

CEFOC HETS

DAS Santé sexuelle

2017-2019

Les mutilations génitales féminines :
quels enjeux pour les spécialistes
en santé sexuelle ?

Barbara Cary

La Jonchère 4a, 2043 Boudevilliers

barbara.cary@hotmail.com

Août 2019

Table des matières

1.	Introduction	3
1.1	Terminologie	3
1.2	Motivations	3
1.3	Objectifs	4
2.	Mutilations génitales féminines, états des lieux	4
2.1	Définitions et typologie	4
2.2	Prévalence des MGF en Suisse et dans le monde	5
2.3	Cadre légal	6
2.4	Origine des pratiques	7
2.5	Circonstances des pratiques	8
3.	Conséquences en termes de santé sur les femmes excisées	8
3.1	Conséquences physiques	9
3.2	Conséquences psychologiques	10
3.3	Conséquences psychosexuelles et sexuelles	10
4.	Mutilation génitale féminine et droits sexuels	11
5.	Rôle du spécialiste en santé sexuelle	12
5.1	Prévention/promotion de la santé	13
5.2	Exemple d'actions et de projets dans la prévention et promotion de la santé en Suisse	13
5.3	Prise en charge et lutte contre les mutilations génitales féminines	18
5.3.1	La formation des professionnel·le·s	18
5.3.2	Aborder les MGF en conseil	19
5.3.2.1	Outils, ressources, attitudes professionnelles et langages	20
6.	Conclusion	22
7.	Bibliographie	23

1. Introduction

1.1 Terminologie

Ce travail traite du thème des mutilations génitales féminines. Différents termes sont utilisés dans la littérature pour nommer cette problématique mais c'est le terme "mutilations génitales féminines" qui a été choisi pour ce travail, notamment car il est principalement utilisé entre professionnel-le-s. Il sera parfois nommé sous l'abréviation MGF. Le terme "excisions" peut également être présent car c'est un terme fréquemment utilisé lors que nous abordons ce sujet avec les personnes concernées.

1.2 Motivations

Depuis le mois d'octobre 2017, je travaille au centre de santé sexuelle de La Chaux-de-Fonds. L'un de nos mandats est d'aller à l'hôpital dans les services de gynécologie et d'obstétrique, au près des femmes qui sont en interruption de grossesse ou dans le post partum. L'objectif principal est de prévenir une éventuelle grossesse non prévue en abordant le sujet de la contraception. A travers cette activité, nous sommes également mandatées pour faire de la prévention auprès de femmes pouvant être concernées elles-mêmes par le sujet des mutilations génitales féminines et/ ou qui ont accouché de petites filles. C'est une des premières situations à laquelle j'ai été confrontée en tant que conseillère en santé sexuelle. Lors de mon premier passage à la maternité, accompagnée de ma collègue, nous avons rencontré une femme d'origine érythréenne, en Suisse depuis un an et qui venait d'accoucher d'une petite fille. Notre rôle était d'informer cette femme sur la loi existante en Suisse afin de prévenir un éventuel risque de mutilation pour cette petite fille mais également d'ouvrir la discussion sur ce qu'elle avait vécu, les éventuelles difficultés liées à l'excision ainsi que les possibilités de suivi et de soins dont elle pouvait bénéficier. Cela m'a été très difficile, je n'étais pas à l'aise d'aborder un sujet tellement intime. Comment en parler sans la heurter dans ses valeurs, sans qu'elle se sente jugée tout en faisant passer un message fort afin de protéger cette petite fille ? En tant que femme blanche occidentale, je ne me sentais pas légitime pour en parler. Cette situation m'a beaucoup questionnée et après avoir fait quelques recherches plus approfondies sur le sujet des mutilations génitales féminines j'ai pris conscience de l'ampleur de la problématique et du peu d'information et de formation que j'avais vis-à-vis de ce thème. Et cela, alors même que je venais de quitter, après sept ans en tant qu'infirmière, le service de gynécologie. Commençant mon DAS en santé sexuelle au même moment, je pensais que ce serait un sujet abordé lors de cette formation ce qui n'a pas été le cas et cela m'a interpellée. Il est clair que la santé sexuelle regroupe tellement de thématiques importantes que nous ne pouvons pas aborder tous les sujets. J'ai donc rapidement décidé que j'approfondirais ce thème lors de mon travail de diplôme. En tant que spécialiste en santé sexuelle, nous avons clairement un rôle à jouer, tant dans la prévention que dans la promotion

de la santé sexuelle des femmes concernées par les mutilations génitales féminines. Comprendre et apprendre à aborder cette problématique est primordial. Je suis convaincue que le manque d'information sur le sujet auprès des différent·e·s professionnel·le·s pouvant être confronté·e·s à cette thématique maintient une certaine invisibilité de la problématique.

1.3 Objectifs

Dans un premier temps, ce travail portera sur un approfondissement de la problématique avec pour objectif, de clarifier celle-ci et de démontrer son ampleur ainsi que sa place dans le domaine de la santé sexuelle. Dans un deuxième temps, nous souhaitons explorer le rôle ou les rôles que peuvent avoir les spécialistes en santé sexuelle dans la prévention mais également en termes de promotion de la santé dans le domaine du conseil et de l'éducation en lien, notamment, avec les droits sexuels. Pour terminer, nous aimerions faire un focus autour du langage, de la communication ainsi que de la posture professionnelle. L'objectif principal est d'apporter des pistes d'interventions pour les spécialistes en santé sexuelle afin d'aborder ce sujet de manière respectueuse et bienveillante.

La question à laquelle nous tenterons de répondre est :

"Quel(s) rôle(s) le/la spécialiste en santé sexuelle a dans la prévention des mutilations génitales féminines ainsi que dans la promotion de la santé des femmes concernées et comment aborder cette thématique avec celles-ci ?"

2. Mutilations génitales féminines, états des lieux

Dans ce chapitre, nous allons faire un état des lieux de ce que nous savons des mutilations génitales féminines. Tout d'abord, nous donnerons une définition du sujet avec les différents types de mutilations, leur prévalence, leur origine ainsi les circonstances dans lesquelles elles sont pratiquées. Nous aborderons également le cadre légal entourant les mutilations génitales féminines en Suisse et ailleurs.

2.1 Définitions et typologie

En 1997, l'OMS définit les mutilations génitales féminines comme étant "(...) *toutes les interventions des organes génitaux externes de la femme et/ou toute autre lésion des organes génitaux féminins pratiquée à des fins non thérapeutiques*" (OMS, 2019). Depuis 2008, l'OMS différencie quatre types de mutilations génitales féminines (Hohlfeld, Thierfelder & Jäger, 2013, p.961)

Type I (clitoridectomie) : excision du prépuce souvent associée à une clitoridectomie partielle ou totale.

Type II (excision) : ablation du prépuce et du clitoris avec ablation partielle ou totale des petites lèvres.

Type III (infibulation) : excision de tout ou une partie des organes génitaux externes et suture des bords de la plaie, ne laissant qu'une ouverture vaginale de faible diamètre.

Type IV : regroupe toutes autres pratiques qui ne sont pas classés dans les trois autres types tels que par exemple : piqûre, percement, incision du clitoris, étirement ou élongation du clitoris ou des petites lèvres, ablation de l'anneau hyménal.

Dans l'article *les mutilations génitales féminines. Etat des lieux et des connaissances* (Andro & Lesclingand, 2016) les auteures mettent en avant les limites que peuvent poser la classification des MGF (p.237) Elles relèvent que, selon plusieurs études, il existe une différence entre la classification officielle et la compréhension de celle-ci par les femmes concernées. En effet, des femmes venant de pays où les mutilations de type III sont pratiquées, déclarent souvent avoir subi des mutilations de type I ou II. Cela met en évidence le fait que les femmes ne savent pas toujours ce qu'elles ont subi et ne peuvent pas les classer selon la typologie définie par l'OMS. Cette catégorisation doit donc être utilisée après un examen clinique et est principalement utile pour le milieu médical ou la recherche clinique et permet de formuler une hypothèse " (...) *d'un lien de cause à effet entre l'ampleur de l'ablation des tissus et la sévérité des conséquences subies par les femmes (...)*" (Andro & Lesclingand , 2016, p. 238).

2.2 Prévalence des MGF en Suisse et dans le monde

En 2016, l'Unicef estime que plus de 200 millions de filles et de femmes dans le monde sont concernées par les mutilations génitales féminines. Chaque année, 3 millions de fillettes et de bébés sont excisées. (Réseau suisse contre l'excision, 2017) Les pays dans lesquels les MGF sont pratiquées se trouvent principalement en Afrique et au Moyen-Orient. En Afrique, c'est principalement l'Ouest et l'extrémité Est qui sont touchées. Nous ne retrouvons pas de pratique des MGF en Afrique centrale, australe ni du Nord mis à part en Egypte. A l'ouest du continent, nous retrouvons principalement des MGF de type I et II, avec des taux élevés de ces pratiques notamment au Burkina Faso (72%), au Mali (97%), en Guinée (99%) ou encore en Sierra Leone (90%) En Egypte c'est également les MGF de type I et II qui sont pratiquées (97%) (Andro & Lesclingand, 2016, p.252).

Les MGF de type III se trouvent principalement à l'Est du continent tel que en Somalie (98%) en Erythrée (95%) ou en Ethiopie (85%). (Hohlfeld, Thierfelder & Jäger, 2013, p.962) Bien que ces chiffres soient au niveau national, il est important de prendre en compte que cela dépend des régions au sein même du pays. Par exemple, au Mali, les MGF ne sont pas ou très peu

pratiquées dans le Nord du Pays alors qu'au niveau national nous retrouvons une prévalence de 97%. (Andro & Lesclingand, 2016, p.252)

Dans 70% des cas, les MGF sont pratiquées durant l'enfance et il semblerait que l'âge tend à s'abaisser tant dans les pays d'origines que dans la population émigrée (Hohlfeld, Thierfelder & Jäger, 2013, p.963).

En Suisse, l'office fédéral de la santé publique estimait en 2013 que 13 000 femmes et filles vivant en Suisse étaient concernées par les mutilations ou présentait un risque d'être mutilées (Terre-des-femmes, 2019)

2.3 Cadre légal

25 des 30 pays les plus concernés par les mutilations génitales féminines ont adopté des lois relatives à celles-ci. Pour la majorité de ces pays, les lois ont été adoptées entre le milieu des années 1990 et 2015. Toutefois, il persiste une difficulté dans la mise en application de ces lois qui réside dans l'écart entre les normes sociales et les normes internationales sur lesquelles sont fondés les textes de loi. Concernant les pays d'immigration, les premiers à avoir pénalisé la pratique des MGF sont la France, la Suède et le Royaume-Uni entre la fin des années 1970 et le milieu des années 1980. (Andro & Lesclingand, 2016, p.234). En France et dans d'autres pays européens, les MGF ont été inclus dans les textes législatifs relatifs aux maltraitances et actes de mutilations sur des enfants. Ces lois ont intégré la notion d'extraterritorialité afin de protéger les filles résidant dans le pays d'immigration d'éventuelles mutilations qu'elles pourraient subir lors de voyage dans leur pays d'origine. En Suisse, jusqu'en 2012, les MGF étaient considérées comme des lésions corporelles simple ou grave selon les articles 122 et 123 du code pénal suisse. En 2012, un article spécifique pour les mutilations génitales féminines entre en vigueur. Dès lors, selon l'article 124 du code pénal suisse (CP) :

Code pénal suisse (CP) Art. 124¹3. Lésions corporelles / Mutilation d'organes génitaux féminins

Mutilation 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.*

2.4 Origine des pratiques

Selon Andro & Lsclingand (2016), l'origine des MGF n'est pas précisément connue et est source de débat chez les historiens et historiennes. Plusieurs auteur·e·s s'associent la diffusion de cette pratique à la période d'expansion de l'Islam sur le continent africain. Or, il semblerait que celle-ci soit déjà pratiquée en Egypte au II^e siècle av. JC et serait donc antérieure à la naissance de l'Islam en Afrique. Bien que les motifs religieux soient souvent avancés pour justifier la pratique des MGF, celle-ci n'apparaît dans aucun des livres religieux comme impérative, au contraire de la circoncision masculine (p.227-228). Les motifs religieux souvent avancés sont par exemple, la protection de la virginité et/ou de la fidélité, la purification et le maintien de l'honneur familial. L'excision est presque toujours une condition pour le mariage (Hohlfeld, Thierfelder & Jäger, 2013, p.961).

Les mutilations génitales féminines ont également été pratiquées dans le monde occidental au XIX^e siècle afin de lutter contre des pratiques sexuelles considérées comme pathologiques telles que la masturbation féminine ou comme traitement de pathologies telles que l'hystérie.

La pratique des mutilations génitales féminines a beaucoup été étudiée en anthropologie. Selon Andro & Lesclingand (2016, p.229-230), jusqu'aux années 1970, au moment où les luttes féministes s'emparent du sujet des MGF, celles-ci étaient analysées comme étant des rites de passages dans une approche culturaliste. Dans cette approche l'excision est comparée à la circoncision masculine et est d'ailleurs souvent nommée "circoncision féminine". Les deux pratiques sont considérées comme des marqueurs de genre faisant partie de rites culturels. C'est dans les années 1970, notamment portée par l'anthropologue Nicole Sindzingre que cette pratique est remise en question et amenée à un questionnement plus général de rapport sociaux entre les femmes et les hommes. C'est principalement sur les différentes justifications de la pratique, telles que la fidélité ou la maîtrise des pulsions sexuelles afin de préserver la virginité de la jeune fille, que les MGF peuvent être liées à la représentation de la féminité et aux rapports sociaux entre les genres. Le clitoris étant considéré comme la partie "masculine" du sexe féminin, son ablation est nécessaire pour devenir une femme à part entière. L'excision vise donc à "(...) *dé-viriliser la femme pour réduire son pouvoir au contraire de la circoncision qui sur-virilise l'homme pour accroître son pouvoir*" (Fainzang, 1985, cité par Andro & Lesclingand, 2016, p. 230). De plus, il réside une grande différence entre la circoncision masculine et les MGF en terme d'atteinte à l'intégrité corporelle et des conséquences que peuvent avoir celles-ci sur la santé des femmes excisées et que nous aborderons lors du chapitre suivant.

2.5 Circonstances des pratiques

Comme nous venons de le voir, la pratique des MGF a souvent été étudiée sous l'angle des rites de passages. Or, selon Andro & Lesclingand (2016, p.258-269), les études récentes démontrent qu'elle n'est plus pratiquée dans une dimension rituelle. Mis à part dans certains groupes ethniques, elles sont pratiquées de manière individuelle et en l'absence de toute festivité. De plus, les auteures indiquent que celles-ci sont le plus souvent pratiquées dans la petite enfance et n'ont donc plus de lien avec un éventuel passage de la fille à la femme adulte.

Toujours selon Andro & Lesclingand (2016, p.260), les mutilations sont principalement exécutées par des praticiennes dites "traditionnelles" que l'on nomme souvent "exciseuses". Cependant, les études montrent une évolution des pratiques dans certains pays, comme l'Égypte, où les MGF sont pratiquées par des médecins sous anesthésie. Dans ce pays, la proportion de filles excisées par un·e professionnel·le est passée de 55% en 1995 à 77% en 2008. Les auteures attribuent ce changement de pratique à un effet contre-productif des premières campagnes de lutte contre les MGF dans les années 1990 qui étaient axées essentiellement sur les complications immédiates liées aux conditions sanitaires.

3. Conséquences en termes de santé sur les femmes excisées

Dans ce chapitre, nous allons aborder les conséquences sur la santé que peuvent avoir les mutilations génitales féminines au niveau physique, psychologique, psychosexuel et sexuel sur les femmes excisées.

Comme nous l'expliquent Andro & Lesclingand (2016, p.273), au niveau international, dans les premières décennies de mobilisation contre la pratique des MGF, il y a eu un grand nombre de débats autour de l'existence de conséquences systématiques et durables liées à celle-ci. *"Au-delà de la reconnaissance de leur caractère néfaste et de la violation des droits humains qu'elles représentent, le manque d'études cliniques spécifiques a longtemps conduit à méconnaître les conséquences concrètes de mutilations sexuelles sur la santé des femmes et donc à questionner leur existence même"* (Andro & Lesclingand, 2016, p.273) Ceci s'explique entre autre par le manque d'études et de données objectives, ainsi que par ce qu'historiquement, les MGF ont été étudiées et considérées d'un point de vue anthropologique comme une pratique "culturelle". Les premières études sur les conséquences des MGF apparaissent dans les années 1980. Cependant, il a fallu attendre les années 2000 pour avoir suffisamment de données, pour permettre d'étudier les conséquences sur la santé. Andro & Lesclingand (2016, p.274) nous expliquent que les premières études ont été menées dans les pays où la pratique est répandue mais qui sont également tributaires d'un système de soins souvent défaillants. De ce fait, il a été longtemps difficile de différencier les conséquences liées aux MGF en elles-mêmes de celles liées aux conditions sanitaires. Cependant, les études ont

quand même pu mettre en évidence un lien de cause à effet entre la pratique des MGF et un certain nombre de pathologies. L'OMS (2019) distingue trois types de complications sanitaires.

Les risques immédiats de complications sanitaires pour les types I, II et III

Il s'agit de douleurs sévères au moment même de l'incision et/ ou lors de la cicatrisation, de saignements pouvant aller jusqu'à l'hémorragie, des infections et des chocs septiques, un état de choc lié à la violence de l'acte, des difficultés à uriner en lien avec des douleurs et des œdèmes, la transmission du VIH ou encore la mort en lien avec une infection ou une hémorragie.

Les risques de complications sanitaires à long terme pour les type I, II et III

Par exemple, douleurs chroniques, infections de l'appareil uro-génital, atteinte à la qualité de la vie sexuelle et conséquences psychologiques.

Les risques de complications sanitaires spécifiques au type III

Par exemple, chirurgie ultérieure, problème urinaires et problème menstruels, dyspareunie (douleurs lors des rapports sexuels), infertilité et complications obstétricales.

Bien que cette classification permette d'un point de vue médical de répertorier les différentes conséquences liées au MGF, nous allons plutôt développer les possibles complications d'un point de vue physique, notamment lié au côté gynécologique obstétrical, psychologique, psychosexuel et sexuel sans tenir compte des différents types de MGF.

3.1 Conséquences physiques

Comme décrits dans la classification de l'OMS ci-dessus, il existe des risques immédiats, liés à la pratique tels que le risque d'hémorragie ou d'infection pouvant, parfois, conduire au décès. A long terme, la principale complication que les recherches ont permis de mettre en lien avec la pratique des MGF sont les problèmes uro-génitaux tel que les infections urinaires, les douleurs mictionnelles, les mycoses et autres infections vaginales ainsi que les douleurs lors des menstruations. Selon une étude de Elmusharaf (2006, cité dans Andro & Lesclingand, 2016, p.276). " (...) *Les problèmes urinaires sont trois fois plus fréquents chez les femmes ayant subi des MGF que chez les autres femmes*". Ces complications sont également présentes chez les femmes ayant eu des MGF "médicalisées". Les complications obstétricales que nous incluons dans les conséquences physiques, sont les complications les plus étudiées et celles sur lesquelles les campagnes de lutte contre les MGF se sont beaucoup appuyées. Une étude menée entre 2001 et 2003 dans 28 maternités de 6 pays africains (OMS, study group on female genital mutilation and obstetric outcome, 2006, cité dans Andro & Lesclingand

,2016, p.277) a permis de recueillir de solides résultats sur les conséquences obstétricales liées aux MGF. Les risques relevés par cette étude sont un plus grand recours aux césariennes, des hémorragies dans le post-partum ainsi que des conséquences sur le nouveau-né, telles que des détresses respiratoires, voire des risques de mortalité néonatale. Ces résultats rendent compte également des conditions sanitaires souvent délétères dans lesquelles ces femmes accouchent. Cependant, une étude de 2009 menée en Suisse démontre que certains de ces risques sont également présents lorsque les accouchements sont pratiqués dans des conditions sanitaires de qualité notamment le recours aux césariennes et les déchirures profondes. (Wuest et al., 2009 cité par Andro & Lesclingand,2016, p.277).

3.2 Conséquences psychologiques

L'aspect psychologique lié au MGF a été beaucoup étudié mais peu d'études ont permis de relayer des résultats fiables. Cependant, une étude quantitative menée en France sur 66 femmes migrantes démontre qu'elles sont plus sujettes à des symptômes associés à des états dépressifs et anxieux et qu'une femme sur 6 souffre de syndrome post-traumatique (Andro et al., 2014 cité dans Andro & Lesclingand, 2016, p276). Dans l'article *fonction sexuelle et reconstruction du clitoris après mutilation génitale féminine* (Abdulcadir, Bianchi-Demicheli & Petignat, 2017 , p.599) les auteur-e-s expliquent que les conséquences psychologiques telles que le syndrome post-traumatique est dépendant de plusieurs facteurs notamment l'âge auquel les MGF ont été pratiquées: " *Dans certains groupe ethniques, la MGF est pratiquée sur des filles encore nouveau-nées, qui n'ont pas de souvenir de l'événement, et qui peuvent ne pas être conscientes d'avoir été excisées*" (p.599). Les auteur-e-s relèvent également que pour un grand nombre de femmes excisées, la MGF est considérée comme "normale" et parfois même comme un aspect positif de l'identité féminine et ne souffrent pas de séquelles psychologiques.

3.3 Conséquences psychosexuelles et sexuelles

Du fait que les recherches sur la fonction sexuelle des femmes de manière générale sont relativement récentes, il en est de même concernant la spécificité des femmes excisées. La satisfaction de la vie sexuelle étant multifactorielle, imprégnée de normes sociales et de représentations, la mesurer et l'étudier est un exercice complexe (Andro & Lesclingand ,2016, p.278). Certaines études ont apporté des résultats démontrant un désir sexuel diminué chez les femmes excisées ainsi que des rapports sexuels douloureux. Abdulcadir, Bianchi-Demicheli & Petignat mettent en avant les facteurs socioculturels multiples qui influence la santé psychosexuelle des femmes excisées. " *Ces éléments influencent l'identité de genre, l'acceptation sociale et de couple et le sentiment d'image corporelle (...)*" (2017, p. 599). Les

auteur-e-s expliquent que ceux-ci peuvent se modifier suite à la migration en lien, entre autre, avec des normes différentes pouvant créer des conflits entre cultures. La migration peut permettre une meilleure connaissance sur les MGF, faire prendre conscience de certains symptômes que les femmes n'avaient pas associés aux MGF et favoriser un meilleur accès aux soins. Cependant, les auteur-e-s mettent également en avant le fait que l'information reçue sur l'excision est souvent teintée de militantisme et dans un but préventif. De ce fait, "(...) *telle information peut être ressentie comme violente et stigmatisante et susciter des sentiments de rejet social (...)*" (p.599). Plusieurs études concernant des femmes excisées démontrent que celles qui ont subi une MGF dans leur pays d'origine et ayant grandi en Europe présentent plus de problèmes en lien avec leur sexualité que les femmes ayant grandi en Afrique.

Après avoir explicité la problématique des MGF, nous pouvons constater que c'est un thème qui a toute sa place dans le domaine de la santé sexuelle. La santé sexuelle est définie comme étant "*un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social dans le domaine de la sexualité. Cela sous-entend non seulement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités, mais aussi une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et à moindre risque, sans contrainte, discrimination et violence. Pour acquérir et préserver la santé sexuelle, il faut respecter, protéger et garantir les droits sexuels des êtres humains*" (CFSS, 2015, p1). Outre les conséquences tant physiques que psychiques que la pratique des MGF peut entraîner, celle-ci est considérée en Suisse comme une violence sexuelle et apparaît clairement dans le domaine d'action de prévention de la violence sexuelle établi par la Commission fédérale de la santé sexuelle (CFSS, 2015, P.4). De plus, elle va à l'encontre des droits sexuels de la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF) notamment l'article 3 qui concerne le droit à l'intégrité corporelle (IPPF, 2008, p.17).

4. Mutilation génitale féminine et droits sexuels

Les droits sexuels sont un des fondements du travail dans le domaine de la santé sexuelle. En effet, que ce soit dans l'éducation sexuelle ou dans le conseil, nos actions et nos objectifs sont en lien avec la promotion des droits sexuels et nous devons pouvoir nous y référer pour défendre nos pratiques. Or, les MGF vont à l'encontre de différents articles des droits sexuels, notamment les articles 1 et 3 (IPPF, 2008, p. 16-17).

Article 1 : Le droit à l'égalité, à l'égale protection devant la loi et à n'être soumis à aucune discrimination sur la base de son sexe, sa sexualité ou son genre.

Nous avons mis cet article en lien avec les MGF car, comme expliqué dans le chapitre "origine des pratiques", les justifications avancées, le fait que la pratique des MGF permette une

maîtrise des pulsions sexuelles, assure la fidélité de l'épouse ainsi que sa virginité s'inscrivent dans un rapport inégalitaire des genres. L'ablation du clitoris permet de réduire le pouvoir de la femme car celui-ci est considéré comme la partie masculine du sexe féminin. La femme doit se préserver afin que sa sexualité soit uniquement dédiée à son mari et dans un but procréatif, le plaisir de celle-ci ne comptant pas. (Fainzang, 1985, cité par Andro & Lesclingand, 2016, p. 230).

Article 3 : Le droit à la vie, la liberté, la sécurité de la personne et à l'intégrité corporelle.

Cet article est le plus évident à mettre en lien avec les MGF. En effet, la mutilation des organes sexuelles est clairement une atteinte à l'intégrité corporelle. De plus, les risques immédiats mettent en danger la vie de la petite fille mais également quand elle sera plus grande lors d'accouchement où le risque hémorragique est plus élevé.

Ces deux premiers articles, sont les principaux bafoués par la pratique des MGF et permettent de justifier que la pratique soit considérée comme néfaste et interdite. D'autres droits sexuels vont nous permettre de justifier un travail de prévention et de promotion de la santé avec des actions ciblées. C'est le cas des deux prochains droits explicités.

Article 7 : Le droit à la santé et de bénéficier des progrès de la science

Les MGF sont une atteinte à la santé physique, psychologique et sexuelle des femmes concernées. Nous devons, pour ces femmes, leur permettre d'avoir accès à des services et des soins spécialisés. Les services de gynécologie obstétrique doivent avoir des protocoles de prise en charge des MGF notamment lors d'infibulation afin de permettre aux femmes d'accoucher dans des conditions sécuritaires. Les couples doivent être informés des actes qui vont être réalisés et un accompagnement psychologique doit être proposé.

Article 8 : Le droit à l'éducation et à l'information

Cet article est principalement celui dans lequel s'encre le travail du ou de la spécialiste en santé sexuelle. Nous élaborons plus précisément dans le chapitre suivant le rôle des spécialistes en santé sexuelle mais l'information concernant les possibilités de prise en charge en termes de santé physique, psychique et sexuelle, est un rôle central.

5. Rôle du spécialiste en santé sexuelle

Dans ce chapitre, le but est de mettre en avant le rôle des spécialistes en santé sexuelle dans la prise en charge des situations en lien avec les MGF reposant entre autre sur les droits sexuels. Nous chercherons à comprendre quelles sont les actions possibles en termes de prévention et promotion de la santé et nous explorerons les programmes et les actions

existants en Suisse, plus précisément dans le canton de Genève et de Neuchâtel. Pour terminer, nous essayerons d'établir des conseils, des outils ou des pistes permettant d'aborder ce sujet dans le cadre de notre profession, plus particulièrement dans le domaine du conseil.

5.1 Prévention/promotion de la santé

Il semble essentiel de définir les termes de prévention et promotion de la santé afin de clarifier les champs d'actions possible. Selon l'OMS (1999, p.15) le terme "prévention" se rapporte à la maladie. Elle définit la prévention de la maladie comme ceci : "*[elle] comprend des mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telle que la lutte contre les facteurs de risque, mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences*". Elle distingue trois types de prévention, la prévention primaire qui comprend les moyens permettant d'éviter l'apparition de la maladie, la prévention secondaire qui vise à réduire l'évolution de la maladie et la prévention tertiaire qui a pour but de diminuer les séquelles liées à la maladie ou éviter la chronicité de celle-ci.

La promotion de la santé est définie par l'OMS (1999, p.12) comme étant :

"(...) Le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. (...)La promotion de la santé représente un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes. La promotion de la santé est le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur santé. La participation de la population est essentielle dans toute action de promotion de la santé"

La prévention vise donc à agir sur les facteurs de risques en tentant de les réduire alors que la promotion de la santé agit sur les déterminants de la santé en les renforçant ou les améliorant.

5.2 Exemple d'actions et de projets dans la prévention et promotion de la santé en Suisse

Tout d'abord, nous allons faire un résumé de l'histoire de la lutte contre les mutilations génitales féminines afin de mieux comprendre la place de cette thématique en termes de prévention et promotion de la santé.

C'est en 1958 que l'Organisation des Nations Unies (ONU) pose la question des MGF comme un problème relevant de la communauté internationale. A cette époque, l'OMS refuse de saisir

le thème des MGF car elle estime que celui-ci est de nature culturelle et sociale et non relevant du domaine médical. (Andro & Lesclingand ,2016, p.231). C'est en 1977 que l'OMS prend part à la mobilisation contre cette pratique en conduisant des études sur les conséquences néfastes de celle-ci sur la santé. Dès lors, les campagnes s'inscrivent clairement dans un but de prévention en se basant principalement sur les risques et les atteintes à l'intégrité physique. Or, ces arguments ont souvent été contre-productifs et ont par exemple menés au développement d'une pratique médicalisée des MGF dans certains pays. La médicalisation des MGF réduit de manière significative les complications immédiates, cependant, il n'en ait pas de même pour les complications à plus long terme. En effet, lors ce que l'ablation du clitoris est fait sous anesthésie et par un-e chirurgien-ne, une plus grande partie du clitoris est enlever contrairement à la pratique non médicalisée qui atteint souvent "uniquement" la partie externe de celui-ci. De ce fait, il est plus difficile pour les femmes par la suite de ressentir du plaisir en lien avec le clitoris et le recours à la chirurgie réparatrice est plus difficile voire impossible. D'autre part, la lutte contre les MGF, portée par les mouvements féministes, a souvent été vue comme "(...) un schéma post-colonial racialisant, vécu comme une forme de croisade des féministes du Nord (...)" (Andro & Lesclingand, 2016, p.333). C'est dans les années 1990 que la lutte contre l'abandon de la pratique va se structurer et se mondialiser. Deux raisons expliquent cela : tout d'abord, les études ont permis de mettre en évidence que cette pratique se faisait ailleurs qu'en Afrique, comme par exemple au Proche et Moyen-Orient ou en Indonésie. D'autre part, le flux migratoire se mondialise avec un passage de la problématique des pays du Sud à ceux du nord (Andro & Lesclingand ,2016, p.334). En 2012, l'Assemblée générales des Nations unies construit une politique internationale, ratifiée par les 194 Etats membres des Nations unies. Celle-ci demande explicitement de condamner la pratique des MGF ainsi que de mettre en place des moyens permettant de protéger les femmes et les filles contre cette forme spécifique de violence (Andro & Lesclingand ,2016, p.331). À l'international, nous pouvons donc constater que la lutte contre les MGF s'inscrit dans un but préventif, visant à éradiquer la pratique. Cette tendance est également présente en Suisse et il est important d'explorer les différentes actions qui existent afin de mettre en perspective les points positifs et négatifs de celles-ci.

Une des premières actions que nous pouvons citer dans le domaine de la prévention des MGF en Suisse est l'élaboration d'un cadre légal. Légiférer autour de la pratique s'ancre parfaitement dans la prévention primaire étant donné que le but de cela est d'éviter, d'éradiquer la pratique des MGF en la rendant illégale et punissable. En février 2019, le canton de Neuchâtel prononce pour la première fois en Suisse dans le cadre de la nouvelle loi une condamnation envers une femme pour l'excision de ses filles dans son pays d'origine alors même qu'elle ne résidait pas en Suisse au moment des faits (condamnation pour mutilations

génitales confirmée, 2019). Cette condamnation a été saluée mais également critiquée notamment par le réseau suisse contre l'excision. En effet, dans une de leur newsletter ("un jugement déroutant",2019), le Réseau suisse contre l'excision estime que le contexte et les conditions dans lesquels la mère a fait exciser ses filles n'a pas suffisamment été pris en compte. La mère vivait en Somalie, pays où la pratique n'est toujours pas interdite et punissable et où 98% des femmes et des filles sont excisées (UNICEF,2018, cité "un jugement déroutant",2019). La loi suisse de 2012 explicite clairement que la pratique est punissable même si le pays dans lequel elle a été pratiquée ne condamne pas cette dernière. Cependant, cela avait pour but d'éviter que des jeunes filles vivant en Suisse soit excisées lors de vacances dans leur pays d'origine et non pas de punir toutes les mères ayant fait exciser leurs filles avant leur arrivée en Suisse. D'ailleurs, le Réseau suisse contre l'excision remarque déjà des retombées néfastes de cette condamnation sur le travail de prévention qu'il exerce : *"Les communautés issues de la migration sont très déstabilisées. Les femmes, bien souvent elles-mêmes excisées, dont les filles ont été excisées bien avant leur arrivée en Suisse, craignent une condamnation, avec tout ce que cela impliquerait de négatif pour des personnes de nationalité étrangère"* ("un jugement déroutant",2019). Nous pouvons également craindre que la peur suscitée par la condamnation de cette femme, retiennent les femmes ou les filles concernées à s'adresser à des centres de conseils de peur des répercussions légales. A travers cet exemple, nous pouvons constater que lorsque nous développons des projets de prévention, surtout avec un aspect de répression, il peut y avoir des effets contre-productifs. C'est en cela que nous pensons qu'au-delà de la prévention nécessaire pour prévenir la pratique des MGF, il est primordial d'agir également dans une vision de promotion de la santé, permettant aux femmes et aux filles d'être actrices de leur santé.

Prenons maintenant un exemple de prévention tertiaire mais qui s'inscrit, selon comment la prise en charge est faite, dans un programme de promotion de la santé : la reconstruction clitoridienne. C'est une pratique assez récente, datant de 2003 en Egypte puis 2004 en France. En Suisse, depuis 2015, cette dernière est remboursée par l'assurance maladie. Cependant, les données actuelles sur les biens-faits de cette chirurgie ne sont pas conclusives et fait qu'elle ne fait pas partie des guidelines de l'OMS sur la prise en charge des MGF (Abdulcadir, Bianchi-Demicheli & Petignat, 2017, p.597). Cette chirurgie est pratiquée lors de douleurs chroniques du clitoris, de dyspareunie ou pour des raisons d'identité et d'image corporelle. Les auteur·e·s expliquent que les principales raisons des demandes de chirurgie de la part des femmes sont *"(..) de se sentir femme entière, réhabilitée, suivie par le désir d'améliorer sa fonction sexuelle"* (Abdulcadir, Bianchi-Demicheli & Petignat, 2017,p.599). Les auteur·e·s relèvent également qu'un nombre de femmes ou de couples demandant une chirurgie ne connaissent pas l'anatomie sexuelle, notamment celle du clitoris et ont rarement conscience

que pour la plupart, elles ont toujours un clitoris qui peut être stimulé. Il est donc essentiel de questionner les éventuelles connaissances et croyances et d'offrir une information sur la physiologie des organes sexuels. Pour cela, les auteur·e·s recommandent une prise en charge multidisciplinaire comprenant de l'information sur le plaisir sexuel, une éducation ou thérapie sexologique et/ou psychologique. D'ailleurs, une étude met en avant que seulement 16% des femmes ayant demandé une reconstruction clitoridienne finissent par aller à la chirurgie, 84% d'entre elle y renonce car la proposition d'un traitement non chirurgical a suffi à répondre à leurs besoins. (Abdulcadir, Bianchi-Demicheli & Petignat, 2017, p.600). A travers cet exemple, nous pouvons constater que diminuer les séquelles liées aux MGF ne doit pas être fait sans une prise en charge holistique de la situation. La chirurgie est une bonne option mais il est important pour les professionnel·le·s, notamment pour le/la spécialiste en santé sexuelle, d'être ouvert à d'autres possibilités de traitement non chirurgical. L'information et l'éducation à l'anatomie et à la physiologie du plaisir sexuel féminin s'inscrit clairement dans un projet de promotion de la santé, permettant à la femme ou au couple d'être acteur et actrice de leurs sexualités.

Nous allons nous intéresser à des projets de prévention plus spécifique au domaine de la santé sexuelle. A Genève un projet cantonal de prévention des MGF a été mis sur pied entre 2013 et 2015 avec notamment la participation de l'unité de santé sexuelle et planning familial des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Ce projet, avait comme axe principal la formation de médiateurs et médiatrices culturel·le·s en lien avec les MGF. Il était question également de sensibiliser la population concernée par la problématique. Le projet s'est limité à quatre pays où la prévalence est élevée, l'Erythrée, la Somalie, le Soudan et l'Ethiopie. Le travail des médiatrices consistait entre autre, à organiser des réunions avec les communautés afin de transmettre un message de prévention. (Bader & Efionayi-Mäder, 2018, p.9-10). Une deuxième campagne de prévention a été mise sur pieds en parallèle: la sensibilisation des professionnel·le·s de la santé, du social, de la justice et de la police à travers des colloques, des réunions-débats ainsi que l'élaboration d'une brochure intitulée "Osons parler d'excision"(Bader & Efionayi-Mäder, 2018, p.21-25).

Le bilan du premier projet est mitigé selon l'opinion des médiateurs et médiatrices. Certain·e·s estiment que la campagne a été accueillie de manière positive par les communautés et relèvent que les femmes étaient contentes de recevoir des informations sur un sujet qui les touchent. D'autres ont relevé une certaine lassitude de la part des femmes. D'autre part, le fait que la campagne concernait les femmes arrivées par le biais de l'asile et uniquement de quatre pays a été critiqué car le message n'a pas été entendu par l'ensemble des communautés concernées ni par les hommes. (Bader & Efionayi-Mäder, 2018, p.35-36). Lors du bilan de la deuxième campagne qui consistait à la sensibilisation des professionnel·le·s, les

chercheur·se·s ont demandé·e·s à leur·e·s interlocuteur·trice·s ce qu'ils·elles pensaient de leurs connaissances actuelles en matière de MGF. Si les professionnel·le·s de la santé du domaine public estiment être bien informé·e·s et formé·e·s, ils relèvent que pour ceux exerçant dans le domaine privé ne le sont pas autant. Concernant les professionnels·les du social et du juridique, ceux-ci estiment avoir de bonnes connaissances en la matière. Cependant, certain·e·s affirment que le peu de cas qu'ils rencontrent font qu'ils investissent leur formation continue dans d'autre domaine que celui de l'excision. (Bader & Efiouyi-Mäder, 2018, p.41-43). Malgré les retours mitigés de ces deux projets, ils permettent de cibler clairement les publics qui devraient être visés dans les campagnes de prévention : les populations concernées par l'excision et les professionnels·les des différents domaines pouvant être confronté par la problématique des MGF.

Dans le canton de Neuchâtel, la prévention des MGF fait partie, entre autres, des missions des centres de santé sexuelle. En effet, les conseillères sont sollicitées afin d'aller faire des séances d'information sur la santé sexuelle auprès des femmes résidant dans les centre de requérant d'asile. Bien qu'il n'y ait pas d'étude sur la pertinence de celles-ci nous pouvons imaginer que les limites sont les mêmes que pour la campagne de prévention à Genève, c'est-à-dire que cela touche uniquement les femmes arrivées par le biais de l'asile. Un autre mandat des conseillères neuchâteloises consiste, lors de leurs passages dans le service de maternité, à dispenser une information spécifique auprès des femmes ou couples venant de pays où l'excision est pratiquée, notamment si elles ont accouché d'une petite fille. Le but étant d'une part, de prévenir une éventuelle excision sur la petite fille et d'autre part, d'informer les femmes sur les possibilités de prise en charge, médicale ou non, des potentielles complications liées à leur propre excision. Là non plus, il n'y a pas d'étude portant sur l'impact que ces actions ont sur la prévention et la promotion de la santé des femmes concernées. Cependant, nous pouvons, sur la base d'observations subjectives, relever un manque d'organisation permettant de dispenser une information de qualité. En effet, le personnel soignant n'anticipe pas notre venue et de ce fait, nous avons rarement accès à une médiatrice parlant la langue de la femme ce qui rend compliquée la transmission d'information. Dans ces cas-là, il y a toujours des brochures dans différentes langues que nous pouvons utiliser comme excision.ch ou sex-i.ch mais une information complémentaire orale serait plus optimale. Nous avons également constaté que pour beaucoup de femme en post-partum, l'excision n'est pas le sujet prioritaire pour elles alors qu'elles doivent déjà faire face à une multitude d'information concernant le nouveau-né et les soins post-partum.

A travers ces différents exemples, nous pouvons constater que la thématique des mutilations génitales féminines, et la lutte contre la pratique, touche différents champs professionnels. La prise en charge de cette problématique est pluridisciplinaire et peut-être divisée en trois

catégories: la prévention primaire des MGF qui a pour but de prévenir une éventuelle excision chez des bébés ou jeunes filles, la prévention tertiaire, principalement en lien avec les conséquences physiques et la promotion de la santé, avec pour but une information spécifique auprès des communautés concernées par cette pratique ainsi qu'auprès des professionnel·le·s du domaine de la santé et du social. En tant que spécialiste en santé sexuelle, nous avons clairement un rôle à jouer dans les trois catégories et c'est ce que nous allons développer maintenant.

5.3 Prise en charge et lutte contre les mutilations génitales féminines

Les trois axes d'actions que nous avons identifiés sont la prévention primaire, la prévention tertiaire et la promotion de la santé. Nous allons identifier différents mandats des spécialistes en santé sexuelle s'inscrivant dans ces axes.

5.3.1 La formation des professionnel·le·s

La problématique des MGF touche différents champs professionnels tel que le secteur de la santé, du social ou du juridique. Tout comme le projet cantonal de Genève, nous estimons que la formation des professionnel·le·s de ces domaines est essentielle dans la prise en charge des MGF. Si nous prenons comme exemple les professionnel·le·s du domaine de la santé, nous pouvons identifier les médecins traitants, les gynécologues obstétricien·ne·s et les sages-femmes (Hohlfeld, Thierfelder & Jäger, 2013, p.964). Ceux-ci devraient être sensibilisé·e·s à la thématique des MGF, de manière à pouvoir identifier les personnes potentiellement concernées, les complications possibles liées au MGF ainsi que les croyances liées à celles-ci qui peuvent être en conflit avec leurs propres croyances. Hohlfeld, Thierfelder & Jäger (2013) relèvent que les femmes victimes de MGF n'avaient pas toujours accès à une prise en charge adéquate notamment liée au fait que les soignant·e·s avaient une méconnaissance du sujet. Lors ce que nous souhaitons aborder le thème des MGF, il est important d'avoir des connaissances sur celui-ci. Le fait de ne pas en avoir incite probablement les professionnel·le·s à ne pas aborder ce sujet ou à le faire de manière jugeante et stigmatisante. Cette méconnaissance peut conduire à des soins inappropriés tel qu'au recourt aux césariennes par manque d'informations sur la désinfibulation, à des attitudes condamnables comme par exemple des désinfibulations sans information auprès des femmes sur l'acte ni sur les modifications anatomiques que cela va engendrer, ou a un manque de prévention. (Hohlfeld, Thierfelder & Jäger, 2013, p.961). Les gynécologues- obstétricien·ne·s ainsi que les sages-femmes sont les professionnel·le·s les plus confronté·e·s à la problématique des MGF. La formation sur les techniques médicales ne doit pas être la seule formation dont ils·elles doivent bénéficier, un lien avec l'attitude professionnelle ainsi que le langage doit être explicité. *"Souvent, les soignants hésitent à aborder le sujet par crainte de choquer la pudeur de ces patientes"*. (Hohlfeld, Thierfelder & Jäger, 2013, p.964). Cela est

également valable pour les pédiatres qui devraient systématiquement aborder la question avec les parents de petites filles originaires de pays où la pratique existe. Pour cela, les MGF (en dehors d'un côté purement médical) devraient être abordées durant la formation de base de tous les soignants, puis, des colloques ciblant ce sujet, avec des remises à jour des connaissances permettrai d'optimiser la prise en charge des femmes concernées par l'excision. La formation des professionnel·le·s s'ancre tant dans un processus de prévention primaire, notamment à travers le rôle que les pédiatres ont à jouer, que dans un processus de prévention tertiaire à travers les sages-femmes et les gynécologues- obstétricien·ne·s afin d'éviter les risques potentiels liés aux MGF.

5.3.2 Aborder les MGF en conseil

Nous avons identifié deux champs d'action dans lequel le-la spécialiste en santé sexuelle peut faire de la prévention et de la promotion de la santé en lien avec les MGF. Lors de consultation dans un centre de santé sexuelle ou lors d'information à la santé sexuelle en dehors du centre comme par exemple dans des centres de requérants d'asile, des associations de femmes migrantes ou encore, comme dans certains cantons, lors du passage dans les services de maternité. La principale différence entre les deux est que lors des consultations dans les centres, c'est la personne qui vient à nous, alors que lorsque nous faisons des interventions hors centres c'est nous qui venons à elle. Cependant, la thématique des mutilations génitales féminines est rarement le motif de consultation au centre et nous ne pouvons pas partir du principe que la femme ou le couple en parlera d'eux-mêmes (Sieber, 2014, p.14). Il en revient donc aux professionnel·le·s d'être capable d'identifier les personnes susceptibles d'être concernées par la problématique des MGF et d'ouvrir la discussion sur ce thème. Les objectifs qui doivent être poursuivis par les professionnel·le·s sont de l'ordre de la prévention, tant primaire que tertiaire mais également de promotion de la santé. Par exemple, encourager la femme ou le couple à protéger leurs filles des MGF et identifier les filles exposées à un risque potentiel de MGF font partie du mandat de prévention primaire. Informer les femmes ou les couples des potentielles conséquences que peuvent avoir les MGF et les possibilités de traitements s'ancre parfaitement dans la prévention tertiaire. Un autre exemple de prévention tertiaire est le fait, lors d'une grossesse, d'encourager la femme à en parler lors de ses consultations, et l'informer sur d'éventuels actes qui pourrait être faits afin de limiter les risques de complication. Il est également nécessaire de connaître le réseau existant dans le canton afin d'orienter les femmes vers des services spécialisés selon leurs besoins. Enfin, concernant la promotion de la santé, il est important de permettre à la femme de connaître son corps, son fonctionnement, de l'accompagner dans son parcours identitaire en lien avec ses croyances, celles de son pays d'origine et celles du pays d'accueil, de lui rappeler ses droits en matière de sexualité et les traitements, physique, psychologique ou sexuel existant, afin de

renforcer sa capacité d'autodétermination. Informer et proposer de l'éducation à la santé sexuelle pour les femmes ou les couples touchés par la problématique des MGF fait partie de notre mandat se basant entre autres sur l'article 7 des droits sexuels de l'ippf (ippf, 2008, p.19).

5.3.2.1 Outils, ressources, attitudes professionnelles et langages

Un premier élément qui nous a interpellées dans la littérature est le fait de ne pas victimiser les femmes excisées : *"un nombre considérable de femmes considèrent la MGF comme "normale", voire comme un élément positif d'identité féminine et de beauté plutôt que comme une "maladie" ou une "mutilation" et ne souffrent pas de séquelles psychologiques"* (Abdulcadir, Bianchi-Demicheli & Petignat, 2017, p.599). De plus, lors ce que nous intervenons auprès des femmes ou des couples, notamment dans le post partum, il faut envisager et comprendre que le sujet des MGF n'est pas forcément une priorité pour la femme ou le couple. La victimisation instaure une relation hiérarchique entre le-la spécialiste en santé sexuelle et la femme ce qui peut être vécu comme une position supérieure d'un ou d'une occidental·e sur une femme venant d'Afrique.

Les MGF sont des pratiques que nous pouvons lier au contexte de la migration. Bien que chaque individu soit unique, des connaissances et des spécificités liées à la population migrante doivent être prise en compte. A ce propos, une autre attitude professionnelle relevée dans la littérature est le fait d'éviter la "culturalisation". *"La culturalisation de migrant·e·s repose sur l'idée que ces personnes ont été socialisées dans un contexte culturel clairement délimité, selon des codes et avec des normes et valeurs spécifiques, et qu'elles se comportent en conséquence"* (Saladin, 2009, cité par Sieber, 2014, p.8). Il est donc important que les professionnel·le·s soient conscient·e·s non seulement de leurs propres croyances mais également des représentations qu'ils·elles se font des personnes migrantes. La culturalisation ne permet pas un entretien centré sur la personne, ses besoins et ses demandes et peut parfois, casser le lien, la relation, entre le-la consultant·e et le-la professionnel·le (Sieber, 2014, p.9).

Lors d'entretien ou lors d'informations transmises auprès de migrant·e·s, les spécialistes en santé sexuelle sont souvent confronté·e·s à la problématique de la barrière de la langue. Cette dernière est perçue comme un obstacle majeur par des études sur l'encadrement des migrant·e·s dans le domaine de la santé. (Sieber, 2014, p.16) Il est donc important, d'une part, d'utiliser des brochures ou des liens internet traduits dans différentes langues et d'autre part, d'utiliser des traductrices. Cependant, la santé sexuelle et particulièrement les MGF peuvent être délicates à aborder, en lien avec des croyances ou représentations tant des migrant·e·s que des traductrices. Il est donc nécessaire de s'assurer que les traductrices soient formées spécifiquement à aborder ces sujets. Souvent, par manque de possibilité d'anticipation, c'est

un membre de la famille de la personne qui vient consulter qui est utilisé pour traduire. Or, ceci présente certains désavantages comme par exemple un sentiment de gêne ou une crainte de parler. De plus, comme le soulève Sieber (2014), les proches ne sont pas tenu·e·s au secret professionnel (p.16). Faire appel à des traductrices formées et externes à la personne est une ressource précieuse lorsque nous travaillons en conseil. Lors d'information en groupe, il est également important d'avoir du matériel permettant d'orienter les personnes si elles souhaitent parler d'un sujet particulier mais également des informations dans leur langue. Un grand nombre de brochures et de sites internet en lien avec les MGF mais également sur différents sujets inhérents à la santé sexuelle est disponible en Suisse.

Lors d'entretien ou d'information en lien avec les MGF, il est nécessaire de porter une attention particulière au langage que nous utilisons pour aborder ce sujet. En premier lieu, dans la littérature, il est recommandé d'utiliser les termes d'excision ou de circoncision plutôt que de mutilation afin de ne pas donner une connotation trop "occidentale" de la pratique. Parler de femmes "ayant été excisées" plutôt que de "femmes excisées" afin de ne pas définir la femme uniquement à travers la problématique de l'excision : *"la femme ayant été excisée, ne peut pas être définie comme n'étant qu'une personne excisée. La personne est la personne. Le problème est le problème"* (Institut international des Droits de l'Enfant, 2009, p.139). Nous avons eu la chance, lors d'une discussion informelle avec Mme Félicienne Villosz- Muamba, conseillère en santé sexuelle et médiatrice interculturelle, de bénéficier de conseils venant de sa pratique auprès de femmes ayant été excisées. Concernant le langage, elle nous a rendu attentive au fait que souvent, que nous parlions d'excision ou de circoncision, ces termes n'étaient pas forcément compréhensibles pour la femme. Il est important d'utiliser leurs mots et de simplifier si cela n'est pas compréhensible en parlant " d'être coupée là en bas" par exemple. En effet, c'est souvent en ces termes que les femmes en parlent. Mme Villosz- Muamba parle également de position horizontale plutôt que verticale, c'est-à-dire, considérer la femme comme experte de sa situation et comprendre qu'elle a beaucoup de chose à nous apprendre : *"vous êtes le chef, vous aller m'apprendre qui vous êtes et je vais vous donner les informations que j'ai"* est un exemple de phrase qu'elle utilise. De plus, elle insiste sur le lien de confiance, montrer de l'intérêt pour la femme, sa famille, ses origines et mettre un accent particulier sur la confidentialité. *"Cela reste entre nous, je n'ai pas le droit d'en parler en dehors sans votre accord"*.

Aborder le sujet des mutilations génitales féminines en conseil demande certaines aptitudes, un savoir et un savoir-être particulier. Être attentif·ve à notre attitude, à notre langage, être conscient·e·s de nos propres représentations et croyances sont essentielles afin de permettre d'ouvrir la discussion sur un sujet intime.

6. Conclusion

A travers ce travail, nous avons exploré les connaissances actuelles sur la thématique des mutilations génitales féminines. Nous avons constaté que cette pratique concernait environ 200 millions de femmes et de filles dans le monde et qu'en Suisse, on estimait que 13 000 femmes étaient concernées. Comprendre de quoi il s'agit et rendre visible cette problématique notamment en Suisse nous a permis de définir sa place dans le domaine de la santé sexuelle ainsi que dans la pratique des professionnel·le·s de ce domaine. En effet, la prévalence de cette pratique et les conséquences possibles liées à celle-ci font que nous serons, notamment dans le domaine du conseil, confronté·e·s à des femmes ayant été excisées.

Nous avons également identifié deux rôles principaux qui peuvent être attribués aux spécialistes en santé sexuelle. La formation des professionnel·le·s, notamment ceux du secteur médical et l'information et le conseil auprès de la population cible. Ces deux champs d'action nécessitent différentes connaissances, entre autres sur certaines spécificités liés à la population migrante ainsi que sur les mutilations génitales féminines en elles-mêmes. En effet, comment identifier les femmes pouvant être concernées par cette problématique, et comment aborder celle-ci avec elles si nous n'avons pas de connaissances autour de cette thématique. Le manque de connaissance des professionnel·le·s maintient une certaine invisibilité de la problématique et peut conduire à des prises en charge inadéquates. Or, lors de notre formation de spécialiste en santé sexuelle, la thématique des MGF n'a pas été abordée. Bien sûr, il serait utopiste d'imaginer pouvoir être formé·e·s sur toutes les thématiques inhérentes à la santé sexuelle et des choix doivent être fait. Cependant, au vu des potentielles conséquences et de la prévalence, celle des mutilations génitales féminines mériterai que nous y consacrons un peu de temps. Il est donc de notre responsabilité de développer nos connaissances sur cette thématique et de connaître les ressources, les outils et le réseau existant afin d'assurer une prise en charge adéquate.

Les mutilations génitales féminines sont une pratique qui porte atteinte à l'intégrité physique des femmes, sous fond de rapports sociaux inégaux entre les femmes et les hommes. Bien que cette pratique soit interdite dans un grand nombre de pays, elle est encore fréquemment pratiquée sur des filles et des femmes. Prévenir celle-ci et prévenir les conséquences possibles découlant des mutilations génitales féminines fait partie du travail des spécialistes en santé sexuelle. Donner accès aux femmes ayant été excisées à des soins de qualité, des informations sur leurs droits, une possibilité d'aborder ce sujet en toute sécurité est primordial dans le travail des spécialistes en santé sexuelle.

7. Bibliographie

Abdulcadir, Jasmine; Bianchi-Demicheli, Francesco; Petignat, Patrick (2017) Vol.13(554), pp.597-601 *fonction sexuelle et reconstruction du clitoris après mutilation génitale féminine*. Revue médicale suisse, 15 March 2017 consulté le 19.07.2019 sur <https://www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-554/Fonction-sexuelle-et-reconstruction-du-clitoris-apres-mutilation-genitale-feminine.pdf>

Andro, A & Lesclingand, M (2016) *Les mutilations génitales féminines. État des lieux et des connaissances* consulté le 15.06.2019 sur <https://www.cairn.info/revue-population-2016-2-page-224.htm?contenu=resume.pdf>

Bader, D & Efiionayi-Mäder, D (2018) *Prévenir l'excision à Genève. Etude appréciative des projets cantonaux genevois de prévention contre les mutilations génitales féminines (2007-2009 et 2013-2015)* consulté le 19.07.2019 sur <https://www.ge.ch/document/prevenir-excision-geneve-etude-appreciative-projets-cantonaux-genevois-prevention-contre-mutilations-genitales-feminines-2007-2009-2013-2015-2018.pdf>

Code pénal suisse (CP);RS 311.0 consulté le 22.06.2019 sur <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19370083/index.html#id-1-1>

Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS), (2015) *Santé sexuelle- une définition pour la Suisse* consulté le 17.06.2019 sur https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2016/01/150520_SexualHealth_CH_EKSG_f_def.pdf

Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF), (2008) *Déclaration des droits sexuels de l'IPPF*. Londres: IPPF

Hohlfeld, P, Thierfelder, F & Jäger, F (2013) *Mutilations génitales féminines: recommandations suisses à l'intention des professionnels de la santé* consulté le 25.06.2019 sur https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2013/11/FGM-Guidelines_f_FMH.pdf

Institut international des Droits de l'Enfant (2009), *les mutilations génitales féminine : manuel didactique à l'usage des professionnels en suisse*. Sion : Institut international des Droits de l'Enfant.

OMS, (1999) *Glossaire de la promotion de la santé* consulté le 17.07.2019 sur https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf

OMS (2019) consulté le 25.06.2019 sur <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/overview/fr/>

Réseau suisse contre l'excision (2017) consulté le 25.06.2019 sur <https://www.excision.ch/>

Sieber, C (2014) *Le conseil en santé sexuelle et reproductive pour les migrantes et les migrants: Guide à l'usage des professionnel-le-s*. Lausanne: SANTE SEXUELLE Suisse

Terre-des-femmes (2019) consulté le 25.06.2019 sur https://www.terre-des-femmes.ch/fr/themes/mutilations-genitales-feminines#MGF_en_Suisse

Un jugement déroutant (juin 2019) *Newsletter Réseau suisse contre l'excision*

Condamnation pour mutilations génitales confirmée (2019) consulté le 18.07.2019 sur <https://www.reiso.org/actualites/fil-de-l-actu/4443-condamnation-pour-mutilations-genitales-confirmee>