

L'accompagnement infirmier de femmes ayant subi une mutilation génitale féminine

Travail de Bachelor

Pache Mathilde

N° de matricule : 13345863

Torres Magalhaes Blenda

N° de matricule : 17593195

Directrice : Delicado Noelia, RN, MSN - Maître d'Enseignement HES


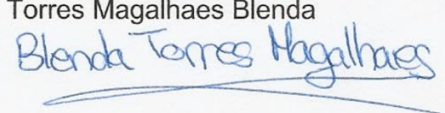
Genève, juillet 2020

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 7 juillet 2020

<p>Pache Mathilde</p> 	<p>Torres Magalhaes Blenda</p> 
--	--

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce travail de Bachelor.

Dans un premier temps, nous souhaitons remercier chaleureusement notre directrice de travail de Bachelor, Noelia Delicado, pour sa bienveillance et sa disponibilité. Ses judicieux conseils nous ont guidé tout au long de ce travail et ont enrichi nos réflexions.

Je remercie sincèrement ma famille, ma belle-famille et mon compagnon pour leur soutien et leurs encouragements tout au long de mon parcours académique. Je dédie ce travail à celui qui m'a nommée « l'infirmière » depuis le début de ma formation, il s'agit d'Henri Murith.

B. Torres

Je remercie mes amis et mon compagnon pour leurs encouragements tout au long de ces quatre années d'études. Je tiens à adresser ma reconnaissance envers ma mère, pour tous nos échanges et réflexions autour de notre profession commune, ainsi que pour son soutien. Un grand merci à Melete Solomon-Kuflom pour le partage de son expérience en tant que médiatrice interculturelle et de ses connaissances du réseau socio-sanitaire genevois.

M. Pache

RÉSUMÉ

Thème : Ce travail porte sur les compétences infirmières des soignants dans la prise en soins de femmes ayant subi une mutilation génitale féminine en lien avec le modèle théorique infirmier de Purnell.

Problématique :

Le contexte migratoire actuel engendre le déplacement de femmes ayant subi une MGF sur le sol européen. Cette pratique a de nombreuses conséquences sur la santé de ces femmes, à la fois physiques, psychologiques et sexuelles. Les soignants se retrouvent alors face à un dilemme important « quelles compétences infirmières sont nécessaires à la prise en soins de femmes ayant subi une MGF ? »

Méthode : Neuf études ont été recensées sur trois bases de données scientifiques, PubMed, CINAHL et BDSP, ainsi qu'au travers de recherches manuelles des bibliographies de trois méta-analyses. Les recherches documentaires ont été effectuées entre septembre 2019 et janvier 2020. Les études sélectionnées ont été regroupées selon les thématiques suivantes : la perception des femmes ayant subi une MGF sur leur santé, leur qualité de vie et leur prise en soins ; le point de vue des femmes issues des communautés où les MGF sont pratiquées ; le manque de connaissances des professionnels sur les MGF et la prise en soins des femmes ayant subi une MGF par les professionnels.

Résultats : Les études ont révélé de nombreuses conséquences des MGF telles que des infections urinaires et gynécologiques, des douleurs lors des rapports sexuels, des complications obstétricales et des états de fatigue et de dépression. Les femmes issues de communautés où les MGF sont pratiquées font part de leur besoin de transmettre leur culture et leurs traditions à leurs enfants. En raison de leur parcours migratoire, elles craignent que leurs descendants vivent une perte d'identité culturelle. Les études mettent également en évidence le manque de connaissances des soignants au sujet de cette pratique et leur difficulté à adapter leur prise en soins aux femmes ayant subi une MGF.

Discussion / Conclusion : Cette revue de littérature met en évidence l'influence de la culture et de la communauté sur les femmes ayant subi une MGF, ainsi que les compétences infirmières nécessaires à la prise en soins de ces femmes afin de leur fournir des soins culturellement compétents.

Mots-clés : Circoncision féminine - Infibulation - Rôle de l'infirmier - Soins infirmiers - Médecine préventive

Keywords : Circumcision, female - Genital mutilation, female - Nurse's role - Nursing care - Preventive care

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AMIC	Association de Médiatrices Interculturelles
BDSP	Banque de Données en Santé Publique
CAS	Certificate of Advanced Studies
CEDEF	Convention sur l'Élimination de toutes les formes de Discrimination à l'Égard des Femmes
DAS	Diploma of Advanced Studies
HEdS	Haute École de Santé - Genève
HeTOP	Health Terminology/Ontology Portal
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
MeSH terms	Medical Subject Headings terms
MGF	Mutilation Génitale Féminine
OCSTAT	Office Cantonal de la Statistique
OFS	Office Fédéral de la Statistique
OIM	Organisation Internationale des Migrations
ONU	Organisation des Nations Unies
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
UEFGM	United to END FGM
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNIGE	Université de Genève
UNIL	Université de Lausanne

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: PICO.....	20
Tableau 2 : Mots-clés et MeSH terms	21
Tableau 3 : Recensement des équations de recherche	22
Tableau 4 : Recensement de la recherche manuelle	23
Tableau 5 : Tableaux comparatifs	28
Tableau 6 : Tableau synoptique	41

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Prévalence des mutilations sexuelles féminines dans le monde	11
Figure 2 : Modèle Transculturel de Purnell - Compétence Culturelle.....	16
Figure 3 : Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles	24

TABLE DES MATIÈRES

Déclaration	ii
Remerciements	iii
Résumé	iv
Liste des abréviations	v
Liste des tableaux	vi
Liste des figures	vi
Table des matières	7
Introduction.....	9
1. Problématique	10
1.1. Le statut de la femme dans le monde et en Suisse	10
1.2. Les pays concernés et la prévalence des MGF	11
1.3. La définition des MGF	12
1.4. Le cadre juridique concernant les MGF	12
1.5. Les conséquences des MGF sur la santé.....	13
1.6. Les difficultés rencontrées lors de la prise en soins d'une femme ayant subi une MGF	14
2. Modèle théorique	15
2.1. Le cadre théorique selon le modèle de Purnell sur la compétence culturelle	15
2.2. Les Métaconcepts	17
2.2.1. La personne	17
2.2.2. La famille.....	17
2.2.3. La communauté	18
2.2.4. La société mondiale	18
2.3. La question et les objectifs de recherche.....	18
3. Méthode.....	20
3.1. Les sources d'information et stratégie de recherche documentaire	20
3.2. Le diagramme de flux	24
3.3. Les grilles de lecture	25
4. Résultats.....	26
4.1. Les études retenues, méthodologie et niveau de preuve	26
4.2. Les tableaux comparatifs	28
4.3. Les résultats par thèmes.....	41

4.3.1.	Les perceptions des femmes ayant subi une MGF sur leur santé, leur qualité de vie et leur prise en soins	42
4.3.2.	Le point de vue des femmes issues des communautés où les MGF sont pratiquées.....	43
4.3.3.	Le manque de connaissances des professionnels sur les MGF.....	44
4.3.4.	La prise en soins des femmes ayant subi une MGF par les professionnels (actions, sujets abordés, attitudes...)	47
5.	Discussion	49
5.1	L'influence de la culture et de la communauté	49
5.1.1.	Sur la perception de la santé	49
5.1.2.	Sur la perpétuation de la pratique	50
5.2.	Les compétences nécessaires à la prise en soins des femmes ayant subi une MGF pour fournir des soins culturellement compétents	51
5.2.1	Les compétences culturelles	51
5.2.2.	Les connaissances sur les MGF	52
5.2.3	Les compétences communicationnelles	52
6.	Conclusion	54
6.1.	Apports et limites du travail.....	54
6.1.1	Apports	54
6.1.2.	Limites	54
6.2.	Recommandations	55
6.2.1.	Clinique	55
6.2.2.	Recherche.....	56
6.2.3.	Enseignement.....	57
7.	Références	59
8.	Annexes.....	65
8.1.	Tableau des niveaux de preuve	65
8.2.	Grille de lecture STROBE article 1	66
8.3.	Grille de lecture STROBE article 2	70
8.4.	Grille de lecture STROBE article 3	75
8.5.	Grille de lecture STROBE article 4	81
8.6.	Grille de lecture STROBE article 5	86
8.7.	Grille de lecture COREQ article 6	90
8.8.	Grille de lecture COREQ article 7	99
8.9.	Grille de lecture COREQ article 8	106
8.10.	Grille de lecture COREQ article 9	113

INTRODUCTION

Le contexte migratoire actuel en Suisse entraîne une augmentation constante du nombre de femmes concernées par les mutilations génitales féminines. La prise en soins de ces femmes est complexe et met en évidence de nombreux facteurs, à la fois juridiques, politiques, médicaux, psychologiques, sociaux et sexuels. Cette thématique faisant appel à des croyances, des coutumes, des rituels et bien souvent des tabous. Les professionnels de la santé peuvent alors se sentir parfois démunis face aux spécificités de cette prise en soins et être amenés à s'interroger sur leur rôle et leurs compétences en tant que soignants. L'objectif de ce travail serait de mettre en lumière les enjeux de prise en soins des femmes ayant subi une mutilation génitale féminine et d'apporter des pistes de réflexions sur les compétences infirmières nécessaires.

Ce travail de Bachelor se présente sous la forme d'une revue de littérature, recensant une sélection d'études scientifiques récentes issues de recherches effectuées sur différentes bases de données. Il se divise en plusieurs chapitres :

Tout d'abord, le premier chapitre est composé de deux parties : la première partie développera la problématique, c'est-à-dire les différents concepts liés à la thématique des mutilations génitales féminines. La deuxième partie du chapitre consistera à définir le cadre théorique selon le modèle de Purnell et sur la compétence culturelle. Puis, une question et des objectifs de recherche découleront des enjeux présentés dans la problématique. Le troisième chapitre décrira la méthodologie de la recherche et de recension des études, et le quatrième chapitre consistera à analyser ces études et à en présenter les principaux résultats. Le cinquième chapitre traitera de la discussion issue de la mise en lien du cadre théorique et des résultats des études exposées afin de répondre à la question de recherche. Enfin, le dernier chapitre portera sur la conclusion, les limites de ce travail et les recommandations pour les trois axes de la profession infirmière à savoir : la clinique, la recherche et l'enseignement.

1. PROBLÉMATIQUE

Les migrations ont toujours existé, et cela depuis le début de l'humanité. En effet, que cela soit pour des raisons économiques, environnementales, professionnelles ou politiques, les populations ont tendance à se déplacer à travers le monde (Organisation des Nations Unies [ONU], 2017). En 2017, les migrants représentaient 3,4% de la population mondiale, soit 257,7 millions de personnes. Parmi ces chiffres, 48,4 % étaient des femmes (Organisation Internationale des Migrations [OIM], 2019). En ce qui concerne la Suisse, en 2017, 37% de la population résidente permanente était issue de la migration (Office Fédéral de la Statistique [OFS], 2019). Ceci représentait 68'984 femmes (OFS, 2018). Quant au canton de Genève, il enregistrait en 2017, un taux de 40,2% de personnes d'origine étrangère résidant au sein de son territoire dont 11'400 femmes âgées en majorité entre 20 et 35 ans (Office Cantonal de la Statistique [OCSTAT], 2018).

1.1. Le statut de la femme dans le monde et en Suisse

Partout dans le monde, les inégalités de genre restent ancrées dans les sociétés. Bien que l'égalité des sexes soit considérée comme un droit humain fondamental, les femmes se voient refuser l'accès à l'éducation, à un travail digne ou encore aux soins de santé de base. Leur autonomie est donc restreinte sur de nombreux plans, notamment sur le plan professionnel, politique, économique et social. De plus, elles sont victimes de discriminations et de violences, et par conséquent davantage exposées et vulnérables à des problèmes de santé (ONU Femmes, 2019).

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé [OMS] (2009),

Dans de nombreux pays et sociétés, les femmes et les filles sont traitées comme socialement inférieures. Des normes comportementales et d'autres normes sociales, des codes de conduite et des lois perpétuent la soumission et tolèrent la violence à leur encontre (p.10).

En 1997, la Suisse a ratifié la Convention sur l'Élimination de toutes les formes de Discrimination à l'Égard des Femmes [CEDEF]. En signant ce traité, elle s'engage à protéger les droits des femmes et à prendre les mesures nécessaires à l'égalité des sexes. La CEDEF émet des recommandations dans plusieurs domaines qui touchent à la vie des femmes (la santé, l'emploi, l'éducation, etc.). Parmi ces domaines, celui de la violence est mentionné : effectivement, la CEDEF souhaite l'élimination de toutes les formes de violence à l'encontre des femmes comme par exemple les violences domestiques, le trafic des femmes ou encore

les mutilations génitales féminines [MGF]. Concernant les MGF, la CEDEF invite les États à prendre les mesures nécessaires pour éliminer ces pratiques traditionnelles qui ont pour conséquence une atteinte grave à l'intégrité physique et psychique des femmes. Elle incite aussi au dialogue entre les différents pays concernés (CEDEF, 2009).

1.2. Les pays concernés et la prévalence des MGF

Les femmes touchées par les MGF ou à risque de l'être sont, pour la plupart, originaires d'Afrique subsaharienne (Guinée, Sierra Leone, Côte d'Ivoire, etc.) et d'Afrique du Nord-Est (Égypte, Soudan, Somalie, etc.) (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance [UNICEF], 2013).

Cependant, les MGF ne concernent pas seulement le continent africain. En effet, cette pratique est également observée dans certaines communautés du Moyen-Orient (Arabie Saoudite, Irak, Jordanie, etc.) et d'Asie (Pakistan, Inde, Malaisie, etc.) (GAMS Belgique, 2016). À l'échelle mondiale, 130 millions de femmes auraient subi une MGF. En Suisse, environ 10'700 femmes seraient concernées, soit déjà touchées, soit à risque potentiel de subir une mutilation génitale féminine (Comité suisse pour l'UNICEF, 2012).

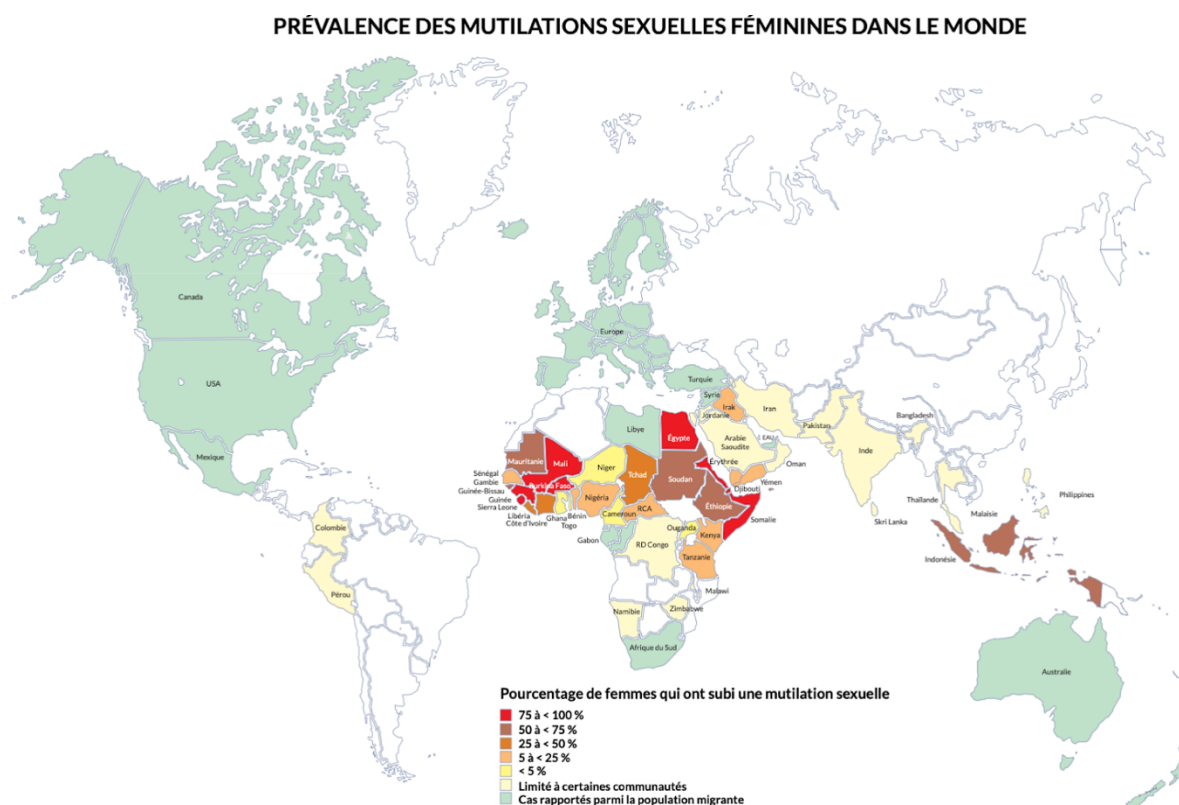


Figure 1: Prévalence des mutilations sexuelles féminines dans le monde

Tiré de : GAMS Belgique, 2016.

1.3. La définition des MGF

Les MGF se définissent par une ablation partielle ou totale des organes génitaux féminins externes. Cette pratique non médicalisée est ancrée dans les rites traditionnels de nombreuses ethnies. Néanmoins, elles représentent une atteinte à l'intégrité de l'être humain pouvant avoir des conséquences graves sur la santé physique et psychique de la personne (OMS, 2018).

L'OMS a instauré une classification universelle des MGF en quatre types distincts. Le type I correspond à l'excision partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce clitoridien. Le type II consiste à l'excision partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres avec ou sans ablation des grandes lèvres. Le type III, ou infibulation, implique le rétrécissement de l'orifice vaginal par suture des deux berges de la vulve avec ou sans ablation des organes génitaux externes. Enfin, le type IV englobe toutes les autres interventions délétères au niveau des organes génitaux féminins et sans raisons médicales (OMS, 2018).

1.4. Le cadre juridique concernant les MGF

Selon l'article 124 du Code pénal suisse du 21 décembre 1937 (CP ; RS 311.0) sur les mutilations d'organes génitaux féminins :

« 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 ».

Malgré un cadre juridique qui condamne les MGF, le respect de la tradition pousse les femmes à perpétuer ce rituel sur leurs filles. En effet, la pression sociale joue un rôle primordial : selon les communautés, une femme est d'autant plus acceptée dans son rôle d'épouse et de mère si elle est excisée. Ainsi, les MGF permettent l'acceptation au sein du groupe et éloignent de la honte et de l'isolement (SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et GAMS Belgique, 2011).

Depuis l'entrée en vigueur de l'article 124, le premier jugement a eu lieu le 12 juillet 2018 à Neuchâtel, où une femme a été condamnée à 8 mois de prison avec sursis pour avoir fait subir une mutilation génitale féminine à ses deux filles alors qu'elles vivaient encore dans leur pays d'origine (Association Humanrights.ch, 2018).

1.5. Les conséquences des MGF sur la santé

Cette pratique n'est pas sans conséquence car les MGF ont des impacts physiques et psychiques sur la santé des femmes (Del Mar Pastor-Bravo, Almansa-Martínez & Jiménez-Ruiz, 2018).

Une première étude qualitative avec une approche phénoménologique, menée en octobre 2014 dans la ville de Murcie en Espagne, s'est intéressée à l'histoire de vie et aux complications qui peuvent péjorer l'état de santé des femmes ayant subi une MGF. Des entretiens individuels ont été enregistrés et réalisés auprès de 14 femmes ayant subi une MGF, âgées de plus de 18 ans et originaires de pays où les MGF sont pratiquées (Del Mar Pastor-Bravo et al., 2018).

D'une part, cette étude révèle des complications physiques à court terme survenant entre 15 jours à plusieurs mois après la mutilation telles que des douleurs intenses, des hémorragies, du prurit et de la dysurie. D'autre part, elle mentionne des complications à long terme telles que des infections urinaires à répétition ainsi que des problèmes gynécologiques et obstétricaux. Enfin, elle révèle des conséquences psychologiques, telles que des syndromes de stress post-traumatique, des troubles du sommeil, des dépressions et de l'anxiété, mais aussi des conséquences sur la vie sexuelle : des douleurs pendant les rapports sexuels et des troubles du plaisir sexuel (Del Mar Pastor-Bravo et al., 2018).

En ce qui concerne la prévalence des femmes ayant subi une MGF concernées par ces complications, il est difficile de présenter des données précises car les études disponibles ont été menées auprès d'échantillons de petite taille avec des limites méthodologiques (OMS, 2018).

1.6. Les difficultés rencontrées lors de la prise en soins d'une femme ayant subi une MGF

Une étude quantitative menée de mars à mai 2017 dans la ville de Valence en Espagne s'est intéressée aux difficultés rencontrées dans la prise en soin de femmes ayant subi une MGF. Selon une approche descriptive transversale, l'étude a été réalisée à travers des questionnaires administrés auprès de 321 professionnels de la santé exerçant dans une clinique de soins primaires. Ces professionnels ont été interrogés sur les MGF (typologie, étiologie, pays concernés, protocoles de soins spécifiques) et sur le nombre de cas de MGF (à risque ou subi) qu'ils avaient pu détecter en consultation. Ils ont aussi été évalués sur leur rôle de prévention/sensibilisation auprès des parents et sur leur capacité à informer les autorités en cas de suspicion de MGF (González-Timoneda, Ros, González-Timoneda & Sánchez, 2018).

Au total, 15% des professionnels de la santé ont reçu une formation sur les MGF dont 6,3% ont identifié correctement les types de MGF et les pays où elles sont pratiquées. Seul 2,2% du reste de l'échantillon a su répondre correctement à ces questions (González-Timoneda et al., 2018).

Face à un cas de MGF détecté, 55,1% des professionnels de la santé auraient agi, tandis que 34% n'auraient rien fait faute de savoir comment agir. Au final, l'étude met en évidence un manque de connaissance sur la pratique des MGF et sur les stratégies de prévention ainsi qu'un manque de formation des professionnels. Pourtant, l'étude a été réalisée dans une région particulièrement concernée par la problématique et, par conséquent, les femmes ayant subi une MGF y sont sûrement sous-diagnostiquées et mal-orientées dans le réseau de soins (González-Timoneda et al., 2018).

2. MODÈLE THÉORIQUE

2.1. Le cadre théorique selon le modèle de Purnell sur la compétence culturelle

La mutilation génitale féminine est une pratique traditionnelle qui concerne des continents et des pays divers. Les raisons invoquées font appel à des normes et des convictions qui varient selon les communautés. Cependant, le choix du respect de cette tradition est influencé par la pression sociale et la volonté d'être accepté au sein de la communauté. Au final, selon l'interprétation culturelle, la MGF a des significations bien différentes (GAMS Belgique, 2016).

La culture est définie comme étant l'ensemble des comportements, croyances, valeurs, coutumes, styles de vie, arts et produits du travail humain d'une population ainsi que les modes de pensée qui guident sa vision du monde et sa prise de décision. Les professionnels de la santé qui comprennent leur propre culture ainsi que les valeurs, croyances et pratiques culturelles de leurs patients sont mieux placés pour interagir avec eux et pour leur fournir des soins culturellement appropriés, ce qui permet d'augmenter les possibilités de : promotion de la santé ; prévention des maladies ; maintien et rétablissement de la santé (Purnell, 2014).

L'étude descriptive menée par González-Timoneda et al. (2018) portant sur les difficultés rencontrées lors de la prise en soin de femmes ayant subi une MGF, met en évidence la nécessité de connaissances sur les types de MGF, sur les communautés concernées ainsi que sur l'importance de la prévention et du dépistage précoce pour permettre une approche multidisciplinaire, transculturelle et respectueuse (González-Timoneda et al., 2018).

L'étude qualitative menée par Del Mar Pastor-Bravo et al. (2018) met en exergue les complications de la MGF et l'importance d'avoir des professionnels formés. Ces derniers doivent être capables de comprendre les souffrances endurées par les femmes ayant subi une MGF, afin de prodiguer des soins transculturels adaptés et respectueux. Les soignants doivent approfondir leurs connaissances sur l'importance culturelle et sociale de cette pratique, l'impact des complications sur la santé, ainsi que les besoins des femmes victimes de cette problématique (Del Mar Pastor-Bravo et al., 2018).

Purnell, Leininger, Campinha-Bacote, Giger et Davidhizar ainsi que Spector ont permis de développer la compétence culturelle dans l'enseignement infirmier au niveau bachelor (Sagar, 2012). Le modèle de Purnell s'inspire donc de la théorie de soins infirmiers transculturels de Leininger qui appartient à l'école du caring. Cette école s'intéresse aux valeurs et croyances de l'individu ou du groupe afin de les utiliser de façon adéquate pour soutenir et assister l'individu qui présente le besoin d'améliorer sa santé. En ce qui concerne le paradigme de la théorie, elle se situe dans celui de la transformation car elle s'intéresse à l'expérience unique et subjective de la personne, de la famille ou de la communauté (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010).

Le modèle transculturel de Purnell est un cercle organisé en 12 domaines culturels et leurs concepts. Ces domaines, interdépendants, suggèrent des questions et des observations pertinentes à l'évaluation culturelle du patient. Le centre du cercle est noir et représente l'inconnu. Trois roues entourent le cercle principal et représentent la société mondiale, la communauté, la famille et l'individu (Purnell, 2019).

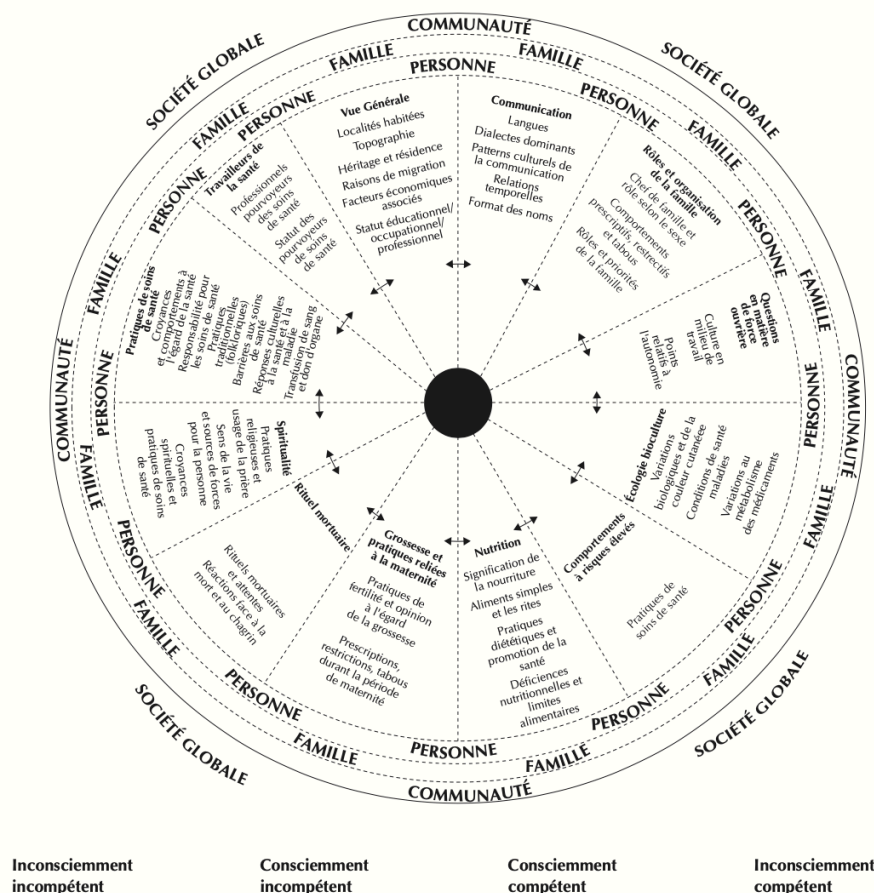


Figure 2 : Modèle Transculturel de Purnell - Compétence Culturelle

Tiré de : Coutu-Wakulczyk, 2003.

Au bas de ce cercle se trouve une ligne dentelée qui illustre le concept non linéaire de compétence culturelle des professionnels de la santé.

- L'incompétence inconsciente est définie comme l'absence de conscience du manque de connaissances sur les autres cultures.
- L'incompétence consciente est décrite comme une prise de conscience du manque de connaissances culturelles.
- La compétence consciente signifie l'apprentissage de la culture du patient et la mise en place d'interventions culturellement adaptées.
- La compétence inconsciente est définie comme la prestation innée de soins culturellement congruents à des patients multiculturels (Sagar, 2012).

2.2. Les Métaconcepts

Les quatre métaconcepts du modèle de Purnell sont les suivants : la société mondiale, la communauté, la famille et la personne.

2.2.1. La personne

La personne est un être bio-psycho-socio-culturel qui s'adapte constamment à sa communauté. Elle s'adapte : biologiquement et physiologiquement au processus de vieillissement ; psychologiquement dans un contexte d'interactions sociales, de stress ou de relaxation ; socialement dans un contexte d'interaction avec la communauté changeante ; et culturellement dans la société mondiale en général. Dans les cultures individualistes, une personne est un être unique et un membre singulier de la société. Le Moi est séparé des autres. Cependant, dans les cultures collectivistes, l'individu est associé à la famille ou au groupe plutôt que d'être considéré comme une unité fondamentale de la nature (Purnell, 2013).

2.2.2. La famille

La famille est composée de deux personnes ou plus qui ont des liens affectifs. Elles peuvent vivre à proximité l'une de l'autre, mais pas nécessairement. Elles peuvent avoir des liens de sang, mais pas nécessairement. La structure familiale et les rôles changent en fonction de l'âge, de la génération, de l'état matrimonial, de l'immigration ou du statut socio-économique ce qui pousse chaque membre de la famille à repenser ses croyances et son mode de vie (Purnell, 2013).

2.2.3. La communauté

La communauté comprend les caractéristiques physiques, sociales et symboliques qui poussent les personnes à se connecter entre elles. Les caractéristiques symboliques d'une communauté comprennent le partage d'une langue ou d'un dialecte, d'un style de vie, d'une histoire, d'une tenue vestimentaire, d'un art ou d'un intérêt musical précis (Purnell, 2013).

2.2.4. La société mondiale

Les phénomènes liés à la société mondiale comprennent la communication et la politique mondiales ; les conflits et les guerres ; les catastrophes naturelles et les famines ; les échanges internationaux dans le domaine de l'éducation, des affaires, du commerce et des technologies ; les progrès des sciences de la santé ; l'exploration spatiale ; et les opportunités des personnes à voyager à travers le monde et à communiquer avec les diverses sociétés. Ces différents phénomènes ont un impact sur les modes de vie et la vision du monde des personnes (Purnell, 2013).

2.3. La question et les objectifs de recherche

La pratique des MGF est une violence à l'encontre des femmes qui est ancrée dans un contexte socioculturel, économique et politique. La prise en soins des femmes ayant subi une MGF est complexe. En effet, elle propose des interventions différentes, allant de la promotion de la santé à l'accompagnement des patientes lors de séquelles. De plus, elle s'adresse aux divers âges de la vie, du nouveau-né à risque de subir une MGF, à la femme adulte ayant subi une MGF. Face à ce constat, les soignants qui accompagnent des patientes ayant subi une MGF nécessitent des connaissances touchant plusieurs domaines : celui de la santé, de l'éducation, de la justice, du social, de l'asile ainsi que de la culture (SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et GAMS Belgique, 2011).

En outre, il est important de prendre en compte le contexte migratoire qui mène souvent la patiente à une prise de conscience sur les conséquences des MGF, mais qui la confronte aussi peut-être à un tiraillement complexe entre son pays d'origine et son pays d'accueil. Effectivement, elle aura ses propres représentations sur son corps et son identité de femme, ou sur le rôle parental (SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et GAMS Belgique, 2011).

Selon Purnell (2019), la culture a une forte influence sur la manière dont les personnes réagissent aux soins et sur l'interprétation qu'ils leur donnent. C'est pour cela que son modèle semble pertinent à la prise en soins des femmes ayant subi une MGF, car le soignant devra enrichir sa pratique avec des connaissances et des compétences culturelles en s'intéressant au vécu, aux croyances et aux modes de vie de sa patiente afin de prodiguer des soins adéquats et respectueux (Del Mar Pastor-Bravo et al., 2018).

Au travers de cette problématique, une question de recherche émerge : quelles compétences infirmières sont nécessaires à la prise en soins de femmes ayant subi une MGF ?

3. MÉTHODE

3.1. Les sources d'information et stratégie de recherche documentaire

Pour pouvoir répondre à la question de recherche, il a été nécessaire de suivre un processus méthodologique. Dans un premier temps, la méthode PICO a été utilisée et représentée sous forme de tableau, permettant de clarifier la question de recherche et d'en définir les concepts clés (Polit & Beck, 2018). Le P représente la population cible, le I est l'intervention mise en place pour cette population, le C est le comparateur et le O l'outcome, c'est-à-dire le résultat souhaité. Au regard de la question de recherche, les femmes ayant subi une mutilation génitale sont la population cible et la prise en soins infirmière en est l'intervention. Le résultat souhaité est l'amélioration de cette prise en soins ainsi que la prévention des MGF auprès des générations futures. Il n'existe pas de comparateur.

Tableau 1: PICO

P (population)	I (intervention)	C (comparateur)	O (outcome)
Femmes ayant subi une mutilation génitale féminine / Femmes excisées	Rôle infirmier Soins infirmiers	/	Amélioration de la prise en soins Prévention auprès des générations futures

Les bases de données utilisées pour la recherche documentaire ont été choisies en fonction de leur spécificité. Les recherches ont été effectuées sur : PubMed, qui est axée sur les sciences médicales ; CINAHL, qui est spécifique aux sciences infirmières et paramédicales ; et la Banque de Données en Santé Publique [BDSP], axée sur la santé publique et communautaire. Les recherches ont été effectuées entre septembre 2019 et janvier 2020.

Certaines bases de données sont en anglais, d'où la nécessité d'une traduction des mots clés. Pour ceci, l'outil Health Terminology/Ontology Portal [HeTOP], un portail terminologique de santé validé par la société scientifique, a été utilisé.

Chaque base de données possède un thésaurus, qui est un recensement de termes clés appelés Medical Subject Headings terms [MeSH terms] propres à chacune de ces bases. C'est pourquoi les thésaurus ont été consultés, ceci permettant la mise en évidence d'articles ciblés et pertinents pour le sujet. Le tableau ci-dessous met en lumière ce processus.

Tableau 2 : Mots-clés et MeSH terms

Mots-clés	Libellés préférés selon HeTop	MeSH terms pour PubMed	MeSH terms pour CINAHL	MeSH terms pour BDSP
Mutilation génitale féminine	Circoncision féminine/ Circumcision, female	Genital mutilation, female Circumcision, female		Infibulation
Rôle infirmier	Rôle de l'infirmier/ Nurse's role	Nurse role		-
Soins infirmiers	Soins infirmiers/ Nursing care	Nursing care		Soins infirmiers fondés sur les preuves
Prévention	Médecine préventive/ Preventive medicine	Preventive care	-	-

A partir de ces mots-clés et de ces MeSH terms, différentes équations ont pu être formulées afin d'affiner la recherche et d'identifier des articles pertinents sur chacune des bases de données. De plus, des critères d'inclusion ont été utilisés pour augmenter la qualité des résultats :

- Articles datant de moins de 10 ans
- Articles en français, en anglais ou en espagnol
- Articles traitant du vécu et de l'expérience des femmes ayant subi une MGF lors de leur prise en soins
- Articles traitant des connaissances et de l'expérience des professionnels de la santé dans la prise en soins des femmes ayant subi une MGF
- Articles traitant des difficultés rencontrées par les soignants lors de la prise en soins des femmes ayant subi une MGF
- Articles quantitatifs et/ou qualitatifs

Suite à ces recherches, de nombreux articles qui semblaient être pertinents se sont avérés être des méta-analyses. Les méta-analyses, combinant et synthétisant les études déjà publiées sur un sujet pour permettre une conclusion globale, ne peuvent pas être utilisées pour la recension des écrits. Cependant, leurs bibliographies ont été consultées et ont permis d'identifier des articles portant sur des études qualitatives ou quantitatives éligibles pour l'analyse. Une recherche manuelle des bibliographies de ces articles a donc été réalisée et a permis de retenir 3 études supplémentaires pour l'analyse critique.

Tableau 3 : Recensement des équations de recherche

Bases de données	Équations	Filtres	Résultats de la recherche
PubMed	(nursing care) AND genital mutilation, female	· Full text · Published in the last 5 years	N = 86 Éliminés selon titre = 64 Éliminés selon abstract = 20 Éligibles pour l'analyse = 2
	((genital mutilation) AND female) AND nurse role	· Free full text · Published in the last 5 years	N = 13 Éliminés selon titre = 11 Éligibles pour l'analyse = 2
	((genital mutilation, female OR circumcision, female)) AND (nurse role OR nursing care)	· Free full text · Published in the last 5 years	N = 78 Éliminés selon titre = 39 Éliminés selon abstract = 28 Éliminés selon répétition dans les autres recherches = 6 Éliminés car non téléchargeable = 2 Éligibles pour l'analyse = 3
	((Genital mutilation, female OR circumcision, female)) AND preventive care	· Free full text · Published in the last 5 years	N = 14 Éliminés selon titre = 13 Éliminés selon l'abstract = 1

CINAHL	((genital mutilation) AND female) AND nurse role	· Free full text · Published date: 2014- 2019	N= 8 Éliminés selon abstract = 8
	(genital mutilation, female) AND (nurse OR nurses OR nursing)	· Free full text · Published date: 2014- 2019	N= 35 Éliminés selon titre = 27 Éliminés selon abstract = 5 Éliminés selon répétition dans les autres recherches = 2 Éligible pour l'analyse = 1
BDSP	(infibulation) AND (soins infirmiers fondés sur les preuves)		N = 6 Éliminés selon titre= 5 Éligible pour l'analyse = 1

Tableau 4 : Recensement de la recherche manuelle

Consultation des bibliographies des articles :	Articles sélectionnés :
“Female genital mutilation in the UK: considerations for best nursing practice” Bethany Rose (2018)	<i>Long-term consequences of female genital mutilation in a European context: Self perceived health of FGM women compared to non-FGM women</i>
“Australian midwives' perspectives on managing obstetric care of women living with female genital circumcision/mutilation” Olayide Ogunsiji (2016)	<i>Knowledge of female genital cutting and experience with women who are circumcised : a survey of nurse-midwives in the United States</i>
“A qualitative study exploring how Somali women exposed to female genital mutilation experience and perceive in England” Jordan M. Moxey, Laura L.Jones (2015)	<i>“FGM is with us Everyday” Women and Girls Speak about Female Genital Mutilation in the UK</i>

3.2. Le diagramme de flux

Le processus d'identification des articles s'est déroulé en plusieurs étapes. Tout d'abord, les équations de recherche ont été insérées dans les trois bases de données, ce qui a permis l'identification de 243 articles. Ensuite, ces articles ont été triés selon les critères d'inclusion en fonction de leur titre et leur abstract. Certains articles ont été exclus car ils avaient déjà été trouvés lors d'une équation précédente. D'autres ont été exclus car ils n'ont pas pu être téléchargés. Ainsi, 12 articles se sont avérés éligibles pour l'analyse. Cependant, après leur lecture, 3 articles n'ont pu être retenus car ils ne correspondaient pas aux critères. Pour finir, un total de 9 articles ont été inclus dans l'analyse.

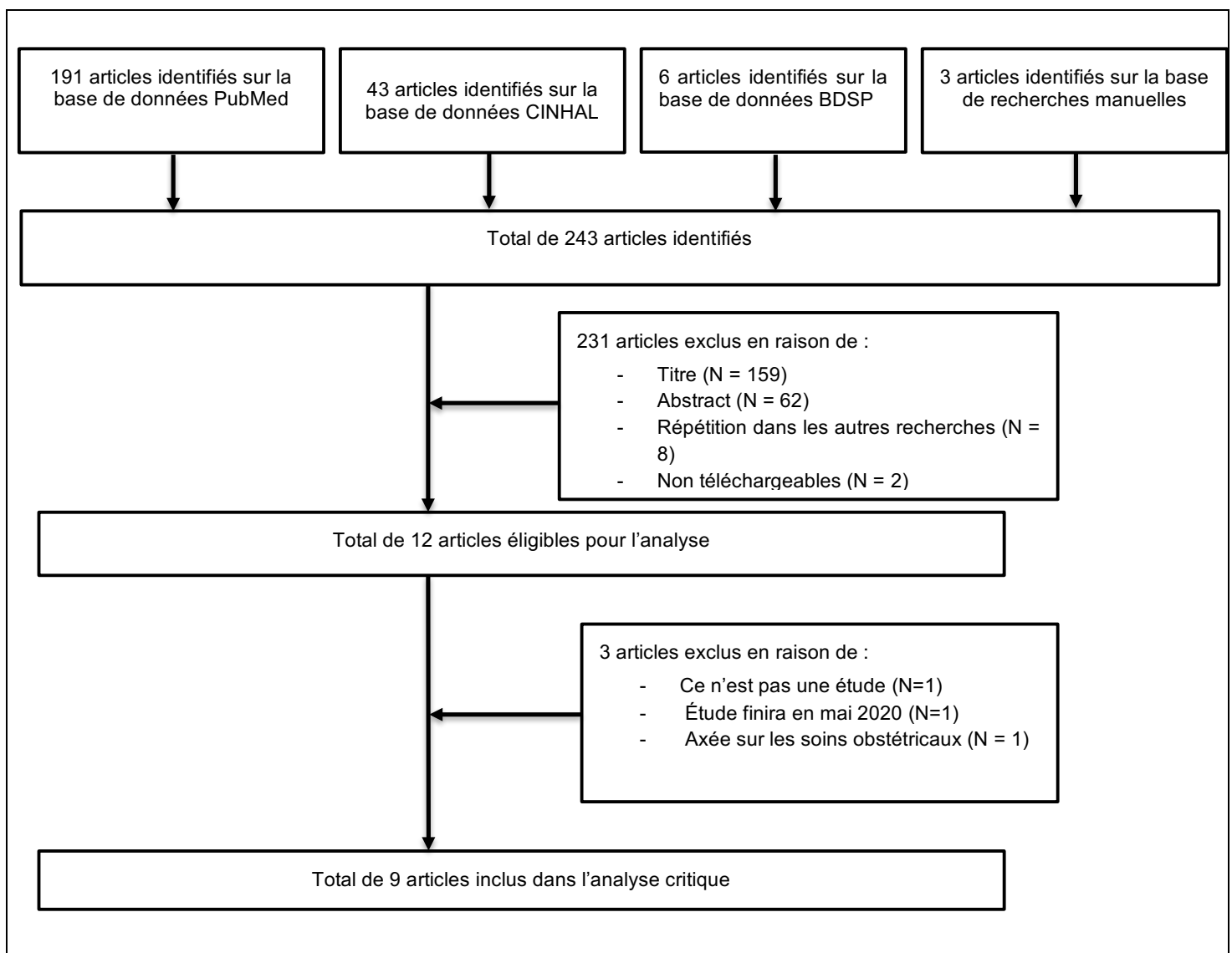


Figure 3 : Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles

3.3. Les grilles de lecture

Les études retenues ont été analysées et synthétisées sous la forme de grilles de lecture, permettant d'avoir un regard critique sur leur méthodologie, leur niveau de preuve ainsi que leur qualité. Il existe des grilles de lecture pour chaque type d'étude. Ainsi, les études qualitatives, dites de perception, ont été analysées à l'aide de la grille de lecture COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research), tandis que les études quantitatives, dites descriptives ou d'étiologie, ont été analysées à l'aide de la grille de lecture STROBE (STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology) (Gedda, 2015). Ces grilles de lectures se trouvent en annexe.

4. RÉSULTATS

4.1. Les études retenues, méthodologie et niveau de preuve

La revue de littérature comprend 9 études de 3 types méthodologiques différents. Elle comprend donc 4 études de type quantitatif, une étude de type mixte et 4 études de type qualitatif.

1. Fawcett, R. J., & Kernohan, G. (2018). A retrospective analysis of 34 potentially missed cases of female genital mutilation in the emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 35(10), 587-589. <https://doi.org/10.1136/emered-2017-206649>

Étude quantitative de cohorte rétrospective. Les études de cohortes se situent au niveau de preuve 2 sur 4 (cf annexe 9.1.), un niveau intermédiaire, et fournissent une présomption scientifique (Haute Autorité de Santé, 2013).

2. Andro, A., Cambois, E., & Lesclingand, M. (2014). Long-term consequences of female genital mutilation in a European context : Self perceived health of FGM women compared to non-FGM women. *Social Science & Medicine*, 106, 177-184. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.02.003>

Étude quantitative de cas-témoins. Les études de cas-témoins se situent au niveau de preuve 3 sur 4 (cf annexe 9.1.), un niveau moindre, c'est-à-dire qu'elles fournissent un faible niveau de preuve scientifique (Haute Autorité de Santé, 2013).

3. González-Timoneda, A., Ruiz Ros, V., González-Timoneda, M., & Cano Sánchez, A. (2018). Knowledge, attitudes and practices of primary healthcare professionals to female genital mutilation in Valencia, Spain : Are we ready for this challenge? *BMC Health Services Research*, 18(1), 579. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3396-z>
4. Caroppo, E., Almadori, A., Giannuzzi, V., Brogna, P., Diodati, A., & Bria, P. (2014). Health care for immigrant women in Italy : Are we really ready? A survey on knowledge about female genital mutilation. *Annali Dell'Istituto Superiore Di Sanità*, 01. https://doi.org/10.4415/ANN_14_01_08

Ces deux études sont quantitatives descriptives transversales. Les études épidémiologiques descriptives se situent au niveau de preuve 4 sur 4 (cf annexe 9.1.). Elles constituent donc le plus faible niveau de preuve scientifique (Haute Autorité de Santé, 2013).

5. Hess, R. F., Weinland, J., & Saalinger, N. M. (2010). Knowledge of Female Genital Cutting and Experience With Women Who Are Circumcised : A Survey of Nurse-Midwives in the United States. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55(1), 46-54.
<https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2009.01.005>

Étude mixte descriptive. Les études mixtes sont à la fois des études de type quantitatif et qualitatif. Les études épidémiologiques descriptives se situent au niveau de preuve 4 sur 4 (cf annexe 9.1.), le plus faible niveau de preuve scientifique (Haute Autorité de Santé, 2013).

6. Pastor-Bravo, M. del M., Almansa-Martínez, P., & Jiménez-Ruiz, I. (2018). Living with mutilation : A qualitative study on the consequences of female genital mutilation in women's health and the healthcare system in Spain. *Midwifery*, 66, 119-126.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.08.004>
7. Dawson, A. J., Turkmani, S., Varol, N., Nanayakkara, S., Sullivan, E., & Homer, C. S. E. (2015). Midwives' experiences of caring for women with female genital mutilation : Insights and ways forward for practice in Australia. *Women and Birth*, 28(3), 207-214.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.01.007>
8. Ormrod, J. (2019). The experience of NHS care for women living with female genital mutilation. *British Journal of Nursing*, 28(10), 628-633.
9. Oguntoye, S., Otoo-Oyortey, N., Hemmings, J., Norman, K., & Hussein, E. (2009). "FGM is with us Everyday" Women and Girls Speak out about Female Genital Mutilation in the UK. *World Academy of Science, Engineering and Technology*, 30, 1015-1020.

Ces quatre dernières études sont qualitatives, ne figurant pas dans la classification des niveaux de preuve de la Haute Autorité de Santé. Les études qualitatives peuvent être complémentaires aux études quantitatives car elles s'intéressent à la variation des expériences liées à la santé ou à la maladie, et permettent ainsi de comprendre la perception des patients ou des prestataires de soins (Kohn & Christiaens, 2014).

4.2. Les tableaux comparatifs

Tableau 5 : Tableaux comparatifs

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Fawcett, R. J., & Kernohan, G. (2018)	<p>Population : N = 34 patientes ayant été identifiées dans leurs dossiers de soins comme ayant subi une MGF et admises au service d'urgences d'un grand centre de traumatologie du Royaume Uni. Elles provenaient toutes de pays connus pour leur forte prévalence de MGF.</p> <p>Type d'étude : quantitative de cohorte rétrospective</p>	<p>Découvrir si les professionnels de la santé travaillant dans un service d'urgence sont en mesure de poser un diagnostic de MGF chez des patientes et de le signaler conformément à la législation britannique.</p>	<p>Méthode :</p> <ul style="list-style-type: none"> Utilisation du système de documentation électronique <i>I-Portal</i>, permettant l'accès aux dossiers de soins des patients de l'hôpital. Consultation des dossiers des patientes ayant le code électronique Z91.7, signifiant un diagnostic de MGF, afin de savoir où et quand ce diagnostic avait été posé. Une recherche a été effectuée dans les dossiers des patientes diagnostiquées MGF afin de savoir si elles avaient consulté le service des urgences. Le cas échéant, une recherche a été effectuée afin de savoir si le diagnostic avait été posé aux urgences. Consultation des notes de dossiers : âge, motif de consultation, examen clinique gynécologique réalisé ou non. <p>Instrument de mesure : un extracteur de données a été utilisé pour analyser toutes les notes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Au total, 34 patientes ont été identifiées dans les dossiers de soins comme ayant subi une MGF. Tous les diagnostics ont été posés dans un service prénatal. Sur les 34 patientes identifiées, 56% (19/34) avaient été reçues aux urgences avant la pose de leur diagnostic dans le service prénatal. 42% des patientes ont consulté les urgences pour des symptômes liés à d'éventuelles complications des MGF : saignements vaginaux, douleurs abdominales, symptômes urinaires... 21% des patientes ont pu bénéficier d'un examen gynécologique (un seul réalisé aux urgences, les trois autres ont été réalisés dans un service de gynécologie/obstétrique) 	<p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> Plus de la moitié de ces femmes n'ont pas consulté les urgences pour des symptômes en lien avec les éventuelles complications des MGF. Les femmes se plaignant de problèmes uro-génitaux ou obstétricaux avaient des symptômes similaires aux patientes qui n'avaient pas subi de MGF. Le dossier de soins ne donnait aucune information sur la réalisation de l'examen gynécologique fait aux urgences. Cette étude est limitée par le fait qu'elle a été réalisée que dans un seul hôpital et dans un délai relativement court. De par sa nature rétrospective, il est possible dans cette étude que les MGF aient été diagnostiquées mais non enregistrées dans les dossiers de soins.

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Andro, A., Cambois, E., & Lesclingand, M. (2014)	<p>Population : N = 2384 femmes, dont 678 femmes ayant subi une MGF, et 1706 femmes non-MGF, dont l'âge moyen était de 30 ans. 60% de l'échantillon était marié ou fiancé. 80% de l'échantillon a passé son enfance hors de l'Europe, 53% avait vécu en France pendant moins de 10 ans et 29% pendant plus de 10 ans.</p> <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence de réponse aux données sociodémographiques. • Âge ? • Statut marital ? <p>Type d'étude : quantitative de cas-témoins transversale</p>	Évaluer les conséquences à long terme des MGF dans un contexte européen.	<p>Méthode :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entretiens menés dans 74 centres de santé maternelle et infantile, ainsi que dans des services hospitaliers de gynécologie et de planning familial. • Les femmes ont été interviewées sans que les enquêteurs ne connaissent leur statut (MGF ou non-MGF). Elles ont déclaré avoir subi une MGF ou non à la fin du questionnaire principal. • Le questionnaire était divisé en quatre parties : les caractéristiques sociodémographiques, les symptômes, la vie sexuelle et les MGF. • Pour les femmes ayant subi une MGF, l'entretien se poursuivait sur la description des circonstances de la MGF (où, quand, comment). • En plus des informations fournis par les femmes et sous leur consentement, leur gynécologue/sage-femme ont rempli un formulaire médical indiquant leur statut de MGF et les maladies diagnostiquées. <p>Instrument de mesure : les problèmes de santé des échantillons MGF et non-MGF ont été comparés en utilisant les rapports de cotes ou odds ratio.</p>	<p>Auto-évaluation de la santé, de la maladie et des symptômes : des différences significatives ont été constatées pour les infections urinaires ou gynécologiques (ORun = 1.8), la fatigue (ORun = 1.2), les maux de tête (ORun = 1.3) et les épisodes de douleur intense (ORun = 1.2). Les MGF sont donc associées à des risques accrus de problèmes de santé.</p> <p>Impact sur la vie sexuelle : les MGF seraient associées à des risques accrus d'avoir un premier rapport sexuel très douloureux (ORun = 2.0), une vie sexuelle insatisfaisante (ORun = 2.5), et des douleurs fréquentes, un manque de désir ainsi qu'une sensation de brûlure pendant les rapports (ORun = 1.9).</p> <p>Impact sur la santé maternelle : les déchirures pendant l'accouchement étaient plus fréquentes dans l'échantillon MGF (ORun = 1.3).</p>	<p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La population cible est difficile à étudier car : la MGF n'est pas fréquente et c'est un sujet sensible et intime ; une proportion non négligeable de femmes ayant subi une MGF ne parlent pas ou peu le français ; les femmes migrantes en situation plus vulnérable peuvent être sous-représentées (car les femmes parlant le mieux le français avaient un niveau d'études supérieur ou vivaient en France depuis plus longtemps). • Les informations recueillies sont « auto-déclarées » par les échantillons et ne sont pas aussi précises qu'un avis médical. • Si les types de MGF avaient été mieux spécifiés, les résultats obtenus auraient pu être différents. • Si l'étude avait été menée dans d'autres pays européens ayant une proportion plus élevée de migrants d'Afrique de l'Est, où les types de MGF sont particulièrement invasifs, des résultats différents auraient pu être obtenus.

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
González-Timoneda, A., Ruiz Ros, V., González-Timoneda, M., & Cano Sánchez, A. (2018)	<p>Population : N = 321 professionnels de la santé ou du social, dont 38,3% de médecins généralistes, 45,5% d'infirmiers, 7,8% de pédiatres, 3,4% de sages-femmes et 4,1% de travailleurs sociaux. 71,7% étaient des femmes, et 56,4% de l'échantillon avait 50 ans et plus.</p> <p>Seuls 15% des professionnels ont répondu avoir reçu une formation sur les MGF (60% des sages-femmes, 20% des pédiatres et 15,4% des travailleurs sociaux).</p> <p>Type d'étude : quantitative descriptive transversale</p>	Décrire les perceptions, les connaissances et les attitudes des professionnels de santé primaire en ce qui concerne les MGF.	<p>Méthode :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les professionnels ont dû répondre à un questionnaire semi-structuré recueillant : leurs données sociodémographiques ; leur degré de connaissances des MGF (identification, typologie, étiologie, pays de prévalence, formation reçue sur le sujet, connaissances des protocoles et guidelines) ; le nombre de cas de MGF ou de cas à risque détectés ; leur attitude face aux MGF (éducation/sensibilisation, signalement aux autorités, examens de routine des organes génitaux à titre de contrôle jusqu'à l'âge de 18 ans...) L'échantillonnage s'est fait de manière non probabiliste car un ratio nominal de tous les professionnels n'était pas disponible de manière aléatoire. L'échantillonnage est de commodité, c'est-à-dire que le recrutement s'est fait sur la base de la disponibilité des participants. <p>Instruments de mesure : le test du Chi carré avec correction de Fisher, le test T de Student et l'ANOVA ont été utilisés. Le test de Kolmogorov-Smirnoff et de Wilcoxon ou de Mann-Whitney ont été utilisés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Parmi les participants ayant déclaré avoir reçu une formation sur les MGF, seuls 6,3% ont correctement identifié les types de MGF ainsi que les pays qui les pratiquent. Une différence statistiquement significative a été observée dans le groupe des sages-femmes, qui est celui ayant le plus de connaissances sur les types de MGF ($p < 0,001$). 8,4% de l'échantillon associe la pratique des MGF à des pays exclusivement musulmans, et 5,3% à l'ensemble du continent africain. Parmi les professionnels interrogés, seuls 4,7% ont déclaré avoir déjà identifié un cas de MGF au cours de leur pratique professionnelle. À chaque fois, l'identification de la MGF était fortuite car il n'y avait aucune suspicion de MGF. Dans 45,5% des cas, les professionnels ont décidé d'agir en collaborant avec d'autres professionnels. Les autres 45,5% ont décidé d'aborder la question dans le cadre de la consultation en demandant si la patiente avait des filles pour prévenir les risques au sein de la famille. 9,1% des professionnels ont décidé d'ignorer le cas de MGF. Le travail de prévention était l'action à mener en priorité lors de la détection d'un cas à risque pour 40,5% de l'échantillon. 	<ul style="list-style-type: none"> La taille de l'échantillon est insuffisante pour certaines variables observées et ne permet pas de différence statistiquement significative pour certaines observations (certains groupes ne comprennent pas un éventail de professionnels suffisamment large). Si les chercheurs avaient eu accès à une liste de professionnels, cela aurait facilité la distribution des questionnaires par échantillonnage aléatoire ainsi que le calcul de l'échantillon pour sa représentativité. L'ambiguïté de certaines questions a pu conduire à des interprétations et des critères de réponses différents lorsque les participants ont répondu au questionnaire.

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Hess, R. F., Weinland, J., & Saalinger, N. M. (2010)	<p>Population : N = 243 infirmiers-sages-femmes certifiés, membres de l'ACNM (American College of Nurse-Midwives) ayant consenti à l'étude et ayant retourné le questionnaire complété.</p> <p>L'échantillon était composé de 235 femmes, de 4 hommes et de 4 personnes n'ayant pas renseigné leur genre. L'âge moyen était de 48,5 ans.</p> <p>47,9% des participants exerçaient à l'hôpital, 29,6% dans une clinique ambulatoire et 17,9% avaient une profession libérale.</p> <p>Type d'étude : étude mixte, descriptive transversale et phénoménologique</p>	<p>Évaluer les connaissances des infirmiers-sages-femmes certifiés (CNMs) sur les MGF (quantitative) et explorer leurs expériences dans la prise en soins de femmes migrantes africaines ayant subi une MGF (qualitative).</p>	<p>Méthode :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les chercheurs ont contacté l'ACNM (American College of Nurse-Midwives) qui lui a fourni l'adresse de 600 infirmiers-sages-femmes certifiés. Ces 600 professionnels ont reçu par la poste : une lettre d'introduction, un formulaire de consentement, un questionnaire et une enveloppe affranchie pour le retour du colis. Seuls 243 professionnels ont consenti à l'étude et ont retourné le questionnaire complété (taux de réponse de 40,5%). La première partie du questionnaire concernait des données sociodémographiques sur les participants. La deuxième partie contenait des questions à choix multiples et des questions vrai/faux permettant de tester les connaissances des participants sur les MGF. À chaque question, les participants pouvaient cocher la case « ne sait pas ». La dernière partie invitait les professionnels ayant déjà pris en soins une patiente ayant subi une MGF à décrire leur expérience. La description devait inclure le pays d'origine des patientes, le type de MGF et les thèmes principaux des soins prénataux et obstétricaux. <p>Instruments de mesure : le logiciel statistique SPSS a été utilisé pour l'analyse. Les fréquences, les corrélations et les valeurs du Chi carré de Pearson ont été calculées à l'aide des données appropriées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Parmi les participants, 40,3% ont répondu avoir déjà prodigué des soins à des patientes ayant subi une MGF. Les infirmiers-sages-femmes ont démontré de moins bonnes connaissances sur les sujets juridiques et culturels. Seuls 18% des professionnels savaient que les MGF concernaient autant les femmes de religion chrétienne que les femmes de religion musulmane. 50% des participants ignoraient que les femmes ayant subi une MGF évitent de consulter par crainte de représailles juridiques. Les professionnels ayant déjà eu une expérience avec les femmes MGF ont démontré de meilleures connaissances sur les MGF ($p < 0,001$). 64 participants, ayant déjà pris en soins une femme ayant subi une MGF, ont décrit leur expérience. L'analyse inductive a mis en évidence trois thèmes : la réinfibulation post accouchement, les complications des MGF, la préférence des patientes pour des soignants de sexe féminin. 	<ul style="list-style-type: none"> L'étude n'a obtenu qu'un faible taux de réponse, et il n'a pas été possible d'identifier les différences entre les professionnels qui ont participé et ceux qui n'ont pas voulu participer. De plus, de nombreux questionnaires ont été rendus incomplets, et si les réponses manquantes s'étaient avérées incorrectes, les connaissances des participants auraient été encore moins bonnes que celles révélées dans les résultats. L'étude n'a pas eu de test pilote, ce qui aurait permis d'augmenter la qualité de l'outil de sondage.

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats
Caroppo, E., Almadori, A., Giannuzzi, V., Brogna, P., Diodati, A., & Bria, P. (2014)	<p>Population : N = 41 assistants socio-sanitaires composés de : 36,6% de médecins, 24,4% d'assistants sociaux, 17,1% de psychologues, 12,2% d'infirmiers, 7,3% d'assistants de santé et 2,4% d'éducateurs. Ces professionnels travaillaient avec des femmes en demande d'asile âgées de 15 à 49 ans, originaires des pays où les MGF sont pratiquées. Les participants étaient composés de 31,7% d'hommes et 68,3% de femmes.</p> <p>Type d'échantillon : échantillon représentatif.</p> <p>Type d'étude : étude quantitative descriptive transversale.</p>	<p>Découvrir les connaissances actuelles sur les MGF des professionnels du CARA (Centre d'Accueil pour les Réfugiés et les demandeurs d'Asile), afin d'évaluer s'ils seraient en mesure de reconnaître et d'aider adéquatement cette population. Décrire brièvement les éventuelles complications sanitaires dues à la pratique afin de déterminer si une reconstruction chirurgicale est indiquée.</p>	<p>Méthode :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les chercheurs ont contacté le CARA et ont invité 41 professionnels socio-sanitaires, travaillant avec les demandeurs d'asile, à participer. Questionnaire spécifique composé de 14 points : les données démographiques ; les connaissances individuelles ; les expériences individuelles et la gestion au sein du CARA. Les questionnaires ont été conçus de manière à être passés et répondus rapidement (3 à 5min). Ils étaient anonymes, seuls la profession et le sexe était identifiés. 	<ul style="list-style-type: none"> 7,3% des participants affirment bien connaître les MGF. 4,9% ne les connaissent pas du tout. 70,7% des personnes interrogées affirment n'avoir jamais rencontré ou aidé une femme ayant subi une MGF, pourtant ces dernières travaillent avec des demandeurs d'asile provenant de pays où la MGF est pratiquée. 9,2% des participants ignorent que le type de mutilation peut être différent selon le pays d'origine. 95,1% des professionnels socio-sanitaires ne savent pas comment prendre en charge une femme ayant subi une MGF. 65,8% ignorent s'il existe ou non une procédure de prise en charge de ces femmes. 75,6% des participants ont admis que s'ils venaient à aider une femme ayant subi une MGF, ils la redirigeraient vers des soins externes (hôpital, psychologue, assistant social, gynécologue, chirurgien plastique...) 56% ignorent la loi qui interdit toutes les pratiques de MGF en Italie. Parmi les femmes réfugiées qui résident au CARA, 73% venaient de pays où les MGF sont traditionnellement pratiquées, elles peuvent donc avoir subi une MGF et avoir besoin d'une assistance spécifique.

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Pastor- Bravo, M. del M., Almansa- Martínez, P., & Jiménez- Ruiz, I. (2018)	<p>Population : N = 14 femmes ayant subi une MGF originaires du Sénégal, du Nigéria et de Gambie. Elles sont âgées de 23 à 41 ans et ont toutes subi au cours de leur enfance des MGF de type I ou de type II. Ces femmes résident dans la région de Murcie (Espagne), elles ont accouché dans cette région et ont été prises en charge par le système national de santé publique.</p> <p>Type d'échantillon : Échantillon par boule de neige.</p> <p>Type d'étude : étude qualitative, interprétative et phénoménologique.</p>	Connaître les conséquences des MGF sur la santé des femmes subsahariennes résidant en Espagne, et décrire les soins reçus.	<p>Méthode :</p> <ul style="list-style-type: none"> La chercheuse a contacté les participantes au travers d'associations africaines dans la région de Murcie. Les 14 entretiens individuels ont été menés au domicile des participantes. Ces femmes ont répondu à un questionnaire sociodémographique. De plus, des entretiens informels ont été effectués au travers de rendez-vous, conversation téléphonique et par email. Les entretiens ont été audio enregistrés et des notes de terrain ont été prises pour relever les gestes et observations non verbales. Les thèmes ont été définis à partir des données. <p>Instruments de mesure : le logiciel Atlas Ti7 a été utilisé pour l'analyse des données qualitatives.</p>	<p>Conséquences physiques à court terme : douleur intense, démangeaison, hémorragie, difficulté à uriner, qui peuvent durer de 15 jours à plusieurs mois après la MGF. Cependant, il est attendu d'elles qu'elles n'expriment pas leur douleur, sinon elles seraient considérées comme faibles.</p> <p>Conséquences physiques à long terme : infections urinaires récurrentes, problèmes au niveau des organes génitaux, hépatite B due à la MGF avec un diagnostic établi avant le début des relations sexuelles.</p> <p>Conséquence psychologiques : souvenirs traumatisants, troubles du sommeil, perte d'identité, états de rage, d'angoisse et de tristesse.</p> <p>Répercussions sur la sexualité : peur de la douleur au début de l'acte sexuel ou à chaque acte sexuel. Beaucoup de ces femmes ne ressentent pas de désir sexuel et présentent une anorgasmie. Certaines éprouvent du plaisir à la suite d'une stimulation sexuelle. Ces répercussions sur la sexualité peuvent entraîner des problèmes conjugaux et le rejet par le mari.</p>	<ul style="list-style-type: none"> L'analyse des données recueillies par l'équipe étant subjective, il a été nécessaire de clarifier la position de l'équipe en ce qui concerne les MGF. L'équipe de recherche aborde les pratiques traditionnelles en donnant la priorité au droit à la vie, ainsi qu'à la santé sexuelle et reproductive des femmes, sans ignorer les droits culturels et l'importance des croyances et des coutumes des différents peuples. C'est pour cela que les chercheurs se sont réunis à plusieurs reprises durant l'analyse des données pour confirmer les résultats. Cette étude est limitée par le fait que les participantes sont issues de pays et de groupes ethniques différents ; ainsi, les résultats ne sont pas applicables de manière générale à un groupe

				<p>Attitudes des professionnels de la santé et perception des soins reçus par les femmes ayant subi une MGF : les femmes étaient embarrassées d'être différentes anatomiquement, en particulier lorsque les examens gynécologiques étaient effectués par un soignant masculin. Pendant leur grossesse, elles ont vécu des complications qui pourraient être liées aux MGF : infection, fièvre, hyperémèse ou fausses couches à répétition. Nécessité d'un accouchement avec une épisiotomie ou par césarienne.</p> <p>Informations insuffisantes apportées aux femmes ayant subi une MGF lors de la prise en soins par les professionnels de la santé, dont 4 domaines principaux : la grossesse et l'accouchement, les méthodes de contraception, les complications liées aux MGF et la perspective d'une chirurgie réparatrice.</p>	<p>ethnique spécifique et ne reflètent pas nécessairement l'expérience de toutes les femmes ayant subi une MGF vivant en Espagne.</p>
--	--	--	--	---	---

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats
Dawson, A. J., Turkmani, S., Varol, N., Nanayakkara, S., Sullivan, E., & Homer, C. S. E. (2015)	<p>Population : N = 48 sages-femmes, travaillant dans des unités de soins prénataux et de naissance de trois hôpitaux australiens, ont assisté à des groupes de discussions de 10 à 12 participants.</p> <p>Type d'étude : étude qualitative descriptive-interprétative et phénoménologique (?)</p>	Comprendre les multiples réalités ou expériences des sages-femmes lors de la prise en soins des femmes ayant subi une MGF.	<p>Méthode :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les managers des unités de soins ont distribué l'invitation à l'étude aux sages-femmes travaillant dans les hôpitaux. Les groupes de discussion ont duré environ une heure et ont permis aux participantes de partager leurs pensées, attitudes et idées autour des MGF. Les quatre groupes de discussion ont été conduits en utilisant un guide d'interview, qui incluait des questions comme : « Comment décririez-vous les MGF ? », « Comment les femmes sont-elles affectées par les MGF ? », « Quelle est votre expérience professionnelle avec les femmes ayant subi une MGF ? »... Un chercheur a modéré le groupe de discussion, tandis que l'autre chercheur a observé et pris des notes. <p>Instruments de mesure : après le consentement des participantes, les groupes de parole ont été audio-enregistrés et les verbatim utilisés ont été transcrits. Une analyse par thème a été réalisée par les deux chercheurs présents aux groupes de discussion. Ils ont synthétisé, théorisé et re-contextualisé les données. La saturation des données a été atteinte au cours de ce processus d'analyse, puisqu'il est clairement</p>	<p>Les connaissances des sages-femmes sur les MGF :</p> <p>La majorité des participantes connaissaient la définition des MGF et les différents types. Certaines ont admis ne pas toujours être sûres d'elles et préférer se référer aux médecins pour classer la MGF.</p> <p>Toutes les participantes savaient que les MGF étaient pratiquées dans certains pays du Moyen Orient et d'Afrique. Une sage-femme savait que cette pratique était répandue en Malaisie. Aucune n'a mentionné d'autres pays ou ethnies asiatiques.</p> <p>En ce qui concerne le contexte culturel, les participantes ont dit que la pratique était « tribale », « très ancienne » et « matriarcale ».</p> <p>Les sages-femmes savaient que la pratique est illégale en Australie, au Royaume-Uni et aux États-Unis.</p> <p>Elles connaissaient les problèmes de santé associés aux MGF, ainsi que les risques de complications obstétriques.</p> <p>De nombreuses sages-femmes n'étaient pas sûres des guides de bonne pratique concernant les MGF et mis en place par la politique actuelle. Cependant, plusieurs participantes ont su indiquer où trouver les guides de bonne pratique.</p> <p>Les vécus et les expériences dans la prise en soins de ces femmes : les participantes ont déclaré que les femmes ne souhaitaient pas être désinfectées pendant la grossesse, préférant attendre jusqu'à l'accouchement, car elles pensaient qu'elles allaient de toute façon subir une épisiotomie à ce moment-là. Une sage-femme s'est demandé si les femmes qui ne sont pas ré-infectées sont rejetées de leur communauté. Cependant, une participante a rappelé la réaction du partenaire de l'une de ses patientes lorsqu'elle s'apprêtait à la ré-infecter : « Il</p>

			<p>apparu que les thèmes émergents résumaient toutes les données collectées.</p>	<p>n'est pas question que vous fassiez cela à ma femme, je ne veux pas qu'elle soit à nouveau cousue ». Les sages-femmes ont décrit leurs patientes comme étant « traumatisées, physiquement et psychologiquement » à la suite des MGF. Plusieurs sages-femmes ont fait part de leurs inquiétudes quant à la perpétuation de cette pratique et ont rappelé que des femmes avaient demandé comment elles pourraient faire pour qu'une MGF soit pratiquée sur leurs filles.</p> <p>Les influences sur la pratique des sages-femmes : l'importance d'une relation de respect mutuel entre les sages-femmes et leurs patientes est considérée comme un élément essentiel de leur pratique professionnelle. Il y a eu un échange sur l'utilisation d'un terme sensible et approprié pour parler des MGF. Les participantes ont déclaré que « la mutilation est un terme si horrible », et que « la circoncision est largement acceptée », ainsi que « l'excision est un terme plus doux ». Aussi, l'utilisation de « pratique traditionnelle » leur semblait plus appropriée que « chirurgie génitale ». Les sages-femmes ont souligné l'importance d'interagir de manière appropriée pour mettre les femmes à l'aise et obtenir des informations, en particulier lors de la visite prénatale. Une sage-femme a souligné l'importance de ne pas juger les femmes ayant subi une MGF. Elle a ajouté que les sages-femmes devraient faire attention à ne pas révéler leur surprise lorsqu'elles découvrent que leurs patientes ont subi une MGF, car « les visages en disent long », et que leur réaction pourraient bouleverser leurs patientes. Une autre participante a souligné la nécessité d'être respectueuse, de reconnaître les traumatismes passés et de demander une autorisation permanente lorsqu'on procède à des examens vaginaux sur des femmes, car le fait de toucher leurs organes génitaux provoque une spirale d'événements.</p> <p>La communication était parfois difficile en raison des barrières de langue, du manque d'interprètes disponibles, et de la nature particulièrement intime du sujet des MGF. Une participante a déclaré qu'elle se sentait mal à l'aise et que les patientes étaient gênées lorsque les interprètes étaient de sexe masculin. Les sages-femmes ont déclaré que la collaboration avec les interprètes nécessitait de</p>
--	--	--	--	--

				<p>l'expérience et une formation. De nombreuses sages-femmes ont décrit un manque de compétences et d'expérience dans les soins aux femmes ayant subi une MGF, et se sont dit être « craintives » car elles ne voulaient pas causer de douleur ou de préjudice supplémentaire aux patientes. Les sages-femmes ont décrit les moyens disponibles pour améliorer leur prise en soins : dans un hôpital, elles ont déclaré qu'elles avaient été orientées par une sage-femme ayant reçu une formation spécialisée dans la prise en soins des femmes ayant subi une MGF.</p> <p>Les données collectées sur les MGF : certaines sages-femmes savaient où elles pouvaient enregistrer les MGF dans la base de données, mais elles estimaient que cette tâche était souvent oubliée et que les MGF avaient besoin de leur propre indicateur, ou d'une « question directe » pour plus de clarté. Plusieurs sages-femmes ont déclaré qu'elles ne savaient pas où ajouter des informations sur les MGF et ne l'avaient jamais fait auparavant, ce qui reflète le manque actuel de collecte de données sur les MGF dans les hôpitaux.</p> <p>Les besoins en éducation et formation : la plupart des sages-femmes ont dit qu'elles ont appris « sur le tas » à propos des MGF. Quelques-unes ont fait une formation continue. La plupart des participantes ont appelé à davantage de formation professionnelle continue sur les MGF. Elles ont demandé à ce que les médecins généralistes soient formés pour participer aux programmes de prévention, pour sensibiliser les hommes et femmes de la communauté afin de protéger les filles des MGF pratiquées à l'étranger. Les participantes ont souligné la nécessité que les professionnels de la santé collaborent avec la communauté pour « instaurer un climat de confiance » afin de dispenser une éducation sanitaire visant à prévenir les MGF.</p>
--	--	--	--	---

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats
Ormrod, J. (2019)	<p>Population : N = 9 femmes âgées de 20 à 46 ans, ayant subi une MGF de type 2 ou 3, ont été interviewées. Elles parlent et écrivent l'anglais couramment. 8 d'entre elles ont des enfants. Elles sont toutes nées à l'étranger à l'exception d'une femme née au Royaume-Uni. Leurs pays d'origine sont le Nigeria, le Sierra Leone et la Somalie.</p> <p>Type d'étude : étude qualitative phénoménologique</p>	<p>Explorer le vécu des femmes qui ont récemment reçu des soins du NHS (National Health Service, système de santé publique du Royaume-Uni) et qui appartiennent à des communautés pratiquant les MGF.</p>	<p>Méthode :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les entretiens semi-structurés et leur analyse ont été menés selon les étapes suivantes : transcription des entretiens enregistrés sur bande audio ; familiarisation des transcriptions et des notes prises sur le terrain ; codage des incidents et des émotions particuliers ; élaboration d'un cadre analytique fonctionnel ; application du cadre ; cartographie des données dans une matrice-cadre ; interprétation des données. Les participantes ont dû signer un consentement. Elles ont ensuite été interrogées lors d'un entretien en face à face mené en anglais dans une salle privée de l'association communautaire. Les participantes ont été interrogées sur leur expérience de soins avec le NHS, sur leurs problèmes de santé et sur le motif de leur demande de soins. Elles ont aussi été interrogées sur la manière dont le personnel du NHS avait pu les aider et si on leur avait déjà posé des questions sur les MGF. Enfin, il leur a été demandé si elles avaient des suggestions à donner sur la manière dont le personnel pourrait les soutenir, surtout en lien avec les MGF. <p>Instruments de mesure : le choix des questions s'est fait sur la base de la littérature disponible et des directives politiques récemment publiées. La méthode choisie est utilisée avec succès depuis presque 30 ans dans la recherche sur les services de santé.</p>	<p>L'implication avec les professionnels de la santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les infirmières ne seraient pas assez sensibilisées à reconnaître et à discuter des préoccupations de leurs patientes (ex : le frottis et la douleur qu'il pourrait provoquer). 7 des participantes n'ont jamais été interrogées sur leur MGF. <p>La souffrance silencieuse :</p> <ul style="list-style-type: none"> À cause de la barrière de la langue, une participante souligne le manque de compréhension des professionnels à l'égard des difficultés de nombreuses femmes migrantes. Les difficultés sexuelles, le manque de plaisir sexuel, les difficultés urinaires sont des préoccupations fréquemment mentionnées. 7 participantes ont mentionné la détresse psychologique qui est étroitement liée aux MGF. La gestion de la détresse psychologique semble être généralement taboue, peut-être en raison de la stigmatisation associée à toute maladie mentale perçue au sein de certaines communautés. <p>La communication compatissante :</p> <ul style="list-style-type: none"> Selon les participantes, toutes les femmes devraient être interrogées sur les MGF par les professionnels. Ces derniers devraient être sensibilisés à la pratique et devraient avoir des connaissances plus à jour sur les MGF. Elles ont fait part de leur réticence à discuter de ce sujet, de l'ordre de l'intime et qui peut raviver des souvenirs douloureux.

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats
Oguntoye, S., Otoo-Oyortey, N., Hemmings, J., Norman, K., & Hussein, E. (2009)	<p>Population : N = 18 (dont 10 à Londres et 8 à Bristol)</p> <p>chercheuses « PEER » (Participatory Ethnographic and Evaluative Research) ont mené des entretiens de type « peer-to-peer » (amis interviewant des amis). Chacune d'entre elles ont interrogé 2 à 3 amies, femmes de leur communauté. Les femmes interrogées étaient âgées de plus de 25 ans et habitaient à Londres ou à Bristol. Les chercheuses ont été recrutées en « boule de neige » par l'association FORWARD (Fondation for Women's Health Research and Development) et étaient originaires du Soudan, de la Somalie, de l'Erythrée ou de l'Ethiopie.</p> <p>Type d'échantillon : Échantillon par boule de neige</p>	<p>Explorer les points de vue des femmes issues des communautés où les MGF sont pratiquées par le biais d'entretiens menés par des chercheuses « PEER ».</p>	<p>Méthode :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deux études ont été menées : une à Londres et une à Bristol. • La méthodologie de l'étude exploite les relations de confiance déjà établies entre les chercheuses « PEER » et les personnes interrogées. • Les chercheuses « PEER » ont suivi une formation pour développer des techniques d'entretien et proposer des questions d'entretien qui reflètent la culture et la langue de leurs communautés. • Afin de mettre leurs amies en confiance, les chercheuses les ont encouragées à raconter « les histoires de personnes qu'elles connaissaient » sans mentionner leurs noms. • Les chercheuses PEER ont contacté leurs amies pour un entretien non structuré et informel, en face à face. • Les amies ont été interrogées par les chercheuses « PEER » sur trois thèmes principaux : la 	<p>Les points de vue à travers les générations : beaucoup de femmes ont ressenti le besoin de transmettre leur culture et leurs traditions aux jeunes générations. Mais elles ont estimé qu'il y avait une forte perte d'identité culturelle chez leurs enfants, en particulier les plus âgés et les jeunes adolescents. Il semblerait qu'il y ait eu une rupture dans la perception des MGF d'une génération à l'autre.</p> <p>La poursuite de la pratique : selon les femmes interrogées, la poursuite de la pratique dépendrait des générations futures. Les principales raisons évoquées sont l'aptitude au mariage, la maîtrise et le contrôle de la sexualité féminine et la poursuite des traditions. Ces arguments étaient essentiellement donnés par les anciennes générations. La religion n'a pas été mentionnée, alors que pourtant, les anciennes générations sont souvent décrites comme utilisant ce prétexte pour la continuité de la pratique. Certaines femmes interrogées ont déclaré penser que les hommes désirent que leurs futures épouses soient excisées avant leur mariage. Très souvent, elles ont déclaré que les enfants appartenaient davantage à la communauté qu'à leurs parents.</p> <p>La vie familiale et quotidienne : la plupart des femmes interrogées ont estimé que les MGF avaient un impact négatif important sur leur vie. Nombre d'entre elles ont connu diverses formes de détresse émotionnelle, des angoisses, et une crainte constante de la douleur (lors des rapports sexuels ou autres). De nombreux facteurs liés aux MGF affecteraient leur vie quotidienne, leur sexualité, leur perception d'elles-mêmes, leur confiance en elles, leur santé et leur appartenance à la communauté. Les thèmes récurrents étaient aussi l'isolement et la solitude.</p> <p>Les interactions avec les services de santé : de nombreuses expériences avec le service de santé du Royaume-Uni ont été rapportées comme « difficiles ». La majorité des femmes ne disposaient pas d'informations suffisantes sur les différents services de santé existants, ni à quels professionnels elles pouvaient se référer.</p>

	<p>Type d'étude : étude qualitative phénoménologique ethnographique et évaluative participative.</p>		<p>vie de famille, les MGF et les conséquences les plus larges des MGF.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les chercheurs « PEER » ont pris des notes pour synthétiser les entretiens. • La synthèse des entretiens a été réalisée lors d'une journée de rencontre entre les chercheuses « PEER » et les superviseurs « FORWARD » de l'étude. • Les superviseurs ont ensuite filtré les questions clés et défini les thèmes principaux en consultant les chercheuses « PEER » si nécessaire. • L'équipe de recherche de la fondation FORWARD a codé les données. 	<p>La plupart des femmes interrogées ont répondu être gênées de parler des MGF et qu'elles étaient souvent poussées à parler des MGF et de leur sexualité plus en profondeur.</p> <p>Elles ont mentionné un manque de formation et de connaissances des professionnels de la santé, en particulier lorsqu'ils réagissent avec insensibilité ou par choc.</p> <p>Enfin, un bon nombre de mauvaises expériences décourageraient les membres de la communauté à faire confiance aux services de santé. De plus, même si de nombreuses femmes semblent souffrir de traumatismes, de dépression et d'anxiété, aucun soutien psychologique ne semble leur avoir été proposé.</p> <p>Comment cela pourrait-il cesser ? Lorsqu'elles sont interrogées sur le futur de la pratique, les femmes imaginent qu'elle va cesser mais de manière progressive. Elles ont suggéré des façons concrètes et perspicaces pour permettre d'améliorer la sensibilisation au sein de leurs communautés, la formation des professionnels de la santé et la mise en œuvre de procédures législatives et politiques. Elles ont réclamé plus d'information sur les MGF, les services de santé, la loi et le soutien disponible. Les informations sur les MGF devraient être disponibles en plusieurs langues et dans plusieurs lieux publics. Elles ont suggéré l'augmentation de campagnes de sensibilisation auprès des communautés.</p> <p>Législation : au cours des entretiens, il est apparu que les femmes avaient peu ou pas de connaissances sur la loi actuelle, ni sur leurs droits en tant que femmes. Beaucoup ont mentionné que la loi pourrait être utilisée pour dissuader les personnes âgées, qui sont en particulier les personnes les plus traditionnelles et qui font le plus de pression pour que les filles soient excisées. De nombreuses femmes considèrent que la loi britannique et son application sont « souples » et ont exigé que l'exemple soit donné. Elles ont toutes demandé plus d'information sur la dernière loi.</p>
--	---	--	--	--

4.3. Les résultats par thèmes

Tableau 6 : Tableau synoptique

Thèmes	Fawcett & al., (2018)	Andro & al., (2014)	González- Timoneda & al., (2018)	Hess & al., (2010)	Caroppo & al., (2014)	Pastor- Bravo & al., (2018)	Dawson & al., (2015)	Ormrod (2019)	Oguntoye & al., (2009)
Le manque de connaissances des professionnels sur les MGF	√		√	√	√		√	√	
La prise en soins des femmes ayant subi une MGF par les professionnels			√	√			√		
Les perceptions des femmes ayant subi une MGF sur leur santé, leur qualité de vie et leur prise en soins		√				√		√	
Le point de vue des femmes issues des communautés pratiquant les MGF									√

4.3.1. Les perceptions des femmes ayant subi une MGF sur leur santé, leur qualité de vie et leur prise en soins

Les études de Pastor-Bravo & al. (2018), Andro & al. (2014) et Ormrod (2019) évoquent la thématique de la perception des femmes ayant subi une MGF sur leur santé et qualité de vie.

Pastor-Bravo & al. (2018) ont réalisé une étude auprès de femmes ayant subi une MGF afin de connaître les conséquences sur leur santé et leur perception des soins reçus. Les résultats ont montré que les MGF avaient de multiples conséquences à la fois physiques et psychiques, ainsi qu'un impact sur la vie sexuelle de ces femmes. D'une part, les conséquences à court terme se traduisent par des douleurs intenses et des hémorragies, mais aussi par des troubles mictionnels. D'autre part, les MGF engendrent, au long terme, des infections urinaires récurrentes et des problèmes au niveau de l'appareil génital. Les MGF sont souvent pratiquées de manière non stérile et les instruments sont parfois réutilisés. Ces conditions favorisent le risque infectieux, c'est pourquoi l'une des participantes aurait par ailleurs probablement contracté une hépatite B des suites de son excision. Il semble que la souffrance de ces femmes soit considérable mais silencieuse en raison des attentes de la communauté, qui considère l'expression de la douleur comme une faiblesse. Les conséquences psychiques, elles, se manifestent par des souvenirs traumatisants, des troubles du sommeil, une perte d'identité, un sentiment de rage, d'angoisse et de tristesse. Pour finir, les MGF auraient des conséquences sur la vie sexuelle des participantes qui redoutent d'avoir des rapports sexuels douloureux et qui ont, par conséquent, une perte de désir et de plaisir sexuel, risquant d'entraîner des problèmes conjugaux (rejet de la part de leur mari).

L'étude de Andro & al. (2014) vise à évaluer les conséquences à long terme des MGF dans un contexte européen. Elle différencie les problèmes de santé entre les femmes ayant subi une MGF et celles n'ayant pas subi de MGF. En effet, les femmes excisées sont non seulement plus à risque de développer des infections urinaires ou gynécologiques, mais elles peuvent aussi avoir des déchirures du périnée lors de l'accouchement. En outre, les MGF auraient un impact négatif sur leur vie sexuelle. Les femmes ayant subi une MGF sont plus nombreuses à se dire insatisfaites par leur vie sexuelle car elles ressentent des douleurs pendant les rapports et un manque de désir.

Ormrod (2019) a mené une étude auprès de femmes ayant subi une MGF, et s'est intéressée à leur vécu lors de leur prise en soins par le service de santé national en Angleterre. L'étude évoque également des difficultés lors des rapports sexuels et un manque de plaisir sexuel. De plus, des difficultés lors des mictions sont aussi rapportées. Par ailleurs, des problèmes d'ordre psychique liés aux MGF ont été mentionnés par sept participantes. La gestion de la détresse psychologique semble être généralement taboue, en raison de la stigmatisation associée à toute maladie mentale perçue au sein de certaines communautés.

4.3.2. Le point de vue des femmes issues des communautés où les MGF sont pratiquées

L'étude d'Oguntoye & al. (2009) s'intéresse au point de vue des femmes vivant en Angleterre et issues des communautés où les MGF sont fréquemment pratiquées. Le but de cette étude étant d'approfondir leur perception de la pratique des MGF et l'impact que cette dernière pourrait avoir sur les générations futures. Durant les entretiens menés auprès des participantes, de nombreuses thématiques ont été abordées. Tout d'abord, les participantes ont exprimé le besoin de transmettre leur culture et leurs traditions à leurs enfants. En effet, suite à leur parcours migratoire, de nombreuses femmes redoutent que les générations futures vivent une perte d'identité culturelle. Ces femmes soulignent donc l'importance de conserver leurs traditions à travers le temps et la migration. Ce serait probablement pour cela que, selon la majorité des femmes interrogées, la perpétuation de la pratique des MGF dépendrait de l'ancienne génération. La deuxième thématique abordée par les participantes est celle des raisons invoquées pour justifier l'excision. Ainsi, selon l'ancienne génération, les MGF permettraient aux femmes d'accéder au mariage mais aussi de contrôler la sexualité féminine. Aucune d'entre elles n'a fait allusion au motif religieux. Pourtant, l'inconscient collectif aurait tendance à s'y référer. Les participantes ont ensuite abordé la forte influence de la communauté sur l'éducation des enfants. Très souvent, elles semblaient dire que les enfants appartenaient davantage à la communauté qu'à leurs parents. Cependant, certaines femmes ont déclaré que, puisqu'ils résident désormais au Royaume-Uni, il est désormais du rôle des parents de prendre la décision de perpétuer ou non la tradition.

En ce qui concerne les impacts des MGF sur leur santé, les participantes ont mentionné de multiples formes de détresse émotionnelle, des angoisses et une crainte constante de la douleur lors des rapports sexuels. Elles ont exprimé à maintes reprises un sentiment d'isolement et de solitude face aux questions et problèmes engendrés par leur excision, sujet tabou qu'il était interdit d'aborder. Certaines d'entre elles ont parlé d'un sentiment de "perte" comme si "quelque chose manquait", et que ces sentiments de "déconnexion" et de "différence" ne s'étaient révélés qu'une fois arrivées au Royaume-Uni, réalisant qu'elles n'étaient pas dans la "norme". Cette prise de conscience, décrite comme traumatisante pour certaines participantes, a parfois compliqué leur prise en soins. En effet, elles ont décrit un réel embarras lorsqu'il fallait expliquer aux soignants la particularité de leur anatomie. Une autre thématique abordée est celle du contact avec les services de santé. La majorité des participantes ont affirmé manquer d'information sur l'organisation des différents services de santé. Elles mentionnent aussi leur difficulté à approfondir la discussion sur leur MGF et sur leur sexualité car ce sont des thèmes tabous dans leur culture. Enfin, les participantes ont souligné le manque de formation et de connaissances des professionnels de la santé, qui manquaient parfois de "tact" en réagissant avec insensibilité ou sous le choc lorsqu'ils réalisaient que leur patiente était excisée.

Pour finir, les participantes imaginent que cette pratique cessera progressivement, et cela grâce à une amélioration de la sensibilisation au sein de leur communauté, une formation des professionnels de la santé et une mise en œuvre des procédures législatives et politiques. Elles déclarent avoir elles-mêmes peu de connaissances sur les MGF et avoir besoin de plus d'information.

4.3.3. Le manque de connaissances des professionnels sur les MGF

Les études de Fawcett & al. (2018), Gonzalez-Timoneda & al. (2018), Hess & al. (2010), Caroppo & al. (2014), Dawson & al. (2015) et Ormrod (2019) soulignent le manque de connaissances des professionnels de la santé et du social sur les MGF, et par conséquent le manque d'identification des femmes ayant subi une MGF ou à risque de subir cette pratique.

Fawcett & al. (2018) ont mené une étude dans le service des urgences d'un hôpital afin de découvrir si le personnel y travaillant était en mesure de poser un diagnostic de MGF et de le signaler aux autorités britanniques conformément à la loi en vigueur. Sur les 19 patientes ayant subi une MGF et s'étant présentées aux urgences, aucune d'entre-elles n'a été diagnostiquée à ce moment-là. En effet, leur MGF a été identifiée ultérieurement dans un autre service de l'hôpital. Pourtant, nombre de ces femmes s'était présentées aux urgences pour des motifs pouvant être la conséquence de leur MGF. De plus, seule l'une d'entre-elles a pu bénéficier d'un examen physique gynécologique.

Gonzalez-Timoneda & al. (2018) ont conçu une étude visant à décrire les perceptions, les attitudes et les connaissances de différents types de professionnels de santé primaire en ce qui concerne les MGF. Parmi les participants ayant déclaré avoir reçu une formation sur les MGF, seuls 6,3% ont correctement su identifier les types de MGF ainsi que les pays qui les pratiquent. Parmi ces professionnels, le groupe de sages-femmes est toutefois celui ayant démontré le plus de connaissances sur cette pratique ($p < 0,001$).

L'étude de Hess & al. (2010) a évalué les connaissances des infirmiers-sages-femmes de l'ACNM (American College of Nurse-Midwives) sur les MGF. Leurs résultats ont mis en évidence que les participants avaient de moins bonnes connaissances sur les aspects juridique et culturel des MGF. En effet, ils avaient tendance à associer la pratique à la religion musulmane alors qu'elle concerne tout autant la religion chrétienne. De plus, la moitié de l'échantillon ignorait que ces patientes renonçaient à consulter par crainte de représailles juridiques. Pour finir, l'étude montre que ce sont les professionnels ayant le plus d'expérience dans la prise en soins des femmes ayant subi une MGF qui possédaient les meilleures connaissances sur le sujet ($p < 0,001$).

Caroppo & al. (2014) ont mené une étude auprès de professionnels de la santé et du social en Italie (médecins, assistants sociaux, psychologues, infirmiers, assistants de santé et éducateurs) travaillant auprès de femmes en demande d'asile et originaires de pays où les MGF sont pratiquées. Le but de cette étude étant de découvrir si ces professionnels possédaient suffisamment de connaissances au sujet des MGF pour être en mesure d'identifier les femmes concernées et de leur apporter le soutien nécessaire. Parmi les participants, seuls 7,3% affirmaient avoir des connaissances certaines sur les MGF, et 70,7% déclaraient n'avoir jamais rencontré ou soigné une femme ayant subi de MGF. Pourtant, cette étude a été réalisée auprès d'une population à risque, ce qui laisse à penser que ces professionnels ne savaient pas comment identifier les femmes concernées. 95,1% de l'échantillon ont répondu que, s'ils venaient à rencontrer une femme ayant subi une MGF, ils ne sauraient pas comment l'orienter. De plus, 65,8% des professionnels interrogés ne savaient pas s'il existait ou non une procédure à suivre pour la prise en charge de ces femmes. Pour finir, 56% de l'échantillon ignoraient la loi qui interdit toute pratique de MGF en Italie.

L'étude de Dawson & al. (2015) s'est intéressée aux expériences de sages-femmes dans la prise en soins de femmes ayant subi une MGF. Les participantes ont su définir clairement ce qu'était la MGF, démontrer des connaissances sur les différents types de MGF, les problèmes de santé qui lui sont associés, ainsi que les risques de complications obstétricales. Cependant elles ne savaient pas forcément quels étaient les pays concernés par la pratique. Par exemple, la plupart ignorait que certains pays ou certaines communautés sur le continent asiatique pratiquaient les MGF. De plus, un grand nombre d'entre elles a admis ne pas connaître les recommandations de bonnes pratiques existantes dans la prise en soins de ces patientes. Enfin, la plupart des sages-femmes interrogées ont appelé à davantage de formation professionnelle continue sur les MGF. Elles ont aussi demandé à ce que les médecins généralistes soient formés pour qu'ils puissent participer aux programmes de prévention qui visent à sensibiliser les hommes et les femmes de la communauté afin de protéger leurs filles de la perpétuation de la pratique à l'étranger.

L'étude d'Ormrod (2019), à travers les entretiens réalisés, a démontré que les participantes ne pensaient pas que les infirmières soient sensibilisées à la douleur que pouvait provoquer le frottis vaginal, en particulier chez les patientes ayant une MGF de type 3. Ainsi, elles n'étaient pas capables d'identifier l'appréhension de leurs patientes et d'en discuter avec elles avant d'effectuer cet examen. D'après les témoignages des participantes, il semblerait que le personnel ait souvent considéré la MGF de type 3 comme une malformation congénitale. De plus, elles ont suggéré que la question des MGF soit plus systématiquement posée et que les infirmières soient formées afin d'avoir des connaissances actualisées sur cette pratique.

4.3.4. La prise en soins des femmes ayant subi une MGF par les professionnels (actions, sujets abordés, attitudes...)

Les études de González-Timoneda & al. (2018), Hess & al. (2010) et Dawson & al. (2015) se sont intéressées aux attitudes des professionnels dans la prise en soins des femmes ayant subi une MGF. Ils ont interrogé leurs participants sur les actions de soins proposées et les sujets abordés avec ces patientes.

L'étude de González-Timoneda & al. (2018) a relevé, qu'à chaque fois que les professionnels interrogés avaient identifié une patiente ayant subi une MGF, ceci avait été fait de manière fortuite, car ils ne suspectaient pas de MGF. Une fois le cas de MGF identifié, les professionnels décidaient soit de collaborer avec d'autres professionnels, soit d'aborder le sujet des MGF avec leurs patientes afin de savoir si elles avaient des filles. Ceci pour prévenir les risques de perpétuer la pratique sur leur descendance. Cependant, 9,1% des professionnels ayant identifié des cas de MGF ont répondu qu'ils « fermaient les yeux » et ne proposaient aucune intervention de soins à leurs patientes. Pour la totalité de l'échantillon, l'action à mener en priorité lors de la détection d'un cas de MGF était le travail de prévention, c'est-à-dire sensibiliser les parents aux conséquences des MGF afin qu'ils s'opposent à cette pratique sur leurs enfants et qu'ils les sensibilisent à leur tour, en espérant changer les mentalités. Dans le cas où les professionnels de la santé prenaient en soin un nouveau-né de sexe féminin à risque d'excision ou une femme enceinte issue d'une communauté pratiquant les MGF, la prévention consisterait à s'assurer que les parents ou les futurs parents soient conscients de l'illégalité de cette pratique et de ses conséquences sur la santé.

Dans leur étude, Hess & al. (2010) ont proposé aux infirmières-sages-femmes ayant déjà pris en soins des patientes ayant subi une MGF de décrire leurs expériences. Ces descriptions leur ont permis de relever trois thèmes principalement abordés avec ces patientes : la ré-infibulation après l'accouchement ; les complications des MGF ; la préférence pour des prestataires de sexe féminin car le contraire aurait été mal vu, à la fois pour la patiente et son mari. Les principales complications des MGF relatées par les infirmières-sages-femmes étaient les difficultés lors de la miction, les infections urinaires, les douleurs menstruelles et les difficultés lors de l'accouchement conséquentes à l'infibulation, nécessitant l'épisiotomie. De nombreuses infirmières-sages-femmes ont constaté que leurs patientes désiraient être ré-infibulées après avoir accouché, c'est-à-dire la re-suture des lèvres pour que l'orifice vaginal retrouve la taille qu'il avait avant l'accouchement. Parmi ces infirmières-sages-femmes, certaines acceptaient de ré-infibuler leurs patientes tandis que d'autres s'y opposaient car elles n'étaient légalement pas autorisées à le faire.

Dans l'étude de Dawson & al. (2015), les participantes ont abordé elles aussi le sujet de la ré-infibulation après l'accouchement. L'une se demandant si la dés-infibulation pouvait induire l'exclusion de la patiente par sa communauté, l'autre rapportant la réaction du conjoint de l'une de ces patientes qui s'opposait à ce que sa femme soit « cousue à nouveau ». Les sages-femmes ont fait part de leur inquiétude quant à la perpétuation de la pratique car certaines de leurs patientes leur avaient demandé vers qui se tourner pour que leurs filles soient excisées à leur tour. Les participantes ont souligné l'importance d'utiliser des mots appropriés et « délicats » pour traiter les MGF, préférant parler « de pratique traditionnelle » ou « d'excision », plutôt que « de mutilation » ou « de chirurgie génitale ». Elles ont aussi ajouté que les professionnels devaient veiller à ne pas montrer leur surprise lors de la découverte d'une MGF car leur réaction pourrait bouleverser les patientes. Une participante a souligné la nécessité d'être respectueux, de reconnaître les traumatismes passés et de demander une autorisation permanente pour procéder à des examens gynécologiques. Elles aussi ont déclaré que les patientes qui avaient subi une MGF étaient plus à l'aise lorsque les professionnels de la santé étaient de sexe féminin. Enfin, elles ont abordé la complexité de la prise en soins en raison des barrières de langue, du manque d'interprètes disponibles et de la nature particulièrement intime du sujet.

L'étude de Caroppo & al. (2014) a mis en évidence que, si les participants de l'étude venaient à identifier une femme ayant subi une MGF, ils l'orienteraient également vers d'autres professionnels tels qu'un psychologue, un assistant social, un gynécologue ou encore un chirurgien plastique car ils seraient conscients que ce type de prise en soins nécessite une approche multidisciplinaire.

5. DISCUSSION

Nous avons mis en exergue les résultats de neuf études axées sur les femmes ayant subi une MGF et sur les professionnels de la santé, selon des thèmes communs apportant une amélioration dans la prise en soin de ces femmes. Au travers de nos réflexions, nous avons mis en lien l'accompagnement de ces femmes avec les compétences transculturelles infirmières et le modèle de Purnell, afin de répondre à la question de recherche de ce travail : « Quelles compétences infirmières sont nécessaires à la prise en soins de femmes ayant subi une MGF ? ».

5.1 L'influence de la culture et de la communauté

5.1.1. *Sur la perception de la santé*

Purnell (2013) décrit la personne comme un être bio-psycho-socio-culturel qui s'adapte constamment à sa communauté. Selon lui, il est important de différencier les sociétés individualistes, qui ont tendance à considérer la personne en tant qu'individu unique et singulier, des sociétés collectivistes, qui ont tendance à associer la personne à sa famille ou à sa communauté avec un souci d'appartenance au groupe.

Le soignant doit être attentif à la manière dont la maladie mentale est perçue et exprimée par la communauté. En effet, cette dernière aura une influence directe sur la façon dont les patients vont aborder leur souffrance psychique avec les intervenants de la santé (Coutu-Wakulczyk, 2003). Pour sa part, Ormrod (2019) met en évidence que la maladie mentale et la détresse psychique sont incomprises et mal perçues par certaines cultures. De même, Oguntoye & al. (2009) rapportent que les participantes ont mentionné un sentiment d'isolement et de solitude, lui aussi jugé interdit à aborder.

Coutu-Wakulczyk (2003) affirme que :

Les intervenants de la santé doivent examiner individuellement la signification de la douleur à la lumière du cadre de référence culturel afin d'interpréter les divers comportements et réponses à la douleur et fournir des soins qui soient culturellement compétents (p.46).

Les MGF engendrent de grandes souffrances, et les femmes qui les ont subies considèrent qu'elles ont un impact à la fois sur leur santé physique, psychique et sexuelle. Ces souffrances sont, pour la plupart du temps, silencieuses, car elles sont considérées comme taboues par certaines communautés.

En effet, dans l'étude de Pastor-Bravo & al. (2018), les croyances culturelles interprètent l'expression de la douleur comme une faiblesse. Il est donc possible que la douleur ressentie par ces femmes ait été tue.

5.1.2. Sur la perpétuation de la pratique

Le contexte migratoire influence une personne sur sa vision du monde et sur son appropriation de la culture du pays d'accueil. En effet, les personnes qui migrent dans l'intention de ne rester que temporairement dans le pays d'accueil et qui ont pour projet de revenir dans leur pays d'origine, n'ont peut-être pas le besoin ou le désir de s'approprier une nouvelle culture. (Purnell & Fenkl, 2019). L'étude d'Oguntoye & al. (2009) met en évidence que les demandeurs d'asile ou les réfugiés sont discriminés socialement et se retrouvent isolés, ce qui les rendraient alors plus susceptibles de perpétuer la pratique des MGF sur leurs enfants, dans le désir de conserver leurs traditions et de faciliter ainsi leur retour dans le pays d'origine.

Selon l'étude d'Oguntoye & al. (2009), la pression et l'influence de la communauté semblent également jouer un rôle important sur la perpétuation de la pratique des MGF. En effet, le parcours migratoire qui engendre un déracinement, pousserait les anciennes générations à maintenir les pratiques traditionnelles afin que les nouvelles générations ne perdent pas leur bagage culturel. En ce qui concerne l'éducation des enfants, la communauté semble avoir parfois plus de pouvoir que les parents. D'après Coutu-Wakulczyk (2003), « Toute société possède ses rites et ses pratiques de tabous à l'égard des enfants et des adolescents » (p.40). Une étude qualitative a été réalisée en Belgique, en Angleterre et aux Pays-Bas, auprès d'hommes issus de l'immigration et originaires de communautés avec la plus grande prévalence de MGF afin d'explorer leurs perceptions sur la pratique des MGF. Elle a mis en évidence qu'il était arrivé que des filles soient emmenées pour être excisées sans que leurs mères n'en soient informées. Cette étude a aussi montré que, si une mère s'opposait à ce que sa fille soit excisée, les anciennes générations (telles que la grand-mère, les tantes et les voisines) pourraient pratiquer la MGF contre son gré (O'Neill & al., 2016).

5.2. Les compétences nécessaires à la prise en soins des femmes ayant subi une MGF pour fournir des soins culturellement compétents

5.2.1 Les compétences culturelles

La prise en soins des femmes ayant subi une MGF demande une attention particulière, ainsi qu'une compréhension spécifique de l'influence que la culture peut avoir sur la pratique des MGF. Selon le modèle de Purnell, le soignant nécessite, dans un premier temps, d'avoir une bonne compréhension de sa propre culture pour ensuite améliorer ses connaissances sur la culture de la personne soignée. La culture d'un individu est composée de ses valeurs, ses croyances et son style de vie. Elle peut influencer l'interprétation et la réaction de la personne face au soin. Toutes les cultures évoluent avec le temps et se ressemblent fondamentalement. De ce fait, posséder des compétences culturelles permettrait au soignant de prodiguer des soins adaptés aux besoins des femmes ayant subi une MGF (Purnell, 2019). De plus, une pratique culturellement sûre implique une prise de conscience de la divergence culturelle et une légitimation de cette différence dans la planification des soins, ainsi que dans la mise en place d'un espace permettant aux femmes excisées d'exprimer leurs besoins culturels (Dawson, 2015). L'accompagnement de ces femmes révèle une gestion de plusieurs problématiques de manière simultanée. Le soignant doit faire face non seulement à une problématique médicale, mais aussi à une problématique éthique et culturellement sensible (Caroppo, 2014). De plus, le respect du patrimoine culturel d'une personne correspond au respect de ses droits fondamentaux et de sa dignité (Association Humanrights.ch, 2015).

Kant (1997), un philosophe, exhorte : « Agis de telle sorte que tu traites l'humanité, aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre, toujours en même temps comme une fin, jamais simplement comme un moyen » (p.108).

Sur le plan philosophique, Kant décrit la dignité comme un sentiment inaltérable et universel subsistant en tout homme, tout au long de sa vie. La pensée kantienne respecte aussi le principe d'équité humaine, au travers de la représentation de l'autre comme une partie de soi-même (Kant, 1997).

5.2.2. Les connaissances sur les MGF

De nombreuses études mettent en évidence le manque de connaissances des professionnels au sujet des MGF. Certains soignants sont conscients de leurs lacunes, tandis que d'autres pas forcément. L'incompétence consciente est décrite par Purnell comme étant une lucidité sur des connaissances culturelles insuffisantes aux exigences de la pratique.

L'étude de Gonzalez-Timoneda & al. (2018) réalisée en Espagne évoque des soignants consciemment incompetents, car ces derniers soulignent leur manque de connaissance sur l'existence des différents types de MGF et des pays où elles sont pratiquées, ainsi que l'absence d'application de leur part des stratégies de détection des MGF dans de nombreux cas. Ces manquements suggèrent un sous-diagnostic des femmes ayant subi une MGF et entravent l'identification des cas à risque. De plus, certains soignants ignorent l'existence des lois sur les MGF et l'illégalité de cette pratique sur le territoire espagnol.

Les professionnels de la santé ont conscience de leur incompétence en reconnaissant leur manque de formation, leur incapacité à identifier les cas de MGF dans le réseau de soins et leur ignorance des lois sur cette pratique (Caroppo, 2014). Certains soignants font part de leur manque d'expérience dans l'utilisation des procédures cliniques et leur absence de savoir sur différents types de MGF. En raison de la divergence des expériences en matière d'enseignement et de formation, ces professionnels évoquent leur besoin d'être formés davantage et supervisés par des pairs expérimentés lors de la prise en soins de femmes ayant subi une MGF (Dawson, 2015).

5.2.3 Les compétences communicationnelles

Les professionnels de la santé évoquent leur difficulté à créer une relation de confiance avec les femmes ayant subi une MGF. En effet, ils révèlent l'importance du travail en réseau avec des interprètes, afin d'éviter les malentendus sur la culture de ces femmes. Cette approche améliore leurs compétences dans les soins, et favorise une aisance dans le contact avec les femmes ayant subi une MGF (Dawson, 2015). Selon Purnell & Fenkl (2019), les interprètes ne se limitent pas à une traduction mot pour mot, mais ils doivent également connaître les expressions, les termes argotiques ainsi que la terminologie médicale de la langue traduite. Une mauvaise interprétation pourrait mener à des malentendus et des barrières communicationnelles.

Selon le modèle de Purnell, le domaine de la communication comprend la langue dominante du patient ainsi que celle du professionnel de la santé, les différents dialectes, les intonations et le langage non verbal (le langage corporel, les expressions faciales, l'utilisation du toucher, les pratiques de distanciation spatiale, etc.), mais aussi le degré de formalité dans l'utilisation des noms. Ainsi, le soignant devrait veiller aux différences entre sa communication et celle de son patient, car une communication efficace est l'un des aspects les plus importants pour obtenir une évaluation infirmière précise. Ainsi, Purnell propose dans son guide d'évaluation quelques exemples de questions permettant d'en savoir plus sur le mode de communication de son patient. En voici quelques exemples : « est-ce que vous parlez un dialecte spécifique ? » ; « cela vous dérangerait-il d'être touché par des amis ? des étrangers ? des professionnels de la santé ? » ; « est-ce difficile pour vous de partager vos pensées, sentiments et idées avec votre famille ? vos amis ? les professionnels de la santé ? ». Enfin, il encourage les professionnels de la santé à procéder à certaines observations telles que le maintien du contact visuel et les moments de silence de son patient, la manière dont le patient réagit lors d'un contact physique, etc. (Purnell & Fenkl, 2019).

6. CONCLUSION

En conclusion, cette revue de littérature a permis de mettre en évidence la nécessité pour les infirmières d'approfondir leurs connaissances afin de développer des compétences culturelles adaptées à la prise en soins des femmes ayant subi une MGF. Les infirmières sont conscientes de la complexité de la prise en soins de ces femmes face à une thématique faisant appel à des croyances et des tabous. Au travers du modèle de Purnell et des études sélectionnées, une réponse à la question de recherche initiale apparaît et permet d'affirmer que l'accompagnement infirmier de femmes ayant subi une MGF peut se faire au moyen des compétences suivantes : les compétences culturelles, les connaissances sur les MGF et les compétences communicationnelles.

6.1. Apports et limites du travail

6.1.1 Apports

L'élaboration de cette revue de littérature nous a permis d'acquérir et de développer des connaissances spécifiques aux MGF. L'assimilation de ces compétences nous donnera l'occasion d'interagir en respectant la culture de la personne soignée dans notre futur professionnel. Pour réaliser ce travail, nous avons également appris à utiliser la méthodologie de recherche. La réalisation de la recherche nous a permis de sélectionner des études qualitatives et quantitatives, qui s'intéressent aux expériences et connaissances des soignants, ainsi qu'au point de vue des femmes ayant subi une MGF. Ces données nous ont permis d'enrichir notre travail au travers de nombreuses perspectives. Nous avons trié les études selon leurs pertinences et avons effectué une lecture critique de ces éléments au travers de grilles de lectures spécifiques. De plus, la thématique des MGF est un sujet très actuel, étant donné que de nombreuses études ont été publiées récemment.

6.1.2. Limites

Les limites spécifiques de ce travail résident dans le cadre théorique de Purnell. Après une lecture approfondie de la théorie, nous percevons que, dans ses ouvrages, certaines cultures sont décrites de manière quelque peu « enfermantes » ce qui peut favoriser certains stéréotypes, alors qu'il est essentiel de reconnaître la singularité des femmes ayant subi une MGF. Par ailleurs les recommandations qui ressortent des études recensées ne sont pas spécifiques aux soins infirmiers. Elles s'adressent souvent à des professionnels de la santé en général, voir les professionnels socio-sanitaires. De ce fait, il serait intéressant de disposer de davantage d'études sur la prise en soins infirmière des femmes ayant subi une MGF pour avoir des recommandations spécifiques au rôle infirmier.

6.2. Recommandations

6.2.1. Clinique

Les études analysées soulignent à plusieurs reprises le manque de connaissances des professionnels de la santé sur les MGF. La prise en soins des femmes ayant subi une MGF nécessite une collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire. En effet, les différents intervenants peuvent être des médecins, des psychologues, des sexologues, des avocats, des travailleurs sociaux, des interprètes, des enseignants, du personnel de police, et d'autres encore. Par conséquent, il est important que les infirmières aient de bonnes connaissances sur les rôles de chacun des intervenants (Abdulcadir & al., 2017). En ce qui concerne la collaboration avec les interprètes, les infirmières peuvent faire appel à des services d'interprétariat.

Aux Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG], il existe une consultation transculturelle qui a été créée afin d'offrir un soutien aux professionnels de la santé, confrontés à des difficultés dans des situations de soins interculturels. Ainsi, cette consultation peut proposer des conseils et recommandations téléphoniques, une supervision lors de situations complexes en équipe, une évaluation culturelle du patient ou encore l'organisation d'un colloque de formation pour l'équipe (HUG, 2020).

Les infirmières peuvent être aussi amenées à collaborer avec des médiatrices interculturelles de certains milieux associatifs, comme par exemple celles de l'Association de Médiatrices Interculturelles [AMIC] dont « ces femmes issues de la migration ont participé à l'information et à la sensibilisation des personnes migrantes dans le domaine de la santé et de l'intégration sociale » (AMIC, s.d.). Cette association propose un lieu de rencontres et d'échanges entre femmes migrantes afin de leur apporter un soutien moral et un espace de confiance (AMIC, s.d.).

Aux HUG, une consultation spécialisée en mutilations sexuelles du service de gynécologie a été mise en place afin de permettre une prise en soins personnalisée. Composée d'une équipe interdisciplinaire, cette consultation s'engage à respecter la confidentialité et la culture de la patiente. Les soins et prestations peuvent être les suivants : apporter des informations sur les MGF ; fournir un examen clinique avec certificat à but médico-légal ; prendre en charge les complications et conséquences des MGF ; proposer une désinfibulation ou une chirurgie reconstructive du clitoris ; prévenir les MGF (HUG, 2019).

Concernant l'ancrage théorique de ce travail, le modèle de Purnell peut être utilisé comme outil lors de l'évaluation clinique infirmière. Ainsi, il peut guider les infirmières dans leur récolte de données et leur permettre de recenser les croyances, les valeurs et les pratiques culturelles de leurs patients (Purnell, 2002). Purnell et Fenkl (2019) affirment que :

À la suite de chacun des domaines et concepts du modèle, un encadré présente des suggestions de questions à poser et d'observations à faire pour évaluer le patient selon une perspective culturelle....La liste des questions est longue ; ainsi, le clinicien doit déterminer les questions à poser en fonction des symptômes présentés par le patient, de ses besoins en matière d'enseignement et de l'impact potentiel de la culture (p.8).

Aux HUG, une évaluation culturelle de ce type peut être effectuée à l'aide d'un guide de formulation culturelle, qui permettra aux soignants de s'intéresser aux facteurs sociaux et culturels qui influencent la communication avec le patient, le diagnostic, le pronostic ou le traitement (HUG, 2019).

6.2.2. Recherche

Bien qu'il existe de nombreuses études récentes sur le sujet, à la fois quantitatives et qualitatives, ces dernières se sont essentiellement intéressées aux professionnels de la santé en général ou aux sages-femmes. En effet, il aurait été intéressant que des études soient axées sur les soins infirmiers. De plus, les études sélectionnées ont été réalisées dans des pays européens (Italie, Espagne, France, Royaume-Uni) et il serait important que la recherche en Suisse sur les MGF soit plus développée.

Par ailleurs, la recherche existante s'intéresse principalement aux point de vue des professionnels de la santé et à celui des femmes ayant subi une MGF. Des études réalisées auprès des hommes, maris, pères issus des communautés pratiquant les MGF auraient pu enrichir le travail. Enfin, l'étude d'Oguntoye (2009) a permis de mettre en avant le rôle et l'importance de médiatrices interculturelles dans la sensibilisation des communautés et la prévention des MGF. Les recherches devraient être approfondies sur ces femmes qui permettraient de créer un "pont" entre les communautés touchées par les MGF et les différentes institutions socio-sanitaires.

6.2.3. Enseignement

Les MGF soulèvent des problèmes à la fois médicaux, éthiques, juridiques et culturels. Il est nécessaire que les infirmières qui prennent en soins les femmes concernées par les MGF aient accès à des informations et des formations continues sur la thématique. Ainsi, elles seraient plus à même d'identifier les jeunes filles à risque de subir une MGF et de fournir un meilleur soutien aux femmes ayant déjà subi cette pratique (Abdulcadir & al., 2017).

Une plateforme européenne, l'United to END FGM [UEFGM], a été conçue afin de fournir un apprentissage en ligne répondant aux besoins d'un grand nombre de professionnels dont la possibilité d'élargir leurs connaissances sur les MGF en fonction de leur domaine d'expertise et de leur pays d'origine. Cette plateforme aborde le sujet des MGF dans différents secteurs (la santé, le droit, l'asile, l'éducation, la protection sociale et l'enfance, etc.) et s'organise sous la forme de cours en ligne (UEFGM, 2020).

L'étude d'Ormrod (2019) met en évidence la nécessité d'introduire les soins culturellement adaptés au programme d'études en sciences infirmières. En ce qui concerne la formation initiale à l'HEdS, c'est-à-dire lors de la formation Bachelor en Soins Infirmiers, les MGF ne sont abordées que brièvement lors d'un cours à option. Les soins transculturels sont abordés lors des cours de sciences infirmières, et la santé communautaire et migratoire ont été abordés sur quelques heures d'enseignement. Il serait important que les soins transculturels soient enseignés et exercés plus fréquemment, comme par exemple dans des vignettes de pratique clinique, ou dans les périodes de simulation. Un cours sur les MGF pourrait être dispensé à tous les élèves, et pas seulement en option. De plus, la santé sexuelle et gynéco-obstétrique ne sont que très peu abordées durant la formation et mériteraient d'être plus approfondies.

Pour la formation continue, il n'existe pas de CAS (Certificate of Advanced Studies) spécifique aux MGF. Cependant, il existe un CAS proposé par l'Université de Genève [UNIGE] et l'Université de Lausanne [UNIL] en *Santé et diversités : comprendre et pratiquer les approches transculturelles*. Centrée sur le développement de compétences transculturelles, cette formation vise à comprendre la complexité de la santé liée à la diversité ainsi que les enjeux de prise en soins pour chaque membre du triangle soignant-soigné-système de soins (UNIGE, 2020). Un CAS et DAS en *Santé sexuelle : approches de prévention et de promotion* est aussi proposé par l'UNIGE. Cette formation a pour but d'aborder la santé sexuelle dans une perspective pluridisciplinaire et de permettre de découvrir le réseau de prévention et de promotion de la santé sexuelle (UNIGE, 2019).

Enfin, il existe un master en sciences infirmières, proposé par l'UNIL et la Haute École Spécialisée de Suisse occidentale [HES-SO], qui a pour but de former les infirmières à exercer un rôle de clinicienne spécialisée, afin d'optimiser la qualité des soins, la sécurité des patients ainsi que la garantie d'une utilisation efficiente des ressources. À l'avenir, il pourrait être envisageable qu'une infirmière spécialiste clinique en MGF exerce aux HUG. Cette dernière pourrait alors promouvoir des soins transculturels spécialisés dans la prise en soins de femmes ayant subi une MGF. Ces soins seraient fondés sur une connaissance approfondie des sciences infirmières, sur des données probantes issues de la recherche et sur l'interdisciplinarité (HUG, 2020).

7. RÉFÉRENCES

- Abdulcadir, J., Alexander, S., Dubuc, E., Pallitto, C., Petignat, P., & Say, L. (2017). Female genital mutilation/cutting : Sharing data and experiences to accelerate eradication and improve care. *Reproductive Health*, 14(S1), 96. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0361-y>
- Agence des Nations Unies pour les Réfugiés. (2019). *Aperçu statistique*. Accès <https://www.unhcr.org/fr/aperçu-statistique.html>
- Andro, A., Cambois, E., & Lesclingand, M. (2014). Long-term consequences of female genital mutilation in a European context : Self perceived health of FGM women compared to non-FGM women. *Social Science & Medicine*, 106, 177-184. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.02.003>
- Article 124 du Code pénal suisse du 21 décembre 1937 (CP ; RS 311.0). Accès <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19370083/201903010000/311.0.pdf>
- Association Humanrights.ch. (2019). *Histoire des Droits de la femme*. Accès <https://www.humanrights.ch/fr/dossiers-droits-humains/droits-de-la-femme/histoire/>
- Association Humanrights.ch. (2018). *Première application pour la norme pénale relative aux mutilations génitales*. Accès <https://www.humanrights.ch/fr/droits-humains-suisse/interieure/violence/mutilation-genitale/mutilations-genitales-parlement-adopte-une-legislation-plus-severe>
- Association de Médiatrices Interculturelles. (s.d.). *Notre histoire*. Accès <https://amicge.ch/notre-histoire/>
- Bethany, R. (2018). Female genital mutilation in the UK : considerations for best nursing practice. *British Journal of Nursing*, 28(12), 788-791.
- Caroppo, E., Almadori, A., Giannuzzi, V., Brogna, P., Diodati, A., & Bria, P. (2014). Health care for immigrant women in Italy : Are we really ready? A survey on knowledge about female genital mutilation. *Annali Dell'Istituto Superiore Di Sanità*, 01. https://doi.org/10.4415/ANN_14_01_08
- Comité suisse pour l'UNICEF. (2012). *Les mutilations génitales féminines en Suisse : risques, étendue de la pratique, mesures recommandées*. Accès <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nat-programm-migration-und-gesundheit/chancengleichheit-in-der-gesundheitsversorgung/massnahmen-gegen-weibliche-genitalverstuemmung/studien/unicef-umfrage-2012-genitalverst.pdf.download.pdf/unicef-enquete-2012-mgf-les-mutilations-genitales-feminines-en-suisse.pdf>

Convention sur l'Élimination de toutes les formes de Discrimination à l'Égard des Femmes. (2009). *De l'idée à l'action - Comprendre la CEDEF*. Accès <https://www.ebg.admin.ch/ebg/fr/home/themes/droit/droit-international/onu/cedef.html>

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

Dawson, A. J., Turkmani, S., Varol, N., Nanayakkara, S., Sullivan, E., & Homer, C. S. E. (2015). Midwives' experiences of caring for women with female genital mutilation : Insights and ways forward for practice in Australia. *Women and Birth*, 28(3), 207-214. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.01.007>

Fawcett, R. J., & Kernohan, G. (2018). A retrospective analysis of 34 potentially missed cases of female genital mutilation in the emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 35(10), 587-589. <https://doi.org/10.1136/emered-2017-206649>

Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. (2013) *Mutilations génitales féminines/excision: Bilan statistique et examen des dynamiques du changement*. Accès https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2015/12/FGMCBrochure_Final_Fr_161-1.pdf

Gedda, M. (2015). Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. *Kinésithérapie, la Revue*, 15(157), 34-38. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.003>

Gedda, M. (2015). Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue*, 15(157), 50-54. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.005>

González-Timoneda, A., Ruiz Ros, V., González-Timoneda, M., & Cano Sánchez, A. (2018). Knowledge, attitudes and practices of primary healthcare professionals to female genital mutilation in Valencia, Spain : Are we ready for this challenge? *BMC Health Services Research*, 18(1), 579. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3396-z>

Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles. (2016). *Prévalence des mutilations génitales féminines dans le monde*. Accès <https://gams.be/mgf-excision/>

Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles. (2016). *Mutilations sexuelles - Déconstruire les idées reçues*. Bruxelles : GAMS Belgique.

Haute Autorité de Santé (HAS). (2013). *Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique*. Saint-Denis La Plaine, France: Haute Autorité de Santé (HAS).

Hess, R. F., Weinland, J., & Saalinger, N. M. (2010). Knowledge of Female Genital Cutting and Experience With Women Who Are Circumcised : A Survey of Nurse-Midwives in the United

States. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55(1), 46-54.
<https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2009.01.005>

Hôpitaux Universitaires de Genève. (2020). *Infirmière spécialiste clinique aux HUG : quelle vision en 2020 ?* Accès
https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/direction_des_soins/images/isc2020_plaquette.pdf

Hôpitaux Universitaires de Genève. (2020). *Consultation transculturelle*. Accès
<https://www.hug.ch/consultation-transculturelle-interpretariat/consultation-transculturelle>

Hôpitaux Universitaires de Genève. (2019). *Formulation culturelle*. Accès
<https://www.hug.ch/consultation-transculturelle-interpretariat/formulation-culturelle>

Hôpitaux Universitaires de Genève. (2019). *Mutilations génitales féminines*. Accès
<https://www.hug.ch/gynecologie/mutilations-genitales-feminines-soins>

Kant, A. (1997). *Leçons d'éthique*. Paris : Livre de Poche.

Kohn, L., & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : Apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, 53(4), 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>

Marchand-Adam, S., Thabut, G., Cadranel, J., Bonniaud, P., Didier, A., Roche, N.,...Lemarié, É. (2008). Des niveaux de preuve aux recommandations. Rapport de la Société de Pneumologie de Langue Française. *Revue des maladies respiratoires*, 25(9), 1081-1086. Doi : 10.1019/200720362

Moxey, J. M., & Jones, L. L. (2016). A qualitative study exploring how Somali women exposed to female genital mutilation experience and perceive antenatal and intrapartum care in England. *BMJ Open*, 6(1), e009846. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009846>

Office cantonal de la statistique. (2018). *Bilan et état de la population du canton de Genève en 2017*. Accès
https://www.ge.ch/statistique/tel/publications/2018/informations_statistiques/autres_themes/is_population_06_2018.pdf

Office cantonal de la statistique. (2018). *Mouvement migratoire extérieur selon le sexe, par âge, depuis 2014*. Accès http://www.ge.ch/statistique/tel/domaines/01/01_02/T_01_02_1_12.xls

Office fédéral de la statistique. (2019). *Transnationalisme et citoyenneté : différences selon la génération d'arrivée*. Accès
<https://www.swissstats.bfs.admin.ch/collection/ch.admin.bfs.swissstat.fr.issue190119091900/article/issue190119091900-01>

- Office fédéral de la statistique. (2019). *Population de nationalité étrangère*. Accès <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/migration-integration/nationalite-etrangere.html>
- Office fédéral de la statistique. (2018). *Migrations internationales de la population résidente permanente selon la nationalité, le sexe et l'âge, 1991-2017*. Accès <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/migration-integration.assetdetail.5866950.html>
- Ogunsiji, O. (2016). Australian midwives' perspectives on managing obstetric care of women living with female genital circumcision/mutilation. *Health Care for Women International*, 37(10), 1156-1169. <https://doi.org/10.1080/07399332.2016.1215462>
- Oguntoye, S., Otoo-Oyortey, N., Hemmings, J., Norman, K., & Hussein, E. (2009). "FGM is with us Everyday" Women and Girls Speak out about Female Genital Mutilation in the UK. *World Academy of Science, Engineering and Technology*, 30, 1015-1020.
- O'Neill, S., Dubourg, D., Florquin, S., Bos, M., Zewolde, S. & Richard, F. (2016). "Men have a role to play but they don't play it: A mixed methods study exploring men's involvement in Female Genital Mutilation in Belgium, the Netherlands and the United Kingdom. Accès http://menspeakout.eu/wp-content/uploads/2017/02/MSO-Study_Summary_web.pdf
- Organisation Internationale des Migrations. (2019). *Number of female international migrants at mid-year*. Accès https://migrationdataportal.org/data?amp%3Bt=2017&t=2017&i=stock_abs_female
- Organisation Mondiale de la Santé. (2018). *Mutilation sexuelles féminines*. Accès <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2018). *Lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines*. Accès <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272847/9789242549645-fre.pdf>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2009). *Les femmes et la santé : la réalité d'aujourd'hui et le programme de demain*. Accès <https://www.who.int/gender/documents/9789241563857/fr/>
- Organisation des Nations Unies Femmes. (2019). *À propos d'ONU Femmes*. Accès <http://www.unwomen.org/fr/about-us/about-un-women>
- Organisation des Nations Unies. (2017). *Migrations*. Accès <http://www.un.org/fr/sections/issues-depth/migration/>

- Ormrod, J. (2019). The experience of NHS care for women living with female genital mutilation. *British Journal of Nursing*, 28(10), 628-633.
- Pastor-Bravo, M. del M., Almansa-Martínez, P., & Jiménez-Ruiz, I. (2018). Living with mutilation : A qualitative study on the consequences of female genital mutilation in women's health and the healthcare system in Spain. *Midwifery*, 66, 119-126. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.08.004>
- Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2010). *La pensée infirmière* (3ème éd.). Montréal: Chenelière éducation.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Essentials of nursing research : Appraising evidence for nursing practice* (9ème éd.). Wolters Kluwer Health.
- Purnell, L. D. (2019). Update: The Purnell Theory and Model for Culturally Competent Health Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(2), 98–105. <https://doi.org/10.1177/1043659618817587>
- Purnell, L. D., & Fenkl, E. A. (2019). *Handbook for Culturally Competent Care*. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-21946-8>
- Purnell, L. D. (2014). *Guide to culturally competent health care* (3ème éd.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Purnell, L. D. (2013). *Transcultural health care: a culturally competent approach* (4ème éd.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Purnell, L. D. (2002). The Purnell Model for Cultural Competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 193–196. <https://doi.org/10.1177/10459602013003006>
- Sagar, P. L. (2012). *Transcultural nursing theory and models: application in nursing education, practice, and administration*. New York: Springer Publishing Company.
- Secrétariat d'État aux migrations. (2019). *Statistiques en matière d'asile 2018*. Accès <https://www.sem.admin.ch/dam/data/sem/publiservice/statistik/asylstatistik/2018/stat-jahr-2018-kommentar-f.pdf>
- SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et GAMS Belgique. (2011). *Mutilations Génitales Féminines : guide à l'usage des professions concernées*. Bruxelles.
- United to END FGM. (2020). *Apprentissage en ligne*. Accès

<https://uefgm.org/index.php/e-learning/?lang=fr>

Université de Genève. (2020). *CAS Santé et diversités : comprendre et pratiquer les approches transculturelles*. Accès

<https://www.unige.ch/formcont/cours/cas-sante-et-diversites-comprendre-et-pratiquer-les-approches-transculturelles-2019 - t2>

Université de Genève. (2019). *CAS Santé sexuelle : approches de prévention et de promotion*.

Accès <https://www.unige.ch/formcont/cours/cas-sante-sexuelle - t1>

8. ANNEXES

8.1. Tableau des niveaux de preuve

Tableau I.

Gradation des recommandations selon ANAES [4].

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature	Grade des recommandations
Niveau 1 <ul style="list-style-type: none">– Essais comparatifs randomisés de forte puissance– Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés– Analyse de décision basée sur des études bien menées	A Preuve scientifique établie
Niveau 2 <ul style="list-style-type: none">– Essais comparatifs randomisés de faible puissance– Études comparatives non randomisées bien menées– Études de cohorte	B Présomption scientifique
Niveau 3 <ul style="list-style-type: none">– Études cas-témoins	C Faible niveau de preuve
Niveau 4 <ul style="list-style-type: none">– Études comparatives comportant des biais importants– Études rétrospectives– Séries de cas	

Tiré de : Marchand-Adam & al., 2008.

8.2. Grille de lecture STROBE article 1

Titre et résumé	<p>Auteurs : Fawcett et Kernohan (2017)</p> <p>Titre : “A retrospective analysis of 34 potentially missed cases of female genital mutilation in the emergency department”</p> <p>Pays : Angleterre</p> <p>Type d’étude : étude quantitative étiologique (cohorte rétrospective)</p>
Introduction	
Contexte/Justification	<p>Les MGF sont illégales au Royaume-Uni et tous les cas identifiés d’individus âgés de moins de 18 ans doivent être reportés à la police. Le 31 octobre 2015, un article de la loi a été modifié, imposant à toutes les autorités sanitaires et sociales d’adopter des mesures de lutte contre les mutilations génitales féminines. Les professionnels de la santé doivent donc signaler à la police tous les cas "connus" de MGF chez les femmes de moins de 18 ans qu’ils découvrent. Cette étude a été conçue pour déterminer si les patientes identifiées par leur code d’hôpital comme ayant subi une MGF ont connu un retard de diagnostic parce qu’elles n’avaient pas été identifiées lors d’une visite antérieure aux urgences. (p.587)</p>
Objectifs	<p>Découvrir si les professionnels de santé travaillant dans un service d’urgence sont en mesure de poser un diagnostic de mutilation génitale féminine (MGF) chez les patientes qui ont déjà subi l’intervention et de la signaler conformément à la législation britannique. (abstract)</p>
Méthodes	
Conception de l’étude	<p>Étude rétrospective des dossiers de soins de patientes admises aux urgences qui ont reçu un code MGF pendant la période de mai 2015 à août 2016 dans un grand centre de traumatologie du Royaume Uni offrant un service de soins tertiaires pour les MGF. (abstract)</p>
Contexte	<p>L’étude s’est déroulée dans le Royal Stoke University Hospital. Ce dernier utilise un système de documentation électronique, le <i>I-Portal</i>, permettant un accès aux dossiers de soins des patients de l’hôpital. Le code électronique Z91.7 a été utilisé pour identifier toutes les patientes qui ont subi une MGF. Une fois identifiées, une analyse rétrospective de leurs dossiers de soins a été effectuée afin de savoir où leur diagnostic s’est posé. L’étude cherchait à savoir si ces patientes avaient fréquenté les urgences avant le diagnostic, et, le cas échéant, si leur MGF lors de cette visite spécifique ou non. Les premières données du <i>I-Portal</i> remontant à 2009, c’est la date la plus antérieure qui a été fixée pour l’étude. Si le dossier de soins des urgences ne spécifiait pas que la MGF avait été identifiée aux urgences, une recherche supplémentaire était faite</p>

	afin de déterminer où et quand le diagnostic avait été posé. (pp.587-588)
Population	Au total, 34 patientes ont été identifiées comme ayant subi une MGF . Tous les diagnostics ont été posé dans le service prénatal. Durant la période de l'étude, ce service a traité 8788 patientes. Ceci suggère une faible prévalence des MGF, s'élevant à 0,38% (34/8788). (p.588)
Variables	L'étude a ensuite cherché à savoir si, sur les 34 patientes identifiées comme ayant subi une MGF, certaines avaient consulté aux urgences avant leur diagnostic de MGF dans le service prénatal. Deuxièmement, l'étude s'est intéressée aux notes des dossiers des urgences : l'âge des patientes, leur motif de consultation, et si un examen clinique gynécologique a été réalisé ou non. (p.588)
Sources de données/mesures	Un seul extracteur de données a été utilisé pour analyser toutes les notes en raison du faible nombre de patientes ayant subi des MGF. (p.588)
Biais	<i>Décrire toutes les mesures prises pour éviter les sources potentielles de biais</i>
Taille de l'étude	<i>Expliquer comment a été déterminé le nombre de sujets à inclure</i>
Variables quantitatives	<i>Expliquer comment les variables quantitatives ont été traitées dans les analyses. Le cas échéant, décrire quels regroupements ont été effectués et pourquoi</i>
Analyses statistiques	<i>(a) Décrire toutes les analyses statistiques, y compris celles utilisées pour contrôler les facteurs de confusion</i> <i>(b) Décrire toutes les méthodes utilisées pour examiner les sous-groupes et les interactions</i> <i>(c) Expliquer comment les données manquantes ont été traitées</i>
Résultats	
Population	Sur les 34 femmes identifiées comme ayant subi une MGF, 56% (19/34) avaient été reçues aux urgences avant la pose de leur diagnostic dans le service prénatal . Aucun des dossiers de soins des urgences ne mentionnait de MGF. Les 34 femmes provenaient toutes de pays connus pour leur forte prévalence de MGF. (p.588)
Données descriptives	Parmi les 19 patientes identifiées par le service prénatal comme ayant subi une MGF, et ayant consulté aux urgences, l'âge moyen était de 31 ans (tranche d'âge de 23 à 40 ans). (p.588)
Données obtenues	42% (8/19) des patientes ont consulté les urgences pour des symptômes liés à d'éventuelles complications des MGF :

	saignements vaginaux, douleurs abdominales, symptômes urinaires... 21% (4/19) des patientes ont pu bénéficier d'un examen gynécologique (dont un seul a été réalisé aux urgences, les autres ayant été réalisés dans un service de gynécologie/obstétrique). Toutes les patientes ont été orientées vers une sage-femme spécialisée assurant le suivi vers la clinique de soins tertiaires pour les MGF. (p.588)
Principaux résultats	<p>(a) Indiquer les estimations non ajustées et, le cas échéant, les estimations après ajustement sur les facteurs de confusion avec leur précision (par exemple : intervalle de confiance de 95 %). Expliciter quels facteurs de confusion ont été pris en compte et pourquoi ils ont été inclus</p> <p>(b) Indiquer les valeurs bornes des intervalles lorsque les variables continues ont été catégorisées</p> <p>(c) Selon les situations, traduire les estimations de risque relatif en risque absolu sur une période de temps (cliniquement) interprétable</p>
Autres analyses	
Discussion	
Résultats clés	Cette étude rétrospective montre que sur une période de 16 mois, un hôpital a identifié 34 femmes comme ayant déjà subi une MGF. Aucune de ces découvertes n'ont été faites par le service des urgences. Cela remet en cause les directives actuelles du Royal College of Emergency Medicine (RCEM) ¹⁶ selon lesquelles le personnel de première ligne devrait être habilité à reconnaître et à prendre en charge les patientes qui risquent de subir une MGF ou qui ont subi une MGF en demandant systématiquement aux patientes originaires de zones à haut risque si elles ont subi l'intervention. (conclusion)
Limitations	<p>Bon nombre de ces femmes n'ont pas consulté les urgences pour des symptômes en lien avec les éventuelles complications des MGF, ce qui rend presque impossible d'établir un lien entre leur plainte et une MGF antérieure.</p> <p>Pour les femmes qui se plaignaient de problèmes uro-génitaux ou obstétricaux, leurs symptômes correspondaient à ceux de la majorité des autres patientes qui n'avaient pas subi de MGF et ne constituaient donc pas un signal d'alarme pour le clinicien traitant.</p> <p>En ce qui concerne les quatre femmes qui ont subi un examen GU, on ne peut que supposer que leur MGF était subtile et n'a donc pas été remarquée par le clinicien. Le dossier de soins ne donnait aucune information sur la réalisation de l'examen pour savoir si la patiente était seule ou en présence d'un membre de sa famille (ce qui rendait peut-être la divulgation plus difficile).</p> <p>Enfin, cette étude est limitée par le fait qu'elle a été réalisée dans un seul centre dans un délai relativement court. En tant</p>

	qu'étude rétrospective, il est possible que les résultats des MGF aient été découverts mais non enregistrés. (p.588)
<i>Interprétation</i>	<i>Donner une interprétation générale prudente des résultats compte tenu des objectifs, des limites de l'étude, de la multiplicité des analyses, des résultats d'études similaires, et de tout autre élément pertinent</i>
"Généralisabilité"	L'information disponible pour les professionnels de la santé travaillant dans les services d'urgence est limitée et se présente principalement sous la forme de politiques hospitalières locales, sans uniformité de l'information ou des directives à suivre par les services d'urgence. Il est probable que ces données reflètent les résultats d'autres services d'urgence du Royaume-Uni, ce qui témoigne du défi que représente le diagnostic de la MGF dans ce contexte. (p.588)

8.3. Grille de lecture STROBE article 2

Titre et résumé	<p>Auteurs : Andro, et al. (2014)</p> <p>Titre : <i>Long-term consequences of female genital mutilation in a European context : Self perceived health of FGM women compared to non-FGM women</i></p> <p>Pays : France</p> <p>Type d'étude : étude cas-témoins transversale quantitative</p>
Introduction	
Contexte/Justification	<p>Il existe peu d'études qui ont identifié l'impact des MGF sur les risques obstétricaux ou leurs effets sur la vie psychologique et sexuelle. Les preuves de l'impact sur la santé des femmes ayant subi une MGF proviennent encore principalement des études menées dans les pays où la MGF est pratiquée. (p.177)</p> <p>Il existe une méconnaissance des conséquences des MGF chez les professionnels de santé des pays européens. (p.178)</p> <p>Dans les pays européens où la MGF est stigmatisée et condamnée, les femmes qui ont subi une MGF sont plus conscientes de leur situation et mieux à même de reconnaître les problèmes de santé et les troubles psychologiques qui leur sont associés (Vloeberghs et al., 2012). (p.178)</p>
Objectifs	<p>L'enquête Excision et Handicap (ExH) a été menée en France pour évaluer les conséquences à long terme des MGF dans un contexte européen, couvrant un large éventail de dimensions sanitaires. (p.178)</p> <p>Ce contexte fait de la France un cadre intéressant pour une telle étude : les actions d'un système de santé efficace qui traite les femmes mutilées depuis de nombreuses années, principalement celles qui présentent les formes supposées moins invasives de MGF, peuvent contribuer à réduire les risques sanitaires à long terme des MGF. (p.178)</p>
Méthodes	
Conception de l'étude	<p>Cette étude est basée sur une méthodologie cas-témoins auprès d'un échantillon comprenant des femmes ayant subi une MGF et des femmes qui n'en ont pas subi. Au travers d'entretiens menés dans 74 centres de santé maternelle et infantile ainsi que des services hospitaliers offrant des services de gynécologie et de planning familial dans cinq régions françaises, les indicateurs suivants ont été évalués : santé auto-perçue, maladies, symptômes, vie quotidienne, vie sexuelle et vie reproductive. (abstract)</p>
Contexte	<p>Les données ont été collectées sur une période de 24 mois (de 2007 à 2009). (p.178)</p>
Population	<p>Selon un modèle d'étude de cas-témoins standard, un échantillon de femmes ayant subi une MGF a été associé à un</p>

	<p>échantillon de femmes n'ayant pas subi de MGF. Toutes les femmes (cas et témoins) ont été recrutées de la même façon. Ce mode d'enquête a permis d'interviewer des femmes sans connaître leur statut (MGF/non-MGF), qui est déclaré à la fin du questionnaire principal. Les femmes ayant déclaré avoir subi une MGF devenant les cas, et celles n'ayant pas subi de MGF devenant les témoins. (p.178)</p> <p>Contrairement aux études cas-témoins standard, les échantillons de femmes ayant subi une MGF et de femmes n'ayant pas subi de MGF ont été créés puis comparés entre eux. Ils n'ont pas fait l'objet d'un suivi pour enregistrer l'incidence des problèmes de santé, mais ont été observés par la collecte de données transversales. (p.178)</p> <p>Au total, 3869 femmes ont été contactées, dont 3093 ont accepté de participer : 195 femmes n'étaient pas éligibles (en terme d'âge ou parce que leur propre pays de naissance ou celui de leurs parents était un département français d'outre-mer), 16 ont abandonné. Au final, 2882 femmes ont rempli le questionnaire, dont 635 ont déclaré avoir subi une MGF. 2202 femmes n'ont déclaré aucune MGF et 45 femmes ne savaient pas. (p.179)</p> <p>Aux 635 cas signalés par les femmes, nous avons ajouté 50 cas diagnostiqués par les professionnels mais non signalés par les femmes (voir la figure 1 supplémentaire). A la fin, l'échantillon comprenait 685 femmes MGF, 2168 femmes non MGF et 29 inconnues. (p.179)</p>
Variables	<p>Les échantillons ont été stratifiés en fonction de l'âge, du pays de socialisation (enfance en Europe, enfance hors Europe) et du statut marital. Les femmes n'ayant pas répondu à ces données ont été exclues (exemple : 7 femmes sur les 685 femmes ayant subi une MGF) (p.179)</p> <p>L'échantillon initial de femmes n'ayant pas subi de MGF comprenait davantage de célibataires et de jeunes femmes ayant grandi en Europe. C'est pourquoi il a été ajusté en sélectionnant des femmes non MGF au hasard pour obtenir le même ratio "cas-témoins" dans les catégories d'âge, de lieu de socialisation et de statut matrimonial.</p> <p>L'échantillon final de l'étude comprenait 2384 femmes, dont 678 cas et 1706 témoins. (p.179)</p> <p>16 indicateurs de santé auto-déclarés ont été utilisés, couvrant les maladies, les troubles physiques et psychologiques, le fonctionnement et la santé reproductive. (p.180)</p>
Sources de données/mesures	<p>Les volontaires ont répondu à un questionnaire en face-à-face dans une salle séparée. Le questionnaire était en quatre parties : la partie 1 décrivait leurs caractéristiques socio-démographique et leur santé reproductive ; la partie 2 décrivait les symptômes et le fonctionnement ; la partie 3 portait sur la vie sexuelle ; la partie 4 portait sur les MGF. Pour les femmes ayant subi une MGF, l'entretien se prolongeait sur la description des circonstances de la MGF (comment, quand et où elle a eu lieu). (p.178)</p> <p>En plus des informations fournies par les femmes elles-mêmes, il leur a été demandé, sous réserve de leur consentement, de demander à leur gynécologue ou à leur sage-femme de remplir un formulaire médical (portant le numéro de référence du formulaire d'enquête anonyme) indiquant leur statut de MGF et énumérant les maladies diagnostiquées. (p.179)</p>

<i>Biais</i>	<i>Décrire toutes les mesures prises pour éviter les sources potentielles de biais</i>
<i>Taille de l'étude</i>	<i>Expliquer comment a été déterminé le nombre de sujets à inclure</i>
<i>Variables quantitatives</i>	<i>Expliquer comment les variables quantitatives ont été traitées dans les analyses. Le cas échéant, décrire quels regroupements ont été effectués et pourquoi</i>
<i>Analyses statistiques</i>	<i>(a) Décrire toutes les analyses statistiques, y compris celles utilisées pour contrôler les facteurs de confusion</i> <i>(b) Décrire toutes les méthodes utilisées pour examiner les sous-groupes et les interactions</i> <i>(c) Expliquer comment les données manquantes ont été traitées</i>
Résultats	
Population	
Données descriptives	<p>60 % des échantillons étaient mariés ou fiancés ; l'âge moyen était de 30 ans ; 80 % ont passé leur enfance hors d'Europe. 53% avaient vécu en France pendant moins de 10 ans et 29% pendant plus de 10 ans.</p> <p>Les femmes qui ont subi une MGF avaient une faible maîtrise du français. Elles avaient subi un mariage forcé à un taux deux fois supérieur à celui des femmes non mutilées (20 % contre 10 %). Les femmes de l'échantillon MGF avaient plus d'enfants (2,1 contre 1,4 pour les femmes de 18 à 39 ans) et une plus grande différence d'âge avec leur partenaire (55 % contre 43 % des partenaires avaient 5 à 15 ans de plus). Enfin, une répondante sur deux ne savait pas quel type de MGF elle avait subi. (p.180)</p>
Données obtenues	<p>Auto-évaluation de la santé, des maladies et des symptômes : les MGF ont été associées à des risques accrus de problèmes de santé. Des différences significatives ont été constatées pour les infections urinaires ou gynécologiques (ORun = 1.8), la fatigue (ORun = 1.2), les maux de tête (ORun = 1.3) et les épisodes de douleur intense (ORun = 1.2).</p> <p>Impact sur la vie quotidienne, sexuelle et reproductive : les différences les plus frappantes concernaient la vie sexuelle, avec des risques accrus associés aux MGF pour un premier rapport très douloureux (ORun = 2.0), une vie sexuelle insatisfaisante (ORun = 2.5), et des douleurs fréquentes, un manque de désir et une sensation de brûlure pendant les rapports (ORun = 1.9).</p> <p>Les déchirures pendant l'accouchement étaient plus fréquentes dans l'échantillon MGF (ORun 1/4 1.3), même après avoir contrôlé le nombre d'enfants. (p.180)</p>

Principaux résultats	<p>(a) Indiquer les estimations non ajustées et, le cas échéant, les estimations après ajustement sur les facteurs de confusion avec leur précision (par exemple : intervalle de confiance de 95 %). Expliciter quels facteurs de confusion ont été pris en compte et pourquoi ils ont été inclus</p> <p>(b) Indiquer les valeurs bornes des intervalles lorsque les variables continues ont été catégorisées</p> <p>(c) Selon les situations, traduire les estimations de risque relatif en risque absolu sur une période de temps (cliniquement) interprétable</p>
Autres analyses	<p>Si l'on se concentre sur les femmes ayant subi les types de MGF les moins invasifs, par rapport aux femmes n'ayant pas subi de MGF, la plupart des associations restent significatives, à l'exception des problèmes de santé et des troubles du sommeil, et une association apparaît pour les maladies chroniques signalées (tableau 3). Les femmes ayant subi les MGF les moins invasives semblent présenter un risque d'hémorragie plus faible pendant l'accouchement. En ce qui concerne les formes de MGF les plus invasives identifiées, seules les associations avec la mauvaise perception de la santé, les infections et la douleur sont significatives, bien que seuls quelques cas aient été identifiés. (p.180)</p>
Discussion	
Résultats clés	<p>Les résultats montrent que les MGF, même sous leurs formes généralement les moins invasives, sont associées à un large éventail de problèmes de santé dans une population adulte en France. (p.180)</p> <p>Les MGF sont liées à une mauvaise perception de la santé et à des infections gynécologiques/urinaires. (p.181)</p> <p>Des troubles psychologiques et du sommeil ont également été associés aux MGF. Ces symptômes ont affecté de manière significative les activités de la vie quotidienne des femmes MGF, un résultat qui n'avait pas été démontré auparavant. (p.181)</p>
Limitations	<p>Des résultats différents pourraient être obtenus avec une meilleure spécification du type de MGF en France, mais aussi dans d'autres pays européens ayant une proportion plus élevée d'immigrants d'Afrique de l'Est, où des formes particulièrement invasives de mutilation sont pratiquées (Banks et al., 2006 ; Black et DeBelle, 1995). (p.182)</p> <p>La population cible est difficile à étudier pour plusieurs raisons : la MGF n'est pas fréquente et est une question sensible et intime ; une proportion non négligeable des femmes ayant subi une MGF ne parlent pas/ou mal le français (l'échantillon comprenait donc des femmes ayant un niveau d'études supérieur et/ou vivant en France depuis plus longtemps) ; les femmes migrantes récentes en situation plus vulnérable peuvent être sous-représentées. (p.182)</p> <p>La nature autodéclarée des informations recueillies, potentiellement moins précises que le diagnostic d'un médecin, constitue</p>

	<p>également une limite. Mais les formulaires médicaux, qui étaient précisément destinés à contrôler ce biais de déclaration, n'ont pas été remplis pour la moitié de l'échantillon et dans certains cas, il y a un désaccord entre le diagnostic et le statut autodéclaré de la femme, de sorte que le diagnostic ne nous a pas permis de corriger ce problème. Cela confirme également la nécessité de former les professionnels de la santé sur cette question (Braddy et Files, 2007 ; Carolan, 2010). Même si la France dispose d'un système de santé favorable aux femmes ayant subi une MGF, certains professionnels sont encore peu familiers avec les MGF et ne savent pas comment aborder les difficultés de ces femmes. (pp. 182-183)</p>
Interprétation	<p><i>Donner une interprétation générale prudente des résultats compte tenu des objectifs, des limites de l'étude, de la multiplicité des analyses, des résultats d'études similaires, et de tout autre élément pertinent</i></p> <p>Les résultats soulignent la nécessité d'une approche attentive de la santé des femmes ayant subi une MGF, même dans un contexte de soins de santé favorable, et de la formation des professionnels de la santé pour traiter les conséquences des MGF dans des domaines où ils s'aventurent rarement. Les résultats soulignent la nécessité d'informer les femmes atteintes de MGF sur les risques encourus, mais aussi sur les moyens disponibles pour améliorer leur qualité de vie. (p.183)</p>
"Généralisabilité"	<p>En ciblant les femmes de 18 à 50 ans qui se rendent à des consultations gynécologiques ou de planning familial, nous avons atteint la proportion la plus élevée possible de la population cible, compte tenu de la large couverture du système public de santé reproductive en France. (p.182)</p>

8.4. Grille de lecture STROBE article 3

Titre et résumé	<p>Auteurs : Gonzalez-Timoneda, Ruiz Ros, Gonzalez-Timoneda et Cano Sanchez (2018)</p> <p>Titre : <i>Knowledge, attitudes and practices of primary healthcare professionals to female genital mutilation in Valencia, Spain : are we ready for this challenge ?</i></p> <p>Pays : Espagne</p> <p>Type d'étude : étude descriptive transversale</p>
Introduction	
Contexte/Justification	<p>À Valence, 19'934 personnes sont originaires des pays où les MGF sont pratiquées, et 5429 sont des femmes ou des jeunes filles. (background p.3)</p> <p>Il existe peu de recherches en Espagne sur les MGF, les connaissances, attitudes et pratiques des professionnels à ce sujet, et encore moins dans les contextes de soins et de santé primaires. Or, ces professionnels-là travaillent à proximité de la population à risque et seraient en mesure de les identifier. (background p.3)</p> <p>La littérature existante montre un manque de connaissances des professionnels de la santé. Une revue systématique a mis en évidence le besoin de « guidelines » validées scientifiquement pour que les professionnels puissent fournir des soins médicaux et psychologiques culturellement adaptés aux femmes qui ont subi une MGF. (background p.4)</p>
Objectifs	<p>L'objectif de cette étude est de décrire les perceptions, les connaissances et les attitudes des professionnels de santé primaire en ce qui concerne les MGF. (background p.4)</p>
Méthodes	
Conception de l'étude	<p>Cette étude descriptive transversale a été menée sur la base d'un auto-questionnaire auprès de médecins généralistes, pédiatres, infirmières, sages-femmes, gynécologues, travailleurs sociaux et autres (un psychologue et un pharmacien). (methods p.4)</p>
Contexte	<p>L'étude a été menée auprès des professionnels de santé primaire exerçant dans la région de Clinic-Malvarrosa (30 centres de soins avec des équipes pluridisciplinaires) à Valence, du 1^{er} mars jusqu'à la fin mai 2017. (methods p.4)</p>
Population	<p>L'échantillonnage s'est fait de manière non probabiliste car un ratio nominal de tous les professionnels n'était pas disponible de manière aléatoire. La technique utilisée est donc un échantillonnage de commodité, c'est-à-dire que le recrutement s'est fait sur la base de la disponibilité des participants. (methods p.4)</p> <p>De plus, pour avoir un échantillon exhaustifs de groupes spécifiques (tels que les pédiatres, les travailleurs sociaux, les sages-</p>

	femmes...), 13 travailleurs sociaux, 25 pédiatres et 11 sages-femmes ont aussi répondu au questionnaire. (methods p.4)
Variables	
Sources de données/mesures	<p>Les professionnels de la santé contacté pour l'étude ont dû répondre à un questionnaire semi-structuré recueillant tout d'abord des données sociodémographiques (âge, sexe, profession, spécialité et lieu de travail). Puis les professionnels ont été interrogés sur leur degré de connaissances des MGF (identification, typologie, étiologie, pays de prévalence, formation reçue sur le sujet, connaissance des protocoles et guidelines). Puis, ils ont été interrogés sur le nombre de cas de MGF ou de cas à risque détectés lors des consultations ainsi que sur leur intérêt pour le sujet (désir d'agir ou non si un cas est détecté). Enfin, le questionnaire leur demandait de décrire leur attitude face aux MGF (éducation/sensibilisation ; signalement aux autorités ; contrôles des enfants/examens de routine des organes génitaux à titre de contrôle jusqu'à l'âge de 18 ans...)</p> <p>Le questionnaire a été distribué personnellement lors de différentes réunions interdisciplinaires, en contactant chaque centre indépendamment dans le but d'atteindre les plus petits groupes. Il a été remis sous forme papier et différents créneaux horaires ont été organisés. (methods p.4-5)</p>
Biais	<i>Décrire toutes les mesures prises pour éviter les sources potentielles de biais</i>
Taille de l'étude	<p>L'échantillonnage s'est fait en essayant de garantir la représentativité de la population après avoir estimé une proportion (pourcentage de professionnels de la santé primaire qui identifient correctement les types de MGF) en prenant comme référence les 40% obtenus par Kaplan et al. dans l'étude réalisée en 2004. En considérant ce pourcentage comme la proportion attendue et en appliquant une précision de 0,05 et un niveau de confiance de 90%, l'échantillon nécessaire était de 260 participants, auquel 10% ont été ajoutés. (methods p.4) Finalement 345 professionnels ont été recrutés pour l'étude, mais seuls 321 professionnels ont retourné le questionnaire. (results p.5)</p>
Variables quantitatives	<p>Les réponses fournies par les participants ont été calculées dans une base de données sécurisée pour la maintenance et le débogage, effectuant une première analyse descriptive des variables étudiées et l'évaluation ultérieure de l'association entre elles.</p> <p>Les variables catégorielles ont été décrites par le nombre de sujets et en fréquences absolues et relatives, y compris un intervalle de confiance (IC) de 95 %. Pour la description des variables continues, nous avons utilisé la moyenne, les écarts types, l'IC à 95% de la moyenne, la médiane, les 25ème et 75ème centiles, le minimum et le maximum et le nombre total de valeurs valides. (statistical analysis p.5)</p>
Analyses statistiques	<p>Afin de comparer différents groupes de sujets, différentes techniques statistiques ont été utilisées en fonction des particularités de chaque variable et du nombre de groupes à comparer. Si les variables, qu'il s'agisse de valeurs explicatives ou de réponses, étaient catégoriques, l'analyse statistique était effectuée en utilisant le test du Chi carré avec correction de Fisher si nécessaire.</p>

	<p>Le test exact de Fisher est utilisé lorsque plus de 20 % des cellules du tableau ont une fréquence inférieure à 5.</p> <p>Si la variable explicative était catégorique et la variable réponse quantitative, nous avons appliqué le test T de Student ou l'ANOVA (pour deux groupes ou plus respectivement), après vérification de l'existence d'une distribution normale, au moyen du test de Kolmogorov-Smirnov. Dans le cas où une telle distribution n'est pas corroborée, des tests non paramétriques de Wilcoxon ou de Mann-Whitney ont été effectués, selon le cas.</p> <p>Pour l'identification des caractéristiques des professionnels susceptibles d'influencer les connaissances sur les MGF, la détection des cas et les attitudes à l'égard des MGF, un modèle de régression logistique a été construit, où le groupe professionnel (soins aux adultes – médecins généralistes et infirmières-, soins aux mères et aux enfants -sages-femmes, gynécologues, pédiatres-, travailleurs sociaux et autres), L'âge, le sexe et la formation reçue ont été utilisés comme variables indépendantes et la connaissance de la typologie et des pays de prévalence des MGF et la connaissance de l'existence de protocoles d'action, de détection des cas et des attitudes (éduquer-sensibiliser, signaler aux autorités, éduquer et signaler aux autorités, contrôles réguliers des enfants) comme variables dépendantes.</p> <p>Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide de la version 13 du logiciel statistique STATA. (statistical analysis p.5)</p>
Résultats	
Population	Au total, 321 professionnels de la santé primaire ont répondu au questionnaire. (results p.5)
Données descriptives	<p>Parmi ces participants, 38,3% étaient des médecins généralistes, 45,5% des infirmiers, 7,8% des pédiatres, 3,4% des sages-femmes et 4,1% des travailleurs sociaux.</p> <p>71,7% des participants étaient des femmes. 56,4% de l'échantillon avait 50 ans et plus, 13,4% avait 35 ans ou moins.</p> <p>Seuls 15% des professionnels ont répondu avoir reçu une formation sur les MGF. En examinant par discipline, plus de 60% des sages-femmes ont déclaré avoir reçu une formation, contre 20% des pédiatres et 15,4% des travailleurs sociaux. Les médecins généralistes et les infirmiers sont ceux qui ont déclaré avoir reçu le moins de formation. (results p.5)</p>
Données obtenues	<p>Parmi les participants qui ont déclaré avoir reçu une formation sur les MGF, seul 6,3% ont correctement identifié les types de MGF ainsi que les pays qui les pratiquent. (results p.5)</p> <p>Des différences statistiquement significatives ont été constatées entre les différents groupes de professionnels, les sages-femmes étant le groupe ayant le plus de connaissances sur les types de MGF ($p < 0,001$). (results p.6)</p> <p>En ce qui concerne les pays où les MGF sont pratiquées, seul 5% de l'échantillon total a su correctement identifier la zone géographique. 8,4% associe la pratique des MGF exclusivement aux pays musulmans, 5,3% à l'ensemble du continent africain. 29% ont correctement cité la législation en vigueur en Espagne. (results p.6)</p> <p>Parmi les professionnels interrogés, seuls 4,7% ont déclaré avoir déjà identifié un cas de MGF au cours de leur pratique professionnelle. (results p.6)</p> <p>La détection des cas a été divisée en détection chez les filles de moins de 18 ans et les plus de 18 ans. Sur les quinze cas</p>

	<p>détectés, onze avaient plus de 18 ans, dont 72,7% lors d'un examen physique, 18,2% lors d'un entretien clinique et un seul cas à la suite d'une plainte déposée par un tiers.</p> <p>L'identification de la MGF a été fait lors d'un contrôle de grossesse dans 9,1% des cas, d'un examen gynécologique dans 36,4% des cas et dans le cadre d'un examen pour une autre cause dans 45,5% des cas restants. À chaque fois, la détection était fortuite, puisqu' il n'y avait aucune suspicion de MGF. (results p.6-8)</p> <p>Dans 45,5% des cas, les professionnels ont décidé d'agir après la détection de MGF essentiellement en collaborant avec d'autres professionnels.</p> <p>Les autres 45,5% ont décidé d'aborder la question dans le cadre de la consultation en demandant si la patiente avait des filles pour prévenir les risques de MGF au sein de la famille. 9,1% des professionnels ayant détecté le cas de MGF ont décidé de l'ignorer. (results p.8)</p> <p>Parmi les professionnels qui ont correctement répondu à la question de savoir ce qu'est une femme/fille à risque de MGF, 55,1% ont répondu qu'ils agiraient, contre 34% qui ont répondu ne pas agir parce qu'ils ne savaient pas comment le faire. 3,7% des professionnels ont répondu qu'ils n'agiraient pas car cela ne relevait pas de leurs compétences.</p> <p>Quant à la priorisation des actions à mener après la détection d'un cas à risque, le travail de prévention en priorité a obtenu le plus grand nombre de réponses (40,5%). L'examen physique de la patiente pour vérifier si elle a subi une MGF ne venant qu'en deuxième position (26,6%), suivi par l'enregistrement des résultats dans l'historique clinique (27,9%) ainsi que la coordination avec d'autres professionnels (27,9%). La transmission du dossier à la Cour a été choisie comme dernière option dans la liste des actions prioritaires (40,5%). (results p.8)</p> <p>Enfin, en ce qui concerne la connaissance de l'existence d'un protocole d'action, seulement 6,9% des répondants ont admis connaître un protocole d'action, obtenant des différences statistiquement significatives entre les différentes professions et la connaissance de l'existence de protocoles d'action. Les sages-femmes, les pédiatres et les travailleurs sociaux, avec respectivement 45,5, 28 et 23,1%, étaient les plus au courant de ces protocoles. (results p.8)</p>
Principaux résultats	<p>En considérant la variable formation comme explication et en regroupant les professionnels en trois catégories, les sages-femmes, les pédiatres et les gynécologues, ont détecté un nombre plus élevé de cas de MGF, statistiquement significatif (RC 5,1, IC 95% [1,37-19,4]) comparé aux travailleurs sociaux (RC 4,6, IC 95% [0,47-46,22]).</p> <p>Le groupe professionnel des sages-femmes, pédiatres et gynécologues (RC 1,6, IC 95% (0,80-3,42)) et le groupe professionnel des travailleurs sociaux (RC 1,58, IC 95% (0,47-5,26)) ont également détecté plus de cas à risque que le groupe professionnel des médecins de famille et des infirmières. (results p.8)</p>
Autres analyses	
Discussion	

Résultats clés	<p>Les résultats de l'étude montre l'existence de problèmes liés aux MGF dans la population que les professionnels de santé interrogés côtoient, puisqu'au moins quinze cas ont été détectés. Cependant, l'étude montre aussi un manque de connaissances des différents types de MGF et des pays concernés, ainsi qu'un manque de connaissances sur les cas à risque.</p> <p>Plus d'un tiers des participants ont admis s'occuper de la population à risque, et ceci suggère qu'il pourrait y avoir davantage de cas qui, au final, sont sous-diagnostiqués en raison de la méconnaissance sur cette pratique, mais aussi parce que les stratégies de détection ne sont pas appliquées dans de nombreux cas. (discussion p.10)</p> <p>Les 4,7% de l'échantillon ayant détecté des cas de MGF sont similaires à ceux détectés par Kaplan et al. en 2001 en Catalogne (6%). (discussion p.10)</p> <p>Certains professionnels ont surestimés leurs connaissances sur les MGF. Seuls 6,3% ont pu identifier correctement les types de MGF et les pays de prévalence, alors qu'ils ont répondu avoir reçu une formation sur les MGF. Les sources de formation étaient principalement des ONG et des associations (16,7%), des services d'agences officielles (33,3%). La plus grande majorité a déclaré avoir reçu des informations par le biais des médias, de la télévision, des journaux et des réseaux sociaux (35,4%).</p> <p>Moins d'un dixième de l'échantillon ne connaissait l'existence de protocoles d'actions sanitaires officiels.</p>
Limitations	<p>En ce qui concerne les limites de cette étude, le manque de signification statistique de certaines tendances observées est due à la taille insuffisante de l'échantillon pour certaines variables étudiées (certains groupes ne comprennent pas un éventail de professionnels suffisamment large). Au départ, les chercheurs n'ont pas eu accès à une liste de professionnels, ce qui aurait facilité la distribution des questionnaires par échantillonnage aléatoire ainsi que le calcul de l'échantillon pour sa représentativité. Il convient également d'indiquer que l'ambiguïté possible de certaines questions du questionnaire pourrait conduire à des interprétations différentes et à des critères de réponse différents pour les répondants. (discussion p.11-12)</p>
Interprétation	<p>Tout comme l'étude de Kaplan et al., l'échantillon de l'étude est entièrement composé de professionnels de santé primaire. Les chiffres de détection des cas de MGF sont plus élevés dans plusieurs études européennes. Cependant, dans ces études, les échantillons sont principalement composées de femmes spécialisées travaillant dans un milieu hospitalier. Ceci pourrait expliquer pourquoi les taux de détection des études européennes sont plus élevés que les deux études espagnoles. Par conséquent, l'étude ne peut être comparée qu'à celle de Kaplan et al. car c'est la seule étude qui se concentre sur les soins de santé primaire. (discussion p.10)</p> <p>L'étude montre un important manque de communication des organisations professionnelles envers les professionnels de la santé. Il convient de mentionner l'élaboration et la publication récente du protocole d'action contre les MGF par le gouvernement de la communauté de Valence. (discussion p.10)</p> <p>Malgré les efforts institutionnels réalisés pour la formation des professionnels de la santé et la diffusion du protocole et de son fonctionnement (cours de formation pour les professionnels, courriers électroniques et notifications des entreprises sur le récent protocole, guide d'action dans le cas de jeunes filles voyageant dans leurs pays d'origine pendant les vacances, etc.), cette</p>

	<p>étude montre la nécessité de poursuivre les efforts pour la prévention et l'éradication de cette pratique dans la région. (discussion p.10)</p> <p>Les professionnels ne sont pas conscients de l'illégalité de la pratique en Espagne et tout aussi bien en dehors du territoire pour les femmes résidentes en Espagne, et qu'ils ont le devoir et l'obligation légale d'informer l'auteur judiciaire de l'existence éventuelle d'un acte criminel. Il est donc nécessaire de diffuser des directives appropriées aux différents professionnels de la santé, de l'éducation et de la police. (discussion p.11)</p>
"Généralisabilité"	<p>La priorité stratégique visant à éradiquer la violence envers les femmes en général et à travers les MGF devrait être la prévention et la sensibilisation de la population dans une approche multiculturelle et intégrale, par le biais des soins de santé primaires, qui représentent un pilier fondamental du système de santé, avec des professionnels formés et sensibilisés à ce sujet. Pour y parvenir, une proposition pourrait consister à introduire les MGF dans les programmes de diverses disciplines au niveau universitaire et secondaire, comme l'a conseillé l'OMS en 2001. De plus, il est essentiel d'établir un système de coordination avec d'autres administrations (éducatives, sociales, judiciaires et policières) pour compléter l'approche globale et pluridisciplinaire des MGF, y compris les éventuelles conséquences juridiques qui pourraient en découler. (discussion p.11)</p>

8.5. Grille de lecture STROBE article 4

Titre et résumé	Auteurs : Hess et al. (2010) Titre : “Knowledge of female genital cutting and experience with women who are circumcised : a survey of nurse-midwives in the United States” Pays : États-Unis Type d’étude : étude mixte
Introduction	
Contexte/Justification	<p>L'American College of Nurse-Midwives (ACNM) est d'accord avec l'OMS que l'excision est une question de droits humains basée sur le genre qui menace les droits fondamentaux des filles et des femmes, y compris leurs droits à la santé, à la vie, l'intégrité physique et sexuelle, la dignité humaine, l'autodétermination et l'absence de torture, de violence et de lésions corporelles. Aux États-Unis, il est illégal de circoncire, d'infibuler, ou d'exciser toute partie des organes génitaux d'une femme de moins de 18 ans. Malgré une opposition croissante, l'excision est encore pratiquée pour des raisons qui varient selon la culture dans laquelle elle est effectuée. (introduction p.46) Des femmes migrantes et des professionnels de la santé ont demandé à plusieurs reprises une sensibilisation accrue à cette intervention, à ses antécédents et à ses conséquences, et ont souligné la nécessité d'offrir des soins appropriés aux femmes migrantes ayant des antécédents d'excision. (introduction pp.46-47)</p> <p>Les chercheurs ont constaté que les professionnels de la santé s'occupant de femmes ayant subi une excision rencontrent des conflits interculturels. (introduction p.47)</p>
Objectifs	Evaluer les connaissances des infirmiers-sages-femmes certifiés (CNMs) sur les MGF (quantitatif) et d'explorer leurs expériences dans la prise en soins de femmes migrantes africaines ayant subi une MGF (qualitatif). (abstract)
Méthodes	
Conception de l'étude	<p>Cette étude descriptive a été menée auprès d'un échantillon aléatoire de 600 infirmiers-sage-femmes de la liste des membres de l'ACNM. Elles ont été évaluées sur leurs connaissances concernant les MGF. Ensuite, 243 infirmiers-sage-femmes certifiés ont été interrogés sur leurs expériences lors de la prise en soin de femmes ayant subi une MGF. (abstract)</p>
Contexte	<p>Il n'y a pas eu d'étude pilote avant le début de l'enquête. La période de collecte des données s'est étendue sur quatre mois durant l'automne 2006. (méthode p.47)</p>
Population	<p>La division de la recherche de l'ACNM a approuvé la sollicitation de ses membres pour l'enquête, et le bureau des membres</p>

	de l'ACNM a fourni les noms et adresses d'un échantillon aléatoire de 600 membres. Chaque membre sélectionné a reçu par la poste un paquet contenant une lettre d'introduction, un formulaire de consentement, le sondage et une enveloppe affranchie pré-adressée pour le retour du sondage rempli aux chercheurs. La participation était volontaire et anonyme, et aucun rappel n'a été envoyé. Le fait de remplir le questionnaire signifiait que le répondant consentait à participer. (méthode p.47)
Variables	La première partie de l'enquête était un questionnaire démographique sur les participants. La deuxième partie contenait des questions à choix multiples et des questions vrai/faux permettant de tester les connaissances des participants sur les MGF. Pour chaque question, les participants avaient aussi la possibilité de cocher une case "ne sait pas". Pour finir, les participants qui avaient répondu avoir déjà pris en soin une femme ayant des antécédents d'excision ont été invité à répondre à la troisième partie de l'enquête, une description écrite de leur expérience. Les descriptions devaient inclure le pays d'origine des patientes, les types de MGF et les thèmes principaux des soins prénataux et obstétriques.
Sources de données/mesures	<i>Pour chaque variable d'intérêt, indiquer les sources de données et les détails des méthodes d'évaluation (mesures). Décrire la comparabilité des méthodes d'évaluation s'il y a plus d'un groupe</i>
Biais	<p><i>Décrire toutes les mesures prises pour éviter les sources potentielles de biais</i></p> <p>Le contenu du questionnaire a été revu par trois infirmières ayant une expérience en santé de la femme et dans la prise en soin de femmes ayant subi une MGF. Le questionnaire a ensuite été révisé en fonction de leurs commentaires.</p>
Taille de l'étude	<i>Expliquer comment a été déterminé le nombre de sujets à inclure</i>
Variables quantitatives et qualitatives	<p><i>Expliquer comment les variables quantitatives ont été traitées dans les analyses. Le cas échéant, décrire quels regroupements ont été effectués et pourquoi</i></p> <p>Les questions individuelles du sondage n'ont pas été incluses dans l'analyse si une réponse était laissée en blanc ou marquée de plus d'une réponse.</p> <p>Les expériences de soins décrites par les sages-femmes qui ont travaillé avec des femmes ayant des antécédents de MGF ont été considérées comme des anecdotes narratives d'expériences personnelles ; par conséquent, une analyse inductive de ces récits a été faite.</p> <p>Deux auteurs ont lu chaque description, en notant les mots et les phrases clés. Avec des lectures supplémentaires, des similitudes et des associations des différents témoignages ont été rapportées. Ces dernières ont été affinées en thèmes. (méthode p.47)</p>

Analyses statistiques	<p>(a) Décrire toutes les analyses statistiques, y compris celles utilisées pour contrôler les facteurs de confusion</p> <p>(b) Décrire toutes les méthodes utilisées pour examiner les sous-groupes et les interactions</p> <p>(c) Expliquer comment les données manquantes ont été traitées</p> <p>L'analyse statistique a été effectuée à l'aide de SPSS (version 16,0 ; SPSS Inc, Chicago, IL). Les fréquences, les corrélations et les valeurs du khi-carré de Pearson ont été calculées à partir de données appropriées. (méthode p.47)</p>
Résultats	
Population	Sur les 600 questionnaires envoyés à un échantillon aléatoire, 243 ont été retournés, soit un taux de réponse de 40,5% . (résultats p.47)
Données descriptives	<p>L'échantillon était composé de 235 femmes et de 4 hommes (4 personnes n'ont pas renseigné leur genre). L'âge moyen de l'échantillon était de 48,5 ans. En ce qui concerne les races/ethnies des participants, 95,1% étaient blancs, 3,3% afro-américains et 3% étaient d'origine hispanique (non blancs). 40,3% de l'échantillon avait déjà fourni des soins à des patientes ayant subi une MGF, 2,9% n'en était pas sûr, et 6,1% de l'échantillon n'a pas répondu à cette réponse.</p> <p>En ce qui concerne le niveau d'étude de l'échantillon, 86,6% était muni d'un master, 7,6% un bachelor et 5,5% un doctorat. Les participants avaient en moyenne 13,67 années d'expérience en tant qu'infirmier-sage-femme certifié. Ils exerçaient pour la plupart dans un hôpital (47,9%), dans une clinique ambulatoire (29,6%) ou avait une profession libérale (17,9%). (résultats pp.47-48)</p>
Données obtenues	Parmi les participants, 98 (40,3%) ont répondu avoir déjà prodigué des soins à des femmes ayant subi une MGF pour 130 participants qui n'ont pas d'expérience dans la prise en soins de ces patientes. (résultats p.48)
Principaux résultats	<p>(a) Indiquer les estimations non ajustées et, le cas échéant, les estimations après ajustement sur les facteurs de confusion avec leur précision (par exemple : intervalle de confiance de 95 %). Expliciter quels facteurs de confusion ont été pris en compte et pourquoi ils ont été inclus</p> <p>(b) Indiquer les valeurs bornes des intervalles lorsque les variables continues ont été catégorisées</p> <p>(c) Selon les situations, traduire les estimations de risque relatif en risque absolu sur une période de temps (cliniquement) interprétable</p> <p>Les infirmiers-sage-femmes ont démontré de meilleures connaissances sur les sujets physiques et médicaux liés à l'excision que sur les sujets juridiques et culturels. Seulement 18% des participants savaient que l'excision concernaient les femmes chrétiennes que les femmes musulmanes et seulement 39% savaient qu'aucune de ces deux religions n'exige que les femmes soient excisées.</p>

	<p>Environ 56% des participants savaient qu'il est interdit par la loi de pratiquer les MGF sur les femmes de moins de 18 ans aux USA. Moins de 50% des participants ne savaient que les femmes ayant subi une MGF évitent de consulter car elles craignent qu'on leur pose des questions juridiques concernant leur MGF.</p> <p>Les infirmiers-sage-femmes ayant déjà une expérience dans la prise en soins de femmes excisées ont démontré de meilleures connaissances sur les MGF contrairement aux infirmiers-sage-femmes n'ayant pas d'expérience (moyenne = 6.23, SD = 2.17 vs moyenne = 4.51, SD = 2.57 ; $p < 0.001$). Le tableau 2 présente une comparaison détaillée des réponses au sein des deux groupes (expérimentés vs non-expérimentés) : les différences se sont avérées significatives ($p < 0.05$) à propos des questions sur les pays où sont pratiquées les MGF, la description de l'infibulation, les religions impliquées, les croyances autour de la pratique, les accouchements par césarienne et les complications des MGF.</p> <p>Le tableau 3 présente la fréquence des sujets abordés par les infirmiers-sage-femmes avec leurs patientes durant la grossesse. Les sujets les plus fréquemment discutés sont les suivants : la prise en charge de la douleur avant l'accouchement ; l'examen physique par les professionnels de la santé masculins. Les sujets les moins souvent traités sont l'infertilité, les critères d'accouchement par césarienne et la désinfibulation. Le tableau 4 décrit les sujets le plus souvent abordés par les femmes ayant subi une MGF : leur désir d'être prise en soin par des professionnels de la santé de sexe féminin et leur fierté à propos de leur héritage culturel. (résultats p.48)</p>
Autres analyses	<p>Qualitative</p> <p>Parmi les 98 participants ayant déjà pris en soin des femmes ayant subi une MGF, seuls 64 ont décrit leurs expériences. L'analyse inductive a permis de dégager trois thèmes à partir de ces descriptions : la réinfibulation après l'accouchement, les complications de l'excision et les préférences des clientes pour les prestataires féminins.</p> <p>De nombreux infirmiers-sage-femmes expriment la volonté de leurs patientes d'être réinfibulées après l'accouchement. Parmi les témoignages, certains pratiquaient la réinfibulation, tandis que d'autres s'y opposaient, expliquant qu'ils n'étaient pas légalement habilités à le faire.</p> <p>En ce qui concerne les complications liées aux MGF, les infirmiers-sage-femmes reportent des problèmes de miction, d'infections urinaires, de règles douloureuses ainsi que des complications ainsi qu'une obstruction lors du travail (accouchement) causée par l'infibulation. De nombreux participants ont aussi reporté que leurs patientes n'avaient pas de problèmes particuliers en lien avec les MGF et qu'elles ont pu accoucher par voie basse après une désinfibulation. (résultats pp. 48-50)</p>
Discussion	
Résultats clés	<p>Les résultats de cette enquête montrent que de nombreux participants ont beaucoup de connaissances sur les MGF mais il leur manque des connaissances sur les aspects juridiques et culturels, ces derniers étant important pour fournir des soins culturellement compétents. Moins de 20 % de tous les répondants savaient que les femmes chrétiennes tout comme les femmes musulmanes sont circoncises. La plupart des femmes migrantes originaires de pays où la MGF est pratiquée</p>

	préfèrent être prise en soin par un professionnel de la santé de sexe féminin. (discussion pp.50-51)
Limitations	Tout d'abord, le taux de réponses à l'enquête était d'un peu plus que 40%, et il n'a pas été possible d'identifier les différences entre les personnes qui ont répondu VS celles qui n'ont pas répondu à l'enquête. Deuxièmement, 22 enquêtes ont été rendues avec de nombreuses questions sans réponses. Si les réponses manquantes s'avéraient être incorrects, les connaissances des infirmiers-sage-femmes sont encore moins bonnes que celles relevées dans les résultats. Troisièmement, l'étude n'a pas eu de test pilote : une étude pilote aurait augmenté la qualité de l'outil de sondage. (implications et limitations p.51)
<i>Interprétation</i>	<i>Donner une interprétation générale prudente des résultats compte tenu des objectifs, des limites de l'étude, de la multiplicité des analyses, des résultats d'études similaires, et de tout autre élément pertinent</i>
"Généralisabilité"	<i>Discuter la « généralisabilité » (validité externe) des résultats de l'étude</i>

8.6. Grille de lecture STROBE article 5

Titre et résumé	<p>Auteurs : Caroppo, Almadori, Giannuzzi, Brogna, Diodati et Bria (2013)</p> <p>Titre : “Health care for immigrant women in Italy: are we ready? A survey on knowledge about female genital mutilation”</p> <p>Pays : Italie</p> <p>Type d’étude : étude quantitative descriptive (transversale)</p>
Introduction	
Contexte/Justification	<p>Les CARA (Centri di Assistenza per Richiedenti Asilo : centre d’accueil pour les réfugiés et les demandeurs d’asile) ont signalé une forte incidence de femmes originaires de pays où les MGF sont pratiquées, mais les professionnels socio-sanitaires sans formation spécifique peut ignorer l’état de santé d’une femme soumise à une MGF et ne pas en reconnaître les conséquences directes, d’où la nécessité de lui apporter une assistance adéquate.(introduction p.50)</p>
Objectifs	<p>Examiner les connaissances actuelles sur les MGF parmi les opérateurs du CARA, afin d’évaluer s’ils seraient en mesure de reconnaître et aider correctement une femme souffrant de MGF. Décrire brièvement les éventuelles complications sanitaires dues à la pratique et pour reconnaître quand une reconstruction chirurgicale est indiquée.(introduction pp.50-51)</p>
Méthodes	
Conception de l’étude	<p>Cette étude descriptive a été menée auprès d’un échantillon représentatif de 41 assistants sociaux et sanitaires travaillant dans les établissements CARA(centre d’accueil pour les réfugiés et les demandeurs d’asile) du centre et du sud de l’Italie. Les CARA représentent souvent les premières structures qui accueillent les réfugiés à leur arrivée en Italie, il s’agit d’un premier impact avec les pratiques traditionnelles. Ils ont une capacité globale de 4220 réfugiés, dont 280 femmes. Les personnes interrogées travaillent avec les femmes demandeuses d’asile qui arrivent des pays où sont pratiqués les MGF. Ces femmes peuvent avoir subi une MGF et avoir besoin d’une assistance spécifique. (Material and Methods p.51)</p>
Contexte	<p>Les CARA sont des établissements non sanitaires qui peuvent fournir une assistance sanitaire. Les données ont été récoltées durant le mois d’Octobre à Décembre 2012. (Material and Methods p.51)</p>
Population	<p>41 professionnels socio-sanitaires composés d’assistants sociaux, assistants de santé, éducateurs, médecins, infirmiers et psychologues. (Material and Methods, Results p.51)</p>
Variables	

Sources de données/mesures	Les informations ont été recueillies par le biais d'un questionnaire spécifique composé de 14 points selon les catégories suivantes : données démographiques (point 1 à 5), connaissances individuelles (points 6, 10,14), expérience individuelle (point 7,8,9) et la gestion au sein de la CARA (point 11,12,13). Les questionnaires étaient anonymes, à l'exception de l'identification du sexe et de la profession. Ils ont été créés pour être administrés et répondre rapidement (de 3 à 5 minutes). (Material and Methods p.51)
Biais	<i>Décrire toutes les mesures prises pour éviter les sources potentielles de biais</i>
Taille de l'étude	<i>Expliquer comment a été déterminé le nombre de sujets à inclure</i>
Variables quantitatives	<i>Expliquer comment les variables quantitatives ont été traitées dans les analyses. Le cas échéant, décrire quels regroupements ont été effectués et pourquoi</i>
Analyses statistiques	<i>(a) Décrire toutes les analyses statistiques, y compris celles utilisées pour contrôler les facteurs de confusion</i> <i>(b) Décrire toutes les méthodes utilisées pour examiner les sous-groupes et les interactions</i> <i>(c) Expliquer comment les données manquantes ont été traitées</i>
Résultats	
Population	<p>Parmi les 41 questionnaires administrés, 100% ont été renvoyés avec un taux de réponse élevé.</p> <p>Les participants étaient composés de 31,7% d'hommes et 68,3% de femmes.</p> <p>Parmi les professions relevés 36,6% étaient médecins. 24,4% assistants sociaux, 17,1% psychologues, 12,2% infirmiers, 7,3% assistants de santé et 2,4% éducateurs. (Results p.51)</p>
Données descriptives	Les femmes ayant subi des MGF, arrivant en Italie et âgées de 15 à 49 ans. (Table 1 p.50)
Données obtenues	<p>Seuls 7,3% des participants affirment bien connaître les MGF, tandis que 4,9% ne connaissent pas du tout. 70,7% des personnes interrogées affirment n'avoir jamais rencontré ou aidé une femme ayant subi une MGF, cependant toutes les personnes interrogées travaillent avec des demandeurs d'asile provenant de pays où la MGF est pratiquée.</p> <p>9,2% des participants ignorent le type de mutilation peut être différent selon la région de provenance.</p> <p>95,1% des professionnels socio-sanitaires ne savent pas comment gérer une femme ayant subi une MGF et 65,8% ignore s'il existe ou non une procédure de prise en charge des femmes ayant subi une MGF.</p> <p>75,6% des participants ont admis que s'ils venaient à aider une femme ayant subi une MGF, ils l'enverraient dans des services</p>

	de soins externes. 56% ignorent la loi qui interdit toutes les pratiques de MGF. (Results pp.51-52)
Principaux résultats	<p>(a) Indiquer les estimations non ajustées et, le cas échéant, les estimations après ajustement sur les facteurs de confusion avec leur précision (par exemple : intervalle de confiance de 95 %). Expliciter quels facteurs de confusion ont été pris en compte et pourquoi ils ont été inclus</p> <p>(b) Indiquer les valeurs bornes des intervalles lorsque les variables continues ont été catégorisées</p> <p>(c) Selon les situations, traduire les estimations de risque relatif en risque absolu sur une période de temps (cliniquement) interprétable</p>
Autres analyses	Il ressort clairement qu'il existe une forte tendance (75,5%) à envoyer le "problème" à "d'autres", en particulier : hôpital, service psychosocial ambulatoire, psychologue, gynécologue, chirurgien plastique et assistant social. (Results p.52)
Discussion	
Résultats clés	<p>Parmi les femmes réfugiées qui résident à CARA, 73% venaient de pays où les MGF sont traditionnellement pratiqués, elles peuvent avoir subi une MGF et avoir besoin d'une assistance spécifique.</p> <p>Compte tenu de l'estimation de l'OMS concernant la prévalence des MGF dans ces pays, on peut supposer que parmi les immigrantes de ces pays qui résident en CARA, un pourcentage élevé a pu être soumis à des MGF. Néanmoins, 70,7% des travailleurs de CARA ont déclaré n'avoir jamais rencontré ou aidé une femme ayant subi une MGF. (Discussion p.52)</p>
Limitations	<p>Cette divergence entre le pourcentage de femmes originaire de pays où les MGF étaient pratiqués, susceptibles d'avoir subi cette pratique (73%) et le pourcentage de participants qui n'ont jamais rencontré ou aidé de femmes ayant subi une MGF (70,7%) peut être due à deux facteurs : tendance des femmes immigrées qui ont subi une MGF, de ne pas mentionner la pratique et le manque de formation des opérateurs qui ne sont pas en mesure de reconnaître les femmes ayant subi une MGF. (Discussion p.52)</p>
Interprétation	<p>Le manque de formation des opérateurs italiens n'est pas un résultat surprenant et il est similaire à d'autres études menées en Europe sur la connaissance des MGF chez les opérateurs de santé. Les conséquences psychologiques peuvent être énormes, surtout pour les filles ou femmes qui sont intégrées dans la société: le corps devient "une frontière ethnique" qui limite leur processus d'intégration et de socialisation. Pour ces jeunes femmes, la désinfibulation ou le traitement des cicatrices vaginales jouent un rôle important dans la perception de leur propre corps et dans le progrès de l'intégration. (Discussion p.52)</p>

<p>“Généralisabilité”</p>	<p>Les femmes immigrées hésitent à parler de leurs expériences ou d'un éventuel problème gynécologique par crainte d'être jugées comme une population barbare et non civilisée ou simplement parce qu'elles ne considèrent pas les MGF comme une altération des structures anatomiques. Une femme ayant subi une MGF peut présenter de nombreuses complications de santé. Les jeunes femmes et la deuxième génération qui grandit dans un pays occidental comme l'Italie, sont souvent amenées à leur pays d'origine afin que les MGF puissent être pratiquées pendant l'été, ce qui leur laisse le temps de guérir avant qu'elles ne retournent à l'école. (Discussion p.52)</p>
---------------------------	---

8.7. Grille de lecture COREQ article 6

Titre et Résumé	Auteurs : María del Mar Pastor-Bravo et al (2018) Titre : Living with mutilation : A qualitative study on the consequences of female genital mutilation in women's health and the healthcare system in Spain Pays : Espagne Type d'étude : étude qualitative de type interprétative et phénoménologique		
No. Item	Guide questions/description		Reported on Page #
Domaine 1: Equipe de recherche et de réflexion			
<i>Caractéristiques personnelles</i>			
1. Enquêteur/ animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	M. del Mar Pastor-Bravo, P. Almansa-Martínez et I.Jiménez-Ruiz	Titre p.119
2. Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par ex: PhD, MD	M. del Mar Pastor-Bravo avaient un Doctorat international.	
3. Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	María del Mar Pastor-Bravo était professeure adjoint, Pilar Almansa-Martínez était professeure et Ismael Jiménez Ruiz était professeur assistant au département de soins infirmiers de l'université de Murcie.	

4. Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	La chercheuse était une femme.	
5. Experience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Le professeur María del Mar Pastor-Bravo a obtenu son diplôme d'infirmière et fait un Master sur la santé et les femmes. Pour son travail final, elle a abordé la réalité des MGF, en contextualisant les pratiques et les stratégies utilisées pour les prévenir et les éradiquer. En 2013, elle a reçu une bourse de recherche Formula Santander pour effectuer un séjour pré-doctoral à l'Université fédérale de Rio de Janeiro (Brésil). En 2014, elle a obtenu son doctorat avec une mention internationale Cum Laude pour sa thèse : « La voix des femmes soumises aux mutilations génitales féminines. Connaissances pour la discipline infirmière ». Elle a publié des articles et des communications sur les MGF et elle a reçu le prix XXIXe du concours national de soins infirmiers de la ville de Séville, ainsi qu'un prix aux projets de recherche de l'association officielle des infirmiers de Murcie. Ce qui lui a permis de sensibiliser et former tant les professionnels de la santé à l'approche et à la prévention de cette pratique, que les femmes concernées pour le rejet cette pratique dans la région de Murcie. Elle a reçu une bourse de la Fondation Mutua Madrileña pour collaborer avec World Vision, sensibiliser et former les femmes, les chefs de communauté et les filles à la prévention des MGF au Kenya.	
<i>Relations avec les participants</i>			

6. <i>Relation antérieure</i>	Enquêteur et participants se connaissent-ils avant le commencement de l'étude ?	Non Mentionné	
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par ex: objectifs personnels, motifs de la recherche	Non Mentionné	
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par ex : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche	Non mentionné	
Domaine 2: Conception de l'étude			
<i>Cadre théorique</i>			
9. Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par ex : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu	Il s'agit d'une étude interprétative et phénoménologique car permet de comprendre l'expérience de vivre avec une MGF, elle explore les complications de santé liées à cette pratique et documenter l'expérience des soins reçus des services de santé espagnol. Ce projet de recherche a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université de Murcie. Tout au long du processus de recherche, l'anonymat des participants a été préservé et les considérations éthiques pertinentes ont été prises en compte, conformément aux Accords d'Helsinki. Les critères de la grille de lecture COREQ a été utilisé pour revoir les articles qualitatifs.	Methods Design p.120 Ethcal considerations p.121

		L'ordre de cette grille a été appliqué pour améliorer la qualité et la transparence de l'étude.	
<i>Sélection des participants</i>			
10. Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? Par ex : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige	Échantillonnage intentionnel en boule de neige. Trois informateurs clés ont été identifiés au départ et les autres participants ont été incorporés en boule de neige jusqu'à ce que la saturation théorique des données soient atteintes.	Methods Study population p.120
11. Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? Par ex : face-à-face, téléphone, courrier, courriel	Le contact s'est fait par téléphone, email et face-à-face par le biais d'associations africaines dans la région de Murcie. Trois informateurs clés ont été identifiés au départ et les autres participants ont été incorporés par la suite. Toutes l'information générée et se rapportant à l'étude a été fournie au participants tant verbalement que par écrit. On leur a demandé de signer un formulaire de consentement éclairé et la permission d'enregistrer les entrevues en format audio. Les participants ont été informés de leur droit d'abandonner l'entrevue en tout temps, sans pénalité.	Methods Study population p.120
12. Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	Quatorze femmes âgées de 23 à 41 ans, originaire du Sénégal, du Nigéria et de Gambie ont participé à l'étude. Tous avaient subi des mutilations génitales de Type I ou Type II au cours de leur enfance.	Results Study population p.120

13. Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	Non mentionné	
<i>Contexte</i>			
14. Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? Par ex : domicile, clinique, lieu de travail	Les entretiens ont été recueillis au domicile des participantes	Methods Data gathering instruments (Table 2) p.121
15. Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non mentionné	
16. Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par ex : données démographiques, date	Les critères d'inclusion suivants : femme, originaire d'un pays où les MGF, âgée de 18 ans ou plus, ayant subi des MGF, résident dans la région de Murcie(Espagne), ayant donné naissance et maîtrisant l'espagnol. Ces femmes résident dans la région de Murcie, elles ont accouché dans cette région et ont été prises en charge par le système national de santé publique.	Methods Study population p.120 Abstract p.119
<i>Recueil des données</i>			

17. Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	L'entretien consistait en une question ouverte, sans scénario préétabli, permettant ainsi à la narration d'être pilotés par les sujets, à partir de leur propre vision du monde. La question amorce était : Comment les mutilations génitales féminines ont-elles affectés votre vie et votre santé ? Cette question les a amenés à réfléchir sur leurs expériences de vie du passé dans le contexte du présent, en choisissant les moments importants et leur signification, en permettant une pensée critique rétrospective, en encourageant une interprétation exhaustive des événements étant ainsi capable de restructurer leur vision du passé, présent et futur. Les instruments utilisés étaient des entrevues informelles, des questionnaires sociodémographiques et des histoires de vie. Le principal instrument de collecte d'information était celui des histoires de vie par le biais d'entretiens individuels ouverts.	Methods Data collection and instruments utilised pp.120-121
18. Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Il y a eu quatorze entretiens pour les histoires de vie d'une durée de 50 minutes avec un questionnaire socio-démographique d'une durée de 5 minutes. De plus, il y a eu des entretiens informels avec une durée indéterminé au travers de rendez-vous informels, conversations téléphone et par mail.	Methods Study population p.120 Data gathering instruments (Table 2) p.121
19. Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Après avoir obtenu le consentement des participants, les discussions ont été audio enregistrées.	Methods Data collection and instruments utilised p.121

20. Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Les notes de terrain ont été prises. Les gestes et les observations non verbales ont été annotés, afin que le chercheur puisse avoir des détails qualitatifs supplémentaires sur les récits et pouvoir porter une attention accrue au témoignage des personnes interrogées.	Methods Data collection and instruments utilised p.121
21. Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Les entretiens individuels ont été recueillis de mai à octobre 2014.	Methods Data collection and instruments utilised p.121
22. Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	La saturation des données a été atteinte par rapport au nombre de participantes selon les recommandations de Patton (2015).	Methods Study population p.120
23. Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non mentionné	
Domaine 3: analyse et résultats			

<i>Analyse des données</i>			
24. Nombre de personnes codant les données.	Combien de personnes ont codé les données ?	L'analyse thématique a été entreprise par deux auteurs. Les transcriptions ont été lues plusieurs fois et soumises à un examen intensif par les deux chercheurs principaux, qui les ont interrogées, comparées puis synthétisées pour identifier les questions, les sujets et les modèles.	Methods (p.209)
25. Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Au cours de la transcription des entrevues, les codes commençant par "E" ont été utilisés pour désigner à la fois les informateurs clés et les participants à l'étude. Les histoires de vie ont été transcrites mot pour mot, puis analysées en trois étapes : les données ont été pré-codifiées et un index des concepts et pré-positions préliminaires, par la suite, le contenu des données émergentes a été organisé en catégories significatives, pour déterminer et définir une liste de catégories et sous catégories mutuellement convenues.	Methods Data analysis Ethical consierations p.121
26. Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Les thèmes ont été identifiés à partir des données.	Methods Data analysis p.121
27. Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Logiciel Atlas Ti7 a été utilisé pour l'analyse des données qualitatives.	Methods Data analysis p.121
28. Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non mentionné	

<i>Rédaction</i>			
29. Citation présentées	Des citations des participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par ex : numéro de participant	Oui, les citations étaient identifiées par le numéro de participant selon le code commençant par "E".	Results pp.121-123
30. Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui, les données présentées correspondent à ce qui est décrit dans les résultats (retranscription des réponses des participantes sous forme de thèmes et sous-thèmes).	Results pp.121-123
31. Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui, les résultats présentent 2 thèmes principaux : conséquences sur la santé et soins de santé reçu.	Results pp.121-123
32. Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Une discussion des thèmes secondaires est abordé, il s'agit des conséquences physiques des MGF, à court terme et long terme, ainsi que les conséquences psychiques. Les répercussions sur la sexualité de ses femmes. Les témoignages enregistrés dans la présente étude révèlent également une dynamique de domination-subordination dans leurs relations par laquelle elles ne sont pas en mesure de choisir la fréquence des relations sexuelles, elles supposent qu'elles devraient donner du plaisir à leur homme et recevoir des menaces d'abandon. Les participantes étaient satisfaites de la prise en soins des professionnels de la santé, cependant elle détecte un manque d'informations des soignant lors de la prise en charge des soins de santé.	Discussion pp.123-124

8.8. Grille de lecture COREQ article 7

Titre et Résumé	Auteurs : Dawson et al. (2015) Titre : “Midwives’ experiences of caring for women with female genital mutilation : insights and ways forward for practice in Australia” Pays : Australie Type d’étude : étude qualitative de type descriptive-interprétative et phénoménologique		
No. Item	Guide questions/description		Reported on Page #
Domaine 1: Equipe de recherche et de réflexion			
<i>Caractéristiques personnelles</i>			
1. Enquêteur/ animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l’entretien individuel ou l’entretien de groupe focalisé (focus group) ?	A.J. Dawson, S.Turkmani, N.Varol, S.Nanayakkara, E.Sullivan, C.S.E.Homer	Titre (p.207)
2. Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par ex: PhD, MD	Bachelor of Arts, Master in Arts, PhD	
3. Activité	Quelle était leur activité au moment de l’étude ?	A.J. Dawson, S.Turkmani, E.Sullivan et C.S.E.Homer travaillaient dans le centre pour sages-femmes, enfant et santé familial, à la faculté de santé dans l’université de technologie de Sydney, en Australie.	Titre (p.207)

		N.Varol travaillait dans l'institut de recherche pour les mères et bébés au Queen Elizabeth II, à l'université de Sydney en Australie. S.Nanayakkara travaillait à l'Hôpital Auburn, en Nouvelle-Galles du Sud, en Australie.	
4. Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	La chercheuse était une femme.	
5. Experience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Le professeur Angela Dawson est une spécialiste des sciences sociales de la santé publique qui possède une expertise dans la prestation de services de santé maternelle et génésique aux populations prioritaires en Australie et dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire inférieur.	
<i>Relations avec les participants</i>			
6. <i>Relation antérieure</i>	Enquêteur et participants se connaissent-ils avant le commencement de l'étude ?	Non Mentionné	
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par ex: objectifs personnels, motifs de la recherche	Non Mentionné	

8. Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par ex : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche	Dawson est titulaire d'une bourse de recherche du NHMRC (National Health and Medical Research Council) qui examine les approches pour conseiller les femmes atteintes de MGF.	
Domaine 2: Conception de l'étude			
<i>Cadre théorique</i>			
9. Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par ex : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu	Les sages-femmes ont eu un entretien de discussion de groupe focalisé. L'analyse des thèmes a permis aux chercheurs de comprendre, synthétiser, théoriser et re-contextualiser les données. Il s'agit d'une étude phénoménologique car elle traite de l'expérience des sages-femmes dans la prise en soins de femmes ayant subi une MGF.	Methods (p.209)
<i>Sélection des participants</i>			
10. Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? Par ex : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige	L'infirmière clinicienne gestionnaire de l'unité de sage-femme et ses sages-femmes dans chaque hôpital ont reçu des informations sur l'étude et ont été invitées à participer à une discussion de focus group à une heure et un jour convenus mutuellement.	Methods (p.209)
11. Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? Par ex : face-à-face, téléphone, courrier, courriel	Les participants ont été contactés face-à face par l'infirmière clinicienne gestionnaire de l'unité de sage-femme.	Methods (p.209)

12. Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	Quarante-huit sages-femmes de trois hôpitaux urbains ont participé à l'étude. Les sages-femmes ont été invitées à donner leur avis sur leurs expériences de soins aux femmes dans ces hôpitaux, car elles desservent des populations de femmes provenant de pays où la MGF est répandue.	Methods & Findings (p.209)
13. Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	Non mentionné	
<i>Context</i>			
14. Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? Par ex : domicile, clinique, lieu de travail	Dans quatre cliniques prénatales et unités d'accouchement dans trois hôpitaux urbains de la Nouvelle-Galles du Sud. Les groupes se sont réunis dans les salles de réunion des hôpitaux.	Methods (p.209)
15. Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Trois infirmières cliniciennes gestionnaires de l'unité de sage-femme étaient présente pour le recrutement des participants.	Methods (p.209)
16. Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par ex : données démographiques, date	Ce sont des sages-femmes qui ont pris en soins des femmes ayant subi une mutilation génitale féminine.	Methods (p.209)
<i>Recueil des données</i>			

17. Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Un guide d'entretien a été utilisé. Non le guide d'entretien n'avait pas été testé au préalable.	Methods (p.209)
18. Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non les entretiens n'étaient pas répétés.	Method (p.209)
19. Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Après avoir obtenu le consentement des participants, les discussions ont été audio enregistrées et transcrites verbatim.	Methods (p.209)
20. Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Un chercheur a animé le focus groupe de discussion, tandis qu'un autre a observé et pris des notes pour aider à clarifier les contributions des participants pendant l'analyse.	Methods (p.209)
21. Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Les focus groupes de discussion ont permis d'engager 10-12 participants par groupe pendant environ une heure pour partager leurs réflexions, leurs attitudes et leurs idées sur les MGF. Quatre discussions de groupe ont été réalisées.	Methods (p.209)
22. Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	La saturation des données a été atteinte au cours de ce processus d'analyse lorsqu'il est devenu évident que les données recueillies appuyaient fortement les catégories et les thèmes émergents et qu'aucune autre information pertinente n'était nécessaire pour les appuyer davantage.	Methods (p.209)

23. Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Les résultats ont été rassemblés dans un rapport et envoyé à l'infirmière clinicienne gestionnaire de l'unité de pratique de sage-femme de chaque hôpital pour être distribué pour commentaires et pour informer la formation en service si nécessaire.	Methods (p.209)
Domaine 3: analyse et résultats			
<i>Analyse des données</i>			
24. Nombre de personnes codant les données.	Combien de personnes ont codé les données ?	L'analyse thématique a été entreprise par deux auteurs. Les transcriptions ont été lues plusieurs fois et soumises à un examen intensif par les deux chercheurs principaux, qui les ont interrogées, comparées puis synthétisées pour identifier les questions, les sujets et les modèles.	Methods (p.209)
25. Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non mentionné	
26. Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Cinq thème ont émergé de l'analyse : connaissance des MGF(1), perceptions(2), influence sur la profession de sage-femme (3), la collecte de données sur les MGF (4), l'éducation et la formation (5).	Findings (p.209)
27. Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Non mentionné	
28. Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non mentionné	

<i>Rédaction</i>			
29. Citation présentées	Des citations des participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par ex : numéro de participant	Oui, les citations étaient identifiées par le numéro du focus group de discussion.	Findings (p.210)
30. Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui, les données présentées correspondent à ce qui est décrit dans les résultats (retranscription des réponses des participantes sous forme de thèmes).	Relationship to existing knowledge
31. Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui, les résultats présentent 5 thèmes principaux qui résument ce qui a été dit lors des focus group.	Results
32. Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Non mentionné	Discussion

8.9. Grille de lecture COREQ article 8

Titre et résumé	Auteur : Ormrod (2019) Titre : “The experience of NHS care for women living with female genital mutilation” Pays : Angleterre Type d’étude : étude qualitative de type phénoménologique		
No. Item	Guide questions/description		Reported on Page #
Domaine 1: Equipe de recherche et de réflexion			
<i>Caractéristiques personnelles</i>			
1. Enquêteur/ animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l’entretien individuel ou l’entretien de groupe focalisé (focus group) ?	L’auteur qui a mené l’entretien individuel se nomme Judith Ormrod.	Introduction (p.628)
2. Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par ex : PhD, MD	La chercheuse est une doctorante.	Introduction (p.628)
3. Activité	Quelle était leur activité au moment de l’étude ?	Au moment de l’étude Judith Ormrod était professeure et conférencière à la faculté de médecine biologie et santé, à l’université de Manchester.	Introduction (p.628)

4. Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	La chercheuse était une femme.	
5. Experience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Non mentionné	
<i>Relations avec les participants</i>			
6. <i>Relation antérieure</i>	Enquêteur et participants se connaissent-ils avant le commencement de l'étude ?	Non, les participants ont été recrutés aux travers de deux associations locales.	Participants (p.629)
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par ex : objectifs personnels, motifs de la recherche	Non mentionné	
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par ex : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche	Non mentionné	
Domaine 2: Conception de l'étude			
<i>Cadre théorique</i>			

9. Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par ex : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu	L'étude a été menée au travers d'entretiens individuels semi-structurés entre la chercheuse et chaque participante. Ils ont été enregistrés et retranscrits avec des notes de terrain pour l'analyse. La recherche est phénoménologique puisqu'elle s'intéresse au vécu des femmes ayant subi une MGF lors de leur prise en soins par le NHS (National Health Service). C'est un système de santé publique au Royaume-Uni.	Design (p.629)
<i>Sélection des participants</i>			
10. Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? Par ex : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige	Les femmes ont été recrutées aux travers de deux associations communautaires.	
11. Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? Par ex : face-à-face, téléphone, courrier, courriel	Les participantes ont été recrutées par deux associations communautaires. Elles ont eu des entretiens face-à-face en anglais, car il n'y avait pas de financement disponible pour les services de traduction.	Data collection procedure and analysis et Findings (p.629)
12. Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	Les participantes de cette étude sont neuf femmes âgées entre 20 et 46 ans. Elles sont pour la plupart d'origines étrangères (Nigeria, Sierra Leone et Somalie), à l'exception d'une qui est née au Royaume-Uni.	Findings (p.629)
13. Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	Non mentionné	

<i>Context</i>			
14. Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elle été recueillies ? Par ex : domicile, clinique, lieu de travail	Les données ont été récoltées dans des salles privées des locaux des associations communautaires.	Date collection procedure and analysis (p.629)
15. Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Les infirmières, sages-femmes et travailleurs sociaux.	Design (p.629)
16. Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par ex : données démographiques, date	Ce sont des femmes âgées de plus de 18 ans qui ont eu une expérience de mutilation génital féminine de type 2 et type 3, qui parlent et écrivent couramment l'anglais et qui ont été prises en soins par le NHS.	Participants (p.629)
<i>Recueil des données</i>			
17. Guide d'entretien	Les question, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Trois thèmes principaux sont ressortis des données : l'implication avec les professionnels de la santé ; souffrance silencieuse; et compassion communication.	Findings (p.629)
18. Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non, les entretiens n'ont pas été répétés.	Findings (p.629)
19. Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Le chercheur a utilisé des enregistrements audios et des notes pour recueillir les données.	Design (p.629)

20. Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Oui, des notes de terrain ont été recueilli pendant les entretiens.	Design (p.629)
21. Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group)?	Les entretiens ont duré entre quarante-cinq minutes à deux heures. Ils ont été récoltés entre janvier et juin 2016.	Findings (p.629)
22. Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Non mentionné	
23. Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non mentionné	
Domaine 3: analyse et résultats			
<i>Analyse des données</i>			
24. Nombre de personnes codant les données.	Combien de personnes ont codé les données ?	Non mentionné	
25. Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non mentionné	

26. Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Les thèmes étaient identifiés à l'avance. Trois thèmes principaux sont ressortis des données : l'implication avec les professionnels de la santé; souffrance silencieuse; et compassion communication.	Findings (p.629)
27. Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Non mentionné	
28. Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non mentionné	
<i>Rédaction</i>			
29. Citation présentées	Des citations des participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par ex : numéro de participant	Oui, les participants étaient identifiés par numéro.	Thème 1 à 3 (pp. 629-631)
30. Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui, les données récoltées lors des entretiens se retrouvent dans les résultats et permettent de mettre en évidence les thèmes sélectionnés.	Theme 3. Compassionate communication (p.631)
31. Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Les trois thèmes principaux ont émergé des différents entretiens et ont mis en lumière l'importance du savoir, du style de communication et de la manière que les femmes veulent être questionner au sujet des MGF.	Theme 3. Compassionate communication (p.631)

32. Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Non mentionné	
-----------------------------------	--	---------------	--

8.10. Grille de lecture COREQ article 9

Titre et Résumé	Auteurs : Oguntoye et al. (2009) Titre : “FGM is with us Everyday” Women and Girls Speak out about Female Genital Mutilation in the UK Pays : Angleterre Type d’étude : étude qualitative de type phénoménologique		
No. Item	Guide questions/description		Reported on Page #
Domaine 1: Equipe de recherche et de réflexion			
<i>Caractéristiques personnelles</i>			
1. Enquêteur/ animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l’entretien individuel ou l’entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Susana Oguntoye, Naana Otoo-Oyortey, Joanne Hemmings, Kate Norman, Eiman Hussein	Titre (p.1015)
2. Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par ex : PhD, MD	Bachelor en science en biologie moléculaire et immunologie. Master en science et santé publique.	
3. Activité	Quelle était leur activité au moment de l’étude ?	Susana Oguntoye et Naana Otoo-Oyortey travaillaient dans la fondation pour la recherche et le développement de la santé de la femme (FORWARD) à Londres. Joanne Hemmings et Kate Norman travaillent en tant que consultants à “Options Consultancy”.	Keywords (p.1015)

		Eiman Hussein travaille comme consultant indépendant de la santé sexuelle et reproductive.	
4. Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	La chercheuse est une femme.	
5. Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Bachelor en science en biologie moléculaire et immunologie au King's College London. Master en science et santé publique au London School of Hygiene and Tropical Medicine à Londres.	
<i>Relations avec les participants</i>			
6. <i>Relation antérieure</i>	Enquêteur et participants se connaissent-ils avant le commencement de l'étude ?	Non, ils ne se connaissaient pas.	Methods (p.1016)
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par ex : objectifs personnels, motifs de la recherche	Non mentionné.	
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par ex : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche	Non mentionné.	

Domaine 2: Conception de l'étude			
<i>Cadre théorique</i>			
9. Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par ex : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu	C'est une étude qualitative de phénoménologique car elle s'intéresse à l'expérience et aux ressentis des participantes qui ont pour point commun d'avoir subi une MGF. La particularité de la méthodologie, c'est que les entretiens ont été menés par des "PEER researchers" et des "experts de leur communauté", c'est-à-dire des sortes de médiateurs formés pour permettre des interviews "peer-to-peer (des amis interviewant des amis)".	The PEER Method (p.1016)
<i>Sélection des participants</i>			
10. Echantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? Par ex : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige	En réalité, deux études ont été menées : une à Londres et une à Bristol. L'étude à Londres a été organisée en partenariat avec l'"Options Consultancy Services" pour la formation et la méthodologie PEER. 10 chercheurs PEER ont été recrutés à Londres contre 8 chercheurs PEER à Bristol. En ce qui concerne l'échantillon, il a été formé par boule de neige.	Study Design (p. 1016)
11. Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? Par ex : face-à-face, téléphone, courrier, courriel	Les participants ont été contacté face-à-face par des pairs.	Study Design (p. 1016)

12. Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	Les 18 chercheurs PEER ont chacune interviewé 2 à 3 amies.	Study Design (p. 1016)
13. Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	Non mentionné	
<i>Contexte</i>			
14. Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elle été recueillies ? Par ex : domicile, clinique, lieu de travail	Les interviews ont été mené de manière non-structurée et informelle. Le lieu de collecte n'est pas mentionné.	Study Design (p. 1016)
15. Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	La fondation Forward, le consultancy Service et les pairs.	Study Design (p. 1016)
16. Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par ex : données démographiques, date	L'échantillon est formé de femmes qui ont plus de 25 ans et qui habitent Londres ou Bristol. Elles viennent toutes de grands centres urbains. Pour l'étude menée à Londres, les participantes viennent du quartier de Westminster. Elles sont toutes originaires du Soudan, de la Somalie, de l'Érythrée ou de l'Éthiopie. En ce qui concerne les participantes de l'étude de Bristol, elles sont originaires de la Somalie ou du Soudan.	Study Areas and Demographics (p.1016)
<i>Recueil des données</i>			

17. Guide d'entretien	Les question, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Les participantes étaient interrogées par les chercheurs PEER sur trois thèmes principaux : la vie de famille ; les MGF ; les conséquences les plus larges des MGF. Ensuite, les chercheurs PEER ont affiné les questions de base pour les entretiens (en tenant compte des 3 thèmes) pendant leur formation afin qu'elles reflètent au mieux la culture et la langue de leur communauté. Pour finir, elles ont développé de nouvelles compétences comme par exemple des techniques d'interview ou la manière de développer des questions.	Study Design (p. 1016)
18. Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non	
19. Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Non, les chercheurs PEER ont pris des notes pour synthétiser les entretiens.	Study Design (p. 1016)
20. Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Oui, des notes de terrain ont été prises pendant les entretiens.	Study Design (p. 1016)
21. Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé(focus group) ?	Non mentionné	
22. Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Non mentionné	

23. Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non, mais la synthèse des entretiens a été réalisée lors d'une journée rencontre entre les chercheurs PEER et les superviseurs de l'étude. Les superviseurs ont ensuite filtré les questions clés et défini les thèmes principaux en consultant les chercheurs PEER si nécessaire.	Study Design (p. 1016)
Domaine 3 : analyse et résultats			
<i>Analyse des données</i>			
24. Nombre de personnes codant les données.	Combien de personnes ont codé les données ?	L'équipe de recherche de la fondation FORWARD ont codé les données.	Study Design (p. 1016)
25. Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non, ils ont défini un codage selon les thèmes et le cadre pour faire une méta-analyse.	Study Design (p. 1016)
26. Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Les thèmes ont été définis à partir des données collectées par les chercheurs PEER : les perceptions à travers les générations ; la poursuite de la pratique des MGF ; la vie familiale et quotidienne ; les interactions avec les services de santé ; "comment cela va-t-il se terminer ?" ; information et législation ; variations -- lieux et communautés	Results (pp.1016-1018)
27. Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Non mentionné	

28. Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non mentionné	
<i>Rédaction</i>			
29. Citation présentées	Des citations des participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par ex : numéro de participant	Oui, les citations étaient identifiées selon l'origine de la personne et la ville où s'est déroulé l'entretien.	Results (pp.1016-1018)
30. Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui, les données étaient présentées selon 3 thèmes principaux qui ont orienté les questions et qui se retrouvent dans les résultats.	Results (pp.1016-1018)
31. Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui, les thèmes principaux ont été développé dans les résultats au travers des réponses données lors des entretiens.	Results (pp.1016-1018)