plus, elles souhaitent des soins plus empathiques et que spécialement les médecins prennent plus de temps pour permettre des discussions lors de consultations médicales. Le prestataire des soins de santé devrait, de préférence, être une femme. Discuter sur le sujet avec un homme est

	<p>extrêmement difficile. Généralement, les femmes se sentent plus en confiance quand elles reçoivent des soins de la part d'une sage-femme que d'un médecin. Rappelant ces hôpitaux où des médecins voulaient observer l'anatomie spécifique des femmes ayant subi des MGF, les femmes souhaitent davantage d'intimité lors des examens gynécologiques.</p> <p>En ce qui concerne des aspects plus médicaux, toutes les femmes ayant participé aux discussions ont souligné que la défibulation doit être pratiquée pendant l'accouchement comme l'épisiotomie est faite sur les femmes suisses, plutôt que d'ajouter un événement traumatique supplémentaire pendant la grossesse. « Pourquoi une femme somalienne devrait être coupée deux fois ? »</p> <p>Certaines femmes estiment que la césarienne a été trop souvent pratiquée en Suisse. Dans plusieurs petits hôpitaux suisses, confrontés rarement aux MGF, la césarienne est une méthode routinière utilisée dans l'accouchement de ces femmes. Cela n'était pas le cas dans les grands hôpitaux universitaires suisses avec une plus grande expérience.</p>
<b>Discussion / conclusion des auteurs</b>	<p>En comparaison avec d'autres pays européens tels que le Royaume-Uni ou la France, la Suisse accueille un petit nombre de femmes provenant de pays où les MGF sont pratiquées. Toutefois, en comparant la taille de la population, la Suisse montre une proportion similaire de femmes provenant de ces pays (150/100'000). En Suisse, ces femmes vivent dans des zones géographiquement concentrées, ce qui peut aider à cibler les mesures d'interventions.</p> <p>Quand on estime le nombre de femmes susceptibles d'être touchées en Suisse, les chercheurs sont conscients que la population migrante peut ne pas être représentative de la population du pays d'origine en ce qui concerne les MGF. En Somalie, en Ethiopie et en Erythrée, d'où la plupart des femmes migrantes concernées proviennent, les MGF sont pratiquées presque partout généralement avant l'âge de 12 ans. La majorité des demandeurs d'asile en provenance de ces pays est âgée de plus de 15 ans au moment de leur venue en Suisse (statistiques de l'office fédéral de la migration). Il n'existe aucune information sur la façon dont beaucoup de filles nées en Suisse mais de parents immigrés ont subi cette pratique.</p> <p>La plupart des complications physiques à long terme des MGF décrites par les deux groupes d'étude sont transposables à celles décrites dans la littérature. Toutefois, il faut noter que la présente étude ne couvre que les femmes ayant subi les formes les plus graves des MGF (type II et III). Les résultats et conclusions tirées ne peuvent pas être généralisées aux femmes ayant subi d'autres types de MGF.</p> <p>Les examens et conseils gynécologiques/obstétricaux des femmes ayant subi des MGF de type II et III nécessitent des connaissances particulières et de l'expérience de la part des professionnels de santé. Non seulement l'examen physique mais aussi l'anamnèse nécessite d'être adaptés aux besoins de ces patientes d'une manière sensible et culturellement appropriée. La consultation devrait également aborder l'intention ou pas d'une mère à faire subir la pratique sur ses filles, surtout si elle a donné naissance à une fille. Les professionnels de santé ne devraient pas porter de jugement ou condamner les valeurs et les pratiques traditionnelles mais plutôt offrir des informations sur les effets néfastes des MGF.</p> <p>En termes d'interventions médicales, la fréquence des césariennes a été une préoccupation particulière des femmes ayant participé à l'étude. Des rapports d'autres pays indiquent que la césarienne est pratiquée plus souvent chez les femmes avec des</p>

	<p>MGF. En Allemagne, dans certains hôpitaux, les césariennes ont été régulièrement effectuées sur des femmes ayant subi des MGF de type III. Une récente étude transversale menée en Norvège avec un grand échantillon montre que les taux de césarienne d'urgence chez des femmes somaliennes étaient significativement plus élevés que dans la population norvégienne. Cela confirme les résultats de cette étude en ce qui concerne les petits hôpitaux suisses. Sauf en cas d'indications fœtales, la césarienne peut être évitée en pratiquant la défibulation.</p> <p>La question de savoir si la ré-infibulation devrait être pratiquée est complexe. Bien qu'ils essaient généralement de respecter les intérêts des patientes, les professionnels de la santé semblent avoir violé la base des droits des patientes en n'ayant pas obtenu de consentement libre et éclairé avant de pratiquer la ré-infibulation. En outre, les prestataires des soins de santé suisses pratiquant une ré-infibulation après un accouchement n'agissent pas conformément aux recommandations de l'OMS qui condamne les MGF et décourage la ré-infibulation au-delà de la fermeture normale d'une épisiotomie. Dans certains pays européens tels que le Royaume-Uni et la Belgique, cette pratique est clairement condamnable. Le Conseil Danois de la Santé propose une solution moins catégorique permettant la ré-infibulation partielle si elle est souhaitée par la patiente. Toutefois, l'expérience montre que la plupart des femmes souhaiteraient « rester ouvertes » si elles avaient été convenablement informées au cours de leurs grossesses sur les conséquences d'une re-suture. Ces résultats soulignent ceux de la présente étude. Informer les femmes sur les options, les conséquences et inclure leur décision sur la façon de procéder après l'accouchement est essentielle.</p> <p>Finalement, il y a un besoin important de la part des femmes concernées à partager leurs expériences les unes avec les autres à l'aide d'un médiateur. Des efforts de sensibilisation devraient donner accès à l'information sur la sexualité, la grossesse et l'accouchement à des femmes ayant subi des MGF. Ces informations devraient inclure l'anatomie normale des femmes et la nécessité de contrôles préventifs en dehors de la grossesse.</p> <p>Il est également important de fournir un accès pour les femmes et les hommes de ces communautés à l'information ainsi qu'un espace d'échange, par exemple à travers des groupes d'entraide. Cela pourrait amener à des rencontres plus fructueuses entre ces femmes et des professionnels de la santé.</p>
<b>Remarques personnelles</b>	<p><i>Idées et points clés de l'étude :</i></p> <p>En raison de la migration internationale, les MGF sont devenues un sujet de préoccupation croissante dans les pays d'accueil comme la Suisse.</p> <p>En Suisse, l'intérêt concernant les MGF est un phénomène récent. Les quelques études menées sur les MGF en Suisse jusqu'à maintenant (en 2005) abordent la question soit d'un point de vue anthropologique ou sociologique, soit elles portent surtout sur des aspects quantitatifs. Une étude récente (Jäger et al., 2002) a conclu que des gynécologues et des obstétriciens ont été confrontés à des patientes présentant une MGF dans toute la Suisse mais avec une concentration plus importante dans les cantons francophones.</p>

	<p><i>Éléments pertinents en lien avec notre recherche :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- étude suisse.</li> <li>- prend en compte le point de vue des professionnels de santé mais aussi des femmes ayant subi une MGF.</li> <li>- il ressort de l'étude des éléments qui peuvent entraver ou favoriser une prise en charge infirmière culturellement compétente.</li> </ul> <p><i>Points forts de l'étude:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bonne description de la méthodologie.</li> <li>- 2 types d'échantillons : professionnels de la santé et femmes ayant subi une MGF de type II et/ou III.</li> <li>- renseigne sur l'obtention de consentements éclairés et l'aval d'un comité éthique (l'autorisation a été cédée par le comité d'éthique de Bâle).</li> <li>- donne un aperçu général de la situation en Suisse concernant les MGF.</li> </ul> <p><i>Points faibles de l'étude:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- concerne surtout les gynécologues/obstétriciens et sages-femmes.</li> <li>- cette étude a été réalisée avant l'élaboration des guidelines en Suisse par la société suisse d'obstétrique et de gynécologie.</li> <li>- parle peu de la prise en charge préventive des MGF.</li> </ul>
--	---

11.4.11 *Knowledge of Female Genital Cutting and Experience With Women Who Are Circumcised : A Survey of Nurse-Midwives in the United States*

<b>Titre de la recherche</b>	KNOWLEDGE OF FEMALE GENITAL CUTTING AND EXPERIENCE WITH WOMEN WHO ARE CIRCUMCISED : A SURVEY OF NURSE-MIDWIVES IN THE UNITED STATES
<b>Auteurs</b>	<b>Hess Rosanna F.</b> <b>Weinland JoAnn</b> <b>Saalinge Natalie M.</b>
<b>Journal</b>	Journal of Midwifery & Women's Health
<b>Volume</b>	55
<b>Numéro</b>	1
<b>Pages</b>	46-54
<b>Année de publication</b>	2010
<b>Pays</b>	USA
<b>Type d'étude / devis</b>	Etude quantitative.
<b>Echantillon (nombre et caractéristiques)</b>	De 600 questionnaires envoyés, 243 (soit un taux de réponse de 40.5%) ont été renvoyés. La population à l'étude est composée d'infirmières-sages-femmes diplômées (certified nurse-midwives [CNMs]).
<b>Buts / questions / hypothèses</b> <b>Concepts</b>	<i>But :</i> Examiner auprès d'infirmières-sages-femmes aux USA leurs connaissances sur les FGC et leurs expériences de travail avec des femmes africaines immigrées vivant aux USA et présentant une FGC (dans cette étude, les auteurs utilisent le terme de « female genital cutting » car l'expression mutilation génitale féminine est souvent vue comme péjorative par certaines femmes présentant une FGC).
<b>Cadre de référence</b>	Absence de cadre de référence.



<b>Méthode de collecte des données</b>	<p>Un design quantitatif guide cette étude. Les questions (fermées et ouvertes) ont été élaborées à partir d'informations publiées dans la littérature. L'enquête a été examinée, pour la validité du contenu, par trois infirmières qui avaient de l'expérience dans le domaine de la santé des femmes et avec des clientes ayant subi une FGC. L'enquête a été revue en fonction de leur contribution et a ensuite été distribuée à un échantillon aléatoire de membres du ACNM [American College of Nurse-Midwives] (n=600). Il n'y a eu aucune étude pilote avant la distribution du sondage.</p> <p>La Division de Recherche du ACNM a sollicité ses membres pour l'enquête. De plus, le bureau de recension des membres a fourni les noms et les adresses d'un échantillon aléatoire de 600 membres. Chaque membre sélectionné a reçu un paquet contenant une lettre d'introduction, un formulaire de consentement, le sondage et une enveloppe-réponse affranchie pour le retour des questionnaires remplis. La participation était volontaire et anonyme. Aucun rappel n'a été envoyé. Le remplissage du questionnaire signifiait que le participant avait consenti à participer à l'étude.</p> <p>Toutes les personnes interrogées ont été invitées à remplir les deux premières parties du sondage ; la première partie portait sur des données démographiques, la deuxième sur les connaissances générales sur la FGC. Il s'agissait pour cette partie de remplir des questions à choix multiples et de répondre par VRAI/FAUX. Les répondants qui ont indiqué avoir déjà pris en charge des femmes avec une FGC étaient invités à compléter la troisième partie du sondage. Ils devaient y décrire leurs expériences par écrit. Les descriptions des CNMs devaient inclure le pays d'origine de leur cliente, le type de FGC qu'elle avait subi et les sujets liés aux soins prénataux et obstétricaux. La description pouvait également inclure des sujets que la sage-femme avait abordés avec sa cliente et/ou les sujets que la cliente avait abordés avec la sage-femme. Finalement, le répondant avait la possibilité d'écrire des commentaires supplémentaires.</p> <p>L'approbation éthique de cette étude a été donnée par le Comité de Recherche Humaine de l'Université de Malone, Canton, OH.</p>
<b>Méthode d'analyse</b>	<p>La période de collecte des données a duré 4 mois (automne 2006). L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS (version 16.0 ; SPSS Inc., Chicago, IL). Des fréquences, des corrélations et des valeurs Pearson chi-square ont été calculées sur des données appropriées. Des questions individuelles du sondage n'ont pas été incluses dans l'analyse si la réponse avait été laissée en blanc ou marquée de plus d'une réponse. Les expériences décrites par les CNMs qui avaient travaillé avec des femmes ayant subi une FGC ont été considérées comme des anecdotes d'expériences personnelles ; par conséquent, l'analyse inductive de ces explications a été faite. Deux auteurs ont lu chaque description en notant des expressions et des mots-clés. Après plusieurs lectures, des similitudes et des associations entre les commentaires des répondants ont été dressées. Celles-ci ont été redéfinies en thèmes.</p>
<b>Résultats</b>	<p>De 600 questionnaires envoyés, 243 (soit un taux de réponse de 40.5%) ont été renvoyés. 98 des personnes interrogées (40.3%) ont indiqué qu'elles avaient directement fourni des soins à des femmes ayant subi une FGC. 130 (53.5%) ont indiqué qu'elles n'avaient pas d'expérience avec des femmes présentant une FGC. 15 (6.2%) personnes n'ont pas indiqué si elles avaient ou pas une expérience pratique avec des femmes ayant subi une FGC.</p> <p>Les CNMs ont exposé des connaissances plus correctes concernant les aspects médicaux de la FGC que les aspects légaux et</p>

	<p>culturels. Seulement 18% (44/228) des répondants savaient qu'autant les femmes chrétiennes que musulmanes pouvaient être circoncises et seulement 39% (90/228) savaient qu'aucune religion ne requiert que les femmes soit circoncises. Environ 56% (129/228) des répondants savaient que pratiquer une FGC sur une femme âgée de moins de 18 ans est contraire à la loi américaine. Moins de 50% des répondants savaient que les femmes présentant une FGC évitaient de consulter (de faire face au système de santé) pour des problèmes liés à cette pratique car elles avaient peur des représailles légales et juridiques. Les CNMs qui avaient de l'expérience avec des femmes présentant une FGC démontraient plus de connaissances à propos de la FGC que les professionnels sans expérience.</p> <p>Les CNMs (ayant de l'expérience avec des femmes présentant une FGC) abordaient, à des fréquences variées (jamais, rarement, parfois, souvent, toujours), plusieurs thèmes avec leurs clientes durant la grossesse : les douleurs à la miction, les douleurs durant les rapports sexuels, l'infertilité, la circoncision de leurs filles, nièces et petites-filles, l'examen gynécologique par un professionnel de sexe masculin, la défibulation au moment de l'accouchement, l'épisiotomie, les critères d'un accouchement par césarienne, la gestion de la douleur avant l'accouchement, la gestion de la douleur après l'accouchement et la ré-infibulation après l'accouchement.</p> <p>Selon les personnes interrogées, le sujet le plus fréquemment abordé par les femmes ayant subi une FGC est la question du professionnel de santé de sexe masculin. Des sujets tels que le plaidoyer contre les FGC et la circoncision des femmes de la famille ne sont pratiquement jamais mentionnés par les patientes. Les répondants ont rapportés les sujets abordés par leurs clientes : le sentiment d'être stigmatisées par les professionnels de santé à cause de la FGC, le sentiment de honte d'être circoncises, être fière du patrimoine culturel, ne voulant que des professionnels de santé de sexe féminins, demandes pour pratiquer une FGC chez les filles, demandes pour plaider contre l'excision dans le processus juridique.</p> <p><i>Thèmes émanant des descriptions de CNMs ayant pris en charge des femmes présentant une FGC</i></p> <p>98 des répondants (40.3%) ont indiqué qu'ils avaient directement fournis des soins à des femmes présentant une FGC. Toutefois, seulement 64 ont fait des descriptions de leurs expériences. Dans ces descriptions, quelques sages-femmes rapportent qu'elles s'étaient juste occupées d'une femme ou deux alors que les autres décrivent une large clientèle de femmes avec une FGC dans leur pratique. Grâce à une analyse inductive, trois thèmes ont émergé de ces descriptions : la ré-infibulation après l'accouchement, les complications liées aux FGC et la préférence des clientes pour des professionnels de santé de sexe féminin.</p> <p><i>- ré-infibulation</i></p> <p>Un des sujets les plus importants écrits par les sages-femmes en lien avec la prise en charge de femmes présentant une FGC, était la ré-infibulation. Ces femmes demandent cette procédure à cause de leurs croyances culturelles.</p> <p>Une CNM de Pennsylvanie écrivait : « nous avons des femmes du Soudan, de Somalie et d'Éthiopie qui viennent pour des soins. Nous demandons toujours ce qu'elles veulent après l'accouchement. Il n'y a qu'une femme qui ne voulait pas la ré-infibulation. Les autres 30 femmes dont j'ai fait l'accouchement voulaient la ré-infibulation ». La ré-infibulation n'est pas pratiquée de façon courante dans tous les établissements. Une CNM du Minnesota dit que « la ré-infibulation est confortable pour toute l'équipe ».</p>
--	---

	<p>Une sage-femme travaillant dans le Nevada décrit que ces femmes sont informées lors des visites prénatales, que le personnel n'est légalement pas autorisé à re-pratiquer une FGC ; si elles ne sont pas d'accord avec cela, elles doivent chercher un autre médecin.</p> <p>- <i>complications liées aux FGC</i></p> <p>Les complications liées aux FGC rencontrées par les CNMs sont : problèmes de miction, infections urinaires, règles douloureuses et accouchement difficile à cause d'une infibulation.</p> <p>- <i>préférence des clientes pour des professionnels de santé de sexe féminin</i></p> <p>Des sages-femmes ont indiqué que beaucoup de femmes expriment une préférence pour des professionnels de santé de sexe féminin. L'examen gynécologique pratiqué par un homme est souvent mal vu par la patiente et son mari. Ces femmes demandent explicitement des femmes pour les examiner.</p>
<p><b>Discussion / conclusion des auteurs</b></p>	<p>Les résultats indiquent que la plupart des personnes interrogées connaissent des cas de FGC mais ils manquent de connaissances sur les aspects légaux et culturels qui sont importants lorsqu'il faut fournir des soins culturellement compétents. Près de 80% (179/228) des CNMs étaient familiarisées avec les complications obstétricales et gynécologiques liées à la FGC. Moins de 50% (103/228) de l'échantillon ont pu identifier correctement les pays où la FGC est encore commune. Seulement 21 % (49/228) ont correctement nommé les croyances qui font que cette pratique se perpétue. Le pourcentage faible de réponses correctes par les CNMs ayant pris en charge des femmes présentant une FGC indique que les CNMs peuvent manquer d'informations suffisantes pour prendre en charge ces femmes de manière culturellement compétente. Des sages-femmes suédoises ont relevé que la compréhension de la sexualité et des pratiques culturelles des femmes présentant une FGC est limitée et biaisée par les convictions personnelles de certains professionnels de santé (Leval, Widmark, Tishelman &amp; Ahlberg, 2004). Elles ont déclaré être intéressées par la FGC mais elles demeurent sans instruction à propos de ce sujet.</p> <p>La connaissance de la religion d'une patiente peut aider les professionnels de santé à prodiguer des soins culturellement sensibles (Spector, 2004). Dans la présente étude, moins de 20% (44/228) des répondants savaient qu'autant les femmes chrétiennes que musulmanes pouvaient être soumises à la FGC. En fait, les chrétiens, les juifs, les chrétiens coptes du Moyen-Orient et les adeptes de religions traditionnelles africaines pratiquent également la FGC (Ortiz, 1995). Un professionnel de santé ne devrait pas présumer que les femmes présentant une FGC sont inéluctablement musulmanes simplement parce que la FGC est généralement pratiquée dans des pays islamiques.</p> <p>Beaucoup de femmes, provenant de pays où la FGC est courante, préfèrent des professionnels de santé de sexe féminin (Chalmers &amp; al., 2000 ; Thierfelder &amp; al., 2005). Les CNMs de cette étude en ont également mis cette préférence en évidence.</p> <p>Le niveau d'acculturation d'une cliente et le langage ou son degré de confort avec une sage-femme aura un impact sur l'aisance d'une femme à aborder un sujet donné avec son prestataire de soins.</p> <p>Bien qu'il existe une loi aux USA empêchant la pratique de FGC chez une fille de moins de 18 ans, 40% (98/228) des CNMs</p>

	<p>interrogées dans cette étude ne savaient pas de l'illégalité de cette pratique aux USA. Par contre, il n'existe pas de loi aux USA empêchant une femme de quitter ou d'être emmenée hors du pays pour subir une FGC.</p> <p>Bien que la ré-infibulation après un accouchement, d'un point de vue médical, ne soit pas nécessaire, des femmes présentant une FGC demandent cette procédure en raison de leurs croyances culturelles. Celles-ci peuvent être liées à la peur du rejet conjugal et le divorce (Berggren &amp; al., 2004 ; Rushwan, 2000 ; Moris, 1996). La ré-infibulation ne constitue pas un crime fédéral aux USA. Les professionnels de santé confrontés à ces demandes devraient discuter de cette pratique avec les femmes faisant la demande, et leur mari. Aussi, les professionnels de santé confrontés à cela devraient examiner leur propre position éthique sur le sujet (Widmark &amp; al., 2002).</p> <p><b>Implications</b></p> <p>Les résultats de cette étude conduisent à plusieurs implications pour la pratique clinique. Les professionnels de santé devraient avoir plus de connaissances sur les croyances et les traditions culturelles de leurs clientes provenant de pays où la FGC est pratiquée. Fournir des soins compétents et culturellement sensibles qui respectent les droits individuels et les croyances est possible quand la culture individuelle de la patiente est préservée dans le cadre de la pratique professionnelle de santé. Cela devrait permettre une baisse de la stigmatisation des femmes présentant une FGC et de lever des barrières auxquelles sont confrontées ces femmes. Ainsi, elles auraient accès à une meilleure prise en charge. Pour ce faire, des négociations entre le professionnel de santé et la patiente sont parfois nécessaires afin que des soins culturellement appropriés soient fournis.</p> <p><b>Conclusion</b></p> <p>Les CNMs fournissent des soins à un vaste éventail de femmes aux USA parmi lesquelles des femmes immigrantes présentant une FGC. Des soins culturellement congruents peuvent être fournis lorsque la culture, les traditions et les croyances de ces femmes peuvent être entendus. Les résultats de cette étude montrent que les CNMs connaissent les complications liées aux FGC mais leurs connaissances sur les aspects légaux et culturels sont minimales. Les CNMs travaillant avec une population de migrantes ont besoin de se familiariser avec la culture de leur cliente et reconnaître leur propre ethnocentrisme. Avec des connaissances approfondies de la FGC, les professionnels de santé peuvent fournir des soins culturellement sensibles et compétents que les femmes présentant une FGC méritent.</p>
<b>Remarques personnelles</b>	<p>Cette étude est en lien avec notre problématique et donc pertinente pour les raisons suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les auteurs mettent en évidence que les professionnels de santé ont besoin de connaissances sur la FGC afin de fournir des soins culturellement compétents. Hors, ils ont vu avec leurs résultats qu'il y avait des lacunes sur les connaissances de la FGC (surtout sur les aspects légaux et culturels).</li> <li>- les implications données par les auteurs sont pertinentes en regard de notre questionnement.</li> <li>- dans leur conclusion, les auteurs disent que des soins culturellement congruents peuvent être fournis lorsque la culture, les traditions et les croyances de ces femmes peuvent être entendus. Nous pouvons faire le lien avec la compétence interculturelle de Purnell et son modèle pour des soins culturellement compétents. En effet, les professionnels de santé</li> </ul>

	<p>doivent prendre connaissance de la culture, les traditions et les croyances des femmes ayant subi une MGF pour fournir des soins culturellement sensibles. Nous pouvons penser qu'ils doivent également prendre conscience de l'influence (inconsciemment au départ) que la culture de ces femmes peut avoir sur eux et sur les soins qu'ils fournissent.</p> <p><i>Points forts de l'étude :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'échantillon était aléatoire et le retour de 40,5% ; ainsi l'échantillon à l'étude peut être considéré comme représentatif</li> <li>- l'étude traite des conséquences et implications pour la pratique clinique.</li> <li>- les auteurs font référence à d'autres études dans leur discussion pour étayer leurs résultats.</li> </ul> <p><i>Points faibles de l'étude :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les auteurs parlent de design avec des descriptions qualitatives et quantitatives alors que les données ne sont que quantitatives</li> <li>- l'absence d'étude pilote (décrite par les auteurs dans les limites de l'étude)</li> <li>- les auteurs parlent de soins transculturels et de compétences interculturelles mais ne les définissent pas</li> </ul>
--	--

#### 11.4.12 Swedish Health Care Providers' Experience and Knowledge of Female Genital Cutting

<b>Titre de la recherche</b>	SWEDISH HEALTH CARE PROVIDERS' EXPERIENCE AND KNOWLEDGE OF FEMALE GENITAL CUTTING
<b>Auteurs</b>	<b>Tamaddon Leila</b> <b>Johnsdotter Sara</b> <b>Liljestrand Jerker</b> <b>Essén Birgitta</b>
<b>Journal</b>	Health Care for Women International
<b>Volume</b>	27
<b>Pages</b>	709-722
<b>Année de publication</b>	2006
<b>Pays</b>	Suède
<b>Type d'étude / devis</b>	Etude quantitative de type descriptif.
<b>Echantillon (nombre et caractéristiques)</b>	<p>Les professionnels ciblés étaient des gynécologues, des pédiatres, des sages-femmes, des médecins et infirmier-ères scolaires de régions où la majorité des immigrantes de Somalie, d'Erythrée et d'Ethiopie vivent (Stockholm, Gothenburg, Malmö et Örebro).</p> <p>769 / 2707 questionnaires ont été retournés (taux de réponse = 28%).</p> <p>Sur les 769 professionnels de santé, 134 étaient des gynécologues, 313 des sages-femmes, 103 des pédiatres, 126 des infirmières scolaire, 24 des médecins scolaire et 69 des répondants n'ont pas spécifiés leur profession.</p>
<b>Buts / questions / hypothèses</b> <b>Concepts</b>	<p>Dans cette étude, les auteurs ont cherché à évaluer les expériences et les connaissances de professionnels de santé en Suède sur la pratique des MGF. Leurs hypothèses étaient que les MGF sont une tradition qui tend à baisser chez les immigrées africaines en Suède et que la prévalence des MGF n'est pas la même en Suède que dans les pays africains. Si des cas isolés de MGF venaient à se reproduire, les chercheurs pensent que les professionnels de santé de la pédiatrie et des cliniques pour jeunes sont les plus à même de les rencontrer.</p>

<b>Cadre de référence</b>	Absence de cadre de référence.
<b>Méthode de collecte des données</b>	<p>Des questionnaires, contenant des questions quantitatives et structurées, ont été utilisés. Ils ont été distribués par poste, par courrier interne au sein de l'hôpital et quand cela était possible par contact direct avec les professionnels de santé. Les réponses ont été retournées, de façon anonyme, par poste, courrier interne ou fax. 769 questionnaires sur 2707 ont été retournés (taux de réponse = 28%).</p> <p>Le questionnaire a été préalablement testé par quelques sages-femmes et gynécologues, un pédiatre et une infirmière scolaire. Il a ensuite été envoyé au public à l'étude. L'étude a été réalisée avec l'approbation du comité d'éthique sur la recherche de l'université de Lund.</p>
<b>Méthodes d'analyse</b>	Les 769 questionnaires ont été analysés avec des statistiques descriptives.
<b>Résultats</b>	<p>60% (458/769) des répondants ont rencontré des patientes avec une MGF. 80% (366/458) des répondants ont vu des patientes avec une MGF qu'ils ont estimé de type III (infibulation), 68% (311/458) ont vu une MGF de type II, 41% (188/458) ont vu une MGF de type I et 18% (82/458) une MGF de type IV.</p> <p>7 professionnels de santé, dont 4 sages-femmes, 2 pédiatres et 1 gynécologue, ont vu des cas de MGF qu'ils ont suspectés comme ayant été pratiqués récemment.</p> <p>Parmi les pédiatres, quelques-uns ont indiqué qu'ils ne savaient rien sur la question des MGF par rapport aux gynécologues. Chez les gynécologues 47/134 (=35%) estiment avoir des connaissances adéquates concernant les MGF, chez les sages-femmes ce nombre est de 90/313 (=29%), chez les pédiatres de 21/103 (20%), chez les infirmières scolaire de 34/126 (=27%), chez les médecins scolaire de 4/24 (=17%) et chez les personnes interrogées, n'ayant pas spécifié leur profession, ce nombre est de 21/69 (30%). Au total, seulement 217/769 (=28%) professionnels estiment avoir des connaissances adéquates sur les MGF.</p> <p>Certains professionnels ont exprimé le besoin de guidelines cliniques et plus de formation sur le thème de la MGF. Quelques-uns ont cité les conférences, les séminaires ou des réunions spéciales consacré aux MGF qui seraient menés par des professionnels avec de l'expérience pour traiter ces questions.</p>
<b>Discussion / conclusion des auteurs</b>	<p><i>Discussion :</i></p> <p>L'étude montre que la majorité des professionnels de santé suédois travaillent dans des zones où ils ont vu des patientes présentant une MGF. Seulement 7/769 répondants ont vu des cas de MGF qu'ils suspectaient comme étant récents.</p> <p>Contrairement à des estimations rendues publiques qui alléguaient que 5'000 filles africaines étaient à risque de subir une MGF, les résultats montrent que les pédiatres ne rencontrent pas de jeunes filles africaines avec une MGF. Les auteurs se demandent</p>

	<p>si la pratique de MGF se produit en Suède avec la même étendue que dans les pays d'origine.</p> <p>Il semblerait que les patientes présentant une MGF soient plus souvent vues dans les services de pédiatrie, obstétrique et gynécologie des villes étudiées. La fréquence à laquelle les professionnels de santé voient des patientes avec une MGF suspectée comme récente est très basse. Seulement sept professionnels ont vus des MGF qu'ils suspectaient comme ayant été pratiquées récemment. Il est possible que ces 7 professionnels aient rencontré 7 patientes différentes et qui avaient subi des MGF récentes mais ce au cours des 20 dernières années (car dans la question qui était posée, les auteurs ne cherchaient pas à savoir quand est-ce que ces 7 professionnels avaient rencontré ces patientes). Les auteurs ne peuvent pas exclure la possibilité que deux ou plusieurs de ces cas rapportés se réfèrent à la même patiente. Il est aussi possible que les cas cités ne soient basés que sur des « ouï-dire » sans que le professionnel n'est réellement vu la MGF. Le fait qu'aucun cas n'ai été intenté devant le tribunal indique que les prestataires de santé n'ont pas signalé de cas potentiels comme le veut la loi (Johnsdotter, 2004). Cela peut, à son tour, indiquer que les MGF en question auraient pu se produire à l'étranger avant 1999 (quand cette pratique a été interdite par la loi en Suède).</p> <p>Il est surprenant que seulement 2 pédiatres aient rapporté leur suspicion d'avoir vu des cas récents de MGF. Les pédiatres devraient être parmi les premiers professionnels qui entrent en contact avec les 5'000 filles à risque. Cette étude montre que les pédiatres ne font, évidemment, pas face à l'expérience de la MGF de la même façon que dans les pays d'origines de ces patientes. Cela indique que les jeunes filles ne sont pas excisées en Suède. Ceci permet de conclure que la MGF n'est pas une pratique courante chez les immigrants africains vivant en Suède.</p> <p>Les gynécologues, plus que les autres répondants, considèrent avoir des connaissances suffisantes sur les MGF. Les résultats dépendent de l'interprétation des répondants sur « des connaissances » ; lesquelles ? et sur ce que les auteurs veulent dire par « suffisantes » car cela n'a pas été défini dans le questionnaire. Les résultats montrent la tendance chez la majorité des professionnels de santé (surtout chez les pédiatres et les infirmières scolaires) qu'ils n'ont pas des connaissances suffisantes sur les motifs des MGF ou de sa prévention. La majorité d'entre eux demandent des guidelines cliniques pour pouvoir les utiliser dans leur pratique. Des outils pour faciliter la compréhension et la communication entre les professionnels de santé et les femmes présentant une MGF ont également été demandés. Le Conseil National Suédois de la santé et du bien-être a fait des efforts considérables pour rassembler des informations sur les MGF et pour créer des guidelines pour les professionnels de santé. Il semble cependant, que la plupart des professionnels, en particulier les pédiatres et les infirmiers-ères scolaires, aient besoin de formation supplémentaire afin de se sentir compétents dans ce domaine.</p> <p><i>Conclusion :</i></p> <p>La majorité des professionnels de santé suédois (en pédiatrie, obstétrique ou gynécologie) ont rencontré un certain nombre de femmes ayant subi une MGF il y a quelques années. Seulement 7 professionnels des 769 répondants ont suspectés des cas récents de MGF. Si la pratique était plus fréquente en Suède, plus de pédiatres, médecins scolaires, infirmières scolaires auraient rapportés qu'ils avaient rencontré des filles ayant récemment subi une MGF. Les résultats de l'étude ne sont pas en concordance avec les estimations du Conseil National de la santé et du bien-être qui estime à 5'000 le nombre de filles à risque de subir une MGF en Suède. Néanmoins, les professionnels de santé ont besoin d'acquérir plus de compétences médicales et</p>
--	---



	<p>culturelles pour faire face aux femmes ayant subi une MGF il y a longtemps, dans leur pays d'origine. Les autorités suédoises peuvent améliorer leurs efforts pour faciliter les rencontres entre les professionnels de santé et les patientes présentant une MGF.</p>
<b>Remarques personnelles</b>	<p><i>Éléments en lien avec notre recherche :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'étude cherche à évaluer les expériences et les connaissances des professionnels de santé en Suède.</li> <li>- dans leur conclusion, les auteurs disent que les professionnels ont besoin d'acquérir plus de compétences médicales et culturelles pour faire face aux femmes ayant subi une MGF.</li> </ul> <p><i>Points forts de l'étude :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- échantillon avec plusieurs professions.</li> <li>- étude menée dans 4 régions de suède.</li> <li>- résultats obtenus sont utiles pour la discipline infirmière.</li> </ul> <p><i>Points faibles de l'étude :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- faible taux de réponse (28%).</li> <li>- description de la méthode d'analyse succincte.</li> <li>- résultats assez brefs, peu commentés par les chercheurs (dû à l'analyse descriptive).</li> <li>- dans les résultats, les auteurs utilisaient parfois le mot « <i>some</i> » sans spécifier de chiffres, alors que nous sommes dans une étude quantitative.</li> </ul>

11.4.13 *Perception of primary health professionals about Female Genital Mutilation : from healthcare to intercultural competence*

<b>Titre de la recherche</b>	PERCEPTION OF PRIMARY HEALTH PROFESSIONALS ABOUT FEMALE GENITAL MUTILATION : FROM HEALTHCARE TO INTERCULTURAL COMPETENCE
<b>Auteurs</b>	<b>Kaplan-Marcusan Adriana</b> <b>Torán-Monserrat Pere</b> <b>Moreno-Navarro Juana</b> <b>Castany Fàbregas Ma Jose</b> <b>Muñoz-Ortiz Laura</b>
<b>Journal</b>	BMC Health Services Research
<b>Volume</b>	9
<b>Numéro</b>	11
<b>Année de publication</b>	2009
<b>Pays</b>	Espagne
<b>Type d'étude / devis</b>	Etude quantitative de type transversale et descriptive menée en 2001 puis 2004.
<b>Echantillon (nombre et caractéristiques)</b>	<p>Trois grands groupes de professionnels ont été sélectionnés en fonction des caractéristiques de la population à laquelle ils sont confrontés : la médecine générale (médecins et infirmières) qui côtoie une population âgée de plus de 15 ans ; la pédiatrie (médecins et infirmières) qui côtoie une population âgée de moins de 15 ans et la gynécologie (gynécologues, infirmières et sages-femmes) qui participe au programme de santé sexuelle et reproductive. L'échantillon comprend également des travailleurs sociaux [seulement en 2004] qui travaillent dans les 13 centres de santé catalans.</p> <p>En 2001, sur 280 questionnaires distribués, 225 ont été remplis (soit 80% de réponse). En 2004, 296 distribués contre 184 remplis (62% de réponse).</p>
<b>Buts / questions /</b>	<i>But :</i>

<b>hypothèses Concepts</b>	<p>Analyser les perceptions, le degré de connaissances et les attitudes des professionnels de santé de soins primaires en lien avec les MGF ;</p> <p>Explorer les évolutions possibles vers un changement de ces perceptions et attitudes entre 2001 et 2004.</p>
<b>Cadre de référence</b>	Absence de cadre de référence.
<b>Méthode de collecte des données</b>	<p>Questionnaires auto-administrés. La stratégie de distribution des questionnaires consistait à rencontrer d'abord les directeurs de chaque centre. Ceux-ci ont reçu les questionnaires et les ont distribués dans les différentes équipes de soins concernées. Un membre de l'équipe de recherche avait déjà contacté, par téléphone, ces directeurs afin de leur expliquer les objectifs de l'étude. Un total de 280 questionnaires a été distribué en 2001 et 296 en 2004.</p> <p>Les questionnaires collectaient des données sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les variables sociodémographiques (âge, genre, profession et spécialité)</li> <li>- le degré de connaissances des MGF (typologie, raisons de cette pratique, pays où les MGF sont pratiquées)</li> <li>- le degré d'intérêt à avoir plus de connaissances sur le sujet des MGF (besoin ou désir d'en savoir plus sur le sujet, formation reçue ou non sur les MGF et la connaissance de protocoles)</li> <li>- les expériences passées (prise en charge de patientes provenant de pays où la MGF est pratiquée, détection de cas de MGF)</li> <li>- les attitudes des professionnels confrontés à des cas de MGF (ignorer, sensibiliser, dénoncer aux autorités)</li> </ul> <p>Certaines questions posées en 2001 ne l'étaient plus en 2004. C'est le cas dans l'évaluation des connaissances où les questions sur les raisons de la pratique des MGF et les pays où elles se pratiquent n'étaient pas posées. Les chercheurs n'ont plus posé ces questions car ils ont jugé que des informations suffisantes ont été obtenues avec les questions de connaissances globales et l'identification de la typologie des MGF.</p>
<b>Méthode d'analyse</b>	Les analyses ont été effectuées en utilisant le logiciel Stata version 9.2 (StataCorp, College Station, TX, USA).
<b>Résultats</b>	<p>Questionnaires distribués : 280 en 2001 ; 296 en 2004</p> <p>Questionnaires retournés : 225 en 2001 (80% de réponse) ; 184 en 2004 (62% de réponse)</p> <p><i>Caractéristiques des participants</i></p> <p><b>Hommes</b> : 63 (28%) en 2001 ; 50 (27,2%) en 2004</p> <p><b>Femmes</b> : 155 (68,9%) en 2001 ; 131 (71,2%) en 2004</p> <p><b>Sexe inconnu</b> : 7 (3,1%) en 2001 ; 3 (1,6%) en 2004</p>

	<p><b>Age :</b></p> <p>20-40 ans : 54 (24%) en 2001 ; 58 (31,5%) en 2004</p> <p>41-50 ans : 121 (53,8%) en 2001 ; 80 (43,5%) en 2004</p> <p>&gt; 50 ans : 44 (19,5%) en 2001 ; 42 (22,8%) en 2004</p> <p>Age pas connu : 6 (2,7%) en 2001 ; 4 (2,2%) en 2004</p> <p><b>Groupe professionnel :</b></p> <p>Médecine générale : 162 (72%) en 2001 ; 140 (79.6%) en 2004</p> <p>Pédiatrie : 42 (18,7%) en 2001 ; 27 (15,3%) en 2004</p> <p>Gynécologie : 18 (8%) en 2001 ; 5 (2,8%) en 2004</p> <p>Non spécifié : 3 (1,3%) en 2001 ; 4 (2,3%) en 2004</p> <p><b>Spécialité :</b></p> <p>Médecine générale : 77 (34,2%) en 2001 ; 70 (38%) en 2004</p> <p>Gynécologie : 7 (3,1%) en 2001 ; 4 (2,2%) en 2004</p> <p>Soins infirmiers en médecine générale : 85 (37,8%) en 2001 ; 70 (38%) en 2004</p> <p>Soins infirmiers en pédiatrie : 22 (9,8%) en 2001 ; 15 (8,2%) en 2004</p> <p>Pédiatre : 20 (8,9%) en 2001 ; 12 (6,5%) en 2004</p> <p>Sage-femme : 11 (4,9%) en 2001 ; 1 (0,5%) en 2004</p> <p>Travailleur social : en 2001 il n'y en avait pas ; 8 (4,4%) en 2004</p> <p>Non spécifiée : 3 (1,3%) en 2001 ; 4 (2,2%) en 2004</p> <p><b>Connaissances, attitudes et intérêt en lien avec les MGF chez les participants</b> (les pourcentages ont été calculés sur la base des questionnaires contenant des informations ; les résultats sont données en fonction du sexe des répondants).</p> <p><b>Connaissances :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- participants qui affirment savoir ce qu'est une MGF : en 2001 cela correspond à 98,4% (62/63) des hommes et 98,1% (152/155) des femmes ; en 2004 à 98% (49/50) des hommes et 94,7% (124/131) des femmes.</li> <li>- participants ayant correctement défini une MGF : en 2001 cela correspond à 35,5% (22/63) des hommes et 48,7%</li> </ul>
--	--

	<p>(75/155) des femmes ; en 2004 à 40,8% (20/50) des hommes et 39,5% (52/131) des femmes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- participants affirmant connaître les pays où se pratiquent des MGF [question posée seulement en 2001] : 80,9% (51/63) des hommes et 77,8% (121/155) des femmes</li> <li>- participants ayant correctement identifié les pays [question posée seulement en 2001] : 17,6% (11/63) des hommes et 26,9% (42/155) des femmes</li> <li>- participants croyant que les MGF sont pratiquées pour des raisons [question posée seulement en 2001] : <ul style="list-style-type: none"> <li>o de religion : 19,7% (12/63) des hommes et 13,2% (20/155) des femmes</li> <li>o de tradition : 45,9% (29/63) des hommes et 54,6% (85/155) des femmes</li> <li>o de religion et d'hygiène : 1,6% (1/63) des hommes et aucune femme</li> <li>o de religion et de tradition : 29,6% (19/63) des hommes et 27% (42/155) des femmes</li> <li>o d'hygiène et de tradition : 1,6% (1/63) des hommes et 3,9% (6/155) des femmes</li> <li>o de religion, tradition et hygiène : 1,6% (1/63) des hommes et 1,3% (2/155) des femmes</li> </ul> </li> <li>- participants ayant détecté des cas de MGF : en 2001, 3,2% des hommes (2/63) et 6,6% (10/155) des femmes ; en 2004, 6% (3/50) des hommes et 20,6% (39/131) des femmes.</li> </ul> <p><b>Attitudes (la question posée était : comment pensez-vous que nous devrions réagir face à une situation de MGF ?)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ignorer : en 2001 cela correspond à 1,6% (1/63) des hommes et 0,6% (1/155) des femmes ; en 2004 aucun participant, quel que soit le sexe, ne préconisait cette attitude</li> <li>- sensibiliser : en 2001 cela correspond à 44,4% (28/63) des hommes et 51,6% (80/155) des femmes ; en 2004 cela correspond à 18% (9/50) des hommes et 36,6% (48/131) des femmes</li> <li>- dénoncer aux autorités : en 2001 cela correspond à 22,2% (14/63) des hommes et 15,5% (24/155) des femmes ; en 2004 à 22% (11/50) des hommes et 25,2% (33/131) des femmes</li> <li>- sensibiliser et dénoncer : en 2001 cela correspond à 31,8% (20/63) des hommes et 32,3% (50/155) des femmes ; en 2004 à 60% (30/50) des hommes et 38,2% (50/131) des femmes</li> </ul> <p><b>Intérêt (la question posée était : êtes-vous intéressé à en savoir plus sur le sujet des MGF ?)</b></p> <p>En 2001, 69,5% (44/63) des hommes et 87% (135/155) des femmes ont répondu positivement à cette question. En 2004, 81,1% (41/50) des hommes et 83,2% (109/131) des femmes ont émis le souhait d'en connaître davantage sur les MGF.</p> <p>En 2001 et 2004, les femmes démontrent un intérêt nettement plus marqué à connaître le sujet des MGF.</p> <p><b>Formation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- participants ayant reçu de la formation sur les MGF : en 2001, aucune donnée ; en 2004, 10% (5/50) des hommes et 15,3% (20/131) des femmes</li> <li>- participants connaissant des protocoles d'actions concernant les MGF : en 2001, aucune donnée ; en 2004, 22,5% (11/50) des hommes et 18,4% (24/131) des femmes</li> </ul>
--	---

<p><b>Discussion / conclusion des auteurs</b></p>	<p><i>Discussion :</i></p> <p>Dans une étude menée en Suisse (Thierfelder, C., Tanner, M. et Claudia, M. Kessler Bodiang, C.M. (2005). Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system. <i>European Journal of Public Health</i>, 15(1), 86-90.) seulement 8% des professionnels interrogés déclarent avoir développé une intervention préventive au cours de leur consultation. Dans la présente étude, sur le questionnaire de 2004, 31% des professionnels ont exprimé la nécessité de développer des actions éducatives et de sensibilisation afin de prévenir les MGF. La différence est peut-être due à l'échantillon limité et que les professionnels suisses étaient spécialisés en gynécologie. Dans la présente étude, les professionnels interrogés travaillent en santé primaire avec une vision plus générale des problèmes de santé. Théoriquement, ils seraient plus à même de faire des enseignements et des activités préventives.</p> <p>L'écart entre la perception d'avoir de bonnes connaissances (savoir dans quel pays se pratiquent les MGF et pour quelles raisons) et les réponses correctes sur la typologie, les pays et les raisons de sa perpétuation devrait être souligné [participants qui affirment savoir ce qu'est une MGF : en 2001 cela correspond à 98,4% (62/63) des hommes et 98,1% (152/155) des femmes ; en 2004 à 98% (49/50) des hommes et 94,7% (124/131) des femmes ; participants ayant correctement défini une MGF : en 2001 cela correspond à 35,5% (22/63) des hommes et 48,7% (75/155) des femmes ; en 2004 à 40,8% (20/50) et 39,5% (52/131) des femmes. Participants affirmant connaître les pays où se pratiquent des MGF [question posée seulement en 2001] : 80,9% (51/63) des hommes et 77,8% (121/155) des femmes ; participants ayant correctement identifié les pays [question posée seulement en 2001] : 17,6% (11/63) des hommes et 26,9% (42/155) des femmes. Participants croyant que les MGF sont pratiquées pour des raisons [question posée seulement en 2001] : de religion : 19,7% (12/63) des hommes et 13,2% (20/155) des femmes ; de tradition : 45,9% (29/63) des hommes et 54,6% (85/155) des femmes ; de religion et d'hygiène : 1,6% (1/63) des hommes et aucune femme ; de religion et de tradition : 29,6% (19/63) des hommes et 27% (42/155) des femmes ; d'hygiène et de tradition : 1,6% (1/63) des hommes et 3,9% (6/155) des femmes ; de religion, tradition et hygiène : 1,6% (1/63) des hommes et 1,3% (2/155) des femmes. Cela indique qu'en fait les professionnels ont un manque important de connaissances en ce qui concerne les MGF. Les professionnels de santé interrogés font face à un problème de santé avec un grand manque de connaissances sur son contexte social et culturel.</p> <p>Les résultats montrent que les professionnels de santé primaire interrogés ont un intérêt élevé à parler de cette thématique (en 2001, 69,5% (44/63) des hommes et 87% (135/155) des femmes ; en 2004, 81,1% (41/50) des hommes et 83,2% (109/131) des femmes ont répondu « oui » à la question qui consistait à savoir s'ils étaient intéressés à en savoir plus sur le sujet). De plus, ils ont un faible degré de connaissances (moins de la moitié ont correctement identifié la typologie des MGF et 25% ont su dire les pays où étaient perpétrées ces pratiques).</p> <p>Afin d'élaborer des interventions efficaces dans un futur proche, il serait nécessaire de promouvoir une connaissance approfondie de la culture et de la réalité sociale des communautés de migrants à risque. Cela devrait permettre aux professionnels d'aborder cette problématique avec de meilleures compétences et donc plus de possibilités de succès.</p> <p>Le fait que les points de vue soient différents d'après le sexe devrait être pris en compte afin d'éviter des disparités dans les</p>
---	--

	<p>prises en charge. Le défi réside dans l'évitement d'une barrière supplémentaire concernant l'approche des problèmes liés aux MGF (car différence dans la perception des MGF). Les résultats de cette étude indiquent que les hommes doivent être sensibilisés et que les stéréotypes doivent être dépassés afin d'éviter des inégalités. Toutefois, il faut tenir compte de la préférence des femmes migrantes à être prises en charge par une femme.</p> <p>Le fait d'avoir reçu une formation spécifique ou de connaître des protocoles d'action semble être associé à une meilleure identification de la typologie des MGF. Toutefois, ces professionnels peuvent avoir un certain nombre de connaissances théoriques mais il existerait tout de même un manque de compétences pratiques à l'égard de l'approche, la détection et la prévention.</p> <p>L'amélioration des connaissances sur les MGF et son contexte culturel devrait permettre une approche professionnelle plus adéquate et surtout plus respectueuse envers les cultures, les croyances et les besoins de ces femmes.</p> <p><i>Conclusion :</i></p> <p>Cette étude démontre que la problématique des MGF est présente dans les centres de soins primaires du pays. Le pourcentage de détection de certains cas, par des professionnels, a triplé en trois ans [en 2001, 3,2% des hommes (2/63) et 6,6% (10/155) des femmes ; en 2004, 6% (3/50) des hommes et 20,6% (39/131) des femmes]. Les femmes présentent une plus grande sensibilité professionnelle face au sujet des MGF. Les professionnels surévaluent leur degré de connaissances sur les MGF alors que moins de la moitié ont pu correctement identifier les différents types de MGF et les pays où elles se pratiquent. Il est donc nécessaire de promouvoir la connaissance anthropologique du problème et de développer des actions de prévention. De même, la détection des familles à risque est nécessaire afin d'éviter des actions en justice. Le développement de modèles d'intervention, avec une vision transculturelle respectueuse des valeurs et des croyances de personnes concernées, permettra d'aborder cette problématique avec plus de succès. Ce problème est récent en Espagne. D'autres études doivent être réalisées afin d'observer plus minutieusement les attitudes des professionnels à l'égard des MGF et d'explorer les croyances, les besoins des familles immigrantes présentes en Espagne.</p>
<b>Remarques personnelles</b>	<p>Cette étude est en lien avec notre questionnement pour les raisons qui suivent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dans le contexte de l'étude, les auteurs disent que l'approche des problèmes de santé qui touchent les femmes ayant subi une MGF représente un défi pour les systèmes de santé. Ils disent également que les professionnels de santé qui se retrouvent confrontés à la problématique des MGF doivent développer des compétences afin d'offrir des soins transculturels (ce terme n'est pas plus explicité par les auteurs).</li> <li>- les auteurs pensent qu'en plus d'un cadre légal adéquat sur les MGF, une approche préventive est essentielle avec une perspective de connaissances et de sensibilisation.</li> <li>- les auteurs pensent également que les pays d'accueil devraient approcher le sujet des MGF en ayant un contact proche avec les familles migrantes et former des professionnels de santé sur ce sujet.</li> </ul>

	<p><i>Points forts de l'étude :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'étude a été menée auprès d'une population de professionnels variée (gynécologues, pédiatres, infirmier-ères, sages-femmes, médecins et travailleurs sociaux [seulement en 2004 pour les travailleurs sociaux])</li> <li>- retour représentatif des questionnaires (en 2001, taux de réponse = 80% ; en 2004 = 62%)</li> <li>- les critères éthiques ont été respectés</li> <li>- donnent des perspectives pour d'autres études qui sont pertinentes (observer plus minutieusement les attitudes des professionnels de santé à l'égard des MGF et explorer les croyances, les besoins des familles immigrantes vivant en Espagne)</li> <li>- étude récente</li> </ul> <p><i>Points faibles de l'étude :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- alors que les auteurs ont parlé de soins transculturels, ils n'ont pas développé ce concept</li> <li>- peu de résultats sont clairement explicités</li> <li>- les résultats étaient présentés sous forme de tableaux mais n'étaient exprimés qu'en pourcentage et nous n'avons pas pu saisir le sens de certains résultats</li> <li>- en raison du fait que nous n'avons pas saisi le sens de certains résultats, il n'est pas possible de tirer des conclusions sur d'éventuels changements entre l'étude en 2001 puis en 2004</li> </ul>
--	---



11.4.14 *Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden*

<b>Titre de la recherche</b>	EXPERIENCES FROM PREGNANCY AND CHILDBIRTH RELATED TO FEMALE GENITAL MUTILATION AMONG ERITREAN IMMIGRANT WOMEN IN SWEDEN
<b>Auteurs</b>	<b>Lundberg Pranee C.</b> <b>Gerezgiher Alganesh</b>
<b>Journal</b>	Midwifery
<b>Volume</b>	24
<b>Pages</b>	214-225
<b>Année de publication</b>	2008
<b>Pays</b>	Suède
<b>Type d'étude / devis</b>	Etude qualitative avec des entretiens semi-structurés et des questions ouvertes. Une approche ethnographique a été choisie en raison de sa capacité à générer des connaissances sur les phénomènes qui sont fortement intégrés dans un contexte culturel. Les interviews de type ethnographique ont permis aux personnes interrogées de parler d'après leur propre point de vue et dans leur propre langue sur leurs perceptions et expériences.
<b>Echantillon (nombre et caractéristiques)</b>	15 femmes érythréennes vivant à Uppsala, Suède ou ses alentours.
<b>Buts / questions / hypothèses</b> <b>Concepts</b>	Le but de la présente étude était d'explorer les expériences de femmes immigrées érythréennes pendant leurs grossesses, leurs accouchements et le post-partum en lien avec une MGF.
<b>Cadre de référence</b>	Absence de cadre de référence.
<b>Méthode de collecte</b>	Des femmes érythréennes ont été sélectionnées pour constituer l'échantillon avec une méthode boule de neige. Ainsi, la sélection s'est faite avec l'aide de références données par les participantes sélectionnées antérieurement. Les femmes de

<b>des données</b>	<p>l'échantillon vivaient à Uppsala (en Suède) même ou ses alentours, une ville universitaire avec quelques 180'000 habitants ; elles ont formé un groupe de 15 participantes. Les critères de sélection des femmes érythréennes étaient : elles avaient grandi en Erythrée et subi une MGF ; elles ont émigré d'Erythrée et vivaient depuis au moins 2 ans en Suède ; leur âge variait de 30 à 50 ans ; elles devaient avoir accouché d'au moins un enfant et devaient être prêtes à participer à l'étude.</p> <p>Toutes les participantes ont été contactées par téléphone et les chercheurs leur ont demandé si elles étaient prêtes à participer à l'étude. Ils leurs ont donné des informations écrites et orales sur l'étude, ses buts et les considérations éthiques. Ils leurs ont assurés l'anonymat et la confidentialité des interviews. Les chercheurs ont donné un numéro à chaque participante qui servirait pour l'analyse des données. Ils leurs ont également assurés que les enregistrements seraient détruits à la fin du projet. Le consentement écrit des participantes a été obtenu.</p> <p>Les participantes ont été interviewées deux fois (la deuxième fois, les chercheurs ont donné aux participantes la transcription du premier entretien et leurs ont demandé si elles voulaient rajouter des informations, clarifier certains sujets, approfondir la discussion ou supprimer des informations). Les entretiens se sont déroulés en anglais (pour 7 participantes) ou dans la langue maternelle des participantes (pour 8 participantes). Par contre, les entretiens dans la langue maternelle des participantes ont été traduits en anglais.</p> <p>Une étude pilote avec 3 femmes érythréennes avait été réalisée afin de savoir si les participantes comprendraient les questions de l'entretien, si elles comprendraient les instructions, si le format des questions étaient adapté et si les questions étaient pertinentes. Les chercheurs ont également fait un test d'analyse sur les transcriptions des interviews.</p>
<b>Méthode d'analyse</b>	<p>Les interviews ont été enregistrées, transcrites textuellement et codées pour assurer la confidentialité. Les données des entrevues ont été analysées d'après les sujets récurrents et des thèmes ont été établis. L'analyse des données a débuté par la lecture des transcriptions dans leur intégralité et ce plusieurs fois de suite pour en comprendre le contenu. Des similitudes et des différences entre les entretiens ont été notées et interprétées. Les chercheurs ont procédé à une analyse thématique d'abord séparément puis ensemble afin d'améliorer la validité et la fiabilité des résultats. A la fin de l'analyse, six thèmes émanant des résultats ont été examinés et validés par un chercheur expérimenté et indépendant.</p>
<b>Résultats</b>	<p>Toutes les femmes présentaient une MGF de type III (infibulation). Elles avaient entre 3 et 4 enfants. 12 avaient accouché en Erythrée ou au Soudan et en Suède, 3 avaient accouché seulement en Suède.</p> <p>6 thèmes sur les expériences de la grossesse et de l'accouchement ont donc émergés, notamment : (1) peur et anxiété, (2) douleur extrême et complications à long terme, (3) connaissances des professionnels de santé sur les MGF et système de santé, (4) soutien de la part de la famille, des proches et des amis, (5) désinfibulation, ré-infibulation et (6) décision contre les MGF des filles.</p> <p><i>Peur et anxiété</i></p> <p>Toutes les femmes de cette étude ont ressenti de la peur et de l'anxiété durant la grossesse et à l'accouchement. Elles avaient</p>

entendu des gens parler de femmes qui étaient décédées avec le bébé au moment de l'accouchement à cause d'une hémorragie ou d'une infection. Elles n'ont pas été informées par leurs parents sur ce qu'ils ont eux-mêmes vécu durant l'accouchement (une participante disait que les femmes, dans son pays, ne parlent pas de l'accouchement et de ses difficultés). Personne ne leur a expliqué ce qu'elles devaient faire ou comment elles pouvaient se préparer durant la grossesse et l'accouchement. Par conséquent, elles étaient inquiètes et anxieuses à propos de leur accouchement. Quelques-unes ont mentionné qu'elles avaient peur de la césarienne et donc elles ont essayé de ne pas trop manger pour limiter la taille du fœtus et donc éviter cette méthode d'accouchement. Elles se faisaient du souci sur ce qui pouvait leur arriver et à leurs bébés durant l'accouchement à cause de la MGF. Par exemple, elles avaient peur d'un déchirement important au niveau du vagin pendant l'accouchement et de l'incontinence urinaire et fécale qui pourrait faire que leurs maris et les communautés les rejettent.

*Douleur extrême et complications à long terme*

La plupart des femmes ont décrit qu'elles étaient confrontées à des douleurs importantes et qu'elles ont souffert de complications dues à la MGF. Certaines femmes ont décrit que lors de leur premier rapport sexuel elles avaient eu très mal. La plupart des femmes ont décrit que pendant la grossesse, elles avaient souffert lors des contrôles mensuels en Erythrée ou au Soudan. Personne ne pouvait parler ouvertement de sa douleur car cela serait honteux de le faire (par exemple, une femme a décrit son expérience. Elle disait qu'il faut souffrir et en plus ne rien dire car personne ne parle ouvertement de la douleur en lien avec le sexe). Pendant et après l'accouchement, les femmes interrogées ont également ressenti des douleurs intenses. De plus, certaines femmes ont mentionné qu'elles étaient plus sensibles et sentaient plus de douleurs lorsqu'un médecin de sexe masculin pratiquait l'examen pelvien.

La plupart des femmes ont eu une mauvaise expérience du post-partum dans leur pays d'origine. Elles ont souffert de complications comme des plaies infectées, des hémorragies et de l'incontinence urinaire. La cicatrisation de la plaie a pris beaucoup de temps.

*Connaissances des professionnels de santé sur les MGF et système de santé*

Toutes les femmes participant à l'étude ont eu des expériences positives et négatives du système de santé et des connaissances des professionnels de santé sur les MGF. Les expériences positives étaient en lien avec des sages-femmes ou des médecins qu'elles ont rencontré et qui avaient de bonnes connaissances sur les MGF et les femmes qui en avaient subi. Rencontrer des sages-femmes ou des médecins avec des connaissances les faisaient se sentir en confiance. Elles étaient ravies et heureuses de rencontrer ces professionnels de santé qui étaient capables de les informer et les aider dans leur situation critique. Par exemple, certaines femmes ont rencontré une sage-femme qui était familiarisée avec les problèmes auxquels doivent faire face des femmes ayant subi une MGF car elle avait précédemment travaillé en Afrique. Quant aux expériences négatives, certaines femmes ont mentionné qu'elles ne se sont pas senties sûres quand elles ont rencontré des sages-femmes ou des médecins sans connaissances sur le sujet. Elles ont déclaré qu'elles avaient ressenti de l'inquiétude, de la peur et de l'anxiété à cause du manque d'habileté des sages-femmes ou des médecins à traiter des femmes circoncises.

Toutes les femmes avaient de bonnes impressions du système de santé en Suède, qu'il s'agisse de soins durant la grossesse,

	<p>l'accouchement ou le post-partum. Elles ont mentionné que la Suède est désormais multiculturelle et abrite un grand nombre de personnes provenant de pays où les MGF sont pratiquées. Elles ont eu de mauvaises expériences avec la grossesse et l'accouchement dans leur pays d'origine. Les soins durant la grossesse au Soudan étaient très différents de ceux en Suède. En Suède, l'accueil et l'examen attentif par les sages-femmes ont fait que ces femmes se sont senties sécurisées même si elles vivaient loin de leurs familles. Elles pensaient que la préparation pour des soins à des femmes circoncises était bonne en Suède. Toutefois, certaines des femmes interrogées ont dit qu'elles espéraient que dans l'avenir les sages-femmes, en Suède, devraient être mieux formées sur les MGF et la prise en charge des femmes concernées.</p> <p><i>Soutien de la part de la famille, des proches et des amis</i></p> <p>Toutes les femmes de cette étude ont mentionné le soutien qu'elles avaient reçu durant l'accouchement et le post-partum en Erythrée, au Soudan ou en Suède. Dans leur pays d'origine, elles étaient entourées par la famille, la mère, les proches et les amis qui ont offert du soutien qui permettait de réduire leur peur et leur douleur. Elles ont reçu de l'aide à l'hôpital et à la maison. Les membres de la famille ou les amis ont pris la responsabilité des soins de la mère et de son bébé pendant 40 jours. Aussi, les femmes plus âgées jouaient un rôle important en donnant des conseils aux jeunes mamans et en partageant leurs expériences avec elles. Elles ont déclaré qu'en Suède, elles ont ressenti de la solitude car elles vivaient loin de leurs proches. Elles n'ont pas eu le même type de soutien que dans leur pays d'origine. L'absence de soutien de la famille et des proches était pénible pour elles. Toutefois, certaines femmes ont mentionné que leur mari ou amis leur ont apporté du soutien durant l'accouchement et le post-partum en Suède. De plus, elles ont reçu de l'aide et du soutien de la part des sages-femmes.</p> <p><i>Désinfibulation et ré-infibulation</i></p> <p>La plupart des femmes interrogées avaient été ré-infibulées une ou deux fois après l'accouchement dans leur pays d'origine. Selon leurs traditions et leurs cultures, aucune n'a négligé de le faire faire. Elles ne voulaient pas être différentes des autres femmes de leur entourage. Lorsqu'elles ont donné naissance en Suède, elles ont été informées, par les sages-femmes, sur la loi suédoise qui interdit la ré-infibulation. Cela a donné la possibilité à certaines de ne pas être ré-infibulées. Une femme de l'étude a rapporté qu'après avoir subi la ré-infibulation deux fois dans son pays d'origine, elle avait, pour son troisième accouchement en Suède, décidé de ne pas être ré-infibulée car elle avait le droit de faire cela.</p> <p><i>Décision contre les MGF des filles</i></p> <p>Toutes les femmes ont décrit qu'elles avaient été circoncises alors qu'elles étaient encore enfants. De ce fait, elles ne savaient pas la différence entre être circoncise ou pas. Dans leurs sociétés, parler de sexe est tabou. Certaines des femmes ont déclaré que les femmes sont victimes de vieilles coutumes et traditions. Certaines des femmes interrogées ont dit que la conscientisation, la connaissance et la solidarité de toutes les mères sont nécessaires pour mettre fin à une tradition abusive et inhumaine de la circoncision. Elles étaient contre la pratique de MGF car elles avaient appris de leur propre douleur et souffrance. Celles qui avaient des filles ont mentionné qu'elles voulaient les libérer de l'expérience qu'elles avaient eue. Elles ne voulaient pas que leurs filles subissent une MGF comme elles l'avaient subie.</p>
--	--

<b>Discussion / conclusion des auteurs</b>	<p><i>Discussion :</i></p> <p>Les résultats montrent que les femmes interrogées ont des expériences différentes. La peur et l'anxiété ressenties par des femmes érythréennes dans cette étude étaient principalement liées au risque de mourir pendant ou après l'accouchement en raison des hémorragies et des infections. Quelques-unes avaient également peur de la césarienne. Les femmes de cette étude ressentaient également de la peur si elles avaient rencontré une sage-femme ou un médecin qui n'avait pas assez de connaissances sur comment prendre en charge des femmes circoncises pendant l'accouchement. Pour beaucoup de femmes, circoncises ou pas, l'accouchement peut être source de peur et d'anxiété et la peur peut être amplifiée quand elles n'ont pas suffisamment confiance en les compétences de l'équipe médicale pour prendre soin d'elles.</p> <p>Certaines des femmes interrogées ont mentionné que si elles étaient prises en charge par un médecin de sexe masculin, la douleur lors de l'examen pelvien s'aggravait. Cela peut s'expliquer par leur origine culturelle qui n'accepte pas l'examen d'une femme par un homme.</p> <p>La plupart des femmes érythréennes de la présente étude ont souffert de complications dans le post-partum.</p> <p>Plusieurs femmes ont eu des expériences positives en rencontrant des sages-femmes ou des médecins avec des connaissances sur les MGF et les femmes concernées. Elles se sentaient sûres. Celles qui avaient rencontré des sages-femmes ou des médecins qui n'avaient pas ces connaissances ont ressenti de l'inquiétude à propos de ce qui pouvait leur arriver.</p> <p>D'après les résultats de cette étude, il est important pour les sages-femmes et les fournisseurs de soins d'avoir une formation appropriée pour la prise en charge des MGF dans les services de maternité suédois.</p> <p>Toutes les femmes ont exprimé la différence de la maternité en Erythrée et en Suède. En Erythrée elles ont reçu beaucoup de soutien de la part de leurs familles et de leurs proches. En Suède, elles étaient loin de leurs familles et le soutien dépendait de leurs maris et leurs amis. Certaines ont mentionné qu'elles avaient été soutenues par des sages-femmes pendant l'accouchement et le post-partum. Des réseaux culturels de soutien étaient absents. Par conséquent, le soutien des femmes circoncises au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum par les sages-femmes avec de bonnes connaissances avait une grande importance.</p> <p>D'après les résultats de l'étude, il est important que la formation des professionnels de santé suédois offre des connaissances sur les MGF et leur législation. Dans les formations suédoises pour sages-femmes, la pratique des MGF est enseignée en lien avec des aspects culturels et globaux. Dans l'étude de Widmark et al. (2002), des sages-femmes ayant des formations récentes ont mentionné qu'elles avaient reçu des cours sur les MGF mais elles manquaient toujours de connaissances pour asseoir solidement leur pratique. En outre, comme le nombre de femmes immigrantes victimes de MGF augmente en Suède, plus d'attention devrait être accordée à la formation de base des sages-femmes en ce qui concerne les MGF.</p> <p>13 (86.7%) des 15 femmes interrogées ont mentionné être contre la pratique des MGF et qu'elles ne feraient pas subir cette procédure à leurs filles. Les résultats de l'étude indiquent un grand changement dans les points de vue traditionnels concernant</p>
--	---

	<p>la pratique de MGF.</p> <p>D'autres études portant sur les expériences de différents professionnels de santé à propos des MGF, pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum devraient être menées. Les opinions des professionnels de santé sur la formation à propos des MGF devraient également être étudiées. Ces études devraient être menées selon un devis qualitatif.</p> <p><i>Conclusion :</i></p> <p>Les sages-femmes et les obstétriciens doivent être compétents dans la prise en charge des femmes concernées. Ils ont besoin de mieux connaître l'épistémologie culturelle afin d'être en mesure de fournir des soins de qualité. Le sujet des MGF devrait être intégré dans le cursus de différents professionnels de santé afin de leur assurer une meilleure compréhension des problèmes des femmes circoncises et comment les prendre en charge. Le sujet des MGF doit inclure des conseils et la promotion de la santé. Dans les centres de soins prénataux, les femmes concernées doivent recevoir des informations sur la désinfibulation avant ou pendant la grossesse. Ces femmes et leurs maris doivent se voir offrir des cours spéciaux sur les différences anatomiques entre les femmes circoncises et celles qui ne le sont pas. Il est également important de les informer sur la loi suédoise sur les MGF qui interdit toute forme de MGF (y compris la ré-infibulation).</p>
<b>Remarques personnelles</b>	<p><i>Éléments pertinents en lien avec notre recherche :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- explore les expériences de femmes ayant subi une MGF (intéressant pour évaluer leurs besoins).</li> <li>- il ressortait de l'étude que ces femmes se sentaient plus en confiance avec des professionnels de santé qui avaient des connaissances sur les MGF.</li> <li>- dans leur discussion, les auteurs ressortent le besoin de formation chez les professionnels de santé.</li> </ul> <p><i>Points forts de l'étude :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- étude récente.</li> <li>- étude qualitative de type ethnographique.</li> <li>- méthodologie de l'étude bien détaillée.</li> </ul>