



Cloé Bourdet
Sarah Dugas

Christopher Caillet
Jessica Massa
Audrey Rieben

Immersion en communauté Juin 2013

Les mutilations génitales féminines: situation en Suisse en 2013



Introduction	5
Définition de la problématique des mutilations génitales féminines	6
Définition	6
Histoire	6
L'OMS classe les MGF selon 4 types (OMS, 2012):	6
Méthode.....	7
Quel âge ont les filles excisées ?	8
Qui est touché ?	8
Impact de cette problématique en Suisse	8
Causes, raisons de pratiquer les mutilations génitales féminines (MGF)	10
En Europe aussi.....	10
Préservation de la virginité et de la fidélité (répression de la sexualité féminine).	10
Cohésion sociale (pré requis pour le mariage).....	11
Tradition et rite de passage à l'âge adulte (initiation).....	11
Respect des ancêtres.....	11
Purification.....	11
Esthétisme.....	11
Hygiène.....	11
Promotion de la fertilité.....	11
Renforcement du sentiment d'appartenance au groupe.....	12
Augmentation du plaisir sexuel masculin.....	12
Crainte de décès du nouveau-né en cas de contact avec le clitoris	12
Explication mythique, théorie de la bisexualité originelle (Boussugue, 2006).....	12
Argumentation et contre argumentation culturelles.....	12
Arguments médicaux, légaux, religieux.....	13
La contre argumentation à l'assaut de l'argument religieux.....	14
L'argument économique	14
Conséquences et complications des MGF	15
Tableau 1: Conséquences/Complications immédiates.....	15
Tableau 2: Conséquences/Complications à long terme	16
Sexualité	17
Impact de l'excision sur la sexualité	17
Expériences de femmes	18
Vers une réparation est-elle possible ?	18
Prise en charge en suisse d'une femme excisée : les acteurs concernés	20
Gynécologues : la santé sexuelle et reproductive de la femme	20
Sexologues	21
Sage-femmes	21
Chirurgien réparateur	22
Pédiatres : relai indispensable de la prévention.....	22
L'instituteur: à l'écoute de la fillette	22
Associations de soutien aux migrants	23
Médiateurs interculturels.....	23
Traducteurs.....	23

Manuel didactique à l'usage des professionnels – Petit guide pratique.....	24
Recommandations pour les professionnels de santé	24
Aspect législatif.....	26
Cadre législatif Suisse :.....	26
Prévention et formation sur le terrain en Suisse	28
Associations Suisses.....	28
Associations genevoises.....	28
Associations Internationales.....	29
Stratégies de lutte	31
Reconversion des exciseuses	31
Ligne verte.....	31
Pression économique sur la coutume	31
Convaincre les aînés	31
Instruire les fillettes.....	31
Conclusion.....	32
Remerciements	33
Bibliographie	34
Annexes	36

Introduction

Quand nous avons commencé ce projet, nous avons déjà lu des livres, vu des films ou entendu des émissions sur le sujet des mutilations génitales féminines. La question qui nous brûlait alors était : que pouvons-nous faire en Suisse et depuis la Suisse ?

En initiant ce projet, nous pensions conclure par une campagne de prévention 'classique' pour un sujet de santé publique que nous pensions 'classique' : des affiches, une émission de radio, un stand en ville.

Un mois avant le début du projet, nous avons eu la chance de pouvoir assister à une conférence sur le sujet des MGF de la Doctoresse Abdulcadir qui nous a bouleversés : la dureté du sujet médical, la force de la femme africaine ou arabe, la puissance de la communauté sur le devenir de l'individu, les croyances, la sexualité féminine et son aspect tabou.

Nous prenions à ce moment la mesure de la complexité du sujet.

Au fur et à mesure que nos recherches avançaient notre but s'est modifié et est devenu plus concret : nous voulons maintenant faire inscrire ce sujet dans le cursus de l'étudiant en médecine et HEDS en prégradué car nous avons besoin de gens sensibilisés et formés sur le sujet.

C'est un thème sensible qui parle de sphère intime, de violence, qui amène au silence si on ne sait pas quoi faire, ni vers qui se tourner pour mieux comprendre.

Il faut former les sages-femmes, infirmières, médecins et toutes les professions de la santé pour que la première rencontre ne soit pas le choc des ignorances.

Mahamed Abdi, traducteur et médiateur interculturel nous expliquait qu'en 1996, toutes les femmes excisées qui venaient accoucher en Valais ne se voyaient offrir qu'une césarienne. A cette époque, on ne savait pas ce qu'était l'excision et la communauté médicale, au lieu de chercher des informations, préférait ignorer volontairement cette réalité.

Enfin, tous les aspects de la migration, de l'intégration dans une culture d'accueil, de la culture d'origine et l'importance primordiale de la traduction sont à prendre en compte quand on veut mieux cerner tous les micro obstacles qui peuvent se glisser entre deux personnes de cultures différentes « Entrer dans une relation transculturelle demande beaucoup d'humilité et de remise en question de nos propres valeurs. » (Soignante, IDE, 2009)

Nous allons donc pour vous présenter le problème commencer par le définir. Qu'est-ce que l'excision ? Où et pourquoi est-elle pratiquée ? Nous espérons que cela vous permettra d'obtenir une vue d'ensemble de la problématique. Ensuite, nous aimerions également réfléchir à l'impact de l'excision sur la sexualité de la femme puis parlerons des différents acteurs impliqués en Suisse et des mesures qui existent pour faire face à l'excision.

Définition de la problématique des mutilations génitales féminines

Définition

Selon l’OMS, les mutilations génitales féminines (MGF) sont définies comme «*toutes les interventions incluant l’ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou autre lésion des organes génitaux féminins pratiquées pour des raisons non médicales*». (OMS, 2013)

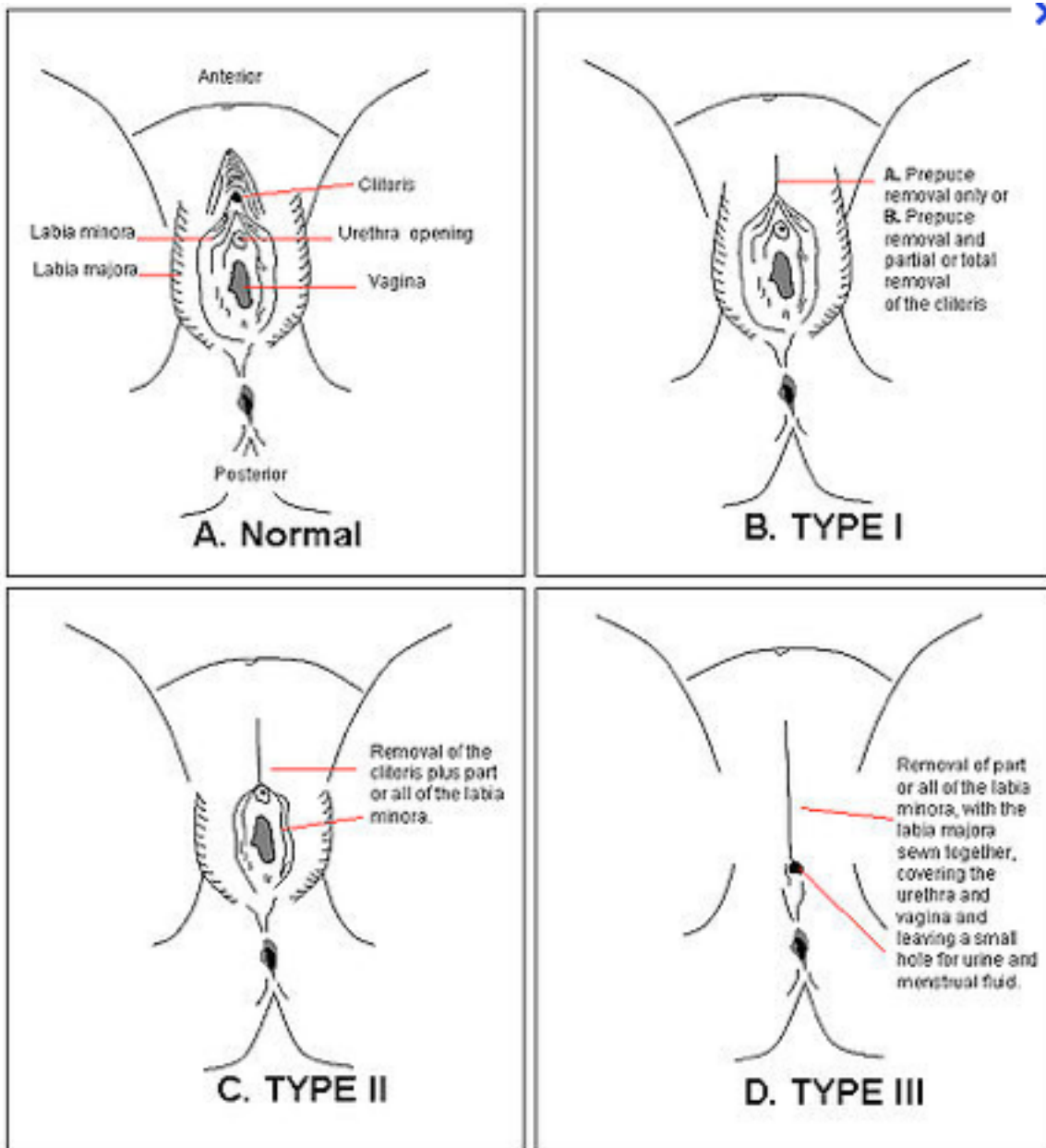
Histoire

Les MGF remontent à des temps très anciens, on pense même à plus de 2000 ans (Société Suisse de Gynécologie et d’Obstétrique : guideline MGF, 2005). Il est possible qu’elles aient débuté en Egypte car on a retrouvé des momies assez conservées pour confirmer qu’elles avaient été excisées (H. Prolongeau, 2006). On ne sait pas pourquoi ni comment cette pratique a débuté mais aujourd’hui elle est ancrée dans la culture de nombreuses populations, où les filles non circoncises ne trouvent pas de maris et sont rejetées par leur communauté.

L’OMS classifie les MGF selon 4 types (OMS, 2012):

Type I (Sunna)	Type II	Type III (la plus grave)	Type IV
excision du prépuce avec/sans ablation du clitoris (partielle ou totale)	excision du prépuce et ablation du clitoris et des petites lèvres (partielles ou totales) avec/sans excision des grandes lèvres	Infibulation (excision pharaonique) = ablation des petites et grandes lèvres, recousues ensemble avec seulement un trou pour laisser le passage de l’urine et du sang menstruel	Toutes autres interventions effectuées au niveau de la vulve dans un but non médical, par exemple le piercing, les tatouages, la cautérisation...

Rq : Il faut penser que l’ablation du clitoris correspondrait chez l’homme à enlever le gland et une partie du pénis. Cela ne correspond donc pas du tout à la circoncision masculine.



Méthode

Dans la majorité des cas, les MGF sont pratiquées par des exciseuses traditionnelles, qui possèdent un rôle important dans la communauté (Solo Niaré, 2013), et qui à ce titre sont très respectées.

L'excision se fait sans anesthésie avec un minimum d'hygiène. La petite fille est tenue, souvent par plusieurs personnes car elle se débat, pendant que sa chair est coupée. L'exciseuse peut utiliser un couteau, une pierre tranchante, du verre, un rasoir ou d'autres objets tranchants. Pour recoudre elle utilise le plus souvent des épines d'acacias, des anneaux de fer ou parfois du fil chirurgical.

Souvent il a été dit à la fille qu'il ne faut pas qu'elle crie, qu'elle se débâte ou qu'elle s'enfuit. Si elle le fait elle est considérée comme «*faible*» par sa communauté. Son attitude face à l'excision est garante de l'honneur de sa famille. Parfois après l'excision a lieu une fête à laquelle la fille elle-même doit participer et durant laquelle elle doit même danser.

La cicatrisation dure généralement quatre semaines lorsqu'il n'y a pas de complications comme des infections. Dans le cas de l'infibulation, la petite fille est isolée avec les 2 jambes attachées afin que la plaie se referme.

Plus tard, lorsque la femme aura un mari, la cicatrice devra être réouverte en partie afin qu'elle puisse avoir des relations sexuelles. Pour cela soit on fera appel à l'exciseuse soit c'est le mari qui en forçant le passage agrandira l'ouverture. Enfin, à l'accouchement aussi la cicatrice doit être réouverte puis être refermée après.

Dans certains cas l'excision se fait dans des conditions médicalisées. Cela peut réduire les conséquences néfastes à court terme, mais reste tout de même un acte d'une extrême gravité.

Quel âge ont les filles excisées ?

L'excision se pratique le plus souvent entre l'enfance et l'âge de 14-15 ans, cependant, il faut garder en mémoire que cela varie énormément selon la localisation et l'ethnie qui la pratique. Par exemple en Ethiopie les filles sont excisées très tôt, vers l'âge de 7 jours (IDE et Co, 2009). *« La mutilation génitale féminine en tant que rite de passage se faisait entre 10 et 12 ans. De nos jours elle se fait entre 0 et 3 mois pour masquer le caractère choquant et traumatisant de l'opération pour la jeune fille. Il n'y a aucun doute que la crise économique et la mondialisation ont entraîné une dérégulation sociale source de malaise. Face à cette situation, la tradition est de plus en plus utilisée comme un refuge. Cependant, il y a lieu de souligner qu'aucune pratique qui viole la dignité de l'homme ne saurait être acceptée comme concourant à la construction d'une identité. »* (A. Sow, 2006) Comme les MGF sont la plupart du temps pratiquées sur des filles mineures, il s'agit d'une violation des droits de l'enfant en plus des droits de la jeune fille et de la femme.

Qui est touché ?

Selon l'OMS et l'UNICEF, plus de 140 millions de filles et femmes ont subi une MGF, dont environ 92 millions en Afrique (OMS, 2012). 3 millions de filles seraient à risque dans ce continent chaque année. L'excision se pratique également en Asie et dans de rares tribus d'Amérique du Nord.

L'infibulation se fait principalement en Egypte, en Somalie, au Djibouti, au Soudan, en Érythrée et en Ethiopie (Agnès Boussuge, 2006) et le taux de prévalence est très élevé.

Impact de cette problématique en Suisse

En Suisse, l'excision se pratique chez les communautés immigrées. Le plus souvent lorsque les filles retournent dans leur pays en été les familles profitent de ce moment. Il est possible que des filles se fassent exciser en Suisse mais cela est plus rare ou du moins inconnu.

En 2001 et 2004, l'UNICEF Suisse estimait que presque 7'000 filles étaient à risque ou étaient déjà excisées en Suisse.

En 2012, l'UNICEF a effectué une nouvelle étude en Suisse d'où il est ressorti qu'environ 10'400 filles étaient concernées par l'excision en Suisse (UNICEF, 2012)

Prévalence estimée des MGF dans différents pays et estimation du nombre de femmes concernées habitant en Suisse (ces chiffres n'incluent pas les détentrices de passeport suisse) (IDE, 2009)

Pays d'origine	Prévalence estimée des MGF (OMS)	Estimation du nombre de filles à risque et de femmes concernées en Suisse*
Bénin	50%	27
Burkina Faso	72%	55
Cameroun	20%	249
Côte d'Ivoire	43%	208
Djibouti	98%	7
Egypte	97%	528
Eritrée	95%	613
Ethiopie	85%	981
Gambie	80%	15
Ghana	30%	173
Guinée	99%	91
Guinée-Bissau	50%	7
Kenya	38%	206
Liberia	60%	37
Mali	94%	41
Mauritanie	25%	4
Niger	5%	1
Nigeria	25%	86
Ouganda	5%	8
Rép. Cent.- Africaine	43%	6
Sénégal	20%	67
Sierra Leone	90%	66
Somalie	98%	2828
Soudan	89%	206
Tanzanie	18%	22
Tchad	60%	17
Togo	12%	21
Yemen	23%	28
Zaire	5%	113
Total		6711

Causes, raisons de pratiquer les mutilations génitales féminines (MGF)

Les raisons de pratiquer les MGF sont multiples et variables d'une région à l'autre, d'une ethnie à l'autre. Il n'y a pas qu'une justification de ces pratiques, même si l'on retrouve plusieurs dénominateurs communs parmi toutes les populations qui considèrent les MGF obligatoires pour toutes les femmes. Par exemple, les MGF surviennent dans des pays où le taux d'analphabétisation est grand : beaucoup de personnes ignorent donc les conséquences de ces pratiques sur la santé (Prolongau, 2006).

En Europe aussi

L'Europe a elle aussi connu la pratique de l'excision. Au 19^{ème} siècle, en France et en Grande-Bretagne, certains psychiatres recommandaient la clitoridectomie pour guérir de l'hystérisme, de la masturbation ou d'un comportement sexuel un peu trop libéré. On pensait même qu'elle était un remède contre le mal de dos ou l'idiotie (Boussuge, 2006). Elle a perduré aux USA jusqu'en 1937, bien que plusieurs voix se soient élevées contre sa pratique. On a toujours eu la volonté de brimer et de contrôler la sexualité des femmes (sorcières brûlées et ceinture de chasteté au Moyen-Age par exemple).

Cependant, l'origine des MGF est très ancienne : elle remonte à avant l'apparition des grandes religions monothéistes. Les recherches archéologiques ont permis de démontrer que les MGF se pratiquaient déjà à l'époque pharaonique : des momies de prêtresses de pharaon, portent les marques de l'infibulation (Boussuge, 2006). On suppose qu'elles étaient excisées et infibulées afin de pouvoir dédier leur vie et leur âme au pharaon (Roussopoulos, 2007). Le premier papier mentionnant l'excision est aussi égyptien et il date de -163 av. JC.

Malgré cela, beaucoup légitime la pratique de l'excision avec l'argument religieux. C'est une fausse justification car aucun texte sacré ne prescrit cette pratique. Dans les pays concernés, les MGF sont pratiquées par les musulmans, les catholiques, les protestants, les juifs falashas, les coptes, les animistes et les athées (Prolongeau, 2006).

On cite souvent le respect de la religion musulmane comme justification à l'excision. Ces croyances sont dues à deux hadiths (paroles du Prophète qui n'ont pas valeur de loi) : dans le premier, Mahomet aurait déclaré que l'excision était le « mérite des filles » (Prolongeau, 2006) et dans le second, il aurait dit à une exciseuse s'adressant à lui de « ne pas trop couper ».

Il faut plutôt se tourner vers les croyances, plus ou moins rationnelles, pour motiver ces pratiques.

Préservation de la virginité et de la fidélité (répression de la sexualité féminine).

C'est une des raisons les plus fréquemment invoquées. En pratiquant les MGF, on diminue la libido et le plaisir sexuel féminin, ce qui garantirait sa virginité avant le mariage et sa fidélité une fois son union officialisée. L'excision « *calmerait* » les femmes et les rendrait « *vertueuses* » (Boussuge, 2006).

Selon la philosophe Séverine Auffret (Des couteaux contre les femmes, 1982, éditions Des femmes), avant l'apparition de l'excision dans l'Egypte ancienne, les sociétés étaient nomades et plutôt de types matriarcaux. Le cycle de la reproduction et le mécanisme des naissances leur étaient inconnus et l'on prenait les femmes pour des déesses capables de mettre au monde des enfants. Puis l'Homme s'est sédentarisé avec la découverte de l'agriculture et de l'élevage. C'est à ce moment-là que l'on découvre le fonctionnement de la nature et donc le rôle de l'homme dans la reproduction. C'est-à-dire que l'homme se rend compte qu'il ne peut pas être sûr de savoir s'il est le véritable père de ses enfants.

Cette prise de conscience serait une étape décisive dans la domination de l'homme sur la femme. Il a été important pour lui à ce moment-là de maîtriser la sexualité et la fidélité de la femme pour être certain de sa progéniture. La pratique de l'excision serait donc apparue à cette époque.

Cohésion sociale (pré requis pour le mariage)

L'excision est nécessaire pour que les filles soient bien « *socialisées* » (Boussuge, 2006), pour qu'elles ne soient pas rejetées et pour qu'elles puissent se marier. En effet, dans ce contexte les femmes dépendent entièrement des hommes, qui sont les chefs de famille. De même, si une femme veut profiter de ses droits (éducation, travail de la terre, etc.) elle doit subir cette pratique.

Une femme excisée serait également moins jalouse et accepterait mieux la polygamie.

Tradition et rite de passage à l'âge adulte (initiation)

C'est un rituel collectif, qui signe le passage de l'enfance à l'âge adulte. L'excision est alors un entraînement aux douleurs qui jalonnent la vie de la femme, comme l'accouchement. Afin de préserver l'honneur familial, il est demandé à la petite fille de ne pas crier ou se débattre. L'excision est comme une transmission de connaissances à la nouvelle génération de la part des anciennes femmes du village. La fin du rituel de l'excision signifie un nouveau statut pour la fille car elle devient apte à être mariée et cela est parfois fêté par tout le village.

En réalité c'est un fête, mais où la fillette est marquée à vie. Le médiateur interculturel somalien Mahamed Abdi, traducteur en Valais commente: "*C'est une fête, l'occasion de revoir les cousins éloignés, comment préserver le moment de fête sans marquer à vie une fillette?*". C'est pourquoi certains recherchent des rites symboliques de remplacement qui ne blesseraient pas l'enfant (Camarada, 2013).

Respect des ancêtres

Par ces pratiques, on rattache la petite fille à sa lignée familiale.

Purification

Une femme non excisée est considérée comme impure et n'a pas le droit de cuisiner les repas familiaux.

Esthétisme

Un sexe féminin excisé, voire infibulé est considéré comme beau car les organes génitaux, en particulier le clitoris, sont perçus comme étant disgracieux (IDE, 2009). L'apparence d'un sexe excisé répond à l'exigence d'un sexe lisse et sans poils. De plus, selon la Doctoresse Abdulcadir, gynécologue aux HUG, concernant l'infibulation, il est considéré comme vulgaire une femme urinant comme un homme, à grands jets. Elle est censée uriner par petites gouttes, c'est plus « *poli* ».

Hygiène

Une des croyances poussant à pratiquer l'excision est que le sexe féminin est sale à son état naturel (Berg, 2013), ses replis étant impurs.

Promotion de la fertilité

Les MGF sont censées assurer la fertilité de la femme, cependant c'est l'effet inverse : à cause des nombreuses infections et des troubles de la cicatrisation qu'elles entraînent, elles sont souvent cause de stérilité.

Renforcement du sentiment d'appartenance au groupe

En particulier lors de situation d'immigration, continuer de pratiquer l'excision permet de mettre en avant l'appartenance à un certain groupe ethnique, afin de ne pas s'isoler. La famille restée au pays met également la pression, en rappelant qu'il faut continuer la tradition et en invitant les petites filles à venir en vacances au pays. Les femmes immigrées se retrouvent tiraillées entre deux cultures, entre la nécessité de s'intégrer au pays d'accueil et le devoir d'obéissance et de non oubli des traditions.

Selon Omayma Abdelmageed, il y a beaucoup de femmes ici en Suisse (africaines et arabes) qui restent convaincues du bien-fondé de cette pratique (argument de la culture). Ce n'est pas facile d'aborder le sujet avec ces femmes : souvent elles lui disent : « pourquoi veux-tu changer ma culture, c'est ma religion, c'est comme ça ! » (Omayma Abdelmageed, 2013)

Augmentation du plaisir sexuel masculin

En rendant le vagin plus étroit, l'excision favoriserait le plaisir sexuel masculin ainsi qu'une sexualité féminine centrée sur la reproduction. En Egypte, certains religieux et médecins pensent que si on n'excise pas les filles, elles développeront une dépendance anormale et néfaste au plaisir clitoridien qui deviendra problématique lors des rapports sexuels maritaux car elle conduira à des comportements sexuels anormaux, en sollicitant exclusivement le clitoris. Selon eux, l'excision permet à la femme d'éprouver du plaisir de façon « naturelle », avec le pénis du mari. On peut aussi entendre que le clitoris rendrait l'homme impuissant, qu'il ne s'arrêterait pas de grandir si on ne le coupait pas (idem avec les petites lèvres).

Crainte de décès du nouveau-né en cas de contact avec le clitoris

Le sexe féminin est associé à beaucoup de croyances et parfois à des dangers imaginaires. On imagine que si la tête du bébé touche le clitoris, il aura « le mauvais œil » ou qu'il pourrait boucher les narines du bébé lors de l'accouchement.

Explication mythique, théorie de la bisexualité originelle (Boussugue, 2006)

Il s'agit alors d'une pratique symbolique. Elle est due à une histoire mythique, l'androgynie originelle. Par exemple chez les Dogons du Mali : l'histoire de l'origine du monde dit qu'à chaque accouchement, ne naissent que des jumeaux garçon fille. Mais un bouleversement de cette loi a causé la survenue de naissances uniques. On retrouve la marque de ces dérèglements dans les organes génitaux : le prépuce chez l'homme et le clitoris chez la femme. Même Dieu n'a pas pu enlever ces traces. Afin de pouvoir devenir des adultes « complets » qui soient de « vraies femmes » ou de « vrais hommes », c'est-à-dire afin qu'ils soient féconds, ils doivent se débarrasser de leur partie masculine ou féminine. C'est donc pour cela qu'on circoncise les garçons et qu'on excise les filles, pour qu'ils puissent assumer pleinement leur sexualité.

Argumentation et contre argumentation culturelles

Lors de la réunion débat contre les mutilations génitales féminines qui s'est tenu à Genève en 2008 (Comité interafricain, 2009), M. A. Sow, anthropologue (Mauritanie) s'étant fermement opposé à l'excision de sa fille, a expliqué que pour lui, en Afrique, « lutter contre cette pratique en invoquant uniquement des risques médicaux ou juridiques ne suffit pas ». Dans des sociétés où la plupart des adultes sont analphabètes, la présentation des risques médicaux se heurte souvent à l'incompréhension.

Il faut selon lui présenter des contre-arguments culturels réfutant ces pratiques, car la « vraie » culture africaine n'a rien à voir avec ces pratiques : « *En les abandonnant, les Africains s'ouvriraient à la modernité mais ne perdraient pas leur identité. Il s'agit de combattre tout ce qui est irrationnel.* »

Voici quelques exemples d'arguments culturels souvent avancés, et de la réponse à y apporter:

les arguments culturels	les contre-arguments culturels
Une femme excisée ne peut pas prier.	les mecquoises prient et font le pèlerinage pourtant elles ne sont pas excisées.
Une femme non excisée n'est pas attrayante sexuellement pour un homme.	Le fait d'exciser une fille déjà consciente ressemble à un viol. Le viol porte atteinte à l'honneur et à la dignité de la fille. Le viol est une blessure qui ne cicatrise jamais.
Le fait d'exciser les fillettes fait partie intégrante de nos traditions.	Il n'est pas dit que toutes les traditions sont bonnes, pour preuve le cérémonial de blâme des belles sœurs a été complètement abandonné pour inconvenance.
Ce sont les traditions qui préservent l'identité du groupe ethnique.	Le fait d'abandonner certaines traditions ne porte nullement atteinte à l'identité du groupe ethnique.
Tout homme doit être fier de ce qui fait partie de son identité.	L'esclavage fait partie des traditions mais de nos jours nul ne peut se valoriser en se vantant d'avoir beaucoup d'esclaves.

Arguments médicaux, légaux, religieux

Une revue systématique a été publiée en mars 2013 (Berg, 2013). L'étude s'est portée sur les facteurs perpétuant la tradition et sur ceux qui, au contraire, l'entravent. Il en est ressorti que les éléments les plus invoqués par la population comme étant susceptibles de faire diminuer la pratique des MGF, sont :

(1) leurs répercussions sur la vie sexuelle (diminution du plaisir), et sur la santé. Les mères ne veulent pas faire subir à leurs filles ce qu'elles ont elles-mêmes subi, connaissant les conséquences dramatiques qu'une telle opération engendrait.

(2) Le fait que les MGF soient illégales dans certains pays est un argument fort en faveur d'un abandon.

(3) La religion peut également être un argument diminuant la pratique des MGF : dans une étude présentée dans la revue, l'argument principal contre l'excision pharaonique (infibulation), était que cette pratique est absente dans le Coran et la tradition islamique. Seule la sunna est recommandée, car en accord avec principes fondamentaux de l'Islam, contrairement à l'infibulation.

Ce dernier point confirme l'ambivalence que certains prêtent à la religion musulmane. Malgré que l'excision ne soit pas recommandée dans le Coran, comme il n'y a pas de condamnation du Prophète, ses partisans pensent qu'il y était favorable et qu'ainsi elle est nécessaire, que c'est une bonne pratique mettant en valeur l'honneur de la femme. Cependant il est important de souligner l'importance de l'interprétation des textes, car tous les pays musulmans ne pratiquent pas l'excision (Maroc, Tunisie, etc.).

La contre argumentation à l'assaut de l'argument religieux

Cela rejoint le contre-argument culturel d'Abdulaye Sow : Les mecquoises prient et font le pèlerinage pourtant elles ne sont pas excisées, il explique les raisons de ce contre-argument :

« Le poids de la religion dans les conduites et les pratiques sociales est très important. La Mecque est perçue comme un lieu où se manifeste l'esprit de la Charia Islamique. Une grande majorité des femmes interrogées ignorent que la pratique de l'excision n'est pas en vigueur en Arabie Saoudite. Le lieu saint exerce une telle fascination sur l'imaginaire populaire des mauritaniens que la vulgarisation de cette idée risque d'ébranler bien des convictions bien ancrées, il faut aussi souligner que la plupart des marabouts n'ont pas une grande culture générale. Ils ignorent le plus souvent cette réalité et s'enferment donc dans une interprétation littérale des Hadiths. Il ne vient à l'esprit de personne de dire que les femmes wolofs sont inaptes à la prière parce qu'elles ne sont pas excisées. Dans les clauses qui fixent le mariage entre un musulman et une femme appartenant " aux gens du livre ", il n'y a aucune référence à l'excision. Il faut donc insister sur cet argument pour infléchir les conduites sociales. »

L' argument économique

Selon notre tuteur, M. Kabengele, l'argument économique est un argument fort pour lequel il n'existe pourtant pas assez d'information. Par exemple, dire à un chef de que l'excision de sa fille lui fera perdre beaucoup d'argent en coûts médicaux pèsera sur sa décision.. Il faudrait donc effectuer des études analysant les conséquences économiques des MGF.

En conclusion, on ne peut pas dire que l'excision est acte de maltraitance envers l'enfant (IDE, 2009), même si l'on parle souvent d'un acte de torture (Comité interafricain, 2009), car les parents l'imposent à leur fille en pensant que cela va la protéger et lui permettre de s'intégrer socialement. Ils ne connaissent pas d'autres alternatives, tout le monde le fait et les ancêtres le faisaient.

« Les mères et les grands-mères qui font ça sont persuadées qu'elles font du bien à leurs petites filles.» « Il y a là-bas (Soudan) de grands conflits entre les personnes qui sont contre et celles qui sont pour. Le sujet est plus ou moins tabou selon les familles »

Omayma Abdelmageed

Conséquences et complications des MGF

Selon l'OMS, les MGF ne présentent aucun bienfait pour la santé, et présentent seulement des dangers graves pour la santé sexuelle et reproductive de la femme. Il existe des complications directes, immédiates et des conséquences tardives, à long terme, pouvant varier selon le type et la gravité de l'acte pratiqué.

Conséquences directes pour la fillette :

« J'ai été excisée à 5 ans mais je me rappelle comme si c'était hier. C'était dans un petit village, la sage-femme est venue à la maison. Elle a fait l'excision pharaonique. Je suis restée couchée et malade pendant un mois sans rien pouvoir faire. Le fait d'avoir ressenti toute cette douleur et de s'être rendue compte que finalement l'excision ne servait à pas grand-chose m'a convaincue que cette pratique n'était pas bonne. » (Mme Omayma Adbelmageed, entretien 2013)

Conséquences indirectes pour la femme et l'adolescente:

« Mes règles, par contre, n'avaient rien de drôle. Depuis le début (...) c'était un cauchemar (...) Le sang menstruel était refoulé à l'intérieur de mon corps (...), la pression qu'il exerçait était horrible. Comme l'urine, le sang menstruel n'était évacué que goutte à goutte et mes règles duraient au moins dix jours. » (Warris Dirie, 1998)

A court terme, les complications sont dues aux infections, aux problèmes urinaires, aux blessures, aux saignements, aux problèmes psychiques et à la douleur ressentie durant l'acte, comme le détaille le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1: Conséquences/Complications immédiates	
Général	Spécifique
Infections	Infections locales ou généralisées, choc septique, risque de transmission du VIH et d'autres maladies à transmission sanguine, tétanos, gangrène
Problèmes urinaires	Rétention d'urine, œdème de l'urètre, dysurie
Blessures et Saignements	Lésions des tissus génitaux adjacents, fractures, hémorragies, choc hémorragique, anémie, décès,
Problèmes psychiques	Traumatisme psychique
Douleurs	Douleur aiguë, épuisement dû aux hurlements de douleur.

A long terme, les MGF peuvent entraîner des problèmes au niveau gynécologique, obstétrical, urinaire, cicatriciel, psychologique et de la sexualité.

Si la désinfibulation n'est pas effectuée à temps, lors de l'accouchement, les douleurs seront augmentées et la femme risque des déchirures graves, difficile à réparer.

Il est à noter que c'est un argument utilisé par la Doctoresse Abdulcadir pour convaincre les femmes excisées de se faire désinfibuler avant un accouchement (idéalement bien avant, ou alors juste au moment, notons qu'en Italie, on désinfibule les femmes au 2^{ème} semestre alors qu'en Suisse on attend le dernier moment). Se faire désinfibuler va diminuer le risque de déchirure grave et de vulve béante. Cet argument touche ces femmes, car elles aussi sont soucieuses de leur corps et de rester belles et en bonne santé.

Enfin, l'excision est une des causes de fistules obstétricales car l'accouchement est rendu très long et très douloureux du fait que le bébé soit difficilement expulsable.

Les tissus cicatriciels sont moins souples, l'orifice externe du vagin est rétréci, voir obstrué. La tête du bébé vient comprimer les tissus environnants contre le sacrum. Si l'accouchement n'est pas médicalisé et s'il dure plus de « 2 soleils », le bébé va certainement mourir, et la femme exténuée va expulser son bébé mort-né. La compression des tissus a créé une mort tissulaire qui occasionne une communication recto vaginale avec une incontinence totale. (Dr Rochat, urologue, journée mondiale contre les fistules, 2013).

Tableau 2: Conséquences/Complications à long terme

Général	Spécifique
Problèmes gynécologiques et sexuels	Dyspareunie, dysfonction sexuelle, sténose vaginale, vaginite chronique, endométrite chronique, dysménorrhée, ménorragie Rapports sexuels douloureux, angoisse au moment du démarrage de l'activité sexuelle, frigidité
Problèmes obstétricaux	Infertilité, stérilité, difficultés lors des examens vaginaux, déchirures périnéales, hémorragie du post-partum, infections de plaies périnéales, augmentation de la mortalité périnatale
Problèmes urinaires	Infections urinaires à répétition, gênes lors de la miction, incontinence urinaire
Problèmes cicatriciels	Abcès récidivants, chéloïdes, kystes, fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales
Problèmes psychiques	Dépression, syndrome de stress post-traumatique, troubles du comportement, anxiété, irritabilité chronique

Sexualité

Impact de l'excision sur la sexualité

L'excision de type 3 est celle qui cause le plus de problème. Elle est le plus susceptible de causer des problèmes lors des rapports sexuels surtout si la suture recouvre en partie l'orifice externe du vagin.

Chaque femme vit son excision de manière singulière. Certaines femmes peuvent bien le vivre dans le sens qu'elles ont intégré cette étape de vie à qui elles sont et se sentent 'normales' (à savoir qu'effectivement quand elles retournent dans leur communauté, elles sont considérées comme normales).

Certaines femmes revendiquent une réparation pour un dommage qu'elles ont eu. Elles se sentent mutilées et veulent se reconstruire. Elles veulent "*nettoyer la honte*" (Dr Soldati, 2013)

La vie sexuelle est fragile et peut être perturbée en fonction de nombreux facteurs :

- Bien-être général
- Plaisir physique (pas de douleur gênante)
- Relation avec un homme de la même culture et/ou comprenant bien la femme et étant patient et attentif
- Vécu du problème dans le couple
- Image de soi en tant que femme
- Image de soi dans la communauté

Une femme a envie de plaire à son partenaire. Si une femme excisée tombe amoureuse d'un homme où l'excision est étrangère à sa culture (un suisse ou même un somalien dont l'ethnie ne pratique pas l'excision), elle va peut avoir peur de la réaction de son partenaire. Cela peut causer de la souffrance pour la femme. Elle peut ressentir le besoin d'être aidée sur la manière d'aborder la question.

Pour l'homme aussi, il peut avoir envie de rassurer sa compagne sur son amour mais a peut-être peur de lui faire mal.

Toutes ces questions sont abordées dans la consultation des HUG sur les MGF.

On se rend bien compte qu'en voulant atteindre la sexualité de la femme, les partisans des MGF ont aussi touché la sexualité de l'homme: « *Les grands-mères disent aussi que l'excision c'est bien pour la sexualité de l'homme ; mais c'est faux puisque la femme ne sent plus rien, il n'y a que l'homme qui prend du plaisir mais ce n'est pas partagé* » Omayma Adbelmageed, 2013

La sexualité est quelque chose qui se construit tout au long de la vie, on apprend à se connaître et à connaître l'autre.

La période clef pour l'acceptation de soi est l'adolescence. Dans notre diversité et notre singularité, il faut arriver à s'accepter soi-même. Or il faut avoir confiance en soi pour aller vers l'autre sexuellement.

Le risque majeur est la cristallisation de la psyché autour de l'agression. Il faut insister sur le fait que oui l'agression a bien eu lieu, mais que la plaie est maintenant cicatrisée et que la personne peut arriver à être soignée (Dr Lorenzo Soldati, psychiatre sexologue).

Les femmes migrantes qui viennent d'arriver peuvent aussi découvrir dans leur pays d'accueil la réalité de l'excision. En fonction de comment cette information est faite (par internet, par un médecin sensible et déjà bien formé ou un médecin ayant de forts a priori sans réelle connaissance), cela peut avoir un gros impact psycho-sexuel sur ces jeunes femmes, auxquelles on annonce par exemple qu'elles n'auront aucun plaisir sexuel. Ce qui n'est pas aussi simple que cela.

Bien sûr une prise de conscience est importante, mais il faut traiter ce sujet avec intelligence. Chaque femme est différente, chaque femme a le droit d'être respectée dans ce qu'elle est, chaque femme a le droit d'être informée avec de l'information de qualité.

Expériences de femmes

Si l'on se réfère au vécu de la soudanaise Mme Omayya Adbelmageed, ainsi qu'au vécu d'autres femmes témoignant (CD 'femmes mutilées plus jamais' in IDE, 2009), elles témoignent toutes de graves difficultés lors des premiers rapports sexuels.

« J'ai également connu beaucoup de difficultés lors de mon mariage : lors de la nuit de noce aucune pénétration n'a été possible, et cela pendant les 2 mois qui ont suivi ! »
Omayma Adbelmageed, médiatrice interculturelle, interview juin 2013.

L'une d'elle, particulièrement traumatisée par le rituel d'excision (elle pouvait entendre des autres fillettes hurler), parle aussi de son incapacité à faire confiance, à même essayer. Le mariage a tenu 2 ans et demi jusqu'à sa rupture...

Les femmes, aussi en Afrique, doivent s'organiser. La Doctoresse Abdulcadir explique qu'en Afrique, passe maintenant le bruit de bouche à oreille que l'on peut se faire désinfibuler avant le premier rapport sexuel à l'hôpital, voir même au moment des fiançailles. De plus en plus de femmes ont recours à cela. Le tout, c'est de ne pas en parler...

Vers une réparation est-elle possible ?

Le Dr Gabor Varadit, urologue, opère en Suisse les femmes excisées qui veulent être réparées via son association Swiss and Love. En 8 ans, il a 'réparé' 50 femmes. Les résultats sont encourageants, puisque 90% (45 femmes) sont satisfaites, 6% (3 femmes) assez satisfaites et 4% sont déçues de la réparation.

En partant du moignon clitoridien qui subsiste, l'opération consiste à recréer un néo clitoris en faisant bien attention de préserver les fibres sensorielles.

Pour l'inventeur de cette technique, Dr Foldès, la sensation est restaurée dès 3 mois (Foldes, 2012).

Le Dr Foldès a opéré, en France, 2938 patientes (dont 546 avaient été excisées en France !) sur la période de 1998 à 2009. Le taux de satisfaction (= avoir amélioré sa vie sexuelle) est de 81% (des 29% s'étant présenté à la visite de suivi un an après l'opération). Le fait d'avoir retrouvé son identité était ressenti par 99% des femmes. La grande majorité (95%) a retrouvé un clitoris. 51% avait éprouvé un orgasme (Foldes, 2012)

Au vu de ses résultats, quelles promesses sont faites aux femmes?

« Je ne leur « promets » rien mais durant les échanges préliminaires je leur explique bien l'importance du cerveau en tant que véritable organe sexuel primaire... » (Dr Varadit, 2013)

L'aspect psychologique est donc primordial.

C'est pourquoi toute femme ayant subi un changement de son image corporelle, tant une désinfibulation qu'une chirurgie réparatrice, est vu avant puis suivi après par un psychologue et/ou un sexologue.

Est-ce remboursé?

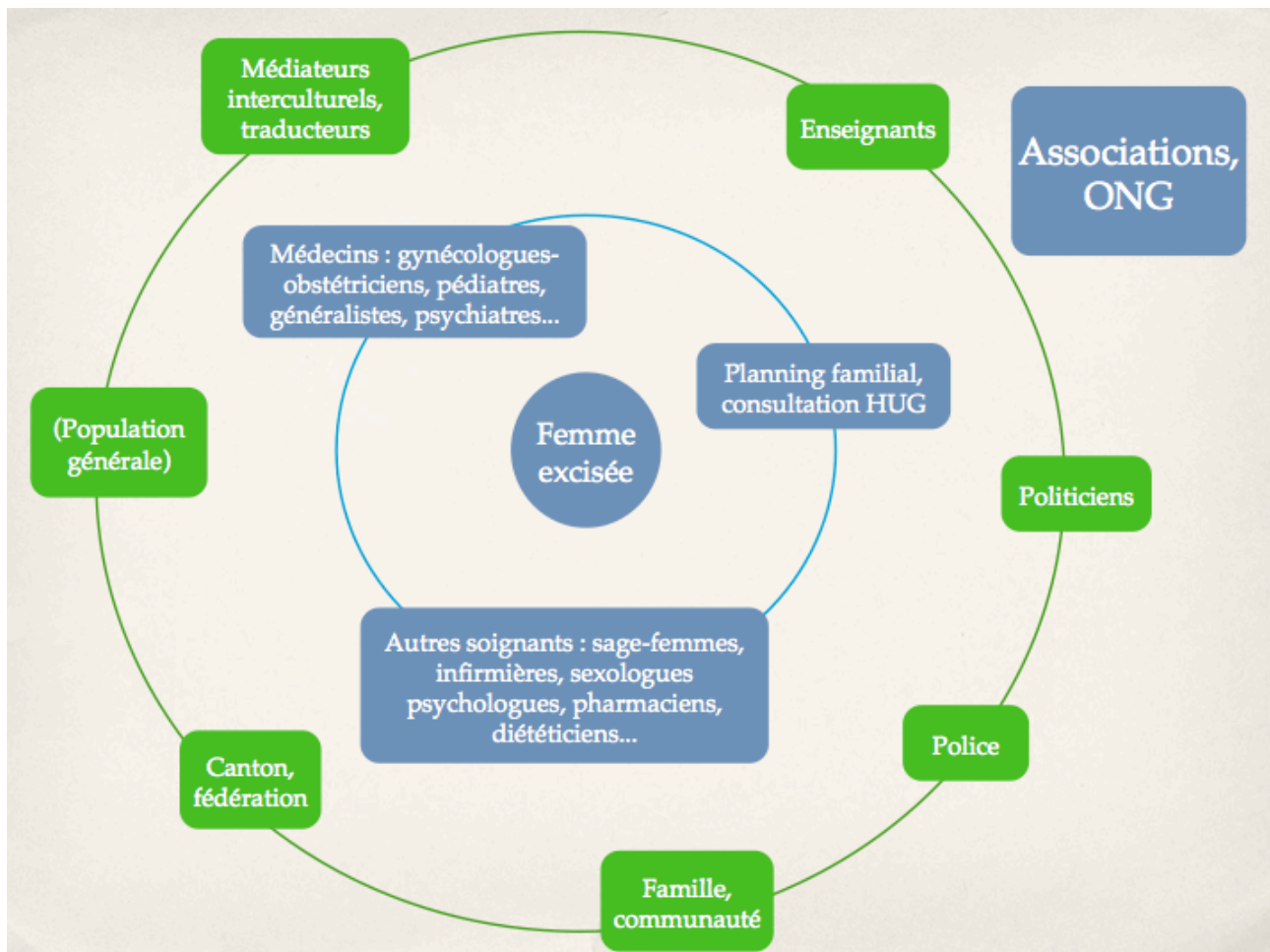
Pierre Foldes explique que l'un des moments les plus marquants de sa carrière reste celui où la sécurité sociale française a décidé de rembourser son intervention. C'était en 2004. *« Mais au final ce fut un vrai et beau combat. J'ai rencontré des gens intelligents qui ont été sensibles à mes arguments, à mon militantisme. D'abord parce que j'ai fait en sorte que cette technique soit la moins coûteuse possible. Ensuite parce qu'ils se sont rendus compte que lorsque je vais en Afrique ce n'est pas pour réparer mais surtout pour qu'on arrête l'excision ».*

Du côté de la Suisse, la Doctoresse Abdulcadir nous informe que les femmes concernées par ces problématiques ont le statut de réfugiées et à ce titre ont une assurance. Une femme qui ne rentrerait pas dans ce cadre-là serait en difficulté. Cela ne s'est pas encore produit à Genève (sur les 129 femmes qui ont consulté la permanence des HUG entre 2010 et 2012).

La désinfibulation et la chirurgie réparatrice sont prises en charge par l'assurance maladie suisse quand elle sont motivées par la demande expresse du médecin. En effet, le code pour cette opération correspond à 'plastie vulvaire' ce qui bien évidemment risque de renvoyer à une amélioration esthétique. A Genève la lettre envoyée au médecin conseil est effectuée avant la prise en charge médicale.

Dans le canton de Vaud, la doctoresse Renteria dit qu'ils ne prennent pas les devants avec les assurances maladies mais agissent en aval si il y a un problème de remboursement par la suite.

Prise en charge en suisse d'une femme excisée : les acteurs concernés



Si on réfléchit aux soignants impliqués, on pense surtout aux gynécologues et aux sage-femmes, peut-être aussi aux pédiatres. Cependant, « *tous les professionnels de la santé peuvent être confrontés à des patientes présentant des MGF* » (SSGO guideline).

En dehors des soignants, le réseau institutionnel et associatif, ainsi que l'aspect législatif et son application sont importants.

Nous souhaitons ici vous présenter les acteurs principaux autour des MGF.

Gynécologues : la santé sexuelle et reproductive de la femme

Les gynécologues sont les premiers professionnels de la santé vers qui se tourner et qui ont un rôle à jouer dans la prise en charge des femmes tant du point de vue médical que d'un point de vue psychologique. D'un point de vue purement médical, par exemple l'examen gynécologique aura pour but d'observer, de constater les lésions et la santé des organes génitaux (cicatrices), ainsi que toutes les conséquences qui y sont liées chez la femme atteinte de MGF. La réaction du gynécologue est clef. Cela peut être difficile pour une femme excisée, qui a déjà été trahie une fois, d'accepter de montrer son espace intime à un ou une inconnue.

Le premier contact doit être plein de tact, même si de nombreuses questions sont soulevées.

Si la relation établie est de bonne qualité, le gynécologue sera un point d'appui solide pour toutes les discussions qui devront avoir lieu, en cas de grossesse notamment sur la désinfibulation (en cas de type 3 qui couvre l'entrée du vagin), la réinfibulation.

La Doctoresse Abdulcadir nous indiquait qu'aux HUG 99,9% des patientes choisissent la désinfibulation partielle (contre 0.1% la complète).

Pour les patientes qui souhaitent être réinfibulées, on prend le temps de les convaincre, cela peut prendre jusqu'à 2 mois selon les réticences. En effet, les femmes possèdent de nombreuses fausses croyances sur ce geste qui consiste tout au plus à ouvrir quelques centimètres le long de la cicatrice, le but étant de laisser l'orifice externe du vagin libre de tout obstacle mécanique.

Il est à noter qu'en Suisse les femmes ne sont pas réinfibulées.

En 2010, Les Hôpitaux Universitaires de Genève ont ouvert une consultation spécialisée sur les MGF. La Doctoresse Abdulcadir est la gynécologue qui y officie. Entre 2010 et 2012 ont été accueillies 129 femmes, soit 6 à 7 femmes par mois à raison d'une demi-journée par mois.

En 2013, les HUG ouvrent cette consultation à 1 journée par mois.

Les femmes ont en moyenne 30 ans.

Sexologues

Tout ce qui a trait à la sexualité le concerne, qu'il s'agisse de la sexualité des femmes concernées et de leurs conjoints. Il peut intervenir afin de comprendre la situation (gêne, douleurs, trouble psychique liée au traumatisme), renseigner (sur l'impact des MGF), informer (comment se réparer psychiquement, comment guérir même avec une cicatrice). Il va tenter de résoudre les problèmes sexuels liés aux conséquences à court long terme des MGF et viser l'épanouissement.

Il peut aussi être amené à appeler une évaluation psychologique avant désinfibulation dans le cadre d'une grossesse ou pour faciliter les rapports sexuels ou les rendre à nouveau possibles.

Sage-femmes

La sage-femme se préoccupe de la femme enceinte et de son suivi tout au long de la grossesse jusqu'à la naissance de l'enfant. Elle est responsable de la santé de la mère et du nouveau-né. Elle doit intervenir par exemple avant l'accouchement, afin de constater une éventuelle MGF et, conjointement avec l'équipe, prendre les mesures nécessaires pour veiller au bon déroulement de celui-ci. Il est à noter que si la désinfibulation n'a pas été faite à temps (refus ou urgence), il faut faire recours systématiquement à une épisiotomie, qui a le désavantage par rapport à la désinfibulation, de léser les muscles du périnée.

Les sages-femmes sont au plus près de la mère après l'accouchement au moment des soins et de l'allaitement.

C'est un moment privilégié où une mère a besoin du soutien d'une autre femme. Cela peut être l'occasion de dialoguer (d'où l'importance de la traduction) et d'échanger des conseils sur la santé de la maman et de la fillette.

Cela peut avoir un impact bénéfique sur le futur de la fillette aussi.

Dans le Valais, Mahamed Abdi nous explique que le sujet des MGF est abordé lors de discussions autour de l'allaitement. Cela présente l'avantage de faire de la prévention 'au berceau'.

Chirurgien réparateur

Il est directement concerné par la problématique du point anatomo-physiologique. Il a pour but de redonner la possibilité à la femme de retrouver la fonctionnalité de ses organes génitaux (reconstruction du clitoris), mais aussi d'aider la reconstruction psychologique. Un autre type d'intervention peut être requise par ailleurs pour lutter contre les complications des MGF que sont les fistules obstétricales.

Le but premier de la reconstruction est de remodeler les parties génitales féminines (vulve et clitoris), afin que les femmes aient la possibilité de retrouver une vie plus «normale», une sensibilité et une fonctionnalité clitoridienne, mais surtout d'éviter des complications physiques (douleurs chroniques) désagréables et de retrouver son intégrité. La réparation physique peut beaucoup aider la réparation psychologique.

Pédiatres : relai indispensable de la prévention

C'est lui qui instaurera le dialogue. Il est donc la première personne à être en contact avec l'enfant à la naissance, sa maman (femme excisée) et le papa. Il doit tout d'abord être bien renseigné sur le sujet (connaître la prévalence et « avoir le réflexe d'y penser » (Dr Abdulcadir)). La communication entre le pédiatre et famille doit être ouverte et en confiance pour que celui-ci puisse connaître l'histoire familiale et leur position vis-à-vis de cette pratique culturelle. Son rôle est également de renseigner les parents sur les différents aspects des MGF (conséquences médicales et légales). L'intervention du pédiatre agit dans un but de protection de l'enfant dans un cadre de confiance, de respect et de compréhension de la culture d'origine.

S'il vient à constater une MGF, il doit, selon la législation cantonale, le dénoncer à l'autorité afin que celle-ci puisse prendre les mesures nécessaires. A Genève et Vaud, la dénonciation est obligatoire.

Cet aspect est délicat car il faut aussi préserver la relation avec la famille.

Selon Mahamed Abdi, l'important est de maintenir le dialogue. Cela est important car il y a toute une communauté qui veille sur une famille qui doit avoir confiance dans les médecins suisses «*les médecins, ce sont eux mes aînés* ». Si le médecin est celui qui dénonce, la confiance est malmenée, le dialogue risque d'être coupé.

Dans le Valais, on demande au pédiatre de voir l'enfant à intervalle régulier autour de la période critique à 2, 4 et 6 ans et avant les départs en vacances d'été pour amorcer le dialogue et détecter une éventuelle nervosité de la part de la fillette ou de la mère.

Il faut garder à l'esprit que les parents subissent une très forte pression et que la tante ou la grand-mère impose parfois ce choix aux parents, car ce sont eux les garants du passage de la tradition à l'enfant.

L'instituteur: à l'écoute de la fillette

L'environnement scolaire est aussi un lieu privilégié de prévention. Le maître ou la maîtresse est pour l'enfant un référent et peut être un confident.

Etre formé à percevoir les signes chez l'enfant et les interpréter pour convoquer les parents ou alerter l'office de protection de la jeunesse peut s'avérer très efficace.

Associations de soutien aux migrants

Les associations destinées aux populations migrantes sont un précieux allié contre les MGF en Suisse. Par exemple, l'association CAMARADA à Genève offre des cours d'alphabétisation et de français à une population migrante exclusivement féminine. Les professeurs sont elles-mêmes des femmes.

En créant un lien très fort avec ces femmes, elles ont pu mettre sur pied des groupes de paroles au cours desquels elles peuvent aborder des sujets culturels. Notons que pour le sujet des MGF, CAMARADA préfère les entretiens individuels pour éviter de mettre une femme dans une situation d'être différente des autres femmes.

Médiateurs interculturels

Finalement les médiateurs interculturels vont servir d'intermédiaire, d'interprètes entre la population migrante et les institutions (santé, école). Ils vont créer les liens nécessaires à la communication et à la compréhension mutuelle. Le médiateur jette un pont entre sa culture d'origine (sa langue, ses croyances, ses valeurs) et sa culture d'accueil (sa langue, ses valeurs, ses lois).

Traducteurs

Ils ont un rôle crucial à jouer.

On parle d'intégration, mais on demande une intégration unilatérale : apprendre la langue du pays d'accueil, comprendre les règles, les lois, accepter son nouveau statut (souvent le migrant a une position sociale dans son pays qu'il ne retrouve pas ici, il était respecté et écouté, il doit maintenant écouter et s'adapter).

En Suisse, comment fait le somalien qui ne maîtrise pas bien la langue ? On lui dit intègre-toi. Oui, mais pendant ce processus d'intégration, il a peut être des choses à dire même s'il ne maîtrise pas la langue, il a aussi besoin d'être entendu, il est quelqu'un.

Une anecdote que nous relatait Mahamed Abdi concernait une somalienne venant d'accoucher dans le Valais. On lui enlève le bébé pour le mettre dans une autre pièce et prodiguer les soins. De plus, le premier repas, on lui demande ce qu'elle veut manger (parmi une liste de 3 menus), elle choisit. Le deuxième repas, on lui redemande ce qu'elle veut manger. Elle commence à s'énerver. L'équipe médicale la trouve de mauvaise humeur, non-compliante, difficile. On finit par appeler un traducteur.

Le traducteur lui donne alors la parole. Sa mauvaise humeur vient de son incompréhension de cet entourage médical dans la clinique valaisanne où est accouché: Elle est gênée de se faire bichonner comme cela, elle veut qu'on lui rende son enfant, qu'il doit être près d'elle et elle ne comprend pas pourquoi on lui demande plusieurs fois de changer de repas, elle est invitée, elle doit manger comme l'hôte, elle n'est pas malpolie, elle n'a pas à choisir son repas.

Le traducteur est tenu à la confidentialité et ceci est un aspect très important. En particulier pour la neutralité de la traduction aussi. Dans Fleur du désert, l'auteur raconte comme un infirmier de même langue maternelle appelé pour traduire auprès de la femme lui transmettait en fait un message pro MGF contraire à celui de l'équipe médicale.

En Suisse les traducteurs sont disponibles 24h/24, 7 j/ 7.

Professionnels de santé, faites appel à des professionnels de la traduction !

Manuel didactique à l'usage des professionnels – Petit guide pratique

Recommandations pour les professionnels de santé

Il faut déjà savoir qu'il existe des recommandations suisses, éditées par la Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique. Vous pouvez le retrouver sur le site de la confédération Suisse, avec d'autres manuels d'informations :

<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12512/13670/index.html?lang=fr>

Nous vous recommandons également de lire le rapport écrit par M. Calfisch et M. Mirabaud : Les mutilations génitales féminines, publié dans *paediatrica* (volume 18, numéro 6) : <http://www.swiss-paediatrics.org/sites/default/files/paediatrica/vol18/n6/pdf/40-43.pdf>

Nous pensons que pour prendre en charge une femme excisée il faut d'abord se rendre compte que chacune est différente. Aucune n'aura les mêmes plaintes, les mêmes demandes, la même vision de ce qui leur est arrivée.

Les MGF peuvent laisser des conséquences physiques, psychologiques et sexuelles très importantes, mais ce n'est pas le cas pour toutes les femmes. Certaines n'auront aucune plainte, soit parce que réellement elles ne ressentent pas de conséquences soit parce qu'elles n'ont pas encore identifié leurs plaintes. Il est également possible qu'une femme ne sache pas qu'elle a été excisée, et courant qu'elle ne sache pas exactement ce qui lui a été fait.

Il faut donc garder cela en tête lorsqu'une patiente se présente à vous.

1. Le professionnel de la santé doit être informé de la problématique. Il doit être capable de :
 - Connaître sa propre position quand aux MGF. « Il faut être dur avec le sujet et doux avec la femme ».
 - Savoir quand suspecter une MGF, principalement selon le pays d'origine de la femme (prévalence)
Exemple : si une femme vient de Somalie le risque est plus grand que chez une danoise
 - Savoir reconnaître une MGF (d'où l'importance de la formation pour faire un bon diagnostic)
Exemple : « certains médecins ne se rendent pas compte que la femme a été excisée, parfois même dans des cas de type III (Dr Abdulcadir)
 - Avoir les arguments pour contrer ceux de la femme ou de la famille.
Exemple : si la femme ne veut pas de déinfibulation pour son accouchement, lui expliquer que si elle accouche le risque d'un déchirement est très grand. Cela résulterait en une cicatrice difficile voire impossible à réparer. Elle pourra également avoir du mal à contrôler ses sphincters.
2. Il faut oser en parler à la patiente. Il est absolument nécessaire d'avoir une discussion avec la patiente. Cela permet d'identifier ses plaintes mais également de l'informer.
 - Ne pas la victimiser. Ces femmes cherchent des réponses à leurs questions ou des soins, et pas que nous les plaignions ou que l'on s'apitoie sur elles.

Exemple : si vous vous rendez compte qu'une femme est excisée essayez de ne pas montrer votre choc et évitez les phrases semblables à : «oh ma pauvre c'est affreux ce qu'on vous a fait là»

- ➔ Ne pas utiliser des mots stigmatisant ou trop choquants pour la victimes.
Exemple : pour beaucoup de ces femmes le mot «mutilation» n'est pas adapté. C'est un mot trop fort, qui ne correspond pas forcément à la vision qu'elles ont. Préférez donc les mots «circoncision» ou «opération»
- ➔ Mentionner le cadre légal. En Suisse les mutilations génitales féminines sont condamnées par le code pénal.
Exemple : la loi peut convaincre les femmes de ne pas faire exciser leur fille mais elle peut également leur servir d'argument contre leur propre famille, qui leur demanderait pourquoi elles refusent de faire exciser leurs enfants.
- ➔ Faire de la prévention. Il s'agit souvent du sujet «oublié» mais la prévention est très importante pour les femmes ou les filles concernées

3. Prenons l'exemple de Vaud : selon l'article 32 de la loi d'application du droit fédéral de la protection de l'adulte et de l'enfant, le professionnel de la santé doit, s'il s'aperçoit qu'une excision a tout de même été pratiquée chez un mineur, dénoncer le cas aux autorités.

Art. 32 Signalement d'une situation d'un mineur ayant besoin d'aide

1 Toute personne qui, dans le cadre de l'exercice d'une profession, d'une charge ou d'une fonction en relation avec les mineurs, qu'elle soit exercée à titre principal accessoire ou auxiliaire, a connaissance de la situation d'un mineur semblant avoir besoin d'aide, a l'obligation de la signaler simultanément à l'autorité de protection et au service en charge de la protection des mineurs

Cependant, il est bon de se demander si la dénonciation est ce qu'il y a de mieux à faire pour l'enfant. Certes la condamnation «montre l'exemple» mais elle détruit la famille et laisse l'enfant très vulnérable. De plus elle empêche une relation de confiance avec le médecin.

Pour les gynécologues :

- Deux femmes à protéger (mère et fille) donc commencer tôt la prévention
- Préférer les accouchements par voie basse, car ces femmes veulent souvent de nombreux enfants.
- Après l'accouchement la femme n'est pas réinfibulée. Il faut le lui dire avant.
- Penser à transmettre le dossier aux pédiatres afin que le suivi de l'enfant puisse être fait au mieux

Pour les pédiatres :

- Effectuer la prévention, le plus tôt possible (dès la naissance)
- Un examen physique complet est à pratiquer tous les ans
- La mention par les parents de vacances au pays doit vous alarmer.

Aspect législatif

Les MGF sont interdites dans de nombreux pays, même dans ceux les pratiquant encore de nos jours. Ces interdictions restent donc très théoriques et ne sont pas ou peu appliquées. Il est donc important d'agir non pas seulement aux yeux de la loi, mais aussi en mettant en place une prévention efficace par le biais de séances d'informations, de campagnes de sensibilisation pour expliquer et démontrer tous les effets néfastes que peuvent avoir les MGF sur l'individu et la population concernée. Le but étant de pouvoir combattre équitablement les MGF et les faire disparaître. Une des finalités d'un point de vue législatif serait que chaque pays dans le monde possède un cadre législatif clair concernant les MGF et que celui-ci soit appliqué.

Actuellement au niveau international, 17 états d'Afrique sur 28 ont adopté une législation contre les MGF (excision et infibulation). Les pays sont les suivants :

Burkina	Kenya	Tanzanie
Côte-d'Ivoire	Liberia	Tchad
Djibouti	Nigeria	Togo
Egypte	République	Soudan
Erythrée	Centrafricaine	(seule l'infibulation y
Ghana	Sénégal	est interdite)
Guinée	Somalie	

L'adoption d'une loi dans les pays cités auparavant s'est faite durant les années 1990-2000. Ce qui prouve la mise en place toute récente d'une législation dans les pays où la prévalence est actuellement la plus importante.

Certains pays occidentaux ont également leur législation, afin d'interdire l'excision. Pour l'Europe, il s'agit des pays suivants :

Autriche	France	Pays-Bas
Belgique	Grèce	Portugal
Danemark	Irlande	Suède
Espagne	Luxembourg	Royaume-Uni
Finlande	Norvège	Suisse

Cadre législatif Suisse :

Pour le cas de notre pays, une nouvelle loi est appliquée depuis 2012. Celle-ci traite spécifiquement des mutilations d'organes génitaux féminins. Elle s'inscrit dans le code pénal suisse sous l'art. 124 qui précise :

« 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-amendes 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. »

Donc que l'excision ait lieu en Suisse ou n'importe où dans le monde la loi reste valable.

De plus, toute personne qui participe d'une manière ou d'une autre indirectement à une MGF (mise en œuvre, organisation) est également punissable selon l'art. 260bis, al. 1, let. Cbis du code pénal. Cet article notifie que :

« 1. Est puni d'une peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d'une peine pécuniaire celui qui prend, conformément à un plan, des dispositions concrètes d'ordre technique ou organisationnel, dont la nature et l'ampleur indiquent qu'il s'apprête à passer à l'exécution de l'un des actes suivants:

cbis. Mutilation d'organes génitaux féminins (art. 124) »

Auparavant, seule une loi figurait dans le code pénal concernant les lésions corporelles simples ou graves, afin de punir les personnes coupables de MGF. En ce qui concerne les lésions corporelles simples, il était nécessaire que la personne dépose plainte, afin d'être passible d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire (art. 123 CP).

Pour les lésions corporelles graves, elles étaient poursuivies d'office et passives d'une peine privative de liberté de dix ans au plus ou d'une peine pécuniaire de 180 jours-amendes au moins (art. 122 CP). Avec ce cadre législatif particulier, il était difficile de qualifier une MGF de lésion simple ou grave et cela ne laissait qu'une marge d'intervention réduite pour protéger les enfants. Heureusement le cadre législatif actuel offre l'opportunité de souligner l'atteinte à la féminité de la victime et de protéger l'intérêt des femmes tout en respectant une égalité homme / femme.

Cependant, il ne faut pas perdre de vue qu'il est avant tout primordial d'intervenir en prévenant les maux créés par les MGF plutôt que de punir les auteurs de ces actes. Lors de notre entretien à l'Institut des Droits de l'Enfant (IDE) à Sion, Paola Riva disait à juste titre que : *« L'application de la loi est déjà en soi en échec, car la prévention n'a pas fonctionné »*. L'adoption de la loi fournit une ligne claire de la non tolérance de cette pratique, mais l'application reste compliquée. Elle est utile pour « montrer l'exemple » mais nous ne pensons pas qu'elle devrait servir à punir toutes les familles ayant pratiqué l'excision, au risque d'anéantir certaines communautés.

Prévention et formation sur le terrain en Suisse

Ces associations sont très importantes dans la mise en place d'un programme de prévention des mutilations génitales sur le territoire suisse. Chaque programme de prévention est relayé au niveau cantonal grâce à leurs associations respectives.

Associations Suisses

Santé sexuelle suisse (Planning familial)

Anciennement PLANeS, créée en 2000, est une organisation à but non lucratif, indépendante de toute appartenance politique et confessionnelle. Elle succède à l'Association Suisse de Planning Familial et d'Education Sexuelle (ASPFES), fondée en 1993.

<http://new.sante-sexuelle.ch/fr/centres-de-conseil/>

Terre des femmes

«TERRE DES FEMMES Suisse est une organisation non gouvernementale qui s'engage contre les violations des droits humains des femmes et des filles. Elle s'engage pour que toutes les femmes et les filles aient une vie autodéterminée – cela quelle que soit leur appartenance religieuse, politique, ethnique et nationale ou leur orientation sexuelle.»

www.terre-des-femmes.ch

Caritas (Suisse)

Association dont l'objectif principal est de «lutter contre la pauvreté avec des partenariats forts», en apportant du soutien aux personnes défavorisées :

- > a été très impliqué au début de projet sur les MGF. Continue à l'être sur le volet formation et migration qu'elle continue de financer conjointement avec les cantons.
- > continue de former les médiateurs interculturels en Suisse alémanique
- > concentre aujourd'hui la majeure partie de son budget sur la question de la Pauvreté et de la Migration

Associations genevoises

CAMARADA

Association genevoise qui a pour but «l'accueil et la formation de femmes migrantes et de leurs enfants en âge préscolaire». En accueillant environ 900 femmes par an, camarada permet leur intégration dans notre société. L'association a notamment mis en place le «label camarada», approche tenant compte de l'ensemble des paramètres qui permettent une intégration réussie.

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

Alliance Globale contre les Mutilations Génitales Féminines

ONG visant à accélérer l'éradication des MGF en misant sur l'augmentation de la communication. Pour cela elle possède de nombreux projets qui incluent :

-> créer un portail sur le web sur les MGF qui permettrait de réunir les informations disponibles et de cartographier les actions des ONG sur le terrain, afin de rendre leur travail visible aux ONG entre elles

Nous avons pu rencontrer Elisabeth Wilson (responsable de communications) ainsi que Holger Postulat (directeur exécutif)

<http://www.global-alliance-fgm.org/fr-fr/accueil.aspx>

GFMER La Fondation genevoise pour la formation et la recherche médicales

La Fondation genevoise pour la formation et la recherche médicales, créée en 2002, est une institution qui a pour but de promouvoir et de développer la collaboration, dans le domaine de la santé, entre les secteurs publics et privés de Genève et l'OMS. La Fondation est un organisme à but non lucratif, soutenu par la République et Canton de Genève et par le Département des affaires sociales de la Ville de Genève. Il travaille en étroite collaboration avec l'OMS. La Fondation est un Centre collaborateur de l'OMS pour l'éducation et la recherche en reproduction humaine.

http://www.gfmer.ch/000_Accueil_Fr.htm

Le Dr Rochat, urologue, œuvre dans cette fondation et part chaque année sur le terrain réparer les femmes victimes de fistules obstétricales, exclues de tout. 90% d'entre elles sont à nouveau mariées, un an à peine après l'intervention.

La fondation offre les services du chirurgien plus dédommage l'hôpital à hauteur de 500 CHF pour les frais occasionnés par l'opération.

Le but affiché du Dr Rochat est de former la relève sur place. C'est une mission de collaboration.

Associations Internationales

CI-AF Ethiopie Comité Interafricain contre les Pratiques traditionnelles Néfastes.

Acteurs directement sur le terrain, ils contribuent grandement à l'éradication des MGF.

Leurs buts principaux sont :

«-> *Identifier et recenser les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants*

-> *Protéger et promouvoir les pratiques retenues comme positives : allaitement au sein, port du bébé au dos, bain quotidien et massage du nourrisson...*

-> *Initier et exécuter des programmes de lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes à la santé des femmes et des enfants : excision, infanticide, étirement du clitoris, mariages précoces ou forcés, gavage...*

-> *Publier toute information ou tout travail de recherche sur les pratiques traditionnelles ayant effet sur la santé des femmes et des enfants.»*

UNFPA/UNICEF

l'UNICEF et l'UNFPA (United Nations Population Fund) travaillent sur un programme commun afin de diminuer la pratique des MGF. Ils ont pour l'instant reçu 27 millions de dollars pour ce projet. Nous avons eu la chance de parler à Nafissatou Dlop, coordinatrice de ce programme.

http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Annual_report_on_FGM-C_2011_low_res.pdf

IDE

L'institut international des droits de l'enfant, créé en 1995 et installé à Sion, a pour objectif principal de « *promouvoir l'application des Droits de l'Enfant tels que définis par les traités internationaux* »

Plus spécifiquement, l'IDE travaille à la formation de professionnels travaillant avec les enfants et à la sensibilisation aux droits de l'enfant.

Les MGF sont un de leur domaine de travail important. Nous avons pu rencontrer Mme Paola Riva, sous-directrice de l'IDE

<http://www.childsrights.org/html/>

OMS

L'Organisation Mondiale de la Santé est une institution dépendante de l'ONU qui a pour but de promouvoir la santé, qu'elle définit comme «un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité»

<http://www.who.int/fr/>

Stratégies de lutte

En plus des arguments médicaux (santé physique et psychique), légaux, ils existent de nombreuses autres manières d'essayer de faire changer les mentalités au sujet des MGF. Nous avons déjà abordé la contre-argumentation de Sow et l'argument économique.

Reconversion des exciseuses

La position hiérarchique des exciseuses au sein de leur communauté est forte et reconnue. Certaines de celles qui cessent de pratiquer l'excision deviennent des militantes d'associations et participent à des campagnes de prévention afin de lutter contre l'excision. Leur statut leur permet d'avoir un poids plus important lors des discussions. D'autres possibilités de reconversion existent pour ces femmes pour pouvoir remplacer leur revenu important lié à la pratique de l'excision. Elles peuvent par exemple exploiter des moulins à mil et fabriquer du beurre de karité. Le but par cette démarche est de diminuer le nombre de personnes effectuant des MGF, mais aussi de pouvoir leur fournir une possibilité de reconversion.

En effet, le risque en interdisant tout simplement à une exciseuse d'exercer dans une communauté, elle trouvera une autre communauté pour louer ses services.

Mahamed Abdi a une autre vision. Il dit qu'il faut qu'on reconnaisse que l'on a fait "fausse route" en accordant la confiance et le respect et qu'elles ne méritent plus notre respect.

Ligne verte

Une telle ligne existe au Burkina Faso, une autre existe en Grande-Bretagne. Le but est de dénoncer les potentiels cas d'excision. C'est une véritable protection collective de l'enfant qui a donné des preuves d'efficacité.

Pression économique sur la coutume

Mahamed Abdi illustre le lien entre le travail fait en Suisse entre les communautés ici et leur famille restée au pays. "*Chacun est responsable de changer les mentalités dans sa propre famille.*" Et c'est déjà un travail important.

En Somalie, l'excision est l'occasion d'une fête où les cousins éloignés, tout le monde se retrouve. Les pères sont ceux qui paient la fête. Il n'est pas rare aussi que l'on demande à la personne en Suisse de participer (la tante, l'oncle). Or cette tante depuis n'est plus d'accord avec cette pratique. Donc elle ne doit pas financer cette fête. Cela est mal perçu par la communauté au pays qui pense « Toi tu es devenu comme les blancs, tu es égoïste. »

Convaincre les aînés

Les grand-mères sont les garantes des traditions, les chefs religieux aussi, autant de personnes qui n'ont pas l'habitude de voir leurs décisions remises en question.

Instruire les fillettes

L'association RAJO en Somalie créée par Mahamed Abdi a pour but d'aider la scolarisation des enfants. 850 enfants y sont scolarisés.

La scolarisation des filles est particulièrement importante et est faite par des professeuses femmes ce qui est exceptionnel en Somalie. Cela permet un dialogue privilégié et d'aborder éventuellement des sujets plus délicats comme les mutilations génitales féminines.

Faire évoluer les mentalités passera aussi par faire évoluer la femme dans la société somalienne.

Conclusion

L'office de la santé publique en Suisse a prolongé le programme de prévention en Suisse jusqu'en 2017. Les mutilations génitales féminines doivent être combattues sur la durée car le combat sera long.

En attendant la disparition de cette pratique, il faut encourager, améliorer...la FORMATION...pour bien diagnostiquer les femmes et prévenir cette pratique sur leur fille

La loi de 2012 sur les mutilations génitales féminines mentionne les conséquences pénales de faire exciser une fille. Cependant l'application de cette loi est déjà un échec en soi puisqu'il signifie l'insuccès de la prévention et a des conséquences catastrophiques pour les familles condamnées.

Une possibilité d'amélioration serait donc d'y inclure un article sur la formation des professionnels de la santé, qui aujourd'hui en Suisse sont assez peu informés.

Les différentes personnes à qui nous avons pu parler lors de notre IMC ont tous confirmé que la formation, notamment des médecins, est insuffisante quand à ce problème.

Parlons donc de la médecine : en formation pré graduée il n'y a qu'un cours à option qui parle du problème. Au niveau post gradue le sujet est abordé dans certains services comme la gynécologie et la pédiatrie, mais pas de manière assez approfondie.

Nous avons transmis un questionnaire à l'HEDS et aux étudiants de 2ème et de 3ème de médecine afin de savoir quel était leur ressenti par rapport à la problématique. Nous avons collecté les données de 100 étudiants en médecine et 69 en HEDS.

Il en est ressorti que :

En moyenne 77,56 % des étudiants ne se sentent pas assez informés

- ➔ **En HEDS 20,59% souhaiteraient avoir au moins deux heures de cours et 35,29% au moins quatre heures de cours**
- ➔ **En médecine 56 % voudraient au moins deux heures de cours ; 21 % au moins quatre heures de cours** (résultats de l'enquête réalisée auprès de 124 étudiants en médecine et 68 en HEDS, juin 2013)

La formation doit prendre en compte l'aspect médical, légal mais aussi l'approche des populations migrantes et de leurs spécificités, car il existe une tension pour la femme ainsi que son entourage liée au conflit entre sa culture et la culture du pays d'accueil.

En conclusion, nous soutenons donc qu'un cours devrait être introduit dans les études de médecine, par exemple en première année avec la PSS (Personne, Santé, Société). Ce cours permettrait aux étudiants d'en entendre parler de manière informée, afin d'acquérir un savoir-faire et un savoir être nécessaires au cas où une femme excisée se présentait à eux. Dans cette situation ils seraient ainsi capables de :

- ➔ savoir que l'excision existe et en identifier les facteurs de risque (origine)
- ➔ pouvoir reconnaître des organes génitaux excisés
- ➔ être plus adroit dans la manière de parler aux femmes.
- ➔ avoir une argumentation contre l'excision
- ➔ être informés quand aux conséquences possibles des MGF, pouvoir informer sur les soins appropriés
- ➔ faire de la prévention

Remerciements

Dr Abdulcadir, gynécologue, responsable de la consultation MGF des HUG

Paola Riva, juriste, Institut des droits de l'enfant

Mahamed Abdi, médiateur interculturel, Valais

Mme Wilson, Mr Postulat, AG-GMF

Janine Moser, Caroline Eschenberger, Camarada, Genève

Mme Omayya Abdelmageed, médiatrice interculturelle à Bienne

Dr Romand, médecin cantonal

Mme Bettoli, sage-femme, planning familial

Dr Soldati, psychiatre sexologue

Nafissatou Diop, FNUAP

Dr Mirabaud, pédiatre

Dr Rochat, urologue

Dr Varadit, urologue

Notre tuteur : Emmanuel Kabengele

Bibliographie

Berg R.C, Denison E. A Tradition in Transition: Factors Perpetuating and Hindering the Continuance of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) Summarized in a Systematic Review. Health Care for Women International. 2013 ; (00) :1-23.

Boussuge A, Thiébaud E. Pour en finir avec les mutilations sexuelles ; Le pacte d'Awa. Lassay-les-Châteaux : Syros ; 2006.

Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale : La prévention des violences faites aux femmes, spécifiquement des mutilations génitales http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_MSF_GT_1_CSIS_2011.pdf

Département des Institutions de Genève. Que faire pour mettre fin à la pratique des mutilations génitales féminines (MGF) ? Rapport de la réunion débat. Genève: 2009.

Foldès P., Cuzin B., Andro A., Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study,, The Lancet Volume 380, Issue 9837, 14–20 July 2012, Pages 134–141

Gynécologie sans frontière, <http://www.gynsf.org/MSF/PlaqueMSFGSF.pdf>

Hohlfeld P, Thierfelder C, Jäger F: Mutilations génitales féminines. Bulletin des médecins suisses 2005; 86(16): 961–969 Paediatrica 1.VD Vol. 18 No. 6 2007
http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dec/befh/fichiers_pdf/MutilationsGenitalesFeminines_Paediatria.pdf

Institut des Droits de l'Enfant (IDE) et Co : Les mutilations génitales féminines, manuel didactique à l'usage des professionnels en Suisse, 2009, p 24

Niaré S. 2013 <http://www.excisionparlonsen.org/une-sage-femme-convainc-les-exciseuses-de-son-village-dabandonner-le-couteau/>

OMS, 2013 : Thèmes de santé/ Mutilations sexuelles féminines :
http://www.who.int/topics/female_genital_mutilation/fr/

OMS 2012 : Mutilations sexuelles féminines : Aide-mémoire N°241 Février 2012
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/fr/>

Prolongeau H. Victoire sur l'excision ; Pierre Foldes, le chirurgien qui redonne l'espoir aux femmes mutilées. Paris : Albin Michel ; 2006.

Publication du conseil supérieur de la santé n°8430 Chirurgie reconstructrice après excision des organes génitaux externes ou mutilation génitale féminine (MGF) 5 août 2009 :
http://www.health.fgov.be/internet2Prd/groups/public/@public/@shc/documents/ie2divers/17794535_fr.pdf

Roussopoulos C. Femmes mutilées, Plus jamais ! [DVD]. Sion ; 2007.

Sambira J. Chirurgie réparatrice, une solution pour les femmes excisées :
<http://www.un.org/africarenewal/fr/magazine/janvier-2013/chirurgie-r%C3%A9paratrice-une-solution-pour-les-femmes-excis%C3%A9es>

Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique : Guideline Mutilations génitales féminines: recommandations suisses à l'intention des professionnels de la sante, 2005
<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12512/13670/index.html?lang=fr>

Sow A., Argumentation et contre argumentation culturelles dans la société Haalpulaar, 2006

UNICEF, 2012
<http://www.unicef.ch/fr/presse/communiques-de-presse/10700-femmes-et-filles-concernees-en-suisse-par-lexcision-estime>

UNICEF :http://www.unicef.org/french/protection/index_genitalmutilation.html

Union interparlementaire, Organisation internationale pour les migrations, Comité interafricain sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants,

Waris D.. (1998), Fleur du désert Fleur du désert, Du désert de Somalie à l'univers des top-modèles note 5, pp. 180 et 182.

Annexes

Enquête envoyée aux étudiants de médecine de l'université de Genève et d'HEDS:

1. Etes-vous? (un homme) (une femme)
2. Quel âge avez-vous? (<16) (16-25) (26-35) (36-50) (>50)
3. Quelles études suivez-vous? (Médecine) (HEDS)
4. Avez-vous déjà entendu parler des mutilations génitales féminines? (oui) (non)
5. Si vous en avez entendu parler, précisez comment: (champ libre)
6. A quel point pensez-vous que ce sujet soit un tabou sur une échelle de 1 pas du tout tabou à 6 très tabou? (1) (2) (3) (4) (5) (6)
7. Avez-vous déjà été confronté(e) à cette situation? (oui) (non)
8. Expliquez en quelques mots ce que sont les mutilations génitales féminines? (champ libre)
9. Vous sentez-vous suffisamment informé(e) par rapport à ce sujet? (oui) (non)
10. A quel point pensez-vous que cette problématique devrait être incluse dans votre formation? (pas du tout) (au moins deux heures de cours) (au moins quatre heures de cours) (six heures de cours ou plus) (sans opinion)

Questionnaire posé lors de l'entretien à AG-MGF

1. Quel est le rôle de votre institution?
2. Que faites-vous pour les victimes suisses?
3. Est-ce que la nouvelle loi de 2012 augmente concrètement les moyens d'actions?
4. Quels sont vos partenaires? Donateurs? Soutiens?
5. Quel est votre rapport avec le pouvoir politique: genevois? sur le terrain? international?
6. Pourquoi avoir créé cette association en 2010? Déclencheur?

Questionnaire posé lors de l'entretien à IDE

1. Quelle est le rôle de votre institution?
2. Qui pousse pour faire changer la législation?
3. La législation est-elle applicable et quels sont les moyens pour l'appliquer?
4. Est-ce que la nouvelle loi de 2012 augmentent concrètement les moyens d'actions?
5. Est-ce qu'on voit un impact de cette loi sur le droit d'asile pour des cas d'excision?
6. Est-ce des condamnations ont déjà été prononcées, les peines ont-elles pu être appliquées?

Questionnaire posé lors de l'entretien avec l'UNICEF-UNFPA

1. What are the main challenges of a MGF program?
2. Is your job always well understood amongst political or religious leaders?
3. Is the cultural barrier an obstacle to sensibilization to human rights?
4. Is it perceived as something moral coming from the northern countries?
5. What are your arguments to get leaders to get to understand that they have to commit to make sure MGF stop?

Questionnaire posé lors de l'entretien avec le sexologue Dr Soldati

1. Comment procédez-vous dans la consultation? Etes-vous face à une femme, un couple, un mari en détresse?
2. Comment s'établit la relation de confiance?
3. Quels sont les problèmes les plus fréquents?
4. Les causes sont-elles physiques, psychologiques?
5. Comment les femmes ou couples sont amenés à vous consulter?
6. Comment conciliez-vous votre vision sur la MGF et celle de ces femmes?

Questionnaire posé lors de l'entretien avec la doctoresse Abdulcadir (inspiré de celui utilisé par l'UNICEF pour son enquête auprès des gynécologues suisses)

1. Quelle est votre profession?
Dans quelle institution?
2. Avez-vous déjà eu en consultation des filles ou des femmes excisées?
3. Si oui, quel était leur nombre au cours des douze derniers mois?
4. Avez-vous constaté la MGF en cadre d'un examen général (par hasard?)
5. Quelles sont les problématiques les plus fréquentes qui amènent ces femmes à consulter (problèmes urinaires, douleurs lors des rapports sexuels, blocages divers)?
6. Face à une patiente dont vous constatez une excision, quelle est votre attitude? Comment réagissez-vous? Quelle est l'attitude la plus adéquate?
7. Face à une patiente dont vous constatez une excision, quelles sont vos recommandations? Que lui proposez-vous (aide, groupes de soutien)?
8. Dans le cas de patientes infibulées (ablation presque complète des parties génitales externes et suture) vous a-t-on demandé de pratiquer une désinfibulation?
9. Dans le cas de patientes infibulées (ablation presque complète des parties génitales externes et suture) vous a-t-on demandé, après un accouchement, d'effectuer une ré-infibulation (suture)?
10. A quelle catégorie d'âge appartenaient les filles ou femmes mutilées (plusieurs réponses possibles)?
11. De quel pays provenait les filles ou femmes mutilées (plusieurs réponses possibles)?
12. A quels types de MGF avez-vous déjà été confronté? (plusieurs réponses possibles)?
13. Quand vous êtes face à une patiente ayant subi une mutilation génitale féminine, avez-vous eu besoin de rechercher des renseignements?
Existe-t-il une formation à Genève sur ce sujet?
14. Vous a-t-on demandé de pratiquer un type de MGF sur une fille ou une femme?
Comment avez-vous réagi? Ou comment réagiriez-vous si cela arrivait?
15. Vous a-t-on demandé où il était possible de pratiquer la MGF en Suisse?
16. Avez-vous entendu parler de cas où la MGF aurait été pratiqué sur une fillette en Suisse?
17. Seriez-vous favorable à inscrire la question de la MGF dans le programme de la formation initiale ou continue d'un médecin?

Questionnaire posé lors de l'entretien avec Mme Bettoli, planning familial

1. On vous voit comme le point d'entrée de ces femmes dans le système de santé en particulier, la santé gynécologique. Est-ce exact?
2. Comment les femmes apprennent votre existence?
3. Est-ce que les femmes touchées par les mutilations génitales féminines se tournent spontanément vers vous ou avez-vous des intermédiaires sur le terrain qui connaissent votre existence?
4. Quel est votre rôle concret/vos objectifs ? Etes-vous seulement actifs sur Genève ?
5. Etes-vous en partenariat avec d'autres cantons? la confédération?
6. Concrètement quels sont vos projets (surtout par rapport aux MGF) ? Pouvez-vous nous parler du programme genevois de prévention.
7. Est-ce que la nouvelle loi de 2012 change quelque chose pour vous ?
8. Comment est votre entente avec les politiques ? Et avec les communautés ?
9. Quels résultats observez-vous ? En êtes-vous satisfaits ?
10. Selon vous, que pourrait-on faire de plus ?
11. En quoi est-il complémentaire d'autres institutions?
12. Comment articulez-vous votre partenariat avec Camarada par exemple (qui fait quoi?)
13. Comment est-il perçu par la communauté de ces femmes? Comment êtes-vous arrivées à imposer votre expertise?
14. Comment abordez-vous la question des MGF? Seule? En association avec d'autres problématiques et lesquelles (éducation, santé, place de la femme dans la société)?
15. Quels ont été et/ou sont vos principaux obstacles (communautaires, politiques, familiaux)?
16. Quels résultats observez-vous aujourd'hui par rapport aux MGF dans les communautés ? (prévalence, âge des filles, types de MGF, perception des différentes cultures, accès à l'information...)
17. Est-ce que le nombre de femmes concernées par ce sujet a augmenté au planning familial?
18. En tant que sage-femme, comment réagissez-vous face à une femme qui vient accoucher dont vous découvrez qu'elle est excisée? Quelle est votre attitude? Quelles sont vos recommandations?
19. Sentez-vous que vous avez besoin d'aide dans ce cas et où allez-vous la chercher?

Questionnaire pour médiatrices interculturelles

1. Quel est votre rôle concret ? En particulier par rapport aux MGF ?
2. Comment est-il perçu par la ou les associations pour lesquelles vous oeuvrez?
3. Comment est-il perçu par votre communauté? Comment êtes-vous arrivées à vous imposer?
4. Est-ce que la nouvelle législation suisse de 2012 a changé quelque chose pour vous ?
5. De quelle structure faites-vous partie (état ? ONG ?), avec qui êtes-vous en contact ?
6. Comment abordez-vous la question des MGF? Seule? En association avec d'autres problématiques et lesquelles (éducation, santé, place de la femme dans la société)?
7. Quels ont été et/ou sont vos principaux obstacles (communautaires, politiques, familiaux)?
8. Quels résultats observez-vous aujourd'hui par rapport aux MGF dans votre communauté ? (prévalence, âge des filles, types de MGF, perception des différentes cultures, accès à l'information...)

9. Observez-vous une tendance à la baisse? Est-ce difficile à évaluer?
 10. Que pensez-vous qu'on pourrait faire de plus ?
- Si un médecin venait parler dans les communautés (si ce n'est pas déjà le cas) pensez-vous que cela aiderait?

Questionnaire pour femmes concernées qui militent

1. Qu'est-ce qui vous a donné la force de militer ? Quel a été le déclenchement ?
2. Avez-vous toujours un contact avec votre famille, votre communauté ?
3. Quelles sont les conséquences de votre combat (rupture de tradition) ? Quels sont les bienfaits que ce combat vous a amenés ?
4. Quels ont été les obstacles à votre militantisme ? A-t-il été caché dans un premier temps ?
5. Quelles sont vos joies et vos tristesses aujourd'hui ?

Questionnaire pour chirurgien réparateur Dr Gabor Varadit

1. Qu'est-ce qui vous a poussé à vous spécialiser dans la réparation ?
2. De manière purement médicale, comment se passent les opérations ?
3. Comment discutez-vous de la chirurgie réparatrice avec vos patients ?
4. Quelles sont les craintes principales des femmes concernant leur opération?
5. Comment les aidez-vous à gérer leur peur ? Comment acquérir leur confiance sur cet espace très intime et douloureux?
6. Comment les femmes vivent-elles le changement de la réparation (au niveau physique ainsi que psychologique et sexuel) ?
7. Comment les aidez-vous à gérer ce changement d'identité ? Travaillez-vous en collaboration avec d'autres professionnels de la santé (en particulier des psychologues) ?
8. Depuis quand faites-vous de la réparation ? Qu'avez-vous pu observer comme résultats ?
9. Que promettez-vous aux patientes avant l'intervention?
10. Comment est organisé le suivi des patientes ?
11. Quels sont, si ils existent, les risques et effets secondaires de l'opération?

Entretien Camarada

1. Quel est votre rôle/vos objectifs?
2. Etes-vous seulement actifs sur Genève?
3. Etes-vous en partenariat avec d'autres cantons? la confédération?
4. Concrètement quels sont vos projets (surtout par rapport aux MGF)?
5. Pouvez-vous nous parler du programme genevois de prévention.
6. Est-ce que la nouvelle loi de 2012 change quelque chose pour vous?
7. Comment est votre entente avec les politiques?
8. Et avec les communautés?
9. Quels résultats observez-vous?
10. En êtes-vous satisfaits?
11. Selon vous, que pourrait-on faire de plus?

Questionnaire pour urologue et chirurgien réparateur Dr Rochat

1. Dans le cadre de votre pratique quotidienne, êtes-vous amené à travailler avec des femmes ayant subi des mutilations génitales féminines ?
2. Quels sont les motifs de consultations (par ex. douleurs à la miction) pour les femmes excisées?
3. Quelles sont les possibilités d'intervention?
4. Comment abordez-vous avec la patiente le sujet de la chirurgie réparatrice?
5. Travaillez-vous en partenariat dans ce cas avec d'autres professionnels de la santé?
6. En tant que chirurgien réparateur... Travaillez-vous uniquement sur les fistules ou aussi sur la réparation des MGF ?
7. Qu'est-ce qui vous a poussé à vous lancer dans la réparation ?
8. De manière purement médicale, comment se passent les opérations ?
9. Comment discutez-vous de la chirurgie réparatrice avec vos patients ?
10. Quelles sont les craintes principales des femmes concernant leur opération? Comment les aidez-vous à gérer leur peur ? Comment acquérir leur confiance sur cet espace très intime et douloureux?
11. Comment les femmes vivent-elles le changement de la réparation (au niveau physique ainsi que psychologique et sexuel) ?
12. Comment les aidez-vous à gérer ce changement d'identité ? Travaillez-vous en collaboration avec d'autres professionnels de la santé (en particulier des psychologues) ?
13. Depuis quand faites-vous de la réparation ? Qu'avez-vous pu observer comme résultats ?
14. Que promettez-vous aux patientes avant l'intervention?
15. Comment est organisé le suivi des patientes ?
16. Quels sont les risques et effets secondaires de l'opération?