



Bureau cantonal  
pour l'intégration  
des étrangers  
et la prévention  
du racisme

*OSONS PARLER D'EXCISION !*

## **ETAT DES LIEUX DES RESSOURCES ET BESOINS**

**Co-rédigé par**

Katy François

Noémie Pétremand

Almaz Tadesse

Naima Topkiran

**Une collaboration entre le BCI et le CHUV**

**Lausanne, décembre 2012**

**« Lutter contre le tabou des MGF n'est possible qu'en l'expliquant. »**

*Les Mutilations génitales féminines, Manuel didactique à l'usage  
des professionnels en Suisse (IDE, 2009 : 77)*

## Table des matières

<b>I INTRODUCTION.....</b>	<b>4</b>
1.1 CADRE DE LA RECHERCHE .....	4
1.2 LES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES (MGF): QUELQUES INFORMATIONS GÉNÉRALES .....	5
1.3 UNE PROBLÉMATIQUE INTERNATIONALE ET NATIONALE .....	6
1.4 LA PRÉVENTION MGF DANS LE CANTON DE VAUD : UNE COLLABORATION ENTRE CARITAS ET LE BCI ...	7
<b>II MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>10</b>
<b>III ANALYSE .....</b>	<b>15</b>
3.1 PRÉVENTION.....	16
3.1.1 UNE PRÉVENTION MULTIPLE .....	16
3.1.2 UNE DÉFINITION À ENJEUX.....	18
3.1.3 PARLER D'UN TABOU .....	20
3.2 FORMATION .....	23
3.2.1 LA SITUATION ACTUELLE : SURVOL DES FORMATIONS EXISTANTES .....	23
3.2.2 DES CONTENUS DE FORMATION À ÉLABORER .....	26
3.3 PRISE EN CHARGE .....	29
3.3.1 DES RÉACTIONS AU CAS PAR CAS FAUTE DE RESSOURCES SUFFISANTES .....	29
3.3.2 INTÉGRER LA PRISE EN CHARGE .....	32
3.3.3 L'IMPORTANCE DU LIEN POUR UNE PRISE EN CHARGE APPROPRIÉE .....	34
<b>IV RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>38</b>
<b>V RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>41</b>
<b>VI ANNEXES .....</b>	<b>44</b>
5.1 QUESTIONNAIRES .....	44

## I INTRODUCTION

### *1.1 Cadre de la recherche*

Depuis août 2011, le Bureau cantonal pour l'intégration des étrangers et la prévention du racisme (BCI), mandaté par Caritas, travaille à l'élaboration d'un projet de prévention contre les mutilations génitales féminines (MGF) sur deux ans (2012-2014). Fort de son expérience dans la lutte contre les mariages forcés, le BCI a accepté ce projet dans le cadre de son pôle « Migration féminine ».

Le projet initial de Caritas prévoyait que l'accent soit mis sur les populations migrantes. Toutefois, par souci d'efficacité, le BCI a décidé d'élargir la campagne de prévention et d'information auprès des professionnel-le-s et de leur institution. C'est pourquoi un support matériel (manuel et flyer) et des modules de formations ont été élaborés à leur attention. Le **Manuel pour professionnel-le-s**, composé d'une carte de réseau vaudois et d'un protocole d'intervention, devrait constituer un outil de travail précieux pour les professionnel-le-s afin de réagir correctement face à un cas de MGF. Le **flyer** encourage à l'élimination de la pratique des MGF et est destiné aux populations migrantes : il a donc été traduit en anglais, amharique, arabe, somalien et tigrignia, et sera transmis par les professionnel-le-s aux personnes concernées. Ensuite, des séances d'informations et des modules de formation en collaboration avec l'association Appartenances seront destinés aux professionnel-le-s et aux agent-e-s de prévention.

Le présent état des lieux s'inscrit dans le mandat afin de cibler les besoins des professionnel-le-s, des agent-e-s de prévention et des personnes migrantes du Canton de Vaud, directement ou indirectement touché-e-s par la pratique des MGF.

## **1.2 Les Mutilations Génitales Féminines (MGF): quelques informations générales**

Les mutilations génitales féminines (MGF) se définissent comme « *toute lésion, ablation partielle ou totale effectuée sur les organes génitaux féminins externes sans raisons médicales* » (Institut international des Droits de l'Enfant, Service de la population et des migrations du Valais, Fédération valaisanne des centres SIPE, Centre Suisses-Immigrés, Association Kalkal (eds), 2009, p.15). Selon l'Organisation mondiale de la Santé, il en existe différents types dont nous ne recenserons ici que les principaux. Le type I, dit *sunna* ou clitoridectomie, consiste en l'ablation du capuchon clitoridien avec ou sans le clitoris. Lors d'une excision (type II), on élimine le clitoris et les petites lèvres (partiellement ou totalement). Quant à l'infibulation (type III), dite aussi excision pharaonique, il s'agit d'une excision suivie d'une suture des grandes lèvres de manière à ne laisser qu'une minuscule ouverture. Il faut savoir que cette pratique remonte au temps de l'Egypte ancienne et touche actuellement une femme sur trois sur le continent africain mais aussi certaines femmes du Moyen-Orient et d'Asie. Les principaux pays concernés par cette pratique sont la Somalie, l'Erythrée, l'Ethiopie et l'Egypte pour l'Afrique ; l'Inde, la Malaisie, l'Indonésie et l'Iraq en Asie ; ou encore le Yémen et les Emirats Arabes Unis dans la péninsule arabique.

On estime qu'à l'heure actuelle entre 100 et 140 millions de femmes ont subi une forme de MGF (Organisation mondiale de la santé, 2008). Ces dernières sont pratiquées sur des filles de plus en plus jeunes (âgées de quelques mois jusqu'à l'âge adulte), de toute confession et de tout milieu social. Il s'agit d'un rituel, d'une coutume ancestrale, d'une tradition qui n'est en aucun cas reliée à une religion. Les MGF ne trouvent leur fondement ni dans le Coran, ni dans la Bible, ni dans la Torah et sont en totale contradiction avec les principes fondamentaux de ces religions. Elle constitue un risque avéré pour la santé et la santé sexuelle et reproductive des femmes mais aussi une atteinte à leur intégrité physique. En effet, les MGF peuvent avoir de graves conséquences, telles que dans certains cas des problèmes physiques (infections, complications, douleurs), mais aussi sexuels (diminution ou perte de sensibilité, douleurs lors des rapports sexuels, stérilité) et psychiques (traumatisme, angoisses, état dépressif). D'où la nécessité de reconnaître cette pratique comme une forme de maltraitance et d'atteinte à l'intégrité physique

et psychique des femmes et d'agir en faveur de sa diminution, voire, dans l'idéal, de sa disparition.

### **1.3 Une problématique internationale et nationale**

En 1997, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) ont lancé une déclaration conjointe exhortant les pays concernés par les MGF à abandonner de telles pratiques. Cette démarche a trouvé son répondant dans plusieurs lois stipulant leur interdiction. Sur le plan international, tout d'abord, de nombreuses conventions interdisent les MGF telles que la Convention internationale des droits de l'enfant (CDE) dans son art. 23 ch. 3, la Convention pour l'élimination de toutes les discriminations à l'encontre des femmes (CEDEF) dans son art. 5 ou encore la Déclaration universelle des droits de l'homme (Institut international des Droits de l'Enfant et al., 2009, p.80). Ensuite, du point de vue national, de nombreux pays d'Afrique ont édité des lois punissant tout acteur ou complice de cet acte (famille, exciseuse, etc.). Bien que l'application des articles de lois reste quelque peu problématique dans certaines régions, il faut pourtant reconnaître que ces démarches, tant internationales que nationales, ont permis une nette régression de cette pratique à l'échelle mondiale.

Il est évident que si les MGF constituent une problématique, à l'origine, plutôt **localisée et régionalisée** (comme nous l'avons vu précédemment), son extension hors de ces frontières est liée aux flux migratoires. On retrouve donc leur présence dans certains pays d'accueil en Amérique du Nord et en Europe. En Suisse, selon les résultats d'une enquête menée par UNICEF et la SSGO en 2001 (cité par UNICEF Suisse, 2005), on estime à 6'700 le nombre de migrantes qui pourraient avoir subi ou subir une excision. Selon la loi suisse, l'excision des organes génitaux féminins constitue une lésion corporelle et est donc interdite. En septembre 2011, un nouvel article de loi a été introduit dans le code pénal (art. 124), stipulant que tout-e auteur-e ou co-auteur-e d'une MGF (famille, médecin, exciseuse) peut être condamné-e à une peine de prison pouvant aller jusqu'à dix ans et/ou être renvoyé-e du pays, ce même si l'excision a été effectuée

avec le consentement de la fille ou de l'adolescente. La nouveauté consiste également en ce que l'intervention peut être condamnée même si elle a eu lieu à l'étranger, pour autant que ses auteur-e-s aient leur résidence principale en Suisse.

Cette nouvelle loi est l'un des principaux aboutissements d'un travail de prévention initié en 2004. Caritas Suisse a accepté la responsabilité de la phase préparatoire concernant le travail d'information et de prévention, indispensable au vu du manque d'informations relatives aux MGF. En effet, tou-te-s les spécialistes qui se sont intéressé-e-s au sujet au cours de ces dernières années lors d'enquêtes (Jäger et al., 2002), de différentes études (Thierfelder, 2005), de journées de sensibilisation (Riva Gapany, 2006) ou encore de publications sur ce thème (Institut international des Droits de l'Enfant et al., 2009), tombent d'accord sur le fait que l'information relative aux MGF donnée tant aux professionnel-le-s qu'aux communautés migrantes est insuffisante. Il était donc nécessaire de lancer le projet de sensibilisation dans les cantons dont la population à risque est la plus importante. En Suisse Romande, cette démarche a débuté, en 2006, dans le canton du Valais, pour se poursuivre dans les cantons de Genève, de Fribourg, du Jura, de Neuchâtel et, pour finir, dans le Canton de Vaud.

#### **1.4 La prévention MGF dans le Canton de Vaud : une collaboration entre CARITAS et le BCI**

Selon les statistiques de l'Office fédéral des migrations, le nombre de personnes migrantes qui proviennent des pays à risque et qui habitent le Canton de Vaud est estimé à 3000, dont la moitié sont des femmes. Les communautés présentant une haute prévalence de MGF sont la Somalie, l'Erythrée et l'Ethiopie. La problématique des MGF étant donc bien présente sur le sol vaudois, l'ONG Caritas Suisse a mandaté, en 2011, le Bureau cantonal pour l'intégration des étrangers et la prévention du racisme (BCI) afin de mener à bien un travail de prévention contre cette pratique à l'attention des communautés migrantes. Or, il est apparu très clairement que l'information ne pouvait être transmise efficacement aux personnes migrantes que par deux catégories de personnes: les différent-e-s professionnel-le-s susceptibles de les rencontrer dans le

cadre de leurs activités (gynécologues, médecins, assistantes sociales et assistants sociaux) mais aussi les « agent-e-s de prévention » (à savoir des interprètes, promoteurs et promotrices de santé, médiateurs et médiatrices) assurant le lien entre leurs communautés et la société d'accueil. L'objectif du projet est donc double: faire un travail de prévention auprès des communautés migrantes contre les MGF tout en favorisant l'interconnexion entre les spécialistes, les institutions impliquées et les personnes migrantes engagées du canton.

Dans un premier temps, le BCI a donc décidé de se consacrer au transfert de compétences entre les professionnel-le-s en créant un groupe de travail réunissant tous les corps de métiers vaudois les plus impliqués dans cette problématique afin qu'ils participent directement aux prises de décisions durant la durée du mandat. En acceptant de mettre leurs précieuses connaissances en commun, le service de gynécologie et obstétrique du CHUV, la fondation PROFA, le centre LAVI, le centre d'accueil Malley-Prairie, le SPJ, le Bureau de l'Egalité, l'association Appartenances et leurs représentant-e-s ont permis à une série de mesures importantes de voir le jour, dont ce présent état des lieux. En effet, il a été décidé lors de la première séance du groupe de travail en novembre 2011 qu'un état des lieux préalable de la problématique des MGF dans le Canton de Vaud était nécessaire afin de garantir un travail de prévention efficace, ciblé et spécifique à la situation vaudoise. Des entretiens ont donc été menés auprès de trois groupes cibles principaux (les professionnel-le-s, les agent-e-s de prévention et les personnes migrantes) car nous partons du principe que le travail de prévention est interdisciplinaire et ne peut se réaliser qu'en effectuant des échanges de connaissances entre chaque groupe cible.

Par le biais de cette enquête, il s'agissait donc 1) d'identifier les outils déjà existants dans le domaine de la prévention, de la prise en charge, de la formation pour pouvoir les utiliser et combler les lacunes selon les besoins, 2) de mettre en exergue les besoins des public cible (les professionnel-le-s, les communautés migrantes et les agent-e-s de prévention) et 3) de définir les partenaires indispensables afin de mener à bien la campagne. Sonder plusieurs professionnel-le-s, agent-e-s de prévention et personnes migrantes concernées au moyen d'entretiens qualitatifs devait également nous permettre de répondre à certaines interrogations récurrentes : *Quelles*



*sont les catégories de personnes migrantes touchées ? Y a-t-il des institutions identifiées où les personnes migrantes pourraient se rendre pour parler de cette question ? Quelles sont les mesures déjà existantes ? Les professionnel-le-s et les personnes migrantes sont-ils et elles au courant des lois ? Quels sont les besoins des professionnel-le-s ? Sont-ils au courant du matériel existant en la matière ? Ce matériel est-il suffisant et facilement accessible ?* Mais avant de répondre aux questions précédentes, il convient tout d'abord de faire un bref détour par la méthodologie adoptée afin de mener à bien notre enquête.

## II Méthodologie

Du fait que la pratique des MGF est un thème sensible et nouveau pour la Suisse – il touche, en effet, aux croyances traditionnelles et surtout à l'intimité de femmes migrantes –, une approche anthropologique se caractérisant par la suspension de tout jugement moral, d'entretiens qualitatifs et d'observation était la plus indiquée. L'approche qualitative permet de recueillir des données grâce à l'étude de l'objet dans son environnement : les méthodes utilisées sont les entretiens individuels ou avec des groupes de discussion, par des observations ou l'utilisation de documents scientifiques, etc. Cette approche permet au chercheur ou à la chercheuse de faire des liens entre l'observation, les entretiens et l'hypothèse grâce à cette démarche inductive définie comme interprétative.

Afin de mieux saisir les besoins des trois populations cibles et d'ouvrir la discussion sur le thème, trois canevas d'entretiens ont été préparés : l'un pour les professionnel-le-s, l'autre pour les agent-e-s de prévention et le dernier pour les femmes migrantes, chacun répondant à une logique qui lui est propre. Dans le but de ne pas imposer de cadre restrictif et faciliter le dialogue, nous avons laissé les personnes interrogées livrer leur définition et interprétation des MGF. Notre approche qualitative impliquait également d'appréhender chaque personne en lien avec son contexte en vue d'une meilleure compréhension des réalités du terrain pour y adapter le projet préventif.

Lors de l'élaboration de ce document et dans le cadre du projet, il s'est posé la question de quel terme était le plus adéquat pour parler de ces "coupures/mutilations/opérations génitales féminines"? Comme nous l'avons dit précédemment, l'excision se rapporte à un type spécial de MGF: elle est le nom qui peut être donné au type II, et il serait alors erroné de l'employer génériquement pour parler aussi bien de l'infibulation que de la clitoridectomie. Par ailleurs, le risque constituerait à atténuer des actes plus conséquents, comme l'infibulation, s'ils sont associés à leur version plus légère. Cependant, dans le titre de la campagne a été préféré l'appellation excision car, dans nos échanges, nous avons remarqué qu'avec le terme de

« coupée », c'était le nom le plus utilisé par les femmes lorsqu'elles parlaient de leur propre expérience. Nous avons donc repris ce terme dans le titre « *Osons parler d'excision !* » pour qu'elles se reconnaissent dans et se sentent concernées par le projet de prévention.

Par conséquent, le terme de "mutilations génitales féminines" ou MGF est apparu être la bonne appellation dans le travail d'analyse, au risque de déranger des personnes dont ces pratiques feraient partie de la tradition culturelle. Plusieurs raisons viennent étayer ce choix de terminologie. La notion de "mutilation" est, il est vrai, parfois rejetée par respect pour les filles et femmes touchées par l'une ou l'autre de ces pratiques. On peut en effet arguer que de dénommer "femmes mutilées" les femmes excisées ou infibulées n'est pas faire preuve d'une grande sensibilité à leur égard : ce terme rappelle qu'elles ne sont pas ou plus des femmes complètes. Toutefois, nous pouvons d'une part considérer que ces pratiques constituent véritablement une violence faite aux corps des femmes, même si cette violence n'est pas le but premier recherché, même si cette violence n'est pas intentionnelle, même si cette violence n'est pas visible pour celle(s) ou celui(ceux) qui l'afflige(nt) ou celle qui la reçoit. D'autre part, l'appellation la plus répandue aujourd'hui, notamment parce qu'elle est celle adoptée par tous les grands organismes mondiaux (OMS, UNICEF et plusieurs autres organes des Nations Unies, Inter-African Committee on Traditional Practices, Union Parlementaire Africaine) ainsi que nombre d'organisations, africaines ou non, opposées aux pratiques, reste "mutilations génitales féminines" (François, 2009).

Quant aux entretiens, ils ont été menés de façon simultanée et la technique adaptée selon nos trois groupes cible définis. Nous avons choisi d'organiser des entretiens individuels ou des groupes de discussion. Ces deux méthodes sont utilisées lors des recherche qualitatives : les groupes de discussion permettent à des personnes de donner leur opinion en maintenant leur anonymat (Morgan, 1997, p.46) et les entretiens qualitatifs sont un outils privilégié qui permettent d'accéder à l'expérience des acteurs et actrices (Poupart, 1997, p.173).

Pour interroger les professionnel-le-s, un entretien qualitatif à questions ouvertes a été proposé afin de laisser plus de liberté aux interlocuteurs et interlocutrices, nous avons préparé un guide d'entretien avec les thèmes à aborder et des questions très larges, ensuite les questions se sont affinées au fur et à mesure des entretiens (voir annexes VI). Ce guide d'entretien était constitué autour de trois axes - la prévention, la formation et la prise en charge – différents aspects existant dans notre projet, qu'il nous semblait important d'aborder avec les différents publics cibles.

Il est important de souligner que dans un travail d'ordre qualitatif, l'objectif n'est pas d'avoir une représentation moyenne de la population mais d'obtenir un échantillon de personnes qui ont vécu une expérience particulière à analyser. L'objectif est de constituer un échantillon qui nous permettra de mieux saisir ce thème et les personnes qui sont impliquées. Dans notre échantillon, nous avons inclus les individus qui sont touchés personnellement ou professionnellement par ce thème et qui pourraient nous fournir des informations pertinentes pour saisir tous les enjeux et avancer dans notre projet de prévention.

Le but des entretiens avec les professionnel-le-s était d'identifier leurs outils de prévention, de prise en charge et d'identifier leurs besoins par rapport à la prévention des excisions en général et à la prise en charge des femmes et fillettes ayant été excisées. Nous avons menés 9 entretiens avec 10 professionnel-le-s, dont 5 du domaine médical (2 gynécologues, 2 pédiatres et 1 médecin interne), 3 du domaine du conseil-santé ou paramédical (2 conseillères en santé sexuelle et reproductive et une sage-femme conseillère) et 2 du domaine socio-juridique (2 assistant-e-s sociaux). Il convient de préciser ici que les médecins généralistes ont été inclus dans l'enquête car la majeure partie des femmes migrantes qui proviennent de l'Afrique n'ont pas l'habitude de se rendre chez le gynécologue mais chez un médecin. Ces rencontres avec les professionnel-le-s, ont duré entre une heure et demie et deux heures et elles ont pu être enregistrés. Ces entretiens nous ont permis d'accéder à des informations très précises et nous avons ainsi pu mieux saisir leurs expériences dans le domaine et les difficultés rencontrées. Grâce

au groupe de pilotage de ce projet, nous avons pu accéder à des professionnel-le-s travaillant dans des domaines divers qui ont accepté de nous faire part de leur expérience.

Quant aux communautés migrantes, il a été décidé que les entretiens individuels n'étaient pas le moyen le plus adéquat pour recueillir à l'expérience des femmes migrantes. En effet, ce thème souvent tabou nécessitait la construction d'un lien de confiance étroit pour qu'elles puissent nous parler de leur expérience et indirectement de leur vie intime. De plus, la plupart des femmes ne parlant peu ou pas les français la présence de plusieurs interprètes auraient été nécessaire, ce qui aurait engendré d'autres difficultés. Nous décidons plutôt de recourir à l'aide d'intermédiaires de la même communauté qui connaissent des femmes migrantes concernées par la thématique et d'organiser un focus groupe grâce à leur soutien. Lors de cette journée, il a été convenu que l'intermédiaire aura comme rôle de mettre les participantes en confiance et de traduire leur propos.

La discussion a début avec une question ouverte: *«Comment explique-t-on la pratique de l'excision dans votre pays ?»*. L'objectif est leur rappeler que par leur expérience, elles sont les seules qui peuvent témoigner et aussi nous transmettre les éléments importants liés au MGF. Ainsi, elles prennent conscience de leur rôle et de l'importance de leur contribution dans notre projet. Ce mode d'entretien a permis à certaines femmes de donner leur opinion, de débattre et aussi de comparer leurs expériences. La seule information personnelle que nous avions concernait leur pays d'origine. Trois personnes étaient chargées de participer au focus groupe pour poser des questions, pour participer aux conversations, et une quatrième pour prendre des notes. Ensuite, leur a été exposé le motif pour lequel le canton de Vaud a commencé à s'intéresser à la question des MGF, le contenu du projet et les possibilités qu'il existait pour elles de s'investir dans ce projet. Dans ce cadre, le thème de l'excision est délimité et se passe sur le mode d'une conversation « naturelle ». Lors de ce focus groupe, nous avons rencontré une vingtaine de femmes de 5 communautés différentes qui nous ont fait part de leur expérience, de leurs sentiments, de leur opinion concernant cette thématique et la prise en charge existante en Suisse.

Concernant les agent-e-s de prévention, lorsque nous les avons interviewé-e-s, nous avons utilisé deux méthodes d'entretiens explicités plus haut, c'est-à-dire deux rendez-vous individuels et un groupe de discussion, nous avons rencontré au total cinq agent-e-s de prévention. Ces personnes engagées dans cette thématique ont été identifiées par leur investissement au sein de leur communauté, leur connaissance et leur implication en lien avec cette thématique. Le groupe de discussion se composait de trois personnes qui se connaissent et ont l'habitude de travailler ensemble : nous leur avons présenté le projet et pris note de leur expérience dans le domaine pendant une heure, et elles nous ont fait part de leur motivation à participer au projet. En parallèle, nous avons rencontré deux personnes très engagées dans la prévention et auprès de leur communauté.

### **III ANALYSE**

Cette partie d'analyse vise à mettre en lumière d'une part les besoins et les questionnements existants chez les professionnel-le-s des domaines de la santé, du social et de l'éducation, les personnes migrantes concernées et les agent-e-s de prévention, et d'autre part les accompagnements proposés et les ressources qu'ils et elles mobilisent déjà dans leurs pratiques et expériences respectives.

La première difficulté que pose la volonté de saisir la réalité du terrain vaudois est l'approche de cette thématique. Premièrement, pour certain-e-s professionnel-le-s le sujet des MGF relèvent de cas isolés : celui-ci reste donc soit quelque chose de peu connu, soit un cas de figure qu'il s'agit de reléguer à une tierce personne estimée plus compétente en la matière. Deuxièmement, les personnes migrantes concernées par les MGF viennent en majorité de sociétés où cette pratique est considérée comme la norme et reste confinée au domaine de l'intime. Il n'y a ainsi pour ces personnes par de raisons a priori de parler de cette thématique comme d'une problématique. De plus, traditionnellement ce sujet ne serait abordé qu'entre pairs ou femmes adultes de parenté proche. Troisièmement, pour les raisons qui viennent d'être énoncées, les agent-e-s de prévention, qu'ils et elles soient interprètes, médiateurs et médiatrices ou des personnes engagées à divers niveaux auprès de leur communauté, soulignent que créer des espaces de discussion, de prévention et d'information quant au sujet des MGF reste un exercice délicat.

En traitant cette thématique, il apparaît assez rapidement qu'il existe une forte interconnexion entre les différents niveaux d'analyse du sujet. Par conséquent, une lecture multidimensionnelle du terrain serait nécessaire mais nous sommes cantonnés par la rédaction à une analyse linéaire nous obligeant à choisir certaines portes d'entrée. C'est ainsi que l'analyse va s'articuler selon le canevas d'entretien en abordant consécutivement la prévention, la formation et la prise en charge.

### **3.1 Prévention**

En réfléchissant sur ce qui relève d'une part de prévention en matière de MGF et d'autre part de leurs prises en charge, nous nous trouvons rapidement face au fait qu'il est difficile de distinguer catégoriquement ces deux aspects. En effet, autant les professionnel-le-s que les agent-e-s de prévention vont être amené-e-s à rencontrer des femmes qui sont excisées et qui vivent avec cela depuis un plus ou moins grand nombre d'années. Puis, s'il y a lieu pour une prise en charge, celle-ci consistera dans la majorité des cas en une prévention d'ordre tertiaire. De même, dans le cas d'une situation avérée d'une personne en danger de subir une MGF, l'action préventive consistera en une prise en charge par le déclenchement d'un processus de protection. Donc la limite entre prévention et prise en charge au sens large reste très perméable sur ces questions. Nous allons de fait commencer par affiner ce qui peut être regroupé sous le titre de prévention.

#### **3.1.1 Une prévention multiple**

La prévention de la pratique des MGF dans le canton de Vaud, comme dans les autres cantons suisses, recouvre une prévention primaire et tertiaire. Plusieurs des professionnel-le-s interrogé-e-s sur leur travail de prévention relèvent que la **prévention primaire** est très difficile à réaliser bien qu'elle serait la plus efficace dans le cas des MGF. En effet, la plupart des professionnel-le-s rencontrent des femmes qui ont subi une excision plus tôt dans leur vie, avant leur venue en Suisse. Une prévention primaire efficace permettrait de réduire l'apparition de nouveaux cas, c'est-à-dire de prévenir que de nouvelles personnes vivant sur sol suisse subissent une MGF. Bien sûr, il reste impossible de prévenir l'augmentation du nombre de personnes concernées liées à l'arrivée de nouvelles personnes en Suisse. Le but réalisable de la prévention primaire ici serait qu'une MGF ne soit pas réitérée après l'accouchement ou reproduite sur et par les générations futures.



Différentes situations relatées par les professionnel-le-s viennent illustrer cet axe préventif :

- « *Beaucoup de travail doit être fait dans les écoles, (pour) la prévention primaire. C'est là qu'on peut toucher le plus de jeunes. Il faut beaucoup travailler avec les infirmiers scolaires* » (sociojuridique). Changer progressivement les pratiques et les normes des générations suivantes est l'approche la plus répandue lors qu'il s'agit de remettre en question le bien-fondé, ici au niveau de la santé, de pratiques traditionnelles. Les milieux scolaires apparaissent par conséquent comme un des lieux propices où diffuser un message préventif.
- Informer les enfants et les jeunes ne suffira pas sans un dialogue en parallèle avec leurs parents, du fait qu'ils demeurent les garant-e-s de la tradition et ce sont elles et eux le plus souvent qui vont prendre la décision d'exciser ou non leur enfant. Ainsi, d'autres professionnel-le-s mentionnent qu'ils font « *un travail de prévention secondaire ce qui implique qu'il y a déjà eu difficulté. (Ils) ne (peuvent) faire de la prévention que de façon très générale en rencontrant les parents* » (sociojuridique). Le but est ainsi d'enrôler la transmission de cette pratique : avec les MGF, les facteurs de risques ne sont pas d'ordre physique ou environnemental, mais socioculturel. Autrement dit, la prévention consiste à initier un délicat changement de perception chez les personnes qui ont depuis toujours considéré cette pratique comme normale.
- Certaines femmes ayant subi une MGF demandent après leur accouchement à être recousues, et « *dans les cas de ce genre, il y a des médecins qui acceptent de recoudre et d'autres qui ne l'acceptent pas. On va donc discuter avec le médecin pour savoir son avis puis discuter avec le couple. (...) Souvent, on ne pense qu'à la patiente (ayant une excision) qui accouche, mais il ne faut pas oublier qu'elle va peut-être donner naissance à une petite fille et que si c'est le cas, celle-ci pourrait être amenée à être excisée* » (médical). Notons que dans la *Guideline Mutilations génitales féminines : recommandations suisses à l'intention des professionnels de la santé* (Hohlfeld et al., 2005 :12), il est rappelé qu'il n'y a pas d'indication médicale pour une intervention de réinfibulation : il est recommandé de fortement déconseiller l'intervention et renoncer

à la pratiquer, tout en informant adéquatement la patiente et en prenant en compte ses questionnements et son contexte de vie.

Les discours de prévention primaire peuvent donc survenir à différents moments, dans différents lieux et être diffusés autant par des agent-e-s de prévention que par des professionnel-le-s des divers domaines concernés. Nous développerons ceci un peu plus loin. Comme pour le cas de MGF la prévention tertiaire regrouperait les actes visant à limiter leurs conséquences physiques ou psychiques, nous traiterons de ces aspects dans le sous-chapitre *Prise en charge* de cette analyse.

### **3.1.2 Une définition à enjeux**

Nous avons déjà présenté dans la partie méthodologique les questionnements liés au choix du terme pour traiter ce sujet. Avant d'entrer plus en amont dans la forme que prend la prévention de la pratique, arrêtons-nous brièvement sur le fond de celle-ci, à savoir ce que recoupe ce terme de MGF. Les professionnel-le-s expriment parfois leur inquiétude de ne pas disposer des **connaissances nécessaires** pour pouvoir aborder le sujet des MGF : « *Ce que fait ma collègue est une bonne idée. Mais d'abord ce serait bien de savoir quels pays pratiquent les excisions. Est-ce que c'est seulement l'Afrique ou y a-t-il d'autres pays ? Quels sont les types de mutilations pratiquées ? A quel âge sont-elles faites ?* » (médical). S'il est attendu des professionnel-le-s de faire de la prévention, de diffuser de l'information, il est plus que nécessaire qu'ils et elles disposent de connaissances suffisantes en la matière. En allant plus loin, certain-e-s s'accordent à dire que sans avoir vraiment vu ce que c'est, une bonne compréhension n'en est pas possible.

Nous n'allons bien évidemment pas prôner ici une recherche d'expérience authentique de confrontation visuelle avec cette pratique. Toutefois, savoir ce qui se définit par le terme général de MGF, avoir vu des schémas représentant les différentes et principales pratiques, développer une connaissance basique de certains éléments socio-historiques liés à cette pratique ainsi que les

pays d'origine où les femmes et filles sont le plus à risque constituerait un bon socle pour ensuite pouvoir aborder le sujet. La plupart des ces informations générales sont rassemblées dans la *Guideline Mutilations génitales féminines: recommandations suisses à l'intention des professionnels de la santé* (Hohlfeld et al., 2005), accessible sur internet.

Par ailleurs, les femmes migrantes consultées ont soulevé d'autres points. D'une part, au fil de leurs échanges, elles ont fait ressortir la **diversité des pratiques** dans les différents pays, mais aussi à l'intérieur même d'un pays, voire d'une communauté. En effet, deux femmes somaliennes s'étonnaient des propos de l'une et de l'autre car elles avaient une expérience tout à fait distincte. Une autre nous rapportait qu'à l'intérieur même de sa famille, certaines des filles aînées avaient subi une infibulation alors que les plus jeunes de la fratrie non. Comme toutes les pratiques culturelles sont dynamiques, il est intéressant de réfléchir aux pratiques actuelles de MGF dans le pays d'origine versus les pratiques qui étaient en cours ou qui faisaient foi lorsque la personne concernée y demeurait. Ces considérations mettent en perspective une vision uniforme de la pratique selon un territoire ou un groupe donné, et implique par la même une nécessaire et constante interrogation des réalités existantes.

D'autre part, des femmes directement concernées autant que des agent-e-s de prévention ont fait remarqué que ces pratiques de MGF relèvent d'une norme pour les personnes qui les perpétuent. Une femme infibulée à l'âge de 10 ans nous confie qu'à partir de 6 ans c'est elle qui demandait à sa mère quand serait son tour pour devenir comme les autres filles. Or, une approche sensible est nécessaire dès lors que l'on souhaite **questionner la normalité** et déclencher une remise en question par rapport à celle-ci. Ce faisant, la pratique ou la représentation relative à ce qui est normal va basculer dans l'anormalité et produire un bouleversement des repères ; dans le cas de MGF, il peut d'agir des perceptions liées au corps, à la féminité ou à la sexualité. Rappelons que, bien que ces normes varient en fonction du lieu et du temps, il est question ici d'initier un changement progressif émanant du libre arbitre des personnes concernées et non d'imposer une vision ethnocentrique de la beauté et de la santé. À cette fin, il est pertinent d'établir également un dialogue avec les hommes issus des

communautés concernées : ils jouent effectivement aussi un rôle prépondérant dans la pérennisation et la diffusion des idéaux attendus. Au niveau préventif, ils deviennent donc des éléments-clés à impliquer dans la réflexion et le travail en vue d'abandonner cette pratique partagée. Somme toute, la construction d'un dialogue et d'un lien de confiance est nécessaire entre le ou la professionnel-le ou l'agent-e de prévention et la personne concernée par cette pratique.

### **3.1.3 Parler d'un tabou**

Dialoguer, en parler, offrir un espace de discussion et se montrer disponible sont mis en évidence comme les fondements de l'action préventive (et d'une éventuelle prise en charge) sur la thématique. Cependant, subsiste la question de comment, où et avec qui aborder un sujet revêtant des aspects délicats autant d'ordre culturel que physique ou psychique.

Premièrement, **différents moments** sont propices pour tenter un échange sur le sujet. « *Il y a les étapes de la vie qui peuvent aider, qui sont importantes. La puberté quand les règles arrivent, c'est l'occasion une d'en parler, (...) l'adolescence (...) donc c'est l'occasion de parler à nouveau d'éducation sexuelle, (...) au moment du mariage* » (médical). Autrement dit, « *les professionnels doivent donc être attentifs à différentes étapes qui peuvent faciliter une ouverture à la discussion : ainsi, des évènements tels que mariages, naissances, premières règles etc. sont des opportunités à saisir par le professionnel pour « poser la question » et engager la conversation* » (social). De plus, comme il a déjà été mentionné, le discours utilisé et les attitudes par rapport à toute forme de MGF devraient chercher à éviter la diffusion d'un jugement de valeur ou d'une condamnation, et laisser place à un échange, inviter à confier des préoccupations ou à poser des questions. Dès lors, les compétences interpersonnelles sont à valoriser.

Deuxièmement, il existe des **lieux** où cette discussion peut être entamée ainsi que des professionnel-le-s auprès de qui des personnes vont déjà chercher des conseils ou un suivi ; tou-

te-s constituent alors des berceaux pour l'action préventive. Nos différent-e-s interlocuteurs et interlocutrices ont relevé les suivants :

- dans les associations d'étrangers et étrangères ou les autres associations où se réunissent les diverses communautés ;
- auprès des assistantes sociales ou assistants sociaux et intervenant-e-s du SPJ, lors des entretiens ;
- l'Unité multidisciplinaire de santé des adolescents ;
- l'Unité psychosociale du département de gynécologie obstétrique (qui regroupe des sages-femmes conseillères et de liaison, des conseillères en santé sexuelle et reproductive-planning familial, des cours de préparation à la naissance et des consultations psychosomatiques, psychosociales et sexologiques) ;
- auprès des gynécologues ;
- auprès des interprètes et médiateurs ou médiatrices communautaires.

Par ailleurs, bien que la thématique soit intimement liée à la santé et au corps, elle influence également sur la vie quotidienne dans ses divers aspects tels que la famille, le travail, la parentalité ou le couple. Par conséquent, il ne revient pas qu'aux professionnel-le-s du domaine gynécologique obstétrique de saisir ces moments propices à la discussion, mais également aux autres acteurs et actrices professionnel-le-s du réseau entourant la personne susceptible d'être concernée : nous pensons par exemple aux enseignant-e-s, aux personnes en charge d'un suivi social, aux pédiatres, aux conseillères et conseillers en orientation. À ce sujet, nous reviendrons plus tard sur l'importance du travail en réseau et des possibilités ainsi offertes. Dans le même temps, nous tenons à remarquer que l'idée n'est pas non plus que tou-te-s les professionnel-le-s cherchent à dépister des MGF à tout va. Dans ce sens, ils et elles doivent disposer des outils suffisants pour savoir reconnaître ce qui relève ou ne relève pas d'une situation de MGF.

Enfin, revenons également sur le rôle tout à fait primordial des **interprètes ou médiateurs et médiatrices communautaires** dans l'action préventive. Ces professionnel-le-s qui officient en tant que pont entre différentes communautés et contextes de vie sont reconnu-e-s par les

femmes migrantes et les professionnel-le-s comme des facilitateurs et facilitatrices du dialogue. L'une de ces personnes relais raconte que « *c'est un rôle plus de culture que de traduire les mots* » et relate de situations où « *si une dame somalienne parle avec (elle), (elle) lie contact. Elle a confiance plus que dans les autres personnes qui n'ont pas le même pays qu'elle* ». Ressort donc que l'existence d'un lien de confiance, fondé sur une certaine connaissance ou reconnaissance de caractéristiques partagées, facilite l'entrée en dialogue sur un sujet touchant à l'intimité.

Dans le même ordre d'idée, un certain inconfort est ressenti par les femmes directement touchées par les MGF lorsque les animatrices sur le sujet ne sont pas des femmes excisées ou du moins issues des communautés qui partagent ces pratiques. Les femmes voulant en parler attendent un discours authentique sur ce sujet qui pour elles représente un épisode vécu avec toutes les conséquences y relatives. Ainsi, une femme migrante relate : « *J'ai eu pas mal de les gens ils parlaient n'importe comment, parce qu'il y a les femmes qui sont jamais excisées et elles parlent à ce sujet. Elles disent "oui ! On a coupé, on lui a fait ça, c'est pas bien !" On sait que c'est pas bien. Le sujet il faut parler de vérité. Ils savent pas ce que c'est la vérité de ce sujet. C'est ça que ça me touche beaucoup* ». Bien sûr on pourrait ouvrir la discussion et se demander si seulement les personnes qui ont vécu ou ont la connaissance expérimentée d'un sujet sont légitimées à en parler, mais ce débat n'a pas sa place ici. Nous souhaitons simplement mentionner que ce sentiment existe et rendre attentif au fait qu'il peut être rencontré. De plus, il vient appuyer la pertinence de former des agent-e-s de prévention ou de compter sur des interprètes, médiateurs et médiatrices communautaires déjà formé-e-s pour aborder la thématique et prévenir la continuation de la pratique.

En conclusion, le travail préventif pour les MGF nécessite la création d'un espace de dialogue et d'un lien de confiance. Pour approcher cette thématique dans le respect de l'altérité qu'elle peut représenter, les éléments mentionnés ci-dessus doivent être gardés à l'esprit, à savoir : être suffisamment informé-e sur le sujet ou poser des questions pour le devenir ; se montrer attentif ou attentive aux moments de vie et aux occasions pouvant faciliter une entrée en matière ; donner une place centrale aux attentes et besoins exprimés par les femmes

premièrement concernées et ne pas transposer sur elles des préconceptions ethnocentrées ; favoriser la création d'un lien de confiance, et si besoin faire appel à des personnes relais pour ce faire.

### **3.2 Formation**

Pour développer ces connaissances et compétences de savoir-être et de savoir-faire chez les professionnel-le-s et pour les renforcer et les structurer davantage chez les médiateurs et médiatrices, interprètes, agent-e-s de prévention, des formations sont essentielles. Cette prochaine partie présente un aperçu de ce qui existe et de ce qui reste à développer au niveau de la formation pour les professionnel-le-s du canton.

#### **3.2.1 La situation actuelle : survol des formations existantes**

Commençons par souligner qu'au cours des 10 dernières années, ce sujet a de plus en plus été à l'ordre du jour de divers congrès ou colloques et qu'il commence à intégrer de manière plus officielle certains cursus de formation. Il est donc positif de constater que l'évolution est positive à ce niveau, même si comme nous allons le voir, le nombre et le contenu des formations sont loin d'être encore suffisants à ce jour. *« Jusqu'en 2006, nous n'avons pas eu beaucoup de formation à ce sujet et c'est avec la journée de sensibilisation en Valais que j'ai pu mieux réaliser le rôle qu'on avait et me sentir un tout petit peu plus autorisée à aborder le thème des MGF (...). Il y a aussi un manuel pour professionnels qui vient de sortir (N.B. Institut international des Droits de l'Enfant et al., 2009) et qui donne encore plus d'informations mais je pense que nous avons besoin de plus de formation »* (paramédical). Ainsi, certains efforts ont déjà porté leurs fruits mais ces projets doivent être poursuivis. Les professionnel-le-s ayant bénéficié d'une formation dans le domaine constituent une minorité et affirment avoir souvent dû se former de leur propre gré : *« malheureusement pour le moment nous ne sommes pas assez formés sur le sujet et si besoin nous devons le faire de notre propre initiative et ce n'est pas toujours évident »* (médical).

Si l'on considère que ce sont les professionnel-le-s des domaines du médical, du paramédical, du social et de l'éducation qui sont les plus à même de rencontrer ce genre de situations, intéressons-nous dans un premier temps à leur **formation de base**. Seul-e-s deux professionnel-le-s de notre échantillon interrogé attestent avoir suivi un module de formation intégré à leur cursus de base, et soulignent en parallèle que ce dernier ne leur semble pas suffisant: « *dans notre formation de conseillère (N.B. en santé sexuelle et reproductive), les MGF sont inclus dans notre formation de base. On en parle brièvement, mais on en parle* » (paramédical), « *dans notre formation de base (N.B. en médecine), on a eu des infos vaguement en gros. On devrait avoir plus d'informations sur comment reconnaître une MGF et comment la prendre en charge* » (médical). La place donnée aux MGF dans ces cursus de bases ressort donc comme minime et peu formatrice.

Par ailleurs, que ce sujet soit intégré ou non au programme de formation dépend en grande partie de la sensibilité y relative des universités ou hautes écoles. Ainsi, dans la formation universitaire de médecine la thématique sera plus ou moins abordée sous les titres plus généraux de la maltraitance ou de la migration par exemple, mais toujours selon l'orientation et les sujets de spécialisation des maître-sse-s d'enseignement. Plus spécifiquement dans la formation en gynécologie, au niveau post-gradué cette fois, la thématique des MGF est admise au sein du cours bloc en psychosomatique. Par conséquent, il semble qu'une attention au sujet existe dans la branche spécifique de la gynécologie. Dans les champs du social et de l'éducation, *a priori* les formations de bases et au niveau post-gradué ne contiennent pas de module dédié à la thématique. À nouveau ici, il ressort que les MGF pourront être abordés si l'un-e ou l'autre enseignant-e s'est intéressé-e ou a été formé-e au sujet, mais nous imaginons qu'il s'agit plutôt d'exceptions.

Reste la **formation continue** aux professionnel-le-s pour acquérir ou approfondir des connaissances autour de la thématique. À nouveau ici, l'accès au sujet est pour le moins sporadique. Quelques journées d'études ont été organisées dans les différents cantons romands au cours des 6 dernières années. A l'échelle vaudoise, les MGF étaient au programme d'une des



après-midi du cycle de formation continue *Santé et migration* en 2010. Autrement dit, il s'agit toujours de formations optionnelles et volontairement suivie au gré des envies ponctuelles et des parcours professionnels, comme le relatent ces professionnel-le-s : « *c'était une formation à Bern, organisée par UNICEF mais j'y suis allée de ma propre initiative* » (paramédical) et « *à titre personnel, je pense avoir quelques outils, mais je les ai grâce à mon parcours. Je travaille beaucoup avec les populations migrantes et j'ai la chance d'avoir des contacts qui m'enseignent et me sensibilisent* » (médical).

Or, si l'on veut toucher le plus d'étudiant-e-s possibles, pour davantage de professionnel-le-s formé-e-s à l'avenir, que cela soit dans le domaine médical, le domaine social ou de l'éducation, un module consacré aux MGF devrait être intégré dans la formation pré-grade, idée que partagent des professionnel-le-s interrogé-e-s : « *je pense qu'au sein de la formation de base, il devrait y avoir un cours basique sur les MGF qui inclue des informations sur ce que la loi suisse dit à ce sujet, sur les structures à contacter quand on est face à une situation de MGF, etc...* » (sociojuridique), « *comment faire pour que l'ensemble des étudiants en médecine soit informé au moins une fois ? Il faut passer par la formation pré-grade. Comment faire pour rattraper tous ceux qui n'ont pas eu de formation ? Il faut l'ajouter dans la formation post-grade. Malheureusement dans le post-grade, on ne va toucher qu'un collectif restreint* » (médical).

Quant à la question d'une **formation spécifique ou générale**, il est clair que les différents domaines que touche la problématique des MGF n'ont pas tous les mêmes besoins et qu'il est nécessaire d'y adapter la formation. Ainsi, pour les gynécologues « *des cours de chirurgie réparatrice et d'éthique seraient appréciés. C'est important car les gynécologues se retrouvent face à des dilemmes d'ordre éthique : faut-il ou non recoudre une femme ayant subi une infibulation après un accouchement ? Les avis sont partagés* » (médical). Or, ces besoins plus techniques ne sont pas forcément pertinents pour un-e assistant-e social-e, un-e médecin généraliste ou un-e enseignant-e. Il s'agirait donc de mettre en place un système d'informations et de formations de base comprenant des généralités sur les MGF, puis une formation post-grade de spécialisation

selon les besoins de chaque profession, ce afin de permettre une prévention et une prise en charge plus efficaces.

### 3.2.2 Des contenus de formation à élaborer

Suite à ce qui a été entendu, il apparaît donc que les professionnel-le-s tombent d'accord : il existe un réel besoin en matière de formation sur le thème des MGF. Les rares professionnel-le-s qui détiennent les outils appropriés sont des spécialistes ou ont eu la chance d'être formé-e-s par celles et ceux-ci: « *nous n'avons pas de directives qui nous expliquent comment faire face à des femmes ayant une mutilation génitale. (...) Nous pouvons faire de la prévention secondaire avec les mères, mais nous avons besoin d'être formés. (...) En suivant une jeune fille, je me suis rendue compte à quel point j'avais peu d'informations* » (paramédical). De même une personne directement concernée par la question qui travaille en tant qu'interprète pense qu'aux professionnel-le-s il « *manque beaucoup de forums, pas seulement une fois par année (...) ça doit être des jours fixés. (...) Il faudrait avoir huit heures par jour. Dans ces journées, il faudrait leur apprendre le rythme de la maladie* ».

Outre cette idée commune que davantage de temps dédié à la formation est nécessaire, se pose plus principalement la question de ce que devrait contenir cette dernière : quelles sont les connaissances à apporter et les compétences à développer pour être ensuite préparé-e-s au mieux à prévenir ou prendre en charge des situations liées aux MGF ? Quels pourraient être les outils dont les professionnel-le-s ont besoin ? Les éléments à développer semblent s'articuler sur trois axes. Premièrement, des **connaissances d'ordre théorique** principalement, en accord avec les dires de cette professionnelle : « *Il serait important d'avoir des informations sur ce qu'est l'excision, une liste des pays qui la pratiquent, des références. Je pense qu'un cours d'une heure serait suffisant* » (paramédical). Ainsi, il s'agirait dans ce premier axe de couvrir le contexte socio-géo-historique de la pratique, ses déclinaisons au niveau physique, leurs conséquences sur la santé, et un aperçu des diverses interprétations sous-jacentes qui permet une compréhension plus fine des MGF.

Deuxièmement, un ensemble de **compétences relevant du « savoir être »** face à une pratique relevant d'une altérité certaine pour la majorité des professionnel-le-s. Autrement dit, il s'agirait de couvrir ici les compétences interpersonnelles en transculturalité, le positionnement professionnel face aux nouvelles problématiques rencontrées, les résonances personnelles et la gestion des émotions en découlant. Le niveau purement théorique ne suffisant pas sur des questions multidimensionnelles comme celle-ci, nous expliciterons la pertinence de ces aspects dans la partie *Prise en charge* de cette analyse qui interrogera justement la manière dont les professionnel-le-s répondent actuellement aux besoins et attentes des femmes ayant vécu une MGF. Ces compétences de « savoir être » à développer devraient au final pouvoir aiguiller en outre sur les questions récurrentes suivantes : comment aborder le sujet et que faire avec ce qui est confié? Que faire pour ne pas brusquer la personne concernée, mais dans l'idéal établir et conserver une relation de confiance ? Cela tout en étant plus à même de gérer les réactions émotionnelles personnelles trop souvent présentes chez les professionnel-le-s lors de la prise en charge.

Troisièmement, et nous allons progressivement dans le plus concret, le dernier axe consisterait plutôt en une mise en place d'un **réseau collaboratif d'intervention**, ou une meilleure connaissance de celui existant, à un niveau local selon les besoins et prestations respectives des différents domaines ou institutions confrontées à des questionnements sur la thématique. Autrement dit, alors que l'axe précédent orientait davantage sur des interrogations du type « comment faire pour être attentif à un éventuel risque ? » ou « comment réagir si une personne confie des inquiétudes ou des besoins spécifiques liés aux MGF ? », il s'agirait dans ce troisième ordre d'idée de clarifier les démarches à entreprendre dans le cas d'une suspicion, les prestations de prise en charge et services proposés par les différents organismes du réseau afin de savoir qui/quoi mobiliser et avec quels objectifs et attentes. En effet, les professionnel-le-s ressentent « *qu'il serait utile d'avoir un réseau afin de pouvoir contacter une personne plus compétente en cas de doute et aussi de mieux orienter les migrants en question* » (sociojuridique). Un autre objectif de cet axe formatif serait de mettre à disposition des espaces pour élaborer des pistes autour de

l'action préventive ou de la prise en charge des MGF soit en groupe interdisciplinaire, soit à l'échelle interne d'institution ou d'association concernées.

Enfin, le survol des formations existantes présenté au point précédent a mis en évidence des disparités entre les différentes branches professionnelles. Alors que les professionnel-le-s des domaines médical et paramédical, notamment les spécialistes en gynécologie-obstétrique ou en santé sexuelle et reproductive, semblent avoir légèrement plus de chances de bénéficier d'une formation (éventuellement dans leur cursus de base, sinon dans des settings diversifiés de formation continue), il reste nécessaire de proposer un accès à des formations aux professionnel-le-s des domaines social et surtout pédagogique. De même, pour l'ensemble des professionnel-le-s, ces formations ne devraient plus être uniquement le résultat d'une volonté et prise d'initiative propre mais partie intégrante d'une formation continue pertinente pour leur pratique et soutenue par leur employeur. Cette formation continue devrait couvrir les trois axes formatifs décrits précédemment afin de permettre une mise à niveau des collaborateurs et collaboratrices des différents secteurs appelés à travailler en réseau.

Avant de conclure les réflexions liées aux besoins en formation, n'oublions pas de mentionner les interprètes ou médiateurs et médiatrices communautaires. Celles et ceux-ci ont en règle générale un pan de leur formation consacré au positionnement professionnel dans leur rôle de « pont entre deux cultures ». De plus, selon leur communauté d'origine, leur âge, leur sexe, leur contexte familial, ils et elles disposeront de plus ou moins de connaissances sur les MGF dans un contexte spatio-temporel précis. Pour cette catégorie d'intervenant-e-s, il s'agira donc d'une part, de favoriser les échanges sur les pratiques des un-e-s et des autres, et de diffuser des connaissances générales et théoriques sur les MGF : cela afin de permettre une certaine prise de recul des connaissances issues de sa propre expérience de vie tout en les valorisant, ainsi qu'une ouverture sur la diversité des façons de faire et d'interpréter. D'autre part, il leur serait utile de développer une bonne compréhension et connaissance du réseau actif sur la thématique, étant donnée que les interprètes ou médiateurs et médiatrices communautaires sont en première

ligne lorsqu'il est question de réceptionner des demandes diverses et d'orienter des personnes vers les services appropriés.

### **3.3 Prise en charge**

Le but d'une bonne information et formation dans le cadre professionnel est évidemment une meilleure **prise en charge** des femmes ayant subi une MGF. Comme pour le chapitre précédent, prenons d'abord un instant pour esquisser la réalité de la prise en charge actuelle dans le canton de Vaud, pour ensuite grâce aux propos récoltés étayer les aspects lacunaires et les éléments à encourager sur le terrain.

#### **3.3.1 Des réactions au cas par cas faute de ressources suffisantes**

Dans le canton de Vaud, vivent 1498 femmes provenant de pays pratiquant une forme ou l'autre de MGF ; ce chiffre n'est représentatif du nombre de femmes qui ont subi une MGF, car la prévalence varie fortement d'une région à l'autre, d'une génération à l'autre et selon les classes sociales. Une spécialiste du CHUV estime que potentiellement 600 à 800 femmes touchées par cette problématique y consultent par année.

Rappelons ici que nous sommes face à une thématique que les professionnel-le-s qualifient volontiers de « complexe » et ce pour plusieurs raisons. Dans un premier temps, l'une des difficultés importantes relève du fait que les professionnel-le-s n'ont d'autre option que de travailler dans une sorte de flou artistique, selon leur sensibilité et expériences propres, car « *comme il n'y rien d'institutionnalisé, (ils travaillent) de manière personnalisée et intuitive* » (médical). En effet, comme déjà mentionné, c'est souvent de leur propre initiative ou grâce à leur parcours de vie qu'elles et ils ont été informé-e-s et/ou formé-e-s sur le thème des MGF, comme le soutiennent ces discours : « *d'avoir été confrontée à plusieurs situations d'excision a fait que j'ai fait des recherches sur le sujet* » (sociojuridique) ou « *j'ai de bonnes connaissances au sujet de l'excision, ceci parce que j'ai beaucoup voyagé dans ces pays-là avant d'arriver en Suisse* » (paramédical). En accord avec les réflexions précédentes, il apparaît donc nécessaire de proposer

certaines pistes de travail et d'intervention aux professionnel-le-s, notamment à travers des formations, qui faciliteraient la prise en charge parfois problématique des MGF.

Ressort également ici un réel besoin en matière d'information, et non seulement pour les professionnel-le-s mêmes selon leurs dires mais aussi de l'information à transmettre aux personnes migrantes : « *Le fait que cette problématique soit si complexe fait qu'elle est à traiter de façon transversale et on aurait besoin de flyers, comme ceux de la campagne contre les mariages forcés, afin d'avoir et de donner toutes les informations nécessaires* » (sociojuridique). Une spécialiste du domaine médical confirme l'importance du partage de connaissances en soutenant que « *des fois juste avec les bonnes informations comme ça, ça permet d'aider plus qu'avec le bistouri* ». La personne mentionnée précédemment qui avait été volontaire et demandait à être excisée dans son enfance (page 19) souligne également que maintenant qu'elle connaissait les conséquences, elle avait envie de dire aux jeunes filles et aux hommes qu'il faut arrêter.

De même, les professionnel-le-s comme les interprètes ou médiateurs et médiatrices communautaires regrettent qu'« *il n'y a pas de structures qui existent pour aider les professionnels en cas de besoin* » (médical) et qu'ils ont « *souvent affaire à des domaines où (ils ne sont) pas compétents* » alors même que leur objectif « *est de pouvoir faire un bout de réorientation (...) pas seulement dire aux gens d'aller au CHUV mais essayer de savoir qui contacter* » (sociojuridique). De là, la pertinence de mettre en place un outil pouvant prendre la forme d'un « *répertoire d'adresses de structures typiques qui peuvent accueillir ces situations : cela faciliterait la tâche* » (paramédical). En parallèle, à la question de savoir quelles **ressources ou partenaires du réseau** ils et elles mobilisent déjà, les réponses sont multiples et pertinentes :

- pour des questions d'intervention chirurgicale de défibulation, le CHUV ;
- pour des informations quant à la santé et à l'éducation sexuelles, la contraception, les centres de planning familiaux et les consultations en sexologie du CHUV ;
- pour des questions de couples, de parentalité, les sages-femmes conseils, Profa et la consultation en périnatalité ;

- pour un suivi psychosocial (conflit de loyauté avec la famille, syndrome post-traumatique), les consultations psychothérapeutiques d'Appartenances ;
- pour contrer des sentiments d'isolement ou de solitude et encourager les rencontres, notamment via des cours de langues, le Centre femmes d'Appartenances.

Ainsi, des réponses existent mais il est encore nécessaire de **renforcer le réseau** et de « *repenser les questions de transmission des informations médicales* » (médical). En effet, des difficultés de communication apparaissent dans certains cas : « *Des personnes sont arrivées en Suisse suite à un regroupement de famille, et puis ils (des professionnel-le-s) ont vu l'enfant à la consultation comme ça et puis ils ont noté dans le dossier que probablement il avait été excisé dans le pays. (...) ils ne sont pas soumis à notre loi dans un autre pays et on ne va pas faire quelque chose, mais la question est quand même cette maman qui va bientôt accoucher a peut-être les vellétés de refaire la même chose, et ça n'a pas été abordé* » (médical). Ainsi, dû à la confidentialité impliquée par les différents milieux professionnels, le milieu médical en tête, le travail préventif peut s'avérer très difficile à réaliser de manière collaborative : par exemple, une femme infibulée qui accouche sera vue par son médecin traitant qui annotera toutes les informations dans son dossier de suivi, or ces informations ne seront pas vues par le futur pédiatre de l'enfant. Une professionnelle du domaine médicale propose dans cette optique de recourir plus fréquemment à une anamnèse familiale permettant la prédiction du risque individuel en prenant en compte les facteurs environnementaux, afin de mieux cibler les investigations diagnostiques ainsi que les mesures de prévention (Bochud, M., Waeber, G. & Vollenweider P., 2009).

Quant au réseau que chaque professionnel-le devrait développer autour de sa propre pratique, celui-ci est une base pour demander des conseils en cas de doutes, avoir un soutien en tant que professionnel-le face à des histoires lourdes à porter et bien entendu savoir chez qui adresser une personne pour telle ou telle demande. En parallèle, il demeure important de ne pas tout de suite « déléguer » la personne concernée et ses attentes à un-e autre professionnel-le, car comme nous allons le voir, établir et conserver un lien de confiance est une des pistes-clés d'une

bonne prise en charge. En effet, d'expérience une professionnelle souligne que *« ce sont des cas que je pense on ne peut pas adresser en fait : c'est mieux de porter un moment parce que sinon c'est « ah oui, il n'a pas voulu. Il m'a tout de suite condamnée, il m'a envoyée chez qqn »*. A part quand il s'agit justement concrètement de quelqu'un qui a mal, quelqu'un qui a besoin d'un traitement ou quelqu'un qui a un syndrome post-traumatique ou comme ça » (médical). Ainsi, dans le cas où un assistant social par exemple appelle une médecin pour des informations ou une demande de conseil, il est parfois nécessaire de prévoir un rendez-vous de consultation, car *« pour beaucoup de questions, qui ne sont pas purement psychologiques, même là, des fois c'est quelque chose qui est quand même assez lié au corps forcément. Et c'est des fois difficile de donner des conseils ou de parler de quelque chose sans savoir de quoi on parle »* (médical), c'est-à-dire au niveau médical, sans pouvoir consulter et savoir exactement quelle est la situation en question, sachant qu'il s'avère difficile pour les novices de la deviner sans la sur- ou la sous-estimer.

Ces exemples et les considérations sur la prise en charge y relative mettent en évidence qu'il n'est pas possible d'établir un protocole d'intervention figé, universel et applicable par tout-e professionnel-le pour chaque personne concernée par le sujet des MGF. Cependant, la prise en charge des ces questions s'avère d'autant plus délicate : qu'elle soit adaptée ou non aux besoins et attentes de la personne concernée va dépendre avant tout de la connaissance du réseau chez le ou la professionnel-le, afin de savoir où et à quel moment entamer quelque chose, et de ses compétences de « savoir-être », pour être à même de développer un dialogue de confiance et recueillir de manière appropriée lesdits besoins et attentes.

### **3.3.2 Intégrer la prise en charge**

En parlant de prévention précédemment, il a été relevé que certains moments sont propices pour ouvrir la discussion à ce sujet. De même pour la prise en charge, il s'agit de *« savoir déjà dans quelle situation, dans quelle tranche de vie, il faut aborder la question, comment il faut l'aborder, puis si on a quelque chose à qui il faut l'adresser, qu'est-ce qu'on peut faire quand quelqu'un est enceinte, avant un mariage, savoir quelle consultation s'en occupe et tout ça. Il ne suffit pas de connaître les guidelines, (mais) savoir aussi comment on les traduit dans la vie*



*quotidienne, et après dans une clinique ou dans un hôpital pour que indépendamment d'où la patiente entre, elle ait une prise en charge adéquate* » (médical). Autrement dit, quand la personne a déjà vécu une excision, la réflexion va porter sur ce qu'elle souhaite faire à présent, si elle souhaite changer quelque chose, et sur les possibles prestations à lui présenter. Toutefois, il ne faut pas pour cela oublier que la mutilation génitale est une composante comme parmi d'autres de la vie quotidienne des femmes.

Dans cet ordre d'idée, le discours et la recherche de solutions doivent se centrer sur ce dont elles ont besoin, chacune dans leur individualité, *« par rapport au passé, au présent, à l'avenir ; (...) l'idée ce n'est pas de créer un ghetto, c'est-à-dire que ça fait partie d'une problématique de la santé dont on pense qu'il faut s'occuper »* (médical). En effet, prendre la question comme partie intégrante possible de la vie d'une femme permettrait de **normaliser la prise en charge** : attention, on ne parle pas ici de minimiser les conséquences que peut avoir la pratique au niveau physique, psychique, social, etc., mais d'intégrer la question dans des considérations sur par exemple le couple, les enfants, l'activité physique ou professionnelle, la sexualité et l'identité sexuelle. De nouveau, en tant que thématique transversale à différents aspects de la vie, elle ne va donc pas relever que de la responsabilité du corps médical, *« par exemple si on est une assistante sociale je pense que ce serait bien de savoir si une femme quand elle a 25 ans ou peut-être pas encore eu d'enfants, si elle a osé une fois aller voir un médecin gynécologue ou juste savoir si elle a des questions. Donc en fonction de chaque métier, c'est autre chose »* (médical).

En somme, l'approche prônée ici propose d'inclure la question des MGF dans une prise en charge de la personne, des femmes, dans leur contexte social et familial, ceci afin d'éviter de tomber dans une marginalisation ou victimisation des personnes concernées par la pratique. Victimer les personnes touchées par cette pratique, par exemple par des réactions d'ordre paternalisante à leur égard ou en proposant une prise en charge systématique des femmes excisées sans considérer leurs propres désirs individuels, risquerait par la même de renvoyer ces femmes à une anormalité, position contre laquelle nous avons déjà mis en garde lorsqu'il

s'agissait de faire de la prévention. Le type de prise en charge ou les réactions qui pourraient placer la personne concernée dans une altérité inconfortable pour le moins, peuvent être évitées pour autant que la relation interpersonnelle soit solide et fondée sur une reconnaissance mutuelle.

### **3.3.3 L'importance du lien pour une prise en charge appropriée**

Rappelons qu'il s'agit d'un sujet tabou que les personnes migrantes concernées n'aborderont peut-être pas d'elles-mêmes, du fait que « *la MGF est un sujet tabou, dont on parle très peu, voire pas, dans les pays d'origine. Elle relève de la sphère intime et familiale* » (Institut international des Droits de l'Enfant et al., 2009 : 25). C'est pourquoi, dans le processus de créer cette relation de confiance, il est très difficile dans un premier temps pour les professionnel-le-s de briser ce tabou sans connaître la position de leur interlocutrice sur ce sujet intime, position pouvant prendre des directions variées : « *j'ai une patiente avec qui on peut en parler et qui opte pour une reconstruction. D'autres sont scandalisées à l'idée même d'en parler. D'autres encore sont dans un déni total de leur MGF et ne le mentionnent jamais* » (médical). Si c'est sur l'initiative du ou de la professionnel-le que la discussion va s'ouvrir, une responsabilité supplémentaire lui revient pour d'une part saisir les espaces et moment propices à cet échange, et d'autre part adopter une attitude appropriée: « *c'est à nous de poser la question car elle ne le feront pas de leur propre initiative et ce qui compte, c'est la manière de poser la question* » (paramédical).

De plus, en filigrane à ce qui est attendu du ou de la professionnel-le, n'oublions pas le sentiment de malaise qu'il ou elle peut ressentir s'il ou elle estime ne pas être assez sensibilisée à la problématique, comme le mentionnent deux personnes de notre échantillon : « *personnellement, je voudrais savoir comment aborder ce problème sans les choquer ou les mettre mal à l'aise* » (médical) ou « *je voudrais mieux comprendre ces dames et arrêter de projeter mes idées sur ce qu'une excision peut représenter pour elles. Ma grande question est de savoir comment faire mieux pour être à l'écoute de ces personnes, pour ne pas les blesser, les choquer, pour qu'elles ne se sentent pas jugées, afin qu'on puisse les aider, avoir un dialogue* »

(paramédical). Malheureusement, plusieurs impairs nous ont été relatés, autant du côté des professionnel-le-s que des femmes migrantes, liés à des situations « *où soit les gens n'étaient pas du tout préparés à être confrontés à la thématique, ou alors ils se mêlaient de ce qui ne les regardaient pas, ou inadéquatement* » (médicale). Donnons ici quelques illustrations de cas où l'attitude adoptée ou la réaction professionnelle furent inappropriées, parce que trop émotionnelles ou empreintes de jugement à tendance ethnocentrique :

- Une médecin s'est vu adressée une jeune fille excisée, arrivée depuis 48h en Suisse, envoyée par une référente du domaine sociale ayant jugé bon de l'envoyer en urgence chez le gynécologue avec le discours « on ne peut pas vivre comme ça, il faut faire quelque chose! » (médical).
- Une femme migrante raconte qu'à la naissance de son 1<sup>er</sup> enfant en milieu hospitalier il y a 14 ans, le corps médical l'a traitée de « mère irresponsable qui allait tuer son enfant » car elle refusait d'ouvrir les jambes ; elle n'y arrivait en fait pas, retraumatisée par la situation à ce moment-là qui lui rappelait trop le moment de son excision.
- Dans une autre situation datant de 2002, une femme relate que le médecin lui a dit, lorsqu'elle refusait l'épisiotomie : « *votre mère vous a tuée et vous allez tuer votre enfant* ».
- D'autres situations reflètent une propension à surréagir, lorsqu'un-e professionnel-le suspecte qu'un enfant a été ou est excisé et au lieu d'ouvrir un dialogue là-dessus, les services de protection sont directement mobilisés ou la famille est renvoyée vers d'autres institutions du réseau afin de subir des examens qui ne leur ont pas été annoncés.

Ces quelques exemples reflètent des réactions ou attitudes qui relèvent de cas malheureux et espérons plutôt rares. Ils mettent toutefois bien en évidence l'importance d'établir une bonne relation avec la personne accompagnée et d'être suffisamment préparé-e-s en tant que professionnel-le-s à traiter de la question des MGF. Cette préparation suffisante ne se constitue pas uniquement de connaissances théoriques et procédurales sur cette pratique en question. Plus spécifiquement, tout un travail doit être fait dans le positionnement

par rapport à la personne, migrante en général, à qui il s'agit d'offrir une prestation que celle-ci soit de soins médicaux, de soutien psychologique, d'orientation sociale ou juridique. Ce travail visant à développer certaines compétences de « savoir être », facilitant le décentrement et la création du lien entre les protagonistes impliqué-e-s, n'est pas un requis propre aux situations de MGF ; ces compétences peuvent en effet s'avérer utiles voire nécessaires lors qu'un travail de proximité dans lequel l'individu est au centre des préoccupations. La capacité de décentrement ou de non jugement est elle vivement encouragée lorsque la pratique professionnelle se fait au contact de personnes migrantes ou non mais véhiculant des valeurs, des us et coutumes, des perceptions ou représentations diverses et non partagées par la société d'accueil.

Enfin, il a déjà été dit et répété que la question des MGF se rapporte à la sphère intime : pour que le sujet puisse être amené d'abord puis éventuellement intégré dans un processus de prise en charge, une relation de confiance doit exister en la personne concernée par la question et le ou la professionnel-le impliqué-e dans le suivi. En effet, sans cela, il sera difficile si ce n'est impossible d'atteindre les personnes cibles pour la prévention ou de leur offrir des prestations dans un autre temps. Une interprète raconte qu'elle est parfois contactée par des personnes de sa communauté en situation d'insécurité par rapport à la prise en charge : *« il y en a qui m'appelle « écoute, j'ai pas de confiance en l'hôpital. » « Pourquoi ? » « Non parce que chaque fois que je dis j'ai mal ici j'ai mal là, ils contrôlent mais c'est pas ça qui manque ». On ne lui dit rien « Tout est normal madame, vous pouvez rentrer à la maison, vous allez bien, très bien, il faut pas chaque fois venir chez le médecin. C'est pas comme ça le but, nous on a beaucoup de choses, il y a beaucoup d'urgences, on est très très occupés Madame. Il ne faut pas venir tous les mois! ». Mais elle, elle rentre à la maison, elle est triste »*. Cette appréhension envers les professionnel-le-s ou les institutions semblent être assez répandue dès lors qu'une mauvaise expérience a été vécue personnellement ou par une connaissance. Les femmes migrantes interrogées ont ainsi souligné l'importance d'entretenir une bonne relation où le dialogue est possible, avec leurs différent-e-s médecins et référent-e-s. Remarquons que ce prérequis dans la relation est applicable pour toutes les thématiques touchant à la sphère intime.

En conclusion, le travail des professionnel-le-s pourrait se concentrer à essayer d'éviter un « choc culturel » en se montrant suffisamment formé-e sur la question; de placer les demandes, besoins et attentes des femmes concernées au centre des préoccupations et des décisions, sans vouloir à tout pris déclencher des procédures quant celles-ci ne sont pas nécessaires ; donc de les laisser libre de disposer d'elles-mêmes, de leur corps, de leur sexualité ou de leur proposer des alternatives si elles ne sont pas satisfaites sur l'un ou l'autre niveau; enfin, diffuser et transmettre les informations utiles afin que les choix pris par les un-e-s et les autres le soient en toute connaissance de cause.

## IV RECOMMANDATIONS

Suite à ces considérations issues des expériences et attentes autant des professionnel-le-s que des personnes migrantes concerné-e-s par la thématique des MGF, cinq recommandations émergent en vue de renforcer nos 3 axes de travail - prévention, formation et prise en charge.

- **Introduire la thématique des MGF dans des formations continues facilement accessibles pour les différentes branches professionnelles.** Le manque de formation des professionnel-le-s sur le sujet doit être pallié. Or, l'insertion de cette thématique au niveau des formations de base est complexe au niveau des curriculums, et disparate selon les régions géographiques. Il conviendrait donc davantage de proposer régulièrement des cycles de formations continues, soutenus par les institutions, et plus ou moins obligatoires pour les professionnel-le-s des milieux médicaux, scolaires et sociaux qui travaillent au contact d'une population potentiellement concernée. Ces formations devraient d'une part couvrir des connaissances générales sur les MGF, telles que les différents types, leurs possibles conséquences physiques et psychologiques, leur ancrage socioculturel dans certaines représentations liées au corps, à la féminité, à la sexualité, à l'identité, etc., leur répartition géographique. Ces informations pourraient être dispensées sans discrimination de manière transdisciplinaire. D'autre part, des pistes de prévention et de prises en charge devront être abordées, cette fois de façon plus spécifique aux différentes branches professionnelles : par exemple les situations dans lesquelles il est conseillé d'aborder le sujet, les différentes possibilités de la faire selon le type de relation professionnelle entretenue, les prestations existantes à offrir au vue des besoins et demandes réceptionnés.
- **Promouvoir la formation et l'implication d'agent-e-s de prévention.** Il est apparu que les personnes les plus indiquées pour porter un discours préventif ainsi qu'informer quant aux services, droits et interdictions existantes, sont les agent-e-s de prévention.

Du fait que ces personnes sont des personnes relais, issues des mêmes communautés, voire touchées de près ou de loin par la question des MGF, elles développent facilement des liens de confiance avec les personnes migrantes concernées. Ainsi, en les formant à la thématique des MGF et en leur transmettant les informations nécessaires quant au réseau et prestations à disposition, celles-ci seront diffusées de manière informelle mais plus directe au sein des communautés. De même, lors que les professionnel-le-s sont confronté-e-s à des difficultés au niveau de la communication ou de la confiance, il leur est recommandé de faire appel aux interprètes communautaires formé-e-s sur la thématique, qui pourront agir en tant que médiateurs et médiatrices ou personnes ressources, avant ou pendant des situations de prise en charge.

- **Produire et diffuser du matériel d'information pour les personnes migrantes et pour les professionnel-le-s.** Afin de mettre sur pied une action préventive efficace et concrète, des supports informatifs doivent être réalisés de manière ciblé pour les différents groupes : les personnes migrantes d'une part et les professionnel-le-s actifs et actives principalement dans les champs du médical, du social et de l'éducation. Ces professionnel-le-s doivent premièrement être suffisamment informé-e-s elles et eux-mêmes, et deuxièmement diffuser une information aux personnes migrantes concernées. Dans ce but, il est nécessaire de créer les outils nécessaires à cette diffusion d'information : des explications et des coordonnées de référence pour compléter les connaissances des professionnel-le-s quant aux MGF et aux prestations à disposition dans leurs réseaux respectifs, ainsi que des informations à distribuer aux personnes migrantes dans un langage et sur un support appropriés. Le but est de toucher tous les groupes pouvant participer d'une manière ou de l'autre à prévenir de nouveaux cas de MGF ou une mauvaise prise en charge des cas existants. Ainsi, le matériel et l'information doivent être transmis aux professionnel-le-s des domaines les plus concernés (médical, paramédical, social, éducatif) ainsi que femmes migrantes, sans oublier la jeune génération ainsi que les hommes. L'information transmise devrait

couvrir les indications médicales, les possibilités de soulager certaines conséquences sur la santé ou du mieux-vivre avec ses conséquences, ainsi que la réalité juridique relative à la pratique dans le contexte national ou régional.

- **Mettre en place et faire connaître un réseau transdisciplinaire de collaboration.** Pour permettre aux professionnel-le-s d'orienter les personnes vers les prestations adaptées à leurs demandes et besoins dans les meilleures conditions et de savoir également d'où ils et elles peuvent obtenir conseils et soutien, il est indispensable d'établir un réseau de collaboration entre les différentes institutions, associations et autres structures qui peuvent être mobilisées pour diverses questions liées aux MGF et leurs conséquences. Ce réseau, inévitablement transdisciplinaire, sera d'autant plus efficace plus il est connu et plus chaque professionnel-le se l'approprie selon sa pratique et ses besoins spécifiques. Une bonne connaissance et utilisation de ce réseau permettra également aux professionnel-le-s de porter davantage les situations des personnes qu'ils et elles accompagnent, plutôt que d'essayer de les adresser directement à un tiers. Enfin, bien que le sujet semble s'inscrire de prime abord dans des considérations médicales ou paramédicales, les domaines scolaire et social ne doivent pas être oubliés et être impliqués dans le travail au sujet des MGF.
- **Améliorer l'attitude des professionnel-le-s face à une situation ou suspicion de MGF.** Une fois que les professionnel-le-s seront mieux outillé-e-s en termes de réseau et de matériel informatif, restera à co-construire et développer leurs capacités de « savoir être » et leur positionnement face à la rencontre de l'altérité dans leur pratique professionnelle. Au travers de formations et de supervisions, les professionnel-le-s pourraient renforcer leurs ressources pour faire face aux situations méconnues, pouvant provoquer des réactions émotionnelles, un sentiment d'incompréhension et d'impuissance ou une tendance au jugement.



## V Références bibliographiques

### Les MGF en général

Organisation mondiale de la santé (2008). *Eliminer les mutilations sexuelles féminines : déclaration interinstitutions HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, NIFEM.* Genève : OMS. En ligne [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242596441\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242596441_fre.pdf), consulté le 4 juin 2012.

UNICEF (2005). *Changer une convention sociale néfaste : La pratique de l'excision/mutilation génitale féminine.* Florence : Innocenti Research Center. En ligne [http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/fgm\\_fr.pdf](http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/fgm_fr.pdf), consulté le 4 juin 2012.

### Les MGF en Suisse

Direction de la sécurité et de la justice du canton de Fribourg (2007). *Mutilations Génitales Féminines (MGF). Synthèse des recherches et recommandations.* Rapport du Sous-groupe de la Commission pour l'intégration des migrants et contre le racisme (CMR), Fribourg. En ligne [http://www.fr.ch/imr/files/pdf28/100504\\_Rapport\\_MGF\\_f.pdf](http://www.fr.ch/imr/files/pdf28/100504_Rapport_MGF_f.pdf), consulté le 4 juin 2012.

RIVA GAPANY, P. (2006, mai). *Les mutilations génitales féminines en Suisse : Point de la situation d'après les études d'UNICEF.* Séminaire à l'Institut international des Droits de l'Enfant c/o IUKB à Bramois, Suisse. En ligne <http://www.childsrights.org/html/documents/wr/wrmgf2006-5.pdf>, consulté le 4 juin 2012.

TRECHSEL, S., & SCHLAURI, R. (2004). *Les mutilations génitales féminines en Suisse.* Zurich: Comité Suisse pour l'UNICEF. En ligne [http://assets.unicef.ch/downloads/UNI\\_Rechtsgutachten\\_WGV\\_fr.pdf](http://assets.unicef.ch/downloads/UNI_Rechtsgutachten_WGV_fr.pdf), consulté le 4 juin 2012.

### Pratique professionnelle, prévention et MGF

FRANCOIS, K. (2009). *Condamner les MGF : des approches, des enjeux et des dilemmes.* Mémoire universitaire en Sciences sociales on publié, Université de Lausanne, Lausanne.

HOHLFELD, P. & al. (2005), Guidelines, Mutilations génitales féminines : recommandations suisses à l'intention des professionnels de la santé. *Bulletin des médecins suisses* 86 (16), 961-969.

Institut international des Droits de l'Enfant (IDE), Service de la population et des migrations du Valais, Fédération valaisanne des centres SIPE, Centre Suisses.Immigrés (CSI), Association Kalkal (Eds) (2009). *Les mutilations génitales féminines. Manuel didactique à l'usage des professionnels en Suisse*. Sion : Institut international des Droits de l'Enfant.

JÄGER, F. & al. (2002). Female Genital Mutilation in Switzerland: a survey among gynaecologists. *Swiss Med Wkly* 19/20, 259–264.

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

RENTERIA, S.-C. (2008). Mutilations génitales féminines, l'adolescence en quête de réponse. *Revue Médicale Suisse* 4, 1145-1450, consulté le 4 juin 2012.

UNICEF Suisse (2005). *Les mutilations génitales féminines en Suisse : Enquête auprès des sages-femmes, gynécologues, pédiatres et services sociaux*. Zurich : Comité Suisse pour UNICEF. En ligne [http://assets.unicef.ch/downloads/Bericht\\_Umfrage\\_FGM\\_fr.pdf](http://assets.unicef.ch/downloads/Bericht_Umfrage_FGM_fr.pdf), consulté le 4 juin 2012.

### **Migration européenne et MGF**

ELISE, R., & JOHANSEN, B. (2002). Pain as a Counterpoint to Culture: Toward an Analysis of Pain Associated with Infibulation among Somali Immigrants in Norway. *Medical Anthropology Quarterly* 16 (3), 312-340.

JOHNSDOTTER, S., & ESSÉN, B. (2004, octobre). *Sexual health among young Somali women in Sweden: Living with conflicting culturally determined sexual ideologies*. Communication présentée à la conférence Advancing Knowledge on Psycho-Sexual Effects of FGM/C: Assessing the Evidence, Alexandrie. En ligne, [http://ec.europa.eu/justice\\_home/daphnetoolkit/files/projects/2002\\_058/int\\_somali\\_women\\_in\\_sweden\\_2004.pdf](http://ec.europa.eu/justice_home/daphnetoolkit/files/projects/2002_058/int_somali_women_in_sweden_2004.pdf) consulté le 4 juin 2012.

LIGHTFOOT-KLEIN, H. (1989). The Sexual Experience and Marital Adjustment of Genitally Circumcised and Infibulated Females in the Sudan. *The Journal of Sex Research* 26 (3), 375-392.

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

### **Matériel d'information**

Caritas Suisse. *L'excision en Suisse. Une prévention efficace*. Brochure en ligne [http://www.caritas.ch/fileadmin/media/caritas/Dokumente/Was\\_wir\\_tun\\_Schweiz/Maedchenbeschneidung\\_Flyer\\_f.pdf](http://www.caritas.ch/fileadmin/media/caritas/Dokumente/Was_wir_tun_Schweiz/Maedchenbeschneidung_Flyer_f.pdf), consulté le 5 septembre 2012.

Service pour la Promotion et de l'égalité entre homme et femme, République et canton de Genève (2008). *Protégeons nos filles de l'excision. Stop MGF*. Genève : Département des institutions, Office des droits humains. Brochure en plusieurs langues en ligne <http://www.ge.ch/egalite/publications/welcome.asp?rubrique=violence>, consulté le 5 septembre 2012.

Terre des Femmes Suisse (2006). *Excision - Nous protégeons nos filles. Informations pour parents et femmes concernées*. Brochure en plusieurs langues en ligne <http://www.terre-des-femmes.ch/fr/publications/brochure-de-prevention-l-nous-protégeons-nos-filles-r>, consulté le 5 septembre 2012.

VOINCON, D., & LANGE, B. (2004). *Cicatrice. Un village et l'excision*. Lausanne : Edition Favre SA.

### **Méthodologie**

BOCHUD, M., WAEBER, G. & VOLLENWEIDER P. (2009). « Anamnèse familiale : utile ou futile? ». *Revue Médicale Suisse* 5, 263-267. Consulté sur <http://rms.medhyg.ch/numero-188-page-263.htm>, le 07 novembre 2012.

MORGAN, D.L. (1997). *Focus Groups As Qualitative Research*. USA : Sage Publications.

POUPART, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pirès, *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (173-209). Montréal: Gaëtan Morin.

## VI ANNEXES

### 5.1 Questionnaires

#### Questionnaire professionnel-le-s du milieu médical

- |                 |   |
|-----------------|---|
| Prévention      | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quel est votre statut professionnel ?</li> <li>2. En tant que médecin (<i>généraliste, gynécologue etc.</i>), la prévention des MGF fait-elle partie de vos responsabilités ?             <ol style="list-style-type: none"> <li>i. Si oui : Pourriez-vous la décrire en générale? Y a-t-il des éléments mis en place afin de faciliter ce rôle ? Si oui, sont-ils suffisants ? <i>ou</i> Si non, devez-vous les improviser sur le moment? Sont-ils suffisants? S'ils ne le sont pas, quels éléments seraient nécessaires pour combler les lacunes ?</li> <li>ii. Si non : Pourquoi pas ? De qui pensez vous que soit la responsabilité?</li> </ol> </li> <li>3. Avez-vous eu la possibilité d'avoir des informations sur la loi Suisse concernant les MGF ?</li> </ol>   |
| Formation       | <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Est-ce que vous pensez que les MGF doivent être inclus dans votre formation médicale ?             <ol style="list-style-type: none"> <li>i. Si oui : Pourquoi ? Quels éléments doivent être compris dans la formation ? Quels types de cours suggèreriez-vous et pourquoi?</li> <li>ii. Si non : Pourquoi pas? Pensez-vous avoir assez d'information sur le sujet ? Ou c'est pour d'autres raisons ?</li> </ol> </li> </ol>  |
| Prise en charge | <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Dans le cas où vous êtes confronté à une femme ayant subi une MGF, pensez-vous avoir tous les outils nécessaires pour sa prise en charge ?             <ol style="list-style-type: none"> <li>i. Si oui : Lesquels sont-ils ?</li> <li>ii. Si non : Quels sont les éléments manquants ? La littérature? Une ligne de conduite ?</li> </ol> </li> <li>6. Par rapport à vos collègues ou à votre hiérarchie, pensez-vous qu'ils pourraient vous soutenir en cas de besoin ? (en cas de questions, de doutes ou pour d'autres raisons ?)             <ol style="list-style-type: none"> <li>i. Si oui : Pensez-vous que ce soutien serait ou a été suffisant?</li> <li>ii. Pensez-vous que des rencontres régulières entre les divers professionnels médicaux et /ou non-médicaux seraient utiles?</li> </ol> </li> <li>7. Connaissez-vous des institutions ou des structures que pourriez contacter en cas de nécessité?</li> </ol> |
| Conclusion      | <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Qu'aimeriez-vous ajouter ?</li> <li>9. Quelles autres personnes pourraient nous donner plus d'éléments sur les besoins des professionnels ?</li> </ol>  |

### Questionnaire professionnel-le-s du milieu non médical

- |                 |   |
|-----------------|---|
| Prévention      | <p>1. Quel est votre statut professionnel ?</p> <p>2. En tant qu'assistant social (médiateur scolaire etc.), la prévention des MGF fait-elle partie de vos responsabilités ?</p> <p style="margin-left: 20px;">i. Si oui : Pourriez-vous la décrire? Y a-t-il des éléments mis en place afin de faciliter ce rôle ? Si oui, sont-ils suffisants ? ou Si non, devez-vous les improviser sur le moment? Sont-ils suffisants? S'ils ne le sont pas, quels éléments seraient nécessaires pour combler les lacunes ?</p> <p style="margin-left: 20px;">ii. Si non : Pourquoi pas ? De qui pensez vous que soit la responsabilité?</p> <p>3. Avez-vous eu la possibilité d'avoir des informations sur la loi Suisse concernant les MGF?</p>   |
| Formation       | <p>4. Est-ce que vous pensez que les MGF doivent être inclus dans votre formation ?</p> <p style="margin-left: 20px;">i. Si oui : Pourquoi ? Quels éléments doivent être compris dans la formation ? Quels types de cours suggéreriez-vous et pourquoi?</p> <p style="margin-left: 20px;">ii. Si non : Pourquoi pas? Pensez-vous avoir assez d'information sur le sujet ? Ou pour d'autres raisons ?</p>  |
| Prise en charge | <p>5. Dans le cas où vous êtes confronté à une femme/ fille que vous soupçonniez avoir subi une excision, y a-t-il des démarches à suivre au sein de votre institution afin qu'elle soit prise en charge ?</p> <p style="margin-left: 20px;">i. Si oui : Lesquels sont-elles ?</p> <p style="margin-left: 20px;">ii. Si non : Quels sont les éléments manquants ? La littérature? Une ligne de conduite ?</p> <p>6. Par rapport a vos collègues ou à votre hiérarchie, pensez vous qu'ils pourraient vous soutenir en cas de besoin ? (en cas de questions, de doutes ou pour d'autres raisons ?)</p> <p style="margin-left: 20px;">i. Si oui : Pensez-vous que ce soutien serait ou a été suffisant?</p> <p style="margin-left: 20px;">ii. Pensez-vous que des rencontres régulières entre les divers professionnels médicaux et /ou non-médicaux seraient utiles?</p> <p>7. Connaissez-vous des institutions ou des structures que pourriez contacter en cas de nécessité ?</p> |
| Conclusion      | <p>8. Qu'aimeriez-vous ajouter ?</p> <p>9. Quelles autres personnes pourraient nous donner plus des éléments sur les besoins des médiateurs?</p>  |

### Questionnaire agent-e-s de prévention

Prévention

1. Pouvez-vous svp brièvement vous présenter (nom, provenance, activité, lieu d'activité)?
2. De quelle manière êtes vous active dans la prévention des MGF?
  - i. Comment favorisez-vous la prévention et auprès de qui?
  - ii. Y a-t-il des éléments autour de vous qui vous facilite ce rôle?
  - iii. Si oui, sont-ils suffisants à votre avis? Si non, comment les renforcer, quoi mettre en place?
  - iv. Pensez-vous que la prévention de cette pratique est votre responsabilité? Ou de qui pensez vous que ce soit la responsabilité?
3. Avez-vous eu la possibilité d'avoir des informations sur la loi Suisse concernant les MGF?
  - i. Est-ce que selon votre expérience, les professionnel-le-s que vous rencontrez connaissent bien la loi Suisse à ce sujet?

Formation

4. Est-ce que vous pensez que les MGF doivent être inclus dans la formation des professionnel-le-s suisses?
  - i. Si oui, pourquoi?
  - ii. Quels éléments doivent être compris dans la formation? Quels types de cours suggèreriez-vous et pourquoi?
  - iii. Si non, pourquoi pas? Pensez-vous qu'ils/elles ont assez de connaissances sur le sujet? Ou autres raisons?
5. Dans quelle mesure serait-il utile à votre avis de proposer une sorte de formation aux communautés concernées par cette thématique ? Aux personnes ressources ?
  - i. Quel type de formation conseilleriez-vous? Avec quel contenu?

Prise en charge

6. Dans le cas ou vous êtes confrontée à une femme/fille ayant subi une MGF ou risquant d'en subir une, vous sentez-vous à l'aise et bien préparée pour sa prise en charge?
  - i. Quels outils mobilisez-vous? Pouvez-vous me raconter ce que vous faites.
  - ii. Si non, quels sont selon votre ressenti les éléments qui vous manquent? Qu'aimeriez-vous développer?
7. Connaissez-vous des institutions ou des structures que vous pourriez contacter en cas de nécessité?
  - i. Vers qui vous tournez-vous pour des conseils, du soutien supplémentaire?

8. Etes-vous parfois contactée par une institution, un-e professionnel-le, en cas de questions, de doutes sur ce sujet ou vis-à-vis d'une situation?
  - i. Si oui, quels sont les problèmes soulevés?
  - ii. Les professionnel-le-s vous apparaissent-ils savoir quoi faire avec les situations de MGF?
  - iii. Pensez-vous que des rencontres régulières entre les divers professionnel-le-s et/ou les professionnel-le-s et des personnes ressources issues des communautés concernées seraient utiles?
9. Y a-t-il selon vous des besoins au sein des communautés par rapport à cette thématique des MGF?
  - i. Quels sont les besoins que vous avez remarqués?
  - ii. Avec-vous des idées pour répondre à ces besoins?
10. Qu'aimeriez-vous ajouter ?

Conclusion