

# **Prise en charge des mutilations sexuelles féminines : dimensions sanitaires, socioculturelles, psychosociales, éthiques, et légales.**

## **Travail de Bachelor**



Dessin par Endrias Abey

**YOHANNES Adyam**  
N° matricule : 07343346

Directrice : SEFERDJELI Laurence - Professeure à la Haute école de santé

Membre du jury externe : ABDULCADIR Jasmine – Médecin au Département de Gynécologie et Obstétrique - HUG

### **Déclaration**

« Ce travail de bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seuls/seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 30 aout 2013

Adyam YOHANNES

« (...) Il faut franchir de haut barrages pour faire comprendre que ce dont nous parlons ne réfère pas à des « autres » totalement exotique, étrangers à nous-mêmes, à des mentalités archaïques, à des modes de vie disparus, ni même à des survivances, mais à nous-mêmes, à notre propre société, à nos propres réactions, comportement et représentations. »

(Héritier 1996, p.19, cité par Carbonne, 2011, p.9)

## Remerciements

Je souhaite chaleureusement remercier quelques personnes qui m'ont soutenus et suivis tout au long de l'élaboration de mon travail.

- Mme Laurence SEFERDJELI pour son suivi, ses conseils et son aide précieuse.
- Drs. Jasmine ABDULCADIR pour l'intérêt qu'elle manifeste à mon sujet, pour sa disponibilité, pour les conseils ainsi que des réponses apportés à mes questions et enfin pour l'honneur qu'elle m'a fait en acceptant d'être ma jurée.
- Tout les personnel soignants : médecins, infirmières, sages-femmes qui ont répondu favorablement à mes demandes et accepté de me rencontrer ainsi que de répondre à mes questions.
- Mme A. qui a accepté de me rencontrer, de répondre à mes questions et de me confier son expérience et son vécu.
- Les femmes migrantes et autres femmes rencontrées pour la confiance qu'elles m'ont accordée et pour avoir partagé leur expérience de vie.
- Les collaborateurs, collaboratrices et membres des associations : Camarada, Association des Médiatrices Interculturelles (AMIC), Caritas-Suisse, Bureau de la promotion de l'égalité entre femmes et hommes (BPE), Bureau de l'Intégration des Etrangers (BIE), l'Appartenance-Lausanne, Centre Suisses-Immigrés, pour m'avoir permis de me former sur le sujet et d'entrer en relation avec des femmes concernées.
- Les professeurs et collègues étudiants de la Haute école de santé (HEDS) qui m'ont soutenue et invitée aux conférences et informée de la diffusion des reportages et films sur la thématique.
- Les bibliothécaires pour le temps qu'elles m'ont consacré, pour la clarification concernant la sélection des données, et les éléments bibliographiques.
- Les secrétaires qui m'ont aidée dans les démarches administratives.
- Mes parents, proches et entourage pour m'avoir soutenue tout au long de la réalisation de mon travail, ainsi que pour les débats et vives discussions sur le sujet.
- Toutes les personnes que j'aurais oubliées et qui ont contribué de loin ou de près à la réalisation de mon travail.



## **Abstract**

### **Objectifs**

Cette revue de littérature permet de rendre visible le vécu des femmes et des soignants face à la problématique des Mutilation sexuelles féminines (MSF). Le but est de mieux connaître l'interaction entre soignants et patientes ainsi que de montrer les difficultés qui se posent à ces derniers.

### **Méthode**

Pour ce faire, 12 articles de recherches scientifiques (entre 2000-2011) ont été sélectionnés sur les bases de données (Pub Med, SwissMedicalWeekly, Google scholar, revue médicale suisse). Pour appuyer les données, 10 entretiens ont été réalisés avec des professionnels de la santé du Canton de Genève. Les données sont complétées par des reportages, une conférence, des éléments de cours (HEDS), par des discussions informelles avec notre entourage et par une formation sur les MSF.

### **Résultats**

Il y a des difficultés tant du côté des soignants que des patientes. Les femmes doutent du manque de connaissance des soignants et se sentent jugées. Les soignants non formés, se sentent démunis et n'osent pas aborder le sujet. Cela souligne la difficulté de communication.

### **Conclusion**

Suite au flux migratoire, les soignants font face aux demandes de soins des patientes migrantes ayant vécu une mutilation génitale. Les résultats montrent que les demandes de soins sont complexes et les professionnels en contact avec les patientes doivent être munis d'informations et de connaissances en vue d'aborder le sujet, de soigner, d'orienter et d'informer les patientes et leur entourage sur les conséquences de cette pratique culturelle tant sur le plan de la santé que légale. Ainsi intégrer la thématique dans la formation des soignants est nécessaire. Enfin, ce travail met en avant que toutes les femmes ayant vécu une « excision », ne sont pas souffrantes, certaines se portent bien et d'autres nécessitent une aide.

### **Mots clés :**

- En français : mutilations génitales/sexuelles féminines (MG/SF), Excision, Suisse, Soins, Santé et prévention, Culture, Migrants.
- En anglais: *female genital mutilation (FGM) and complications, FGM and healthcare, Care nursing science, Female genital cutting (FGC)*

## Table des matières

<b>Liste des sigles .....</b>	<b>8</b>
<b>Mise en garde .....</b>	<b>9</b>
<b>1. Introduction .....</b>	<b>10</b>
<b>1.1. Motivation personnelle .....</b>	<b>12</b>
<b>2. Contextualisation .....</b>	<b>14</b>
<b>2.1. Terminologie et définitions.....</b>	<b>14</b>
2.1.1. Mutilation .....	14
2.1.2. Excision .....	15
2.1.3. Jargon et terminologie actuelle.....	15
2.1.4. Les différents types de MSF et classification.....	17
<b>2.2. Pratique des mutilations sexuelles féminines.....</b>	<b>20</b>
<b>2.3. Situation actuelle .....</b>	<b>24</b>
2.3.1. Au niveau mondial .....	24
2.3.2. Au niveau national (Suisse).....	26
<b>2.4. Cadre légal.....</b>	<b>27</b>
2.4.1. Droit international .....	27
2.4.2. Droit européen .....	29
2.4.3. Droit Suisse .....	30
<b>3. Problématique.....</b>	<b>35</b>
3.1. But(s) poursuivi(s) .....	36
<b>4. Méthodologie.....</b>	<b>38</b>
4.1. Les articles scientifiques.....	39
4.2. Autres lectures .....	48
4.3. Entretiens .....	50
4.4. Vidéo, conférences et débats .....	52
4.5. Formation sur les MSF .....	54
4.6. Critères d'exclusion et limites .....	54
<b>5. Analyse et discussion des données.....</b>	<b>56</b>
<b>5.1. MSF et soins.....</b>	<b>56</b>
5.1.1. Le soin .....	56
5.1.2. Modèles de soins transculturels.....	62
5.1.3. Synthèse des soins transculturels .....	71
<b>5.2. Les femmes.....</b>	<b>73</b>

5.2.1.	Savoir, connaissance et compréhension des filles/femmes .....	73
5.2.2.	Conflit culturel et identitaire .....	77
5.2.3.	Vécu des femmes.....	81
5.2.4.	Besoins et demandes des femmes « excisées » .....	84
<b>5.3.</b>	<b>Les soignants.....</b>	<b>86</b>
5.3.1.	Vécu des soignants .....	87
5.3.2.	Connaissances et compétences des soignants .....	88
5.3.3.	Rôle, prise en charge et accompagnement .....	90
5.3.4.	Difficultés et besoins des soignants.....	92
<b>5.4.</b>	<b>La communication.....</b>	<b>95</b>
5.4.1.	Stratégies utilisées pour aborder la question de « l’excision ».....	96
5.4.2.	Rôle de l’interprète .....	100
5.4.3.	Interaction soignant soigné.....	102
<b>6.</b>	<b>Synthèse et résultats .....</b>	<b>107</b>
6.1.	Réponse à notre problématique .....	107
6.2.	Synthèse des données .....	117
<b>7.</b>	<b>Recommandations .....</b>	<b>120</b>
7.1.	Recommandations pour la prise en charge .....	121
7.2.	Recommandation pour aborder la question .....	122
7.3.	Recommandation concernant les soins chirurgicaux.....	124
7.4.	Modifications des représentations et croyances .....	125
7.5.	Progression des connaissances et collaboration avec les communautés .....	126
7.6.	Possibilités et solutions actuelles à Genève.....	127
7.7.	Prévention et promotion de la santé et souhaits.....	130
<b>8.</b>	<b>Discussion et conclusion .....</b>	<b>131</b>
8.1.	Taille, type, forces et faiblesses de cette revue de la littérature .....	131
8.2.	Position de l’étudiant et biais.....	132
8.3.	Mot de l’auteur .....	133
<b>9.</b>	<b>Luttes et résistances aux changements .....</b>	<b>134</b>
<b>10.</b>	<b>Conclusion .....</b>	<b>139</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>142</b>
	<b>Annexes.....</b>	<b>150</b>

## Liste des sigles

<b>AMIC :</b>	Association des Médiatrices Interculturelles
<b>BPE :</b>	bureau de la promotion de l'égalité entre femmes et hommes
<b>Camarada :</b>	Centre d'accueil et de formation pour femmes migrantes
<b>CAMSCO :</b>	Consultation ambulatoire mobile de soins communautaire (HUG)
<b>CC :</b>	Code civile suisse
<b>CDE :</b>	Convention relative aux droits de l'enfant
<b>CEDAW :</b>	Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes
<b>CHUV :</b>	Centre hospitalier universitaire vaudois]
<b>CP :</b>	Code pénal suisse
<b>CSDH :</b>	Centre suisse de compétence pour les droits humain
<b>FGC :</b>	Female Genital Cutting
<b>FGM:</b>	Female Genital Mutilation
<b>FGM/C :</b>	Female genital mutilation /Cutting
<b>GAMS:</b>	Groupe pour l'Abolition de la Mutilation Sexuelle et autre pratiques affectant la santé des femmes et des enfants
<b>HUG :</b>	Hôpital Universitaire de Genève
<b>IDE :</b>	Institut international des Droits de l'Enfant
<b>IDH :</b>	Institut International des Droits de l'Homme
<b>MGC :</b>	Mutilation Génitale Cutting
<b>MGF:</b>	Mutilations Génitales Féminines
<b>MSF:</b>	Mutilations Sexuelles Féminines
<b>OMD :</b>	Objectifs du millénaire pour le développement
<b>OMS :</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG :</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>ONU :</b>	Organisation des Nations Unis
<b>ONUSIDA :</b>	Programme commun des Nations Unis sur le VIH/SIDA
<b>OPCCF :</b>	Office Protestant de Consultation Conjugale et Familiale
<b>PNUD:</b>	Programme des Nations Unis pour le Développement
<b>PSM :</b>	Programme Santé Migrants
<b>RCOG:</b>	Royal College of Obstetricians and Gynecologists
<b>SSJ :</b>	Service Santé de la Jeunesse
<b>UNCEA:</b>	Commission Economique de l'ONU pour l'Afrique
<b>UNESCO:</b>	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
<b>UNHCR:</b>	United Nations High Commissioner for Refugees
<b>UNICEF:</b>	United Nations International Children's Emergency Fund: Fonds des Nations unies pour l'enfance
<b>UNIFEM:</b>	United Nations Development Fund for Women
<b>WHO:</b>	World Human Organization

## Mise en garde

Lors de la rédaction de ce travail, plusieurs questionnements se sont posés concernant la redondance et la signification des termes employés. La variété de questionnements nous a donc mené à l'emploi de plusieurs abréviations ou de termes comme par exemple: mutilations sexuelles féminines (MSF), mutilation génitale féminine (MGF), la « circoncision féminine », « la coupure » ou encore « l'excision ». Ces termes seront utilisés selon convenances dans tout le travail. Le terme : « Mutilations Sexuelles Féminines (MSF) » sera utilisé régulièrement pour rappeler le nom officiel attribué par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Nous mettons en garde que le terme sexuel, peut induire une variété de signification et de représentations. Dans certaines cultures, parler de la sexualité est tabou et dans d'autres difficile. Ainsi, sous le titre MSF, le sujet de ce travail peut être davantage perçu comme la transgression d'un tabou. En effet, le problème ici, n'est pas uniquement d'ordre sexuel.

La terminologie de « circoncision » nous permet de faire une clarification entre la « circoncision masculine » et « circoncision féminine ». Notre utilisation de ce dernier permet de ne pas critiquer ces actes qui ont des valeurs symboliques et culturelles. Ainsi nous restons dans le respect des cultures, traditions et représentations des personnes les ayant subis. De plus, l'emploi de ce terme ne permet pas de montrer notre position face à cette thématique. En revanche, l'emploi du terme « mutilation » est déjà un profil de positionnement. Ainsi, nous allons utiliser à quelques reprises les termes : « circoncision féminines » et « excision » pour ne pas présenter ce problème avec positionnement et jugement.

Les désignations « filles » et « femmes » seront les termes utilisés tout au long du travail en vue de ne pas minimiser les nombres de personnes concerné par la pratique de l'excision. De même, « Soignants » et « Professionnels de la santé » seront utilisés pour désigner tous les professionnels en charge de patientes concernée par cette thématique. D'autre part, par respect des critères de rédaction, le « Nous » sera utilisé dans ce travail. Enfin, pour préserver une neutralité, nous souhaitons dire que nous ne porterons pas de jugement à la pratique des mutilations génitales dans ce travail. En revanche, les arguments avancés par nos lectures et interviews montrent le point de vue occidental et ne sont pas neutres.

# 1. Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « Les mutilations sexuelles féminines sont des interventions qui altèrent ou lèsent intentionnellement les organes génitaux externes de la femme pour des raisons non médicales » (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2012). Ces pratiques « culturelles » s'effectuent majoritairement dans certains pays d'Afrique, mais aussi ailleurs. Elles n'ont aucun avantage pour la santé des jeunes filles et des femmes. De même, elles n'ont aucune indication religieuse ni médicale. Le flux migratoire a permis de visualiser les mutilations génitales féminines (MGF), de les rendre actuelles et de susciter des questionnements dans les sociétés occidentales. De ce fait : « les MGF comportent de nombreux enjeux culturels, sociaux, éthiques, philosophiques, juridiques, économiques et politiques qui dépassent largement le cadre des soins » (Margairaz, 2009, [Rapport], p.1).

De même, la question des MSF pose de nombreux questionnements et débats tant sur le plan des droits de l'Homme, du droit de l'enfant, mais également sur le plan de la santé. Nous souhaitons donc, éclairer et rendre attentifs les professionnels de la santé à cette thématique qui n'est pas facile à comprendre, ni à aborder.

En somme, l'objectif de ce travail n'est pas de critiquer les pratiques culturelles, les cultures, ni de mettre une étiquette sur les femmes provenant des régions qui pratiquent les MSF. Nous voulons rendre attentif, que toutes les femmes originaires des pays pratiquant les mutilations génitales ne sont pas toutes concernées par les mutilations génitales. De même, parmi les femmes l'ayant vécu, une bonne majorité se porte bien et n'a aucun problème de santé. Ainsi, nous souhaitons aborder la problématique avec neutralité et sans discrimination (rendre victime) toutes les filles/femmes ayant vécu la MGF, ni jugement ou critique à l'égard des communautés ou des professionnels de la santé. De même, l'objectif de ce travail est de souligner l'impact qu'ont les MSF sur le corps et la santé des jeunes filles/femmes en vue de réduire leur perpétuation. En ce sens, ce travail a pour but de s'interroger sur les soins actuels proposés en Suisse plus précisément à Genève.

En bref, à travers ce travail, nous proposons des informations montrant les conséquences des MGF sur la santé bio-psycho-sociale, spirituelle, affective et culturelle. Pour cela, le souci de notre travail est non seulement d'explorer les difficultés des soignants en charge

des patientes concernées mais de proposer des recommandations. Ainsi, nous souhaitons donner des outils en faveur d'une prise en charge adéquate des patientes concernées. A son tour, le soignant peut informer les femmes sur les conséquences, sur les lois en vigueur afin d'éviter la continuité de la pratique et des problèmes éthiques et juridiques.

Enfin, nous invitons à travers ce travail à être curieux, à s'informer et à être attentifs sur cette problématique qui peut concerner vos patientes.

## 1.1. Motivation personnelle

Originaire d'Erythrée, j'ai grandi en Ethiopie. La mutilation génitale se pratique dans ces deux pays. Les MSF ont été reconnues comme une pratique traditionnelle en 2002 pour l'Erythrée et en 2005 pour l'Ethiopie. En 2008, l'OMS estime la prévalence des MSF chez les filles/femmes âgées de 15 à 49 ans à 88.7% (Erythrée) et 74.3% (Ethiopie) (OMS, 2008, p.34). Actuellement, malgré l'interdiction par les lois la pratique se poursuit et «... la tradition ... [semble être] plus forte que la loi » (United Nations International Children's Emergency Fund [Unicef], 2006 ; Unicef, 2010). Ainsi: « ... il reste beaucoup à faire pour que cette pratique disparaisse totalement ... [car] nombreux sont ceux qui la considèrent encore comme un important facteur d'acceptation sociale et d'amélioration des perspectives de mariage des filles » (Unicef, 2010).

Comme toutes les jeunes filles, j'ai grandi sans qu'aucune information ne me soit donnée sur les réalités et les transformations du corps, comme par exemple: la croissance de la poitrine, la virginité, les menstruations, la sexualité etc. Une fois arrivée en Suisse, j'ai eu des cours d'éducation sexuelle mais la question des MSF n'était pas abordée. Puis j'ai vu des reportages, des films avec des témoignages. Ces témoignages m'ont fait prendre conscience que malgré l'avancée et les progrès de nos sociétés, malgré l'information divulguée auprès des gouvernements et cultures pratiquants les MGF et malgré un « certains succès » du combat contre les mutilations génitales féminines, la pratique se poursuit.

De plus, le visionnage du film *Fleur du désert* de Sherry Horrmann m'a bousculé et a confirmé l'intérêt que je porte à ce sujet. Dans ce film, Waris Dirie, jeune somalienne infibulée, prend conscience de sa différence. Plus tard, elle consulte un gynécologue. Un infirmier somalien actif sur les lieux est appelé pour traduire les propos du médecin. Le médecin souhaite communiquer l'urgence de l'intervention. Ne remplissant pas son devoir de traducteur, il profite de l'ignorance du médecin pour faire la morale à cette femme qui selon lui s'oppose aux pratiques culturelles de son pays en acceptant l'intervention chirurgicale. A ce stade, j'ai pu comprendre qu'il existait une divergence d'opinions surpassant la mise en danger de la santé d'une personne.

Les autres raisons qui me poussent à réaliser ce travail sont: l'envie de faire de la prévention le partage d'information et un travail de collaboration avec les filles, les



femmes ou les familles qui peuvent être concernées. Pour cela, j'ai choisi l'option « santé migrant » dans le cursus de ma formation en soins infirmier. En plus de ce choix, par mon affiliation à l'Association des Médiatrices Interculturelles (AMIC) et collaboration avec Camarada, j'ai pu donner des cours sur l'hygiène, la santé, des cours de français aux femmes migrantes. Hormis cela, j'ai eu l'opportunité de participer aux moments de discussions et offrir mon aide aux femmes provenant de l'Ethiopie et de l'Erythrée. Mon objectif dans ce dernier est non seulement de favoriser l'intégration de ces femmes, mais de me familiariser avec elles pour aborder progressivement certains sujets, comme par exemple, les mutilations génitales. Mon but est de donner l'accès à des informations aux femmes des communautés érythréennes et éthiopiennes.

Poussée par l'intérêt que je porte à ce sujet, j'ai été conviée à des conférences et séances de sensibilisation aux MSF et ai pu bénéficier de 3 Modules de formation organisés par le canton de Genève en collaboration avec le Bureau de la promotion de l'égalité entre femmes et hommes (BPE), Bureau de l'intégration des Etrangers (BIE), Caritas-Suisse, Appartenance-Lausanne, Centre Suisses-Immigrés, Camarada, Association des Médiatrices Interculturelles (AMIC), l'arcade des sages-femmes, l'unité santé sexuelle et planning familial et le Département de Gynécologie et Obstétrique - HUG.

De plus, vu que les MSF concernent les parties intimes, le sujet tourne vite à la question de la sexualité, ce qui contribue à ce que les MSF ne soient pas abordées. D'autre part, parler des MSF devient « tabou » parce qu'on met en lumière les difficultés, le vécu, la pratique culturelle, la violence subi et les conflits culturels qu'habitent les femmes. Alors, ma question était : faut-il les questionner ou faut-il attendre qu'elles l'évoquent d'elles-mêmes?

Ma plus grande motivation était de parler de ce sujet qui est « tabou » et qui soulève des questions sociales, éthiques, médicales et légales. Je souhaitais acquérir à travers ce travail plus d'informations en vue de compléter mes connaissances, corriger mes idées fausses, réactualiser mes acquis et avoir des outils en vue d'aborder cette question avec les filles/femmes ayant vécu une « excision ». De plus, je voudrais être attentive à cette thématique lors de mon futur rôle d'infirmière et souhaiterai faire de mon mieux pour écouter, informer, prendre en charge et orienter les patientes.

## **2. Contextualisation**

### **2.1. Terminologie et définitions**

#### **2.1.1. Mutilation**

Le mot « mutilation » est un terme issu de la langue latin : « mutilare ». Il signifie « retrancher un membre ou un organe, détériorer, détruire partiellement, défigurer, tronquer, couper, diminuer » (Le Robert, 1992). Ce terme peut également se définir par : « perte partielle ou complète d'un membre ou d'un organe externe; déformation, altération, dégradation » (Le petit Larousse illustré, 2007). Dans le Larousse (2008), la mutilation se définit par une: « atteinte volontaire à l'intégrité physique d'une personne entraînant la perte d'un membre ou d'un organe. (La mutilation peut être une circonstance aggravante de certaines infractions [tortures et actes de barbarie, viol, violence, ..., etc.]. Le risque de mutilation est un des éléments constitutifs de la mise en danger d'autrui) » (Larousse, 2008). Les synonymes de ce terme sont : l'amputation, la blessure lorsqu'on l'interprète comme une atteinte à l'intégrité physique d'une personne.

A la différence des « mutilations volontaires » appelées également « body art » où l'on cherche de manière volontaire les limites de son propre corps par des tatouages, piercing et autres actes artistiques, les mutilations génitales féminines (MGF) sont un phénomène involontaire et imposé (Carbonne, 2011, pp.18-19).

Les MGF appelées également Mutilations Sexuelles Féminines (MSF) ont pour objectif d'apporter des changements sur le corps féminin par plusieurs méthodes telles que : piquûre, perçement, incision, étirement et suppression d'un ou plusieurs tissus des parties génitales féminines. La mutilation féminine peut être prescrite par un individu, une communauté ou une ethnie. Le but de ces transformations est de marquer le corps. Ainsi le corps devient le support de l'inscription et de la représentation culturelle et ethnique (Carbonne, 2011). C'est dans le cadre de ce marquage du corps que l'acte devient une « mutilation ». De la sorte, le corps s'adapte et se soumet aux exigences représentatives, aux différentes transformations et cela avec docilité et parfois avec des conséquences (Carbonne, 2011).

### **2.1.2. Excision**

D'origine latine, « *excisio*, de *excidere* », l'excision signifie couper, plus précisément c'est l'ablation au moyen d'un instrument tranchant d'un fragment peu volumineux d'organe ou de tissus (Le petit Robert, 1986). L'excision est le synonyme d'ablation et ce terme apparaît dans le domaine médical au XVI Siècle (Carbonne, 2011). Ainsi, tels qu'il est défini, le terme ne donne pas une signification claire quant au but thérapeutique ou non de l'acte. Malgré que le terme de l'excision soit connu et communément utilisé par les femmes et la population en général, malgré qu'il soit le nom attribué à un type des MGF, il est nécessaire de faire une différence entre son indication à but thérapeutique et l'excision culturelle.

### **2.1.3. Jargon et terminologie actuelle**

Au cours de la réalisation de ce travail, nous avons pu voir que cette pratique porte des noms différents en fonction des régions et des ethnies tels que: « la coupure », « la chose », « la circoncision », « assise sous le couteau », « l'excision » etc. (Mundzeck, 2006). Ce dernier terme est souvent traduit dans la langue maternelle. Avec ces différentes nominations, ces pratiques « culturelle » s'effectuent majoritairement dans certains pays africains. Progressivement, elles sont rendues visibles dans les pays occidentaux suite au flux migratoire. A ce stade s'est alors posé la question de « comment nommer cette pratique traditionnelle ». Ainsi, nous souhaitons aborder ici les controverses qui ont eu lieu au sujet de la terminologie de ces pratiques. Les éléments de base utilisés pour la nomination de cette pratique sont : les conséquences, l'âge de la pratique, son but non curatif etc.

Le premier terme utilisé en Suisse: « Beschneidung » qui signifie « incision » était choisi initialement par association à la circoncision masculine qui consiste à l'ablation du prépuce (Trechsel & Schlauri, 2005). Contrairement aux justifications de la circoncision masculine, la « circoncision féminine » n'a aucune indication médicale. En effet ce terme n'est pas adapté et minimise l'étendue et la conséquence de cette pratique sur la santé. Les autres termes qui sont employés sont : « Female Genital Surgery (FGS) » qui signifie opération génitale féminine ou encore « Female Genital Cutting » qui signifie entaille ou coupure génitale féminine. Ces deux termes sont très peu utilisés d'une part parce qu'ils minimisent l'impact, d'autre part, à cause de leur traduction difficile. Un autre terme connu tant par les

femmes que la population en général est « l'excision » qui désigne l'ablation d'une partie de tissu biologique. Ce terme est claire et compris par les femmes ayant vécu une «mutilation» et au première abord, il n'émet pas de jugements.

En 1990, à Addis-Abeba (Ethiopie), lors d'une conférence de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur les pratiques néfastes affectant la santé des femmes et des enfants, le terme « Mutilation Génitale Féminine » remplace l'appellation « Excision » communément utilisée jusqu'ici. Puis surgissent alors quelques résistances de la part des femmes ayant vécu cette pratique culturelle. Elles refusent l'invalidité que prône le terme « mutilées » et ne souhaitent pas être comparées aux « personnes mutilées lors des conflits armés» (OMS, 2008, p.26).

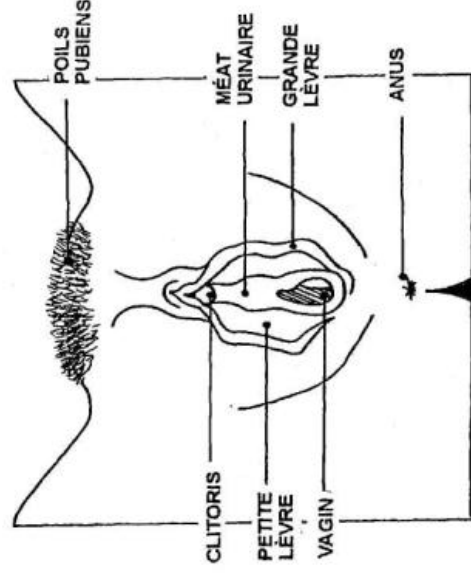
Puis en 1997, lors de la déclaration commune de l'Organisation des Nations Unies (ONU), l'expression « Mutilations Sexuelles Féminines » entre en vigueur et nous l'utiliserons dans ce travail (OMS, 2008, p.26).

### 2.1.4. Les différents types de MSF et classification

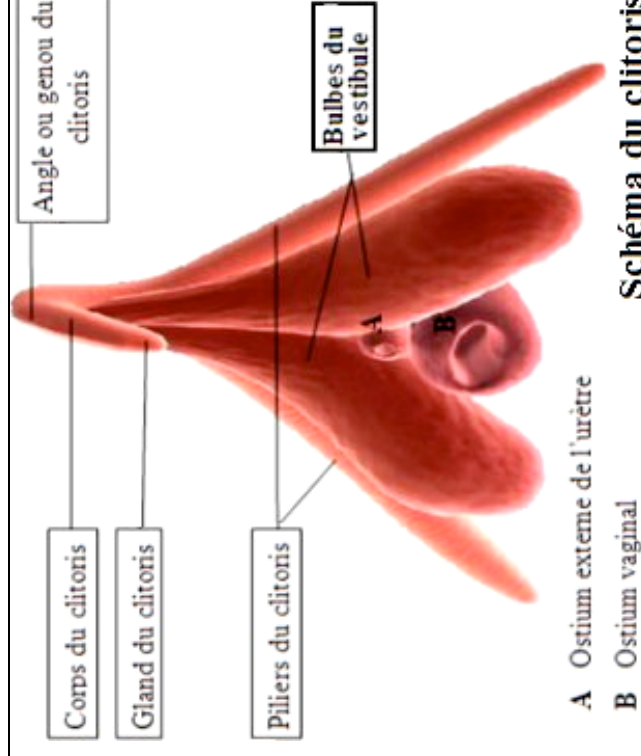
Les MSF sont classifiées en 4 types par l'OMS. Par souci de donner des informations correctes et actuelles, nous avons inséré quelques modifications et explications à la classification (ci-dessous) établie par l'OMS (Hohlfeld et al., 2005 ; OMS 2008 ; Société suisse de gynécologie et d'obstétrique, 2005).

#### Les organes génitaux externes concernés :

- Les grandes lèvres: peau foncée, épaisse, couverte de poils.
- Les petites lèvres: situées à l'intérieur des grandes lèvres, elles sont plus minces. Leur taille varie avec l'âge et d'une femme à une autre.
- La glande du clitoris: situé en haut de l'orifice urinaire, c'est un organe très sensible. Il joue un rôle au cours de l'acte sexuel. (Cf. ci-contre)



Tiré de: Labbé & Pelletier, 2001



#### Schéma du clitoris

Tiré de : Périnatalité, 2011a.

Le clitoris est un organe sensoriel génital richement vascularisé. « Il est situé dans la partie antérieure de la vulve et mesure 8-10 cm de long et 3-6 cm de large ». C'est un organe érectile le plus sensible du corps humain car il se compose d'un très grand nombre de terminaisons nerveuses. La glande du clitoris est la partie visible à l'extérieur et est recouverte par le prépuce (Carbonne, 2011, p.21).

## TYPOLOGIE

### Type I: Clitoridectomie

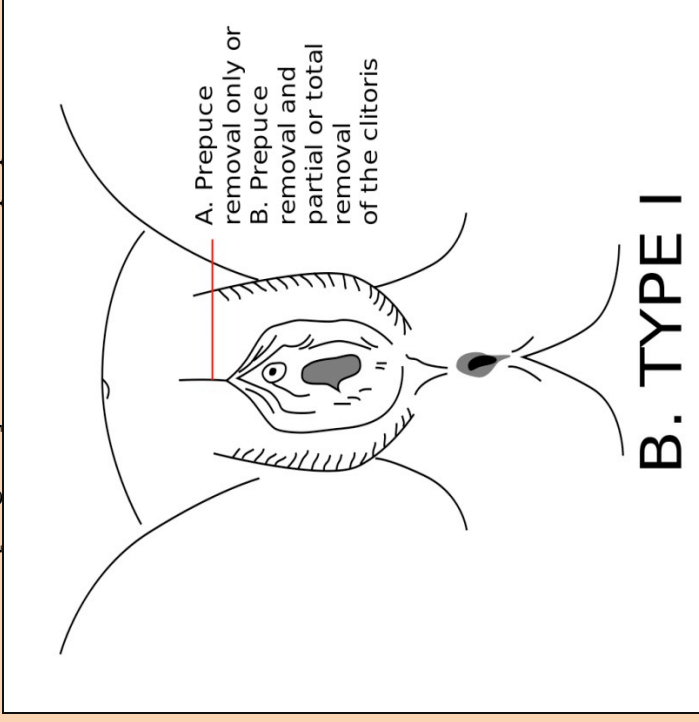
- ablation partielle ou totale [du glande] du clitoris et/ou du prépuce

#### Type Ia:

- ablation du capuchon clitoridien ou du prépuce uniquement

#### Type Ib:

- ablation [du gland] du clitoris et du prépuce



Tiré de: OMS, 2008; Wikipedia, 2013e

### Type II: Excision

- ablation partielle ou total [du gland] du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres

#### Type IIa:

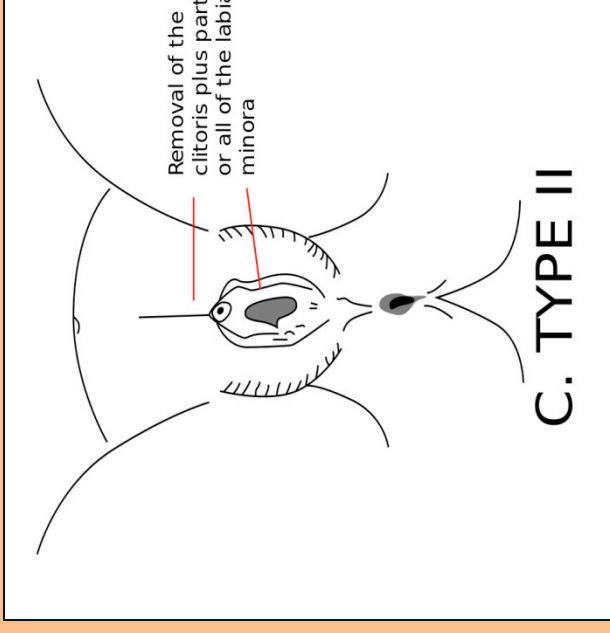
- ablation des petites lèvres uniquement

#### Type IIb:

- ablation partielle ou total [du gland] du clitoris et des petites lèvres

#### Type IIc:

- ablation partielle ou total [du gland] du clitoris, des petites lèvres et des grandes lèvres



Tiré de: OMS, 2008; Wikipedia, 2013e

## TYPOLOGIE

### Type III: Infibulation

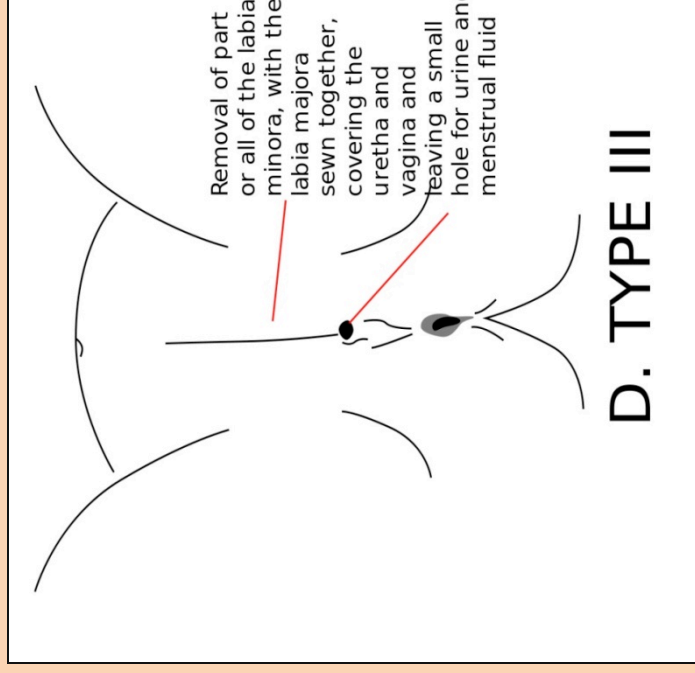
- Rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision [du gland] du clitoris

### Type IIIa:

- Ablation et accolement des petites lèvres

### Type IIIb:

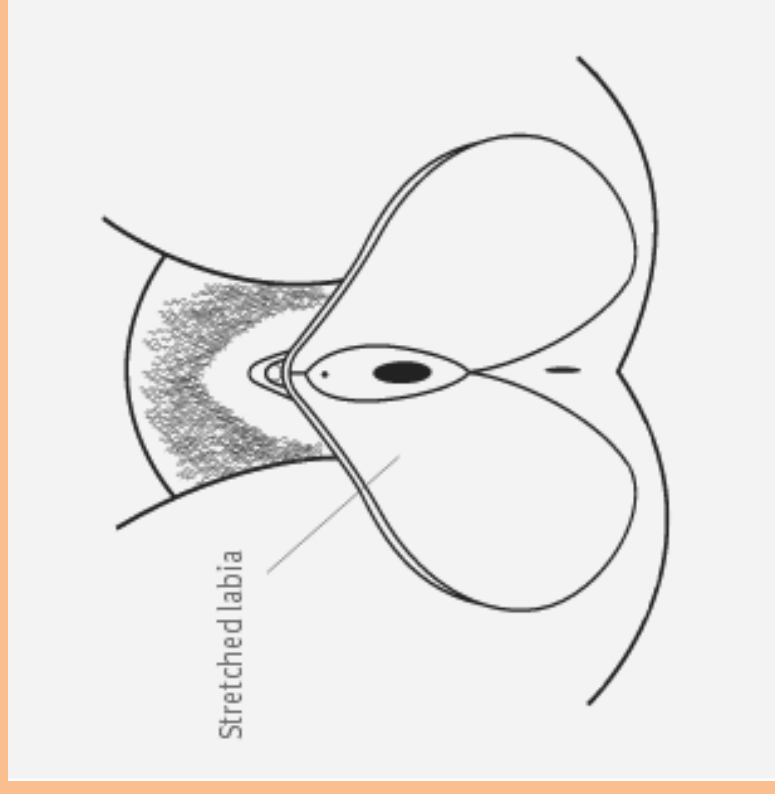
- Ablation et accolement des grandes lèvres



Tiré de: OMS, 2008; Wikipedia, 2013e

### Type IV: Non classées

- Toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins thérapeutiques, tels que la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation.



Exemple de type 4 :  
Tiré de : Royal College of Nursing, 2006

## **2.2. Pratique des mutilations sexuelles féminines**

Les MSF n'ont pas d'avantage sur la santé des filles ou femmes en comparaison à la circoncision masculine. La pratique des MSF se fait sur des jeunes filles entre la naissance et l'âge de 15 ans. Toutefois, ces normes varient en fonction des régions, des cultures et des ethnies (Abdulcadir et al., 2011, traduction libre ; Institut international des Droits de l'Enfant [IDE], 2006 ; OMS, 2012). Dans le cas de certaines ethnies, les MSF sont un rituel de passage à l'âge adulte. Les conséquences peuvent être répertoriées en plusieurs groupes, soit à court et à long terme.

Lorsque l'on s'intéresse aux motifs de ces pratiques, ceux invoqués sont d'ordres culturels et ethniques. Les arguments énoncés varient selon les régions et les cultures. Les raisons mises en avant par les pratiquants jusqu'ici sont la considération de cette pratique comme: une tradition, un rituel de passage, une purification, des raisons esthétiques, la protection de la virginité, le contrôle de la procréation, la protection de la fidélité par réduction de la sensibilité sexuelle, un moyen d'éviter des viols de jeunes filles et le motif d'hygiène. Les autres raisons évoquées sont: le maintien de l'honneur familial, le renforcement de l'appartenance à un groupe, la crainte d'une croissance continue des petites lèvres, l'augmentation du plaisir sexuel masculin, la crainte de l'impuissance masculine causée par le clitoris (mythe du Dogon), la crainte d'une croissance exagérée du clitoris, la crainte du décès des nouveau-nés en cas de contact avec le clitoris lors de l'accouchement, la nécessité de faire disparaître les traits masculins chez les nouveau-nés féminins, pour que l'enfant devienne une vraie femme, pour être acceptée dans la société et pouvoir se marier etc. (Grima, 2005 ; OMS, 2012; Société suisse de gynécologie et d'obstétrique, 2005). L'acte est réalisé par des femmes d'un grand-âge qui sont rémunérées, ce qui montre également les motifs économiques.

Selon Carbonne : « les femmes sont victimes et complices à la fois : victime en tant qu'excisées et complices en tant qu'exciseuses et témoins » (Carbonne, 2011, p.158). Toutefois, elles sont considérées comme le principal moteur de ces pratiques. On pense qu'elles la perpétuent. Mais la connaissance des femmes qui acceptent de faire exciser leur fille n'est pas clairement explicitée. De même, la pression familiale, sociétale et communautaire que peuvent avoir les femmes n'est pas clairement explicitée. Bien que



cette tradition soit majoritairement réalisée par la lignée féminine, les hommes sont aussi impliqués. Il est donc difficile de comprendre les raisons qui poussent les femmes et les hommes à agir ainsi. En bref, les raisons actuelles invoquées sont les conflits de loyauté, l'exclusion sociale, les tensions familiales et communautaires, le mariage et le rejet de la personne non mutilée et de la violence envers les mères ou les personnes qui s'y opposent.

En ce qui concerne le déroulement de l'acte, les mutilations génitales se pratiquent pour la plupart sans anesthésie, dans des conditions déplorables et sans prise en considération des conditions d'hygiène. La plupart du temps, elles sont faites par une femme d'un certain âge pouvant avoir des problèmes de vue. Ces femmes peuvent être des exciseuses traditionnels ou dans certains régions reculées des grand-mères ou des tentes. La majorité de ces femmes n'ont pas de formation. Les outils utilisés sont tout objet tranchant à savoir: les lames de rasoir, les couteaux, les ciseaux, les morceaux de verre, etc. Dans certains pays comme par-exemple l'Egypte, la mutilation peut être réalisée en milieu médical par le personnel soignant.

En ce qui concerne la désinfection et la cicatrisation de la plaie, divers produits sont utilisés à savoir : le Dettol (produit antiseptique à base d'argent), des herbes mixé, le savon, le vinaigre, le citron, etc. En vue d'accélérer la cicatrisation, des pâtes à base de plantes et des œufs étaient parfois appliqués aux incisions. De même, certaines filles peuvent avoir les jambes liées durant quelques jours ou quelques semaines. Dans le cas de l'infibulation l'usage de fils ou d'épines était fréquent pour maintenir les lèvres en place (Chalmers & Omer Hashi, 2000, traduction libre ; IDE et al., 2009).

Pour introduire le chapitre des conséquences, nous souhaitons faire ici un petit rappel et comparaison :

Les mutilations génitales peuvent paraître étranges et cruelles à ceux qui ne les pratiquent pas, mais souvenons-nous que tous les peuples ont eu et ont des habitudes pouvant entraîner des conséquences très graves pour leur santé. Coutumes oubliées, bien souvent, des droits humains les plus élémentaires. Ainsi les chinoises ont eu les pieds bandés, ce qui les empêchait de marcher, nos grand-mères européennes serraient tant leurs corsets qu'elles s'atrophiaient les poumons... Et pour imposer la virginité et fidélité aux femmes, les sociétés humaines, sauf rares exceptions, ont été particulièrement inventives! Souvenons-nous des ceintures de chasteté du moyen âge... (Franjou & Gillette, 1995, p.43).

La pratique des MSF se fait comme énoncé plus haut sur les nouveau-nées ou chez les enfants en bas âge. Parfois, une fille peut être mutilée à plusieurs reprises, si l'on estime que le « travail » n'a pas été bien fait. Dans le cas de certaines ethnies comme par-exemple au Sierra Leone ou au Liberia, les MGF sont un rituel de passage à l'âge adulte. Dans ces situations, « l'excision » peut être faite au moment de l'adolescence (György, 2005a). En ce qui concerne le type III, les femmes sont ré-infibulées après les accouchements. En fonction de l'âge, des moyens utilisés pour effectuer l'intervention sur les filles et les femmes, les conséquences peuvent se porter sur le plan médical, psychologique, physique, social et pénal. Les conséquences peuvent être répertoriées en deux groupes, soit à court et à long terme comme nous pouvons le voir sur les tableaux 1 et 2 de la page suivante (Grima, 2005 ; Hohlfeld et al., 2005).

Hormis les conséquences citées (tableau 1 et 2), il est important de rappeler que : beaucoup de femmes avaient eu des opérations secondaires à la suite de la circoncision (Chalmers et al., 2000, traduction libre). De même, la douleur (aigüe ou chronique) est présente chez certaines femmes ayant vécu une mutilation génitale. Excepté la soudaineté, l'absence d'information, le choc de l'acte et de l'immobilisation, la douleur constitue un des éléments du traumatisme physique et psychologique. Contrairement aux femmes qui vont bien, une autre partie des femmes vivent en silence avec leur mutilation, même s'il y a des complications. Ainsi, « ... la souffrance dans la vie d'une femme [peut être] ... considérée comme normale et devient une valeur à respecter » (György, 2005a) en bref, ces dernières vont donc affronter la douleur et les complications qui peuvent survenir pendant et après les périodes de menstruation, les rapports sexuels et l'accouchement. Comme nous le dit Johansen, la douleur est un des motifs du désir de changement:

Women described their circumcision as overwhelmingly painful, in a way that affected them for life, both physically and mentally. The experience had led most women to question the tradition itself and its cultural legitimacy, at least at the time. Life in exile often seemed to reactivate the pain and revitalize doubts about the meaning and value of the practice. Hence the pain was a central driving force in women's desire for change » <sup>1</sup> (Johansen, 2006, p.2).

---

<sup>1</sup> Traduction libre : Les femmes ont décrit leur circoncision comme extrêmement douloureuse, de manière à affecter leur vie, à la fois physiquement et mentalement. L'expérience avait conduit la plupart des femmes à remettre en question la tradition elle-même et de sa légitimité culturelle, au moins à l'époque. La vie en exil

**Tableau 1 et 2 : liste des complications des MSF**

**Tableau 1: Complications immédiates et à court terme des MSF.**

Infections	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infection locale</li> <li>- Infection généralisée</li> <li>- Choc septique</li> <li>- Infection HIV</li> <li>- Tétanos</li> <li>- Gangrène</li> <li>- Maladies hématogènes</li> </ul>
Problèmes urinaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rétentions et troubles urinaires</li> <li>- Œdème de l'urètre</li> <li>- Dysurie</li> </ul>
Blessures	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inconstance anale liée aux lésions des organes adjacents</li> <li>- Fractures (fémur, clavicule, humérus)</li> <li>- Traumatisme psychique</li> </ul>
Saignements	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hémorragie</li> <li>- Choc hémorragique</li> <li>- Anémie</li> <li>- Décès</li> </ul>

Tiré de : Société suisse de gynécologie et d'obstétrique, 2005, p.6

**Tableau 2: Complications à moyen et à long terme des MSF.**

Gynécologie Sexualité Menstruations	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dyspareunie, dysfonction sexuelle</li> <li>- Sténose vaginale</li> <li>- Infertilité, stérilité</li> <li>- Endométrite chronique, annexites</li> <li>- Dysménorrhée</li> <li>- Ménorragie</li> </ul>
Problèmes urinaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infections urinaires à répétition</li> <li>- Vaginite chronique</li> <li>- Troubles de la miction</li> <li>- Incontinence urinaire</li> <li>- Calculs vaginaux</li> </ul>
Problèmes cicatriciels	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abscesses récidivants</li> <li>- Chéloïdes, kystes dermoïdes, névromes</li> <li>- Hématocolpos (rétention du sang menstruel)</li> </ul>
Problèmes durant la grossesse et l'accouchement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sous-alimentation (pour tenter d'éviter la naissance d'un gros bébé)</li> <li>- Difficulté lors des examens vaginaux</li> <li>- Impossibilité de cathétériser la vessie</li> <li>- Impossibilité de mesurer le pH avant l'accouchement</li> <li>- Augmentation de la durée de la 2e phase du travail</li> <li>- Déchirures périnéales</li> <li>- Hémorragie du post-partum</li> <li>- Infection de plaies périnéales</li> <li>- Fistules vésico- ou recto-vaginales</li> <li>- Augmentation de la mortalité périnatale</li> </ul>
Problèmes psychiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépression</li> <li>- Syndrome post-traumatique</li> </ul>

Tiré de : Société suisse de gynécologie et d'obstétrique, 2005, p.7

semblait souvent réactiver la douleur et de revitaliser des doutes sur le sens et la valeur de la pratique. D'où la douleur était une force motrice centrale dans le désir des femmes pour le changement.

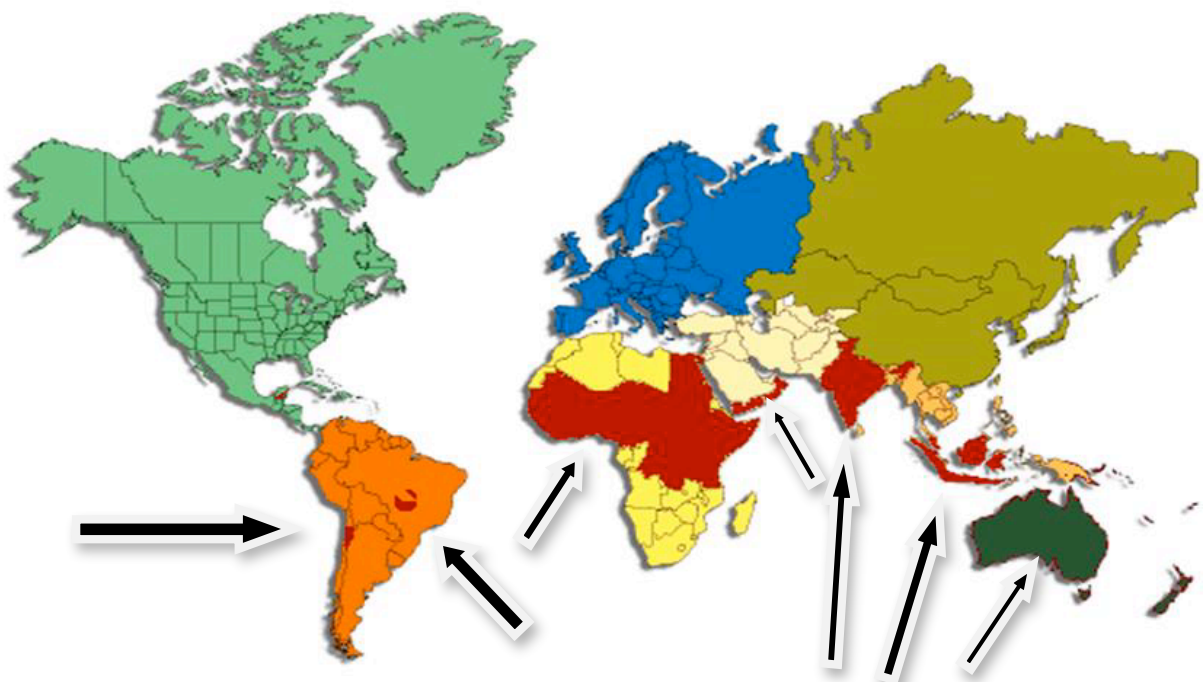
## 2.3. Situation actuelle

### 2.3.1. Au niveau mondial

Sur le plan mondial, l'ONU estime à 140 millions de filles ou de femmes ayant vécu une MSF. Sur le continent africain, l'ONU dénombre environ 92 millions de jeunes filles mutilées sexuellement âgées de 10 ans ou plus. (OMS, 2012) De même on compte environs 3 millions de filles qui sont à risque d'endurer une MSF chaque année (Eiriz & Ali Aden, 2013, [notes de cours] ; OMS, 2008, cité par Amazone asbl-vzw, 2009).

En 2006, l'OMS et l'UNICEF ont décrété le 6 février, comme « *La Journée internationale de tolérance zéro pour les Mutilations Génitales Féminines* ».

#### Pays où persiste la pratique des mutilations sexuelles féminines



Tiré de : GSF, 2007.

Actuellement, nous comptons une quarantaine de pays où la pratique de poursuit : 28 pays africains et quelques pays du Moyen Orient ainsi que de l'Asie (Indonésie, Malaisie, Inde, Yémen), en Amérique du sud (Pérou, Brésil). La pratique des MSF en Amérique du Nord et en Europe est rendu visible par les mouvements migratoires (Gynécologie sans Frontières [GSF], 2007). Pour certaines européennes originaires de ces pays, les mutilations sexuelles féminines ont été réalisées au cours d'un retour au pays d'origine.



### **2.3.2. Au niveau national (Suisse)**

En 2007, on compte environ 12 000 femmes résidant en Suisse issues des pays pratiquant les MSF. Parmi celles-ci, suite à l'enquête menée en 2012 par le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), environs 10'700 femmes « excisées » ou menacées de l'être vivent en suisse (Unicef, 2013). La fréquence des contacts avec ses femmes est plus élevée dans les cantons de Genève, Valais et Fribourg (Unicef, 2013). Pour le Canton de Genève, l'Unicef estime environ 1200 femmes concernées par les MSF (UNICEF Suisse, 2007, cité par Eiriz & Ali Aden, 2013, [notes de cours]). Selon Katrin Piazza:

Il est difficile de collecter des données, car la plupart des victimes n'osent pas parler. [Pour dépasser cette obstacle, dans] ... sa prochaine enquête, UNICEF Suisse va travailler en collaboration avec des gynécologues, des sages-femmes, des travailleurs sociaux et, si possible, des membres des communautés concernées (Katrin Piazza, cité par Vogel-Misicka, 2012).

Or d'après l'Unicef et ses estimations sur les migrants originaires de pays où la pratique est commune, comme par exemple l'Erythrée, le nombre de femmes concerné par cette problématique pourrait être sans doute augmenté (Vogel-Misicka, 2012). Depuis 2010 une consultation MSF est mise en place par les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Actuellement, ces consultations spécifiques dans le canton de Genève sont d'environ: « ... 6 femmes par mois. Le moyen de rencontre se fait aussi dans le cadre de la pratique quotidienne à la maternité, en gynécologie, lors de l'accouchement, ou aux urgences » (Entretien 1, 2013. p.1). Dans le canton de Vaud: « le [Centre Hospitalier Universitaire Vaudois] CHUV de Lausanne, estime à environ 600 par année le nombre de ses patientes concernées » (Schumacher, 2012). En bref, les deux hôpitaux (HUG, CHUV): « proposent une approche pluridisciplinaire: gynécologues, sexologues, pédiatres, ethnopsychiatres et autres professionnels travaillant de concret pour permettre un accueil adapté » (Schumacher, 2012).

## 2.4. Cadre légal

### 2.4.1. Droit international

Lorsqu'on regarde ces pratiques par le biais des droits de l'Homme et de la santé, les mutilations sexuelles montrent l'inégalité entre les sexes (hommes et femmes) qui subsistent dans certaines cultures (OMS, 2008, p.1). Le droit des femmes, plus précisément l'article 5a de la convention sur l'élimination de toutes les formes de discriminations à l'égard des femmes (CEDAW) précise que les gouvernements doivent prendre toutes les mesures adéquates dans le but de:

« ... modifier les schémas et modèles de comportement socio-culturel de l'homme et de la femme en vue de parvenir à l'élimination des préjugés et des pratiques coutumières, ou de tout autre type, qui sont fondés sur l'idée de l'infériorité ou de la supériorité de l'un ou l'autre sexe ou d'un rôle stéréotypé des hommes et des femmes » (*Art.5a de la convention sur l'élimination de toutes les formes de discriminations à l'égard des femmes du 6 mars 2012* (=RS 0.108)).

Ainsi, les mutilations sexuelles démontrent un pouvoir et une ségrégation dirigés à l'encontre des femmes.

Dans la majorité des situations, les mutilations sont pratiquées lorsque les filles sont en bas-âge et de ce fait ces actes transgressent la Convention relative aux Droits de l'Enfant (CDE). Ainsi l'article 3, ch.2 de la Convention relative au Droit de l'Enfant stipule: « Les Etats parties s'engagent à assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être ... » (*Art. 3 ch.2 de la convention relative au droit de l'enfant du 8 avril 2010* (=RS 0.107)). De même l'article 19 ch.1 du CDE précise le devoir des états qui est de:

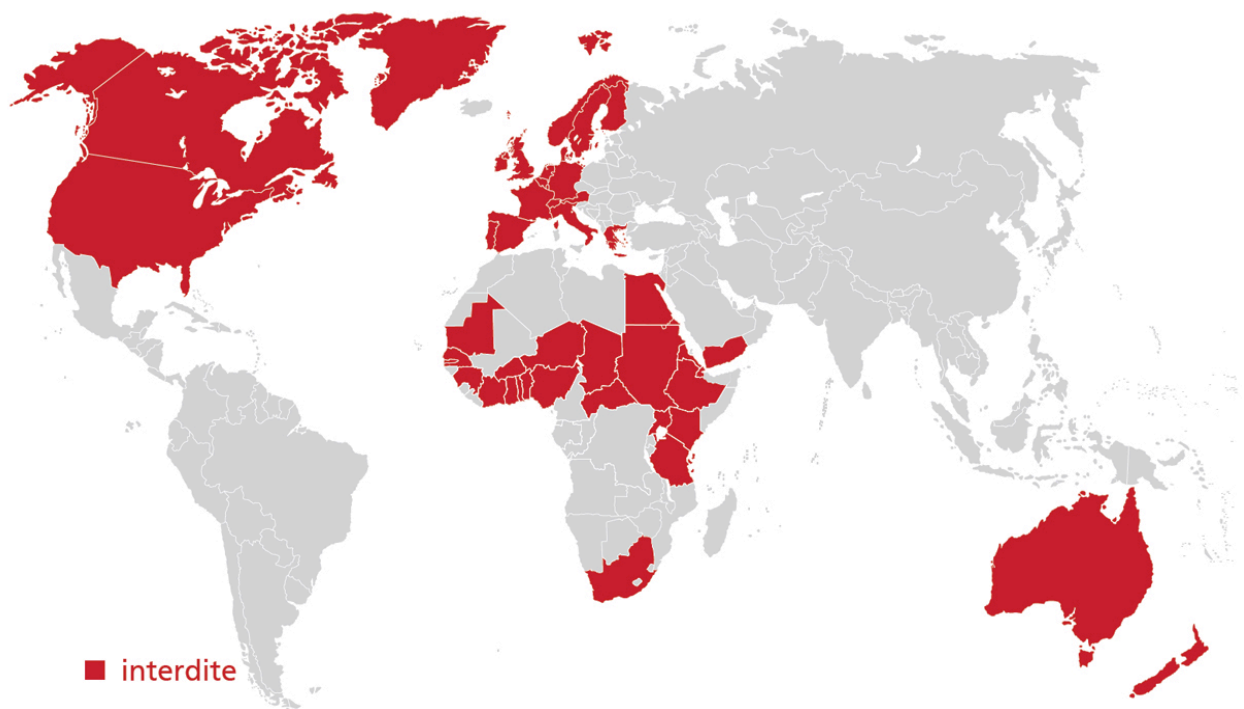
« ... [prendre] toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle ... » (*Art. 19 ch.1 de la convention relative au droit de l'enfant du 8 avril 2010* (=RS 0.107)).

L'article 24, ch.3 du CDE est plus spécifique et stipule que « les Etats parties [doivent prendre] toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques



traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants » (*Art. 24 ch. 3 de la convention relative au droit de l'enfant du 8 avril 2010* (=RS 0.107)). De ce fait, par leur extrême violence, intrusion à l'intimité, les mutilations génitales féminines violent le droit à la santé, le droit à la sécurité, le droit à l'intégrité physique, le droit d'être protégé contre la torture et traitements inhumains et dégradants. Parfois, elles transgressent également le droit à la vie, lorsque l'enfant succombe suite aux blessures infligées ou par hémorragie (OMS, 2008, p.1). Les mutilations génitales entrent également dans 3 Objectifs du Millénaire pour le développement à savoir : « No. 3. Promouvoir l'égalité et l'autonomisation des femmes, No. 4. Réduire la mortalité infantile, No. 5. Améliorer la santé maternelle » (Nations Unies, 2012).

#### INTERDICTION LÉGALE DE L'EXCISION



Tiré de : Confédération Suisse, OFSP & Terre de Femmes Schweiz, 2010.



### 2.4.2. Droit européen

Selon l'article 3 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme (CEDH), les mutilations génitales peuvent être considérées comme des : « traitements inhumains ou dégradants » du fait de leur extrême violence et de l'intrusion à l'intimité. Elles violent ainsi cet article et doivent être interdites (*Art.3 de la convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 23 février 2012* (=CEDH : RS 0.101 )).

Au niveau européen, il existe 3 options légales pour lutter contre les MSF. En résumé, la Suède, la Norvège et la Grande-Bretagne ont adapté une loi spéciale incriminant les MSF. Quant à la Belgique, le Danemark, l'Espagne et l'Italie, des modifications de la loi existante et l'introduction d'une loi spécifique au MSF ont été réalisées. Pour les autres pays comme la France, l'Allemagne, les Pays-Bas, on trouve une loi ordinaire incriminant les MSF (IDE, 2006 ; Powell et al., 2004, traduction libre).

A ce stade du travail, il est nécessaire de rappeler qu'il existe un fort mouvement en faveur de l'abolition des pratiques des MGF. En ce qui concerne les pratiques sur les mineurs, cette mobilisation s'étend également à l'échelle mondiale. Dans l'article de Powell & al, les auteurs mettent en avant : la demande d'une législation spécifique et commune aux pays européen [qui] devrait être adoptée (Powell et al., 2004, traduction libre). De cette manière, nous pouvons maximiser la préoccupation de cette problématique à travers une législation commune (européenne).

Avant de poursuivre sur les lois suisses et leur modification récente, nous avons souhaité répertorier les législations concernant les pays européens. Les données détaillées figurent dans le tableau 3 (Powell et al., 2004, traduction libre ; Wikipedia, 2013d).

**Tableau 3: Pays européens et législations**

<b>Loi</b>	<b>Pays</b>
<b>loi spécifique aux MGF</b>	⇒ <b>Autriche</b> (2002) ⇒ <b>Belgique</b> (2001) ⇒ <b>Suède</b> (1982) ⇒ <b>Suisse</b> (1982) ⇒ <b>Royaume-Uni</b> (1985, modifiée en 2003) → (86'000 femmes ayant vécu une mutilation) ⇒ <b>Norvège</b> (1996)
<b>MGF est punissable en vertu du droit pénal général (code pénal)</b>	⇒ <b>Finlande</b> ⇒ <b>France</b> ⇒ <b>Allemagne</b> → (21'000 femmes, le nombre pourrait doubler si l'on ajoute les migrants non inclus + 5500 filles en risque de le subir.) ⇒ <b>Grèce</b> ⇒ <b>Italie</b> → (28'000 femmes ayant vécu une mutilation) ⇒ <b>Luxembourg</b> ⇒ <b>Portugal</b> ⇒ <b>Pays-Bas</b> → (25'000 femmes concernées par les MGF)
<b>MGF Punissable par la justice criminelle</b>	⇒ <b>Irlande</b>
<b>Autres et particularités</b>	<b>Canada</b> → le seul fait de risquer de telles mutilations constitue un motif recevable de demande d'asile politique (Wikipedia, 2013d).
	<b>États-Unis</b> → la circoncision féminine, dite sunna (l'équivalent de la circoncision masculine), pratiquée pour des raisons médicales, constitue un acte légal sur les enfants. Ce pays autorise également les autres formes de MGF sur les femmes adultes consentantes (Wikipedia, 2013d).

### 2.4.3. Droit Suisse

Dans l'année 2004-2005, paraît une loi issue de l'expertise juridique faite par l'Unicef sur les mutilations génitales féminines. Le 17 mars 2005 que Mme Roth Bernasconi dépose une initiative qui donne naissance à une norme pénale contre les mutilations sexuelles féminines. Hormis la loi sur la santé (K 103), la Suisse possède alors plusieurs législations pour réprimer la pratique des MSF (*Loi du 7 avril 2006 sur la santé.* (= LS ; RSG K 1 03)). Avant la modification de la loi en juillet 2012, la pratique des mutilations sexuelles féminines étaient punissable selon l'article 122 (lésion corporelle grave) et l'article 123 (lésion corporelle simple) du code pénal suisse (Trechsel & Schlauri, 2005).

L'article 122 : Lésions corporelles : lésions corporelles graves

« Celui qui, intentionnellement, aura blessé une personne de façon à mettre sa vie en danger, celui qui, intentionnellement, aura mutilé le corps d'une personne, un de ses membres ou un de ses organes importants ou causé à une personne une incapacité de travail, une infirmité ou une maladie mentale permanentes, ou aura défiguré une personne d'une façon grave et permanente, celui qui, intentionnellement, aura fait subir à une personne toute autre atteinte grave à l'intégrité corporelle ou à la santé physique ou mentale, sera puni d'une peine privative de liberté de dix ans au plus ou d'une peine pécuniaire de 180 jours-amende au moins » (*Art. 122 du code pénal suisse du 1<sup>er</sup> juillet 2013* (= CP ; RS 311.0)).

**L'article 123 ch.1:** Lésions corporelles simples

« Celui qui, intentionnellement, aura fait subir à une personne une autre atteinte à l'intégrité corporelle ou à la santé sera, sur plainte, puni d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire. Dans les cas de peu de gravité, le juge pourra atténuer la peine (art. 48a) ... » (*Art. 48a du code pénal suisse du 1<sup>er</sup> juillet 2013* (= CP ; RS 311.0) ; *Art. 123 ch.1 du code pénal Suisse du 1<sup>er</sup> juillet 2013* (= CP ; RS 311.0)).

Selon ces articles de loi, la pratique des MGF était illégale car elle portait atteinte à l'intégrité corporelle et était considérée comme une lésion corporelle simple ou grave. La lésion peut mettre en danger immédiat comme par exemple : lors de l'ablation de l'extrémité du gland du clitoris, si l'entaille a été profonde, elle peut léser l'artère clitoridienne et entraîner la mort par hémorragie. Dans un autre cas, si l'orifice laissé (infibulation) ne permet ni l'écoulement d'urine ni du sang, ou lorsque la plaie est traitée par des substances, peuvent résulter des infections graves qui peuvent rapidement entraîner la mort.

De même, l'article 122 du CPS souligne la lésion d'un organe important, par conséquent, l'ablation de l'extrémité du gland du clitoris, pour des raisons non médicales implique la mutilation d'un organe important qu'il s'agisse d'une excision, d'une forme intermédiaire ou d'infibulation (*Art. 122 CP : RS 311.0*). Or, le clitoris est l'organe central du plaisir sexuel chez la femme. Donc, c'est un organe qui est à la base de l'excitation sexuelle et de la perception du plaisir.

#### **2.4.3.1. Lois actuelles et sanctions**

L'article 124 al.1 et 2 du code pénal suisse (CP) est la nouvelle teneur de la loi fédérale du 30 septembre 2011, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2012 (*Art 124 al.1 et 2 du code pénal suisse du 1<sup>er</sup> juillet 2013* (= CP ; RS 311.0)). Elle s'intitule « Mutilation d'organes génitaux féminins » et stipule :

1. « Celui qui aura mutilé des organes génitaux féminins, aura compromis gravement et durablement leur fonction naturelle ou leur aura porté toute autre atteinte sera puni d'une peine privative de liberté de dix ans au plus ou d'une peine pécuniaire de 180 jours-amende au moins. »
- 2 : « Quiconque se trouve en Suisse et n'est pas extradé et commet la mutilation à l'étranger est punissable. L'art. 7, al. 4 et 5, est applicable. » (*Art. 7, al. 4 et 5, du code pénal suisse du 1<sup>er</sup> juillet 2013* (= CP ; RS 311.0)).

La MSF est un acte illégal en Suisse. Les personnes qui sont instigateurs, co-auteurs ou complices de la planification de l'acte en Suisse ou à l'étranger sont punissables d'une peine de réclusion ou d'emprisonnement (l'article 24, 25 du code pénal) (*Art. 24 du code pénal suisse du 1<sup>er</sup> juillet 2013* (= CP ; RS 311.0) ; *Art. 25 du code pénal suisse du 1<sup>er</sup> juillet 2013* (= CP ; RS 311.0); Trechsel & Schlauri, 2005).

La pratique des MSF entraîne selon l'article 126 du CP une poursuite d'office, lorsque l'auteur s'en prend à une personne hors d'état de se défendre ou à un enfant dont il avait la garde ou sur laquelle il avait le devoir de veiller (*Art. 126 du code pénal suisse du 1<sup>er</sup> juillet 2013* (= CP ; RS 311.0)). En revanche, l'article 28a, al 1 et 2 du CP stipule que ; même si les autorités judiciaires ont connaissance de la pratique du MGF, en cas de dénonciation, l'infraction liée au MGF n'est poursuivie que sur plainte de la personne lésée (témoignage) et cela dans un délai de 15 ans. En cas d'enfant mineur, le représentant légal peut demander la poursuite des auteurs présumés (*Art. 28a, al 1 et 2 du code pénal suisse du 1<sup>er</sup> juillet 2013* (= CP ; RS 311.0)).

Avant la nouvelle loi, la dés-infibulation (ouverture de l'orifice vaginale) et la ré-infibulation (nouvelle suture de l'orifice vaginale) pouvaient être réalisées sur demande des femmes, comme par exemple des femmes ou filles qui devaient retourner définitivement dans leur pays natal et qui étaient à risque. Selon Trechsel et Schlauri: « La ré-infibulation

... [était] envisagée que dans les cas de [certaines] femmes dont la demande d'asile aurait été rejetée » (Trechsel & Schlauri, 2005). Actuellement la ré-infibulation ne se fait plus et la dés-infibulation est réalisée uniquement sur consentement des femmes concernées par l'infibulation. A cela s'ajoute l'article 84 al.2 de la loi K 1 03, qui stipule que tout professionnel de la santé: « (...) doit s'abstenir de tout acte superflu ou inapproprié, même sur requête du patient ou d'un autre professionnel de la santé » (*Art. 84 al.2 de la loi sur la santé du 7 avril 2006* ; Conseil d'Etat, 2007).

En bref, le changement de loi et la mise en route d'une loi spécifique en Suisse à plusieurs buts, tels que: celui de dissuader, de faire prendre conscience, d'éviter de nouvelles victimes et de souligner davantage l'atteinte à la féminité (préjudice physique et psychologique). De même, cette nouvelle législation, montre la volonté de l'état de s'engager pour la prévention, la loi sur l'asile et la protection des filles/femmes dans le pays d'accueil. Enfin, le dernier but recherché par la nouvelle loi est de faire concorder les différentes législations, les valeurs, les normes avec la réalité (Eiriz & Ali Aden, 2013, [notes de cours]).

#### **2.4.3.2. Loi et pratique des professionnels de la santé**

Les soignants autant que les exciseuses qui pratiquent une mutilation commettent un acte illicite et sont coupables selon l'article 124 du code pénal suisse (*Art. 124 CP : RS 311.0*). La dés-infibulation (ouverture de l'orifice vaginal) réalisée par une intervention médicale bénigne dans nos hôpitaux est considérée comme une lésion corporelle simple. En revanche, lors de la dés-infibulation sans consentement, la poursuite pour lésion corporelle simple, selon l'article 123 du CP peut être faite en cas de plainte de la victime (*Art. 123 CP : RS 311.0* ; Trechsel & Schlauri, 2005).

En ce qui concerne les soignants, l'article 320 et 321 du CPS indiquent l'obligation de confidentialité et du respect du secret de fonction (*Art. 320 du code pénal suisse du 1<sup>er</sup> juillet 2013 (= CP ; RS 311.0) ; Art. 321 du code pénal suisse du 1<sup>er</sup> juillet 2013 (= CP ; RS 311.0)*). Par opposition à ces deux articles de loi, les professionnels de la santé ont le devoir de signalement. Selon l'article 358ter du CP, les soignants peuvent demander la levée du secret médical en cas de suspicion ou d'acte de maltraitance tels que la mutilation sur mineur (*Art 358ter du code pénal suisse du 1<sup>er</sup> juillet 2013 (= CP ; RS 311.0) ; Trechsel & Schlauri, 2005*). Ainsi : « lorsqu'il y va de l'intérêt des mineurs, les personnes astreintes

au secret professionnel ou au secret de fonction (articles 320 et 321) peuvent aviser l'autorité des infractions commises à l'encontre de ceux-ci » (*Art. 320. CP : RS311.0 ; Art. 321 CP : RS 311.0 ; IDE, 2006 ; Trechsel & Schlauri, 2005*). Les professionnels peuvent ainsi protéger les mineurs des infractions.

L'article 272 du code civil suisse (CC) quant à lui s'applique tant pour les parents que pour les professionnels de la santé et du social (*Art. 272 du code civil suisse du 1<sup>er</sup> juillet 2013* (= CC ; RS 210)). Ces personnes ont le devoir de protéger les enfants face aux dangers menaçant leur vie et leur santé. Une fois avisé, de la mise en danger de l'enfant, les autorités de protection de l'enfant peuvent selon l'article 310 du code civile retirer l'enfant de l'environnement où il vit et le placer de façon appropriée (*Art. 310 du code civile suisse du 1<sup>er</sup> juillet 2013* (= CC ; RS 210)). Si la situation est complexe, l'autorité tutélaire ou l'autorité de surveillance peut selon l'article 311 et 312 du CC, retirer l'autorité parentale et nommer un tuteur à l'enfant (*Art. 311 du code civile suisse du 1<sup>er</sup> juillet 2013* (= CC ; RS 210) ; *Art. 312 du code civile suisse du 1<sup>er</sup> juillet 2013* (= CC ; RS 210) ; Trechsel & Schlauri, 2005).

#### **2.4.3.3. Synthèse des lois**

Enfin, avant l'adaptation de la nouvelle loi en vigueur depuis juillet 2012, les mutilations génitales féminines à savoir l'excision et l'infibulation, étaient punissables selon l'article 122 (lésions corporelles graves) et l'article 123 (lésion corporel simple) du code pénal suisse (CP) (*Art. 122 CP : RS 311.0 ; Art. 123 CP : Rs311.0*).

Suite à l'étendue de cette pratique culturelle et suite à l'exigence de l'UNICEF Suisse, le conseil national décide et introduit une nouvelle norme dans le code pénal suisse: l'article 124 : « Mutilation d'organes génitaux féminins ». Ainsi, est punissable selon l'article 124 du CP: « celui qui aura mutilé des organes génitaux féminins, aura compromis gravement et durablement leur fonction naturelle ou leur aura porté toute autre atteinte... » que ce soit fait sur le territoire suisse ou à l'étranger (*Art. 124 CP : RS 311.0*).

L'objectif de cette modification de la loi permet de dissuader ou de punir les auteurs, les co-auteurs (les personnes, la famille, les proches) qui font ou souhaitent faire exciser ou infibuler leur filles. Elle permet également de protéger les victimes. De même, cette législation s'applique contre le renvoi des enfants dans leurs pays d'origine en vue de subir

une mutilation génitale. A l'exception des interventions légères (tatouages, les piercings) ou certaines interventions à but esthétique, l'article 124 du CP répond également à la question de la réalisation d'une « mutilation sexuelle » sur une personne majeure et consentante (*Art. 124 CP : RS 311.0*).

En revanche, selon Katrin Piazza :

La législation seule ne suffit pas, il y a toujours un risque que les excisions soient simplement pratiquées clandestinement. Lorsqu'une communauté entière partage une pratique nuisible, il est presque impossible pour un individu de la défier, même s'il est conscient du danger (Katrin Piazza, cité par Vogel-Misicka, 2012).

En bref, en Suisse le projet des MSF a une visée politique. Pour ses débuts, la problématique est rendue visible dans les années 1980 suite au flot migratoire. En mars 2005 de nouvelles normes pénales ont fait surface suite à l'initiative proposée par Mme Roth Bernasconi. En 2011, la Suisse adopte la décision du conseil national en faveur d'une norme pénale interdisant toute forme de mutilation féminine sur le sol suisse et celles commises à l'étranger sur ses ressortissants. Actuellement, le combat se poursuit et une nouvelle loi est entrée en vigueur en juillet 2012. Cette norme pénale s'ajoute aux autres lois du code pénal suisse déjà existantes. Ainsi, cette règle introduite fait des MGF un délit à part entière. De plus, elle a pour but de faciliter les démarches de la victime et de diminuer, voire de lui éviter des examens contraignants.

Après la mise en contexte de la thématique des MGF, nous allons dans le chapitre suivant exposer notre problématique. A la suite de cela, nous exposerons la méthodologie utilisée pour l'analyse de nos questions à savoir, la lecture d'articles de recherches et autres documents, les interviews menées, les rencontres avec des femmes migrantes, le visionnage de films et reportages et la formation de sensibilisation sur les MSF ainsi que la participation aux conférences.

### **3. Problématique**

Notre questionnement initial portait sur: comment les soignants doivent-ils se comporter face à la problématique des MSF et aux patientes ayant vécu une Mutilation génitale? Quel est leur rôle et leur niveau de connaissances? Quelles sont leurs obligations? Sont-ils assez

formés ou sensibilisés pour différencier les types de mutilations et adapter leur prise en charge? Comment procèdent-ils? Existe-il un protocole de prise en charge préétabli? Quelles sont les difficultés auxquelles les soignants sont confrontés?

Une partie de notre questionnement a trouvé réponse dans une série de lectures et des entretiens exploratoires. Nous avons alors modifié l'orientation de notre recherche, nos questions ont évolué et portent sur le vécu des femmes, des soignants et sur la communication c'est-à-dire l'interaction entre les soignants et les patientes. Ainsi notre question principale est :

⇒ **Quel est le vécu et le positionnement des femmes et du personnel soignant face aux MSF? Quelles sont les difficultés auxquelles ils sont confrontés?**

En vue de mieux traiter cette question, nous avons formulé trois autres questions qui sont :

- 1. Quelles sont les connaissances des femmes sur leur « excision » ? Quels sont leurs besoins?**
- 2. Dans l'idée de standardiser les soins, le personnel soignant devrait-il inclure la question des mutilations génitales dans chaque prise en soin effectuée auprès des femmes concernées ou provenant de pays à risques? Si oui, comment doivent-ils procéder ?**
- 3. Evoquer les MGF, est-ce une aide ou une intrusion pour la personne? Est-il nécessaire de faire parler ces femmes de ce qu'elles ont vécu? Comment peut – on permettre aux femmes de parler des mutilations génitales?**

Il s'agira ainsi d'aborder dans cette revue de littérature, les MSF qui sont non seulement un problème médical ou légal, mais aussi culturel et éthique.

### **3.1. But(s) poursuivi(s)**

En référence à nos questions citées ci-dessus, nous souhaitons dans cette revue de littérature souligner les questions qui se posent aux professionnels de la santé au sujet des MSF, notamment celle de savoir comment aborder ce sujet avec les patientes, leurs maris



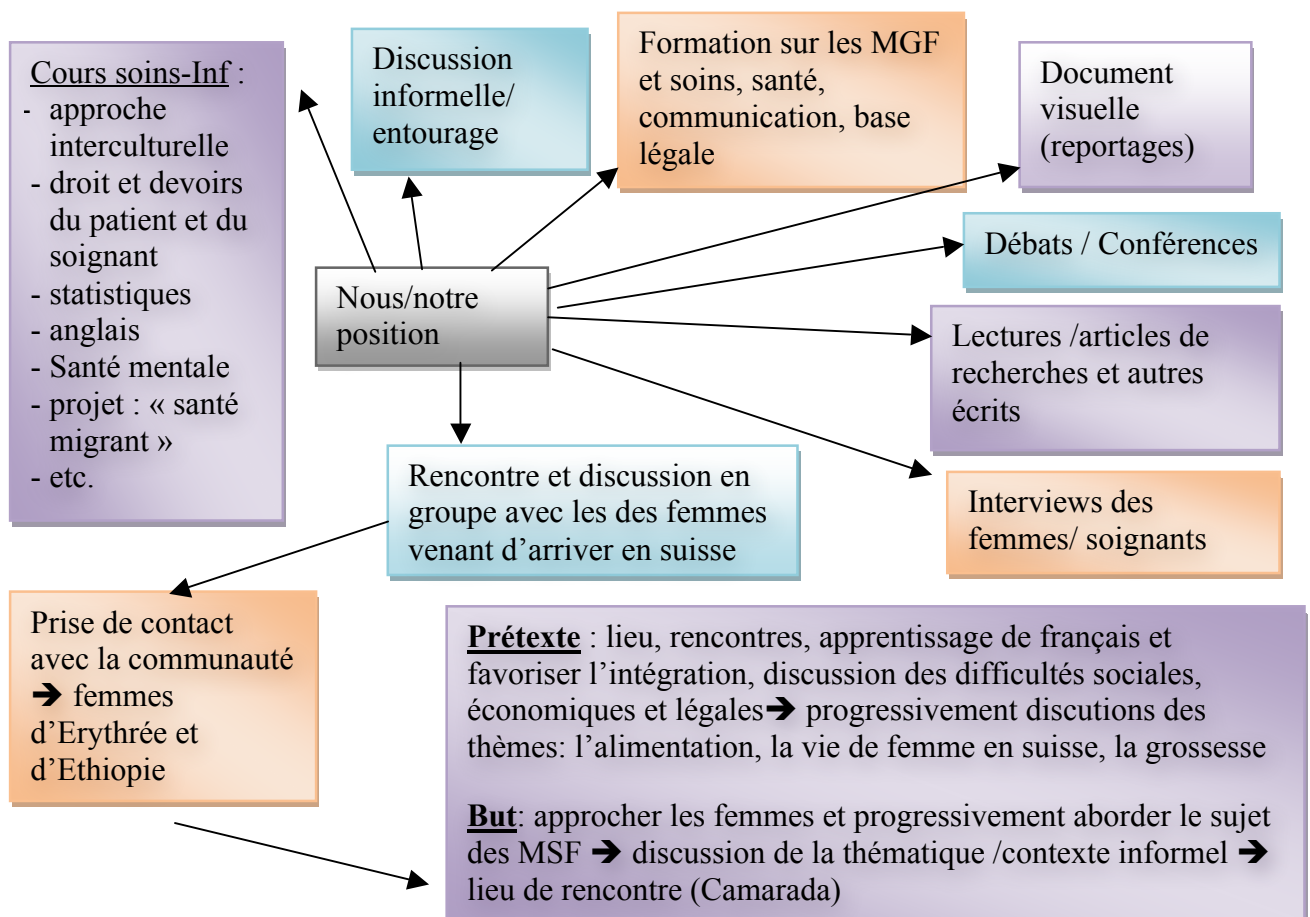
ou leurs proches. De même nous nous intéresserons au vécu des femmes et des soignants. Puis nous traiterons le sujet de la « communication et l'interaction soignant-soigné ».

En résumé, notre objectif est de parler de la thématique des MSF, de la prise en soin en vue de dépasser la notion de tabou qui concerne les mutilations génitales. Dans les pages suivantes, nous aborderons les aspects relatifs au traitement de la problématique, tels que la santé, le savoir et les besoins des femmes, les connaissances, le positionnement et les besoins des soignants, le système de santé suisse, la promotion, la prévention et l'accompagnement des femmes, les conflits culturels qu'habitent les femmes.

## 4. Méthodologie

Notre travail est une revue de littérature de type qualitatif, exploratoire et descriptif. La collecte des données a été réalisée à travers la lecture et l'analyse d'articles de recherches et d'autres articles publiés dans des revues ou des livres, d'entretiens semi-structurés avec les professionnels de la santé, ainsi qu'avec une femme ayant accepté de répondre à nos questions sur son vécu de l'excision et son expérience de soin dans le système de santé genevois. De plus, à travers des discussions informelles nous avons cherché à savoir comment la population générale réagit lorsqu'on aborde le sujet de la mutilation génitale. En vue d'enrichir notre travail, nous avons également bénéficié de 3 séances de formation sur les MGF organisées par le Bureau de la promotion de l'égalité entre femmes et hommes (BPE). De même, nous avons assisté à des débats et conférences, avons visionné quelques reportages. Au cours de notre formation, nous avons débuté un projet de rencontre, d'aide et d'intégration avec des femmes migrantes d'origine Erythréennes et Ethiopiennes. L'analyse de ces données sera réalisée au travers des théories de soins infirmiers.

**Tableau 4: Recherche de données pour la réalisation de cette revue de littérature**



## 4.1. Les articles scientifiques

Avant de poursuivre dans les différents chapitres de la méthodologie, nous souhaitons préciser ici que parmi les articles de recherche scientifiques consultés, 11 étaient en Anglais. Nous avons également lu d'autres écrits en anglais. Par souci et respect des critères de rédactions, les citations de ces articles seront systématiquement traduits en français.

### 4.1.1. Mode de sélection des données

#### Mots clés

- En français : Mutilation Génitale Féminine (MGF) / Mutilations Sexuelles Féminines (MSF), Suisse, Santé, Soins, Connaissances, Professionnelles de la santé, Prise en soin, Accouchement / Complications, migration, Santé sexuelle et reproductive, Croyances et Culture, Migrants, Prévention
- En anglais: *female genital mutilation (FGM), and complications, FGM and healthcare, care nursing science FSM.*

#### Banque de donnée

- **Pubmed / MEDLINE**: C'est un site central de la publication créé par les Etats-Unis et il permet de rendre visible la santé au niveau international. Il comporte surtout des périodiques écrits en anglais et en français. C'est un des principaux moteurs de recherche des données bibliographiques dans l'ensemble des domaines de la biologie, la clinique et de la médecine fondamentale, la pharmacologie, les sciences infirmières, la physiothérapie, la nutrition, la santé publique etc. (Haute école de santé Genève [HEDS], 2012 ; Wikipedia, 2013c).
- **Swiss Medical Weekly**: C'est un journal international, qui publie des revues médicales depuis 1871. C'est un site de publication ouvert qui permet de trouver les recherches et les articles de manière immédiate. C'est un site suisse qui centralise les recherches effectuées en Suisse (Swiss Medical Weekly , S.d).

- **Google scholar**: Actif depuis 2004, Google Scholar est un outil spécialisé dans la littérature de recherche universitaire. Il propose diverses thèses de type universitaire, livres, résumés, articles, citations, en français et en anglais et permet d'effectuer des recherches d'articles scientifiques approuvés ou non par le comité de relecture. Nous pouvons trouver dans l'index de celui-ci, des articles de journaux issus des grandes éditions de littérature. Sa facilité d'utilisation et son accessibilité (gratuité) font de lui un outil de recherche populaire (Wikipedia, 2013a ).
- **Revue médical suisse**: c'est un journal de formation continue qui est destiné aux médecins. Par les nombreuses publications qu'elle comporte, elle permet de rendre visible, l'évolution scientifiques de la médecine. Le but principale de cette revue est le partage d'information et de savoir au sein de la communauté médicale (scientifiques, médecins, soignants etc.). Elle est l'outil de référence des médecins de premier recours et des spécialistes. Ainsi, elle traite sur l'histoire, l'évolution, le droit, l'éthique, la communication et les recherches. Elles sont donc accessibles à la société qui souhaite s'informer (Revue médical suisse, 2010).

#### **4.1.2. Critères de sélections des articles**

Pour commencer, nous avons effectué plusieurs recherches et avons obtenu beaucoup d'écrits (articles de recherche scientifiques, articles de revues, rapports de conférences, lois etc.) Ces documents rentrent dans un ou deux domaines de nos recherches sur les mutilations génitales féminines. Pour étayer notre recherche, nous nous sommes permis de sortir des frontières suisses, (système de santé et de soins suisses), car il existe plus de recherches écrites ailleurs comme par exemple en Suède. Cette ouverture nous offre ainsi une possibilité de confronter les données, de mieux cerner les problématiques des MGF, de cibler et de mettre en lumière la problématique de notre travail de Bachelor. Ainsi, nous pourrions également comprendre l'étendue de cette pratique au niveau européen. De même nous pourrions avoir un aperçu du plan de prise en charge des patientes concernées dans les autres pays.

Après un premier triage exhaustif parmi une centaine d'articles, nous en avons retenus 51. Puis nous avons procédé à une deuxième méthode de sélection d'articles scientifiques et articles de recherches. Cette deuxième méthode basée sur les critères suivant nous a permis de retenir 12 articles pour la réalisation de notre revue de littérature.

- Les articles ont été sélectionnés selon:
  - Années de publication
  - Langue : français, Anglais, Allemand
  - les MGF/MSF en générale
  - Incluant les soignants infirmiers dans la recherche (témoignage, difficulté...)
  - Incluant des filles et/ou femmes ayant vécu une mutilation génitale (témoignages)
  - Traitant la question de la prise en charge
  - Incluant la question des connaissances sur les MSF
  - En fonction des auteurs (selon la recommandation des personnes interviewées)
  - En fonction du lieu, pays de l'étude (Suisse, Canada, Suède...)

#### 4.1.3. Spécificités des articles

Banque de données	Spécificités des articles sélectionnés	Pays	Année
<b>Pubmed / MEDLINE</b>	7 articles de recherche scientifique 2 articles: revue de littérature	Belgique, Canada, Espagne, Norvège, Suède, Suisse, S.l.	2000-2009
<b>Swiss Medical Weekly</b>	1 article : revue de littérature	Suisse	2011
<b>Google Scholar</b>	1 article de recherche scientifique	Grande-Bretagne	2007
<b>Revue médicale suisse</b>	1 article : revue de littérature, en français	Suisse	2008

**Tableau 5 : Articles sélectionnées**

<b>Auteurs années pays</b>	<b>Titre</b>	<b>Objectif /but</b>	<b>Méthode</b>	<b>Résultat/conclusion</b>
Abdulcadir et al., 2011  Suisse	Care of women with female genital mutilation/ cutting.	Présenter les MGF/C comme un problème social et multiculturel.	Lectures de recherches scientifiques et des définitions, de la classification, de l'épidémiologie, de l'anthropologiques ainsi que des aspects juridiques et politiques sur les MGF/C	Études récentes montrent le manque de connaissance sur les MGF/C Nécessité d'adapter les démarches pour la prise en charge des femmes présentant un MGF/C Discussion sur une pratique symbolique, alternative au MSF.
Powell et al., 2004  Sans lieu de publication (S.l.)	Female genital mutilation, asylum seekers and refugees: the need for an integrated European Union agenda	Les demandeurs d'asile et des réfugiés (ASR) sont une population hétérogène avec des besoins physiques et psychologiques distinctes. Les besoins de santé supplémentaires concernent les filles et les femmes qui ont subi ou sont à risque de subir les mutilations génitales féminines (MGF)	Critiques et discussion des articles de recherche : (Données statistiques, définitions, classification, listing des conséquences établit par l'OMS et des articles de loi de l'Europe et écrits sur les MGF)	Les lois et les règles sont non cohérentes au sujet de la migration et de pratiques telles que les MGF. L'article met en avant la demande d'une législation spécifique et commune aux pays européens qui devrait être adoptée. De ce fait, on maximise la préoccupation de cette problématique à travers une législation commune.

Auteurs années pays	Titre	Objectif /but	Méthode	Résultat/conclusion
Leval et al., 2004 Suède	The encounters that rupture the myth: contradictions in midwives' descriptions and explanations of circumcised women immigrant's sexuality.	Investiguer sur la perception des sages-femmes et infirmières sur les MGF lors de la prise en charge des femmes ayant subi une mutilation.  Les auteurs se questionnent sur les formations reçus par ces soignantes. Cet article s'intéresse sur la manière dont les infirmières et sages- femmes abordent la question de la sexualité avec leurs patients.	11 sessions de discussion avec 26 sages-femmes et infirmières avec différents degrés d'exposition en lien avec la prise en soin des femmes ayant vécu une mutilation.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les projections ethnocentriques de la sexualité</li> <li>- Relation paradoxale sur les connaissances pas de recherche de réponse concernant sur la circoncision et la sexualité</li> <li>- Les patientent ayant vécu une mutilation sont considérées comme impuissantes et sous la dominance des hommes</li> <li>- Le fait que les salles d'accouchements et les lieux de consultations prénatales fonctionnent comme lieux de rencontre entre les sexes et la culture ainsi que la rencontre avec les hommes, permet de rompre les normes hégémoniques masculines.</li> </ul>
Thierfelder et al., 2005 Suisse	Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss Health care system.	Le système de soin suisse trait-il les besoins spécifiques des femmes migrants ayant vécu une MGF ?	Discussion téléphonique avec 29 femmes d'origines somalienne et érythréennes et 37 professionnels de la santé. Les femmes contactées ont fait l'expérience du système de soin suisse.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de guideline pour la prise en soin des patientes avec MGF, manque de communication ou malentendus.</li> <li>- Mise en avant des besoins /soins gynécologiques et obstétrique nécessaire pour les femmes ayant vécu une mutilation.</li> </ul>

Auteurs années pays	Titre	Objectif /but	Méthode	Résultat/conclusion
Zaidi et al., 2007 Grande-Bretagne	Knowledge of female genital mutilation among healthcare professionals.	<p>Suite d'un flux migratoire, le Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG), confronté à de nouvelles problématiques, a établi pour les personnel soignant, des normes et conseils (guideline) de prise en charge des femmes avec une mutilation génitale.</p> <p>L'objectif de cette étude est d'estimer le niveau de connaissance sur les MGF et la connaissance des directives et normes de prise en soin préétabli et mis à disposition.</p>	Questionnaire soumis aux professionnels de la santé : 45 soignants: des sages-femmes, le personnel soignant en obstétrique, les conseillers et conseillères (Consultants) et les spécialistes de greffes et de traitement conservateur répondent au questionnaire.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'étude montre qu'il y a des lacunes significatives tant sur les connaissances théoriques que pratique.</li> </ul>
Tamaddon et al., 2006 Suède	Swedish Health Care Providers' Experience and Knowledge of Female Genital Cutting.	Evaluer les expériences et les connaissances des soignants en lien avec les Mutilation Génital féminine / Cutting (MGF/C)	<p>Étude quantitative et descriptive : 2'707 soignants ont reçu le questionnaire et 769 (n=769) ont répondu. 60% des soignants ont été confronté aux MGF/C.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Moins de la moitié des soignants selon leur domaine ont des connaissances sur le sujet.</li> <li>- Les professions ont exprimé le besoin d'un guideline et d'une formation sur les MGF.</li> </ul>



Auteurs années pays	Titre	Objectif /but	Méthode	Résultat/conclusion
Chalmers et al., 2000  Canada	432 Somali women's Birth wxperiences in Canada after earlier Female genital Mutilation.	Les auteurs interrogent des femmes ayant vécu une mutilation génitale et cherchent à savoir leur vécu de la mutilation et leur expérience du système de soin canadien.	432 femmes ayant accouché dans les 5 années précédentes au Canada ont été contacté à leur domicile et ont été interviewées par des somaliens (interviewers).	Les <b>résultats</b> montrent que les besoins des femmes n'ont pas été considéré de manière adéquate et cela durant la période de grossesse et l'accouchement.  En <b>conclusion</b> , des changements sont nécessaire dans la pratique d'obstétrique. Il est nécessaire d'incorporer les perceptions et les besoins des femmes et de faire peu d'intervention. Il également important de développer une grande sensibilité et d'avoir une pratique culturellement adapté et qui respectent les femmes.
Berggren et al., 2006  Suède	Being different and vulnerable: experiences of immigrant African women who have been circumcised and sought maternity care in Sweden.	Explore l'expérience des femmes migrantes ayant vécu une mutilation génitale et ayant fait l'expérience de soin au sein du système de soin suédois.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cette étude qualitative se base sur des entretiens menés auprès de 22 femmes d'origine somalienne, soudanaise et érythréennes vivant en Suède.</li> <li>- Les femmes ont expérimenté des sentiments de différences, leur vulnérabilité, leur souffrance lié au sentiment d'être abandonnées et mutilées.</li> <li>- Elles se sentent exposé au système de soin et aux professionnels qui tentent d'adapter un nouvelle mode de soin culturel.</li> </ul>	Les résultats de l'étude montrent le besoin d'un soin individualisé, culturellement adapté supporté par une éducation systématique sur les coupures génitales féminines pour les soignants de la Suède.

Auteurs années pays	Titre	Objectif /but	Méthode	Résultat/conclusion
Kaplan - Marcusan et al., 2009  Espagne	Perception of primary health professionals about Female Genital Mutilation: from healthcare to intercultural competence	Les mouvements migratoires ont apporté cette pratique traditionnelle néfaste dans les structures médicales occidentale. Les conflits sont liés à la façon de donner des soins de santé. Cela pose un problème et un questionnement des questions d'ordre éthique, d'identité culturelle et de nature des droits de l'homme. Le <b>but</b> est d'analyser les perceptions, le degré de connaissances, les attitudes et les pratiques des professionnels de santé primaires par rapport aux MGF.	Cette étude transversale, descriptive a été réalisée avec un questionnaire auto-administré aux médecins de famille, pédiatres, infirmières, sages-femmes et des gynécologues. 225 (80%) des professionnels ont répondu au questionnaire en 2001 et 184 (62%) en 2004.	Les mutilations génitales féminines sont présentes dans les cabinets médicaux de soins de santé primaires. Les pédiatres et les gynécologues ont le contact le plus étroit avec le problème. Ainsi des mesures préventives devraient être conçues de même que la sensibilisation pour promouvoir des informations contre ces pratiques. Les tendances à des changements dans les deux périodes étudiées (2001 et 2004) ont été analysées.
Vangen et al., 2003  Norvège	Qualitative study of perinatal care experiences among Somali women and local health care professionals in Norway.	Explorer comment la pratique des soins périnataux peut influencer sur les résultats du travail chez les femmes circoncises	Entretiens avec 23 immigrés somaliens et 36 professionnels de santé norvégiens. Ils ont été questionnés sur les soins et au sujet de leurs expériences de soins prénatals, l'accouchement et la gestion des femmes ayant vécu une circoncision.	La « circoncision » n'a pas été reconnue comme un problème qui entrave l'accouchement par les professionnels de santé norvégiens et généralement le sujet n'a pas été abordé pendant la période prénatale. Les somaliennes disent qu'elles notent un manque d'expérience et un traitement non optimale lors de l'accouchement. Toutes les femmes ont exprimé une forte crainte de la césarienne. Les professionnels de la santé étaient incertains des procédures d'accouchement des femmes infibulées et parfois les césariennes ont été effectuées à la place de des-fibulation.

Auteurs années pays	Titre	Objectif /but	Méthode	Résultat/conclusion
Lundberg et al., 2006 Suède	Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden.	Explorer les expériences des mutilations génitales féminines (MGF) des femmes immigrantes érythréennes pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale.	Etude qualitative utilisant une approche ethnographique. Les données ont été recueillies au moyen d'entretiens avec 15 femmes immigrantes d'Erythrée. Les entrevues ont été enregistrées, puis transcrites puis analysées.	Six thèmes d'expériences des MGF chez les femmes érythréennes pendant la grossesse et l'accouchement ont été identifiés ( la crainte et l'anxiété, la douleur extrême et les complications à long terme, la connaissance des professionnels de soins de santé du système de la circoncision et de la santé, le soutien de la famille, des parents et des amis, la de-infibulation et la décision contre l'excision des filles.) En <b>conclusion</b> : Les femmes érythréennes ont eu des expériences de la MGF et avaient souffert de complications pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale. Les sages-femmes et les obstétriciens devraient avoir une compétence dans la gestion des femmes ayant subi une MGF, et ils ont besoin de mieux comprendre l'épistémologie culturelle afin d'être en mesure de fournir des soins de qualité. Dans les centres prénatals, les femmes excisées doivent être avisés de des-infibulation avant la grossesse. Des <u>cours spéciaux sur les différences anatomiques doivent être offerts à ces femmes et à leurs maris</u> . Il est également important de les informer sur la législation suédoise, qui interdit toutes les formes de MGF.
Renteria, 2008 Suisse	Mutilations génitales féminines – l'adolescente en quête de réponses	Prévention, offrir une réponse aux filles, informations aux mères et parents, montrer les connaissances nécessaires pour la prise en charge.	Lectures de 18 articles, 3 vignettes cliniques, pratique dans la consultation de Gynécologie de l'adolescence au CHUV.	Le manque d'information avant l'excision et au moment de la maturité sexuelle produit un traumatisme. Montre le décalage entre les attentes socioculturelles et familiales et le vécu individuel, influencée par le pays d'accueil, qui s'avère très difficile à vivre pour les jeunes filles concerné par les MSF.

## **4.2. Autres lectures**

Parmi 18 articles publiés par l’OMS, nous avons retenu et lu 10 articles traitant des mutilations génitales en général. Concernant les articles sur les modèles de soins transculturels (9), nous en avons lu 5 et retenu des notions sur les modèles de soin de Leininger et de Purnell. Les autres documents consultés et utilisés pour traiter notre thématique sont des livres (3), la retranscription des exposés de la journée de sensibilisation aux MGF en Valais (IDE, 2006) des articles de revues et de journaux. De même, en vue de comprendre les notions légales, nous avons consulté le rapport d’expertise juridique sur les MGF en Suisse et comparé les données avec les lois actuelles du code pénal et civil suisse (Trechsel & Schlauri, 2005). Enfin, nous avons lu 3 travaux de Bachelor sur les MSF et avons fait usage de certaines données. Les éléments récapitulatifs des trois travaux de Bachelor se trouvent dans le tableau suivant.

**Tableau 6: Eléments récapitulatifs des trois travaux de Bachelor consultés**

Titre /auteurs	Problématique	Apport /Eléments retenus
1. <i>L'Excision dans le post-partum. Comment les professionnels pourraient adapter leur prise en charge aux besoins des femmes excisées ?</i> (Kabore, 2008)	Comment l'intégration des soins interculturels dans leur pratique quotidienne permettrait-elle aux soignants d'améliorer la prise en charge des femmes excisées, dans un service de post-partum ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Besoins et connaissances des femmes</li> <li>- La communication interculturelle</li> <li>- Notions de stéréotype, et préjugées</li> <li>- Les soins transculturels</li> <li>- 4 Entretiens menés des femmes ayant vécu une mutilation génital et ayant fait l'expérience du système de soin suisse (Mmes, M, S, N, X)</li> </ul>
<b>Entretiens :</b>		
- <b>Mme M : Femme somalienne de 29 ans</b> , vie à Genève depuis 16 ans. Mariée à un somalien, ils ont ensemble deux garçons nés en 2002 et 2006 à la maternité des HUG par césarienne. Elle est <b>Excisée du type I</b> .		
- <b>Mme S : femme somalienne de 26 ans</b> mariée à un suisse et domicilié à Genève. Ils ont un enfant de 4 ans né par voies basses à la maternité des HUG. Elle est restée hospitalisée 3 jours. Elle est <b>excisée du type III</b> .		
- <b>Mme N : d'origine somalienne, N a 27 ans</b> , elle est mariée et a trois enfants, un né en somalie (2002) et les deux autres la maternité des HUG (2003 et 2007). Elle a été <b>infibulée (Type III)</b> . Présence d'une <u>médiatrice culturelle/traductrice</u> .		
- <b>Mme X : d'origine somalienne, X a 33 ans</b> , mariée, elle est mère de quatre enfants vivants nés à la maternité des HUG, (1998, 2001, 2004, 2007) le premier est mort à la naissance en Somalie (1995). Elle est <b>infibulée (Type III)</b> . Présence d'une <u>médiatrice culturelle/traductrice</u> .		
2. <i>Les mutilations génitales féminines : défis pour une prise en charge infirmière transculturelle.</i> (Marques Durate, 2011)	Les professionnels de santé ont-ils acquis des compétences spécifiques pour une prise en charge culturellement compétente auprès des femmes ayant subi une MGF ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vécu et perceptions des patientes et des soignants</li> <li>- Connaissance et compétences des professionnels de la santé</li> <li>- Interaction soignant – femmes ayant vécu une mutilation</li> </ul>
3. <i>La prise en charge sage femme des patientes migrantes avant des mutilations génitales féminines est-elle adaptée à leurs besoins?</i> (Aoun & Bordeux, 2011)	La prise en charge sage-femme des patientes migrantes ayant des MGF est-elle adaptée à leur besoins ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La prise en charge actuelle à Genève</li> <li>- Modification et évolution légales</li> <li>- communication</li> </ul>

### 4.3. Entretiens

Dans nos lectures, ainsi qu'aux conférences auxquelles nous avons assisté, nous avons vu que la majorité des professionnels de la santé ne posent pas la question de la mutilation génitale à leurs patientes. Par opposition à cela, suite à la difficulté qu'impose ce vécu, et parfois suite à l'interprétation de certains comportements ou paroles des soignants, les femmes concernées évitent de consulter. L'écart entre la demande de soin et les difficultés de la prise en charge des femmes ayant vécu une mutilation, induit une distance entre le souhait et la réalisation des soins. En conséquence, nous pouvons trouver un écart entre la pratique et la théorie.

En vue d'explorer le vécu des patientes et celui des soignantes, nous nous sommes permis de contacter plusieurs professionnels de la santé travaillant avec les personnes ayant subi des MSF. Nous avons également contacté des femmes ayant vécu une MSF et ayant fait l'expérience de soin. De ce fait, nos entretiens avaient plusieurs objectifs. D'une part, ils nous permettent d'avoir des données actuelles et de modifier ou d'appuyer les données retenues de nos lectures. D'autres part, les interviews donnent aux soignants et aux femmes une opportunité pour exprimer avec liberté leur vécu, leur ressenti, leurs besoins, leurs demandes, ainsi que leurs difficultés.

Sept soignants ont été interviewés par oral et les entretiens ont été retranscrits et restitués au soignant concerné. Les soignants ont pu relire, apporter des modifications et des éléments supplémentaires aux entretiens. Quant aux trois autres entretiens: suite à l'absence de l'une sur le territoire genevois et par manque de temps, ils ont été effectués par écrit. L'échange a été réalisé par e-mail et par courrier postal. Notre travail s'appuiera également sur 4 autres entretiens : témoignages des femmes ayant vécu une mutilation génitale et ayant fait l'expérience de soin dans le système de santé genevois. Ces entretiens ont été menés dans le cadre d'un Mémoire de fin d'étude réalisé par Rachel Kabore à Lausanne (Kabore, 2008).

Nos choix et sélections des personnes interviewées ont été faits selon les critères suivants:

- La disponibilité que nous offrent les personnes sollicitées
- Le rôle dans le système de santé
  - médecins, infirmiers, sage femmes actives dans le système de soin
  - Soignants côtoyant de près les femmes migrantes



- Interprètes et traductrices interculturels qui interviennent dans le domaine des MSF
- Spécialités et travaux accomplis dans ce domaine
  - Les femmes ayant vécu une mutilation génitale féminine et ayant fait l'expérience de soin dans le système de santé suisse

Pour des questions d'anonymat, les entretiens seront nommés ainsi et répertoriés dans le tableau suivant.

**Tableau 7 : Eléments et données sur les entretiens (interviews) réalisés**

Entretien N°	Rôle	Type d'entretien	Entretien enregistré	Entretien retranscrit	Relecture par les soignants	Utilisé dans le travail final
<b>Entretien 1</b> (fév.2013)	Med. Interne gynécologie et obstétrique	Oral	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>Entretien 2</b> (nov.2012)	Gynécologue Privé	Oral	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>Entretien 3</b> (mars 2012)	Infirmière Foyer (migrant)	Oral	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>Entretien 4</b> (juin 2013)	Sage-femme	Ecrit	Non	Non	Oui	Oui
<b>Entretien 5</b> (fév. 2013)	Infirmière Santé-migrants	Oral	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>Entretien 6</b> (fév.2013)	Infirmière Santé-migrants	Ecrit/manuelle	Non	Oui	Oui	Oui
<b>Entretien 7</b> (fév. 2013)	Membre de l'OMS	Oral (Anglais)	Oui (Anglais)	Oui (Anglais)	Oui (Anglais)	Non
<b>Entretien 8</b> (mars 2013)	Interprète et traductrice	Oral	Non	Oui	Oui	Oui
<b>Entretien 9</b> <b><u>Mme. A</u></b> (mai 2013)	<b>Mme A.</b> 29ans, ayant vécu une MSF type II	Oral	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>Entretien 10</b> (fév.2012)	Infirmière santé Jeune	Ecrit	Non	Non	Non	Non

Toutes les personnes interviewées ont pris en charge des filles ou des femmes ayant vécu une mutilation génitale. Hormis une, les soignants interviewés nous précisent qu'elles ne sont pas les plus expertes en la matière. L'objectif de ces entretiens est de nous permettre

de cerner le questionnement éthique, social, culturel et médical qui existe au sein des équipes de soins. De même, il permet de clarifier et de préciser la/les difficulté(s) qui réside(nt) dans la prise en charge singulière de la personne ayant vécu une mutilation et de sa demande.

#### **4.4. Vidéo, conférences et débats**

En vue d'avoir un maximum d'informations pour enrichir notre revue de littérature, nous avons visionné plusieurs films et débats. Les conférences quant-à-elles nous ont permis d'acquérir des informations actuelles, telles que la modification de la loi suisse.



**Tableau 8: Vidéos, conférences et débats**

Type	Auteurs	Titre	Année et lieu
Film	Fatxiya Ali Aden & Sarah Osman	<i>Femmes Mutilées, Plus Jamais!</i>	Suisse, 2007, 35min.
Documentaire	Valentin Thurn	<i>Pas ma fille ! L'excision en Europe.</i>	Allemagne, 2006, 40mn.
Documentaire	Heike Mundzeck	<i>La chose : Campagne contre un tabou.</i>	Allemagne, 2006, 1h.
Débat télévisé	Présenté et animé par : Annie-Claude Elkaïm En présence de : Linda Weil-Curiel, Ayaan Hirsi Ali	<i>L'excision - la violence faite aux femmes.</i>	ZDF : 16/09/2008, 20min
Film	Elizabeth Drevillon , Hamdane Zohra, Kaufinger Fabienne, Mazeas Marc	<i>Contre les mutilations des femmes.</i>	Paris, France 3, 1999, 40min.
Film	Sherry Hormann	<i>Fleur du désert (Desert Flower).</i>	2009, 2h.
Film	Laurence Petit-Jouvet	<i>Assise sur le couteau.</i>	1995, France, 26 min.
Reportage	A-M. Boulmer	<i>La plaie et le couteau.</i>	6.2.2013. Genève, Suisse, Camarada, 62min.
Reportage / Sénégal	Ersan Arsever en collaboration avec Mamadou Sow, G. Glatas (journaliste)	<i>Au nom de la tradition.</i>	8.11.1979, RTS, Temps Présent, 43min.
Reportage	Paul Moreira	<i>Sexe et révolutions arabes.</i>	11.7.2013, RTS Temps présent: Genève, Suisse, 57min
Conférence	Présence : Drs. C. Margairaz, Drs. J. Abdulkadir, Dr. C. Rollini	<i>Mutilations sexuelles féminines.</i>	25.4.2013 centre médicale universitaire (CMU) Genève, Suisse
Séance de sensibilisation et débat	Association présent: AMIC, Camarada, BPE, Caritas	<i>Journée internationale de tolérance zéro pour les Mutilations génitales Féminines.</i>	6.2.2013, Centre Camarada

#### 4.5. Formation sur les MSF

Nous avons participé à 3 modules de formation sur le projet de prévention des Mutilations Génitales Féminines proposés par le Bureau de la promotion de l'égalité entre hommes et femmes (BPE) en collaboration avec le canton de Genève, Caritas-Suisse et Camarada. Cette formation était en français et s'est déroulée à Genève. Les trois modules de formation apportaient un enrichissement considérable à notre travail. De même, au cours des séances de la formation, nous avons pu faire connaissance avec des personnes expertes dans le domaine, avec des traductrices et rencontrer des femmes de différentes origines ayant vécu une mutilation génitale. Hormis les rencontres, les témoignages et les discussions, nous ont permis de pousser notre réflexion plus loin et d'explorer d'autres pistes dans notre travail.

**Tableau 9 : Formation sur les MSF**

Dates	Titre et professionnels impliqués	Objectif
9 mars 2013	Module sur la santé :  <b>Drs. Abdulcadir J. et Mme Bettoli, L.</b>	Sensibilisation aux aspects médicaux liés aux MGF avec le Planning Familiale et la consultation spécialisée HUG
20 avril 2013	Module sur les techniques de communication :  <b>Mme Serroukh, N., et Mme Boutenel</b>	Sensibilisation à des techniques de communication soutenue par Caritas-Suisse pour ce type de projet, intitulé « listening and dialogue » (écoute et dialogue)
8 juin 2013	Module sur les normes et valeurs  <b>Mme Eiriz I. et Mme Ali Aden F.</b>	Sensibilisation aux normes juridiques suisses, aux valeurs liées à la pratique des MGF dans les communautés d'origines, aux débats ici et là-bas

#### 4.6. Critères d'exclusion et limites

##### 4.6.1. Limite des articles :

Notre principale difficulté a été de sélectionner les articles parmi les nombreuses publications. Trouver une recherche sur la communication, l'interaction soignant-soigné a été difficile. De plus, le personnel soignant infirmier est très peu mentionné dans les articles de recherche, ce pourquoi nous avons privilégié ces soignants en général dans nos entretiens.

Un autre biais des articles de recherche étaient les méthodes de sélection des personnes interviewées à savoir le taux de participation minimale des femmes ou des soignants. Dans la majorité des articles de recherche retenus, le nombre de participants était en dessous du seuil de validité des critères de statistiques ( $n < 30$ ). Ce qui apporte également un biais est l'usage des traducteurs, étant donné les difficultés de communication avec les personnes ayant accepté de participer aux recherches.

Les autres difficultés que nous avons rencontrées sont les grandes différences entre les années de réalisation de la recherche et sa publication. Parfois, il faut attendre 1 an voire 2 ans avant que la recherche soit acceptée par le comité éthique et pour qu'elle soit acceptée par les revues de publications. Ainsi même si les articles sélectionnés sont datés entre 2000- 2011, les recherches scientifiques datent d'avant.

En vue d'enrichir notre revue de littérature, il aurait été également intéressant d'intégrer des études réalisées dans les pays en voie de développement (pays où la pratique se poursuit encore).

#### **4.6.2. Limites des entretiens**

Parmi les trois femmes contactées (femmes ayant vécu une mutilation génitale), une seule a répondu positivement et a souhaité participer. Nous aurions souhaité que les femmes ayant fait l'expérience de soins ces dernières années puissent-nous faire part de leur vécu en vue de constater les progrès de soins en lien avec les MSF.

Nous pouvons également mentionner la perte ou l'interprétation des données pour les entretiens non enregistrés. En vue d'éviter ce problème, nous avons fait relire les réponses par les professionnelles. Ce choix avait au final deux conséquences, la modification et/ou la perte de données. Parmi les entretiens, 4 ont été réalisés l'an passé au début de la réalisation de notre travail de Bachelor (entretien 2 à 4 et 10). A cette période, nous devions mener des entretiens exploratoires et les demandes de consentements étaient réalisées par oral et non par écrit. En vue de respecter les normes, cette année, nous avons repris contact avec les soignants concernés et leur avons soumis la fiche de consentement avec une proposition de relecture et une modification de l'entretien retranscrit. Une soignante a demandé qu'on lui fasse un nouveau questionnaire et a répondu par écrit

(entretien 4). La dernière (entretien 3) a souhaité relire et apporter des modifications à son entretien initial. Deux soignantes (entretien 7 et 10), n'ont pas donné suite à notre requête.

En bref, il nous a semblé important de faire relire les entretiens réalisés après leur retranscription. La relecture a permis que toutes les informations, les propos des soignants soient relus et acceptés avant d'être utilisés. Malheureusement, au cours de la relecture, certaines données ont été retirées et supprimées.

## **5. Analyse et discussion des données**

Il y a quelques années, la pratique des mutilations sexuelles féminines était très peu connue en Suisse. Ce sujet sort de l'ombre peu à peu avec l'augmentation du flux migratoire. Ce qui marque le plus, ce sont les conséquences graves qu'entraînent les mutilations génitales tant sur la santé physique que psychologique. La problématique des mutilations est donc un problème de santé publique qu'on ne peut négliger.

Dans la première partie de ce chapitre, nous allons traiter la question des soins et la prise en charge à travers le modèle de soin transculturel. Puis, le vécu des femmes, leurs connaissances, les conflits culturels qu'elles traversent, leurs besoins et leurs demandes seront discutés à la lumière des données retenues. Ensuite, nous présenterons l'analyse des données concernant les soignants, à savoir : leurs connaissances, leurs rôles et leurs besoins. Enfin, dans la dernière partie de ce chapitre, nous traiterons la question de la communication et de l'interaction soignant-soigné. Pour cela, nous analyserons les stratégies utilisées pour formuler et poser la question des MSF avec les patientes. Par ailleurs, nous discuterons des termes à utiliser et du rôle de l'interprète. Enfin, seront également développées les notions de stéréotypes et les préjugés en fin de ce chapitre 5.

### **5.1. MSF et soins**

#### **5.1.1. Le soin**

Selon Winckler (2006) :

Le soin n'est pas, n'est jamais et ne peut être un, une relation de pouvoir ; étant donné qu'il s'adresse à celui qui souffre. Ce n'est ni une récompense que l'on

accorde, ni une punition que l'on inflige. Il ne peut être ni refusé ou ni imposé. Pour prendre toute sa valeur, un soin doit être proposé sans réserve et accepté librement» (Winckler, 2006, cité par Abemyil, 2010, p.1).

Concrètement, le soin se définit comme:

Un processus interactif entre une personne ayant besoin d'aide et une autre personne, le soignant, capable de lui offrir cette aide (relation d'aide). Afin d'être en mesure d'aider la personne, l'infirmière doit clarifier ses propres valeurs, utiliser sa propre personne de façon thérapeutique, et s'engager dans le soin (Peplau, cité par Favre & Aeschmann, 2011, [Polycopié], p.11).

Ainsi, comme tout soignant, selon Parse:

L'infirmière en pratique est témoin des expériences vécues de la personne. Etre témoin c'est poser son regard en portant attention avec une présence inconditionnelle. C'est être habité d'une disponibilité à ce qui apparaît. Etre témoin c'est un aperçu discret sans heurts en allant par-delà en honorant la liberté et la dignité humaine de la personne (Parse, 2010b, cité par Doucet et Maillard, 2011, p.89, cité par Favre & Aeschmann, 2011, [Polycopié] p.4).

Cependant, peut-on considérer les mutilations sexuelles féminines comme un problème de santé? Si oui, quels seraient les critères (quel type de mutilation, quelle gravité et quel handicap causé)? Nous savons que les problèmes des mutilations génitales féminines ne concernent pas uniquement les services de pédiatrie et gynécologie. « Tous les professionnels de la santé peuvent être confrontés à des patientes présentant des MGF. Dans ces circonstances, les soignants font face à un problème non seulement médical ou légal, mais culturel et éthique » (Société suisse de gynécologie et d'obstétrique, 2005, p.8). Actuellement, les soignants directement impliqués dans la prise en charge des patientes ayant vécu une mutilation génitale sont les infirmiers, les sages-femmes, les médecins généralistes, les médecins du réseau santé asile, tous les médecins de l'hôpital, les médecins spécialistes tels que les pédiatres, chirurgiens, les gynécologues, les sexologues, les psychiatres, ainsi que les psychologues, les assistants sociaux travaillant dans les foyers, les traducteurs et médiateurs interculturels, les professionnels de la petite enfance et ceux qui travaillent dans les consultations transculturelles. En résumé : « ... tous les soignants, quelle que soit leur spécialité peuvent avoir un rôle à jouer en matière de

prévention » (Société suisse de gynécologie et d'obstétrique, 2005, p.12). De ce fait, nous parlerons ainsi des soignants en général, sans faire une distinction entre les différents corps de métiers.

Depuis les années 2000, la pratique des MSF suscite un questionnement et des débats chez les professionnels de la santé (Thierfelder et al., 2005, traduction libre). Il ressort de nos lectures que le problème actuel et préoccupant est de savoir: comment aborder ce sujet « tabou » avec les patientes concernées, leur mari ou leurs proches?

Pour parler des MSF, les principales difficultés sont liées aux problèmes de langues, à la différence culturelle et parfois aux demandes formulées par les patientes (comme par exemple : la ré-infibulation). Ces éléments peuvent induire des obstacles de prise en charge. De plus, étant donné que la pratique touche les organes génitaux, c'est-à-dire « les parties privées », il devient difficile de parler de l'intimité et de la sexualité pour beaucoup de professionnels (Leval et al., 2004, traduction libre ; Rollini, 2013, [note de conférence]). De même, selon la Drs. Abdulcadir : les professionnels de la santé occidentaux, en particulier les médecins, bien que respectueux d'autres cultures et des traditions, n'ont pas ou/et n'accordent pas la même signification à ces actes que les patientes. Ils pensent plutôt aux problèmes juridiques, biologiques, éthiques, à la violation des droits fondamentaux de l'homme et à des lois en lien avec les dommages causés inutilement par l'acte sur le psychique et le physique de la personne (Abdulcadir et al, 2011, traduction libre).

Comme développé dans les tableaux des conséquences (Tableau 1 et 2), en matière de soins il y a un impact général et défavorable des MSF sur la santé en global et sur la qualité de la vie sexuelle. Comme le confirme la citation suivante, nous pouvons relever que le désir, l'excitation et l'orgasme peuvent être perturbés chez certaines femmes ayant vécu une mutilation génitale: « vous savez quand mon mari vient sur moi, je suis aussi froide que votre voiture » ou « je suis dure comme du bois » (Entretien 5, 2013, p.2). Cela peut être accompagné de problèmes obstétricaux et/ou d'infections uro-génitales, comme le témoigne la femme que nous avons interviewée: « j'avais des infections urinaires à répétitions, et puis on m'a opérée pour une tumeur ... » (Entretien 9, 2013, p.1).

En bref, d'après nos lectures et selon le Dr. Rollini:

Les MGF constituent donc un facteur non négligeable d'apparition de troubles sexuels et d'insatisfaction sexuelle ou de couple. ... En effet, sur le seul plan sexuel, l'identité, les apprentissages (car la sexualité n'est pas innée !), le développement psychosexuel, le rapport au corps, les croyances et cognitions, le vécu émotionnel et le rapport au plaisir entre autres pourront être perturbés (Rollini, 2013, [notes de conférence]).

Ainsi, pour un certain nombre de femmes, l'atteinte est globale, car il y a perturbation du développement physique, psychique et psychosexuel en lien avec la pratique des MSF dans l'âge de l'enfance ou l'adolescence. De la sorte, la construction de l'identité et de la fonction sexuelle peut être perturbée suite à la violence subie par le corps et par l'intrusion à l'intimité en développement. Par ailleurs, selon la Drs. Margairaz:

Il faut rappeler que la sexualité ne se réduit pas à la seule génitalité et les MSF, en amputant tout ou partie des organes génitaux de petites filles et/ou des femmes, constituent non seulement une atteinte à leur intégrité physique et sexuelle, mais potentiellement aussi à leur identité (Margairaz, 2009, [Rapport], p.1).

C'est ainsi que surgit la question sur l'appartenance, le genre, le groupe, l'identité, le rapport à soi, à son corps et à l'autre.

Par ailleurs, il est ... réducteur d'analyser le phénomène au travers des seuls paramètres physiques ou psychologiques (Rollini, 2013, [notes de conférence]). C'est pourquoi, il est plus correct de dire que la sexualité épanouie est multifactorielle et dépend de plusieurs éléments, tels que des paramètres biologiques, psychologiques, sociaux et culturels. (Entretien 1, 2013). Ainsi, interviewée: une femme affirme avoir des orgasmes malgré la mutilation vécue, contrairement à celle-ci les autres femmes ont dit avoir des difficultés lors des rapports (Thierfelder et al., 2005, traduction libre).

Depuis 2005, un guideline est élaboré pour sensibiliser et orienter les soignants dans leur prise en charge des femmes ayant vécu ou à risque de subir une mutilation génitale (Société suisse de gynécologie et d'obstétrique, 2005). Hormis cela, actuellement, il existe plusieurs axes d'intervention dans le canton de Genève. Le premier, concerne les femmes qui « ignorent » avoir subi une « excision » et qui n'ont pas de plaintes ou de demandes

particulières soit parce qu'elles n'ont aucun problème, soit parce qu'elles ne font pas le lien entre les symptômes (tels qu'une infection urinaire) et la MSF subie. Le deuxième, concerne toutes les femmes qui savent qu'elles ont été « excisées », ou infibulées, mais qui n'en parlent pas, soit parce qu'elles n'ont aucun problème, soit parce qu'elles n'osent pas en parler. A tel point que ces dernières consultent souvent trop tard, quand la situation devient dramatique. Le troisième et quatrième cas de figure englobent les femmes qui sont au courant de leur situation. Une partie de ces femmes souhaite s'informer et avoir uniquement des explications médicales. L'autre moitié du groupe fera des démarches en vue d'avoir une intervention chirurgicale « réparatrice ». Enfin, le dernier groupe rassemble les femmes qui sont enceintes et qui présentent un risque de complication lors de l'accouchement.

A ce stade de la réflexion, il est important de mentionner que la prise en soin de ces filles/femmes ayant vécu une mutilation génitale nécessite une approche multidisciplinaire. Les professionnels concernés sont: « le personnel infirmier et médecins en gynéco-obstétrique, les médecins traitants (HUG) aux urgences, polyclinique, dans le privé, médecins traitants, les gynécologues, les infirmières scolaires (surtout cycle d'orientation, adolescence), planning familial, Arcade des sages-femmes, pédiatres, écoles d'infirmières, sages-femmes et faculté de médecine [étudiants] » (Entretien 6, 2013, p.4). L'approche de soin se fera donc en inter- et pluridisciplinarité en vue d'offrir aux patientes un espace thérapeutique, confidentiel, respectueux et adapté à leur rythme et à leur vécu (HUG, 2010, [Fiche d'attitude]; HUG, 2012). De même, selon Abdulcadir et al., vu les conséquences sur la santé physique et psychique, une approche pluridisciplinaire doit être recommandée pour la prise en charge des MGF telle qu'une collaboration avec des pédiatres, qui peuvent jouer un rôle central dans la prévention (Abdulcadir et al, 2011, traduction libre). Non seulement, la pluridisciplinarité est importante, il est également nécessaire d'avoir selon Powell et al., une cohérence opérationnelle entre les acteurs de soins, de santé, du social, du secteur d'éducation, de la justice, de la police et les fonctionnaires de l'immigration (Powell et al., 2004, traduction libre). En effet, ces patients présentent souvent une situation médicale spécifique de type gynécologique, obstétricale et physique ainsi que psychologique en lien avec leurs problèmes (expérience de MGF et de migration) (Abdulcadir et al, 2011, traduction libre).



En conséquence, la prise en charge suggérée actuellement consiste à donner des informations, à proposer un bilan de santé personnalisé. En plus de faire de la prévention, dans le cas du type III, une dés-infibulation chirurgicale est proposée dans le but de prévenir, d'éviter et de soigner les infections à répétition en permettant l'écoulement de l'urine et des menstruations. De même cette intervention permet de rendre les examens gynécologiques et les rapports sexuels moins douloureux. En dernier lieu, la dés-infibulation est recommandée pour éviter les complications possibles lors de l'accouchement. D'autre part, si la femme souhaite avoir un enfant et être enceinte, des explications sont données sur les étapes de la grossesse, l'accouchement et les contrôles pré- et post-partum. Pour finir, actuellement, les femmes peuvent s'exprimer et être prises en charge dans un service spécialisé pour les MSF dans les Hôpitaux Universitaires de Genève (voir annexe III) (HUG, 2012). Elles peuvent ainsi consulter, pour les éventuelles complications telles que la douleur (lors des règles, des rapports sexuels), les infections urinaires et vaginales de même que l'incontinence, les kystes et autres problèmes liés à « l'excision ».

Quant aux soins de chirurgie réparatrice proposés, ils ont pour but d'améliorer la qualité de vie de certaines patientes, comme nous pouvons voir dans le témoignage suivant:

Ils m'avaient emmenée faire une opération en pédiatrie à l'Hôpital cantonal, car j'avais une tumeur. Vu qu'ils ne nettoient pas le matériel avant l'excision, ça m'a fait une grosse infection et de cette infection, ça a fait une tumeur. ... Et ils m'avaient fait cette opération pour que je puisse retrouver non pas une sensation, mais c'était plus pour l'esthétique. Ils voulaient que je me sente comme les autres femmes (Entretien 9, 2013, p.2).

En bref: « l'accès aux soins [pour les individus] est là, qu'ils soient assurés ou pas assurés, clandestins ou pas clandestins, l'accès aux soins est le même. » car : « le fait que la personne ait subi une mutilation, c'est un problème de santé » (Entretien 3, 2012, pp.11-12).

Dans le rapport de l'OMS et dans la plupart de nos lectures, il est dit que les femmes ayant vécu une mutilation ne peuvent pas avoir de plaisir sexuel. Toutefois, il est important de rappeler que malgré la mutilation génitale vécue, les femmes ont la capacité d'investir d'autres zones érogènes et cela grâce à leur capacité d'adaptation, de résilience et à la

plasticité humaine. Ces capacités sont très souvent ignorées par les soignants (Abdulcadir & Bettoli, 2013, [Notes de cours] ; Rollini, 2013, [Notes de conférence]).

### **5.1.2. Modèles de soins transculturels**

Avant de développer le concept des soins transculturels, nous allons déterminer quelques notions : la nature et la culture, les valeurs, les normes et la notion d'ethnocentrisme. Ainsi, nous pourrions partir de définitions communes qui nous permettront de poursuivre dans l'analyse de notre problématique. Etant donné le nombre important d'écrits et de discussions sur la définition exacte des termes «transculturel et interculturel », nous avons choisi d'utiliser comme **cadre théorique** les modèles de soins transculturels proposés par Leininger et Purnell. Selon Powell & al, dans le cadre des MGF, il existe 4 domaines prioritaires qu'il faudrait développer, à savoir: la recherche, la formation des professionnels, l'éducation communautaire et le développement des connaissances en soins et santé adaptés aux cultures (Powell et al., 2004, traduction libre). En parallèle de cela, nous allons nous intéresser aux éléments éthiques qui concernent les patientes, les soignants et leur prise en charge. La démarche méthodologique sera donc basée sur **l'Ethno-nursing**.

En outre, nous souhaitons apporter ici une précision concernant les modèles de soins transculturels. Ces concepts sont des guides pour la prise en charge infirmière et peuvent être utilisés par les autres professionnels de la santé. Toutefois, il est nécessaire de rappeler leur double fonction, à savoir : la fonction d'explication et de prescription.

#### **La nature et la culture**

Toutes les sociétés, les groupes d'individus ont leur propre culture. La culture renvoie à un « héritage social », une tradition qui acquiert progressivement et se construit sur la base des croyances, des pratiques, des connaissances, du droit et de la morale dictés par le groupe ou la société. Ainsi, elle englobe l'ensemble de croyances et de pratiques communes à un groupe ou une société. Elle permet la cohésion entre les différents groupes d'âge d'une même société suite aux règles et valeurs qui sont communes et partagées. De ce fait :

La socialisation devient l'apprentissage de la vie sociale, de ses croyances, valeurs, normes, règles et interdits. ... les normes s'appuient sur les valeurs que l'on peut définir comme suit : « Ce qui est posé comme vrai, beau, bien selon des critères personnels ou sociaux, et sert de référence, de principe moral ». [A tel point que] les normes orientent le comportement de l'individu et délimitent ses champs d'action (Carbonne, 2011, p.88).

Si bien que : « ... l'individu devient « adapté », à savoir conforme aux attentes de son groupe, il est [donc] apte à vivre en société (Carbonne 2011, p.88). En bref, selon Norwood (2003) :

La culture est plus que l'ethnicité ou l'appartenance à un groupe spécifique. Il s'agit d'un ensemble de valeurs, de croyances de modèles de pensées, d'actions et artefacts qui dit aux membres dudit groupe qui ils sont et comment ils sont censés faire des choses (Norwood, 2003, cité par Abemyil, 2010, p.2).

Contrairement à la culture qui est acquise et construite, la nature est innée. La valeur de la culture est d'apporter des changements sur la nature du corps humain. C'est pourquoi : « la mutilation sexuelle féminine relève de la même démarche : arracher à la nature le corps de la fillette » (Carbonne, 2011, p.88). Ainsi : « La nature ne suffit pas, elle se doit d'être transformée, remaniée, sublimée, retouchée ou sculptée. Un corps naturel ne signifie rien, il n'a aucun sens » (Carbonne, 2011, p.87). Selon Carbonne, c'est parce que : « l'être humain et son corps oscillent ... entre la nature et la culture ... que, la culture s'empare des corps pour les marquer du sceau de l'humanité » (Carbonne, 2011, p.87).

D'autre part, l'attitude, la croyance et l'idéologie sont des éléments qui se retrouvent dans la définition de la culture. Alors que l'attitude se rapporte à l'état de pensée ou au sentiment à l'égard de la culture, la croyance se rapporte aux choses acceptées comme vraies, comme principe spécifiques qui relient le même groupe ethnoculturel. Même si les attitudes et les croyances ne peuvent être prouvées, elles sont inconsciemment acceptées comme étant des « vérités ». L'idéologie quant à elle, reflète les pensées et les croyances en besoins sociaux et en aspirations ethnoculturelles (Purnelle, 1998, cité par Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 34).

### **Valeurs, les normes et ethnocentrisme**

Sur la base de la théorie de Purnell, Coutu-Wakulczyk, définit les valeurs comme étant: « des principes et des normes ayant une signification valable pour une personne, une famille, un groupe ou une collectivité » (Purnelle, 1998, cité par Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 35).

L'ethnocentrisme se définit par le fait de considérer sa propre vision, sa propre façon de penser et d'agir comme la meilleure, la plus appropriée voire la plus naturelle. Cette vision universelle peut induire une vision erronée et un jugement de toute attitude, culture, pratique qui diffère de la sienne (Purnelle, 1998, cité par Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 35). Dans le cas des MSF, la vision ethnocentrique peut mener les soignants à considérer la pratique comme un acte barbare. En conséquence: « ... l'étendue avec laquelle, les valeurs culturelles sont ancrées influence la tendance vers l'ethnocentrisme » (Purnelle, 1998, cité par Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 35). Ainsi, la vision ethnocentrique devient un obstacle à la prestation des soins culturellement congruents.

En vue d'éviter de devenir ethnocentrique: « il est nécessaire que le clinicien porte le regard sur sa propre origine ethnoculturelle et sur l'influence qu'elle peut avoir sur la relation clinique. ... » (Dominicé Dao, 2009, p.66). Ainsi: « le rôle du soignant ... 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 » (Marques Durate, 2011, p.22).

#### **5.1.2.1. Modèle de soin de Madeleine Leininger**

Selon Parse (1981) :

La santé est le vécu de ce qui est important pour l'individu. Chaque personne est l'experte de sa propre vie et elle est la seule qui peut décrire à quoi ressemble la vie pour elle, qu'est-ce que des expériences ou des événements signifient pour elle (Parse, 1981, citée par Favre & Aeschmann, 2011, [Polycopié], p.14).

Selon la théorie de M. Leininger, le soignant doit être sensibilisé et prendre en considération la culture de la personne qu'il soigne et lui offrir des soins adaptés et structurés. Pour cela: « afin d'offrir des soins culturellement congruents, Leininger (1995) suggère trois façons d'intervenir en santé transculturelle: le maintien des soins culturels, la

négociation ou l'adaptation des soins culturels ou bien la restructuration des soins culturels » (Leininger, 1995, cité par Popiea & Moreau, 2004, p.34). En outre, Leininger décrit un concept primordial qui est le « caring »: une théorie, qui intègre également les notions d'universalité, de diversité culturelle qu'elle décrit dans le schéma: Sunrise model (voir annexe I). Elle définit le « caring » comme: « un ensemble d'actions dont la finalité est d'apporter à la personne soutien et assistance dans son processus de recouvrement de la santé ou d'amélioration de ses conditions de vie » (Kabore, 2004, p.25).

D'après la philosophie de Leininger, le fait de se questionner sur la culture de l'autre permet dans un premier temps d'augmenter les échanges relationnels et d'instaurer un rapport de partenariat entre les soignants et les patients. Dans un deuxième temps, cet intérêt porté à la culture de l'autre donne aux patients la possibilité d'être actifs dans le processus de soin (maintien et recouvrement de leur santé). En parallèle à l'implication du patient, pour le soignant, il y a le développement de nouvelles connaissances et compétences personnelles et professionnelles que l'on peut résumer par le savoir, savoir-faire, savoir être. Pour finir tous ces éléments permettent au soignant d'évaluer son offre en soin en fonction des remarques et de la satisfaction du patient. Enfin, le soin dans un contexte culturel permet d'éviter des situations de stress, de conflits culturels, de non-compliance. D'autre part, un soin transculturel répond aux préoccupations éthiques et morales. En bref : « le soin serait alors plus spécifique, thérapeutique, sécuritaire, en un mot, holistique » (Abemyil, 2010, pp.1-2).

#### **5.1.2.2. Modèle de soins de Purnell**

Purnell annonce qu'il y a besoin de notions culturelles pour les soignants. Selon lui :

Toutes les professions de la santé ont besoin des informations sur la diversité culturelle des communautés pour procurer des soins sensibles à la culture et prodigués avec compétence. [Parce que] la culture a une forte influence sur l'interprétation et dans les réponses de chacun vis-à-vis des activités de soin [et que] chaque individu a le droit d'être respecté dans son unicité et son héritage culturel. [Ainsi], les pourvoyeurs de soins qui peuvent évaluer, planifier, et intervenir dans une logique culturelle améliorent la qualité de leur soin et peuvent minimiser les préjudices et les biais dans leurs relations de soin. [En définitive], pour être effectif, le soin doit refléter la compréhension unique des valeurs, croyances, attitudes, styles de vie et la vision globale des modèles d'acculturation

des individus, [ce qui suppose que ] les personnes soignées sont coparticipantes à leurs activités de soins et ont le choix dans les interventions y relatives (Purnell 2000, cité par Abemyil, 2010, p.3).

En conséquence : « la culture se rapporte à la totalité des paternes de comportements socialement transmis à l'égard des arts, des croyances, des valeurs, des coutumes et habitudes de vie ... » (Purnelle, 1998, cité par Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 34). Ainsi: « la culture guide la perspective, la vision du monde et la prise de décision » (Purnelle, 1998, cité par Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 34). De ce fait : « bien que relevant du domaine de l'inconscient, la culture confère une influence directe ou indirecte puissante sur les perceptions de santé et de maladie » (Purnelle, 1998, cité par Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 34).

La compétence culturelle est définie par le devenir conscient de sa propre existence. A mesure que le soignant devient conscient, via la connaissance et la compréhension de la culture du client, par l'acceptation et le respect des différences culturelles et par l'adaptation des soins de manière congruente à la culture du patient, il devient un individu culturellement compétent. Ainsi : « la compétence culturelle est un processus conscient et non linéaire » (Purnelle, 1998, cité par Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 34).

Pour atteindre la compétence culturelle, 4 stades sont décrits par Purnell. Le premier est le stade d'inconscience [du soignant] lié au manque de connaissance de la culture de l'autre. Le deuxième stade concerne la sensibilisation suffisante qui permet d'identifier son manque de connaissance à l'égard de la culture de l'autre. Le troisième stade décrit la compétence consciente qui mène à la capacité d'apprendre des éléments de la culture de l'autre. Ces acquis permettent de fournir des actions culturellement spécifiques à l'égard de l'autre [le patient]. Enfin, le dernier stade, nommé la compétence inconsciente permet de développer des automatismes (actions) de soins culturellement congruents. De là, lorsque le soignant est face à un patient d'une culture différente de la sienne, il a une compréhension de sa propre culture et de ses propres valeurs personnelles. Il pourra ainsi s'en détacher pour assurer la continuité des soins et du suivi en intégrant les valeurs culturelles du patient (Purnelle, 1998, cité par Coutu-Wakulczyk, 2003).

L'inter-culturalité et la trans-culturalité sont définies par Purnell comme le passage entre sa propre culture (origine culturelle et ethnique) et la culture de l'autre (héritage de valeurs de l'autre). Effectivement: « toute interaction avec des personnes d'une autre culture devient automatiquement un pas vers la diversité culturelle » (Purnelle, 1998, cité par Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 35).

Le modèle transculturel de Purnell (schéma en annexe II) met l'accent sur la structure, la systématisation et la formulation en vue de fournir un cadre de référence intégratif, systémique et concis. Ainsi, parmi les 12 domaines (aspects microscopiques du modèle) décrits par Purnell, nous pensons que quatre éléments entrent en compte pour la prise en soin des femmes ayant vécu une mutilation génitale. Ces éléments sont: la communication, les comportements à risques élevés pour la santé, les pratiques durant la grossesse et la gestation ainsi que la pratique de soins. De plus, pour une prise en charge adéquate et culturellement acceptable il faut selon Purnell : « agir avec prudence, étant données les caractéristiques primaire et secondaire de la diversité culturelle et éviter les idées préconçues et stéréotypées qui pourraient être à des lieues des croyances et des valeurs d'un individu ou d'une famille en particulier » (Purnelle, 1998, cité par Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 38).

### **5.1.2.3. Apport des modèles de soins transculturelles sur la prise en charge**

Ce qui confère une richesse à la Suisse est sa mixité culturelle. Cette diversité est une richesse, mais aussi un défi pour notre pays comme le constatent les secteurs de soins à Genève.

En effet, les migrants rencontrent souvent des difficultés à s'adresser aux services médicaux en cas de problèmes de santé essentiellement par manque de familiarité avec le système de santé genevois et de maîtrise du français. Outre la barrière de langue, les divergences de représentation et de conception de la maladie ou de la relation thérapeutique entre soignant et patient migrant peuvent mettre en péril la qualité de la prise en charge médicale (HUG & Université Ouvrière de Genève (UOG), 2010, p.4).

Au sein de nos sociétés occidentales, tout professionnel dans le domaine du soin est amené à rencontrer des individus issus de cultures et de pays différents. De la sorte, les soins doivent tenir compte du concept de la culture. Car si : « la composante culturelle et contextuelle, [sont ignorées] des troubles peuvent [survenir et] conduire à des impasses thérapeutiques et [induire] ... un coût social important » (Gogulkian Ratcliff & Bercher, 2011, p.16). Cela est dû aux regards et représentations que peuvent porter les migrants sur les questions de la maladie, la souffrance, l'origine d'un désordre, et sur les traitements adéquats pour y remédier (Gogulkian Ratcliff & Bercher, 2011, p.16). En bref :

Afin de garantir à chaque personne les mêmes droits en matière de soins et de répondre plus spécifiquement à leurs besoins, le système médical doit adapter ses services à la diversité socioculturelle et linguistique de ses patients. Un des moyens d'y parvenir consiste à favoriser l'acquisition et l'application de compétences cliniques transculturelles (HUG & UOG, 2010, p.4).

Selon Abemyil : « ... une approche transculturelle permet de cerner le métaparadigme « personne » vu par la profession infirmière comme un tout indissociable comprenant des dimensions biologiques, psychologiques, sociales, culturelles et spirituelles ... » (Abemyil, 2010, p.1). De même, selon Purnell : « la personne est un être humain bio-psycho-socioculturel en constante adaptation » (Purnelle, 1998, cité par Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 37). D'après Coutu-Wakulczyk:

Les humains s'adaptent biologiquement et physiologiquement tout au long de la vie ; psychologiquement, ils changent dans la relation; socialement, les personnes interagissent avec la collectivité en perpétuel changement et [cela], dans une perspective ethno-culturelle, à l'intérieur des paramètres de la société globale (Purnelle, 1998, cité par Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 37).

Du fait de la migration, la mixité de la population et la multi-culturalité se trouve également dans les hôpitaux occidentaux. En effet si nous regardons les données:

Aux [Hôpitaux Universitaires de Genève] HUG, 51% des patients et la même proportion de soignant sont de nationalité étrangère. La rencontre interculturelle représente donc une règle plutôt que l'exception. Dans ce contexte, un certain nombre de malentendus, de problèmes de communication, des conflits de valeur ou d'incertitudes diagnostiques peuvent voir le jour » (Dominicé Dao, 2009, p.68) ».



Ainsi, étant donné le brassage culturel qui existe dans notre pays, les professionnels de la santé sont fortement confrontés à la diversité culturelle et aux demandes particulières de leurs patients. A tel point que:

Aucun autre groupe de la société n'a autant reconnu l'influence de la diversité culturelle sur le travail que ne l'ont fait les professionnels de la santé. Les sciences infirmières ont depuis longtemps mis l'accent sur l'importance de fournir des soins consciemment adaptés à la culture et respectueux des différences individuelles, tout en intégrant des valeurs uniques et les habitudes de vie aux modes de prestations de soins de santé. Ces professionnels ont soutenu le concept de l'holisme et reconnu la nécessité de comprendre les traditions des clients afin d'offrir des soins intégraux, respectueux des valeurs personnelles et de l'individualité des clients (Purnelle, 1998, cité par Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 35).

En effet, selon Abemyil, (2008), la rencontre entre patient et soignant repose sur des entités humaines spécifiques. Le passé de chacun est constitué d'expériences, de doutes, de peurs, ou/et de culpabilités. L'interrelation entre ces deux individus, permet un cheminement conjoint, guidé par le respect de l'autonomie, de l'unicité et de la spécificité de chacun. Ainsi nous pouvons retrouver une symbiose entre les deux principaux acteurs de la chaîne de soins. Il en ressort un résultat positif, c'est à dire : une confiance mutuelle, «l'empowerment» de la personne soignée et de ses proches, l'amélioration des relations réciproques, et la satisfaction professionnelle du soignant (Abemyil, 2008, cité par Abemyil, 2010, p.3).

En bref: « 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 – promotion de la maladie » (Marques Durate, 2011, p.22). C'est pourquoi, il est primordial de comprendre le sens que donne le patient à sa maladie ou aux raisons de sa maladie. Pour ce faire, le patient doit être acteur de sa santé et le projet de soin doit être réalisé en partenariat.

#### **5.1.2.4. Apports des modèles de soins transculturels sur la prise en charge des MSF**

Dans la prise en charge des filles/femmes ayant vécu une mutilation génitale, l'infirmière (le soignant) va accueillir les patientes avec leur culture, leurs problèmes, leurs visions et leurs « différences ». De ce fait, dans sa prise en soin, le soignant doit partir des significations des MSF pour la femme concernée ou de son groupe d'appartenance. De la sorte, selon Leininger (1995), dans un premier temps, le soignant va: « accepter certaines pratiques significatives » pour autant que : « ces pratiques de soins soient inoffensives pour la santé physique, mentale et sociale des clientes » (Leininger, 1995, cité par Popiea et Moreau 2004. p.34). Dans un deuxième temps, le soignant doit pouvoir négocier et s'adapter aux soins culturels, voire proposer une alternative à celles-ci. Étant donné que: « la négociation ou adaptation des soins culturels implique un changement dans une pratique existante. Ce changement doit recueillir l'adhésion tant de la cliente que de l'infirmière. [En bref] il s'agit de trouver une alternative acceptable à la MGF » (Leininger, 1995, cité par Popiea et Moreau 2004. p.34).

En troisième et dernier lieu, il y a la restructuration des soins culturels et cela implique un changement radical ou un arrêt de la pratique. Ainsi, si des femmes souhaitent faire exciser leur fille, le rôle du soignant serait de sensibiliser les mères, de les informer des risques, de les dissuader, de rappeler ou de signaler les lois en vigueur. En bref, en plus du devoir de protection sur l'enfant, le soignant doit également prendre en considération la femme dans sa globalité et lui offrir selon besoin un soutien physique et psychologique.

En ce qui concerne les mutilations sexuelles féminines, malgré des connaissances culturelles, il semblerait que certains soignants ne posent pas la question des MGF à leurs patientes. Par conséquent, si les professionnels de la santé ne posaient pas la question, ils ne pourront pas connaître ou comprendre les aspects culturels de la mutilation génitale. Pourtant, pour la prise en soin des femmes ayant vécu une MGF, le soignant devrait partir des besoins et des connaissances des patientes. De même les concepts (motifs) énoncés par la culture et le point de vue de la patiente sont importants pour la prise en charge.

En bref, hormis les soins physiques et psychologiques, le rôle du soignant dans la prise en charge des personnes migrantes avec ou sans mutilation est d'être « le pivot ». Être le pivot permet au patient de prendre connaissance du système de soins et des prestations dont il

peut bénéficier. Suite à cela, il peut améliorer la qualité de sa santé et favoriser son intégration dans la société d'accueil. Par exemple, le rôle « pivot » peut être tenu par : « ... l'infirmière au niveau du foyer... [qui proposera d'abord] ... une première rencontre et ce qui va déclencher la prise en charge au niveau de la santé en général.» (Entretien 3, 2012).

### **5.1.3. Synthèse des soins transculturels**

De nos jours : « ... les institutions, voire les différents services, sont ... porteur de normes, de valeurs et de contraintes spécifiques qui vont influencer la rencontre avec le patient » (Dominicé Dao, 2009, p.66). Hormis les valeurs et les normes de l'institution, il y a la posture du soignant. Pour affirmer son rôle, le soignant s'appuie sur la valeur qu'il donne aux soins, à la maladie, aux rencontres, à ses responsabilités, à son autorité, à sa révolte, son jugement, son acceptation et ses limites.

Dans un cadre particulier, si l'on s'intéresse au rôle infirmier: l'infirmier a un statut central au sein d'une prise en charge pluridisciplinaire du patient. Son rôle et sa proximité avec le patient lui permettent de créer un réseau de soin autour du patient. De même la relation thérapeutique est créée tout d'abord selon les liens de confiance, puis le partage d'informations, une collaboration basée sur l'écoute réciproque, la compréhension, l'acceptation de l'autre avec ses différences, sa croyance et ses valeurs et une compliance aux soins. L'objectif visé est le bien-être du patient ainsi que l'amélioration de son état de santé voire une amélioration de ses conditions de vie. Ainsi, le soignant vient à s'interroger sur « comment l'autre vit » et sur « comment les femmes perçoivent leur excision ». Ces questions permettent au professionnel de la santé de percevoir jusqu'à quelle limite il peut accepter l'autre ou accepter les pratiques culturelles de l'autre. Les limites du soignants peuvent être fortement influencées par la pratique culturelle des MSF, car : « ... l'excision porte atteinte à l'intégrité physique et morale de la femme, [et] elle est contraire à ... [ses propres] valeurs » (Brunschwig Graf, cité par György, 2005b)

Actuellement: ... la société est enrichie par d'autres cultures venues avec le flux migratoire (Leval et al., 2004, traduction libre). Dans cette mixité culturelle, pour intégrer les valeurs culturelles de l'autre : ... les soignants doivent [d'abord] comprendre leur propre valeur culturelle ... [avant de] comprendre la culture des autres [et cela] pour prodiguer des soins dans le respect ... (Leval et al., 2004, traduction libre). En bref, les soignants ont un rôle significatif auprès des personnes soignées qu'elles soient migrantes,

de la même culture ou d'une autre. Il y a donc toujours quelque chose à découvrir avec la personne par ce qu'elle nous dit/confie ou nous montre (verbal et non-verbal).

Enfin, dans l'optique de soins transculturels de qualité, le soignant devrait offrir une prise en charge personnalisée qui respecte les difficultés et les différences culturelles. La compréhension des facteurs culturels et le non jugement, peuvent permettre au soignant de comprendre spécifiquement ce qui influence le comportement du patient en matière de santé et maladie. Selon Leval & al, la culture est l'extension de la personne elle-même (Leval et al., 2004, traduction libre). Ainsi, la base de ces prescriptions (modèles) consiste à prendre en soin les patientes avec leur culture et leurs convictions dans le but d'utiliser leurs croyances et leurs valeurs pour préserver et maintenir leur bien-être. De même pour tous les patients:

Une intervention éthique devrait tenir compte à la fois des aspects culturels, juridiques, administratifs, sociaux, économiques, et de leur impact sur le développement et le maintien des manifestations symptomatiques. Elle doit également s'inscrire toujours dans un processus d'identification des ressources favorisant des attitudes résilientes, ... ressources [qui] peuvent revêtir des formes très variées selon les cultures et selon le contexte dans lequel évolue le patient (Gogulkian Ratcliff & Bercher, 2011, p.19).

Toutefois, selon Abemyil,

La prudence nous commande de cesser de jouer à la politique de l'autruche et de reconnaître qu'avec ou sans notre consentement, la culture de l'autre a une influence forte et indéniable sur nos activités et dans nos milieux de soins. Dans ces moments d'intense interaction et de partage, la sagesse conseille d'éviter de se comporter en justicier, d'avoir une attitude de supériorité face aux valeurs des autres, mais de toujours reconnaître avec Prunell (2002) qu'aucune culture n'est meilleure qu'une autre, elles sont tout simplement différentes, et somme toute, nous sommes tout aussi humains qu'eux (Abemyil, 2010, p.5).

En bref: « la collaboration entre les services de prestations de soins de santé et la communauté ethno-culturelle est essentielle à la promotion et au maintien de la santé, à la prévention et au traitement de la maladie » (Purnelle, 1998, cité par Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 38). De même, une clinique psychosociale adaptée est nécessaire, car : « l'enjeu ne se réduit pas à une alternative entre une clinique « centrée sur la culture » et une

clinique plus « universaliste », mais dépasse cette seule différence pour venir interroger le contexte dans son ensemble. » (Gogulkian Ratcliff & Bercher, 2011, p.18). C'est pourquoi : « il est important de se poser la question : à quels écueils nous confronte la prise en charge d'une population migrante, issue de mondes culturels différents et parfois victimes de persécutions politiques ou de discriminations sociales pré- et post migratoires ? » (Gogulkian Ratcliff & Bercher, 2011, p.16).

En résumé, les modèles développés ci-dessus sont un guide pour la prise en charge. Au final s'ils sont connus, acceptés et suivis, ces modèles de soins transculturels permettront aux travailleurs de la santé d'apprendre et d'évaluer les particularités culturelles de leurs patients.

## **5.2. Les femmes**

### **5.2.1. Savoir, connaissance et compréhension des filles/femmes**

De manière générale, les jeunes filles ont très peu voire aucune connaissance sur le fonctionnement de leur corps. Mme S s'exprime sur ces lacunes en disant :

Ces femmes ne savent pas ce qu'elles ont eu [l'excision], [il faut leur expliquer pour] qu'elles comprennent qu'est-ce que c'est le sexe d'une femme ... le vagin, ce qu'il y a dedans, les noms etc. Elles pensent que ça reste ouvert, que ce n'est pas un muscle ... Il y a beaucoup de femmes qui n'ont pas été à l'école et même celles qui ont été à l'école, c'est rare qu'on parle de santé, de sexualité, le corps de l'être humain, etc. » (Mme S, Kabore, 2008, p.69-70).

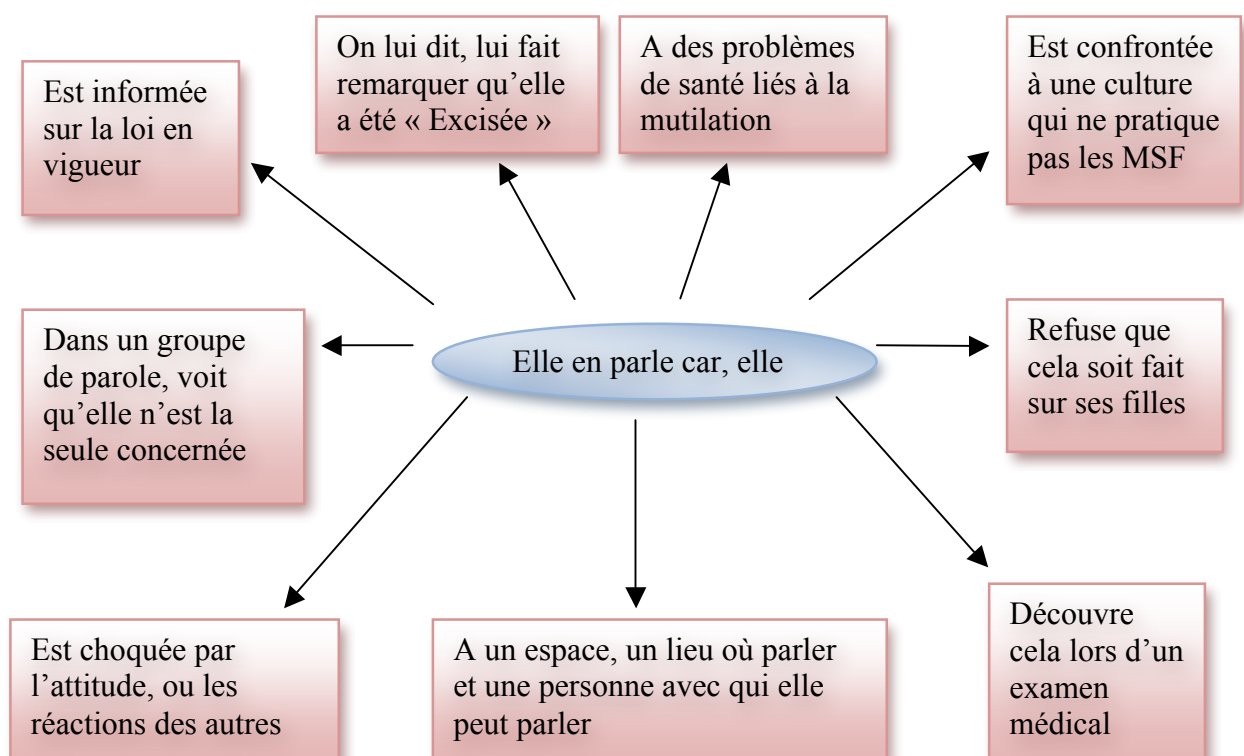
Le fait de manquer de notions de bases peut provoquer différentes situations de stress chez les filles et les femmes. Un autre exemple qui illustre les propos de Mme S est l'expérience de Fatima qui nous raconte le début de ses règles:

En me couchant ... je me suis rendue compte que je saignais. Mon drap, humide, se montre sanguinolant ... Je panique parce que je ne sais pas d'où vient le sang. Je ne me suis pas blessée aujourd'hui ... C'est entre les jambes que je saigne ... effrayée, j'essaie de nettoyer mon lit et de mettre des serviettes de bain sous moi ... Je ne savais pas ... On ne m'a rien appris ... Je ne connais pas mon corps (Fatima, 2011, p. 53).

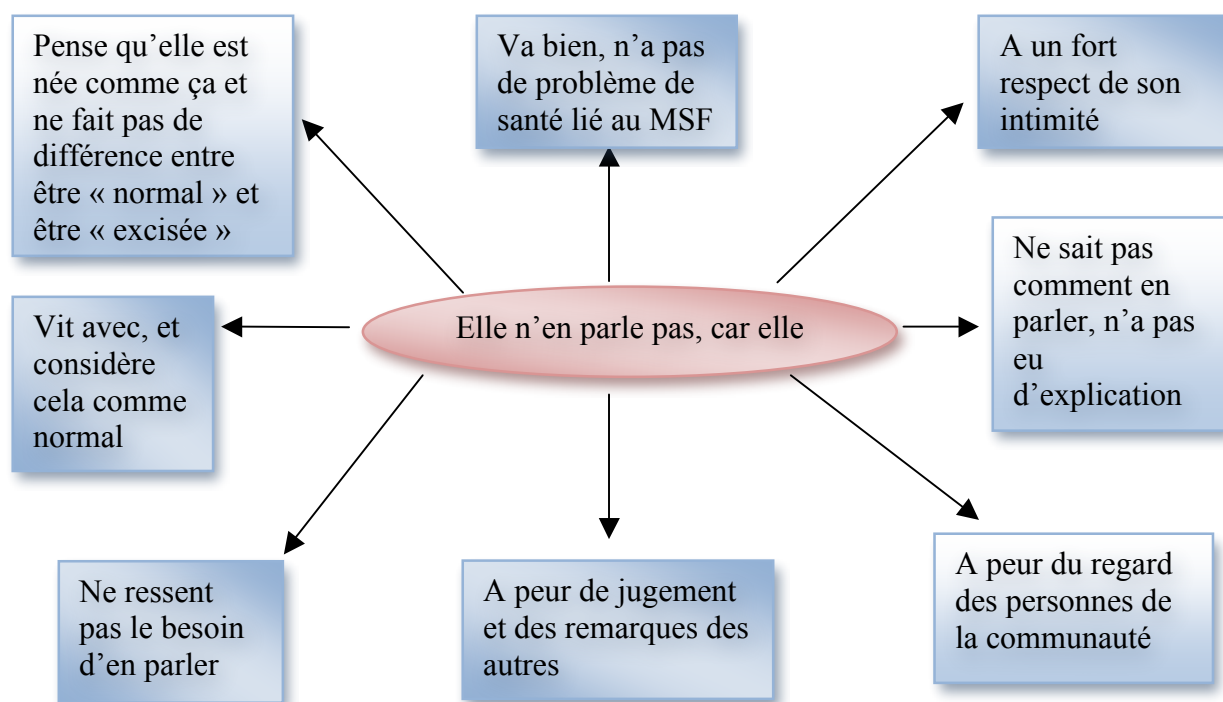
Ainsi le manque de communication et de connaissance basique sur le mécanisme et le développement du corps de la femme induit des incompréhensions. Or la venue des règles est un événement naturel dans la vie d'une femme. Donc, si cet événement naturel est vécu comme traumatisant, quel peut être alors le vécu d'une mutilation génitale?

La pratique des MSF est complexe à aborder et à comprendre pour la jeune fille ou la femme. Étant donné que chaque femme réagit différemment face à « l'excision », nous avons souhaité faire apparaître toutes les possibilités qui font que la femme aborde ou non le sujet. Ainsi, les raisons qui motivent la femme à parler de son « excision » sont répertoriées dans le premier tableau ci-dessous (Tableau 10). De même, les raisons qui poussent les femmes à garder le silence sur ce sujet sont montrées dans le deuxième tableau de la page suivante (Tableau 11).

**Tableau 10: Motivations de la femme à parler de l'excision**



**Tableau 11 : Raisons qui empêchent la femme de parler de l'excision**



À l'inverse de la survenue naturelle des menstruations, qui est un point commun entre toutes les femmes, la mutilation est une pratique culturelle que nous pouvons qualifier suite à nos lectures et nos entretiens de « non-normale ». Non naturelle, parce que d'une part, elle sort du cadre naturel de la vie d'une femme, d'autre part parce que c'est un acte non thérapeutique porté sur un organe en bonne santé, et pour finir parce que c'est une pratique imposée par la culture. Ainsi, il devient difficile de parler d'un événement de vie qui n'est pas naturel.

Contrairement au manque d'éducation à propos de leur corps, la majorité des jeunes filles sont instruite au sujet de la virginité et de l'intimité. Hormis quelques unes qui découvrent leur mutilation suite à des problèmes de santé, lors d'un examen médical ou suite aux difficultés des rapports sexuels, la majorité des femmes savent qu'elles sont « excisées ». Malgré cela, elles ne savent pas réellement ce que c'est. Ce sujet n'est abordé par aucun membre de la communauté, même entre femmes. Souvent, les mères ne parlent pas de l'« excision » avec leurs filles comme en témoigne Mme A :

Ma mère n'a pas osé me dire la vérité, non pas parce qu'elle est une mauvaise maman, mais parce qu'elle avait été excisée aussi, mais elle c'était encore plus grave .... Les parents ne sont pas des gens mauvais, mais ignorants. Ignorance, du fait que

ma mère avait vécu ça et elle pensait que ça se faisait. Et surtout en Arabie-Saoudite on pensait que c'était quelque chose d'assez obligatoire ... Là-bas, ils pensaient que c'était tout à fait dans leur droit, ils pensaient même que c'était bien de le faire (Entretien 9, 2013, p.2).

Par respect de leur intimité, suite à leur méconnaissance et suite au silence qui règne sur ce sujet « tabou », une partie des filles/femmes concernées ne parlent pas de « l'excision » qu'elles ont vécue. Pour d'autres, l'acte a été réalisé au cours de leur enfance et comme elles n'ont aucun souvenir de cet événement, il devient difficile d'en parler. Ainsi, une partie de ces dernières pense qu'elles sont nées comme cela et d'autres ajouteront que c'est normal. Certaines femmes disent qu'elles n'ont pas de problèmes, qu'elles vont bien, et de toute façon, ce qui est fait est fait, alors elles ont appris à vivre avec. C'est le cas de Mme M, qui dit:

J'ai eu ça toute petite donc pour moi c'est naturel. Pour moi ça ne veut rien dire. Je ne sais même pas ce que c'est une femme excisée ou une femme normale. Pour moi c'est égal car j'ai vécu ça petite, donc c'est normal (Mme M, Kabore, 2008, p.61).

En résumé, nous pouvons dire que le vécu de la « mutilation » est un vécu individuel comme le dit justement Mme S : « ... chaque personne reçoit, vit l'excision différemment, une peut être plus torturée que l'autre. Personnellement, j'étais déconnectée de cette partie de moi, je ne connaissais pas, mon cerveau ne travaillait pas avec » (Mme S, Kabore, 2008, p.70).

Un certain nombre de femmes ne font pas la différence entre un sexe normal et un sexe « excisé » puisque personne ne la leur a expliquée. La seule chose qu'elles connaissent c'est elles-mêmes et elles se sont vues ainsi toute la vie. Ce manque de connaissance de base sur le corps humain et son évolution peut créer alors des situations particulières comme celle de Mme M qui nous dit:

Non je n'ai pas su, parce que je ne peux pas savoir. Parce que pour moi l'excision a été quelque chose de normal, donc je ne pensais pas du tout que c'est à cause de ça que j'ai [eu] des problèmes ... J'étais bien, je suis normale, je suis comme tout le monde (Mme M, Kabore, 2008, p.62).



Les motifs donnés pour la pratique sont souvent erronés. Ces fausses informations peuvent ainsi dissuader la femme à venir en parler ou à demander des soins. C'est ce que nous explique Mme A en reprenant les explications qui lui ont été données par sa mère :

Tu sais ce que toi t'as eu, c'est la même chose que la « circoncision », sauf que c'est pour les filles et on t'enlève, car c'est une question d'hygiène et de propreté ...

Dans ma tête, vu que c'est de l'hygiène et de la propreté, et bien je ne souffrais pas, je vivais avec ça, complètement normalement (Mme A, entretien 9, 2013, p.8).

Pour certaines la première confrontation a lieu à la naissance de leur enfant. Ainsi, à la vue de l'organe naturel de leur fille, les femmes se comparent. Parfois, le corps entier de leur fille leur produit un effet de surprise. Leurs représentations et significations culturelles sont alors modifiées et elles comprennent leur différence et commencent à l'accepter (Entretien 8, 2013, pp.3-4). Pour d'autres, la migration peut sous diverses formes les amener à prendre connaissance de leur mutilation génitale. Par exemple, au cours d'une consultation gynécologique, à la vue des reportages et discussions sur ce sujet, certaines femmes peuvent prendre conscience et désirer un changement. Ainsi, parfois des : conséquences psychologiques ... peuvent se développer lors de la rencontre d'une nouvelle culture non pratiquante des MGF et lors des prises en soin (Abdulcadir et al, 2011, traduction libre).

En bref, la mutilation génitale est une pratique qui a du mal à trouver sa place dans l'ordre naturel et dans le cours de la vie d'une femme. Ainsi, une bonne partie des femmes savent qu'elles sont « excisées », mais ne savent pas comment, ni quand. Elles pensent que c'est « normal » et n'en parlent pas. Parmi ces dernières, comme le dit la traductrice et médiatrice interculturelle interviewée, certaines femmes sont intriguées et se demandent comment les soignants sont au courant de l'excision (Entretien 8, 2013, p.1).

### **5.2.2. Conflit culturel et identitaire**

Dans ce sous-chapitre nous aborderons les conflits culturels qui se présentent aux femmes qui se trouvent hors de leur pays d'origine. Ce conflit sera ici analysé à travers le regard occidental et le regard culturel des femmes.

Avant d'aborder le conflit culturel, il est nécessaire de faire un rappel de ce que sont les valeurs et les normes. Selon Eiriz & Ali Aden :

Les valeurs sont des principes qui guident notre action. Elles ne sont pas clairement dites et sont issues de la société, des familles et peuvent être individuelles comme collectives. Elles permettent de comprendre les autres. En ce qui concerne les normes, elles se définissent comme quelque chose qui met les différentes personnes en accord. Ce sont des règles dites que l'on peut appliquer, qui permettent la cohésion sociale. En revanche, si elles ne sont pas connues, elles peuvent provoquer l'insécurité et une sanction peut être imposée en cas de non-respect (Eiriz & Ali Aden, 2013, [notes de cours]).

Selon Eiriz & Ali Aden, les sociétés de l'occident sont plutôt de type individualiste, contrairement aux autres qui sont collectivistes. Or, une fois seules, les femmes issues de la société collectiviste se trouvent dans l'insécurité (Eiriz & Ali Aden, 2013, [notes de cours]). Donc, les femmes concernées par la « mutilation » sont au cœur d'un conflit de loyauté entre leur propre envie de bien-être et les valeurs identitaires, culturelles et communautaires liées à l'excision. Les propos de Berggren al, nous semblent le mieux illustrer ce conflit culturel. D'après l'enquête de ces derniers, les femmes disent qu'elles auraient honte dans leur pays d'origine si elles n'avaient pas subi l'excision, mais dans la rencontre avec ... [la culture occidentale], elles se sentaient honteuses, parce qu'elles avaient été soumises à l'excision (Berggren et al., 2006, traduction libre).

Nous savons que tous les types de mutilations génitales ont un impact sur l'existence des femmes selon leur stade de vie (enfance, adolescence, âge d'être femme...). Pour une partie de celles-ci, l'acte peut être considéré comme une forme de « maltraitance » à la fois physique et psychologique. Pour d'autres, il représente une valeur culturelle qui les différencie des hommes. En bref, le conflit culturel mène ainsi au silence.

De plus, les femmes n'abordent pas le sujet, car d'une part elles ne savent pas comment nommer ou expliquer leur problème, d'autre part parce qu'elles ont peur du regard et des remarques des autres que ce soit des personnes de leur communauté ou d'autres. De ce fait, une partie des femmes: « dans certaines communautés ... vont jusqu'à ne pas consulter tellement la crainte d'être identifiée par quelqu'un de leur groupe [est grande] » (Dominicé Dao, 2009, p.65).

Un autre élément qui est source de conflit concerne plus particulièrement l'infibulation. En effet, le choix de dés-infibulation ou non engendre souvent des discussions, voire des problèmes au sein de certains couples. De même, par crainte d'être « complètement ouvertes », de ne plus redevenir comme avant, de ne plus plaire au mari ou encore par peur de défier les principes de la culture, une partie des femmes refusent d'être dés-infibulées malgré l'indication médicale. Elles vont donc affronter les éventuelles douleurs et complications qui peuvent survenir pendant et après les rapports sexuels ou l'accouchement. En bref, selon Leval et al., en vue d'éviter ce conflit de loyauté, il serait important de : ... trouver un espace ... [pour] le dialogue entre les hommes et les femmes (Leval et al., 2004, traduction libre). Le dialogue pourrait ainsi questionner l'écart de perception qui existe entre les femmes et les hommes.

Un élément différent que nous souhaitons aborder ici est le conflit complexe qui réside entre les valeurs culturelles et les lois des pays occidentaux qui interdisent et condamnent la pratique des MSF et celle dans leurs pays d'origine. Selon Johansen, il est important de se questionner sur : comment les femmes se sentent concernées par la condamnation morale et juridique d'une pratique qui a "découpé " leurs corps? (Johansen, 2006, traduction libre, p.1).

Si l'on revient aux normes, on observe que les normes du pays d'origine ne sont pas identiques aux normes du pays d'accueil. De même, la norme n'induit pas systématiquement une sanction. En revanche, sortir de la « normalité » mène selon Eiriz & Ali Aden à une exclusion. Ici (en occident), ceux qui pratiquent « l'excision » sont exclus et sanctionnés. Contrairement à cela, là-bas (pays d'origine) ceux qui refusent « d'exciser » leur fille sont rejetés et exclus de la communauté, car le refus symbolise comme un « trou » dans la société (Eiriz & Ali Aden, 2013, [notes de cours]). D'après nos lectures et nos entretiens, nous pouvons retenir qu'une partie des femmes sont heureuses d'apprendre que leurs pays d'accueils interdisent la mutilation génitale. Par peur de se heurter aux principes de la société ou de la communauté, ces femmes mentiront en disant que leur fille est « excisée » (Eiriz & Ali Aden, 2013, [notes de cours]). Notons que ce mensonge est juste un moyen de demeurer membre de la société. La prise de conscience de certaines femmes nous a été rapportée dans notre 8<sup>ème</sup> entretien avec la médiatrice interculturelle. L'interviewée nous dit : « j'ai rencontré pas mal de femmes, des Erythréennes pour la

plupart. Les situations sont différentes selon le type de MGF. Parmi ces femmes, à peu près la moitié sait que les MGF ne sont pas de bonnes pratiques » (Entretien 8, 2013, p.1). Pour d'autres, malgré que « l'excision » soit: « un souvenir traumatisant, ... [et même si] elles pensent que cela est normal. Le fait d'apprendre qu'en Suisse cela n'est pas autorisé et que c'est même punissable par la loi, leur fait découvrir une autre réalité » (Entretien 6, 2013, p.3). Suite à cela, peut-on penser que le conflit entre la pratique culturelle et les lois des pays d'accueil expliquent la rareté des consultations? Les données consultées montrent que non. Le conflit culturel n'est pas le seul élément qui limite la consultation. Car comme le cite Renteria :

Les réticences des adolescentes elles-mêmes et les possibles interdits familiaux qui ne conçoivent la visite gynécologique qu'au moment de la survenue d'une grossesse, empêchent souvent les jeunes filles de franchir spontanément le seuil de la consultation gynécologique ou d'un planning familial ... » (Dhami et al., 2000 & Caflish et al., 2007, cité par Renteria, 2008, p.1445).

Pour clôturer cette partie traitant des conflits culturels, nous pouvons dire que les femmes qui ne connaissent pas les lois, et celles qui ne s'interrogent pas sur l'impact de la mutilation auront tendance à poursuivre la pratique des MSF au nom des valeurs culturelles. En ce qui concerne les lois, en occident, elles sont considérées comme des données qui rappellent les conséquences graves entraînées par les MSF et peuvent inciter à un changement et à l'abandon de la pratique. Contrairement à cela, dans les cultures pratiquant les MSF, étant donné que « l'excision » est considérée comme une valeur culturelle, il devient difficile pour les lois d'apporter des changements dans les mentalités. De même, la répression légale n'est pas une solution si elle n'est pas accompagnée d'information, de formation, de sensibilisation et de messages de prévention (Eiriz & Ali Aden, 2013, [notes de cours]).

De plus, comme l'acte est réalisé par la lignée féminine, pour certaines, la souffrance endurée n'est pas mémorable ou a une signification très importante qui octroie un statut social. Enfin, les femmes qui n'ont pas de connaissance sur leur corps et la mutilation génitale vécue (celles qui pensent qu'elles sont nées ainsi), ne feront pas de lien entre le problème de santé et « leur excision ». Ainsi les éléments développés dans ce paragraphe montrent l'écart qui peut exister entre les femmes et les soignants.

### 5.2.3. Vécu des femmes

Dans cette partie du travail, nous aborderons uniquement le vécu et les expériences de soin des femmes dans les systèmes de santé des pays occidentaux.

Pour commencer, nous souhaitons dire que le vécu de soin peut être fortement influencé selon le seuil d'acceptation, de compréhension et selon la signification de la pratique de « l'excision » pour la femme. Le niveau d'intégration dans la société d'accueil peut également influencer le vécu et l'expérience de soin. Ainsi, une partie des femmes font une bonne expérience, d'autres en gardent un mauvais souvenir.

La crainte est le premier élément que nous souhaitons aborder ici. En fonction de leurs expériences ou de celle des autres, certaines femmes concernées par la mutilation génitale refusent de consulter. Ce qui nous mène à des demandes de soins par nécessité comme l'explique Mme S:

Les Somaliennes en général ne vont voir le gynéco que lorsqu'elles sont enceintes parce qu'elles n'ont pas envie de voir quelqu'un qui est choqué quand il les voit. Souvent elles racontent leurs expériences et certaines [autres femmes] n'ont pas envie d'aller consulter. Il faut aussi comprendre que rien qu'ouvrir les jambes (position gynécologique) c'est comme si elles revivaient la chose. Je me souviens la première fois que j'ai été chez le gynécologue et qu'il m'a demandé d'ouvrir les jambes. ... Il a attendu pendant des heures. Je me suis changée et j'ai gardé des habits et il m'a dit faut enlever tous les habits. Je ne voulais pas, je me sentais forcée, pour moi c'était du viol, je ne voulais pas, pourtant c'était un soin, c'était un médecin qui était devant moi, il n'était pas là pour m'exciser (Mme S, Kabore, 2008, p.66).

De même, comme le dit Mme S, certains soins ou contrôles gynécologiques peuvent être considérés comme intrusifs à l'intimité des femmes et peuvent être parfois douloureux (physiquement et psychologiquement).

Un autre élément que nous pouvons retenir de la citation ci-dessus, c'est la réaction « de choc » des soignants, ou des commentaires blessants. En effet, dans la majorité des recherches lues, les femmes interrogées disent que les soignants n'ont pas l'attitude adéquate et semblent choqués, voire surpris. La majorité des soignants ne connaissent pas ou peu les MSF. A tel point que: « A doctor asked one woman whether her genitals had

been burned, a question which she found embarrassing »<sup>2</sup> (Vangen et al., 2003). C'est ce qui provoque des réactions particulières au moment de la confrontation avec une patiente. Les propos de Mme S illustrent précisément la situation de choc du soignant:

Quand la sage-femme m'a vu elle avait la tête complètement changée, je ne sais pas ce qu'elle a vu. Je me suis dit oh mon Dieu qu'est-ce que j'ai ? J'ai eu peur, je me suis dit il y a un truc. Elle me dit mais qu'est-ce qui vous arrive? J'ai dit j'ai rien (pour moi je suis normale). Elle m'a dit mais qui vous a fait ça? J'ai dit mais j'ai rien je suis excisée c'est tout. C'est un cadeau qui vient de ta mère ... J'en veux à ma mère d'avoir fait ça mais pas vraiment, au fond je sais qu'elle a eu elle-même plus dur que la mienne parce que moi j'ai été excisée par un médecin, elle c'était par une vieille dame, elle a fait ça par amour. C'est normal, on ne se posait pas cette question, personne n'était choqué. J'ai dû lui expliquer que ma mère a fait ça parce que toute la société, toutes les petites filles sont excisées. J'ai été excisée comme les autres petites filles, on ne fait pas ça pour me punir, c'est normal. Chaque mère fait ça pour que sa fille ait une bonne vie, qu'elle ait un mari, qu'elle ne se fasse pas insulter par les autres (Mme S., Kabore, 2008, p.66).

Ainsi, certaines patientes se retrouvent à expliquer aux soignants ce que sont les mutilations génitales, et cela avec leurs propres vécus et compréhensions de la pratique culturelle.

Il est clair que ces réactions ne motivent pas les femmes à retourner en consultation. Comme les soignants, les femmes sont également choquées à leur tour lorsqu'elles se trouvent en présence d'étudiants ou de nombreux soignants. Selon Thierfelder et al., l'afflux d'étudiants ou la demande d'observation des étudiants: « comme si leurs organes génitaux ont été considérés comme quelque chose avec un intérêt médical » a provoqué chez certaines femmes des sentiments de honte et de peur. De ce fait, une femme témoigne et nous dit: auparavant j'étais fière. Mais la consultation médicale a blessé ma fierté. Le médecin a été très choqué quand il a réalisé que j'étais suturée (Thierfelder et al., 2005, traduction libre).

---

<sup>2</sup> Traduction libre : un médecin demande à la femme si ses parties génitales ont été brûlées, question qu'elle trouve embarrassante.

On peut également soulever ici le manque de communication entre soignants et patientes. Ainsi, Mme A. rapporte que : « il y a des médecins qui sont très bien, et d'autres, pensent qu'ils savent tout. Ils te font passer beaucoup d'exams, et quand tu leur poses la question de « qu'est-ce que j'ai », ils te répondent: vous regarderez cela avec votre gynécologue!» (Mme A. entretien 9, 2013, p.5). Bien que cela soit une situation particulière, les propos de Mme S illustrent non seulement le problème de communication entre patient et soignant, mais aussi entre professionnels de la santé :

Au dernier moment quand l'enfant est né, je vois la gynécologue qui arrive qui fait une tête, je ne comprenais pas ce qui se passait. J'ai demandé ce qu'il se passait et ils ont commencé à discuter entre eux, ils commencent à hausser les voix. La gynécologue était un peu énervée contre eux, c'est elle qui allait me recoudre. Le père de mon enfant non plus ne comprenait pas ce qui se passait. Après la gynécologue me demande : vous savez ce qui vous est arrivé ? J'ai répondu non, comment voulez-vous que je sache ? Je suis entre les mains de professionnels, ce n'est pas à moi de vous dire comment vous devez faire, ce n'est pas à moi de vous dicter comment faire votre travail (Mme S, Kabore, 2008, p.67).

En ce qui concerne le vécu et l'espace propice pour aborder la question des mutilations génitales, la majorité des femmes (selon les études lues et des entretiens réalisés) disent que le personnel soignant n'aborde pas systématiquement la question des mutilations génitales. Ainsi, Mme M nous fait part de son expérience et dit que: « les infirmières n'ont pas cherché à créer un espace propice, qui donne confiance, qui donne envie d'expliquer le vécu » (Mme M, Kabore, 2008, p.61). Contrairement à cette dernière, pour Mme A, les soignants se sont succédés en vue de la conforter:

Dès qu'ils voyaient que j'étais excisée, il y avait une autre personne qui intervenait. Je voyais qu'ils essayaient de me faire rire, détendre l'atmosphère et de dédramatiser. Ils m'expliquaient tout ce qu'ils faisaient. ... sans s'en rendre compte, comme ça en interagissant avec moi, c'est comme s'ils me donnaient le droit de me plaindre » (Mme A, entretien 9, 2013, pp.6-7).

Il n'y a pas que de mauvaises expériences qui sont rapportées par les femmes. En effet parmi celles-ci, il y a des femmes qui vont bien et qui vivent sans aucun problème. L'exemple de Mme X évoque son vécu positif des soins:

La seule chose que je me souviens, le premier accouchement en Suisse, la sage-femme qui devait me faire accoucher a insisté pour m'assister. Elle est restée sur ses horaires pour attendre avec moi que j'accouche. Après que j'ai accouché dans la matinée, la dame était contente pour partir. C'est quelque chose qui m'a touché et que j'ai apprécié en tant qu'être humain (Mme X, Kabore, 2008, p.75).

#### **5.2.4. Besoins et demandes des femmes « excisées »**

Un des premières difficultés en lien avec les mutilations génitales réside dans la communication. Une partie des femmes nécessite l'intervention d'une traductrice ou médiatrice culturelle pour pouvoir formuler leur demande. Une traduction pour que le soignant puisse comprendre la demande, et aussi que la femme comprenne les explications. Non seulement il faut des connaissances de la langue, mais des informations sur le type de soin proposé sont également nécessaires. Ainsi, suffisamment informée, la fille /femme peut formuler ses demandes selon ses besoin.

Comme nous l'avons dit précédemment, la méconnaissance et le manque d'information sur le corps ainsi que sur l'étendue de la pratique culturelle sur le corps impose des limites à certaines femmes. En conséquence, Mme M nous dit :

On peut savoir nos besoins si on sait ce qu'on a, quel type on a, comment on a eu ça et quelles atteintes il y a. Moi je découvre maintenant ...je me rappelle au cycle on nous apprenait comment faire le rapport sexuel mais on ne prenait jamais une femme excisée (Mme M, Kabore, 2008, p.62).

A ce témoignage s'ajoutent les propos d'une traductrice et médiatrice interculturelle qui évoque le constat de ses expériences et qui dit:

Il est également difficile de parler, car elles ne savent pas ce qui a été retiré des organes génitaux. Pour l'excision, la plupart des femmes pensent qu'elles sont nées comme cela, car personne ne leur a parlé de l'excision même quand elles grandissent. Et lorsqu'on leur pose la question des MGF, elles disent, « je ne sais pas » et répondent rarement « oui ». C'est à ce moment qu'elles découvrent ce qui leur est arrivé (Entretien 8, 2013, p.3).



Contrairement à celles qui découvrent tardivement l'étendue de la pratique culturelle, les femmes qui sont conscientes évoquent leur peur, surtout la crainte liée à l'accouchement. Pour cela, Mme S nous affirme que:

Beaucoup de femmes ont peur de l'accouchement, on a peur parce qu'on sait au fond de nous que ça va faire mal, c'est horrible. J'avais du brouillard dans la tête, j'avais des peurs qui n'ont pas été vues ... On a peur de ce qui nous attend, peur de beaucoup de choses. Quand on ne nous dit pas ce qui nous attend, on a peur, on se pose trop de questions (Mme S, Kabore, 2008, p.67).

A ce témoignage nous souhaitons relier les propos de Thierfelder et al., qui dans leur étude de 2005 ont constaté que :

Plusieurs femmes aimeraient obtenir plus d'informations sur à quoi s'attendre lors de l'accouchement, et non seulement des informations concernant le bébé. Elles ont montré un grand intérêt à discuter des avantages et des inconvénients d'être excisées et/ou d'être infibulées et à apprendre ce qui est «normal» chez les femmes suisses (Thierfelder et al., 2005, traduction libre).

Ainsi, selon Thierfelder et al., certaines femmes ont été déçues et ont mal supporté les soins. Dans l'étude, certaines femmes somaliennes sont même parvenues à dire que l'accompagnement et les soins traditionnels proposés à l'accouchement leur ont fortement manqué (Thierfelder et al., 2005, traduction libre).

Pour ce qui concerne la pratique culturelle, rappelons que tout soignant qui prend en soin une fille ou une femme doit partir de ses représentations de la pratique. Si nous connaissons la signification de cette pratique pour la femme, cela peut nous éviter d'emblée de rendre la personne « victime » de la pratique culturelle. Selon Renteria :

Les adolescentes infibulées ne se voient cependant pas nécessairement comme mutilées ou victimes. Elles ne souhaitent pas de pitié bien qu'un sentiment d'abandon au moment de l'excision par une figure souvent maternelle ou paternelle puisse encore être très présent (Renteria, 2008, p.1448).

A cela s'ajoute le manque de connaissance des soignants, comme le dit justement Mme A :

Il faut arrêter de minimiser cette pratique, que ce soit l'acte en lui-même, mais aussi lors du soin. Je pense que les médecins [les soignants] ne sont pas aptes à parler de

ce genre de choses. Je pense que c'est même mieux qu'une fois qu'ils ont vu la patiente, d'attendre qu'elle s'en aille, et d'avoir une vraie discussion avec des vrais professionnels. C'est mieux que ce soit un professionnel qui prenne contact avec toi, qu'une personne qui te montre que c'est un drame (Mme A, entretien 9, 2013, p.8).

Pour finir, parmi les besoins et demandes de certaines femmes, se retrouvent non seulement la douleur mais aussi d'autres éléments tels que :

Le souvenir de l'intervention, ... des images fortes, douleur ressentie, ignorance de ce qui leur arrive, incompréhension de la raison de cet acte. [En bref], il n'est pas évident pour elles d'en parler de manière ouverte. Parfois, elles n'ont jamais parlé à personne avant de consulter. Elles viennent avec une certaine crainte (Entretien 4, 2013, p. 3).

En définitive, les demandes et souhaits généraux des femmes sont résumés dans la citation qui suit. Les femmes demandent:

Des soins plus empathiques ... que les médecins prennent un temps pour permettre la discussion lors de la consultation. Elles souhaitent également être prises en charge par des soignants de sexe féminin, car discuter de cette question avec un homme semble extrêmement difficile. [De plus] elles souhaitaient plus d'intimité lors des examens et le rappellent aux hôpitaux d'enseignement qui se présentent avec «une foule de docteurs» désireux de voir leur anatomie spécifique. ... [En ce qui concerne le type III], la dés-infibulation doit être effectuée lors de l'accouchement, comme l'épisiotomie est réalisée chez les femmes suisses. Ainsi il n'y aurait pas d'ajout d'un événement traumatique supplémentaire pendant la grossesse (Thierfelder et al., 2005, traduction libre).

### **5.3. Les soignants**

Dans ce chapitre seront discutés les éléments qui concernent les soignants, à savoir : leur vécu et expérience en lien avec les mutilations génitales féminines, les connaissances et compétences nécessaires ainsi que le rôle et la prise en charge des patientes. En dernier, nous exposerons les difficultés et besoins exprimés par les soignants.

### **5.3.1. Vécu des soignants**

En fonction de son niveau de connaissance le soignant peut vivre différemment l'entrée en contact avec des femmes ayant vécu une mutilation génitale. Parmi les réactions émotionnelles, nous pouvons trouver la tristesse, la révolte, la colère et l'incompréhension. Au premier abord, la souffrance induite par l'acte est inconcevable pour les soignants. A la suite de cela, nous pouvons distinguer ces éléments comme l'exprime une infirmière que nous avons interviewée:

Tout d'abord c'est une révolte pour moi ... je pense à la souffrance que ces filles peuvent subir ou vivre, parce que je sais que les conditions ne sont pas forcément toujours correctes. Je me dis que c'est juste terrible de subir ça, ... c'est ma première réaction quand j'ai compris qu'est-ce que c'étaient ces mutilations. Et quand on est rentré dans le détail..., ce n'est pas juste l'excision, je me dis : mais comment on peut faire ça ? .... Finalement, si on interdit ça, ça continue à être fait dans des mauvaises conditions, ça va être pire pour celles qui subissent ça! (Entretien 3, 2012, p.9).

Ce qui suscite également une réaction chez le soignant c'est le fait que les patientes abordent leur parcours de vie. C'est ainsi qu'une soignante nous dit: « j'ai été touchée qu'elles partagent leur vécu avec moi. Je les ai remerciées pour leur confiance. [C'est] ce qui a permis d'installer un terrain d'entente et une confiance mutuelle » (Entretien 5, 2013, p.2).

En plus de ses propres émotions face à la pratique culturelle et aux éléments du vécu de sa patiente, le soignant peut être destabilisé au cours de l'entretien. Car :

Ce qui est le plus touchant, c'est de constater que cet événement est, la plupart des fois, encore fortement présent lorsqu'elles en parlent, [et est] souvent associé à des émotions, l'incompréhension des raisons pour lesquelles elles ont dû le subir et, parfois, un ressentiment face aux adultes qui l'ont permis (Entretien 4, 2013, p. 3).

D'après une infirmière interviewée, pour faire face aux émotions qui peuvent nous envahir, il est nécessaire non seulement d'être formé, d'avoir de l'expérience, de comprendre le problème, mais aussi de savoir quelle attitude adopter et de savoir comment aborder ce sujet et discuter avec les patientes. De même, elle suggère qu'il est important de se donner la possibilité d'en parler en supervision, car cela permet non seulement d'avoir un soutien,

de prendre de la distance, mais de pouvoir discuter et de confronter les points de vue (Entretien 4, 2013, p. 3).

En bref, ce qui nous amène progressivement à la question de la connaissance des soignants est ce qui ressort de la recherche de Leval et al., :

L'expression de fortes émotions telles que la tristesse et la colère ressort des entretiens. Ces émotions étaient liées au fait qu'elles considèrent les mutilations comme la destruction de la sexualité des femmes et qu'elles pensent à la violence (viol) que représentent les rapports sexuels. En même temps, ces soignantes reconnaissent qu'elles ont une connaissance limitée et une incapacité à questionner les femmes excisées sur leur ressenti (Leval et al., 2004, traduction libre).

### **5.3.2. Connaissances et compétences des soignants**

Pour poursuivre avec le sujet de la prise en soin des patientes concernées par les MSF, nous nous sommes intéressés à savoir quelles compétences (infirmières) sont nécessaires pour ce type de prise en charge. Les compétences doivent-elles être adaptables à l'âge de la personne, à la demande, au type de mutilation subie? Dans l'entretien 3, l'infirmière nous révèle qu'il faut être à l'écoute, être à l'aise et oser parler des MGF. Il faut également parler une deuxième langue (anglais, italien...) ou faire appel à un interprète ainsi qu'être capable de parler de la sexualité et des choses intimes. Hormis ces compétences, quelle doit être l'attitude du soignant face à la problématique des MGF? Qu'en est-il des autres professionnels? Comment peut-on aborder le sujet de « l'excision » avec les patientes et comment peut-on expliquer aux personnes d'autres cultures, le type de soin (intervention, contrôle) de santé qu'elles vont avoir? Et cela, sans les blesser, les choquer, les critiquer, ni les bousculer, car une simple explication peut produire un effet considérable auquel nous ne nous attendons pas comme en témoigne une infirmière interviewée:

Quand je lui ai expliqué qu'est-ce que c'était l'examen gynécologique, mais j'ai cru qu'elle allait faire un malaise! Pourtant j'ai expliqué des choses simples, avec des gestes, je lui ai montré, j'ai fait un dessin, je lui ai dit que le gynécologue allait ... lui palper les seins, mais c'était (sourir) ... [Pour finir] elle a accepté quand même et son mari était avec elle. J'ai trouvé assez extraordinaire, mais ce n'était pas si facile (Entretien 3, 2012).

Ainsi ce qui nous paraît simple ne l'est pas forcément pour l'autre personne. Étant donné la difficulté expliquée ci-dessus, l'infirmière (entretien 3) nous rapporte qu'elle se sent limitée dans certaines situations et qu'elle ne parvient pas à poser directement la question de « l'excision ». Or, dans la confrontation avec une femme provenant des régions où les MSF sont pratiquées, certains soignants jugent qu'il est impossible d'obtenir des informations sur les mutilations génitales à cause des barrières culturelles. Donc, il faudrait aller plus loin et passer le relais aux gynécologues en vue de permettre à ces femmes de bénéficier d'une réponse, de soins, ou simplement d'avoir une écoute (Leval et al., 2004, traduction libre).

Nous savons qu'un guideline est mis à disposition pour les professionnels de la santé suisses depuis 2005 et de même dans les autres pays européens (Grande-Bretagne, Suède, Belgique, Allemagne etc.). Ce document donne des recommandations aux professionnels de la santé en charge des patientes concernées par les MSF. Sur la base des publications de l'OMS, il donne des notions telles que : la définition, la prévalence, l'incidence, l'histoire et le fondement, la classification, les complications, les lois, les soins tels que les examens gynécologiques, l'indication à la des-infibulation etc. (Société suisse de gynécologie et d'obstétrique, 2005).

Malgré la mise à disposition de ce document, sans formation spécifique, les professionnels ne peuvent prendre connaissance de ce protocole et ne sont pas sensibilisés. C'est ce que montre l'étude de Zaidi et al, concernant le guideline mis à disposition des soignants en Grande-Bretagne : 58% étaient incapables de différencier les catégories de MGF et aucun parmi les sages-femmes, ni le personnel soignant en obstétrique n'était capable de classer correctement les types de mutilation selon la classification de l'OMS (2001a) et RCOG (2003) (Zaidi et al., 2007).

Malgré les écrits, débats, reportages, très peu de professionnels de la santé sont sensibilisés et ils ont peu voire pas de connaissance sur les mutilations sexuelles féminines. Ceux qui ont une connaissance partielle ont tendance comme le dit Leval & al, à partir des notions de leur propre culture et à interpréter, voire qualifier les MSF de « pratique barbare ». Ainsi :

Les mutilations génitales sont considérées non seulement comme une menace pour la sexualité de femmes circoncises mais aussi, selon la plupart des sages-femmes,

comme l'abolition complète de la sexualité. [En revanche] certaines parmi ces soignantes évoquent un éventuel plaisir sexuel qui peut être lié aux aspects émotionnels de la relation dans le couple (Leval et al., 2004, traduction libre).

Si l'on s'intéresse plus particulièrement au type III des MSF, l'étude de Zaidi et al., nous montre des résultats sur la gestion de l'infibulation. Si aucun examen gynécologique n'a été réalisé au cours de la grossesse : 47% [des soignants interrogés] pensent que la césarienne est la meilleure solution [et] 40% spécifient que la des-infibulation est préférable (Zaidi et al., 2007).

Enfin, si l'on parle d'une période plus proche (2013), nous pouvons voir les lacunes des soignants. Une infirmière interviewée nous raconte que dernièrement un pédiatre l'a contacté pour lui soumettre cette situation: « ... une femme va partir avec ses filles en vacances au pays. [La doctoresse] ... se demandait si elle devait faire quelque chose de symbolique pour éviter à ces filles d'être excisées au pays » (Entretien 5, 2013, p.7). Cette situation montre que les connaissances tant sur les mutilations génitales que sur les lois en vigueur ne sont pas connues par tous les professionnels de la santé. Selon cette infirmière, la méconnaissance de ces informations est inquiétante (Entretien 5, 2013, p.7).

### **5.3.3. Rôle, prise en charge et accompagnement**

Selon Carbone (2011):

Si l'excision a pour dessein la construction de la féminité, elle est aussi la destruction de celle-ci : le sexe féminin est mutilé, coupé et cousu. Des fillettes meurent suite à des complications de l'excision, des femmes meurent en couche après un travail long, certaines souffrent d'infections multiples, toutes éprouvent de la douleur dans les rapports sexuels. C'est dans cette prise de conscience des conséquences graves sur la santé des femmes que la lutte contre les mutilations sexuelles féminines va naître (p.127).

En ce sens, le rôle des soignants est de lutter contre la poursuite de la pratique culturelle par la prévention, l'information et l'orientation. Au cours de leur prise en charge des filles ou femmes ayant vécu une mutilation génitale, les soignants se trouvent dans l'axe de la prévention et de la promotion de la santé. Dans ce cadre, leur action vise à changer la situation sociale, environnementale et économique en vue de diminuer les effets négatifs

de cette pratique sur la santé publique et individuelle (Marques Durate, 2011, p.20). Ainsi, le but est d'inciter des comportements sains en sensibilisant les populations concernées. Pour cela, il faut aller plus loin que la simple notion d'interdit. Il faut informer, prévenir et agir. En bref, les priorités des actions menées sont non seulement de prévenir la réalisation de nouvelles mutilations ou de proposer des soins, mais aussi de sensibiliser en vue d'éviter de « victimiser » les femmes.

Selon la majorité des soignants, aborder le sujet des MSF peut se révéler ardu. Ainsi nous retrouvons dans les témoignages des difficultés comme nous en fait part une infirmière:

J'ai fait la rencontre de beaucoup de femmes érythréennes et quelques femmes somaliennes. J'ai appris et compris que les petites filles de ce centre [foyer pour migrants] étaient déjà excisées avant leur arrivée. On m'a alors demandé de dispenser des informations auprès des femmes. A ce moment, je ne me sentais pas de réunir les femmes et d'aborder ce sujet. Etant donné leur parcours migratoire difficile, leur état de santé fragilisé et toutes les procédures de convocations et d'auditions (demande d'asile et papiers) qu'elles avaient, je ne pouvais pas parler de ce sujet, (ce n'était pas la priorité) » (Entretien 5, 2013, p.1).

Parfois, les soignants se trouvent débordés par la situation de leurs patientes, de même que par l'impact émotionnel qu'induit cette pratique de « l'excision ». A cela s'ajoute leur manque de connaissances qui ne leur permet pas d'interroger les femmes sur « l'excision ». Hormis cela, tant du côté des patientes que des soignants, les barrières culturelles et linguistiques sont souvent avancées comme prétexte pour ne pas aborder la question (Thierfelder et al., 2005, traduction libre). Une des infirmières interrogée nous confie qu'il n'y a pas de protocole pour la prise en charge qui permet d'aborder la question des MGF systématiquement (Entretien 3, 2012, p.13). Pour palier à ce manque, elle envoie les femmes migrantes en consultation gynécologique, ainsi elle pense que : « les femmes vont être examinées ou peut-être pouvoir en parler » (Entretien 3, 2012, p.13).

Il ressort de notre premier entretien qu'il est important d'abord d'avoir des connaissances avant de poser la question. De même, selon la gynécologue interviewée la question doit être posée sous un angle médical :

Pendant l'anamnèse médicale ... comme pour tout autre antécédent chirurgical de la patiente (à quel âge, dans quel contexte, complications etc.). Une partie des

soignants ne posent pas la question, car ils n'y pensent pas [ou ils n'osent pas] devant une femme originaire d'un pays « à risque de MGF ». De plus, s'ils posent la question et que la femme répond « oui », ils ne savent pas que faire, il n'y a pas de dépistage ou de recherche plus approfondie (Entretien 1, 2013, p.2).

Ainsi non seulement il faut oser questionner ses patientes, mais il faut aussi développer ses connaissances.

En bref, il ressort des données consultées que les soignants manquent de connaissance. La citation suivante résume la complexité de la prise en charge des patientes ayant vécu une « excision » :

Les MGF ne sont pas intégrées dans la formation. Les médecins n'ont pas ou peu de connaissances sur les MGF, d'où ils peuvent se trouver en difficulté lors de la consultation d'une femme avec ce type de problème. Il faudrait donc travailler sur les connaissances, former dans les écoles. Et les formateurs devraient posséder une expertise dans le sujet (Entretien 1, 2013, p.3).

#### **5.3.4. Difficultés et besoins des soignants**

Après avoir analysé et discuté du vécu, des connaissances et compétences ainsi que du rôle des soignants, nous allons traiter ici des obstacles qui se présentent aux professionnels de la santé. Parmi les difficultés des soignants, nous retrouvons le manque d'information et de formation sur le sujet des MSF. A cela s'ajoute leur inquiétude liée au fait de ne pas savoir s'ils doivent poser ou non la question des MSF à leurs patients. Un autre élément dont nous discuterons ci-dessous concerne les demandes particulières des femmes à savoir: exciser leur filles et dans le cas du type III, le refus d'être dés-infibulée et la demande d'être ré-infibulée après l'accouchement comme cela se fait dans leur pays.

En effet, la thématique des mutilations sexuelles féminines est un sujet complexe. D'après une infirmière questionnée, il est difficile d'aborder ce sujet avec les femmes, car cela touche l'intimité, ce qui met le soignant mal à l'aise (Entretien 3, 2012). De plus, en ce qui concerne les résultats de la pratique (conséquences), les soignants ne sont pas formés et sont confrontés pour la première fois à cette problématique sur le terrain. Ainsi, selon la Société suisse de gynécologie et d'obstétrique, sans connaissances il n'est pas facile de différencier les nombreuses formes et variations intermédiaires des MSF. En réalité, « les



soignants sont le plus souvent confrontés à l'infibulation (type III), les types I, II, et IV peuvent passer inaperçus » (Société suisse de gynécologie et d'obstétrique, 2005, p.4).

Une autre difficulté des soignants concerne les demandes « particulières » des femmes. Non seulement, ils sont surpris par des femmes qui leur demandent de coudre (infibuler) les parties génitales après l'accouchement, mais aussi par la demande des femmes qui souhaite exciser leur fille. A ce titre, une des infirmières interrogées nous expose son problème :

Les femmes que j'ai rencontrées me parlaient de la « circoncision des filles ». Elles me demandaient pourquoi je n'étais pas d'accord de circoncire leurs filles. Elles me rappelaient que je les avais aidées pour la circoncision des garçons, elles me demandaient pourquoi elles n'avaient aucune aide pour la circoncision des filles. C'était une énorme contradiction. C'est un rituel de circoncire les garçons, mais ils n'en avaient pas forcément tous besoin. Ce que demandaient les femmes était une circoncision. Donc il était difficile qu'on refuse pour les filles tout en acceptant pour les garçons. D'après leur explication, la circoncision masculine signifiait enlever ce qui est féminin du garçon et la circoncision féminine, c'est enlever ce qui est masculin chez la fille (Entretien 5, 2013, p.2).

Si l'on vient à la demande de ré-infibulation des patientes, d'après les données consultées, la décision de ré-infibulation est souvent réfléchie et décidée par les femmes avant le jour de délivrance. Ainsi:

La question de ré-infibulation pose un grand défi éthique. D'une part, il n'y a aucune justification médicale à la fermeture du vagin ouvert. D'autre part un certain nombre d'arguments pourraient être utilisés pour justifier la ré-infibulation par les patients [comme par exemple]: le droit des patients, la crainte d'exposer les femmes à l'exclusion sociale ou au rejet par leur mari si elles ont été laissées «ouvertes» ainsi que le fait de prendre la décision ... [qui montre leurs raisonnement et leur maturité] (Thierfelder et al., 2005, traduction libre).

Selon une infirmière, il ne faut pas négliger que parmi ces femmes, il y'en a: « (...) qui ne veulent pas changer non-plus ce qui a été fait, parce que c'est comme ça, parce qu'on ne change pas, parce que c'est la coutume dans ... [leur] pays, c'est comme ça! » (Entretien 3, 2012, p.13). A l'inverse, la médiatrice interculturelle interrogée nous confie que certaines

femmes qu'elle a accompagnées, demandent son avis, car c'est difficile pour elles de prendre la décision d'être dés-infibulée et de rester ainsi (Entretien 8, 2013, p.2).

Pour les MSF de type III, selon les deux gynécologues interviewées, certaines femmes demandent la ré-infibulation après l'accouchement ou en période post-partum. Certaines parmi celles-ci savent que leur demande de ré-infibulation ne peut être acceptée ni faite en Suisse. Nous pouvons ainsi observer deux tendances. Une partie des femmes accepte d'être et de rester dés-infibulées après l'accouchement et les autres refusent la dés-infibulation. Selon Grima, ces dernières refusent la dés-infibulation, non pas par esprit de contradiction, mais pour plusieurs raisons. Ainsi les motifs avancés sont que certaines femmes: (Grima, 2004)

- font le lien avec le traumatisme du vécu de l'acte (syndrome de stress post-traumatique)
- ne veulent pas être touchées là où elles ont vécu l'excision
- peuvent avoir une préférence pour une césarienne
- ont peur de contrarier leur mari ou de ne plus le satisfaire si elles sont « ouvertes »
- ont peur d'être ré-infibulées lors d'un retour au pays comme cela se fait systématiquement après l'accouchement
- ne veulent pas, ni ne souhaitent changer
- savent que leur demande de ré-infibulation après l'accouchement ne peut être acceptée ni réalisée, donc en repoussant la proposition des soignants de dés-infibulation, elles restent infibulées
- ne veulent pas que la dés-infibulation leur soit imposée par les soignants

Par la diversité des motifs énoncés ci-dessus, nous pouvons retenir l'importance de l'accueil, de l'écoute, de l'information donnée et de la discussion, lors de la prise en charge. En effet, certaines demandes et les refus de certaines femmes, peuvent être à l'opposé de ce que le soignant peut imaginer, souhaiter ou proposer. Ainsi, malgré la déception que la réponse des femmes provoque, le rôle du soignant ne doit pas être de brusquer les femmes, ni les influencer dans leur choix.

En termes de conséquences et de complication, pour l'infibulation, la peau (zone) de cicatrisation est moins élastique. Hormis ce manque d'élasticité, le passage est étroit, ce qui fait que l'accouchement peut s'annoncer être difficile. En ce qui concerne les césariennes, la deuxième gynécologue interviewée dit:

Faire une césarienne pour ça est excessif. On en fait déjà assez comme ça des césariennes. Je veux dire, du point de vue médical pur. Il faut voir si c'est [trop]

fermé, ..., mais les cas que j'ai vu, c'est vraiment très peu de chose que j'ai été amenée à faire pour que l'enfant sorte. Je veux dire que c'est un geste chirurgical qui n'est pas grand à faire. Alors qu'une césarienne, c'est invasif ... C'est quand même conséquent (Entretien 2, 2012, p.3).

Selon la première gynécologue, actuellement, après informations et discussions, la majorité des femmes concernées (infibulées) comprennent et finissent par choisir la dés-infibulation (partielle ou totale) qui est la meilleure prise en charge et la moins conséquente pour leur santé (Entretien 1, 2013, p.3).

Pour résumer, les difficultés et les besoins des soignants sont non seulement le manque de formation sur ce sujet, mais les difficultés liées aux demandes spécifiques des femmes. Ainsi, selon une infirmière interrogée, les soignants ne sont pas au courant de beaucoup de choses (Entretien 3, 2012). Ainsi, certains se couvrent en envoyant les femmes en gynécologie dans l'espoir que la question de « l'excision » soit abordée et que les femmes puissent bénéficier de soins et d'informations. En bref, en plus de l'adaptation, une formation spécifique sur les MSF et des expériences de soin (entraînement par patient simulé) seraient une aide pour les soignants.

## **5.4. La communication**

Selon Kundhal, dans l'exercice de la médecine actuelle, les soignants sont de plus en plus confrontés à des pratiques issues d'autres cultures (Kundhal, 2003, cité par Dominicé Dao 2009, p.59). De ce fait : « cette confrontation culturelle peut déboucher sur différentes problématiques dans la rencontre entre patient et soignant [qui sont des] : obstacles à la communication, coopération thérapeutique inadéquate, stéréotypes, discrimination et inégalités dans les soins, manque de satisfaction du patient ou du clinicien » (Dominicé Dao, 2009, p.59). De plus, selon Renteria: « (...) aborder [les MSF] demande des connaissances interculturelles et des compétences spécifiques, aussi bien sur le plan médico-chirurgical que la communication » (Renteria, 2008, p.1449). Ce sont ces éléments que nous souhaitons développer à l'exemple des citations dans ce chapitre.

Avant d'analyser les notions de communication dans la prise en charge des femmes ayant vécu une « excision », nous souhaitons faire quelques rappels sur des notions de

communication. Ce qui nous intéresse ici, c'est l'échange verbal et non verbal, deux modes de communication (Serroukh & Boutenel, 2013, [notes de cours]). Dans le verbal, il existe la langue dominante et les dialectes. Le non verbal quant à lui comprend ; « le contact visuel, les expressions du visage, le toucher, le langage corporel, les distances ... » (Purnell 1998, cité par Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 39). Selon Serroukh & Boutenel, le sens du message émis n'est pas identique au sens du message reçu. Cette différence entre l'intention transmise et l'intention comprise est liée à l'interprétation par le receveur du message émis. Ainsi, la différence entre : « ce que je pense, ce que je dis, ce que l'autre veut comprendre, ce qu'il accepte de comprendre » est souvent source de malentendus et de conflits. Rappelons que, avoir une écoute active (empathie, reformuler, questionner et observer) ou faire une communication circulaire (reformuler, répéter, questionner...) permet d'éviter les malentendus. De plus, dans l'échange, le plus important est d'avoir une bonne connaissance de soi, d'avoir une empathie, une ouverture à la différence et une disponibilité. La connaissance de soi est fondamentale, car elle permet d'être soi-même, de mettre ses valeurs et croyances de côté et de rechercher la compréhension de l'autre et du message qu'il nous transmet (Serroukh & Boutenel, 2013, [notes de cours]).

D'autre part, le soignant se doit, selon Purnell : « [d'] être conscient de la langue dominante et des difficultés rattachées aux dialectes lorsqu'il communique dans la langue maternelle du client » (Purnell 1998, cité par Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 39). En plus de cette distinction, avoir une écoute active est primordial. Enfin, selon Purnell :

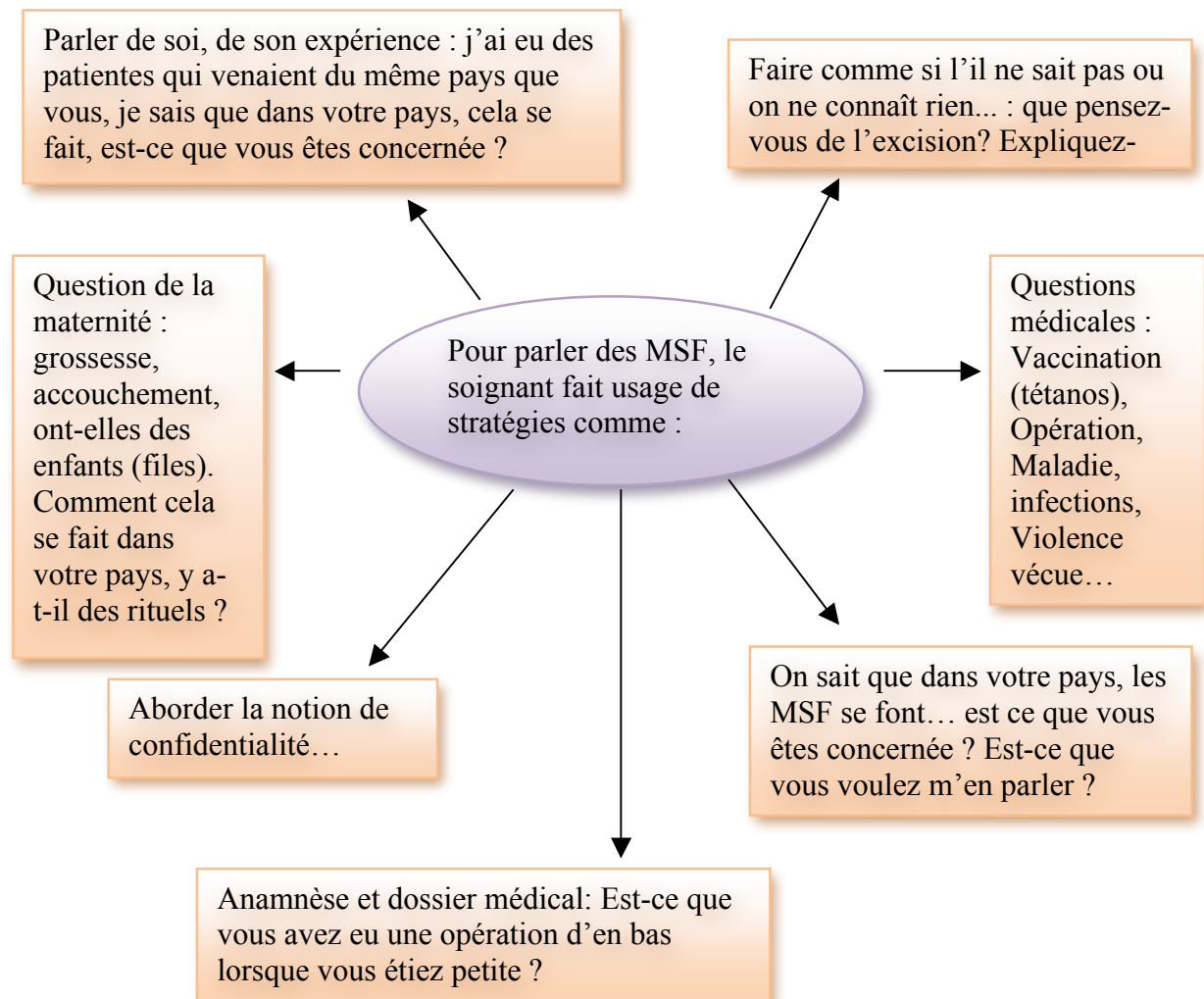
Une approche remplie d'égards et de tact peut inciter à divulguer l'information voulue; [pour cela] il faut gagner la confiance et le respect en écoutant attentivement, s'adresser au client en se servant du nom officiel et démontrer une ouverture et une cordialité authentique (Purnell 1998, cité par Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 39).

#### **5.4.1. Stratégies utilisées pour aborder la question de « l'excision »**

Parler des mutilations sexuelles féminines est difficile tant pour les soignants que pour les patientes. Alors que certains sont soucieux de poser la question, d'autres ne sont pas à l'aise. De même : « il est rare qu'elles [les filles/femmes] viennent en parler spontanément, mais lorsque je les sollicite elles en parlent volontiers, sans gêne » (Entretien 6, 2013, p.2).

A ce jour, il n'y a pas de protocole strict qui permet de poser systématiquement la question des MSF. Néanmoins, pour faciliter la discussion sur ce sujet, plusieurs stratégies sont mises en place par les soignants et par les femmes. Alors que certaines femmes vont parler spontanément de leur « excision », d'autres feront usage d'exemples pour nous le faire comprendre.

**Tableau 12 : stratégies mises en place par les soignants pour parler de « l'excision »**



Simulant l'ignorance, une partie des soignants formulent leur question ainsi : « qu'est-ce que vous pensez de l'excision? » (Entretien 5, 2013, p.8). L'avantage de formuler la question ainsi est qu'elle permet d'une part de voir leur point de vue, d'autre part de voir si elles ont envie de parler ou pas. D'autres soignants parleront de leur expérience, de leur connaissance et évoqueront les situations rencontrées pour inviter leurs patientes à s'exprimer à leur tour. Ainsi, de parler du vécu personnel, de parler des régions pratiquant les MGF en général peut montrer aux femmes que le soignant a des connaissances. Ces

connaissances et informations vont inviter les femmes à parler progressivement. En plus de faciliter la discussion, les femmes apercevront que l'on s'intéresse à elles à travers l'intérêt qu'on porte à leur pays ou à leur culture. Un autre outil qui permet de formuler la question, est les questions médicales qui permettent d'évaluer l'état de santé: des questions telles que la vaccination, les opérations chirurgicales subies, les maladies ou la violence vécue invitent les femmes à expliquer et à aborder le sujet. Si l'on interroge les femmes sur la violence en disant: « Est ce que vous avez subi des violences à un moment donné de votre vie ou vu des choses difficiles? » (Entretien 3, 2012, p.6). L'entrée en matière sur les MSF n'est pas systématique, car d'une part, il est difficile de parler de ce type de violence qui touche l'intimité, et d'autre part, elles peuvent considérer ou considèrent les MSF comme une pratique traditionnelle. Les questions liées à la maternité sont un des grands moyens pour aborder la question des mutilations génitales. Une infirmière interviewée nous illustre sa technique en disant:

Souvent, nous en parlons lorsqu'elles sont enceintes, elles me connaissent mieux, ont plus confiance. J'en parle par rapport au bébé à venir, si c'est une fille, et je réprécise la loi suisse. Spontanément, elles me disent qu'elles ne feront jamais subir cela à leur fille. Par ailleurs les femmes abordent ou plutôt répondent volontiers à mes questions, sans gêne me semble-t-il. Cela fait partie de leur vie de femme, étape si marquante, qu'entre femmes, elles le partagent facilement (Entretien 6, 2013, p.3).

Contrairement à celles qui se confient spontanément, d'autres: « ... femmes refusent la consultation. L'explication sur l'accouchement est un biais pour parler des MGF et permet de les rassurer » (Entretien 8, 2013, p.1).

Dans tous les cas, la notion de confidentialité doit être abordée avec les patientes. Non seulement, elle permet d'en rassurer certaines, mais elle permet aux autres de parler en toute confiance. Or certaines femmes peuvent penser que leurs propos peuvent se retourner contre elles. Donc, il est nécessaire de préciser que:

C'est confidentiel, que c'est seulement pour le médecin et l'infirmière, tout ce qu'on dit au moment de l'entretien. Et cela pour que les gens soient en confiance, qu'ils ne pensent pas que ce sont des interviews pour la police ou qui vont jouer au niveau de demande d'asile, donc il faut clarifier cela ... (Entretien 3, 2013, p.7).

De même certaines femmes ne veulent pas que leurs maris sachent qu'elles ont consulté un médecin, ou elles ont peur que des informations parviennent aux membres de la communauté. Ainsi pour créer des liens de confiance, il est nécessaire : « de préciser que je suis tenue au secret professionnel et l'interprète aussi ! En effet la plupart ont très peur que des informations intimes et personnelles soient divulguées dans la communauté » (Entretien 6, 2013, p.2). Enfin, à la notion de confidentialité s'ajoute le non jugement de cette pratique culturelle et la clarification de la position des soignants en Suisse en ce qui concerne les MGF.

#### **5.4.1.1. Termes utilisés**

Pour parler de cette pratique culturelle, il existe plusieurs termes officiels et « non officiels ». Comme nous l'avons mentionné dans la rubrique terminologie, au début de notre travail, cette pratique est officiellement nommée « Mutilation Sexuelles Féminine » par l'OMS. Malgré le terme choisi par l'OMS, il est nécessaire d'adapter les mots utilisés lorsque l'on parle avec les filles et/ou femmes concernées et cela en fonction des sensibilités (Abdulcadir, Margairaz, Rollini, 2013, [notes de conférences] ; OMS, 2008 ; Serroukh & Boutenel, 2013, [notes de cours]).

D'après nos lectures, les entretiens, les documents visionnés: les termes employés pour nommer cette pratique sont : « la circoncision féminine », « l'excision », « la coupure », « la chose », « les opérations d'en bas ». Ces termes sont utilisés tant par les patients que par tous les professionnels (de tous domaines). C'est ce que nous confirme une soignante en disant:

J'utilise le terme « excision ». A moins que la femme m'en parle elle-même de manière plus spécifique et qu'elle me demande quelque chose en particulier, je ne fais pas de distinction entre les types de mutilations. Pour aller dans les détails, il me faut des éléments ou une situation type, comme par exemple un accouchement » (Entretien 5, 2013, p.4).

Aux dires des soignants, les termes cités ci-dessus sont plus légers, plus familiers et n'émettent pas de jugement. De même, parfois, dans la langue d'origine des femmes concernées, le terme « mutilation » n'existe pas. Pour celle-ci et pour les femmes qui ne parlent pas le français, il existe des termes spécifiques dans la langue d'origine, comme par exemple : « mknchab » en tigrigna (langue d'Erythrée).

#### **5.4.2. Rôle de l'interprète**

Si l'on revient à notre thématique, en plus de la difficulté qui réside dans le fait d'aborder la question des mutilations sexuelles féminines, les soignants sont confrontés aux problématiques de la barrière culturelle et la barrière linguistique. Lorsque nous interrogeons les soignants sur leurs difficultés, ce qui ressort le plus est la difficulté de communication. C'est ce que nous précise une gynécologue interrogée en disant: « les plus difficiles sont les RDV sans interprètes, les consultations agendées sans traducteur car la communication avec la patiente est fondamentale » (Entretien 1, 2013, p.2). Ainsi : « la prise en charge des femmes avec MGF qui ne parlent pas français ou d'autres langues avec lesquelles on peut communiquer se fait avec l'aide des interprètes certifiés et acceptés par les femmes » (Entretien 1, 2013, p.2). Désormais, pour faire face aux situations de « multiculturalités », les secteurs sociaux et les équipes de soin ont trouvé important de faire usage de traducteurs, interprètes et médiateurs culturels. Donc, non seulement les liens thérapeutiques entre le patient et le soignant sont renforcés mais les possibilités de communication et les liens de confiance sont consolidés (Dominicé Dao, 2009, p.59).

L'implication des traducteurs et médiateurs culturels est avantageuse tant pour le soignant que pour les patientes. Selon Renteria: « le recours à une médiatrice-interprète culturelle peut permettre aux adolescentes révoltées de mieux comprendre les motivations du groupe social et d'entamer un début de réconciliation » (Renteria, 2008, p.1448). De même, les soignants bénéficient davantage de cette collaboration, car:

La personne qui effectue la traduction n'apporte pas seulement les connaissances linguistiques nécessaires à la compréhension réciproque, mais la connaissance des cultures, des traditions etc. dans laquelle la femme a grandi dans son pays ou sa région. Elle arrive à trouver les termes les plus adaptés lors des traductions et constitue un pont entre leur culture d'origine et la nôtre » (Entretien 4, 2013, p.4).

En bref, le rôle du traducteur ou du médiateur culturel est fondamental car: « un traducteur ou un médiateur formé sur le sujet [MSF] nous permettra de communiquer avec la patiente et pourra parfois nous faire part (s'il s'agit d'un médiateur formé) de certains éléments culturels que parfois nous ne connaissons pas » (Entretien 1, 2013, p.3). En dernier lieu, si l'on s'interroge sur les connaissances et le positionnement des traducteurs et médiateur



face aux MSF, en plus d'être formé, certifié et garant du secret professionnel, le médiateur doit être: « convaincu que ces pratiques culturelles ne sont pas bonnes » (Entretien 8, 2013, p.1). Il doit avoir des connaissances non seulement sur les lois suisses en vigueur, sur les risques et complications des MSF, mais également des notions sur la prise en charge gynécologique, sur les dernières avancées (la chirurgie reconstructive) et enfin sur le réseau de soin (Entretien 6, 2013 ; Entretien 8, 2013).

Ainsi, de par son rôle de traductrice et ses connaissances dans le domaine, l'interprète peut inspirer confiance tant au soignant qu'aux femmes, car : « elle a en général la finesse, le « savoir dire » pour aborder une question sensible qui l'a également touchée elle-même, (car issue de la même communauté, elles ont aussi subi une MGF) » (Entretien 6, 2013, p.2).

Un dernier élément que nous souhaitons souligner ici est le double rôle qu'exercent les traducteurs et médiateurs culturels. L'action du médiateur culturel est d'une part de collaborer aux côtés du patient et du soignant lors de la consultation médicale (travail de partenariat). Le deuxième rôle de ce dernier est qu'il sert de personne de référence au sein de la communauté. Ce deuxième rôle est très souvent négligé et oublié. Ce que remarque et nous confie la médiatrice interviewée est que : « parfois, les femmes n'osent pas poser des questions et me demandent de leur donner une explication supplémentaire une fois sorties de la consultation » (Entretien 8, 2013, p.2). De même, elle insiste et nous précise: « je reprends et discute de la situation avec le médecin et la femme ou la fille. Je traduis et informe sur les propos du médecin ... [Mais] c'est à la sortie de la consultation qu'elles posent plus de questions » (Entretien 8, 2013, p.2). Ce qui fait qu'au cours de la consultation, les femmes reçoivent beaucoup d'informations via les brochures traduites et les questions directives des soignants qu'elle traduit. Parmi ces femmes «informées», une partie vient souvent après pour demander une consultation spécifique.

Par ailleurs, la médiatrice a un rôle complémentaire à celui du soignant, car elle est reconnue et œuvre au sein de la communauté et auprès des femmes migrantes. Parfois, les femmes pour qui elle a traduit, font passer le message et la recommandent aux autres femmes. Ainsi elle nous dit que: « ... plusieurs femmes de la communauté se sont adressées directement à moi et je les ai redirigées vers la consultation spécialisée » (Entretien 8, 2013, p.1). Mais ce travail que les médiateurs culturels fournissent auprès des

femmes où la communauté n'est ni visible, ni reconnue. En vue de rendre visible ce travail de collaboration, l'association des médiatrices interculturelles (AMIC) est née. En collaboration avec Caritas-Suisse, le Bureau de la promotion de l'égalité entre femmes et hommes et Camarada, cette association a créé un espace de rencontre pour les femmes avec ou sans enfant provenant d'Erythrée et d'Ethiopie. Ainsi Camarada est devenue un lieu de référence pour les femmes. Ce lieu est mis à leur disposition pour des moments de rencontre et les femmes se sentent en confiance, posent leurs questions et peuvent aborder des sujets tels que l'excision (Entretien 5, 2013). En collaboration avec le Camarada, nous avons fait connaissance avec des femmes à travers des cours sur la santé en général. Puis par notre affiliation à l'association AMIC, nous avons pu côtoyer les femmes migrantes durant 4 mois. Ainsi nous avons partagé le vécu et avons recueilli l'expérience des femmes. Après cette « phase de socialisation », l'objectif de ce projet « groupes de paroles » (qui débute en septembre 2013) est d'œuvrer au sein de la communauté et d'aborder la question de la santé des femmes. Pour cela, un groupe de parole et une série de rencontres sont mis en place pour donner la possibilité aux femmes de parler de leur santé, aborder des sujets tels que la grossesse, l'accouchement, l'excision, l'éducation des enfants etc.

### **5.4.3. Interaction soignant soigné**

Dans cette partie du travail, nous allons développer la question de l'interaction entre soignants et patientes. Nous verrons également des éléments de l'ordre des perceptions, des attitudes et comportements qui mettent fin à l'interaction et qui vouent au silence tant les patientes que les soignants.

L'impact de la pratique des MSF ne laisse personne indifférent. Tandis que certains font des comparaisons, d'autres s'identifient et trouvent l'acte inhumain et dégradant. Que ce soit dans les lectures, les entretiens, la formation à laquelle nous avons assisté, si l'on résume le sentiment des soignant, il en ressort qu'ils sont pour la majorité révoltés, dégoûtés et d'autres ne comprennent pas comment l'être humain peut utiliser de telles pratiques. Ainsi, nous pouvons constater que ce type de « pratique culturelle » peut heurter le soignant tant dans ses valeurs que ses représentations. Autrement dit le choc est tel, « [qu'] un des pièges ... est de se laisser envahir par ses propres émotions et la volonté d'agir » (Renteria, 2008, p.1448).

Selon Leval et al., du côté des soignants les rencontres induisent une : « forte identification avec les femmes ayant subi une MGF et cela avec une forte frustration, de l'émotion, [et] de la colère ... ». En conséquence, les propres représentations des soignants peuvent montrer non seulement une « vision ethnocentrique », mais aussi créer une barrière, influencer la prise en charge, modifier la qualité ou le nombre de consultations et induire des sentiments qui peuvent rendre les femmes « victimes » de la pratique (Leval et al., 2004, traduction libre). Autrement dit, certaines soignantes considèrent les femmes ayant vécu une mutilation « comme des victimes d'une société patriarcale, comme impuissantes dans le destin prédéterminé de leur état génital. » et cela en se basant uniquement sur leurs : « propres expériences sexuelles orientées sur la satisfaction sexuelle » (Leval et al., 2004, traduction libre).

La majorité des soignants qui prennent en charge les femmes « excisées » est de sexe féminin. En plus du problème de communication lié à la barrière culturelle et linguistique, une partie de ces soignantes déclarent : les rencontres avec les femmes excisées comme « stressantes », et impliquant de fortes émotions mixtes (Widmark et al., 2002, cité par Leval et al., 2004, traduction libre). C'est pourquoi, étant elles même des femmes, une partie des professionnelles de la santé n'abordent pas ou difficilement le sujet des MSF. Une de ces dernières déclare :

J'ai peu abordé le plaisir lors des relations sexuelles suite à une MGF ... Ma pudeur, peut-être m'en a empêché ou peut-être mon statut de soignante. Aborder les risques infectieux, les douleurs menstruelles, le déroulement de l'accouchement, comment cela se passait-il après etc. J'étais à l'aise, mais l'intimité du couple, la notion de plaisir, là je ne suis pas à l'aise et je laisserai les professionnels sexologues s'en occuper (psychologues ou psychiatres) (Entretien 6, 2013, pp.3-4).

En bref, le savoir, l'âge, le sexe, l'origine et l'expérience du soignant peuvent influencer la prise en soin. De même, les stratégies mises en place, la gestion de ses propres émotions, la discussion (questionnements des difficultés), l'ouverture culturelle et absence de jugements (non rejet, pas de stigmatisations de la femme) permettent aux soignants et aux soignées de collaborer côte à côte et cela avec une confiance et un respect mutuels.

#### **5.4.3.1. Stéréotypes et préjugés**

Le sujet des mutilations sexuelles féminines produit non seulement des questions et des difficultés, mais aussi des préjugés et des stéréotypes. Ces derniers sont directement liés à la différence, l'incompréhension ou la méconnaissance de la pratique culturelle ou alors à la confrontation (à la vue du sexe mutilé). A ce stade du travail, il est important de préciser que les présupposés et clichés existent tant du côté des soignants, des patientes que dans la population en « générale » (discussion informelles). Pour les soignants, elles se retrouvent dans les réactions initiales qui peuvent être le choc, le dégoût, la surprise etc. Comme le dit Jollien: « ... les regards condamnent et humilient ... » (Jollien, 2002, p.48). Ils sont alors la source de souffrance. Quant aux femmes, les « clichés » sont liés aux modes de consultation qui sont considérés comme des actes intrusifs tels que: le sondage urinaire et les examens gynécologiques.

D'autre part, les présupposés sont issus de la différence de signification des MSF. Selon Drs. Abdulcadir, si les femmes sont « rendues » membres de la société à travers cette pratique culturelle, pour les occidentaux, la signification a une implication biologique, éthique (valeurs non correctement identifiées), et une implication légale (abus, violence, lésion grave, irréversible, violation de droit, illégal) (Abdulcadir, 2013, [notes de conférence]). C'est ce que nous confirme l'étude de Levalet al., en rapportant les propos et pensées des soignantes:

Elles pensent que cela est une forme d'oppression imposée aux femmes par les hommes et par la société ... L'origine des MGF est associée au désir de l'homme d'avoir du pouvoir sur la femme. Les soignantes expliquent cela par la crainte des hommes: la crainte du développement du clitoris, ce qui donnerait entièrement pouvoir aux femmes. De plus, les sages-femmes pensent que les MGF sont un moyen de contrôler la sexualité de la femme ... [De même, elles jugent qu'il est] difficile de comprendre l'existence d'une sexualité en l'absence du clitoris. Avec la mutilation de celui-ci, la capacité de plaisir sexuel était inexistante ... [Enfin elles font la] comparaison du premier rapport sexuel au viol, action violente des hommes lors des rapports avec leurs femmes infibulées [en bref, de la] violence et agressivité (Leval et al., 2004, traduction libre).

Autrement dit, cette différence de signification se complète par les propos de Mme A qui nous dit : « Moi, ce qui me posait problème, c'était ... cette façon qui donne l'impression qu'ils exagéraient ... Ils s'adressent à toi vraiment, comme si t'avais une maladie incurable et après tu te sens comme une victime » (Mme A, Entretien 9, 2013, pp.8-9).

Ainsi, selon Jollien, une fois posée: « l'étiquette [de victime] ... ne peut être décollée » (Jollien, 2002, p.32). De peur d'être jugée et vue ou prise comme une « victime », une partie des femmes ne parlent pas de leur « excision ». C'est ce que nous confie Mme A: « je n'ai jamais parlé de ça avec des amies ... si je parle de l'excision avec une Européenne, elle ne comprend pas. Elle me dira, mais: ta mère est folle, ta mère ne t'aime pas » (Entretien 9, 2013, p.4).

En résumé, pour se défaire des stéréotypes et des préjugés: côtoyer [la] ... personne permet la conversion du regard » (Jollien, [note de conférence]). En définitif, c'est ce qui permet d'appréhender l'autre, d'aller au-delà des apparences, d'élargir son regard, enfin de s'ouvrir et d'apprendre.

#### **5.4.3.2. Poser la question et aborder le sujet**

C'est au début de la prise en soin que se pose le problème d'interroger ces femmes ou non de l'éventuelle « mutilation » qu'elles ont vécu. C'est à ce stade que figure le positionnement mitigé des professionnels soignants. Pour les uns, il est important d'induire la question ou de la poser directement, pour les autres, il faut que ce soit la femme qui aborde ce sujet en premier. En vue d'avoir une réponse, faut-il poser la question sur la mutilation génitale systématiquement à toutes les femmes migrantes ? Si oui, à quel moment et avec quels mots ? Faut-il la poser uniquement aux femmes provenant des régions à risque (cartographie des régions connues) ? Mais qu'en est-il des régions qui la pratiquent et qui ne sont pas cartographiées ? De même, devons-nous connaître l'état psychologique de la personne avant de formuler la question ? De plus, puisque cela concerne les parties intimes, comment ne pas être intrusif avec cette question ? Puis, une fois la réponse obtenue, que fait-on ? Et enfin, qu'en pensent-elles, veulent-elles être questionnées à ce sujet ? Que faut-il faire pour amener la personne à en parler ? En bref, si l'on prend conscience de la mutilation génitale d'une patiente, est-ce éthiquement correct de pousser la femme à consulter ou à avoir une intervention en fonction de la gravité ?

Il ressort des données consultées que, hormis les barrières linguistiques et culturelles qui limitent tant le soignant que les patientes à parler de « l'excision », la crainte de l'un et de l'autre et l'interprétation de l'acte sont deux freins à la discussion. En effet, c'est en partie notre perception des MGF qui nous aide ou dissuade d'aborder le problème. Parfois, les femmes mutilées ont peur d'évoquer le problème, car elles ne savent pas quelle va être la réaction de l'autre et elles ont l'inquiétude d'être jugées. Du côté des soignants, selon Gábor Varadi, il est plus difficile et problématique de parler des valeurs culturelles que de la prise en charge médicale (Gábor Varadi, cité par György, 2005b). Ainsi malgré nos perceptions et valeurs, il nous semble sage de mesurer nos paroles et nos actes pour ne pas aller à l'encontre des valeurs sociales et culturelles de ceux qui pratiquent les MGF et/ou de celles qui l'ont subie. De même, il faut être suffisamment à l'aise non seulement pour poser la question mais aussi pour accueillir la réponse, réagir, accompagner les femmes (Entretien 3, 2012, p.8).

D'autre part, selon Thierfelder et al., les raisons sociales, la différence entre les sexes, le cadre inapproprié et le manque de temps (soignants débordés et en manque d'effectif) sont des raisons avancées pour ne pas poser la question. En somme, ces motifs sont peu plausibles, car à l'origine, ce sont les divergences de significations qui rendent impossible de questionner les femmes sur la mutilation (Thierfelder et al., 2005, traduction libre).

En bref, selon Franjou & Gillette : « Les deux règles à respecter pour aborder le sujet de la mutilation génitale sont de dire la vérité et de ne pas blesser » (Franjou & Gillette, 1995, p.41). Selon une infirmière interviewée, il ne faut pas se couvrir en disant : « il faut respecter la sphère privée ... Il faut aborder la question de l'excision. Aborder le sujet ne signifie pas manquer de respect. Il faut surtout s'adapter à la situation et établir un climat de confiance pour aborder ce sujet » (Entretien 5, 2013, p.7). Par ailleurs, le fait de poser la question permet : « ... d'écarter tout risque d'infection, de douleurs chroniques, (voire d'hémorragie) et de pouvoir offrir à ces femmes un lieu de prise en charge de leurs problèmes ou elles se sentent à l'aise pour parler » (Entretien 6, 2013, p.2). De cette manière nous pouvons prévenir des problèmes de menstruations ou des infections urinaires et même dans le cas de l'infibulation, discuter sur la dés-infibulation et informer la femme et se préparer à d'éventuels risques qui peuvent survenir à l'accouchement (Entretien 8, 2013, p.2). Autrement dit : « la question peut surgir en cours d'entretien, lors d'autres motifs de consultation : demande de contraception, difficultés sexuelles, tests de grossesse,

voire interruptions de grossesse » (Entretien 4, 2013, p.1). Parfois, certains soignants se préoccupent de poser la question en fonction des priorités, car pour les patientes, il y a d'autres questions plus urgentes que la question de « l'excision » (Entretien 5, 2013, p.4).

## 6. Synthèse et résultats

Après l'analyse et la discussion des données, nous allons dans ce chapitre répondre à notre problématique. A la suite de ceci, une synthèse des données sur les femmes, les soignants, la communication et la prise en charge sera faite.

### 6.1. Réponse à notre problématique

Question :

⇒ **Quel est le vécu et le positionnement des femmes et du personnel soignant face aux MSF? Quelles sont les difficultés auxquelles ils sont confrontés?**

Concernant le vécu de la mutilation dans l'enfance, les femmes interrogées dans l'ensemble des études, disent que cette expérience était horrible. Elles décrivent la façon dont elles avaient été tenues par force et qu'elles ne pouvaient ni échapper ni se défendre. Hormis cela, leurs cris n'étaient pas entendus et elles ont fini par s'évanouir à cause de la douleur. Une partie des femmes exprime le sentiment d'avoir été abandonnées par leurs proches, surtout par leurs mères, qui ne les ont pas aidées. D'autres décrivent le sentiment d'être trahies, car leurs mères ne les avaient pas informées de ce qui allait se passer. De même, personne ne leur avait demandé leur avis (ce qui implique que la décision a été prise par leurs mères ou leurs grands-mères). Par opposition à celles-ci, certaines femmes racontent qu'elles avaient voulu se soumettre à la pratique culturelle pour devenir comme les autres filles, mais quand cela a eu lieu, elles l'ont regretté.

Selon Grima, le vécu de l'événement est traumatisant pour celles qui s'en souviennent. En somme, le vécu d'un type de mutilation était aussi traumatisant que le vécu d'un autre type de cette pratique culturelle. Ainsi, celle qui a vécu une mutilation de type I peut réagir de la même manière ou être plus marquée psychologiquement, qu'une femme qui a subi une mutilation de type II, III, IV (Grima, 2004, p.27). Au final, le vécu de certaines femmes

comporte des angoisses, la dépression, un sentiment de solitude, de la souffrance, de l'incompréhension etc. Bien que certaines femmes parviennent à gérer leurs difficultés, d'autres présentent un syndrome de stress post traumatique. Ces dernières peuvent vivre dans la crainte, dans la douleur (période de rapport sexuel et accouchement), peuvent avoir des flash-back de l'événement, développer des comportements d'évitement (objets qui rappellent l'événement), présenter des troubles du sommeil accompagnés ou non de cauchemars. Quoi, qu'il en soit, Drs. Abdulcadir, constate qu'il n'y a pas de différence entre les rangs sociaux dans la pratique de « l'excision ». La pratique des MSF concerne toutes les filles et femmes d'une communauté sans différencier les personnes vivant en ville de celles vivant dans les contrées (Abdulcadir, 2013, [notre de conférence]).

En outre, pour certaines femmes, « l'excision » ne signifie pas une mutilation, donc il est difficile de faire le lien et d'associer d'éventuelles difficultés de santé à « l'excision ». En bref, les difficultés auxquelles les femmes peuvent être confrontées sont d'ordre médical, physique, psychique, sexuel, social, familial et culturel. Certaines femmes sont doublement victimes: du vécu et du regard (jugement) des autres. Il ressort de nos lectures qu'autant dans le pays d'accueil que dans le pays d'origine il y a une incompréhension et des jugements des femmes, non seulement celles qui ont subi une mutilation mais aussi celles qui ne l'ont pas vécue. Ainsi, la fille /femme est victime, qu'elle soit « mutilée » ou non.

Selon Thierfelder et Jaeger les vécus de la prise en charge en Suisse montrent que celle-ci n'est pas toujours adéquate. D'après eux, il existe une divergence et des difficultés dans les prises en charge qui sont liées à l'ignorance du sujet (Société suisse de gynécologie et d'obstétrique, 2005. p.3). Parfois, cette méconnaissance peut porter atteinte à la personne mutilée au niveau de ses représentations culturelles et avoir des impacts sur sa santé comme par exemple des soins « inappropriés» (césarienne) et sur le vécu du soin, par des maladroites involontaires (être surpris, choqué, révolté) (Unicef Suisse, cité par György, 2005b). En bref, exposées à une nouvelle culture (du pays d'accueil), les femmes tentent de s'adapter. Dans cette adaptation, suite au vécu de la pratique culturelle, au parcours de vie et suite aux regards des autres, les femmes expriment le sentiment d'être différentes et vulnérables (Berggren et al., 2006, traduction libre).

Concernant, la sexualité des femmes, beaucoup d'idées sont véhiculées. Dans les documents consultés et des entretiens menés, nous pouvons retenir que certaines femmes sont classées par le personnel soignant comme celles qui ne peuvent avoir de rapport



sexuel et les autres comme pouvant avoir une sexualité différente. Certaines femmes disent qu'elles sont froides, frigides, dures « comme du bois » ou déconnectées de leur corps, tandis que d'autres affirment qu'elles parviennent à avoir un plaisir sexuel en utilisant d'autres zones du corps. De ce fait : les données sur la satisfaction sexuelle sont très variables et le nombre de femmes décrivant une expérience orgasmique varie entre 10-90%. Néanmoins, il apparaît dans les données consultées que les mutilations sexuelles ont une incidence sur la réponse sexuelle de la femme même si celle-ci varie en fonction du type de mutilation, de l'âge, du vécu individuel et du conditionnement social. A ces derniers, s'ajoutent les implications émotionnelles que peuvent avoir les femmes et les hommes (Berggren et al., 2006, cité par Renteria, 2008, p.1449). Tandis que les données varient, les conclusions rapides sont considérées comme une vérité. Ainsi parmi les femmes ayant vécu une mutilation quelques unes s'opposent à ces conclusions hâtives et nous disent que les femmes excisées peuvent jouir et avoir du plaisir contrairement à ce qu'on pense en Occident (Témoignage d'une femme éthiopienne cité par Grima, 2004, p.28). En bref, suite au manque de données, il est difficile de développer la question de la sexualité des femmes ayant vécu une mutilation à ce stade du travail. Ainsi, la réalisation d'une recherche dans ce domaine serait nécessaire.

En ce qui concerne la prise en charge et l'accompagnement, les femmes expriment leurs besoins en comparant leur expérience dans leur pays d'accueil (Suisse, Suède, Canada, Espagne etc.) aux soins qui se font dans leur pays d'origine (Somalie, Erythrée, Ethiopie, Soudan etc.). Ainsi, elles regrettent l'accompagnement après l'accouchement qui est différent de ce qui leur est proposé dans les pays occidentaux. Selon elles, une fois rentrées de l'hôpital, elles se trouvent seules, vouées au silence et sont sujettes à des dépressions (Lundberg & Gerezgiher, 2006, traduction libre).

En ce qui concerne les soignants, le vécu est un traumatisme voire un choc. Ils ne comprennent pas que de telles pratiques puissent exister. Ainsi : «confrontés aux résultats d'une pratique qu'ils condamnent avec vigueur, les soignants peuvent avoir des réactions qui sont une nouvelle source d'humiliation pour les femmes concernées » (Société suisse de gynécologie et d'obstétrique, 2005. p.8). De ce fait: « s'il est essentiel de condamner la pratique, il ne faut pas condamner les patients qui la considèrent » (Société suisse de gynécologie et d'obstétrique, 2005. p.9). Les résultats de nos entretiens montrent qu'il faudrait ainsi distinguer la souffrance, les difficultés, ne pas uniformiser, et respecter ces

personnes. De la sorte, nous pouvons créer des conditions qui permettent à ces femmes d'être prises en charge de manière adéquate. Par cette même occasion, nous pourrions apporter des changements sur les connaissances via l'expérience et la diversité des rencontres. Ainsi, parler c'est informer, transmettre et donner des connaissances. En d'autres mots, plus on parle de ce sujet, plus on sort du tabou et plus encore on évite de nouvelles violences. Non seulement, des violences de nouvelles mutilations, mais des violences que les femmes peuvent vivre dans la prise en charge. Selon Mme S être touchée, heurtée est un sentiment humain. Ainsi elle nous fait part de sa réflexion en disant:

C'est normal d'être choqué, je ne veux pas mettre ça en doute, mais s'ils peuvent faire l'effort de ne pas montrer à la personne devant eux qu'ils sont choqués, mais qu'ils parlent de la santé, le type d'excision et les dangers pour sa santé. Il faut essayer de comprendre sa culture ensuite la personne s'ouvre, après les sujets viennent les uns après les autres. Je pense que les soignants doivent juste savoir communiquer avec un être humain comme si c'était eux qui étaient à cette place là et comment eux ils auraient aimé qu'on leur parle. Qu'ils se mettent à la place des personnes. Mais c'est vrai que ça doit être dur pour une personne non excisée de se mettre à la place d'une personne excisée (Mme S. Kabore, 2008, p.65).

En résumé, nous pouvons dire que parfois: «les soignants sont confrontés, dans le soin, aux pires souffrances, aux pires dégradations, à des questions auxquelles, la plupart du temps, ils ne peuvent ni ne savent répondre, à des demandes souvent impossible à satisfaire » (De Hennezel, 2004, p.85).

Enfin, la Suisse a certes fait une avancée en introduisant une loi spécifique contre les mutilations d'organes génitaux féminins mais sur le plan de la formation de ses soignants, elle est en retard. En conséquence, selon Candrian Andrea: « le changement du code pénal n'est pas la seule manière de lutter contre les MGF ... [En plus de la formation des professionnels] des campagnes d'information et de prévention visant les migrants sont peut-être encore plus importantes et plus efficaces » (Candrian cité par Vogel-Misicka, 2012). En effet: en Suisse la thématique des MGF ne fait pas partie du cursus de formation des écoles de médecine (Abdulcadir et al, 2011, traduction libre). Suite à l'absence de formation, d'information, d'expérience ou la méconnaissance de ces pratiques, les professionnels de la santé ne sont pas préparés pour faire face et se trouvent confrontés aux

MSF sur le terrain. A cela s'ajoute le sentiment d'impuissance face à l'étendue de la pratique qui peut être un désavantage à la prise en charge. Or cette confrontation est vécue comme un choc, une révolte pour certains, une « découverte » pour les autres. Afin d'épargner les soignants de la confrontation à vif: « il faudrait travailler sur les connaissances, former dans les écoles. Et les formateurs devraient posséder une expertise dans le sujet » (Entretien 1, 2013, p.3).

Question :

⇒ **Quelles sont les connaissances des femmes sur leur « excision » ?**  
**Quels sont leurs besoins ?**

En ce qui concerne les connaissances et les besoins des femmes sur l'« excision », nous pouvons dire que le positionnement des femmes est mitigé. Une partie de celles-ci dit qu'elles sont « normales », veulent être traitées ainsi et sans distinction. D'autres demandent une prise en charge spécifique liée à leur « excision ». En bref, une femme excisée reste une femme à part entière. Etre excisée ne veut pas dire qu'il y a systématiquement des problèmes et qu'il faut consulter. Donc il y a consultation s'il y a un besoin.

En ce qui concerne les connaissances des femmes, il ressort des documents consultés, que certaines femmes n'ont pas de connaissances suffisantes sur leur corps. Ainsi, la majorité des femmes savent qu'elles sont excisées, mais une partie de celle-ci ne sait pas ce qui a été retiré de son sexe. Quant aux autres femmes, certaines découvrent leur excision au cours de la consultation gynécologique, d'autres pensent qu'elles sont nées comme cela, puisque que personne ne leur en a jamais parlé. Concernant le savoir des femmes sur l'excision et d'après l'étude de Berggren: une partie des femmes [interrogées] exprime qu'avant de venir en Suède, elles pensaient que les MGF se faisaient partout dans le monde (Berggren et al., 2006, traduction libre). Si l'on poursuit par le projet de la « circoncision »:

Une partie des femmes disent qu'elles étaient excitées, impatientes ... et se réjouissaient d'être circoncises. [Contrairement à ces dernières], une autre partie des femmes, avait une petite idée sur ce que c'était et ne souhaitaient pas que cela soit fait pour elle (Charlmers & Omer Hashi, 2000, traduction libre).

Par conséquent, les sentiments après la « circoncision » sont pour une partie des femmes l'extrême douleur, la peur, et l'absence de joie. Pour d'autres, une fierté, de la joie et cela leur permet de se sentir pures, spéciales avec une certaine beauté et une fidélité pour leur mari. Le reste soit 3% des femmes interrogées, se sentaient désolées que cela ait été fait, elles étaient énervées et avaient le sentiment d'être trahies (Charlmers & Omer Hashi, 2000, traduction libre).

En lien avec leur vécu, les femmes : ... expriment leur double honte, car ne pas avoir vécu une mutilation génitale est honteux dans leur pays. Puis elles expriment leur honte en lien avec leur vécu des MGF vis-à-vis des soignants de la maternité ... (Berggren et al., 2006, traduction libre). En ce qui concerne les soins, selon Lundberg & Gerezgiher, les femmes ont peur et se sentent insécures lorsque les soignants ne connaissent pas le sujet. Elles sont plus en confiance si le soignant maîtrise le sujet des MSF (Lundberg & Gerezgiher, 2006, traduction libre). Ainsi, le savoir-faire en lien avec « l'excision » peut donner confiance aux femmes et leur offrir la possibilité de parler. En dehors des contraintes culturelles qui rendent ce sujet tabou, avec le soignant, certaines peuvent librement évoquer la douleur liée aux complications, aux menstruations, aux rapports sexuels, aux examens gynécologiques et à l'accouchement (Lundberg & Gerezgiher, 2006, traduction libre).

Hormis les complications secondaires, les autres éléments qui poussent les femmes à consulter sont: la signification qu'elles donnent à la pratique culturelle, le désir de changement ou de réparation et leur bien-être personnel. Toutefois, à cause de leur isolement lié aux problèmes migratoires, culturels, économiques et sociaux, les femmes n'ont pas accès à l'information. De ce fait, elles doivent être avisées des possibilités de soins dont elles peuvent bénéficier, telles que la dés-infibulation avant la grossesse. De même, des cours spéciaux sur les différences anatomiques pousseront les femmes à comprendre leur vécu et leur corps (Lundberg & Gerezgiher, 2006, traduction libre). Ainsi, comme le dit Fadoma, la demande de soin est motivée par le désir d'une bonne santé avant tout autre désir. De ce fait, après compréhension et acceptation de leur « différence », elles peuvent travailler sur l'acceptation et l'appropriation du corps et de ses fonctions après une intervention (Thurn, 2007).

En résumé, suite à nos lectures et à nos entretiens, nous constatons qu'en plus d'être informées les femmes demandent à être écoutées et veulent que les soignants leur

demandent leurs avis. Or une partie des femmes ressent des pressions de la part des soignants, comme par exemple celle de faire venir leur mari pour qu'il les assiste à l'accouchement. Dans certaines cultures, la présence des hommes en salle d'accouchement n'est pas acceptée. Ce qui fait que certaines femmes préfèrent être accompagnées par une amie.

Question :

⇒ **Dans l'idée de standardiser les soins, le personnel soignant devrait-il inclure la question des mutilations génitales dans chaque prise en soin effectuée auprès des femmes concernées ou provenant des pays à risques? Si oui, comment doivent-ils procéder ?**

Les résultats de notre analyse et des entretiens montrent que le soignant devrait inclure la question dans chacune de ses prises en charge. Étant donné que les MSF posent des questions d'ordre médical ou légal, culturel et éthique, poser la question permettrait de traiter et de répondre à ces quatre champs. Le deuxième argument pour poser la question est le fait de faire une anamnèse détaillée. Profitant de son rôle de soignant dans le cadre de sa prise en charge, le soignant peut aborder le sujet avec ses patients. Le troisième argument quant à lui concerne la prise en charge adéquate et la prévention de la maladie. Il est difficile de fournir des soins sans qu'un besoin soit exprimé. Ainsi, si le soignant n'ose pas aborder ce sujet, il pourrait passer à côté de beaucoup de choses, notamment des problèmes de santé non exprimés par les femmes, problèmes qui peuvent devenir plus graves, plus complexes et plus coûteux. D'autre part, non seulement il est difficile de poser la question, mais il est également difficile de l'entendre et de comprendre l'acte. Charlmers & Omer Hashi disent que : 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 (Charlmers & Omer Hashi, 2000, traduction libre). Par conséquent, aborder le sujet ne signifie pas catégoriser les femmes ou les stigmatiser. Au contraire, il donne la possibilité, l'occasion aux femmes d'en parler.

D'autre part, le soignant n'a pas d'interdiction de poser des questions à ses patients. Tout information donnée en réponse est bénéfique non seulement pour le patient, mais facilite la prise en charge. De ce fait, la question des MSF pourrait être intégrée non pas uniquement

pour faire figurer la réponse (l'information) dans le dossier de la patiente, mais en vue de compléter l'anamnèse, de faciliter la communication, de favoriser une prise en charge préparée et adaptée. Ainsi, les professionnels peuvent poser la question médicalement et pourront faire usage des stratégies citées ci-dessus (chapitre 5.4.1.). Selon Kaplan-Marcusan et al., en plus des connaissances approfondies sur la culture et la réalité sociale des communautés migrantes à risque, aborder la problématique des MSF permet : d'élaborer des interventions efficaces ... avec de meilleures compétences et donc plus de possibilités de succès (Kaplan-Marcusan et al., 2009, traduction libre).

Enfin, on observe dans nos lectures et entretiens une plus grande sensibilité professionnelle des femmes en lien avec les MSF. Toutefois, il est nécessaire de rappeler que les professionnels hommes sont aussi nombreux à être confrontés aux patientes ayant vécu une mutilation génitale. En bref, tout soignant devrait intégrer la question dans sa prise en charge et il est de son ressort de la poser. Dans ce but, selon Kaplan-Marcusan et al., :

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 des personnes concernées, permettra d'aborder cette problématique avec plus de succès (Kaplan-Marcusan et al., 2009, traduction libre).

Question :

- ⇒ **Evoquer les MGF, est-ce une aide ou une intrusion pour la personne?**
- Est-il nécessaire de faire parler ces femmes de ce qu'elles ont vécu?**
- Comment peut –on permettre aux femmes de parler des mutilations génitales?**

D'après les données consultées, si la question est posée médicalement, elle ne peut être perçue comme intrusive. Donc poser la question à la patiente dans le cadre médical, ne doit pas signifier être intrusif pour le soignant.

Le sujet de « l'excision » est et reste encore tabou dans les pays où elle est encore pratiquée, d'une part parce que ça concerne l'intimité, d'autre part parce que c'est interdit de le faire (les pays ont ratifié des conventions pour interdire la pratique). Donc dans ces pays, le fait que « l'excision » soit effectuée dans la clandestinité renforce le silence. La notion du silence et du « tabou » accompagne la pratique en occident. Ainsi, les MSF deviennent un sujet « tabou » dans les cultures les pratiquant et dans les sociétés occidentales malgré certains reportages et publications d'articles (Journaux, Recherches, Rapports de l'OMS etc.).

Les résultats des données consultées montrent que le fait de poser la question est nécessaire, pour le soin que l'on peut apporter aux femmes mais aussi pour le soignant et sa prise en charge, pour le dossier médical, pour les données statistiques. En plus de donner la parole aux femmes et de compléter le dossier médical, les soignants peuvent mieux prendre connaissance du sujet à travers les témoignages de leurs patientes. Ainsi ils peuvent s'interroger sur le sujet, étendre leur réflexion, mieux se préparer, mieux écouter et dialoguer avec les femmes, et renforcer l'équipe si besoin.

Autrement dit, lorsqu'on n'aborde pas le sujet par nous-mêmes ou si l'on s'attend à ce que la personne vienne d'elle-même s'exprimer sur ce qu'elle a vécu, nous n'avons aucune possibilité de passer de l'information (prévention, lois en vigueur, soins dans la consultation spécialisée des HUG). Or, si la personne ne connaît pas les soins spécifiques dont elle peut bénéficier, elle n'est pas en mesure de demander de l'aide.

Cependant, faire resurgir cette thématique nécessite un effort pour la patiente comme pour le soignant. D'après les données, le but premier doit être les soins actuels et non pas le changement de mentalité et des coutumes. Néanmoins :

Il est nécessaire non seulement de s'intéresser à la situation de la femme, mais aussi à la place et le rôle de l'homme au sein du couple. Les répercussions des MSF ont un grand impact sur la femme, sa vie sexuelle et de couple, la grossesse et la mise au monde de ses enfants, sa vie tout court. Je constate que les répercussions sont encore bien présentes beaucoup d'années plus tard et qu'elles influencent la santé de la femme dans le sens global du terme, tant physique que psychique. Sur le plan relationnel et/ ou thérapeutique, le professionnel qui prend en charge ces situations, doit être formé et sensibilisé, afin d'accueillir la souffrance et les difficultés et

d'éviter les jugements de valeurs. Il est capital de proposer une prise en charge la plus adaptée possible, avec professionnalité et dans le plein respect de l'autre. Il faudrait également briser ce tabou, parler et informer davantage (santé, aspects légaux etc.) afin d'éviter la perpétuation de cette pratique pour les générations actuelles et à venir (Entretien 4, 2013, p.5).

Enfin, malgré le fait que l'on évoque et comprenne la différence culturelle, l'acte en lui-même dépasse l'imagination, ce qui contribue à avoir des fausses informations. La correction des fausses idées qui résultent de l'imagination est nécessaire pour une meilleure compréhension de la pratique et une offre de soin adaptée. Ainsi, d'après Leval et al. : Si les sages-femmes parvenaient à reconnaître que leurs patientes ont eu des expériences sexuelles égales aux leurs, il devient plausible que leur clitoris et le vagin ne soient pas au centre de leurs propres expériences sexuelles (Leval et al., 2004, traduction libre). En bref, la difficulté liée à l'imagination personnelle est un des éléments qui limite la liberté d'aborder cette thématique avec les femmes. Les soignants (choqués, révoltés ...) par « l'excision », peuvent se sentir démunis. Ils ne peuvent actuellement interrompre la pérennité de ces pratiques ou agir concrètement pour protéger les filles à venir. Contrairement à cela, ils peuvent se former, prendre en soin les femmes concernées. De même, ils peuvent informer et former les femmes en vue de les rendre actrices de leur santé et pour qu'elles puissent à leur tour protéger leurs filles.

En outre, nous pouvons voir que la culture a le bras assez long et une forte influence pour que la pratique des MSF se poursuive même en dehors du pays d'origine. Les membres restés au pays, comme les garants du respect de la culture vivant en occident veillent à ce que des fillettes se fassent « exciser » en occident comme par exemple en France. D'autre part, étant donné que cette pratique est fortement enracinée, il nous semble fondamental de fournir des informations indispensables (personnes à contacter, informations sur le réseau etc.) aux femmes/filles pour qu'elles puissent s'auto protéger et protéger leurs filles en cas de menace. Hormis la sensibilisation et l'information des personnes qui sont directement concernées, dans le cadre de la prévention, il est important de discuter de la pratique en général, d'informer les femmes, les hommes et les personnes des cultures pratiquantes, des atteintes et des conséquences des MSF afin de modifier les fausses idées véhiculées. Dans ce même but, le mari et/ou la famille doivent être inclus dans la mesure du possible dans la prise en charge. L'objectif est donc non seulement de réduire le rejet culturel, mais



d'apporter des informations qui pourront peu à peu changer le regard sur les MSF (Abdulcadir et al., 2011, traduction libre).

Pour conclure, il est important de rappeler que la prise en soin des femmes ayant vécu une mutilation génitale doit se faire en réseau et multidisciplinarité via une approche systémique et culturelle. Ainsi, cela permet aux soignants comme aux femmes concernées de se former mutuellement, de penser et réfléchir à plusieurs, de confronter les idées, d'avoir une ouverture d'esprit et de prendre connaissance des solutions déjà mises en place. De même, au niveau de la communauté, les discussions permettront d'aborder le sujet de « l'excision » et peu à peu d'apporter des changements sur cette pratique. En bref, des changements ou l'arrêt de la pratique sans que la culture ne soit touchée.

## **6.2. Synthèse des données**

### **6.2.1. Les femmes**

Pour certaines femmes oser franchir la porte de la consultation est aussi difficile que d'aborder le sujet de « l'excision », sujet si intime qu'il peut faire remémorer des souvenirs parfois douloureux. D'autre part, pour qu'une femme formule une demande concrète d'un soin ou d'une intervention (physique ou psychologique), il est nécessaire qu'elle soit informée de l'aide dont elle peut bénéficier. De même, il faut qu'elle ait un certain niveau de connaissances et d'intégration (connaissance du système de soins) pour formuler une telle demande ou pour parler des MGF.

Enfin, leur migration permet la prise de conscience et l'augmentation des connaissances chez la plupart des femmes. D'autre part, la modification et l'application des lois, permet d'observer l'évolution concernant les MSF.

Les mutilations sexuelles féminines n'ont pas la même signification pour toutes les femmes concernées. Il existe ainsi, plusieurs types de réactions concernant « l'excision » vécue : une partie d'elles sont révoltées, certaines souhaitent comprendre ce qui leur est arrivé, d'autres vont demander des soins, une autre partie pense être née comme cela ou que c'est normal, certaines découvrent leur « excision » au cours d'un examen de santé (gynécologique), une partie des femmes concernées ne fait pas de lien entre ses problèmes de santé et l'excision et d'autres se sentent « normales » et pas

différentes des autres femmes et enfin, une bonne partie vont bien et n'ont pas de problème.

En ce qui concerne le vécu de la question de « l'excision », certaines femmes sont soulagées de ne pas être interrogées à ce sujet, d'autres acceptent de parler pour demander un soin ou pour privilégier leur santé face aux valeurs culturelles. En bref, bien que « victimes de la mutilation », les femmes peuvent être combatives, savent défendre leurs désirs, revendiquer leurs droits. En définitif, l'excision ne change rien, la femme « existera » comme une femme et aura des relations sexuelles et des enfants (Franjou & Gillette, 1995, p.41).

### **6.2.2. Les soignants**

Pour les soignants comme pour les patientes, il est difficile d'aborder ce sujet non seulement à cause de la barrière linguistique et culturelle, mais aussi suite à l'image de « violence » que cette pratique renvoie. De plus, ce thème reste tabou car il concerne une partie du corps que nous pouvons voir.

Enfin, d'après nos lectures et entretiens, nous constatons qu'il est difficile de parler des MSF, si le soignant n'a pas conscience de la problématique des MSF ou s'il manque de connaissances. De ce fait, sans ou avec peu de connaissances des professionnels de la santé sont confrontés à des questions culturelles, éthiques, morales et émotionnelles en lien avec la mutilation génitale de leurs patientes. En résumé, le manque de connaissances produit chez le soignant non seulement des réactions de surprise, de choc mais aussi de l'insécurité et de l'incompréhension. Comme le soulignent tous les articles consultés et les soignantes interrogées, la formation est primordiale. Avec le respect et le non jugement des valeurs culturelles qui se rattachent à « l'excision », la formation serait donc une garantie de soins de qualité.

### **6.2.3. La communication**

En vue de favoriser la communication sur ce sujet, d'après les données consultées, il est important de créer des liens de confiance, d'avoir un espace d'écoute, de fournir des informations nécessaires et de savoir où orienter la femme. En ce qui concerne les termes utilisés pour discuter avec les femmes, il est indispensable de les adapter ou de les faire traduire. Avec l'accord des femmes, des schémas peuvent être utilisés non seulement pour

faciliter la compréhension, mais pour apporter des informations de base aux femmes qui ont très peu de connaissances sur leur corps.

D'autre part, même si le sujet ne peut être abordé avec les membres de la famille qui sont parfois garants de la culture, il n'est pas « interdit » aux femmes de parler avec leur médecin, de même pour les médecins de parler avec leurs patientes. En vue d'approfondir l'anamnèse de la patiente, le soignant peut formuler la question. D'après les entretiens menés, la majorité des femmes vivent la question normalement et certaines sont à l'aise, car elles savent que leurs réponses vont non seulement compléter leurs anamnèses mais améliorer leur prise en charge. Ainsi, les MGF sortent du cadre « tabou », si la question est posée médicalement (Entretien 1, 2013, p.2). De même, poser la question permet non seulement de faire comprendre à la femme qu'on s'intéresse à elle et à son bien-être mais, la question permet aussi de lui donner la possibilité de répondre et de formuler ses demandes. Par ailleurs, la femme doit se sentir « libre de parler ou pas » ou de dire qu'il est difficile pour elle de parler de ce sujet.

En résumé, le meilleur moyen de parler de « l'excision » avec les femmes est de ne pas manifester son propre ressenti, c'est-à-dire mettre ses idées, ses représentations de côté et de partir de la signification de « l'excision » pour elles. A cela s'ajoutent, les connaissances des soignants. Ainsi, il faut non seulement des connaissances, mais avoir de l'empathie, être à l'aise avec le sujet et aller en douceur, ne pas « agresser ». De même ne pas être frustré si la femme coupe court à la discussion. Nous pouvons la laisser reprendre d'une autre façon après (Mme M. Kabore, 2008, p.63).

#### **6.2.4. Prise en charge**

La rencontre des patientes qui ont vécu une mutilation peut susciter des questionnements voire un sentiment d'impuissance chez le soignants et chez les patientes. De ce fait, au cours de la prise en charge le manque de compréhension de la pratique des MGF peut mener les soignants à détester la pratique (Leval et al., 2004, traduction libre). En plus des connaissances médicales sur le sujet et celles sur la culture, pour une prise en charge adaptée, le professionnel de la santé doit être disponible, empathique, donner confiance, savoir s'adapter, savoir rediriger et passer l'information et ne pas stigmatiser. De même, il doit aborder les notions du secret professionnel et médical. Pour finir, le soignant doit veiller à contrôler ses sentiments et à avoir un positionnement neutre face à cette pratique. Etre horrifié, révolté, se sentir blessé sont des réactions normales, mais, il est plus

judicieux que ces réactions soient contrôlées pour que la femme ne se sente pas « victimisée » ou « stigmatisée» (Entretien 1, 2013, p.2).

Des guidelines d'informations sont mis à disposition des professionnels de la santé depuis 2005. Ils sont très utiles pour les professionnels de la santé qui se trouvent en première ligne. Hormis ces recommandations et des fiches d'attitudes (HUG), il n'existe pas de protocole spécifique pour la prise en charge des femmes ayant vécu une mutilation génitale. Malgré cela, la question devrait être posée à titre médical et toutes les femmes excisées devraient bénéficier des examens et des soins (Abdulcadir et al., 2011, traduction libre.).

## **7. Recommandations**

Enfin, nous souhaitons transmettre ici les recommandations actuelles en vue d'une prise en charge adéquate des filles/femmes ayant vécu une mutilation sexuelle féminine.

Nous avons répertorié dans le tableau suivant les demandes formulées par les femmes et les soignants. Ces éléments ont été discutés et retenus au cours de la formation sur : la sensibilisation à des techniques de communication et aux mutilations génitales féminines, aux aspects médicaux liés aux MGF, aux normes juridiques suisses, aux valeurs liées à la pratique des MGF (Abdulcadir & Bettoli, 2013 [notes de cours] ; Eiriz & Ali Aden, 2013, [notes de cours] ; Serroukh & Boutenel, 2013, [notes de cours])

**Tableau 13: demandes des patientes et soignants**

<b>Demande et vision des patientes</b>	<b>Demandes et vision des soignants</b>
- Plus d'ouverture d'esprit	- Cours obligatoire sur les MSF, sensibilisation aux valeurs et notions culturelles et communautaires.
- Pas de jugement verbal et non verbal	- Etre conscient que les réactions de surprise, le non verbal peut être vécu comme un jugement.
- Le professionnel ne voit que l'excision, mais en réalité, il ne sait rien de la vie des femmes	- Permettre aux médecins d'avoir des moments de préparation, de s'informer avant la confrontation
- Les médecins ne savent pas parler de ce sujet et ont tendance à dire « il ne faut pas... »	- Il faut donner un pouvoir, (empowerment) aux femmes, car elles sont l'experte de leur vécu, leur santé et leur problèmes.
- Demandent que les traducteurs soient plus sociaux, il faut prendre plus d'espace, parler, prendre la main, faire remarquer et informer le médecin sur des notions culturelles et des propos ou réactions qui peuvent blesser.	- Les femmes sont systématiquement orientées d'un gynécologue vers un autre, il est nécessaire de savoir qu'une consultation spécifique existe et les orienter vers celle-ci
- Ne pas stigmatiser et systématiquement envoyer les jeunes filles chez le pédopsychiatre à cause des absences scolaires ou à cause des douleurs menstruelles. Il y a peut-être une autre discussion à avoir, un soin et un soutien à apporter.	- Avoir un plan d'action communautaire
- Il est nécessaire de reconnaître qu'il y a : <ul style="list-style-type: none"><li>• Des femmes qui vont bien</li><li>• D'autres qui ne vont pas bien et qui nécessitent plus d'aide</li></ul> ⇒ Mais tout le monde n'est pas dans le même cas, donc il ne faut pas généraliser.	

### **7.1. Recommandations pour la prise en charge**

La prise en charge nécessite non seulement des connaissances sur la pratique culturelle, sur les pays qui l'adoptent, sur les conséquences de la santé, mais aussi de faire preuve d'un certain professionnalisme, d'empathie, de non-jugement, d'éthique médicale et légale. A ces compétences doivent s'ajouter la connaissance des cultures et l'approche transculturelle (Leval et al., 2004, traduction libre, Powell et al., 2004, traduction libre).

Selon la Drs. Abdulcadire, il y a des femmes qui vont bien et d'autres qui ont besoin d'aide (Abdulcadir 2013, [notes de conférence]). Dans l'exercice de sa pratique, en présence

d'une femme ayant vécu une mutilation génitale, le soignant doit faire un accueil sans présumer de ce qu'elle pense, ressent ou sait de ce qu'elle a subi. Il ne faut pas la stigmatiser, la réduire à son « excision », ni à sa culture, ni à la fonction de sa génitalité, mais garantir une prise en charge compétente, personnalisée et adaptée. Ce qui signifie: une meilleure promotion de santé, de communication, d'information et donc aussi une meilleure prévention pour leurs filles à venir. De même, les soignants doivent s'abstenir de prendre position, de faire des jugements. Plutôt que de condamner la pratique traditionnelle et ses valeurs, ils doivent offrir aux patientes, un choix libre, éclairé et leur fournir des explications sur les effets néfastes des MSF. Il est primordial que le professionnel aie un positionnement éthique, en vue de considérer et de prendre en charge la patiente dans sa globalité (Abdulcadir, Margairaz & Rollini, 2013, [notes de conférence] ; Entretien 1, 2013 ; Entretien 2, 2012 ; Thierfelder et al., 2005, traduction libre).

Pour agir dans des conditions optimales, hormis les connaissances fournies par les guidelines, une formation, des séances de sensibilisations avec des exercices d'entretiens, des analyses et des mises en situations peuvent former les soignant tant sur la communication que sur les aptitudes à développer (les relations, l'approche, le contexte). Toutefois, en cas de difficultés ou de doutes, les soignants peuvent s'adresser et orienter leurs patientes vers la consultation MSF à la Maternité des HUG (voir annexe III) (Entretien 4, 2013, 5, HUG, 2012).

## **7.2. Recommandation pour aborder la question**

Il est nécessaire d'aborder la question de MSF avec les filles/femmes provenant des pays à haute prévalence ou en cas de suspicion. Pour aborder cette question, il faut faire usage de termes adaptés, non-jugeants, et cela avec une grande habileté afin de ne pas induire un refus de soin ou de discussion. De même, la prudence (termes utilisés, délicatesse, empathie...) permet non seulement l'acceptation du soin, mais aussi de ne pas faire rappel des souffrances et complications déjà vécues initialement.

La manière de poser la question doit être reconsidérée. Elle ne doit ni porter un jugement, ni mettre en danger ou rabaisser la femme, ni lui faire sentir ou induire sa peine ou sa différence. Si tel est le cas, elle peut mettre fin à la consultation. Pour aborder la question, pour comprendre et avoir un suivi, les femmes ont besoin d'une consultation spéciale. Pour aborder la question, il faut que les femmes sachent de quoi on parle. Comme une partie

d'elles ont peu de connaissance sur leurs corps, il est nécessaire de leur expliquer, ce qui est le sexe naturel de la femme, le vagin, leur donner des noms etc. (rappel anatomique avec des schémas) (Mme S, Kabore, 2008, p.69-70). Dans l'entretien, il ne faut pas d'emblée poser la question des mutilations, car c'est un sujet dont la majorité des femmes n'aime pas parler. C'est en abordant la question de la santé, la culture en premier que le soignant parvient à parler de la sexualité, la grossesse, puis progressivement la confiance s'installe et il peut nommer « l'excision ». Donner de l'espace, du temps et la confiance, montrer qu'on écoute et qu'on comprend permet aux femmes de se dévoiler plus. Concernant la confiance, Mme S dit que les femmes ne l'ont jamais eue car elles l'ont perdue au moment de « l'excision ». Selon elle, la confiance et la patience sont les deux éléments essentiels pour parvenir à dialoguer du sujet avec les femmes (Mme S. Kabore, 2008, p.65-66).

D'autre part, les femmes n'attendent pas spécifiquement une réponse toute faite. Ainsi en vue de rendre les femmes actrices de leur santé, dans l'objectif d'une meilleure collaboration, il est recommandé de les valoriser et verbaliser les valeurs culturelles et accepter la différence. Ainsi, une évolution de la culture est possible et les croyances sont déjà en évolution voire en changement. En conséquence, nous devons œuvrer pour le changement de la pratique et non pas pour changer la culture. De ce fait, nous ne devons pas juger les personnes sur leurs valeurs culturelles, mais travailler sur les normes (excision= norme, car tout le monde le fait) pour éviter la poursuite de la pratique culturelle (Abdulcadir, Margairaz & Rollini, 2013, [notes de conférence] ; Eiriz & Ali Aden, 2013, [notes de cours] ; Entretien 8, 2013).

Dans le cadre de ce sujet, rappelons qu' :

Il n'est pas possible de faire des généralisations sur les MGF. L'abandon d'une communauté ne concerne pas toutes les communautés et ne signifie pas que le problème des MGF est totalement maîtrisé. [Enfin,] le processus de changement de valeurs ou comportements d'un groupe ethnique minoritaire est complexe. [En bref,] l'assimilation peut se produire par les membres des groupes ethniques minoritaires qui prennent peu à peu les valeurs et les comportements de la culture majoritaire (culture du pays d'accueil)... (Powell et al., 2004, traduction libre).

### 7.3. Recommandation concernant les soins chirurgicaux

Selon Renteria:

La demande de la patiente est la meilleure indication à une dés-infibulation (levée de l'infibulation par médiane intérieure) que ce soit en raison de dysménorrhées, de mictions difficiles, de cicatrices chéloïdiennes ou de kystes d'inclusion, de rapports sexuels difficiles ou impossibles, voire plus tard au moment de l'accouchement ... [Toutefois] la majorité des jeunes filles sont en proie à un conflit de loyauté très fort quelle que soit la raison de la dés-infibulation. Elles attendent donc fréquemment qu'une figure familiale significative les affranchisse de l'injonction culturelle et ethnique que représente la MGF. Pour cette raison, les jeunes filles ont souvent besoin de se voir confirmer que la dés-infibulation est indiquée pour raisons somatiques (Renteria, 2008, p. 1448).

Notons que: les soins d'une femme ayant subi des MGF au cours de travail n'impliquent pas la pratique systématique d'une césarienne, sauf s'il y a des indications fœtales. Ainsi la césarienne peut être évitée en effectuant une dés-infibulation (Thierfelder et al., 2005, traduction libre). En conséquence, il est primordial de discuter avec les femmes infibulées sur la question de la dés-infibulation qui doit être pratiquée avant la période prénatale ou en début du travail. La discussion sur la « taille d'ouverture » pour permettre les examens médicaux, l'accouchement, l'écoulement des urines et des règles, doit avoir lieu, car elle permet d'éviter des interventions en urgence et contre la volonté de la femme. De même, le choix de la taille d'ouverture permet aux femmes non seulement de ne pas se sentir complètement ouvertes, mais aussi elle leur permet d'être en accord avec leurs valeurs culturelles. Par ailleurs, le soignant est tenu d'informer les patientes que malgré le respect de leurs souhaits ou celui du couple, la ré-infibulation n'est pas faisable. En ce qui concerne l'accouchement, il est indispensable d'avertir les patientes du fait que le travail peut être prolongé et qu'il existe un risque de déchirure. Dans ce cas, l'épisiotomie<sup>3</sup> peut

---

<sup>3</sup> L'épisiotomie: est un acte chirurgical consistant à ouvrir le périnée au moment de l'accouchement afin de laisser passer l'enfant. Cette incision a pour but de sectionner le muscle élévateur de l'anus. En bref, c'est un geste prophylactique utilisé depuis le XVIII<sup>e</sup> siècle et est actuellement largement répandue. Toutefois, les bénéfices anciens espérés ont été controversés par une étude faite par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) en 2005. Cette recherche démontre les problèmes dont l'incontinence urinaire et fécale que la pratique de l'épisiotomie peut engendrer. (Wikipedia, 2013b)



être réalisée. Dans tous les cas, cette ouverture chirurgicale sera suivie d'une reconstruction physiologique.

A ces éléments s'ajoute l'attention particulière que nous devons porter à l'aspect psychosexuel en lien avec les modifications apportées aux organes génitaux. Après une dés-infibulation, les jeunes filles/femmes peuvent observer des changements de l'aspect physiologique et du schéma corporel. En vue d'une meilleure acceptation des modifications apportées, il est important de les prévenir et de discuter avec elles en vue de favoriser la réappropriation de leur corps. De même, en cas de besoin, ou selon demande, elles peuvent être adressées vers un lieu ou vers les personnes compétentes (consultation spécifique MSF au HUG, psychiatre sexologue, chirurgien plasticien etc.) (Renteria, 2008 ; Rollini, 2013, [notes de conférence]).

Enfin, selon Mme S, les femmes ayant vécu une « excision » ont besoin d'un suivi spécial et régulier pour mettre au point leur compréhension (Mme S, Kabore, 2008, p.64). Il est nécessaire d'accompagner les patientes avant, pendant et après l'intervention de la dés-infibulation et en faire de même pour l'accouchement. De plus une rééducation périnéale ainsi que d'autres explications sont nécessaires pour aider les femmes à se familiariser avec leur « nouveau » sexe.

#### **7.4. Modifications des représentations et croyances**

Les perceptions inexactes sont présentes autant du côté des soignants que des patientes. C'est pourquoi, il faut travailler sur l'éducation et le changement des fausses croyances. Selon Drs. Abdulcadir: il ne faut pas parler de l'ablation du clitoris comme mentionné dans les publications de l'OMS, mais de l'ablation de la glande du clitoris (Abdulcadir & Bettoli, 2013, [notes de cours]). Par ailleurs:

La partie du clitoris qui est apparente chez la fille non excisée, ne représente qu'une petite partie de cet organe érogène. L'absence de visualisation du clitoris après MGF ne permet donc en aucun cas de juger de la réponse sexuelle future (Catania et al., cité par Renteria, 2008, p.1449).

La deuxième information erronée concerne « l'ablation du clitoris » et l'infibulation. Il est faux de dire qu'il y a lésion ou « ablation du clitoris » lors de l'infibulation. Car : « dans

deux tiers des cas d'excision, le clitoris persiste, enfui dans les cicatrices. Dès lors, la récupération de l'organe est assez simple » (Gábor Varadi, cité par György, 2005b) En bref, dans la majorité des cas, il n'est plus visible mais simplement recouvert ou rétracté et donc n'a pas été touché (Abdulcadir, Margairaz, & Rollini, 2013, [notes de conférence]).

De plus, selon la Drs. Margairaz, la Drs. Abdulcadir et le Dr. Rollini, dire que les femmes mutilées n'ont pas de sexualité ou ne peuvent avoir de plaisir sexuel ou de jouissance est faux, car certaines données actuelles montrent que les femmes sont capables de faire usage d'autres zones érogènes pour avoir du plaisir et pour jouir ( Abdulcadir & Bettoli, 2013, [notes de cours] ; Abdulcadir, Margairaz & Rollini, 2013, [notes de conférence]). De même: « la satisfaction sexuelle dépend probablement bien plus des séquelles psychologiques suite à la MGF et de la résilience respectivement de la capacité de réconciliation à la fois avec son histoire et avec son corps que d'une intervention chirurgicale » (Renteria, 2008, p.1449). Néanmoins, il est plus judicieux de débattre de ce sujet après la réalisation et publication d'une nouvelle recherche.

## **7.5. Progression des connaissances et collaboration avec les communautés**

Dans la prise en charge, le mari, les membres des familles peuvent être inclus dans la mesure du possible et cela avec l'accord de la femme. Nous devons inclure les partenaires dans la discussion en vue de prendre en charge la femme dans sa globalité. C'est la meilleure manière de faire passer le message au sein des communautés pratiquant les MSF. De plus, en vue d'avoir une expertise culturelle, il nous semble primordial de collaborer avec les membres des communautés concernées. D'autre part, la mise en place de groupes de rencontre et de groupes de paroles peut permettre aux femmes de s'exprimer et de témoigner. Les témoignages sont formateurs non seulement pour les autres femmes, mais aussi pour les soignants. Mme S a expérimenté cela et nous dit:

On avait des femmes (environ une vingtaine), je faisais des discussions sur la santé. On échangeait des discussions: [il y a] une qui disait: « ma sœur est morte suite à l'excision. On m'a dit son heure est arrivée, c'est ce que je me suis mis dans la tête et au fond je savais qu'elle a perdu beaucoup de sang. En fait, elle a accouché à la maison, c'était coincé, la tête ne passait pas, c'était dur et puis les deux sont passés». Cette femme a raconté une histoire assez douloureuse mais elle a parlé à

une vingtaine de femmes, elle a pu sortir ça. ... On dit chez nous quand une femme perd son enfant tout de suite après l'accouchement ou ... une femme qui est en train d'accoucher mais qui meurt, on sait que c'est lié à l'excision, mais une petite fille de cinq ans qui meurt, on ne sait pas pourquoi elle est morte, on dit que c'est son heure qui est arrivée, Dieu a décidé, un point c'est tout. ... Mais c'est lié à l'excision. ... C'est aujourd'hui qu'on sait ça (Mme S, Kabore, 2004, pp.70-71).

Ainsi, l'expérience du groupe porte ses fruits et permet de faire prendre conscience aux femmes que la pratique a des conséquences graves. Lorsque les femmes entendent cela (le récit) de leurs compatriotes, elles acceptent plus facilement que si la remarque vient d'un « soignant », surtout un « soignant occidental » qu'elles peuvent considérer comme quelqu'un qui n'a « aucune connaissance » de cette pratique, ni de leurs « valeurs culturelles ». Autrement dit, la signification de la pratique est plus forte que l'interdiction de celle-ci. Interdire sans expliquer pousse à poursuivre la pratique dans la clandestinité, ce qui joue un rôle dans la continuation de la pratique. Ainsi partir des représentations et de la signification de « l'excision » pour la femme est important selon Mme S qui nous dit :

Avant même de poser les questions sur ce que veut la culture, ce que veut la religion, je pense d'abord à ma santé. Je pense que tout être humain pense d'abord à sa santé, et elles veulent que leurs filles aient une bonne vie et c'est une des raisons pour exciser leurs filles, pour qu'elles aient une bonne vie, qu'elles réussissent leur vie, qu'elles trouvent quelque chose de bien, qu'elles puissent vivre. Aucune femme ne veut faire ça pour que sa fille meure. Si elle fait en sachant qu'elle risque de tuer sa fille, sa petite fille, je ne pense pas qu'elle va faire ça (Mme S, Kabore, 2008, p.71).

## **7.6. Possibilités et solutions actuelles à Genève**

La Suisse a depuis 2005 un guideline, d'information et de prise en charge des filles ou femmes ayant subi une mutilation génitale. D'autre part, plusieurs manuels et brochures (avec ou sans traduction) existent et sont à disposition des soignants comme à la disposition des femmes. En voici quelques exemples dans le tableau suivant.

### 7.6.1. Documentation écrite

Titre	Informations
<b><i>Osons parler d'excision !</i></b>	Information sur les MSF, cadre légale actuel et les prises en soin services spécialisées dans le canton de Vaud. ⇒ Brochure conçu et édité par le bureau cantonal pour l'intégration des étrangers et la prévention du racisme (bci) et Caritas Suisse.
<b><i>Protégeons nos filles de l'excision</i></b>	Traduite dans plusieurs langues. Brochure créée par Camarada, le service pour la promotion de l'égalité entre hommes et femmes et le département des institutions et l'office des droits humains.
<b><i>Nous protégeons nos filles, informations contre l'excision</i></b>	Traduite dans 7 langues, cette brochure vise à informer les personnes migrantes sur « l'excision » et ses conséquences. ⇒ Brochure créée par la Confédération Suisse, l'Office Fédérale de la Santé Publique (OFSP) et avec la collaboration de Terre des femmes Schweiz.
<b><i>Guideline, MGF, Recommandations suisses à l'intention des professionnels de la santé.</i></b>	Hohlfeld, P., Thierfelder. C., Jäger, F., (2005). Mutilations génitales féminines. Recommandations suisses à l'intention des professionnels de la santé. <i>Bulletin des médecins suisses</i> . 86: (16). 961-9 ⇒ Notons que ce document doit être mis à jour et inclure les dernières modifications de loi.

### 7.6.2. Discussions, formations et projets

- Module de formation pour les médiatrices et traductrices interculturelles
- Comité de pilotage : Groupe de parole et de rencontre pour femmes enceintes ou jeunes mères d'origine érythréenne. Le premier groupe commence en septembre 2013 pour une durée de 4 séances. Il sera reconduit en 2014.
- Pour renforcer les compétences cliniques transculturelles, les HUG ont mis en place des formations post-graduées et continues pour les professionnels de la santé (cours sur les notions culturelles) et des services spécialisés pour les patients migrants (PSM, UMSCO, consultation transculturelle, consultation santé migrants) (HUG & UOG, 2010, p.42)

### 7.6.3. Réseau à Genève et adresses utiles

Les tableaux suivants présentent le réseau de prise en charge du système de santé genevois utile pour tous les professionnels de la santé. Ce tableau permet de montrer la diversité des possibilités et la collaboration inter- et pluridisciplinaire de la prise en charge des femmes.

#### Services médicaux:

<b>Consultation MSF au Département de Gynécologie et d'Obstétrique</b> 30 Bld. de la Cluse 1205 Genève Tél : 022 382 40 05 <a href="http://gyneco-obstetrique.hug-ge.ch/">http://gyneco-obstetrique.hug-ge.ch/</a>	<b>Service de Gynécologie et Obstétrique (HUG)</b> 30 bld. de la Cluse 1211 Genève 4 022 382 86 16 <a href="mailto:gynob@hcuge.ch">gynob@hcuge.ch</a>	<b>Consultation de Gynécologie Psychosomatique et Sexologie des HUG</b> 30 bld. de la Cluse 1205 Genève 022 372 85 81
<b>L'Unité de santé sexuelle et planning familial (HUG) (CIFERN)</b> 47, Bld. de la Cluse 1205 Genève 022 372 55 00 <a href="http://planning-familial.hug-ge.ch/">http://planning-familial.hug-ge.ch/</a>	<b>Département de l'enfant et de l'adolescent</b> 6 rue Willy-Donzé 1211 Genève 14  Tél: 022 382 40 00 <a href="mailto:Pediatrie-web@hcuge.ch">Pediatrie-web@hcuge.ch</a>	<b>Consultation interdisciplinaire de Médecine et de prévention de la violence (CIMPV-HUG)</b> Rue Micheli-du-Crest 24 1205 Genève Tél. 022 372 96 41
<b>Arcade Sages-femmes</b> 85Boulevard Carl-Vogt 1205 Genève Tél. 022 329 05 55  ⇒ Accompagnement des femmes enceintes	<b>Consultation ambulatoire mobile des soins communautaires (CAMSCO/UMSCO)</b> 4, rue Hugo-de-Senger 1205 Genève  ⇒ Pour les patients sans assurance maladie	<b>PSM (Programme Santé Migrants) (HUG)</b> 89, rue de Lyon 1203 Genève Tél. 022 382 33 33  ⇒ Patients dans le processus d'asile (requérants et NEM)
<b>Consultation Transculturelle et Interprétariat</b>  4, rue Gabrielle-Perret- Gentil 1211 Genève 14.  ⇒ soutien aux professionnels de la santé ayant des difficultés avec des patients migrants)	<b>Croix-Rouge genevoise Service Interprétariat communautaire</b> 9Route des Acacias 1211 Genève 4 Tél. +41 22 304 04 93 Fax. +41 22 304 04 92 e-mail : <a href="mailto:sic@croix-rouge-ge.ch">sic@croix-rouge-ge.ch</a>  ⇒ assuré par la Croix-Rouge genevoise : informations concernant le service et consignes relatives à son utilisation	
<b>Groupe sida Genève</b> 9, rue du Grand-Pré, (1er étage) 1202 Genève Tél: 022 700 15 00 Email: <a href="mailto:info@groupe sida.ch">info@groupe sida.ch</a> Web: <a href="http://www.groupe sida.ch">http://www.groupe sida.ch</a>	<b>Service spécialisé dans l'aide aux victimes / Centre LAVI (pour toutes personnes victimes de violence)</b> 72, Boulevard Saint-Georges 1205 Genève Tél. 022 320 01 02	<b>L'Office Protestant de Consultation Conjugale et Familiale (OPCCF)</b> 10 rue de la Madeleine 1204 Genève Tél: +4122 31182 11 <a href="mailto:info@opccf.ch">info@opccf.ch</a>

#### Protection des Enfants

<b>Service de protection des mineurs (SPMi-DIP)</b> 11, rue Glacis-de-Rive 1207 Genève Tél. 022 546 10 00	<b>DIP - Office de la jeunesse SSJ Service de santé de la jeunesse</b> Case postale 3682 11, rue Glacis-de-Rive 1211 Genève 3 ⇒ Tel : +41 22 546 41 00
--	--

<b>Consultation psychologique pour les personnes migrantes</b>	
<b>Appartenances</b> 72, Boulevard Saint-Georges 1205 Genève Tél. 022 781 02 05  e-mail : <a href="mailto:appartenances@appartenances-ge.ch">appartenances@appartenances-ge.ch</a> site : <a href="http://www.appartenances-ge.ch">www.appartenances-ge.ch</a>  ⇒ ne prend pas en charge les personnes non assurées	<b>Pluriels : Centre de consultations et d'études ethno-psychologiques pour migrants</b> 15, Rue des Voisins 1205 Genève Tél. 022 328 68 20  ⇒ accueil téléphonique du lundi au vendredi de 9h30 à 12h00 pour prendre RV)

<b><u>Soutien aux femmes migrantes</u></b>	<b><u>Autres :</u></b>		
<b>Camarada (accueil et formation élémentaires pour femmes migrantes)</b> 19Chemin de Villars 1203 Genève Tél. 022 344 03 39	<b>Office des droits humains /Département des institutions</b> 14, Rue de l'Hôtel-de-Ville 1204 Genève Tél. +41 (22) 327 00 67 Site : <a href="http://www.geneve.ch">www.geneve.ch</a>	<b>Bureau de la promotion de l'égalité entre femmes et hommes (BPE)</b> 15, Rue Pierre Fatio 1204 Genève Tél. +41 22 388 74 50	<b>Association des Médiatrices Interculturelles (AMIC)</b> 2 bis, rue de la Tannerie 1227 Carouge E-mail: <a href="mailto:association.amic@gmail.com">association.amic@gmail.com</a>

## 7.7. Prévention et promotion de la santé et souhaits

En bref, il est nécessaire d'intégrer la problématique des MSF dans le cursus de formation et de poursuivre avec la sensibilisation, l'information et la formation des professionnels (de la santé, du social, enseignants, agents communautaires et traducteurs/médiateurs interculturels). La collaboration avec des associations telles que Camarada, Le bureau de la promotion de l'égalité entre femmes et hommes (BPE), l'Association des Médiatrices interculturelles (AMIC) est primordiale pour la progression de l'information. En collaboration avec ces derniers, il serait souhaitable de faire des projets de prévention auprès des femmes et des communautés pratiquant les MSF. Dans le cadre de ce projet, des questions globales sur la santé, sur la sexualité, la grossesse et l'accouchement, peuvent être abordées. Puis dans un deuxième temps, les questions sur la santé des femmes avec une référence spécifique aux mutilations génitales et la question de communication avec les partenaires pour faciliter les discussions au sein du couple, aussi bien que des notions sur les lois peuvent être apportées. Ce projet (2x/mois) sous forme de groupes de paroles où les femmes pourraient venir librement permettrait non seulement de rendre les femmes actrices de leur santé mais aussi de favoriser leur intégration dans la communauté d'accueil.

Le premier élément bénéfique des rencontres et des groupes de parole est de permettre à certaines femmes de sortir du silence et de l'isolement. Il y a un grand besoin pour les femmes concernées de partager leurs expériences les unes avec les autres. Donc la discussion en groupe est l'outil le plus approprié dans la recherche interculturelle pour faciliter l'échange entre et avec les femmes concernées. A l'aide d'un membre de leur communauté, les femmes peuvent ainsi discuter, s'apporter un soutien mutuel, une empathie pendant et après les discussions et ne pas se sentir directement visées. De même, elles peuvent donner des exemples, comparer leur vécu, et sentir qu'elles ne sont pas les seules « victimes ». D'autre part, les femmes qui ne souhaitent pas participer à la discussion de groupe peuvent avoir une discussion en privé. Après compréhension des informations et réflexions les femmes elles-mêmes peuvent décider de protéger leur fille.

Enfin il est important de rappeler ici que dans les soins proposés, le but est de ne pas diaboliser les patientes qui sont déjà « excisées ». En conclusion :

Construire des alliances à l'intérieur des communautés concernées et avec les médecins, les défenseurs des droits humains, les organisations de femmes et de jeunesse, les enseignants et les responsables religieux, ... [est] décrit comme un important facteur de changement (Vogel-Misicka, 2012).

## **8. Discussion et conclusion**

### **8.1. Taille, type, forces et faiblesses de cette revue de la littérature**

#### **Forces :**

La première force de notre revue de littérature concerne le nombre de sources utilisées à savoir: 12 articles de recherches et revues de littérature scientifique, 10 entretiens dont 8 ont été utilisés, 3 travaux de Bachelor et mémoires de fin d'étude, 3 livres sur les MSF, 9 films et reportages, 1 débat télévisé, 3 demi-journées de formation, 1 conférence ainsi que 1 séance de sensibilisation suivie d'un débat. A ces données s'ajoutent les discussions informelles avec l'entourage, l'enseignement donné par la Haute Ecole de Santé Genève, les rencontres et discussions avec les femmes migrantes d'Erythrée et d'Ethiopie ainsi que

d'autres lectures complémentaires. Ainsi, nous avons non seulement exploité les données pour enrichir notre travail, mais nous avons pu confronter les témoignages aux articles de recherche lus. De cette confrontation, nous pouvons retenir que les soins, la prise en charge, les questionnements et les sensibilités des professionnels de la santé ont évolué.

D'autre part, la fiabilité des études sélectionnées peut être montrée par le fait que la majorité des études ont été acceptées par les comités éthiques et la mention des auteurs qui déclarent n'avoir « aucun centre d'intérêt ». Enfin, des articles de recherches, comme des autres sources de données, nous avons pu prendre connaissance non seulement des changements de lois en Suisse, mais de deux nouvelles discussions ; l'une sur la chirurgie plastique/cosmétique (FGCS= Female Genital cosmétique surgery) qui se pratique dans les pays occidentaux et l'autre sur la proposition d'une pratique alternative aux MSF (piqûre / entaille) comme solution de rechange de ces rituels.

### **Faiblesses :**

Le manque d'écrits scientifiques qui traitent de « comment aborder la question des MGF avec les femmes ayant vécu une mutilation génitale » est la première faiblesse de cette revue de littérature. De plus, étant donné la richesse des sources et des données, il nous a été difficile de conserver un fil rouge et d'éviter la redondance des propos. A ces difficultés s'ajoute la date de publication des articles sélectionnés. En effet, une partie des articles de recherche sélectionnés ont été publiés un an voire 2 ans après leur réalisation. Or nous trouvons 3 dates différentes à savoir : le moment de la recherche sur le terrain, la date de l'acceptation de l'étude finale et la date de sa publication. Beaucoup de temps s'est donc écoulé et certaines données ont évolué. Ainsi malgré le fait que le sujet reste « tabou » et peu abordé, entre les années de publications et maintenant, les prises en charges, les attitudes, sensibilités des soignants ont évolué.

## **8.2. Position de l'étudiant et biais**

Une nouvelle limite qui s'ajoute à cette revue de littérature est notre positionnement personnel et professionnel. Malgré la volonté de vouloir garder notre neutralité dans ce travail, notre positionnement a sans doute été bousculé par le point de vue des auteurs des recherches lues, des professionnels interviewés, les propos des femmes migrantes côtoyées et par les avis des proches, les débats et reportages visionnés. Toutefois, nous avons tenté de rester le plus neutre possible dans la rédaction de ce travail.



De plus, nous nous sommes questionnés sur le type de deuil qu'induit la mutilation sexuelle féminine. Via la participation aux projets: « santé migrant et sensibilisation aux MSF » et les rencontres avec des femmes nous avons pu nous interroger sur notre point de vue afin de trouver notre positionnement professionnel.

D'autre part, hormis l'intérêt que nous portons à ce sujet, nous sommes d'origine érythréenne et suisse. De ce fait, la recherche d'un positionnement neutre sur la pratique des MSF a sans doute été bousculée par cette bi-culturalité.

En dernier lieu, le fait de travailler seule, peut être un biais pour notre revue de littérature. Le sujet des MSF étant un sujet à la fois spécifique et à la fois « tabou », je n'ai pas pu le réaliser avec d'autres camarades. Ainsi, les réflexions, et les points de vue exprimés dans ce travail ne se rapportent qu'à moi.

### **8.3. Mot de l'auteur**

Comme annoncé dans la rubrique « mise en garde », dans cette partie du travail, le « je » sera utilisé pour exprimer mon apprentissage, mon vécu, mes sentiments en lien avec ce travail.

Alors que toutes les sociétés pensent le corps, le déforment (pratiques sacrificatoires, amputations, tatouages, blessures d'ordre symbolique qui laissent une empreinte indélébile) et proposent un corps de différence qui doit correspondre à la norme établie, le regard naturel de l'homme semble s'arrêter uniquement sur ce qui est visible (Boudon & Brunel, 1979, p.1 ; Carbonne Natacha 2011, p.14). Selon Maertens:

Le corps sert de surface d'inscription à la ritualité, cette dernière se manifeste par des mutilations (génitales en particulier mais pas exclusivement), de douloureuses scarifications, une néantisation du corps derrière le masque et le vêtement. Mais au prix de cette coupure, le corps peut circuler dans la société, fidèle au sens qui lui est dicté, entraînant à sa suite des mots et les biens (Maertens, 1979, p.17).

En ce sens, je souhaiterais dire que le résultat des mutilations génitales n'est que la pointe visible d'un « Iceberg ». Actuellement, on pense connaître le sujet, mais on n'en sait

jamais assez, ce qui fait qu'à chaque rencontre on est surpris. De cette partie visible (iceberg), on voit la pratique mais pas la culture, on peut voir les conséquences physiques, mais pas les atteintes psychologiques, on croit voir et comprendre, mais au final on ne sait rien et on est démuni. En bref, selon moi, il est dommage de choquer ceux qui ne savent rien (soignant non formé), de blesser celles qui ne souffrent pas (femmes qui se portent bien) et de stigmatiser, de traiter de « barbares » tous les membres de la communauté au nom de la pratique et de ses conséquences. En bref, la mutilation sexuelle féminine est un thème qui mérite d'être traité et approfondi davantage dans le but de sensibiliser, informer et modifier le regard porté sur cette pratique par la société.

En ce qui concerne la réalisation de ce travail, au-delà de la richesse des données, la richesse des réflexions, la difficulté des retranscriptions des entretiens, je ne me suis jamais découragée. A travers la réalisation de ce travail, j'ai pu m'enrichir de rencontres avec les professionnelles de la santé et avec des femmes concernées par les MSF. De même, hormis les acquis sur le sujet, j'ai pu comprendre les valeurs, découvrir d'autres aspects de ma culture d'origine que je ne connaissais pas. Egalement, à travers cette thématique, j'ai pu apprendre davantage sur les communautés (érythréenne et éthiopienne). En définitif, je suis contente de mon choix, de mes démarches et de mes acquis.

Enfin, je constate que, la majorité du temps, on dit toujours uniquement ce qui est négatif et on ne parle jamais de ce qui est positif. Ce pourquoi, je souhaiterais clôturer cette partie en disant que la majorité des femmes ayant vécu une mutilation génitale vivent très bien et sont en bonne santé.

## **9. Luites et résistances aux changements**

En fin de ce travail, nous avons souhaité ajouter ce chapitre sur les luites et les résistances aux changements en lien avec la pratique des MSF. Nous évoquerons alors les discussions et propositions émises pour l'arrêt ou le remplacement de ces pratiques. De même, nous parlerons des MSF et de leur évolution dans le temps et des débats actuels.

La mutilation génitale féminine est un thème à plusieurs facettes et peut être analysé sous différents axes. Les actes de MSF sont divers de par leurs origines et leurs inscriptions

dans le temps. Chaque fois que le sujet est évoqué, il induit une représentation systématique de ces pratiques « barbares » effectuées en Afrique. Or ces pratiques existent aussi hors du continent africain comme par exemple: en Arabie Saoudite, aux Emirats Arabes Unis, en Iraq, en Iran, en Jordanie, à Oman, au Pakistan, en Syrie, en Turquie, au Yémen, en Inde, au Sri Lanka, en Indonésie, en Australie en Nouvelle-Zélande, en Malaisie, au Pérou et également en Asie, en Europe et en Amérique suite à l'immigration (Ras-Work, 2007). Hormis ces pays, les mutilations génitales féminines ont aussi existé en Europe au Moyen-Age. Pendant cette période, selon le Dr. Shaff (chirurgien plasticien originaire de Munich), ces pratiques de mutilations étaient utilisées par différents médecins et psychiatres en France, en Angleterre et en Allemagne pour traiter la masturbation, l'hystérie et la névrose (Thurn, 2007).

La nouvelle loi suisse en vigueur (article 124 du code pénal) punit les auteurs de la MSF effectué sur une mineur ou une femme adulte (forcé ou consentante). Les exceptions de l'article 124 du code pénal peuvent mener à des controverses et la lutte au changement si elles sont regardées à travers la définition de l'OMS. Or les mutilations génitales féminines englobent: « toute lésion des organes génitaux féminins pratiquées à des fins non thérapeutiques ». (OMS, 2012) Donc si la nouvelle loi, fait exception des tatouages, piercing et opérations esthétiques, c'est qu'elle considère que : « des pratiques autochtones ... comme des interventions « légères » et contredit la définition de l'OMS » (Bader, 2011, pp. 8-9.). Ainsi, le corps est le « support » et la pratique culturelle (quelle qu'elle soit) est une « inscription » qui permet de circuler dans la société (Carbonne, 2011 ; Maerttense, 1979).

Par ailleurs, les difficultés actuelles sont que le thème de la mutilation génitale reste tabou et cela malgré les informations dont on dispose, malgré la mise en lumière des conséquences et malgré la médiatisation. Selon le Dr. Renteria: « le sujet est connu mais difficilement abordé par les professionnels » (Schumacher, 2012). Ainsi il y a des femmes qui sont: « suivies depuis longtemps [par des médecins de famille, des gynécologues, autres soignants] et souffrent de problèmes sans avoir pu en parler » (Schumacher, 2012). De ce fait, une partie des femmes mutilées ignore l'existence des soins (physique, psychologique etc.) qu'elle peut avoir. A cela s'ajoutent les limitations personnelles à l'accès aux soins. Une des problématiques médicales qui rend difficile le dialogue et la consultation concerne les valeurs personnelles, culturelles et émotionnelles de la personne

« mutilée ». Les résultats de nos entretiens montrent qu'il semble important de comprendre les raisons qui poussent certaines mères à vouloir faire subir ces blessures à leurs filles. De ce fait, l'intérêt porté aux motivations de ces femmes, permet de corriger les « fausses idées » via l'information qui peut être donnée sur les complications, les effets négatifs tant biologiques que psychologiques que cela produirait chez leurs filles.

En ce qui concerne la pratique, il existe deux avis qui s'opposent, à savoir celui des défenseurs de ces pratiques revendiquant le respect des valeurs et traditions culturelles et le point de vue légal qui revendique le respect et l'application des droits de l'homme: « Les défenseurs des pratiques de mutilations génitales féminines voient en cela une expression de l'impérialisme culturel de l'Occident, tandis que leurs opposants considèrent que les droits de l'homme sont universels et, donc, réfutent tout argument d'exception culturelle » (Wikipedia, 2013d).

Avant les changements de loi et l'interdiction des pratiques des MSF en occident, plusieurs solutions et propositions ont été émises. La première était la discussion qui concerne la méthode « piqûre/entaille » qui aurait été réalisée par des soignants dans des conditions optimales. Cette méthode avait été proposée comme une solution alternative ou de rechange aux pratiques des mutilations sexuelles féminines. Mais ces propositions ont été refusées par les militants engagés contre les MGF (Abdulcadir et al., 2011, traduction libre). Ainsi, un autre frein à la lutte des MSF sont les arguments avancés par la ligue européenne pour la valorisation de la « circoncision féminine ». Ils défendent la pratique de l'excision, car selon eux: « c'est une petite opération dépourvue de risque, indolore et sans effusion de sang. [...] Elle lutte efficacement contre la syphilis, le sida, le cancer, les maladies mentales, les troubles de la vision » (Prolongeau, 2006, p. 167, cité par Carbonne, 2011, p.153). Ainsi, elle permettrait selon eux d'éviter la survenue des infections et des maladies. A la suite des données consultées, nous pouvons dire que ces arguments sont erronés et réfutables.

La deuxième alternative de lutte aux MSF a été proposée lors d'un débat international, [par] des médecins et infirmières [qui] auraient souhaité une « médicalisation de la pratique des MGF » et cela en vue d'éviter des complications graves. La proposition a été refusée par la majorité des pays occidentaux. Malgré cela, la médicalisation de la pratique existe dans certains pays africains ayant été récemment industrialisés sur le plan

médical (Tamaddon et al., 2006, traduction libre). Ainsi, les pratiques de mutilations génitales féminines prennent un tournant comme dans le cas de l’Egypte. Dans ce pays, les MSF se pratiquent en milieu hospitalier par des infirmiers et médecins. Ces soignants défendent leurs pratiques en disant qu’ils n’ont pas le pouvoir d’interdire ou d’abolir les MGF, mais qu’ils permettent la réalisation des interventions en milieu hospitalier, sous anesthésie, avec respect de l’asepsie, et la prise en charge des complications. Selon eux, le but est de minimiser les conséquences sur la santé. Notons que hormis les motivations énoncées, nous pouvons retrouver la motivation liée à l’obtention d’un revenu supplémentaire. Toutefois, selon Carbonne : « ... la médicalisation de l’excision reste tout de même une mutilation, certes maîtrisée, mais institutionnalisée et le corps médical ne peut mutiler des individus pour des raisons culturelles » (Carbonne, 2011, p.152).

Actuellement, dans certaines régions de l’Europe et en Amérique du nord, une sorte de « mutilation génitale » à but esthétique est effectuée par certains médecins. Nommée « vaginoplastie au laser » ou chirurgie plastique/cosmétique (FGCS= Female Genital cosmetic surgery), elle est proposée aux femmes dont les structures génitales sont irrégulières à cause de l’hérédité, l’accouchement, des accidents et le vieillissement comme le précise Carbonne (2011):

Ce souci esthétique est aussi remarqué dans les sociétés occidentales où de plus en plus de femmes ont recours à la chirurgie de la vulve: nymphoplastie ou encore lifting du pubis. En tout état de cause, les excès de chair du sexe féminin doivent souvent disparaître (p.74).

La différence entre les pratiques «culturelles» de la mutilation sexuelle et la pratique « esthétique » des parties génitales, réside dans la méthode et l’âge de la réalisation. En effet, dans certains pays, les conditions des pratiques de MSF sont néfastes à la santé de l’enfant ou de la femme. C’est également dans ces pays que l’on ne demande pas l’avis de la personne avant de « l’exciser ». En plus de cela, selon Rocherieux, l’acte est réalisé sur des mineurs de moins de 15 ans ou des personnes qui ne sont pas en mesure de se protéger ou de se défendre en raison de leur âge ou de leur état physique ou psychique (Rocherieux, 2007). Contrairement à la MSF, la FGCS est volontaire. Cette demande volontaire « d’excision » consiste à rétrécir les lèvres vaginales. Ces pratiques qui ne semblent pas avoir de « liens thérapeutiques » sont devenues critères de beauté ou de laideur, de tolérance ou d’intolérance. Ainsi on pourrait retrouver plusieurs justifications de ces actes

qui sont similaires à celles qu'on utilise pour les MGF comme par exemple: « Un sexe excisé est censé être plus beau, plus féminin et donner plus de plaisir à l'homme » (Grörgy, 2005a).

Tant au niveau international, national que communautaire, le monde entier lutte contre les MSF depuis quelques années. Les pratiques de FGCS provoquent une mauvaise compréhension et des confusions qui entravent la lutte contre les MSF. Alors que les données consultées dans notre recherche donnent à la MSF une définition opposée à l'esthétique, d'autres en comparaison à la FGCS lui attribuent une valeur esthétique. De cette confusion et ces mauvaises interprétations naissent des propos tels que ceux de Habib Ellouze du parti Ennhada, actuellement au pouvoir en Tunisie qui déclare le 10 mars 2013 que: « L'excision ne supprime pas le plaisir féminin. L'Occident exagère. C'est une opération esthétique » (Khalid, 2013). En résumé, selon Habib Ellouze: « l'excision des filles (khitân) est une pratique légitime d'ordre exclusivement esthétique » (Souhail, 2013). Ce type de propos entrave non seulement la lutte pour l'abolition des MSF, mais suscite des réactions telles que : « je ne sais pas ce qui est pire. Réduire la femme à un objet sexuel ou considérer que la femme est un être asexué, sans doute deux conceptions qui se valent, et deux conceptions dominantes en Afrique » (Khalid, 2013).

Toutefois, il y a une différence entre critiquer la culture et donner de réelles informations pour motiver l'arrêt de la pratique des MSF. Nous savons que dans les pays d'origine, le sujet est non seulement «tabou», mais qu'on ne parle pas des conséquences. Les apports de l'occident sur cette pratique des MSF sont des informations basées sur des connaissances et appuyées par de recherches scientifiques. Ainsi, l'occident dénonce l'impact et les conséquences de ces pratiques. Parfois, cette dénonciation est mal vécue ou mal interprétée par les personnes qui pratiquent ou qui défendent « l'excision ». « L'occident » est ainsi accusé de critiquer les cultures et leurs valeurs. En bref, selon Carbonne : « Quoi qu'en soit, on assiste à un véritable choc des cultures et à un affrontement des légitimités ... Le dialogue devient un dialogue de sourds » (Carbonne, 2011, p.140).

Enfin, selon, Vogel-Misicka: « ceux qui sont venus en Suisse sont heureux de laisser cette pratique derrière eux. Qu'ils soient migrants économiques ou politiques, ils sont venus ici pour une vie meilleure.» (Vogel-Misicka, 2012) A la suite de cet argument, nous pouvons dire que les petites filles nées en occident sont pour la plupart tirées d'affaire, de même

pour les femmes à risque d'être ré-infibulées après chaque accouchement. Pour une partie de celles qui les ont déjà vécues, l'abolition progressive de cette pratique dans les pays d'origine donne espoir de réconciliation avec la culture et avec la famille (Eiriz & Ali Aden, 2013, [notes de cours]). Toutefois, la lutte pour l'abolition des MSF n'est pas terminée et les pressions communautaires pour poursuivre les mutilations génitales existent.

## **10. Conclusion**

En conclusion, nous pouvons dire que malgré l'avancée et les progrès de nos sociétés, malgré l'information divulguée auprès des gouvernements et des pays qui pratiquent les MSF, malgré un « certain succès » du combat pour l'abolition, la pratique se poursuit et des enfants et des femmes continuent d'en souffrir (IDE, 2006 ; OMS, 2008). En tant que futures soignantes, nous serons amenées à prendre en charge ces filles et ces femmes. C'est une des raisons pour lesquelles nous avons choisi de développer cette thématique.

Suite à nos recherches, nous avons pu voir qu'il existe un certain nombre d'études scientifiques réalisées sur ce sujet. Les écrits actuels sont discutables, car ils évoquent des éléments qui sont limitatifs, comme par exemple l'affirmation que toutes les femmes souffrent des mutilations génitales, alors que la grande majorité se porte bien. De même l'OMS a récemment modifié ses propos concernant: « l'intégrité du clitoris ou l'orgasme comme principales mesures d'une sexualité saine » (Abdulcadir, Margairaz & Rollini, 2013[Notes de conférence] ; OMS 2008). Dans cette situation, les articles et discussions se basent sur la « fonction génitale du sexe » et tentent de démontrer l'atteinte intégrale et l'insatisfaction à travers des problèmes tels que: la difficulté d'excitation, l'absence d'orgasme et la présence de la douleur lors des rapports sexuels. Ainsi, la notion du désir et de la capacité d'adaptation, de résilience et l'investissement des autres zones érogènes sont très peu évoquées.

En ce qui concerne la condamnation et les conséquences, les personnes auteurs, instigateurs ou participants peuvent être condamnées à une peine privative de liberté de dix ans au plus ou d'une peine pécuniaire de 180 jours-amende au moins selon l'article 124 du code pénal suisse (Abdulcadir et al., 2011, traduction libre ; *Art. 124 CP* : RS 311.0 ; IDE,

2006 ; Trechsel & Schlauri, 2005). En cas de suspicion de la pratique des MSF sur une mineure: « le Service de protection des mineurs de l'office de la jeunesse (SPMi) peut-être alerté ... » (Conseil d'Etat, 2007, p.6). Néanmoins, rappelons que l'attente de preuves irréfutables ou le souci de maintenir la relation avec l'enfant ou avec l'environnement familial peut mener à des conséquences qui peuvent être dramatiques. Cependant, en cas de doute nous recommandons de prendre contact avec les professionnels dans ce domaine. De même, il est important de bien définir le contexte socio-culturel et économique pour décider si une mesure de protection peut être mise en place. Toutefois, il est indispensable d'informer et de vérifier la compréhension des parents sur les lois et les sanctions, car si le risque est très élevé, la mesure dite « clause pérille » et d'autres sanctions comme le retrait de garde peuvent s'appliquer aux parents (conseil d'Etat, 2007, p.6).

De même, il nous semble important de renforcer les informations dispensées en évoquant davantage les risques de ces pratiques, telles que les maladies « sanguino-transmissibles » à savoir, l'hépatite B, le SIDA, mais aussi des infections, les tumeurs (excroissances et fistules) qui sont plus importantes que la simple notion de difficulté sexuelle.

Pour la prise en charge des patientes ayant vécu une mutilation génitale, nous recommandons non seulement une approche pluri et multidisciplinaire mais aussi transculturelle. De plus, les professionnels de première ligne tout comme les spécialistes doivent favoriser et respecter particulièrement la « phase sociale »; période initiale de connaissance, d'appropriation et de confiance (Rollini, 2003, [notes de conférence]). Ce temps est indispensable pour savoir si la femme se porte bien ou si elle a des demandes de soin en lien avec la mutilation vécue. De même cette phase initiale est indispensable pour la compliance des soins, pour le message que l'on souhaite transmettre et pour garantir une suite de la prise en soin.

Il ressort de nos lectures et entretiens que les femmes expriment le souhait d'être prises en soin par des soignants de même sexe. C'est pourquoi, il est également important de leur demander leur avis. Au cours de l'entretien, il est nécessaire d'aborder la question de la confidentialité, du respect de l'intimité et du secret professionnel. Il est indispensable de faire appel à une traductrice ou médiatrice pour faciliter l'échange. En plus des connaissances acquises sur le sujet (pour comprendre ces pratiques, pour les aborder avec



les personnes concernées, pour la prise en charge globale), il faut également connaître le réseau de soin pour savoir vers qui les adresser.

Enfin, la thématique des MSF est un sujet qui comporte deux « tabous ». Premièrement, on retrouve la violence de la mutilation et les difficultés liées aux conflits culturels et de valeurs qui peuvent susciter des réactions chez le soignant. Deuxièmement, il existe un tabou lié aux difficultés inhérentes à tout professionnel de la santé qui doit s'intéresser à cette thématique difficile, à la sexualité et à l'intimité de ses patientes (Zaidi et al., 2007). Les raisons pour lesquelles les médecins, les soignants ont tendance à éviter d'aborder ce sujet, sont soit par manque de connaissances, soit par l'effet de surprise lors de la confrontation. Parfois, suivant l'atteinte et les conséquences, les soignants peuvent se sentir impuissants. Ces éléments aboutissent souvent à une réelle incompréhension et à des jugements entre patientes et soignants. Quoi qu'il en soit, oser aborder le sujet peut non seulement aider les patientes à sortir du statut de « victime », mais aussi les orienter vers les lieux de soins appropriés. De même aborder le sujet permet de les reconnaître d'abord comme une personne, puis de valoriser leurs capacités adaptatives et reconnaître pour certaines qu'elles vont bien malgré ce qu'elles ont vécu (Abdulcadir et al., 2011, et Renteria, 2008).

# Bibliographie

- Abdulcadir, J., Margairaz, C., Boulvain, M. & Irion, O. (2011). Care of women with female genital mutilation/cutting. *Swiss medical weekly*, 140, 1-8. Doi : 10.4414/smw.2011.13137
- Abemyil, M. (2010). *Soin transculturel, un impératif pour l'Infirmière du 21ème siècle. Ou quand la science infirmière rencontre l'anthropologie.* Accès [http://www.sidiief.org/~media/Files/11\\_0\\_SectionReserveMembres/BanqueTextes/MarieAbemyil2010Bulletin.ashx](http://www.sidiief.org/~media/Files/11_0_SectionReserveMembres/BanqueTextes/MarieAbemyil2010Bulletin.ashx)
- Ali Aden, F. & Osman, S. (2007). *Femmes mutilées plus jamais!* [DVD]. Suisse, Sion: Institut international des Droits de l'Enfant.
- Allemand, A. (2006, 6 décembre). L'islam déclare la guerre à l'excision des femmes. *La tribune de Genève*. Accès [http://bellacio.org/fr/article.php3?id\\_article=38569](http://bellacio.org/fr/article.php3?id_article=38569)
- Amazon asbl-vzw. (2009). *Les Nations Unies contre les MGF.* Accès <http://www.amazon.be/spip.php?article2139>
- Andrews, MM. & Boyle, JS. (2002). Transcultural Concepts in Nursing care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 178-180. Doi : 10.1177/ 10459602013003002
- Aoun N. & Bordeaux, A. (2011). *La prise en charge sage-femme des patientes migrantes ayant des mutilations génitales féminines est-elle adaptée à leurs besoins?* (Travail de Bachelor non publié). Haute école de santé Genève.
- Arsever, E., Sow, M. & Glatz, G. (1979). *Au nom de la tradition :reportage Sénégal.* [Vidéo en ligne]. Accès <http://www.rts.ch/emissions/temps-present/international/1285604-au-nom-de-la-tradition.html>
- Art. 3 ch.2 de la convention relative au droit de l'enfant du 8 avril 2010 (=RS 0.107). Accès <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19983207/index.html>
- Art.3 de la convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 23 février 2012 (=CEDH : RS 0.101 ) <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19500267/index.html>
- Art.5a de la convention sur l'élimination de toutes les formes de discriminations à l'égard des femmes du 6 mars 2012 (=RS 0.108). Accès <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19983322/index.html>
- Art. 7, al. 4 et 5, du code pénal suisse du 1<sup>er</sup> juillet 2013 (= CP ; RS 311.0). Accès <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19370083/index.html#a124>
- Art. 19 ch.1 de la convention relative au droit de l'enfant du 8 avril 2010 (=RS 0.107). Accès <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19983207/index.html>
- Art. 24 ch. 3 de la convention relative au droit de l'enfant du 8 avril 2010 (=RS 0.107). Accès <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19983207/index.html>
- Art. 24 du code pénal suisse du 1<sup>er</sup> juillet 2013 (= CP ; RS 311.0). Accès <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19370083/index.html#a124>

- Art. 25 du code pénal suisse du 1<sup>er</sup> juillet 2013 (= CP ; RS 311.0). Accès <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19370083/index.html#a124>
- Art. 28a, al 1 et 2 du code pénal suisse du 1<sup>er</sup> juillet 2013 (= CP ; RS 311.0). Accès <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19370083/index.html#a124>
- Art. 48a du code pénal suisse du 1<sup>er</sup> juillet 2013 (= CP ; RS 311.0). Accès <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19370083/index.html#a124>
- Art. 84 al.2 de la loi sur la santé du 7 avril 2006 (=LS : K 103). Accès [http://www.ge.ch/legislation/rsg/f/rsg\\_k1\\_03.html](http://www.ge.ch/legislation/rsg/f/rsg_k1_03.html)
- Art. 122 du code pénal suisse du 1<sup>er</sup> juillet 2013 (= CP ; RS 311.0). Accès <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19370083/index.html#a124>
- Art. 123 ch.1 du code pénal Suisse du 1<sup>er</sup> juillet 2013 (= CP ; RS 311.0). Accès <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19370083/index.html#a124>
- Art 124 al.1 et 2 du code pénal suisse du 1<sup>er</sup> juillet 2013 (= CP ; RS 311.0). Accès <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19370083/index.html#a124>
- Art. 126 du code pénal suisse du 1<sup>er</sup> juillet 2013 (= CP ; RS 311.0). Accès <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19370083/index.html#a124>
- Art. 272 du code civil suisse du 1<sup>er</sup> juillet 2013 (= CC ; RS 210). Accès <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19070042/index.html>
- Art. 310 du code civile suisse du 1<sup>er</sup> juillet 2013 (= CC ; RS 210). Accès <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19070042/index.html>
- Art. 311 du code civile suisse du 1<sup>er</sup> juillet 2013 (= CC ; RS 210). Accès <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19070042/index.html>
- Art. 312 du code civile suisse du 1<sup>er</sup> juillet 2013 (= CC ; RS 210). Accès <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19070042/index.html>
- Art. 320 du code pénal suisse du 1<sup>er</sup> juillet 2013 (= CP ; RS 311.0). Accès <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19370083/index.html#a124>
- Art. 321 du code pénal suisse du 1<sup>er</sup> juillet 2013 (= CP ; RS 311.0). Accès <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19370083/index.html#a124>
- Art 358ter du code pénal suisse du 1<sup>er</sup> juillet 2013 (= CP ; RS 311.0). Accès <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19370083/201307010000/311.0.pdf>
- Bader, D. (2011). *Excision et nymphoplastie : « Ça n'a rien à voir ! » : des représentations sociales à la norme pénale*. (Mémoire de master en Sociologie. Université de Genève). Accès <http://www.unige.ch/ses/socio/publications/memoires/bader.pdf>
- Berggren, V., Bergström, S. & Edberg, A-K. (2006). Being different and vulnerable: experiences of immigrant African women who have been circumcised and sought maternity care in Sweden. *Journal of Transcultural Nursing*, 17(1), 50-57. Doi : 10.1177/1043659605281981

- Boudon, P. & Brunel, G. (1979). Introduction : Le corps et le Soi [Numéro spécial]. *Anthropologica*, 21(1), 1-7.
- Boulmer, A-M. (2012). *La plaie et le couteau* [DVD]. [S.l.] : Glam Chic [prod.]
- Bourquin, S. (2006, 15 juillet). La gauche veut une enquête sur l'excision. *Le Courrier*. Accès [http://www.lecourrier.ch/la\\_gauche\\_veut\\_une\\_enquete\\_sur\\_l\\_excision](http://www.lecourrier.ch/la_gauche_veut_une_enquete_sur_l_excision)
- Bureau cantonal pour l'intégration des étrangers et la prévention du racisme (bci) Caritas Suisse. (2012). *Osons parler d'excision! Mutilations génitales féminines (MGF) : quelles prises en charge dans le canton de Vaud? ; manuel à l'intention des professionnel-le-s*. Accès [http://www.vd.ch/fileadmin/user\\_upload/organisation/dire/spop/fichiers\\_pdf/Brochure\\_MGF\\_pour\\_web.pdf](http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dire/spop/fichiers_pdf/Brochure_MGF_pour_web.pdf)
- Carbonne, N. (2011). *Les mutilations sexuelles féminines*. Paris: Edition Berge international.
- Centre suisse de compétence pour les droits humain. (2011). *Mutilations génitales: le Parlement adopte une législation plus sévère*. Accès [http://www.humanrights.ch/fr/Suisse/interieure/Violence/Mutilation-genitale/idart\\_7145-content.html](http://www.humanrights.ch/fr/Suisse/interieure/Violence/Mutilation-genitale/idart_7145-content.html)
- Centre suisse de compétence pour les droits humain. (2011). *Normes pénales suisse contre les mutilations sexuelles féminines*. Accès <http://www.skmr.ch/frz/domaines/migration/gesammelte-artikel/fgm-norme-penale.html>
- Chalmers, B. & Omer Hashi, K. (2000). 432 Somali Women's Birth Experiences in Canada after Earlier Female Genital Mutilation. *Birth*, 27(4), 227-234. Accès <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1523-536x.2000.00227.x/pdf>
- Comité suisse pour l'Unicef. (2005). *Les mutilations génitales féminines en suisse. Enquête auprès des sages-femmes, gynécologues, pédiatres et services sociaux suisse*. Zurich : UNICEF. Accès [http://assets.unicef.ch/downloads/Bericht\\_Umfrage\\_FGM\\_fr.pdf](http://assets.unicef.ch/downloads/Bericht_Umfrage_FGM_fr.pdf)
- Confédération Suisse, Office Fédérale de la Santé Publique & Terre de Femmes Schweiz. (2010). *Nous protégeons nos filles, informations contre l'excision*. Accès <http://www.migesplus.ch/index.php?id=9&uid=69&L=1>
- Conseil d'Etat. (2007). *Rapport du Conseil d'Etat : M 1694-A*. Accès <http://www.cinema-bio.ch/FILMS/8octobre/M01694A.pdf>
- Conseil international des infirmières. (2006), *Code déontologique du CII pour la profession infirmière*. Accès <http://www.sbk-asi.ch/webseiten/francais/7service-f/pdf/icncodef.pdf>
- Coutu-Wakulczyk, G. (2003). Pour des soins culturellement compétents: le modèle transculturel de Purnell. *Recherche en soins infirmier*, 72, 34-47 Accès <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/72/34.pdf>
- Cucherat M., Lièvre M., Leizorvicz A. & Boissel J-P. (2004). *Lecture critique et interprétation des résultats des essais cliniques pour la pratique médicale*. Paris: Editions Médecine-sciences Flammarion.

- Davies, B, & Logan, J. (2011). *Lire des textes de recherche. Guide convivial pour infirmiers et autres professionnels de la santé*. (4<sup>e</sup> éd.). Canada : Edition Elsevier Mosby.
- De Hennezel M. (2004). *Le souci de l'autre*. France: Edition Poche.
- Département des institutions, Office des droits Humains. (2008). *Protégeons nos filles de l'excision. Stop MGF*. [Brochure]. Accès [http://60dudh.codap.org/Codap\\_Medias/02-Documents\\_thematiques/02\\_02\\_Genre/02\\_02\\_01\\_Service\\_de\\_la\\_promotion\\_Egalite\\_homme\\_femmes/02\\_02\\_01\\_13\\_Mutilations\\_genitales\\_SPPE.pdf](http://60dudh.codap.org/Codap_Medias/02-Documents_thematiques/02_02_Genre/02_02_01_Service_de_la_promotion_Egalite_homme_femmes/02_02_01_13_Mutilations_genitales_SPPE.pdf)
- Dominicé Dao, M. (2009). Consultation transculturelle en milieu hospitalier. In B. Goguikian Ratcliff & O. Strasser (Dir.), *Clinique de l'exil, chroniques d'une pratique engagée* (59-71). Genève: Georg.
- Drevillon, E., Hamdane, Z., Kaufinger, F. & Mazeas, M. (1999). *Contre les mutilations des femmes*. [DVD]. Paris, France 3
- Elkaïm, A-C. (2007). *L'excision : la violence faite aux femmes*. [DVD]. [S.l.]: ZDF
- Eya Nchama, MCM. (2007). *Mutilations Génitales Féminines (MGF) en Afrique et dans le monde*. Accès <http://www.ge.ch/integration/doc/publications/mgf-monde-05-10-07.pdf>
- Fatima. & Blandinières, S. (2011). *Esclave à 11 ans*. France: Editions Flammarion.
- Franjou, M-H. & Guillet, I. (1995). *Femme assises sous le couteau : en bambara « se faire exciser » se dit « s'asseoir sous le couteau » : manuel destiné à l'animation de réunions ayant pour thème la prévention des mutilations génitales féminines*. Paris : G.A.M.S.
- Gignon, M., Manaouil, C., Decourcelle, M. & Jarde, O. (2008). Le rôle des soignants face aux mutilations sexuelles féminines, stratégie soignante. *Revue soins Pédiatrie/Puériculture*, 245, 39-41.
- Goguikian Ratcliff, B. & Bercher, D. (2011). Migrants et réfugiés en consultation. Quelles pratiques et quelle éthique. *Dossier Pratique et éthique. Psychoscope*, 8(9), 16-19.
- Grima, S. (2005). La sage-femme et les mutilations génitales féminines. *Revue profession sage-femme*. 117, 19-35.
- Gynécologie sans Frontières [GSF]. (2007). *Mutilation sexuelles féminines*. Accès [http://www.infos-maternites.fr/Infos-maternites\\_dossier\\_MSFPDF](http://www.infos-maternites.fr/Infos-maternites_dossier_MSFPDF)
- György, A. (2005a, 19 novembre). Ce sont surtout des femmes qui perpétuent les excisions. *Le Courrier*. Accès [http://www.lecourrier.ch/ce\\_sont\\_surtout\\_les\\_femmes\\_qui\\_perpetuent\\_les\\_excisions](http://www.lecourrier.ch/ce_sont_surtout_les_femmes_qui_perpetuent_les_excisions)
- György, A. (2005b, 28 novembre). Quelque sept cents femmes victimes d'excision vivent à Genève. *Le Courrier*. Accès [http://www.lecourrier.ch/quelque\\_sept\\_cents\\_femmes\\_victimes\\_d\\_excision\\_vivent\\_a\\_geneve](http://www.lecourrier.ch/quelque_sept_cents_femmes_victimes_d_excision_vivent_a_geneve)
- Haute école de santé Genève. (2012, septembre). *Pub Med : « Aide-mémoire »*. Accès <http://nnlm.gov/training/resources/pmttri.pdf>

- Hohlfeld, P., Thierfelder, C. & Jäger, F. (2005). Mutilations génitales féminines : recommandations suisses à l'intention des professionnels de la santé. *Bulletin des médecins suisses*, 86(16), 961-969. Accès [http://www.intact-network.net/intactfr/cp/files/1284983841\\_Mutilations%20g%C3%A9nitaless%20f%C3%A9minines%20Recommandations%20suisses%20%C3%A0%20l'E2%80%99intention%20des%20professionnels%20da%20la%20sant%C3%A9.PDF](http://www.intact-network.net/intactfr/cp/files/1284983841_Mutilations%20g%C3%A9nitaless%20f%C3%A9minines%20Recommandations%20suisses%20%C3%A0%20l'E2%80%99intention%20des%20professionnels%20da%20la%20sant%C3%A9.PDF)
- Hôpitaux Universitaires de Genève. (2012). *Consultation MSF (Mutilations Sexuelles Féminines). Département de gynécologie et d'obstétrique*. Accès [http://gyneco-obstetrique.hug-ge.ch/gynecologie/consult\\_MSF\\_mars\\_2012.pdf](http://gyneco-obstetrique.hug-ge.ch/gynecologie/consult_MSF_mars_2012.pdf)
- Hôpitaux Universitaires de Genève & Université Ouvrière de Genève. (2010). *Paroles de migrants. Des expériences de santé dans le système de soins genevois*. Genève : HUG. Accès [http://consult-transculturelle-interpretariat.hug-ge.ch/\\_library/pdf/Paroles-de-Migrants9.pdf](http://consult-transculturelle-interpretariat.hug-ge.ch/_library/pdf/Paroles-de-Migrants9.pdf)
- Horrman, S. (2009). *Fleur du désert*. [DVD]. Allemagne.
- Institut international des Droits de l'Enfant. (2006). *Journée de sensibilisation aux mutilations génitales féminines (MGF) en Valais*. Accès <http://www.childsrights.org/html/documents/wr/wrmgf2006-5.pdf>
- Institut international des Droits de l'Enfant. (2009). *Les Mutilations génitales féminines. Manuelle didactique à l'usage des professionnels en suisse*. Sion: IDE
- Johansen, R.E.B. (2006). *Expériences and perceptions of pain, sexuality and Childbirth. A study of Female Genital Cutting among Somalis in Norwegian Exile, and their health care providers*. (Thèse doctorat ) Norvège: Université d'Oslo.
- Jollien, A. (2002). *Le métier d'homme*. Paris : Seuil.
- Kabore, R. (2008). *L'excision dans le post-partum. Comment les professionnels pourraient adapter leur prise en charge aux besoins des femmes excisées?* (Mémoire de fin d'étude. (Haute école de la santé la source - Lausanne). Accès [https://doc.rero.ch/record/11201/files/HEdS-LaSource\\_MFE\\_Kabor\\_VolAut04\\_s\\_curis\\_.pdf](https://doc.rero.ch/record/11201/files/HEdS-LaSource_MFE_Kabor_VolAut04_s_curis_.pdf)
- Kaplan-Marcusan, A., Torán-Monserrat, P., Moreno-Navarro, J., Castany Fàbregas, MJ. & Muñoz-Ortiz, L. (2009). Perception of primary health professionals about Female Genital Mutilation: from healthcare to intercultural competence. *BMC Health Services Research*, 9(11), 1-8. Doi : 10.1186/1472-6963-9-11
- Khalid, G. (2013). *Plume de Paname : L'excision a ses raisons (esthétiques) que la raison ne connaît pas*. Accès <http://plumesdepaname.fr/?p=2295>
- Labbé, F. & Pelletier, L. (2001). *Matériel pédagogique sur l'hygiène corporelle Groupe en alphabétisation de Montmagny-Nord*. Accès <http://bv.cdeacf.ca/bvdoc.php?no=22892&col=RA&format=htm&ver=old>
- Larousse. (2008). *Définition : mutilation*. Accès <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/mutilation/53449>
- Larousse. (1998). *Le Petit Larousse Illustré. Dictionnaire encyclopédique*. Paris : Brodas

- Larousse. (2007). *Le Petit Larousse Illustré*. Paris : Larousse
- Leininger, M. (1996). Culture Care Theory, Research, and Practice. *Nursing Science Quarterly*, 9(2), 71-78. Doi : 10.1177/089431849600900208
- Leininger, M. (1999). What Is Transcultural Nursing and Culturally Competent Care? *Journal of Transcultural Nursing*, 10(1), 9. Accès <http://www.deepdyve.com/lp/sage/what-is-transcultural-nursing-and-culturally-competent-care-L7H0EC084M>
- Leininger, M. (2002). Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3): 189-192. DOI: 10.1177/10459602013003005
- 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. Accès <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/07399330490475593>
- Loi du 7 avril 2006 sur la santé (= LS ; RSG K 1 03). Accès [http://www.ge.ch/legislation/rsg/f/rsg\\_k1\\_03.html](http://www.ge.ch/legislation/rsg/f/rsg_k1_03.html)
- Lundberg, PC. & Gerezgiher, A. (2006). Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden. *Midwifery*, 24, 214-225. Doi : 10.1016/j.midw.2006.10.003
- Maertens, J-T. (1979). Le rite est dé-corp [Numéro spécial]. *Anthropologica*, 21(1), 9-22
- Marques-Duarte, A. (2011). *Les mutilations génitales féminines: défis pour une prise en charge infirmière transculturelle*. (Travail de Bachelor. Haute Ecole de Santé, Filière Soins Infirmiers. Fribourg). Accès [http://doc.rero.ch/lm.php?url=1000.41.28.20111006143907-DU/MARQUES\\_DUARTE\\_Ana\\_Margarida.pdf](http://doc.rero.ch/lm.php?url=1000.41.28.20111006143907-DU/MARQUES_DUARTE_Ana_Margarida.pdf)
- Moreira, P. (2013). *Sexe et révolutions arabe*. [Reportage vidéo en ligne]. Lausanne : RTS.
- Muzdebeck, H. (2006). *La chose : compagne contre un tabou*. [DVD], (S.l.) : ZDF
- Nations Unies. (2012). *Objectifs du Millénaire pour le développement: rapport de 2012*. Accès <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2012/French2012.pdf>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2008). *Éliminer les mutilations sexuelles féminines : déclaration inter institutions, HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA, UNESCO, UNHCR, UNIFEM*. Suisse. Genève : OMS
- Organisation Mondiale de la Santé. (2012) *Mutilation sexuelles féminines : aide-mémoire N°241*. Accès <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/fr/>
- Périnatalité. (2011a). *Les mutilations sexuelles féminines: anatomie*. Accès <http://www.perinat-france.org/portail-grand-public/prevention/violences-conjugales-mutilations-sexuelles/mutilations-sexuelles-feminines/anatomie-370-756.html>
- Périnatalité. (2011b). *Mutilations Sexuelles Féminines : définition*. Accès <http://www.perinat-france.org/portail-grand-public/prevention/violences-conjugales-mutilations-sexuelles/mutilations-sexuelles-feminines/definition-370-757.html>



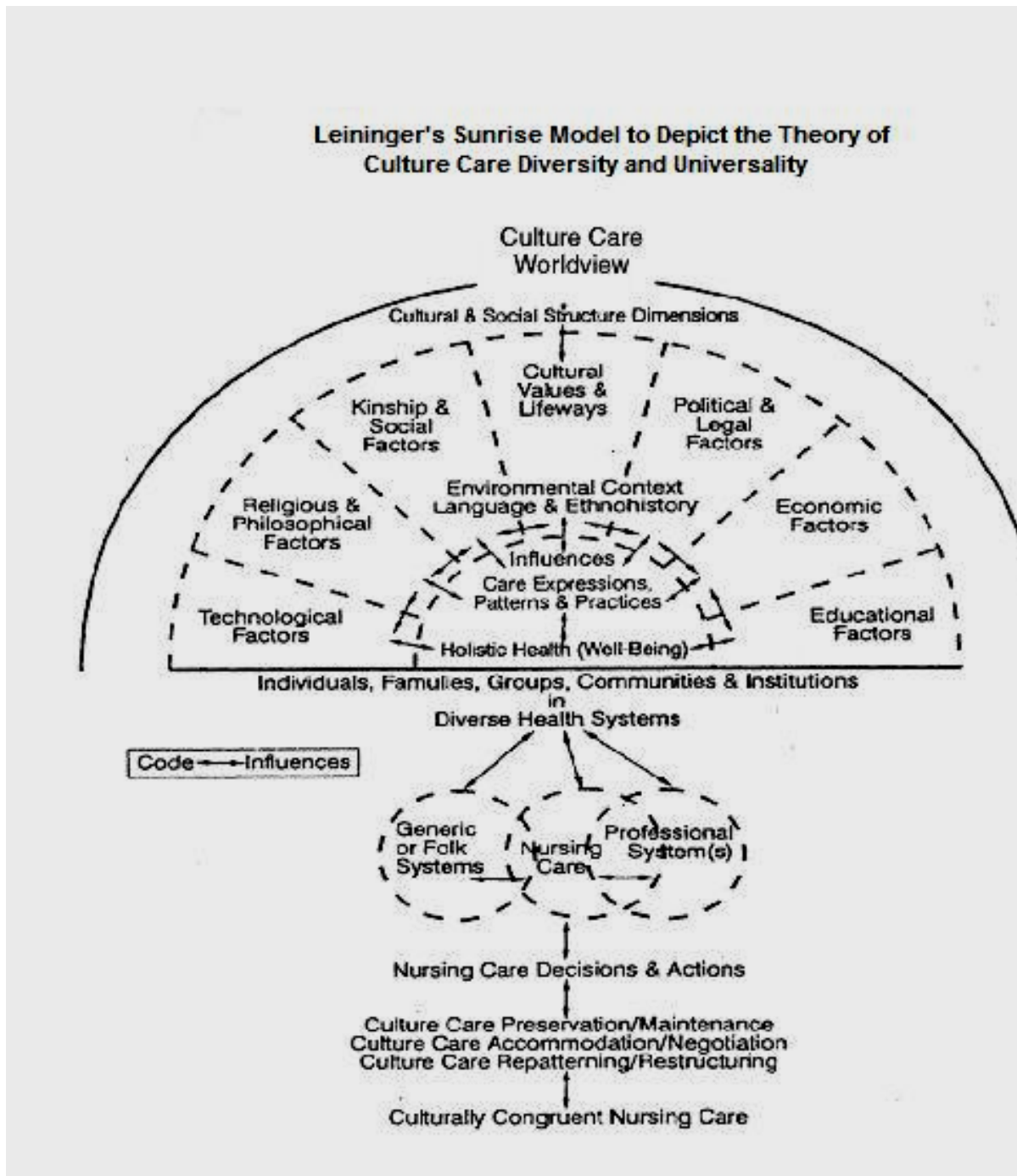
- Petit-Jouvet, L. (1995). *Assise sur le couteau*. [DVD]. (S.I.). France: Médiathèque des trois mondes.
- Le Petit Robert. (1986). *Dictionnaire de la langue française*. Paris : Le Robert
- Popiea, E. & Moreau, D. (2004). Les soins infirmiers et les mutilations génitales féminines. *Revue Perspective Infirmière*, 1(3), 30-36.
- Powell, R.A., Leye, E., Jayakody, A., Mwangi-Powell, F., N. & Morison, L. (2004). Female genital mutilation, asylum seekers and refugees: the need for an integrated European Union agenda. *Health Policy*, 70, 151–162. Accès <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851004000867#>
- Ras-Work, B. (2007). *Mutilation Génitales Féminines, de quoi parle-t-on?* [Présentation PowerPoint]. Accès <http://www.ge.ch/egalite/doc/violence/ras-work.pdf>
- Renteria, S-C. (2008). Mutilations génitales féminines – l’adolescente en quête de réponses. *Revue Médicale Suisse*, 4, 1445-1450. Accès <http://rms.medhyg.ch/numero-161-page-1445.htm>
- Revue médical suisse. (2010). *Qui sommes-nous ? La Revue Médicale Suisse en quelques lignes*. Accès <http://rms.medhyg.ch/a-propos.php>
- Le Robert. (1992). *Dictionnaire historique de la langue française*. Paris : Le Robert
- Rocherieux, J. (2007). Les mutilations sexuelles féminines : un enjeu de santé publique. *Cahier de la puéricultrice*, 10(210) 39-40.
- Royal College of Nursing. (2006). *Female genital mutilation. An RCN educational resource for nursing and midwifery staff*. Accès [http://www.rcn.org.uk/\\_data/assets/pdf\\_file/0012/78699/003037.pdf](http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0012/78699/003037.pdf)
- Royal College of Obstetricians and Gynecologists. (2003, may). *Female Genital Mutilation. Setting standards to improve women’s health. RCOG : statement No. 3* Accès <http://www.nhs.uk/secure/rcof/safeguarding/RCOG%20Statement%20on%20FGM.pdf>
- Schumacher, A. (2012, 4 juillet) Excision: la Suisse romande agit. *Le Matin*. Accès <http://www.lematin.ch/suisse/Excision-la-Suisse-romande-agit/story/10205639>
- Shair Jeelaani , F. & Yohannes, A. (2013). *Mutilations sexuelles féminines*. (Article : soumis pour une publication). Haute école de santé Genève.
- Souhail, F. (2013). *Dreuz.info: Tunisie, instauration de la polygamie et de l’excision des femmes*. Accès <http://www.dreuz.info/2013/03/tunisie-instauration-de-la-polygamie-et-lexcision-des-femmes/>
- Société suisse de gynécologie et d’obstétrique. (2005). *Guideline : mutilations génitales féminines: recommandations suisses à l’intention des professionnels de la santé*. <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12512/13670/index.html?lang=it&download=NHZLpZig7t,lnp6I0NTU042l2Z6ln1ah2oZn4Z2qZpnO2Yuuq2Z6gpJCLdoF.gWym162dpYbUzd,Gpd6emK2Oz9aGodetmqaN19XI2IdvoaCVZ,s->



- Swiss Medical Weekly (S.d). *About us*. Accès <http://www.smw.ch/about-smw/about-us/>
- 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(8), 709-722. Accès <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/07399330600817741>
- Thierfelder, C., Tanner, M. & Kessler Bodiang, CM. (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. Doi: 10.1093/eurpub/cki120
- Thurn, V. (2006). *Pas ma fille ! L'excision en Europe*. [DVD]. (S.l.). ZDF.
- Trechsel, S. & Schlauri, R., (2005). Les mutilations génitales féminines en Suisse: expertise juridique. *Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique*, LVIII, (4), 387-438. ISSN: 1424-4683.
- Trucker, D-M. (1997). *Female genital mutilation: a harmless cultural tradition or a harmful means of control*. Accès <http://academic.udayton.edu/health/01status/97tucker.htm>
- Unicef. (2006). *Lutter contre une vieille tradition, la mutilation génitale féminine en Ethiopie*. Accès [http://www.unicef.org/french/protection/ethiopia\\_34881.html](http://www.unicef.org/french/protection/ethiopia_34881.html)
- Unicef. (2010). *Commémorer l'interdiction des mutilations génitales féminines en Érythrée*. Accès [http://www.unicef.org/french/infobycountry/eritrea\\_52819.html](http://www.unicef.org/french/infobycountry/eritrea_52819.html)
- Unicef suisse (2013). *Enquête 2012 : les mutilations génitales féminines en Suisse, Risques, étendue de la pratique, mesures recommandées*. Accès [http://www.unicef.ch/sites/default/files/attachments/unicef\\_mfg\\_enquete\\_2012.pdf](http://www.unicef.ch/sites/default/files/attachments/unicef_mfg_enquete_2012.pdf)
- Vangen S., Johansen R.E.B., Sundby J., Traeen, B. & Stray-Pederson B. (2004). Qualitative study of perinatal care experiences among Somali women and local health care professionals in Norway. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 121 (1), 29-35. Doi :10.1016/S0301-2115(03)00313-0
- Vogel-Misicka, S. (2012). *swissinfo.ch : législation : Une loi plus dure contre les mutilations génitales*. Accès [http://www.swissinfo.ch/fre/societe/Une\\_loi\\_plus\\_dure\\_contre\\_les\\_mutilations\\_genitales.html?cid=32992496](http://www.swissinfo.ch/fre/societe/Une_loi_plus_dure_contre_les_mutilations_genitales.html?cid=32992496)
- Wikipedia. (2013a ). *Google Scholar*. Accès [http://fr.wikipedia.org/wiki/Google\\_Scholar](http://fr.wikipedia.org/wiki/Google_Scholar)
- Wikipedia. (2013b). *Episiotomie*. Accès <http://fr.wikipedia.org/wiki/%C3%89pisiotomie>
- Wikipedia. (2013c). *Pub Med*. Accès <http://fr.wikipedia.org/wiki/PubMed>
- Wikipedia. (2013d) *Mutilations génitales féminines*. Accès [http://fr.wikipedia.org/wiki/Mutilations\\_g%C3%A9nitales\\_f%C3%A9minines](http://fr.wikipedia.org/wiki/Mutilations_g%C3%A9nitales_f%C3%A9minines)
- Wikipedia. (2013e). *Excision*. Accès <http://fr.wikipedia.org/wiki/Excision>
- 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. Doi:10.1080/01443610601124257

# Annexes

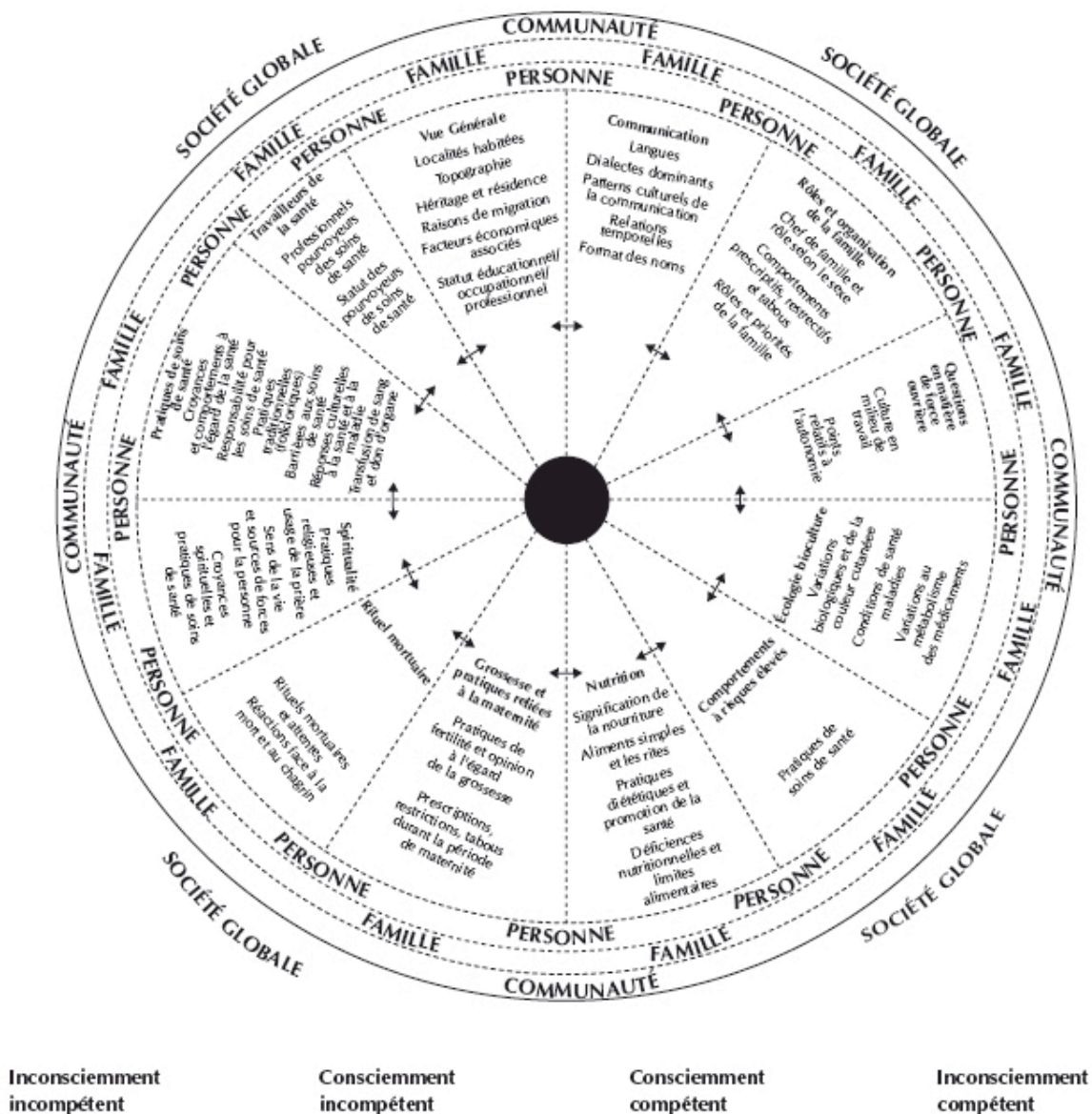
## Annexe I: Théorie et modèle de Madeleine Leininger



Tiré de: Leininger, 2002,

## Annexe II : Théorie et modèle de soins Purnell

### Modèle Transculturel de Purnell : Compétence Culturelle



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

Tiré de : Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 36

Département de gynécologie et  
d'obstétrique



### **Pour la Prise de RDV à la consultation MSF au Département de Gynécologie et d'Obstétrique**

30 Bld de la Cluse  
1205 Genève  
022 382 40 05  
<http://gyneco-obstetrique.hug-ge.ch/>  
Dre J. Abdulcadir

### **Pour la Prise de RDV à l'Unité de santé sexuelle et planning familial:**

47, Bld de la Cluse  
1205 Genève  
022 372 55 00  
<http://planning-familial.hug-ge.ch/>  
Mme L. Bettoli

### **Pour la Prise de RDV en Consultation de Gynécologie Psychosomatique et Sexologie des HUG**

1205 Genève  
022 372 85 81  
Dr L. Soldati

### **Consultation MSF (Mutilations Sexuelles Féminines)**

L'ablation rituelle des organes génitaux externes féminins est connue sous différentes appellations : « mutilations sexuelles (MSF) ou génitales féminines (MGF) », « female genital mutilation », « female genital cutting » (FGM/C), « ritual female genital surgery » ou encore « circoncision féminine ». Quel que soit le nom qu'on lui donne, cette pratique peut avoir des conséquences importantes sur la santé physique, psychique et sexuelle des femmes concernées. Selon certaines estimations, 6000 à 7000 femmes d'origine africaine avec FGM/C résideraient en Suisse, ainsi qu'un nombre inconnu de femmes provenant d'autres régions du monde.

Genève étant une ville multiethnique, les professionnels de la santé sont de plus en plus confrontés à des patientes provenant de régions où se pratiquent ces rituels. Ces patientes ne présentent pas toutes des problèmes de santé, mais il arrive souvent qu'elles se posent des questions, surtout parmi les jeunes générations, et qu'elles ne savent pas toujours ce qu'il en est pour elles-mêmes : sont-elles excisées ? Sont-elles « normales » ? Vont-elles avoir des problèmes gynécologiques ou sexuels ?

Il s'agit d'un sujet délicat, complexe et pour beaucoup tabou. C'est pourquoi les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) ont mis en place depuis avril 2010 une *consultation spécialisée* conduite par une femme médecin formée non seulement aux aspects médicaux, mais aussi aux dimensions culturelles. Les femmes concernées peuvent venir et être reçues en toute confidentialité, poser leurs questions, et après discussion et selon les besoins, y être examinées et traitées.

Cette consultation fait partie des consultations ambulatoires de gynécologie du Département de Gynécologie et d'Obstétrique et collabore étroitement avec le l'Unité de santé sexuelle et planning familial et la Consultation de Gynécologie Psychosomatique et Sexologie des HUG. Elle propose diverses prestations, dont :

- Information
- Bilan personnalisé
- Prévention
- Désinfibulation en cas de FGM/C type III (infibulation) : chirurgie qui ouvre la cicatrice d'infibulation partiellement ou totalement avec une reconstruction physiologique des lèvres. Elle vise à améliorer le flux de l'urine et des règles, à prévenir et traiter les éventuelles infections récidivantes urinaires/vaginales, à faciliter et rendre moins douloureux les examens gynécologiques et les premiers rapports sexuels.
- Explications et discussion sur l'accouchement, contrôle après l'accouchement, orientation à la rééducation périnéale
- Prise en charge d'éventuelles complications (douleur pendant les règles et les rapports sexuels, infections urinaires et vaginales à répétitions, miction lente, kystes vulvaires, cicatrice compliquée, etc.)



Département de gynécologie et  
d'obstétrique



### FGM/C clinic (Female Genital Mutilation/Cutting)

The ritual cutting of the female external genitalia is called « female genital mutilation (FGM) », « mutilations sexuelles (MSF) », « female genital cutting » (FGM/C), « ritual female genital surgery » or « female circumcision ». Whatever the name might be, this practice may have consequences on the physical, psychological and sexual health of women. It has been estimated that there are about 6000-7000 African women who underwent FGM/C living in Switzerland, and an unknown number of women coming from other regions of the world.

Geneva is a multiethnic city and medical professionals are often confronted with women coming from countries where these rituals exist. Not all these patients present health problems. Sometimes, they have questions, especially if they are young and did not have the chance to talk about it to anyone: Are we circumcised? Are we "normal"? Will we experience some gynecological or sexual problems?


FGM/C is a complex health and cultural matter, often considered to be a taboo. For these reasons, since April 2010 the University Hospitals of Geneva (HUG) have created a *specialized clinic* run by a female medical doctor trained in the medical, as well as, the cultural aspects of FGM/C. This consultation enables patients to raise their questions or concerns in full confidentiality, and individualized discussion and follow up are provided.

This specialized consultation makes part of the gynecological ambulatory clinics of the Department of Obstetrics and Gynecology in collaboration with the Unity of sexual health and family planning and the Gynecological Psychosomatic and Sexology consultation of Geneva University Hospitals.

The following services are provided:

- Information
- Personalized check up
- Prevention
- Defibulation in case of type III FGM/C (infibulation): surgery which opens the scar of infibulation, partially or totally, with a physiological reconstruction of the labia in order to allow physiologic micturition (urination) and menstrual flow. Such opening may reduce or prevent repeated urinary or vaginal infections. It facilitates the first sexual intercourses and when necessary also a gynecological exam.
- Explanation and discussion about upcoming delivery, post-partum check up and organization of post partum perineal re-education.
- Treatment of eventual complications (menstrual pain or during sexual intercourses, repeated urinary or vaginal infections, vulvar cysts, slow urinary flow, scarring, etc).



 <b>Hôpitaux Universitaires de Genève</b> Département de gynécologie et d'obstétrique		<b>Type de document :</b> Document départemental <b>Sous type :</b> Fiche d'attitude	<b>Nombre de pages :</b> 1/2
<b>MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES (MSF) / INFIBULATION</b>		<b>N° de la version :</b> 2.0	<b>Portée :</b> Service d'Obstétrique
<b>Rédacteur :</b> L. Ribordy <b>Modifié le :</b>	<b>Responsable du document :</b> M. Boulvain	<b>Approuvé le :</b> 19 février 2010 <b>Approuvé par :</b> B. Martinez de tejada	<b>En vigueur à partir du :</b>  <b>Date de préemption :</b>

**DEFINITION:**

Toute intervention incluant l'ablation ou la lésion partielle ou totale des organes génitaux externes féminins pratiquée pour des raisons culturelles ou pour toute autre raison non thérapeutique (OMS juin 2000).

**Classification OMS en 4 catégories :**

- I. Clitoridectomie: ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce du clitoris.
- II. Excision: ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres.
- III. Infibulation: rétrécissement de l'orifice vaginal par la création d'une fermeture, réalisée en cousant et en repositionnant les petites lèvres, et parfois les grandes lèvres, avec ou sans ablation du clitoris.
- IV. Autres: toutes les autres interventions néfastes au niveau des organes génitaux féminins à des fins non médicales, par exemple, piquer, percer, inciser et cautériser.

Types I et II = 85 % de toutes les mutilations génitales  
Type III = 15% de toutes les mutilations génitales, plus fréquent en Afrique de l'Est

**Régions où la pratique est fréquente**

(site OMS <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/en/index.html>)

**Afrique subsaharienne :**

Afrique de l'ouest: Sénégal, Mauritanie, Mali, Burkina Faso, Niger, zone sahélienne (nord) des pays du golfe de Guinée (Côte d'Ivoire, Nigéria, Togo, Bénin, Cameroun), Tchad

Afrique de l'est (région où la prévalence est la plus élevée) : Ethiopie, Erythrée, Somalie, Soudan, Egypte. Certaines régions de Tanzanie ou du Kenya

**Asie :** Yemen, parfois en Malaisie et Indonésie

**Motivations souvent mentionnées pour justifier cette tradition :**

- Atténuer le désir sexuel chez la femme, préserver la chasteté et la virginité avant le mariage et la fidélité durant le mariage
- Accroître le plaisir sexuel de l'homme
- Hygiène et raisons esthétiques (organes génitaux externes de la femme passent pour être sales et inesthétiques)
- Raisons sociologiques : tradition, rituel de passage, purification, maintien de l'honneur familial
- Raisons religieuses: mais aucune religion ne la prescrit. Dans les régions concernées, elles sont pratiquées par les musulmans, les catholiques, les protestants, les coptes, les animistes et les non-croyants.



### CONSEQUENCES :

- Type I et II: cicatrices vaginales et vulvaires (suite à l'inflammation et infection post opératoire) → obstruction
- Type III: problèmes majeurs pendant les rapports sexuels, problèmes urinaires et menstruels, infertilité, infections vaginales, problèmes psychologiques. Difficultés lors de l'examen gynécologique et à l'accouchement

### PRISE EN CHARGE:

#### 1. Grossesse:

- Empathie professionnelle : pas de jugement de valeur, mais positionnement éthique et médical !
- A la 1<sup>ère</sup> consultation prénatale demander à toutes les femmes des pays en question si elles ont subi une excision (le terme le plus souvent utilisé est « coupure », « cutting » en anglais). Si oui, inspection vulvaire par le médecin.
- En cas de type II-III, information sur la nécessité d'épisiotomie et la reconstruction la plus physiologique possible (même en respectant les souhaits du couple, nous refusons de ré-infibuler).
- Sensibiliser le couple sur la question de ne pas faire subir une MSF à leurs filles
- Documentation dans le dossier médical à l'attention des pédiatres.

#### 2. Accouchement:

- Risque de travail prolongé et/ou de dystocie des tissus mous, risque de déchirure sphincter anal
- Épisiotomie médio-latérale systématique pour les types II et III. Décision médicale en cas de type I et IV.

#### Défibulation par le médecin en cas de MGF type III :

- Si possible en début de travail ou en prénatal, surtout si orifice trop étroit pour l'examen vaginal. Eviter de devoir le réaliser en urgence lors des poussées.
- Anesthésie suffisante et asepsie
- Exposition des tissus en glissant une pince de Kocher sous la cicatrice. Ouvrir cette pince et inciser par bistouri sur la ligne médiane (caudal en direction ventrale) entre les mors, en évitant le méat urétral qui peut être déplacé par la fibrose. Ne pas hésiter à placer une sonde urinaire si doute sur la localisation du méat et de l'urètre.
- Suture par Vicryl rapide 3-0 pour éviter les adhérences (après la délivrance si absence de saignement, immédiatement sinon)

#### 3. Post-partum:

- Etre attentifs à la problématique psychosexuelle: expliquer les modifications physiologiques que la défibulation va entraîner, de même que la modification du schéma corporel (psychiatre de sexologie à disposition : 022 382 85 81).
- Proposer un contrôle après l'accouchement auprès de la consultation de colposcopie (022 382 41 56). Si la patiente exprime un désir de reconstruction, l'adresser à la consultation de la Dresse A.-T. Vlastos (022 382 40 05)

Genève, le 6 février 2013

**Informations destinées aux personnes participant au travail de Bachelor (TB) intitulé :  
« Mutilation génitales féminines »**

Madame,

Nous vous sollicitons pour participer à notre travail de Bachelor portant sur les mutilations génitales féminines, en raison de votre connaissance et expérience sur cette thématique.

**Buts de notre travail :**

Ce travail a pour but de mener une réflexion sur la prise en soin des femmes ayant subi une mutilation génitale. Nous souhaitons à travers les lectures des articles de recherches et des interviews menées auprès des professionnels, savoir comment le soignant s'y prend pour poser la question des mutilations? De même, nous souhaitons apprendre d'avantage sur le vécu des femmes questionnées ainsi que sur l'interaction entre le soignant et la patiente.

**Contexte du travail :**

Ce travail de Bachelor est réalisé dans le cadre de la formation en soins infirmiers délivrée par la Haute Ecole de Santé de Genève. Il implique une phase d'enquête, qui se déroule auprès des collaborateurs des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), de l'Association des Médiatrices Interculturelles (AMIC) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cette enquête aura lieu entre février et avril 2013. Les personnes participant dans cette enquête sont: un médecin, deux infirmières, des interprètes culturels et traducteurs agréés de la Croix Rouge, la responsable de la thématique des MGF au sein de l'OMS et une femme ayant demandé une intervention en lien avec la mutilation vécue. En bref, tous les professionnels mentionnés effectuent un travail auprès et/ou en faveur des filles et femmes ayant subi une mutilation.

**Description de l'enquête :**

Nous vous proposons un entretien individuel, qui durera environ 1heure, à un moment et un lieu fixés avec vous, à votre convenance. Cet entretien se déroulera sur la base d'un guide d'entretien préétabli et revu avec la directrice du travail de Bachelor. De plus, il sera enregistré dans le but de retrouver les éléments peu ou non saisis. Les notes rédigées en cours d'entretien seront retranscrites avec le complément de l'enregistrement et le document vous sera envoyé afin que vous puissiez le relire, rectifier des éléments mal interprétés et modifier des informations si nécessaire. Cette méthode permet ainsi de nous assurer qu'aucun de vos propos n'est déformé.



### Avantages et inconvénients de participer :

Votre participation à ce travail pourrait contribuer en premier lieu à l'exploration de l'action réalisée auprès des femmes avec une mutilation. En deuxième lieu, elle permet de répondre à notre questionnaire sur l'interaction entre professionnel et les patientes de même sur le procédé et questionnaire des MGF. En dernier lieu elle permet d'appuyer et d'enrichir notre travail de Bachelor en complétant les éléments acquis à la suite des lectures des articles de recherche. Votre engagement ne comporte aucun risque ni bénéfice pour vous personnellement ou sur le plan professionnel. A la suite des démarches entrepris par vous, votre participation à cette enquête a été autorisée par vos supérieurs.

### Droits et confidentialité :

Votre participation à cette enquête est volontaire et vous pourrez à tout moment retirer votre consentement sans avoir à vous justifier. Vous avez le droit de poser toutes les questions que vous souhaitez, et pourrez encore le faire ultérieurement. Le fait de participer à cette enquête ne change en rien les liens professionnels avec votre employeur.

Nous nous engageons pour que toute information recueillie dans le cadre de cette enquête demeure strictement confidentielle. En particulier, les données ne seront pas transmises à votre employeur ou vos collègues, mis à part l'accès prévu aux résultats. De plus, toutes les données personnelles récoltées dans ce cadre seront rendues anonymes et gardées confidentielles. Seuls les résultats de l'analyse des données peuvent figurer dans des documents écrits ou des présentations orales issues du travail de Bachelor. Votre nom ne sera en aucun cas publié dans des rapports ou publications qui découleraient de ce travail de bachelor. Seule l'analyse des résultats de l'ensemble des données sera présentée.

### Accès aux résultats :

Nous avons le projet de faire une soutenance publique, à laquelle vous serez convié. De plus, une fois le travail de Bachelor validé, un exemplaire du travail vous sera envoyé.

### Adresse de contact :

#### Etudiante :

Adyam YOHANNES

Bachelor 10

Tel: 076 542 26 92

E-mail: scolaire: [adyam.yohannes@etu.hesge.ch](mailto:adyam.yohannes@etu.hesge.ch)

Privé: [yoadyam@hotmail.com](mailto:yoadyam@hotmail.com)

#### Directrice du travail de Bachelor:

Mme Laurance Seferjeli

E-mail : [Laurence.Seferdjeli@hesge.ch](mailto:Laurence.Seferdjeli@hesge.ch)

HEdS – Haute école de santé Genève

Avenue de Champel 47

1206 Genève

Tél. : 022 388.56.00

**Formulaire de consentement éclairé et libre**

**Travail de Bachelor : Mutilation génitales féminines**

- Je consens à participer à la phase d'enquête du travail de Bachelor susmentionné de la manière décrite dans le document intitulé « Informations destinées aux personnes participant au Travail de Bachelor (TB) intitulé « Mutilations génitales Féminines»
- Je déclare avoir été informée, oralement et par écrit, par l'étudiante des objectifs et du déroulement de l'enquête sur la prise en soin des femmes ayant subi une MGF.
- Je suis informée que cette enquête ne comprend aucun risque ni bénéfice pour la participante.
- Je certifie avoir lu et compris la lettre d'information écrite, datée du 6 février 2013 qui m'a été remise sur l'enquête précitée. J'ai reçu des réponses satisfaisantes aux questions que j'ai posées en relation avec ma participation à cette enquête. Je conserve l'information écrite et je reçois une copie de ma déclaration écrite de consentement.
- J'ai eu suffisamment de temps pour prendre ma décision en mon âme et conscience.
- Je sais que toutes les données personnelles seront anonymisées et confidentielles. Seuls les résultats de l'analyse des données peuvent figurer dans des documents écrits ou des présentations orales issues du travail de Bachelor.
- Je prends part de façon volontaire à cette enquête. Je peux, à tout moment et sans avoir à fournir de justification, révoquer mon consentement à participer à cette enquête, sans pour cela en subir quelque inconvénient que ce soit.
- Je m'engage à répondre fidèlement aux questions qui me seront posées dans ce cadre.

Nom et signature de la participante :

Lieu et Date :

**Attestation de l'étudiant-e-s:**

- J'atteste par ma signature avoir expliqué à cette participante la nature, le but et la portée de ce travail de Bachelor.
- Je déclare satisfaire à toutes les obligations en relation avec cette enquête. Si je devais prendre connaissance, à quelque moment que ce soit durant la réalisation du travail de Bachelor, d'informations susceptibles d'influer sur le consentement de cette participante à prendre part à l'enquête, je m'engage à l'en informer immédiatement.

Nom et signature de l'étudiante: Adyam YOHANNES

Lieu et Date :

Sector Training in Nursing  
school year 2012-2013  
Bachelor 10- Semestre VI  
Sept. 2012 – Sept. 2013

Geneva, February 6, 2013

**Information for people involved in the Bachelor thesis work entitled:  
"Mutilation Genital Mutilation"**

Dear Madam,

We ask you to participate in our Bachelor thesis work on female genital mutilation, because of your knowledge and experience on this topic.

**Goals of our work:**

This work aims to reflect on taking care of women who have undergone female genital mutilation. We wish to know through reading research articles and interviews with professionals, how the caregiver is doing to raise the issue of FGM of female and what are the terms he use to formulate this question. By the same way, we want to learn about the experiences of women surveyed as well as the interaction between the caregiver and the patient.

**Work context:**

This Bachelor thesis work is done in the context of nursing education issued by the Geneva High School of Health in University of Applied Sciences Western Switzerland. It involves an investigation phase, who occurs with employees of the University Hospitals of Geneva (HUG), the Association of Intercultural Mediators (AMIC) and the World Health Organization (WHO). This survey will take place between February and April 2013. Persons participating in this survey are: a doctor, two nurses, translators and cultural interpreters certified Red Cross, FGM specialist in the WHO and a mutilated woman who asked for care. In short, each professional performs a specific work with girls and women with FGM.

**Description of the survey:**

We propose you a personal interview, which will last approximately one hour. The time and the place will be decided with you at your convenience. This interview will be conducted on the basis of interview guide which have been reviewed with the director of the Bachelor work. In addition, it will be recorded in order to find the mistakes of transcription and to correct them. At the end of the transcript, the document will be sent to you, so you can read it, correct the misinterpreted elements and if necessary edit the information's. This method allows us to ensure that none of your words is distorted.

### **Advantages and disadvantages of participating:**

Your participation in this study may help in the first place to explore the action conducted among women with FGM. Secondly, it may show us the elements developed by WHO about this topic, for example the terms to use, the recommendations etc. In the third place, it helps to answer our questions about the interaction between professionals and patients. At the same time, it informs about how we can question the women about FGM and lead the care. At last, it can support and enrich our work by completing of items acquired through reading research articles.

### **Rights and confidentiality:**

Your commitment involves no risk or profit. Your participation in this survey is voluntary and you can at any time withdraw your consent without having to justify it. You have the right to ask any questions you want, and can still do it later.

We pledge that any information collected in this survey is strictly confidential. All personal information collected in this context will be kept confidential and anonymous. In particular, the data will not be disclosed to your employer or colleagues, apart from the final results of the Bachelor thesis work. In addition, only the results of the analysis may be included in written or oral presentations from the work. Your name will be published in any reports and publications resulting from this bachelor work. Only the analysis of the results of the data set will be presented.

### **Access to the results:**

We plan to make a public oral presentation, and you are invited. Finally, after the validation of the Bachelor thesis work, a copy of it will be sent to you.

### **Address and contact:**

#### **Student:**

Mrs. Adyam YOHANNES

Bachelor 10

Tel: 076 542 26 92

E-mail: scolaire: [adyam.yohannes@etu.hesge.ch](mailto:adyam.yohannes@etu.hesge.ch)

Privé: [yoadyam@hotmail.com](mailto:yoadyam@hotmail.com)

#### **Director of Bachelor thesis work:**

Mrs. Laurance Seferjeli

E-mail: [Laurence.Seferdjeli@hesge.ch](mailto:Laurence.Seferdjeli@hesge.ch)

HEdS – Haute Ecole de santé Genève  
University of Applied Sciences Western Switzerland  
Avenue de Champel 47  
1206 Genève  
Tel.: 022 388.56.00

### **Form of free and informed consent**

#### **Bachelor thesis work: female genital mutilation**

- I agree to participate in the investigation phase of the work as described in the document entitled "Information for people involved in the Bachelor thesis work entitled: Mutilation Genital Mutilation"
- I declare I have been informed, orally and in writing, by the student of the objectives and the development of the investigation on taking care of women who have undergone FGM.
- I am informed that this survey does not include any risk or benefit to the participant.
- I have read and understood the information letter written, dated on February 6, 2013 that was given to me on the above survey. I have received satisfactory answers to the questions I asked in connection with my participation in this survey. I keep the written information and I will get a copy of my written consent.
- I had enough time to make my decision in my soul and conscience.
- I know that all personal data will be anonymous and confidential. Only the results of the analysis may be included in written or oral presentations from the Bachelor's thesis work.
- I participate voluntarily in this study. I can, at any time and without having to provide justification, revoke my consent to participate in this survey, without suffer any disadvantage whatsoever.
- I pledge to faithfully respond to the questions I will be asked in this context.

Name and signature of the participant:

Place and Date:

#### **Attestation de l'étudiant-e-s:**

- I certify by my signature that I explained to the participant, the nature, purpose and scope of this Bachelor work .
- I declare meet all obligations in connection with this investigation. If I had to lose consciousness at any time whatsoever during the completion of Bachelor's thesis work, information that may affect the consent of the participant to take part in the survey, I undertake to inform her immediately.

Name and signature of the student: Adyam YOHANNES

Place and Date: