

L'appréhension de l'accouchement en France des femmes victimes de mutilations sexuelles féminines

Emma Minjon

► **To cite this version:**

Emma Minjon. L'appréhension de l'accouchement en France des femmes victimes de mutilations sexuelles féminines. Gynécologie et obstétrique. 2016. <dumas-01521014>

HAL Id: dumas-01521014

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01521014>

Submitted on 11 May 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE BORDEAUX
ECOLE DE SAGES-FEMMES DE BORDEAUX

**L'appréhension de l'accouchement en France des
femmes victimes de mutilations sexuelles féminines.**

Mémoire en vue de l'obtention
du diplôme d'Etat de sage-femme

Soutenu en **juin 2016**

MINJON Emma
Née le 03 janvier 1992

Sous la direction de
Mme BESSON Rachel, Anthropologue

2^{ème} cycle des études en sciences maïeutiques

Remerciements

Je tiens à exprimer toute ma gratitude à Madame Besson Rachel, directrice de ce mémoire, pour son investissement, sa disponibilité et ses conseils avisés et précieux pour l'élaboration de ce travail.

A l'équipe des enseignantes de l'Ecole de sage-Femme de Bordeaux, j'adresse l'expression de ma reconnaissance pour son encadrement, et particulièrement, à Madame Loupit Laurence pour ses conseils bienveillants.

Je remercie les six femmes qui ont accepté de participer à cette étude, pour leur disponibilité et la confiance qu'elles m'ont accordée, ainsi que Florence et Jacqueline d'Angoulême.

A ma famille pour sa patience, sa contribution et son soutien.

A toutes mes amies pour leur présence ces quatre dernières années.

Table des matières

1. Introduction.....	5
2. Population et méthode.....	9
2.1. Choix de la méthode.....	9
2.2. Population de l'étude et recrutement.....	9
2.3. Réalisation des entretiens.....	11
2.4. Retranscription et analyse des résultats.....	12
2.5. Ethique et consentement.....	13
3. Analyse des résultats.....	14
3.1. Exclusion de l'étude.....	14
3.2. Données recueillies à partir des entretiens.....	14
3.3 Les résultats.....	16
3.3.1 Silence et non-dits autour de la mutilation.....	16
La parole autour de l'excision reste rare ou absente.....	16
L'excision, un rituel des non-dits.....	18
3.3.2 L'excision : une coutume.....	21
La mutilation, une histoire de femmes faite par les femmes.....	21
Un rituel dans le respect de la coutume.....	22
La mutilation, les arguments.....	26
Un lien avec la religion ?.....	27
3.3.3 Les conséquences de la mutilation.....	28
L'excision : un rituel traumatique.....	28
Les douleurs liées à la mutilation.....	29
3.3.4 La prise en charge en France des femmes mutilées.....	34
L'information médicale sur la mutilation sexuelle.....	34
L'accouchement en France, une rupture culturelle.....	35
La protection de leurs filles, un nouveau combat.....	38
4. Discussion.....	40
4.1 Validité interne.....	40
4.1.1 Biais de sélection des enquêtées.....	40
4.1.2 Biais liés à la situation.....	41
4.1.3 Biais liés à l'enquêteur et à l'outil utilisé.....	41
4.2 Validité externe.....	43
4.2.1 L'excision, une coutume sous « l'emprise » du silence.....	43
La coutume.....	43
Le silence face à l'excision.....	45
4.2.2 Les conséquences de la mutilation.....	47
La douleur liée à l'excision.....	47
L'excision, un rituel traumatique.....	49
4.2.2 La prise en charge en France des femmes mutilées.....	51
L'information médicale donnée sur la mutilation.....	52
L'accouchement en France, une rupture culturelle.....	54
L'appréhension de l'accouchement en France chez les femmes mutilées.....	54
5. Conclusion.....	56
6. Références.....	57
7. Bibliographie.....	60
8. Annexes.....	61
8.1 Annexe I : La grille d'entretien.....	61
8.2 Annexe II : L'association «Femmes Solidaires»	63
8.3 Annexe III: Lettre à l'association.....	64
8.4 Annexe IV : Lettre destinée aux femmes mutilées.....	65
8.5 Annexe V : Déclaration normale à la CNIL.....	67

1. Introduction

Les mutilations sexuelles féminines sont des interventions qui altèrent ou lèsent intentionnellement les organes génitaux externes de la femme pour des raisons non médicales(1) appelées dans le langage courant, l'excision.

Ces dénominations sont le reflet des différentes visions de cette pratique. D'ailleurs, la terminologie a connu une évolution dans le temps. « L'excision » est le premier terme employé pour décrire cette pratique. En anglais il veut dire « la circoncision féminine ». Il établit donc un parallèle avec la circoncision masculine. Or, ce sont deux interventions distinctes aux conséquences différentes. Pour éviter la confusion, l'expression « mutilation sexuelle féminine » apparaît ensuite. Elle sera adoptée en 1990 par la troisième conférence du Comité Inter-Africain sur les pratiques traditionnelles néfastes affectant la santé des femmes et des enfants, puis en 1991 par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé). A la fin des années 90, des organismes luttant contre les mutilations, soulèvent le côté néfaste de la pratique en utilisant le mot « mutilation ». Il est jugé violent pour les coutumes concernées. Cette connotation négative redonnera de l'élan à l'expression excision et plus particulièrement à « mutilation génitale féminine/excision », dans la littérature. Mais étant un outil de sensibilisation, le terme « mutilation sexuelle » reste le terme officiel. La déclaration inter-institutions comprenant l'OMS et neuf autres partenaires des Nations Unies le confirme en 2008(2).

L'Organisation mondiale de la santé classe ces mutilations génitales féminines en quatre types :

- Le type I: ablation partielle ou totale du clitoris.
- Le type II: ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres.
- Le type III: c'est l'infibulation qui consiste à rétrécir l'orifice vaginal avec la création d'une fermeture réalisée par la coupure et le repositionnement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres.
- Le type IV: toute autre procédure néfaste pour les organes génitaux féminins à des fins non médicales(3).

Les mutilations génitales féminines provoquent de violentes douleurs et engendrent de multiples complications physiques et psychiques. Si à court terme les risques hémorragiques et infectieux sont les plus préoccupants(1), à long terme, les problèmes sexuels seront plus fréquents chez les femmes qui ont subi une mutilation que les autres(4).

D'un point de vue sociétal, les mutilations sexuelles féminines concernent plus de deux cent millions de filles et de femmes actuellement en vie, dans trente pays différents d'Afrique, du Moyen Orient et d'Asie. Ces pratiques sont également présentes dans d'autres parties du monde, mais nous ignorons le nombre exact de filles et de femmes concernées. D'après le dernier rapport de l'UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance), la moitié des filles et des femmes mutilées vivent dans trois pays : l'Egypte, l'Ethiopie et l'Indonésie(5).

L'examen des taux nationaux de prévalence des mutilations génitales féminines peut dissimuler des variations d'une région à l'autre au sein d'un même pays. Elles sont fréquemment le reflet de l'ethnicité(6).

Les mutilations sexuelles féminines sont faites au nom des normes sociales. Ces coutumes font partie de l'éducation nécessaire des filles, de leur préparation à l'âge adulte et au mariage(4). Elles sont essentiellement pratiquées sur des filles dont les âges vont de 0 à 15 ans(1). L'âge varie en fonction des traditions locales et des circonstances. Dans certains cas, ce sont des femmes adultes et mariées qui subissent ces interventions. Selon les croyances de nombreuses communautés, ces mutilations réduiraient la libido féminine, ce qui aiderait les femmes à résister aux actes sexuels considérés comme «illicites»(4). Les mutilations génitales féminines sont associées à des idéaux culturels de féminité selon lesquels les jeunes filles seraient «propres» et «belles» après l'ablation de parties de leur anatomie considérées comme « masculines » ou « malpropres». Le clitoris extériorisé semble peu conforme à l'image de la femme(7). Pour autant, cette pratique est faite par des femmes, des exciseuses. Les hommes ne semblent pas être concernés par le sujet(8). Ces mutilations permettent à la femme d'occuper sa place telle que la société la conçoit(7). La pression sociale constitue une forte motivation pour perpétuer cette pratique au sein des communautés, elle est retrouvée dans les familles immigrées(9).

D'après un article sur la situation des mutilations sexuelles en Afrique et en France, l'argument de la religion islamique justifie souvent les mutilations sexuelles féminines. Pourtant elles étaient pratiquées en Afrique bien avant l'arrivée des religions monothéistes et aucun texte religieux ne permet de les justifier(10).

Si en France, les mutilations sexuelles féminines sont interdites et identifiées comme une forme de hiérarchisation des sexes, dans les sociétés qui la pratiquent, elles sont appliquées selon un code moral qui est institutionnalisé(11)(12).

Avec la féminisation de l'immigration Africaine, les mutilations sexuelles féminines concernent de plus en plus les pays occidentaux(9). Sur le territoire français 50 000 femmes adultes seraient concernées. Les mutilations génitales féminines touchent des migrantes mais aussi des femmes nées en France de parents originaires de pays où l'excision est encore pratiquée(4).

Au début des années 1980, la pratique de ces mutilations sur des fillettes nées en France a suscité la réaction des pouvoirs publics et des associations(10).

S'il n'existe pas en droit français de qualification juridique spécifique pour les faits de mutilations génitales féminines, ces pratiques sont reconnues criminelles et peuvent actuellement être poursuivies et sanctionnées au titre de violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente(13); ou au titre de violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner(14).

La société française juge cette pratique culturelle contraire aux droits de la femme. Cet intérêt peut s'expliquer par l'évolution des rapports hommes-femmes en France(11).

D'un point de vue anthropologique, il s'agit de comprendre cette pratique culturelle(12). Androus a développé le relativisme culturel, concept anthropologique qui reconnaît les coutumes de chaque société. Il permet d'amener le chercheur à appréhender un acte étranger à nos sociétés, tel que les mutilations sexuelles féminines(16).

Dans la littérature, il est démontré que les femmes mutilées sont à risque de complications médicales et notamment obstétricales, ce qui en fait un sujet d'attention en obstétrique comme en maïeutique(17), (18), (19), (20). Peu d'études sont concluantes sur

l'impact psychologique que peuvent avoir ces mutilations chez une femme enceinte(21), (22). Si ces actes peuvent être dotés d'un sens pour les sociétés qui les pratiquent, qu'en est-il pour les femmes qui les ont vécues, subies ? Les préoccupations des professionnels de santé, quant au risque liés à la grossesse et à l'accouchement, sont-elles partagées par ces femmes ?

En somme, dans une situation migratoire, comment une femme victime de mutilation sexuelle féminine appréhende-t-elle son accouchement en France?

L'anthropologie médicale clinique, qui consiste à prendre en compte les différences culturelles dans le soin, pourrait être une solution pour mieux prendre en charge ces femmes enceintes mutilées, et comprendre leur appréhension de l'accouchement en France(23).

A l'issue de la revue de la littérature, nous exposerons une étude qualitative basée sur six entretiens semi-directifs réalisés auprès de femmes enceintes mutilées, puis nous analyserons leurs propos et discuterons des thèmes qui en émergent : l'excision, ses coutumes, ses conséquences et son accompagnement médical en France.

2. Population et méthode

2.1. Choix de la méthode

Afin de mieux répondre à cette question, nous avons choisi une approche qualitative car elle permet de comprendre un phénomène ou une situation à travers les points de vue de celles qui l'ont vécue. Cette méthode amène les femmes à exprimer leurs perceptions de phénomènes complexes, tels que les mutilations sexuelles féminines. Notre étude se fait à partir d'entretiens semi-directifs réalisés à l'aide d'une grille d'entretien contenant des questions ouvertes (Annexe I). Lors des entretiens, l'ordre des questions peut être adapté à la situation afin d'aborder au mieux le sujet, la reformulation est recommandée pour s'assurer de la bonne compréhension des femmes(24).

Les entretiens semi-dirigés laissent s'exprimer librement les personnes tout en centrant le dialogue sur le sujet qui intéresse le chercheur(25).

La grille d'entretien a été élaborée, à partir de la littérature, pour essayer de comprendre l'appréhension que peuvent avoir les femmes victimes de mutilations sexuelles féminines, de leur accouchement en France.

La mutilation sexuelle féminine est un sujet intime et souvent tabou. De nombreuses études quantitatives ont été réalisées pour étudier les conséquences de ces pratiques. Mais peu, explorent le vécu et l'impact qu'elles peuvent avoir dans la vie d'une femme. Les expériences des femmes mutilées peuvent être très variables, la mutilation peut être ressentie différemment. Approcher au mieux l'appréhension de l'accouchement chez ces femmes mutilées, par entretien, semble adéquate pour faire ressortir la singularité de chaque discours et en extraire une cohérence, dans le but de mieux les comprendre(26).

2.2. Population de l'étude et recrutement

Nous avons été confrontés à la difficulté d'approcher ces femmes sur la ville de Bordeaux.

Dans les dossiers médicaux, il est rare que cette information soit mentionnée. Nous avons choisi de recruter les femmes par le biais d'association. Nous avons contacté dans un

premier temps, en décembre 2014, La Fédération Nationale GAMS, groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles, des Mariages Forcés et autres pratiques traditionnelles néfastes à la santé des femmes et des enfants. C'est une association laïque et apolitique créée en 1982 par des femmes Africaines résidant en France et des femmes françaises. Cette association nous a redirigé vers d'autres associations militant pour la même cause, présentes en Gironde. Nous leur avons envoyé un courrier électronique expliquant notre étude. Plusieurs se sont montrées intéressées par notre étude, mais seulement deux, en décembre 2014, pouvaient répondre favorablement à notre requête. La taille de l'échantillon désiré était alors de six femmes.

En février 2015, l'association «femmes solidaires» (Annexe II) d'Angoulême, m'a invité à la journée internationale contre les mutilations sexuelles féminines. J'ai rencontré ainsi les membres de l'association, et la sage femme de PMI (Protection Maternelle et Infantile) d'Angoulême travaillant avec eux. Je leur ai expliqué mon projet, et la volonté de réaliser des entretiens entre Octobre et Décembre 2015.

Les critères d'inclusion nécessaires de l'étude sont:

- femmes victimes de mutilations sexuelles féminines,
- femmes enceintes ou femmes ayant déjà accouché,
- femmes qui parlent et comprennent le Français.

Les critères d'exclusion sont:

- femmes non mutilées,
- femmes qui ne comprennent pas le Français.

En septembre 2015, j'ai recontacté les deux associations précédentes avec une lettre d'information expliquant mon étude (Annexe III) et une autre destinée aux femmes (Annexe IV).

Les membres de l'association ont été chargés de distribuer cette lettre et de l'expliquer aux femmes pouvant être incluses dans l'étude. « Femmes Solidaires » sera la seule association qui répondra positivement. Elle m'a fait parvenir ensuite, les coordonnées des six premières femmes volontaires. Une d'entre elles habite Bordeaux et les cinq autres Angoulême. Les

entretiens se sont déroulés entre Novembre et Décembre 2015. Les rendez vous ont été fixés par téléphone directement avec les personnes concernées.

Le lieu des rendez vous ont été choisis par les femmes. Un lieu neutre leur a été proposé ainsi que la possibilité de se rendre à leur domicile. Il était important qu'elles se sentent à l'aise pour le bon déroulement de l'entretien.

La première rencontre s'est faite sur Bordeaux dans un cabinet médical à ma disposition, puis deux au centre de PMI d'Angoulême. Les trois entretiens se sont déroulés au domicile des femmes (cette préférence à été expliquée par la présence de leurs enfants en bas âge).

2.3. Réalisation des entretiens

Les six femmes sont alors primipares ou multipares, elles avaient toutes accouché. Le nombre de six entretiens est minime. Mais il peut être compensé par la durée des entretiens (moyenne de 43min : de 32 à 54min), qui a permis de recueillir un grand nombre d'informations. Plus un entretien est long et plus la relation de confiance entre l'enquêteur et l'enquêté se construit(24). Avec un sujet sensible, tel que les mutilations sexuelles féminines, ce climat de confiance et de confiance semble essentiel.

Au début de chaque entretien, il a été rappelé, que la discussion serait enregistrée afin d'être retranscrite et analysée, tout en restant anonyme. Une même question était ensuite posée : « Vous avez été victime de mutilation sexuelle féminine, pouvez-vous m'en parler ? ». Il était essentiel pour moi de saisir rapidement le terme qu'elles employaient pour décrire cette pratique, afin d'adapter mon vocabulaire au leur.

Les entretiens ont été menés selon une grille d'entretien (Annexe I). Cette grille sous forme de deux tableaux, a été conçue pour être discrète. Elle a permis d'aborder les thèmes voulus tout en gardant une discussion libre, mais nous sommes conscients qu'elle a pu créer une certaine distance avec les femmes.

Pour ce qui est des stratégies d'intervention, nous nous sommes efforcées de questionner les femmes de façon aussi claire et ouverte que possible, et ce sans pour autant orienter les entretiens. Nous avons adopté une attitude empathique et avons essayé d'être à l'écoute sans jamais les juger. Des formules de relance ont été utilisées afin de leur permettre de s'exprimer librement et d'approfondir leur idées.

Durant les entretiens, nous avons pris par écrit quelques notes sur les postures et expressions des femmes afin de pouvoir aussi retranscrire leurs attitudes non verbales. A la fin des entretiens, nous avons veillé à vérifier qu'elles avaient dit tout ce qu'elles avaient à exprimer. Des données sociodémographiques ont été abordées, nous les avons regroupées dans un tableau, elles ont été indispensables à l'analyse des résultats.

2.4. Retranscription et analyse des résultats

Tous les entretiens ont été retranscrits intégralement, mot pour mot, à partir d'un enregistrement audio. Cela a été fait le plus rapidement possible après la rencontre, pour que l'enquêtrice se souvienne des propos, et des attitudes des femmes. Les sentiments ressentis pendant l'entretien ont été rajoutés à la retranscription. Les expressions et les fautes de syntaxes ont été gardées volontairement, afin qu'elles soient le plus proche possible des paroles des femmes.

Pour retranscrire au mieux chaque entretien, nous l'avons écouté plusieurs fois, en faisant des pauses dans l'enregistrement. La retranscription a pris de trois à cinq heures par entretien.

Une lettre a été attribuée à chaque entretien pour garantir l'anonymat.

Une fois la retranscription terminée, l'analyse qualitative des données résultant des entretiens a été réalisée manuellement. Nous avons fait une analyse de contenu thématique. Nous avons tout d'abord lu plusieurs fois les entretiens afin de nous en imprégner. Puis, nous avons regroupé les différentes notions abordées par les enquêtées, par grands thèmes, puis par sous-thèmes, dans un grand tableau au format informatique. Ces thèmes sont extrêmement larges et ne suivent pas la grille d'entretien que nous avons élaborée. Nous avons ensuite sélectionné les thèmes qui nous permettent de répondre au mieux à notre question de recherche pour rédiger nos résultats(27).

Quatre grands thèmes ressortent de notre analyse, ils ont été illustrés par les citations les plus pertinentes, afin de comprendre l'appréhension que peuvent avoir les femmes mutilées, de leur accouchement en France.

2.5. Ethique et consentement

D'un point de vue éthique, une information claire et écrite a été donnée aux membres de l'association et aux femmes par l'intermédiaire de lettres. Le sujet étudié y était nettement mentionné ainsi que les modes et les conditions de déroulement de l'étude. Un consentement oral à l'enregistrement audio et à la retranscription, est à nouveau redemandé au début de chaque entretien. L'anonymat est garanti dans la retranscription, aucun nom ni prénom n'apparaissent. Des lettres ont été attribuées à chaque femme pour l'identifier. Une déclaration normale a été effectuée auprès de la CNIL (Annexe V). Ce projet a été présenté devant un comité scientifique pour approbation.

3. Analyse des résultats

3.1. Exclusion de l'étude

L'histoire personnelle de Madame B diffère de celle des autres. En effet elle a été adoptée étant enfant. Sa socialisation en France a changé ses perceptions face à la mutilation. Dans le cadre de cette étude, il est difficile d'exploiter cet entretien. Nous avons donc décidé de l'exclure.

3.2. Données recueillies à partir des entretiens

Tableau N°1 : Généralités

N° et lieu entretien	Madame	Age (années)	Pays d'origine	Conditions immigration	Niveau socio-éducatif
1 - cabinet médical	A	30	Guinée	à 25 ans, pour regroupement familial	Etude en microbiologie en Guinée Formation d'Aide soignante en France
3 - PMI	C	28	Sénégal	à 18-20 ans, seule pour retrouver sa mère en France	Non scolarisée Femme de ménage en France
4 - PMI	D	32	Guinée	à 28 ans, avec son fils en laissant sa famille en Guinée	Scolarisée en Guinée Sans emploi
5 - domicile	E	32	Guinée	à 25 ans	En France, création d'une association luttant contre les mutilations
6 - domicile	F	25	Sénégal	à 22 ans, seule après 5 ans en Espagne	Sans emploi

Tableau N°2 : Situation familiale

Madame	Situation familiale dans le pays d'origine	Situation familiale en France	Accouchements
A	« mariage forcée », puis séparation	Concubinage Une fille de 2ans	CHU Bordeaux
C	A échappé à un « mariage forcé »	Mariée 3 filles de 7,6 et 3 ans une fausse couche récente	Angoulême
D	A échappé à un « mariage forcé »	Concubinage 4 enfants de trois pères différents Un garçon de 4 ans, une fille de 3 ans et des jumeaux de sexe différent de 3 mois	Un en Guinée Deux sur Angoulême
E	« mariage forcé »	Vit avec son mari épousé en Guinée une fille de 7 ans et deux garçons de 5 et 1 an	Trois sur Angoulême
F	A échappé à un « mariage forcé »	Célibataire 2 filles de 4 et 3 ans et un garçon de 2 mois	Un en Espagne et deux sur Angoulême

Tableau N°3 : Mutilations sexuelles féminines, leurs mots

Madame	Termes employés	L'âge	Le lieu	Nombre de filles concernées
A	Excision	à 7 ans	Hôpital	3
C	Excision « sounaro »	entre 10 à et 11 ans	En forêt	30
D	Excision	vers 10 ans	En forêt	10 à 15
E	Excision	entre 6 et 7 ans	Lieu de vie dit « les toilettes »	6
F	Excision « sounaro »	à 10 ans	Lieu de vie dit « les toilettes »	6

3.3 Les résultats

3.3.1 Silence et non-dits autour de la mutilation

- **La parole autour de l'excision reste rare ou absente**

L'excision fait partie de l'environnement social dans lequel ces cinq femmes ont grandi. En Guinée comme au Sénégal elles expriment l'omniprésence de cette pratique.

Madame A : « Oui, que tu sois musulmane ou chrétienne toutes les filles sont excisées. »

Madame C : « Oui tout le monde, toutes. »

Son ubiquité s'oppose au silence qui l'entoure.

Madame D : « Moi, je savais pas ce que c'était, on te dit rien. On n'en parlait pas, on n'a pas le droit de raconter ce qu'on a subi. On sait juste que ça fait mal, elles disent que ça. »

L'absence de dialogue dans la société se retrouve dans la famille.

Le geste de l'excision est gardé sous silence, et la douleur qui en découle est à peine évoquée. En Afrique, elles côtoyaient au quotidien, toutes les cinq, des femmes excisées: leurs mères, leurs sœurs, leurs amies... Elles savaient que cela devait arriver, qu'elles seraient un jour excisées.

Madame F : *« Mais avant ça, il y a des sœurs qui étaient bien habillées et qui nous ont dit qu'elles ont fait le “ sounaro “. »*

Madame A : *« Oui on était briffée ! On le savait car il y avait des amies qui étaient passées par là, on en parlait mais on ne savait pas ce que l'on coupe, ce que l'on faisait. »*

Madame D : *« Je savais que ça allait m'arriver, car je suis une fille. »*

Mais, le sujet est tabou au sein des familles, c'est quelque chose dont on ne parle pas. La seule explication qui a été donnée à ces femmes est « la coutume qu'il faut respecter ».

A la question : Avec qui parliez vous de l'excision?

Madame C répond : *« Avec qui... euh (elle réfléchit). Au pays je demandais à ma grand mère “ pourquoi ? “ Elle me dit “ car tout le monde, c'est comme ça, c'est la coutume “. Je lui dis “ c'est pas bien “, elle me dit “ c'est comme ça. Il ne faut pas parler. Tu gardes ça, c'est un secret pour nous, c'est un secret de femme. “»*

Madame E affirme : *« C'est quelque chose de tabou, tu ne vas jamais en parler. On n'en parle pas. », et « Les autres ne disent jamais. Si tu leur demandes, elles vont pas dire. Souvent on te dit est-ce que ça fait mal ? Elle te dit non. Parce qu'il faut qu'elle dise non. » plus loin elle insiste, «c'est un sujet tabou. Personne ne devait parler de l'excision. »*

La parole autour de la mutilation en Afrique comme en France reste rare.

Seule Madame F, décrit la réaction de son père qui est contre l'excision. Il est le seul à répondre à ses questions : *« J'ai demandé ce que c'était le sounaro à mon père. Il m'a expliqué qu'on allait couper, en bas, un peu, beaucoup, et que maintenant comme je suis grande ça allait faire mal. »*

Une de ces femmes nous confiera avoir été menacée après avoir été mutilée.

Madame E : « *Car, si tu dis comment ça se passe, on va te réexciser.* »

Depuis l'enfance, il leur est défendu de parler de ce rituel. Aujourd'hui en France, cela perdure.

Madame D : « *Même ici aujourd'hui avec les copines Africaines on n'en parle pas.* »

Elle semblait particulièrement troublée en abordant le sujet. « *Oui c'est difficile pour moi, même aujourd'hui.* » La sentant gênée à ce niveau de l'entretien, j'avais décidé de ne pas aller plus loin.

Madame E qui milite contre les mutilations génitales féminines en France, reçoit toujours des menaces de sa famille Africaine. « *Les gens étaient fâchés contre moi. Ils ont même appelé mon mari, et lui ont même demandé comment il a pu accepter que sa femme dévoile son secret en public.* »

- **L'excision, un rituel des non-dits**

La date choisie pour l'excision reste cachée aux jeunes filles, elles ne sont pas prévenues. Elles doivent obéir et un faux prétexte peut être utilisé afin qu'elles soient conciliantes.

Madame A : « *Ce jour là on m'a dit qu'on partait faire des achats. Voilà acheter des bonbons.* »

Madame C : « *Non, elle m'a rien dit, non, non, non. Elle m'a levé elle m'a dit "habille toi". Elle me dit "on y va" je lui demande "où on va" elle me dit "quelque part, tu verras". On est parti jusqu'à... j'ai vu tous les enfants, j'ai dit "grand-mère tout ça c'est qui ?" Elle m'a dit "on va aller, quelque part." Car chez nous tu respectes les parents. Si un parent te dit quelque chose tu ne peux pas dire non. Il faut que tu y ailles. Je l'ai suivi, j'ai vu beaucoup de monde. Je ne savais pas pourquoi.* »

Madame D : « *On prépare le riz, le petit déjeuner, on nous dit rien on doit juste se préparer. On voit une dame, une marâtre, une grand-mère qui vient nous chercher. On sait rien.* »

Madame F: « *En fait on m'a pas dit ce qu'on va me faire, c'était le matin de bonne heure. Nous, on était dans un village loin de la ville. Quand on te dit que tu vas aller à la ville, tu es très content, tu crois que c'est une blague. La veille, on m'a dit que j'allais me réveiller de bonne heure pour aller à la ville, qu'en bus on allait aller à Dakar. J'étais contente, toute la nuit je n'ai pas dormi. Le matin de bonne heure, on nous a levé à 5h. »*

Elles témoigneront spontanément avoir été réveillées tôt le matin, et deux d'entre elles avaient les yeux bandés :

Madame F: « *En fait, tu ne sais pas où tu vas, car dans mon village il n'y a pas de courant et le matin il fait noir. On te prend, on te bande les yeux. Tu ne vois rien, je trouve que c'est une dictature. »*

Madame D : « *On te réveille le matin à cinq heures, »* et « *Et quand tu es dans la case, on t'attache les yeux, (elle mime le geste) » (...)* « *Je voyais rien. »*

Le lieu où elles seront conduites leur est inconnu.

Deux d'entre elles seront mutilées dans la forêt (Mesdames C et D), deux autres dans les « toilettes » (pièce de vie qui correspondrait à une salle d'eau) d'une case où elles resteront jusqu'à leur « guérison » (Mesdames E et F). Madame A sera elle excisée à l'hôpital par une sage femme.

Madame D : « *On sait rien. On nous emmène derrière le village, loin de la maison, où il y a des arbres, dans la forêt. Souvent il y a une case, pas loin. »*

Madame A : « *Pour ma part, oui c'est une sage femme qui travaille à l'hôpital qui m'a excisée. »*

Lorsque les enfants sont réunies, les exciseuses n'expliqueront rien et commenceront par les jeunes filles les plus curieuses.

Madame C : « *Quand tu demandes "c'est quoi", ils te prennent et ils t'emmenent toi aussi. Pour pas paniquer les autres. »*

Madame F: « *C'était ma grand-mère, et comme je posais beaucoup de questions elle a dit*

qu'on allait commencer avec moi. »

Les non-dits perdureront après la mutilation elle-même. Pendant leur convalescence, elles sont maintenues dans l'ignorance.

Madame A : « *Après l'excision, quand tu vas uriner tu veux regarder, mais les vieilles acceptaient pas cela, car quand tu regardes cela ne guérit pas. Oui il ne fallait pas regarder. Donc on ne savait pas,* »

Madame C : « *Quand tu as fini, si tu demandes on te tape, c'est un secret, faut pas dire c'est un secret de femme. »*

Madame F : « *On m'a dit «non, non, non tu ne poses pas autant de questions. » et « Car quand c'est fait, ils nous disent de ne pas regarder le bas. Quand tu demandes aux autres combien ils ont coupé, elles peuvent pas te répondre. Du coup, on est obligé de regarder au moment d'aller se laver. Et là je lui dis “montre -moi et toi tu pourras regarder.” Car sinon on a l'interdiction de regarder. »*

La plupart de ces femmes prendront conscience des conséquences de leur amputation bien plus tard.

Pour madame A sa curiosité a été éveillée lors de ses cours de biologie suivis en Guinée.

Madame A : « *Après je ne sais pas trop quand je m'en suis rendue compte, je suis passée par l'école aussi. Je sais la partie qui a été coupée maintenant.* » et, à la question : « *A l'école on en parle ?* », elle répond : « *De l'excision non, mais après on fait de la biologie de l'appareil génital.* »

En ce qui concerne Madame F, c'est lors de l'expérience de ses premiers rapports sexuels qu'elle comprendra.

Elle répondra de façon gênée à la question : « *Vous savez ce qu'il vous ont coupé ?* », « *Oui. Quand ils te font, ça fait mal, mais tu sais pas. Et quand tu commences à avoir des rapports, là tu comprends, car ça fait mal et tu ne sens rien.* »

Dans les trois autres témoignages, c'est à l'occasion de leur grossesse qu'elles ont été informées de leur excision.

Une sage femme l'a annoncée à Madame C. (Elle avait « 18 ou 20 ans »).

Madame D l'a appris dans le cadre de l'association «femmes solidaires»

« Mais, j'étais petite, je ne savais pas. C'est maintenant que je sais qu'on m'a coupé le clitoris. J'ai su quand je suis venue ici, c'est l'association qui m'a expliqué. »

Madame E, quand à elle, l'a réalisée au moment de son accouchement.

« Quand ils ont regardé, ils m'ont dit, car il y a différentes qualités d'excision. Si on enlève toutes les petites lèvres et les grandes lèvres, les médecins ils vont te dire, et c'est mon cas, ils m'ont tout enlevé.»

3.3.2 L'excision : une coutume

- **La mutilation, une histoire de femmes faite par les femmes**

En Guinée comme au Sénégal l'excision n'est pratiquée que dans certaines ethnies.

La mutilation sera exécutée sur les jeunes filles, à la demande de la famille. Ce sont les « aînés » qui imposent leur volonté et plus particulièrement les femmes.

Madame A : *« C'est un problème de femmeS, généralement c'est les femmes qui gèrent. Les hommes, ils savent c'est quoi forcément. Parce qu'ils ont des femmes, mais ils ne s'intéressent pas beaucoup. »*

Madame C : *« Tu gardes ça c'est un secret pour nous, c'est un secret de femme. »*

Madame F : *« En fait le problème c'est les mamas qui décident pas le papa. Il y a beaucoup de papas qui ne sont pas d'accord. Soit ta maman elle est d'accord, soit... c'est ta grand mère. Mais les hommes rarement.»*, plus loin elle dira: *« C'est un problème de fille. »*

La mutilation est faite aux femmes par les femmes. Pourtant, Mesdames C et D affirment que leurs mères cherchaient à s'opposer à leur excision.

Madame C : *« C'est les grands-mères qui font des conneries comme ça, qui décident. Même si ta mère veut pas, elle peut rien faire. Elle va pleurer, pleurer, pleurer jusqu'à que ça soit fini, car il y en a qui sont mortes, qui supportent pas. Mais on lui dit on va exciser*

ta fille. »

Madame D : *« Moi ma maman elle était pas d'accord, elle voulait me protéger, mais la voix de la femme ne passe pas, c'est la famille qui décide. C'est la famille du papa qui décide, c'est eux qui ont voulu qu'on me le fasse. »*

Deux d'entre elles témoignent que leur père était contre l'excision. Elle a été réalisée sous la pression des femmes de la famille maternelle dans un cas, et de la famille paternelle dans l'autre.

Madame F : *« Moi mon papa il n'a jamais voulu, mais ma mère était complice de ma grand-mère. Le jour où on m'a fait ça, mon père était en voyage. »*

Madame E : *« Moi, mon papa il est enseignant, ce jour il a vraiment... Il était vraiment...très timide. Il ne voulait pas, mais il ne peut pas parler. Il ne peut pas s'imposer car c'est la coutume. C'est la coutume du pays. Et ce n'est pas lui qui décide, c'est sa sœur qui décide. »*

Quatre de ces femmes déclarent qu'au moins un de leurs parents était contre ce rituel.

La décision d'une mutilation sexuelle féminine est prise par les femmes de la famille maternelle ou paternelle. Mais est ce vraiment qu'une histoire de femme ?

Aujourd'hui mères en France, elles contestent cette tradition. Quatre femmes vivent avec le père de leur enfant et confirment qu'ils partagent les mêmes convictions.

Mais l'emprise de la famille restée en Afrique est toujours présente.

Madame A : *« Mon compagnon il est contre, mais il est obligé de subir (l'emprise) parce que ses sœurs ont été excisées, sa mère a été excisée. »*

- **Un rituel dans le respect de la coutume**

L'excision est pratiquée dans ces cultures d'Afrique de l'ouest, elle consiste à couper une partie de l'appareil génital féminin. Le rituel se déroule à des âges différents, et est spécifique à chaque ethnie.

Madame D : « Dans mon pays, il y a différentes ethnies, et ça se passe différemment selon l'ethnie. » et « En fait, on coupe tout le clitoris. Mais les cérémonies sont différentes, il y en a qui restent dans la même forêt, elles restent là-bas jusqu'à la guérison. Nous après on va à la maison, pour la guérison, on reste pas dans la forêt. »

Madame A : « Mais maintenant, ça dépend aussi des différentes ethnies. Moi par exemple, je suis Peul. Mais il y a des Soussous des Malinkés. Chez les Guerzés on excise les filles quand elles sont grandes, matures, quand elles ont des seins, leurs règles, et directement après l'excision on les donne en mariage, directement. En fait c'est là que tu sens l'importance de l'excision car quand on t'excise enfant ou bébé, tu oublies. »

La coutume est inculquée et transmise de génération en génération.

Madame C : « Tu sais, il y a beaucoup de femmes qui font ça même les Africaines en France que je connais, elles l'ont eu. Sénégal, Mali, Guinée, en fait, ça dépend de la langue, de la coutume. »

Madame D : « C'est la coutume, qui se transmet. Nos parents l'ont fait, donc ça continue, ils ont vu avec les ancêtres. »

« C'est notre coutume » « Tout le monde fait ça. »

La mutilation est exécutée au nom de la coutume, dans le respect des aînés. Une coutume qui n'est que peu remise en cause.

Madame F : « J'ai demandé à mon père pourquoi vous avez choisi les coutumes? Il m'a dit qu'il ne savait pas. Que c'était comme ça, ça venait des parents et des autres parents. C'est les coutumes. », « C'est là depuis toujours. »

Madame A : « On suit ce qu'il se passe. »

Ces coutumes ancestrales, se modifient tout de même avec le temps. C'est ce que quatre femmes diront.

La plaie serait moins importante et provoquerait moins de conséquences.

Madame A : « L'excision, en Guinée, maintenant se fait, mais pas comme avant. Voilà, on peut exciser une petite fille aujourd'hui, mais tu la vois courrir et jouer dans tous les sens. Peut-être que maintenant ça a évolué, qu'on ne coupe pas tout, juste un bout ? » et « Oui ça a changé, ce n'est pas comme avant.. Maintenant, on dit qu'on ne coupe que juste un bout. C'est juste pour la forme... »

Elle est faite dans de meilleures conditions et avec un ciseau pour chaque fille.

Madame A : « Mais maintenant ça a changé, il n'y a plus tout ça, les filles excisées peuvent dormir sur le lit, peuvent s'habiller normalement jusqu'à la fin, voilà. Les tortures existent encore mais plus dans les village un peu reculés. »

Pour les quatre filles mutilées en dehors de l'hôpital, la «vienne» qui les a excisées utilisait un couteau commun à plusieurs personnes. La crainte de transmission de maladies est ressentie dans ce témoignage:

Madame D : « Il y en a qui font avec le ciseau, d'autres avec la lame. Maintenant avec les maladies, peut être qu'ils ont changé mais je suis pas sûre, ça se fait toujours. »

Le motif de l'excision évolue, elle est pratiquée pour la fête qui l'accompagne et l'argent qui y est récolté.

Madame A : « Maintenant en Guinée, on excise plus pour de l'argent car quand on excise une fille à la fin on fait une fête, c'est devenu plus pour l'ambiance. La fille excisée a une marraine et cette marraine achète des vêtements pour la filles excisée, elle a aussi de l'argent, des cadeaux. Maintenant on le fait plus pour de l'argent, c'est matériel et non pour la coutume, les mentalités ont changé. »¹

1

Les mutilations sexuelles féminines sont le plus souvent suivies par une grande fête. Dans ces entretiens, les femmes expriment l'évolution des coutumes, des motifs, et des conditions de l'excision. Il serait intéressant dans une autre étude d'explorer l'évolution de ces traditions.

L'excision ne se pratique plus dans les hôpitaux, mais elle est faite clandestinement.

Madame C : « *C'est interdit, mais ça continue à se faire, il y en a qui dise! Mais moi dans mon coin, ça continue, mais ils cachent, ils font à la maison avec une petite famille, pas beaucoup de monde en même temps pas plus que 10, avant c'était au moins 30. Et les gendarmes ils passent, mais quand tu es bébé que tu es une petite fille, qui va regarder si tu as fait ou pas ? En plus tu es dans le dos de ta maman. On peut pas voir.* »

Quatre femmes évoqueront tout de même leur doute quand à l'efficacité de ces mesures. Pour elles, la coutume a plus d'influence que la loi.

Madame E : « *Quelqu'un est allé voir le président et lui a dit qu'il fallait mettre en prison les gens qui font exciser. Mais il ne peut pas, car s'il fait ça, les gens ne voteront plus pour lui. Il peut pas, il fait quand même des sensibilisations à la télé, à la radio, mais il y a toujours l'excision. Il y en a qui diminue, il y en a qui ne font pas, mais il y en a aussi qui font toujours. Il y en a beaucoup.*

Puis « *Et il faut savoir que la Guinée ne s'arrête pas à Conakry, il faut aller dans les villages. C'est ça le problème on ne peut pas parler à tout le monde. Dans la capitale c'est facile mais les autres enfants qui sont dans les villages... ce qu'ils vont devenir. Parce que ça continue à faire là bas.* »

Madame D : « *Non, mais il y a des sensibilisations. Pour dire que c'est pas bon, qu'il faut pas mais il y a pas de loi qui est appliquée directement. Entre la loi et l'application de la loi, c'est pas pareil. Il n'y a pas de punition. La fête après l'excision se passe devant le monde, personne dit rien. »*

La mutilation sexuelle féminine est de nos jours interdite en Guinée comme au Sénégal. Le gouvernement sensibilise, informe la population des conséquences néfastes de l'excision.

Comment expliquer la persistance de cette coutume malgré son interdiction légale ?

Cette pratique est ancrée dans les mœurs, elle est faite au nom de la coutume. Diverses raisons sont évoquées pour justifier la mutilation des filles, elles divergent selon les

ethnies.

- **La mutilation, les arguments**

L'excision permet à une fille de garder sa virginité jusqu'au mariage. Elle est considérée comme une barrière dans ses relations avec les hommes qui l'empêcherait d'être infidèle.

Madame E : « *Quand on excise une fille, ça peut te permettre de ne pas suivre tous les garçons. Et tu vas rester fidèle à ton mari. Et tu en seras sage envers les grandes personnes. Tout ça. En fait c'est juste ça.* »

Madame A : « *Ça évite qu'une femme...ça te permet que tu puisses te retenir face à un homme. Quand tu n'es pas excisée, tu tombes facilement dans les bras d'un homme.* »

Madame D : « *Nos parents disent toujours, que c'est pour pas qu'une fille soit vulgaire.* »

L'expérience de la mutilation évalue aussi la réaction des filles face à la douleur.

Madame C : « *Toujours vers 10ans, 11 ans, car tu es grande et tu peux supporter la douleur.* »

Madame E : « *Une femme qui excisée on dit que c'est une femme qui est forte. Car elle a supporté la douleur.* »

L'excision est considérée comme un rituel de passage pour devenir une femme

Madame F : « *Et toi tu m'as fait ça et quand je vais grandir je vais devenir comment ?* » « *Tu deviendras une femme normale, elle ("la vieille") me disait, une femme respectueuse.* » « *Pour eux, une femme qui n'a pas fait ça, tu ne seras pas quelqu'un de respectueux, et ton mari ne te respectera pas.* »

Madame E : « *Souvent, on dit chez nous, qu'une femme qui n'est pas excisée, ce n'est pas une femme propre.* »

Une fille non mutilée est sujette aux moqueries, elle sera différente des autres, rejetée par sa communauté et déshonorera sa famille.

Madame C : « *Chez nous une femme qui n'a pas fait l'excision tous les hommes se moquent d'elle. »*

Madame F: « *Mais chez nous quand tu le fais pas on t'appelle "bilakoré". C'est quelque chose qui est adopté, et quand tu ne le fais pas, les parents trouvent que c'est pas bien. Car tout monde le fait. »* et « *Ça veut dire quelqu'un qui n'a pas fait ça. "sounaro", ça veut dire qui a été coupé. Si tu ne le fais pas, les hommes vont se moquer de toi, ils vont insulter de "bilakoré". Et les parents n'aiment pas ça »*

- **Un lien avec la religion ?**

Ces cinq femmes affirment qu'il n'y a pas de lien entre excision et religion. Quelque soit leur religion les différents groupes pratiquent l'excision au nom de leur coutume.

Madame E : « *Moi je suis allée en Guinée forestière et ce n'est pas forcément que les musulmans qui font ça, les chrétiens le font aussi. »*

Madame C : « *Non, la religion elle dit pas ça, ça dépend des races. Par exemple les Peuls, c'est des musulmans et ils font pas ça. Les arabes ils font pas ça. Nous au Sénégal on fait ça, mais pas tous, il y a des chrétiens aussi qui font ça. »*

Madame F : « *Dans la religion, on dit pas ça. Dieu ne dit pas ça, c'est eux qui disent que c'est la coutume. Ça n'a rien avoir avec Dieu. »*

Une femme musulmane parle tout de même, d'une ambiguïté dans le Coran sur le sujet:

Madame A : « *Non, parce que dans la religion, dans le Coran, ce n'est pas écrit. Mais apparemment avant, je ne sais pas qui (elle hésite), pratiquait ça, quand on a demandé au prophète Mohammed, il a dit je ne suis pas contre, vous pouvez le faire, mais juste un peu. Vous pouvez couper, juste un peu. Il n'est pas contre, il n'est pas pour... Normalement ceux qui le font, le font, mais ce n'est pas écrit dans le Coran qu'il faut exciser une femme. Nous, comme c'est devenu une coutume, forcément, on le fait. »*

3.3.3 Les conséquences de la mutilation

- **L'excision : un rituel traumatique**

L'excision a lieu dans un environnement propre à chaque ethnie.

Ces cinq femmes décrivent cette scène de façon détaillée. Elles ont été mutilées après avoir été allongées de force et maintenues par plusieurs personnes.

Madame C : « *L'excision, tu t'allonges, quelqu'un te tient comme ça (elle me montre ses quatre membres), quelqu'un s'assoit sur toi (elle me montre sa poitrine).* »

Madame D : « *j'ai subi l'excision.* »

Madame F : « *Moi je trouve que c'est comme une dictature, car on va te tenir. On t'écarte les bras et les jambes il y a des personnes qui te tiennent.* »

Madame A : « *Ils m'ont mis sur une table, il y avait la sage-femme parce que c'est cette dame qui fait accoucher les femmes enceintes, elle est venue, j'avais les pieds attrapés. (Elle me montre ses quatre membres que tenaient les personnes qui l'accompagnaient) Puis, on met ça, et on t'attache un pagne, on attache la tête avec un foulard, on attache un deuxième pagne au niveau de la poitrine pour les filles qui commencent à avoir des seins, pour cacher la partie (Elle montre sa poitrine).* »

Madame A a été excisée à l'hôpital, elle dit : « *je n'ai pas assisté pour les autres.* »

Pour les quatre autres, elles ont été conduites en groupe sur les lieux de la mutilation.

L'excision se déroule de façon organisée, dans le but de laisser les jeunes filles encore non excisées dans l'ignorance de ce qui va leur arriver. Mesdames E et F se souviennent qu'elles ont été séparées du groupe à leur arrivée.

Mesdames D et C témoignent avoir attendu leur tour en entendant des cris, cette dernière a vu revenir une des filles ensanglantée.

Madame C : « *On était tous assis, assis par terre dans la forêt. Elle prend un enfant elle l'emmène, tout le monde pleure tout le monde crie, on tremble. Quand les enfants ils sortent il y a beaucoup de sang qui saigne sur son pied. Il y en a même qui tombe bien que*

comment on dit, je sais plus, oui une crise cardiaque. C'est comme ça. »

Madame D : « j'avais peur quand c'était mon tour, je pleurais. Car j'entendais les cris. » et « On nous emmène derrière le village, loin de la maison, où il y a des arbres, dans la forêt. Souvent il y a une case, pas loin. On voit l'exciseuse, elle nous attend, et là, il faut rentrer une par une. On te dit quand c'est à toi, une dame t'enlève les habits, tes dessous. Et quand tu es dans la case, on t'attache les yeux, (elle me mime le geste). »

- **Les douleurs liées à la mutilation**

En Guinée comme au Sénégal, la mutilation génitale féminine fait partie de l'éducation des filles, de leur socialisation.

Lors des entretiens, ces cinq femmes ont exprimé clairement la souffrance provoquée par la «vieille», l'exciseuse en les coupant.

Madame A : « D'un seul coup j'entends «Tic» enfin, je sens une douleur au niveau de mon sexe. Voilà je crie, j'hurle ! »

Madame C : « Il coupe ça fait mal, car moi ils m'ont fait...(..) Ça fait mal, mal, mal car ils m'ont tout coupé. »

Madame E : Mais nous on fait avec des petits couteaux tout doucement comme ça (elle fait le geste), comme si on veut tailler la chose. Donc, si toi tu n'es pas tranquille, si tu fais un peu de mouvements, ça risque d'enlever tout... C'est tellement.. même si tu touches comme ça, ça te coupe. Tu vas crier jusqu'à plus avoir de voix. Tu vas saigner, mais on te lâche pas. »

Madame F : « C'est les dictatures, ça fait mal. »

Dans certaine ethnie, le rituel ne se limite pas qu'à la mutilation. Une des femmes se souvient qu'une fois mutilée, elle a été «torturée», elle raconte:

Madame A : « Je sais pas comment expliquer ça mais on vous torture aussi, on peut vous dire vous « rampez à genoux », tu le vois le trottoir là, comme il fait très chaud au pays on vous dit de ramper sur ce trottoir chaud. » et «Ou on mettait des bois comme ça, des tipis (elles me montre trois stylos qui représentent trois bouts de bois qui forment un tipi), il y a

trois branches qu'on n'attache pas, c'est sensible, dès que tu touches ça tombe. Et on te dit de faire le tour des bois très vite, tu rentres, tu sors, et si ça tombe on te frappe. »

L'excision est responsable de douleurs aiguës et chroniques. Elle altère la santé des jeunes filles. Elles disent avoir perdu beaucoup de sang, être tombées malade dans les suites du geste, et avoir mis beaucoup de temps à cicatriser.

Madame C : *« Et quand tu fais pipi... Ah.. ça fait trop mal, quand tu as envie, tu pleures car tu sais que ça va faire trop mal. Pourquoi je dois faire pipi? Ça fait trop mal. Chez nous on dit que quand tu fais pipi, ça guérit. Ah.. mais il faut que tu te forces. Et quand tu as fini on te nettoie avec de l'eau chaude, tu t'assoies sur le pagne... Oala, comment je vais t'expliquer ? Assez mal, ça fait trop mal. »* et *« Quand tu t'assois, ça saigne beaucoup, beaucoup, beaucoup ça fait mal, mal, mal. Olala. Et elles disent que quand ça coule rouge, ça veut dire que ça guérit, que c'est bien, que c'est le médicament qui sort. Olala ça fait mal, ça fait mal. »*

Madame E : *« Et le troisième jour ils vont venir te laver avec des savons simples, avec leurs mains. C'est comme si on te réexcisait encore. Tu vas pleurer jusqu'à fatiguer. »*

Madame D se souvient qu'une fois mutilée elle a du être recousue « à vif » :

« Beaucoup de saignements, pour l'arrêter ils ont dû appeler l'exciseuse pour qu'elle recouse la partie excisée et sans anesthésie... », puis évoque une complication possible : *« une fois coupé, quand ça continue à saigner, quand ça saigne trop, il faut recoudre la même partie. Parfois c'est complètement collé, elles ont juste un petit trou pour que les règles sortent, on dirait que c'est infibulé mais c'est pas ça c'est collé, c'est des complications, après la guérison. »*

La convalescence, ou la post-mutilation, se déroule pour la plupart dans une pièce commune aux filles excisées. Elles sont toutes ensemble, et le resteront jusqu'à la cicatrisation, pendant environ un à trois mois. Elles sont surveillées par leurs grand-mères ou leurs « marâtres ».²

2 Pendant la convalescence, les filles restent en groupe. Elles sont surveillées par leur marâtre : la deuxième ou troisième femmes du père, ou leur grand-mère maternelle ou paternelle, cette notion n'a pas été précisé dans les entretiens.

Madame C : *« Pendant les deux mois, on est tous dans une grande maison, il y a une grande salle comme ça, le délai c'est un mois, mais moi : deux mois car j'ai beaucoup, beaucoup, beaucoup saigné, ça m'a fait trop mal. Même quand je vois le sang maintenant, j'aime pas. Là bas il y a pas d'anesthésie, ils te donnent pas de médicaments, si tu as mal, ils te donnent rien. »* et *« Il y a que des feuilles qu'ils coupent. En fait ils prennent des feuilles qu'ils coupent, et avec des cailloux ils frottent, pour en faire du jus. Ils le mettent après avoir coupé, et ça, ça fait encore plus mal. Mais ça, ce n'est pas du médicament, on t'essuie avec, et vraiment ça fait mal. »*

Une femme me parle d'une boisson qu'elle devait boire pendant cette période:

« Vinto (...) C'est une boisson rouge qu'adore les Africains. Ils disent que ça augmente le sang. »

Elles expriment toutes avoir manqué de soins : *« C'est seul dieu qui nous sauve. »*

Une d'entre elles a dû être hospitalisée à la suite de sa mutilation. C'est son père qui était d'ailleurs contre l'excision, qui l'a prise en charge apprenant qu'elle était en danger.

Madame F: *« Douleur, beaucoup de douleurs. Tu ne dors pas la nuit. Tu vas mal, on ne te donne pas de médicament, j'ai juste des feuilles. Quand tu pleures, c'est comme ça. Parfois tu t'assis comme ça, ton pagne saigne. Moi je me rappelle, je suis restée deux semaines sans dormir, sans manger. J'ai été obligée d'être hospitalisée. »*

Deux de ces femmes me confieront que des filles meurent des complications.

Les souvenirs de leur excision et de ce qu'elle a engendré, semblent intacts. Quand nous parlons des complications, elles abordent l'impact de la mutilation sur leur vie sexuelle.

Madame F: *« Quand ils te font, ça fait mal, mais tu sais pas. Et quand tu commences à avoir des rapports, là, tu comprends, car ça fait mal et tu ne sens rien. Ça fait mal. Là ça fait toujours mal. Tu n'as pas de plaisir, ça sert à rien de faire l'amour quand tu n'as pas*

de plaisir. Ça fait tout le temps mal, tout le temps mal. »

Madame A : « Le seul problème que j'ai avec mon excision c'est pendant les rapports sexuels, j'en souffre, je n'aime pas qu'on le touche mon clitoris parce que j'ai mal.» «C'est mal cicatrisé, la peau, la chair a enfermé le bout ; du coup quand on touche j'ai mal, même moi quand je touche j'ai mal.» et «Ça fait mal, ça fait très mal, le premier jour où j'ai couché avec mon mari, c'était dur! Alala! J'ai eu trop mal !! »

Madame C : « Il y en a, elles se marient à 15ans, ça fait mal.Ça fait mal car tu as jamais couché avec ton mari, on te force, il y en a qui supporte pas, alors il y a trois hommes qui te tiennent et ton mari qui couche avec toi. »

Une de ces femmes, mariée à un homme originaire du même village qu'elle, confiera que ses dyspareunies remettent aujourd'hui en cause son mariage.

Madame E : « moi, dans mon couple d'abord ça joue beaucoup sur moi (...) Des fois il me donne tout ce que je veux mais je ne peux pas faire l'amour. C'est le cas qui continue avec mon mari, moi si je couche une seule fois avec mon mari je vais tomber enceinte. Je peux faire trois enfants,... Mais moi là mon mari il me dit qu'il ne peut pas rester comme ça avec une femme. C'est le problème qu'il y a entre moi et mon mari. »

L'entretien de ces cinq femmes s'est déroulé après leur accouchement Elles sont deux à affirmer spontanément qu'il a été plus douloureux pour elles, étant Africaines, que pour des Européennes.

Madame C : « Ouais, ouais. Parce que F (Sage femme de PMI) m'a dit qu'une femme excisée et une femme pas excisée, c'est pas pareil. Moi un jour j'ai vu une Blanche, et moi, je sentais beaucoup plus qu'elle. »

Madame F : « Normalement l'accouchement tu peux pas dire que ça fait pas mal, même si tu es Blanc, l'accouchement ça fait mal, mais chez nous ça fait plus mal. » et « Mais moi déjà quand j'ai mes règles j'ai très mal, plus mal que toi... L'accouchement c'est pareil, chez l'Africain ça fait plus mal. »

L'accouchement est une épreuve pour ces femmes. La mutilation entraîne des contraintes lors du passage de la tête de l'enfant à travers la filière génitale. Une épisiotomie est donc réalisée en prévention.

Madame C : *« Oui, oui, pour les trois. Quand j'ai fini ... comment on dit.. Elle rit. Quand j'ai fini de les sortir , ils m'ont recousu. Silence... Elle est gênée. »*

Madame A*« Oui. Oui. Pour ma première fille, c'est eux qui l'ont fait. Car elle était trop grosse. Ils ont coupé. Et après ils ont recousu. »*

L'équipe médicale avait prévenu Madame A: *« Voilà, pendant l'accouchement aussi on m'a proposé directement de faire l'épisiotomie, la dame a vu directement que j'étais excisée. C'était pour éviter que ça se déchire, et que c'est déjà coupé ça peut facilement se déchirer. Du coup elle a directement fait ça; Pour éviter que ça se déchire tout seul voilà.»*

Une de ces femmes évoque son premier accouchement en Afrique.

Madame D : *« Pour mon premier garçon, c'était difficile. Euh.. il a fallu ... euh qu'il coupe un peu. Puis j'avais peur depuis le début, depuis l'enfance j'ai la peur, là.»* et *«De la douleur que j'ai senti petite pendant l'excision, d'avoir mal encore sans anesthésie. Pfff J'ai revu... j'ai vu encore la même chose pendant l'accouchement que pendant l'excision. Il a fallu qu'il coupe, qu'il recouse sans anesthésie... J'ai revécu le moment. (je sens que c'est difficile d'en parler, pour elle) »* *«Cet accouchement, ... c'est un moment difficile (...) Oui vraiment. Silence. »*

Elles parlent toutes de douleurs lors du travail, avec ou sans péridurale. Mais elles ne l'expriment pas de la même façon, deux expliquent qu'elles ne voulaient pas la montrer.

Madame D :*« Mais moi, quand j'ai mes contractions, je crie pas, je pleure pas, je garde la douleur ici (elle me montre sa poitrine). Quand ils sont venus, moi je parle pas, ils me disent « Madame ça va ? » je dis rien. Je dis rien, je pleure pas. »*

Madame F :*« Mais moi j'ai pas appelé, car j'avais mal déjà, tout le temps à la maison, j'avais l'habitude. C'est pas la peine de les embêter. Mais j'avais beaucoup mal, j'avais mal. De temps en temps elle venait me voir pour me demander si ça allait... je disais oui. »*

L'excision fait naître une douleur qui reste présente chez ces femmes. Evoquer ces souvenirs engendre de l'émotion, elles l'expriment:

Madame C : « *C'est douloureux quand même... on n'oublie pas. Même d'en parler... Même quand tu y penses... c'est comme si ça arrive. Ça fait vraiment mal, ça fait trop mal.* »

Madame E : « *Moi, même si c'est comme ça pour tout le monde, je n'ai jamais, je n'ai même pas, je ne supporte pas de voir quelqu'un qui est excisé.* »

Madame A : « *Et puis on oublie pas ça, tu oublies certaines étapes, mais tu ne peux pas tout oublier. Ça reste dans la tête.* (silence) »

3.3.4 La prise en charge en France des femmes mutilées

- **L'information médicale sur la mutilation sexuelle**

Ces cinq femmes ont été prises en charge lors de leur grossesse par une sage femme de PMI qui travaille en relation avec l'association « Femmes solidaires ». Elles ont été informées sur leur excision et sur les complications possibles de l'accouchement.

Madame C: « *F (sage femme de PMI), quand tu es enceinte, c'est quelqu'un de bien. Oui, quelqu'un de bien, elle vient chez toi, elle te parle, elle t'explique. C'est quelqu'un de bien...»*

Madame D : « *Oui ici c'était bien, pendant la grossesse on est venu me voir à la maison, je me déplaçais pas trop, les traitements c'était bien fait, au pays on n'a pas tout ça.* »

Une fois prise en charge à l'hôpital pour leur accouchement, à la question : « *Les sages femmes, elles savaient que vous étiez excisée ?* », elles sont quatre à répondre qu'elles le pensaient, mais qu'elles n'en étaient pas certaines, le sujet n'ayant pas été abordé.

Madame A : « *La sage femme qui me suivait, savait que j'étais excisée, mais elle ne m'a pas parlé du danger. Je ne lui ai pas posé des questions non plus.* »

Madame C : « *Je sais pas. Moi j'ai pas dit.* » Elle rit, « *Non, mais elles ont dû le voir parce qu'elles venaient tout le temps regarder, elles mettaient tout le temps leurs mains.* » Elle rit. « *Je sais pas.* »

Madame D : « *La sage femme qui m'a suivi, oui les autres, je sais pas, j'ai pas dit, elles m'ont pas dit.* »

Madame F : « *Je sais pas. Peut-être qu'elle peut savoir. Elles m'en ont pas parlé, pour aucune grossesse* ». Je sens de l'étonnement chez elle.

Pour Madame E, l'équipe médicale était au courant de sa mutilation. Lors de son premier accouchement elle a eu des complications: « *Avant l'accouchement, j'ai fait le coma, je n'arrivais plus à respirer. Quand l'enfant est sorti il respirait pas, ils ont dû le réanimer, et moi aussi, j'ai fait une hémorragie.*» «*j'ai fait vraiment une grosse hémorragie. Ils ont transporté la petite à Poitiers. Moi ils m'ont emmené le lendemain à Poitiers, on a fait presque un mois, 15jours à l'hôpital. J'étais vraiment mal..* »et « *Ils m'ont dit que c'était à cause de l'excision. Quand ils ont regardé, ils m'ont dit, car il y a différentes qualités d'excision. Si on enlève toutes les petites lèvres et les grandes lèvres, les médecins ils vont te dire, et c'est mon cas, ils m'ont tout enlevé.* »

- **L'accouchement en France, une rupture culturelle**

L'accouchement en France, dans une structure hospitalière, est un vrai dépaysement pour ces femmes. Trois d'entre elles témoignent et expriment qu'elles ont souffert de la solitude, de ne pas être entourées de leurs proches.

Madame E : « *Je pleurais car j'ai dit que je connaissais personne ici.* »

Madame F : « *Elle m'a laissé dans la salle, j'étais toute seule là-bas. J'ai été toute seule, elle va, elle vient. Mais elle c'est pas bien occupée de moi.* » « *On est pas chez nous...*»

Madame C : « *Mon deuxième accouchement j'ai accouché toute seule, car j'ai dit j'ai mal, mais elle m'a dit que je devais attendre encore, que le col était long (...)* Après j'ai senti le bébé venir, j'ai sonné, personne n'est venu. Ils sont pas du tout venus. Et quand ils sont arrivés, j'avais déjà accouché. Elle rit. C'était drôle, parce qu'ils ont crié quand ils ont vu

que le bébé était dans le lit, ils disaient Olala ! Olala ! Vite ! »

« Et le troisième aussi, j'avais beaucoup de douleurs, ils m'ont mis le monitoring. J'ai eu mal. J'ai sorti le monitoring. Je me suis mise comme ça par terre (accroupie), et j'ai poussé et il est venu.

J'ai dit oui le bébé est là. Ils ont crié « Quoi ?! Vite vite ! » Elle rit, ils ont eu peur. »

En parlant de leur mutilation, elles sont quatre à verbaliser leur appréhension de l'accouchement.

Madame C et F confieront leur inquiétude: *« Oui, j'avais peur. Très peur. Hum... Silence »*

Madame F : *« Oui, vraiment oui. J'étais inquiète surtout le premier jour. Il y a des sages-femmes qui savent qu'on a fait ça, et d'autres non, elles posent pas de questions. Que la sage femme F qui m'en a parlé. »*

Pour Madame D il est difficile d'aborder le sujet : *« Non j'en parle pas, ça reste en moi. »* Et *« Oh oui, toujours, toujours. J'ai ça en moi, j'ai peur de la douleur, j'ai peur depuis l'enfance, j'y pense tout le temps. Même, dès que je vois une seringue, j'ai peur. Je vois toujours la peur, je l'ai, c'est en moi, je la garde. (Je sens de la souffrance quand elle parle, ce n'est pas facile pour elle) »*

Le premier accouchement de Madame E, a été compliqué par une grave hémorragie, mettant en danger sa vie et celle de son bébé. Les médecins lui avaient par la suite expliqué que sa mutilation en était la cause. L'idée de son deuxième accouchement par les voies naturelles l'effrayait : *« C'était difficile. Pour le deuxième, j'ai eu vraiment peur. J'ai dit que je ne voulais pas accoucher. J'ai dit que je refusais d'aller accoucher normalement. Le bébé va rester dans mon ventre parce que je ne veux pas accoucher. J'ai eu vraiment peur. F, la sage femme a donc envoyé une lettre à l'hôpital d'Angoulême. Ils ont analysé, ils ont regardé tout mon dossier »* et *« J'ai été suivie par un médecin, qui était bien aussi. Je lui faisais confiance. Il m'a dit qu'il fallait essayer, il m'a promis. Il m'a dit aussi au cas ça ne passe pas, le bloc était prêt, à côté. Mais on essaye une dernière fois. Et si ça ne passe pas, on fera la césarienne. »* et *« Heureusement il y avait le médecin à côté de moi, j'avais trois personnes, à côté de moi. Ils étaient prêts au cas où ça se passe mal. J'étais vraiment rassurée. »*

L'inquiétude sur les complications que peuvent provoquer une excision lors d'un accouchement, n'est pas perçue dans le discours de Madame A : « *Je veux dire que toutes les femmes de la Guinée sont excisées et elles accouchent quand même. Ce n'est pas quelque chose que l'on pense forcément quand on est enceinte. On ne sait pas la gravité, quel est le lien entre l'excision et l'accouchement. C'est ici que j'ai su qu'il y avait un lien et qu'il fallait forcément faire l'épisiotomie pour pas que ça se déchire. Avant je ne savais pas bien.* »

Madame C parle d'une femme décédée en accouchant: « *Moi, je connais une, qui arrivait pas à accoucher pendant trois jours, elle arrivait pas, elle était fatiguée vraiment. Elle est allée à l'hôpital, on lui a dit que le bébé allait bien. Mais le sang a coulé avant le bébé. Après, ils ont fait la césarienne, après deux jours. Le bébé va bien mais la maman elle est morte.* »

En Afrique les femmes accouchent souvent à la maison, par manque de moyens, avec l'aide d'une femme âgée.

Madame A : « *Au pays c'est comme ça. Nous, tu accouches à la maison, car tu n'a pas d'argent pour aller à l'hôpital, c'est grand-mère qui t'aide.* »

En France, elles ont facilement accès aux soins hospitaliers, et elles affirment toutes avoir bien été prises en charge par l'équipe médicale.

Madame C : « *Mais les sages femmes sont gentilles, parce que moi je les comprends, il y a beaucoup de maman qui viennent accoucher en même temps. Elles peuvent pas faire tout le monde, je comprends, chez nous on est toute seule, (accouchement non médicalisé) ici on s'occupe de toi on te donne des médicaments. Moi j'étais contente qu'on s'occupe de moi (...) Ici par rapport au pays, elles sont gentilles, vraiment. Même quand j'étais enceinte, elles sont bien.* »

Madame F : « *Mais la sage-femme s'est bien occupée de moi. Elle était gentille, elle*

parlait avec moi. Elle était avec moi. Ça c'était bien (...) Elle m'a accompagnée, elle m'a dit qu'il fallait respirer. Je me sentais bien. »

Madame D : *« C'était mieux, c'était en France. C'est différent ici, on sent moins de douleur. »*

Connaissant les complications de l'excision, elles affirment toutes leur opposition à ce que la tradition perdure.

- **La protection de leurs filles, un nouveau combat**

Depuis leur arrivée en France, ces femmes ont conforté leurs connaissances sur l'effet néfaste des mutilations sexuelles féminines. Elles se retrouvent entre deux civilisations aux cultures différentes et aux idées contradictoires.

Madame F remet en cause ses coutumes. Elle ne comprend pas les raisons de son excision. *« C'est les coutumes. Moi je trouve que c'est une dictature. Après j'ai entendu des histoires, c'est les gens qu'on fait des histoires pour ça. C'est les hommes qui pensaient qu'en faisant ça à leurs femmes elles allaient être fidèles. Alors que ce n'est même pas ça, c'est une dictature .»*

Madame A : *« Personnellement je suis contre l'excision, parce que je ne comprends pas, je ne vois pas, l'importance de l'excision. Je suis contre ça, moi je ne vois pas l'avantage que j'ai à être excisée. Il n'y a eu que des inconvénients. »*

Madame C : *« Je sais pas pourquoi ils font ça, je comprends pas. »*

Madame A : *« Je sais que l'excision est dangereuse Mais je n'arrivais pas avant à faire le lien entre l'excision et l'accouchement. »*

Mesdames A, C, D et F affirment qu'elles sont contre l'excision.

Madame E, lors de son arrivée en France, soutenait encore l'excision. C'est après son premier accouchement et son hémorragie qu'elle a décidé de militer et de créer son association.

Madame E : *« Tu connais pas les inconvénients, tout ce qu'il dit, je pensais que c'était juste pour me décourager, c'est ce qui se passé dans ma tête, il m'a dit que même tu peux mourir pendant l'accouchement, je lui ai dis que c'était pas vrai. Je croyais pas du tout, sauf le jour où ça m'est arrivé. Je sais maintenant que tout ce qu'ils m'ont dit c'était vrai. »*

La crainte que leur fille soit un jour excisée est perçue dans ces cinq entretiens.

Elles refusent de retourner dans leur pays d'origine, afin de ne prendre aucun risque. Car la décision d'exciser une jeune fille peut être prise sans l'accord de ses parents.

Madame A : *« Si elle part en Guinée, il y a risque d'excision. Parce qu'on demande pas l'avis des parents, il y a une de mes copines qui peut me dire «passe-moi ta fille on va passer une journée», et elle va l'exciser, qu'est-ce que tu peux contre ça. »*

Madame D : *« Elles sont pas excisées. Mais je sais que si je vais au pays on va leur faire, c'est pour les protéger que je vais pas rentrer. Mais même si c'est à 20 ans 30 ans, qu'elles y vont, si c'est pas fait, ils vont le faire. Parce que sinon, là bas, personne veut se marier avec elle. Je peux pas les emmener, il faut les sauver. »*

Madame C : *« C'est la coutume, les Africains, j'aime pas des fois, j'ai honte moi. Quand tu es là bas, c'est important, mais quand tu es née ici, non. Les enfants qui naissent ici, quand ils vont là bas, ils comprennent pas. »*

4. Discussion

4.1 Validité interne

4.1.1 Biais de sélection des enquêtées

La sélection des participantes a été réalisée par l'intermédiaire de l'association « Femmes Solidaires », comme indiqué précédemment dans la partie méthode. Cette démarche nous a permis de recruter des victimes de mutilations sexuelles féminines et ayant accouché.

Le choix de l'association nous a permis de pouvoir rencontrer des femmes concernées (cf critères d'inclusion). Cependant, ces femmes avaient déjà eu l'occasion de parler de leurs mutilations, et nous pouvons considérer que leur point de vue avait pu être modifié.

Nous avons été obligée d'exclure une des femmes de l'étude. En effet sa socialisation s'était faite en France après son adoption. Elle a grandi dans une culture différente des cinq autres.

Ces cinq femmes sont originaires de seulement deux pays différents, la Guinée et le Sénégal. Or les mutilations sexuelles féminines se pratiquent dans plus de trente pays et d'après la littérature les représentations de l'excision changent selon la nationalité des femmes, et les ethnies. Le faible nombre de pays représentés constitue un biais dans notre recherche.

Notre étude cherchait à comprendre l'appréhension de l'accouchement chez les femmes mutilées, or au moment des entretiens elles avaient toutes accouchées. Leurs perceptions auraient-elles été différentes si les femmes avaient été interrogées enceintes?

De plus, le nombre d'entretiens que nous avons réalisés étant limité, nous n'avons pas atteint le point de saturation, qui est le moment à partir duquel des entretiens supplémentaires n'apportent aucune information nouvelle. D'autres entretiens auraient donc été utiles et auraient apporté des informations complémentaires.

4.1.2 Biais liés à la situation

Un des points forts de notre étude est la confiance que les femmes nous ont accordée. En effet, malgré la souffrance qu'elles ont ressentie en abordant leurs mutilations sexuelles, elles ont toutes exprimé le bienfait de mettre des mots sur leurs maux.

Ces cinq femmes ont entre 25 et 32 ans. Elles ont été mutilées à des âges différents. La période entre la mutilation et l'entretien est variable, toute comme celle entre la dernière grossesse, le dernier accouchement, et le recrutement des femmes. Cette période s'étale entre 2 mois et 2 ans. Nous pouvons supposer que certains détails ont été oubliés pendant ces années. Un biais de mémoire apparaît.

Trois des entretiens ont été réalisés au domicile des femmes. Réaliser un entretien chez elles leur permettait de rester auprès de leur enfant, tout en étant dans un environnement familial qui leur apportait une certaine sécurité et une liberté de parole. Cependant deux des entretiens ont été interrompu par l'intervention d'une tierce personne (enfants ou amis). Nous avons pu, à ce moment là, observer une modification dans l'attitude des femmes. Dans ce cas, nous avons fait une pause et repris l'entretien plus tard.

4.1.3 Biais liés à l'enquêteur et à l'outil utilisé

L'entretien semi-directif, que nous avons choisi pour répondre à notre question de recherche, met deux individus inconnus face à face, l'enquêteur et l'enquêté. Ces deux personnes ne se connaissent pas, et partagent une discussion ouverte sur des sujets intimes et très personnels dans notre cas. Cette méthode nécessite qu'une certaine confiance s'installe entre les deux personnes. Ainsi, nous avons réalisé des entretiens longs, qui nous permettaient de créer un lien et une relation de confiance au fil des questions posées. De plus, les femmes étaient assurées de la confidentialité des données, et de leur anonymat le plus total, leur nom ne leur ayant jamais été demandé.

L'échange autour de l'excision, sujet sensible, reste intime. De ce fait, certaines femmes ont rencontré plus de difficultés à s'exprimer et à formuler leurs idées, ce qui

n'influence aucunement la spontanéité de leur discours et leur authenticité. Nous n'avons porté aucun jugement sur les paroles rapportées par les femmes que nous avons rencontrées. Cependant, un entretien n'est pas toujours aisé à mener, car chaque situation est différente, et nécessite une certaine pratique, difficile à acquérir en un temps restreint. Afin de mener des rencontres les plus contributives et fluides possibles, l'enquêtrice connaissait parfaitement la grille d'entretien et était capable de naviguer entre les différentes thématiques. Ainsi, leur ordre pouvait varier en fonction de l'orientation que donnait l'enquêtée à la discussion. Cependant, l'enquêtrice était amenée à intervenir pour approfondir le discours des femmes, ou pour redonner un cadre lorsque l'entretien sortait des thèmes à aborder. Ces interventions étaient faites le plus discrètement possible, sans interférer dans le discours de la personne interrogée, et sans la couper.

Nous avons aussi essayé de respecter au mieux les silences et les temps de réflexion des enquêtées, malgré la tentation d'intervenir afin de relancer le discours. Ces silences ont souvent été importants, et quand ils étaient respectés, permettaient aux femmes de reprendre le fil de leur pensée sans direction de notre part, permettant un entretien plus fluide.

4.1.4 Biais liés à la méthode d'analyse

Notre étude qualitative s'est basée sur une méthode de retranscription totale de chaque entretien pour en dégager les grandes thématiques. Ce qui a pu laisser une grande part à la subjectivité, l'enquêtrice étant la même personne que celle qui a retranscrit et analysé les entretiens. L'analyse et la retranscription des entretiens par des personnes différentes auraient pu apporter un autre point de vue et une interprétation différentes des données. Cette organisation n'était pas réalisable.

Qui plus est, la richesse de nos entretiens, et la quantité d'informations recueillies auprès des femmes interviewées, nous ont obligé à sélectionner les données que nous avons analysées. La totalité des paroles des enquêtées n'ont pas été étudié, car certaines s'éloignaient de notre question de recherche. Ces données ne sont cependant pas dénuées

d'intérêt ni de sens, elles permettent de contextualiser notre analyse et mériteraient une étude plus poussée.

4.2 Validité externe

L'excision est le terme choisi par les femmes, pour parler des mutilations sexuelles féminines. Nous l'emploierons aussi.

4.2.1 L'excision, une coutume sous « l'emprise » du silence

- **La coutume**

L'excision est un rituel, une coutume ancestrale transmise de génération en génération dans certaines ethnies.

En Afrique, un enfant est éduqué par sa famille, qui est la société, c'est l'enfant du groupe. Dans les pays, où l'excision se pratique elle fait partie de la socialisation des filles, elle est le rituel de passage. L'enfant devient alors une femme, et peut être accepté par sa famille. Le terme de famille est utilisé au sens large, pas seulement ses parents, mais toute la société(28).

L'excision est plus ou moins répandue selon les pays. 97% des filles sont mutilées en Guinée, 25% le sont au Sénégal(5). UNICEF 2016.

Dans ces ethnies, le regard de la société est primordial pour la famille. La décision de l'excision d'une fille est prise par le groupe familial.

Devenir femme veut dire être apte à se marier. Le mariage est une étape importante, car c'est à travers lui qu'elle pourra devenir mère et honorer leur famille.

L'excision est pratiquée pour que les filles se marient et restent fidèles, l'excision serait une barrière à la sexualité illicite de la femme. En effet, une femme non excisée ne pourrait garder sa virginité jusqu'au mariage, ni résister à des relations adultères.

Lors des entretiens, plusieurs passages montrent, que les filles ne peuvent ou ne doivent pas poser de question sur ce qui va leur arriver ou sur ce qui leur a été fait. La parole des aînés doit être considérée, respectée, elle ne doit pas être questionnée, et n'est pas remise en cause. C'est peut être, par ce processus d'application, sans questionnement, que les

familles concernées par la mutilation se retrouvent devant l'inconnue de l'origine de la pratique de l'excision.

Nous nous trouvons donc confrontés à des justifications de l'excision, par de multiples raisons. Raisons qui diffèrent selon les ethnies qui pratiquent pourtant un même geste: la coupure du sexe de la femme.

La mutilation sexuelle féminine est une «histoire de femmes» faites par les femmes à des femmes, c'est ce que ces cinq femmes Africaines affirment avec persuasion.

L'excision est un acte traditionnel, culturel exécuté le plus souvent par une exciseuse, à la demande des femmes. Une mère fera exciser sa fille pour qu'elle soit acceptée par sa communauté. Une mère qui a subi l'excision, qui en connaît sa douleur et ses conséquences. Elle confiera sa fille à l'exciseuse en l'honneur de sa famille, mais aussi dans l'intérêt de sa fille, pour qu'elle soit reconnue socialement et non rejetée par son groupe.

C'est donc les femmes qui ont le rôle de transmission de cette coutume par le geste.

Mais ce n'est pas toujours une histoire mère-fille, deux femmes témoignent que leurs mères étaient opposées à leur excision, mais que c'est la famille qui a pris la décision.

Mais dans ces sociétés patriarcales où l'homme a le plein pouvoir, comment cette tradition peut-elle être exclusivement féminine?

L'homme n'a pas de rôle défini dans l'excision. Séverine Carillon et Véronique Petit évoquent, dans leur étude sur la place de l'homme dans l'acceptation ou le refus de la pratique d'une mutilation, que le respect de l'ainé est un argument acceptable socialement pour justifier l'exclusion de l'homme dans le processus de décision. Un père a témoigné de son impossibilité à s'opposer à l'excision de sa fille, subissant la pression des femmes de sa famille, et de la société.

Les hommes répondent peu au sujet de l'excision qui est «inapproprié» s'agissant «d'une affaire de femmes». Ne participant pas à ce rituel, ils ne s'expriment pas ou affirment que cela ne les concerne pas. L'homme se servirait donc des normes sociétales pour ne pas s'impliquer dans ce problème de santé publique qui est l'excision des filles(8).

La possibilité qu'à l'homme de s'opposer à l'excision de sa fille est relevée dans un des entretiens. Le père, par sa position d'homme détient le pouvoir de chef de famille, et a un

poids dans la société.

Sa non implication serait donc volontaire et recherchée, dans le seul but de ne pas bouleverser l'équilibre de la société. Un équilibre maintenu par une différenciation de genre où l'homme a une place de dominant, valorisée. Et où la femme est dominée et participe « à sa propre mutilation »(8).

L'excision ne serait donc pas qu'une histoire de femmes mais une histoire de domination de genre.

Dans les pays où elle est pratiquée, cette coutume évolue tout de même avec le temps.. Si 97% des femmes adultes en Guinée sont excisées, 46% des filles de moins de 14ans le sont. Au Sénégal, la mutilation sexuelle féminine concerne 25% des adultes et « seulement » 13% des moins de 14 ans(5).

Nous pouvons dire aussi que l'excision commence à être remise en cause. En Guinée 41% des garçons âgés de 15 à 19ans et 27% des filles du même âge sont contre l'excision.

La Guinée comme le Sénégal font partis des pays d'Afrique ayant interdit la pratique de l'excision.

Mais ces lois sont encore insuffisantes pour abolir ce rituel ancré dans les mœurs. Dans ces sociétés, le respect de la coutume prime souvent sur le respect de la loi. La mutilation se pratique plus dans les hôpitaux, mais se fait toujours de façon clandestine.

- **Le silence face à l'excision**

L'excision est pratiquée au nom de la coutume, qu'il faut appliquer et respecter. D'après ces cinq femmes toutes les filles passent par ce rituel. Dans leur enfance, elles côtoient au quotidien des filles excisées. Pourtant le sujet n'est pas abordé explicitement dans la société ni dans la famille, l'excision est taboue. Son déroulement reste caché aux yeux des filles non excisées. L'excision se déroule à l'hôpital ou dans un lieu éloigné du village. Une «bilakoré» (une fille non excisée) ne peut pas y assister pour ne pas percevoir le côté traumatique du rituel.

Ce point de vue n'a pas été abordé lors des entretiens mais nous pouvons nous demander ce que peuvent ressentir ces filles en voyant leurs amies, leurs sœurs, revenir mutilées?

Certaines ont des complications visibles, elles peuvent saigner, boiter, perdre connaissance... De plus, une douleur chronique peut s'installer. Nous pouvons donc supposer qu'elles ont conscience qu'il va leur arriver quelque chose de particulier et de douloureux. Ont-elles une appréhension face à ce rituel qui leur est promis?

Armelle Andro, Marie Lesclingand et Dolorès Pourette, évoquent l'appréhension de la pratique de l'excision au cours de l'enfance(4).

Une fille devra se faire exciser pour respecter sa coutume, et honorer sa famille. Elle sait que ça lui arrivera durant son enfance, mais elle ignore réellement ce qu'on va lui enlever, dans quelles conditions cela va se passer, et les conséquences définitives de la mutilation.

Mais, l'excision est aussi ce qui leur permettra de ne pas être marginalisée. Une fois mutilée la fille est acceptée par sa communauté. Elle peut accomplir son rôle de femme pleinement. Une femme témoigne qu'elle enviait une fille «bien habillée après le sounaro». Nous pouvons nous demander si la mutilation peut aussi être source de convoitise pour les « bilakorés »?

L'excision est un rituel entouré de non-dits et de silence. La question de la mutilation sexuelle est taboue dans ces sociétés. Les hommes semblent peu concernés et il est inconcevable pour une fille de poser des questions sur les raisons, le déroulement ou sur les conséquences de l'excision. L'excision serait donc tabou dans ces sociétés car elle toucherait le sujet sensible de l'anatomie génitale féminine.

Dans son livre, Marie Jo Bourdin fait part d'un échange sur l'excision avec un philosophe Malien, père de trois filles. Il affirmera en tant qu'homme intellectuel être contre cette coutume et avoir empêché sa famille de mutiler ses filles. Puis, il confiera: « il y a un mot que je ne peux pas prononcer, c'est tabou », et emploiera une métaphore pour se rendre plus explicite: l'excision c'est « supprimer la virgule »(29). En fait, le mot imprononçable pour cet homme est le clitoris.

L'organe du plaisir féminin pourrait être l'origine de ce tabou.?

Le rapport de genre dans ces coutumes est inégal. La femme dans son rôle d'épouse, doit assurer une descendance à son mari. Le seul but des rapports sexuels serait d'avoir des enfants. Le plaisir féminin n'aurait pas sa place dans ces sociétés.

L'excision serait faite pour contrôler la sexualité des femmes en empêchant l'adultère, ce qui est exprimé de manière explicite dans les entretiens. Le tabou culturel de la sexualité

féminine pourrait expliquer le silence qui caractérise l'excision.

En effet, dans beaucoup de cultures africaines, parler de sexualité est profane. L'étude d'Astrid Bochow est une réflexion sur la parole autour de l'amour et de la sexualité au Ghana(30). Dans ce pays, le terme sexualité n'a d'ailleurs pas de traduction dans les dialectes parlés. Les jeunes lycéens utilisent la traduction anglaise «sex» comme traduction du mot sexualité. Ils n'en parlent pas explicitement, car parler ouvertement de sexualité est contraire aux normes sociales. C'est tabou et honteux. En parler «c'est avouer pratiquer», et la culture interdit les relations sexuelles avant le mariage. De plus, la parole est réservée aux aînés, ce sont eux qui détiennent le savoir. Il est inconcevable pour ces étudiants de se livrer, sur un thème tel que la sexualité en étant célibataire, et ce d'autant plus à une personne plus âgée qu'eux. Le respect de l'aîné est aussi très présent dans cette société. Un des seuls endroits où ces jeunes peuvent parler de sexualité est l'école, étant loin de leur cercle familial.

Nous pouvons ici faire le lien avec l'excision. Dans les entretiens, les femmes utilisaient toutes le terme «bilakoré»: «celle qui n'a pas été coupée» pour parler de mutilation. Et ce, par manque de vocabulaire. Deux utiliseront le terme «sounaro». En Guinée comme au Sénégal peu de mot traduisent le terme occidental excision. Le tabou de l'excision, tout comme celui de la sexualité, n'aurait donc pas de mot pour les définir. Ce qui inciterait d'autant plus les hommes que les femmes à ne pas aborder le sujet.

L'excision est une empreinte culturelle ancrée, maintenant la sexualité du genre féminin aussi silencieuse que le veut sa coutume. La sexualité est un sujet difficile à aborder dans ces sociétés africaines.

4.2.2 Les conséquences de la mutilation

- **La douleur liée à l'excision**

L'excision est le rituel qu'une fille doit subir pour devenir socialement une femme. Dans leurs témoignages, la mutilation est rapidement associée au mot «mal» (dans le sens douleur). Au moment de la narration du traumatisme leur mal-être est ressenti, ces cinq femmes l'expriment avec insistance. La souffrance a marqué leur esprit, elle fait partie des souvenirs restés intacts.

L'excision est responsable de violentes douleurs aiguës, et provoque des conséquences

physiques à court et long terme. La principale complication retrouvée, dans les cinq témoignages est l'hémorragie génitale. Elle succède à la coupure et peut causer la mort des victimes. Deux des femmes parleront spontanément du décès d'une femme de leur village suite à une excision. Des infections sont potentiellement transmises par la lame unique utilisée par l'exciseuse et peuvent aggraver les plaies. Par la suite ces filles seront confrontées à des problèmes urinaires, à une mauvaise cicatrisation, et à de fortes douleurs lors des menstruations(19). Les conséquences de la mutilations varient d'une femme à l'autre, elles sont corrélées au type de la mutilation et aux soins qui leur seront apportés.

Après l'excision, les filles restent ensemble pendant plusieurs semaines dans une même pièce. Elles sont à l'écart des autres enfants, et surveillées par les aînées présentes depuis la mutilation. Les remèdes utilisés pour soigner les plaies sont artisanaux, aucun médicament ne sera employé.

Les jeunes filles ont vécu un rituel inattendu, traumatique, provoquant d'atroces souffrances. Elles sont isolées de leur quotidien et aucune explication ne leur sera donnée. Elles souffrent dans leur corps et trouvent peu de réconfort. La seule personne présente, qui leur est connue est la grand-mère, la tante ou la marâtre, qui est la personne qui les a conduite à la mutilation. Nous pouvons nous demander ce que peuvent ressentir ces jeunes filles dans une telle situation?

En parlant des complications causées par l'excision, quatre de ces cinq femmes révèlent ouvertement les séquelles concernant leur vie affective et sexuelle. Nous allons essayer de comprendre, pourquoi ces femmes originaires d'un pays où parler d'excision et de sexe est tabous, abordent-elles cet intime sujet?

Tout d'abord, il faut rappeler que ces cinq femmes excisées ont immigré en France depuis plusieurs années. Elles sont donc confrontées à une nouvelle société ne valorisant plus la sexualité pour la seule procréation mais aussi pour le plaisir. De plus, ces femmes ont accepté de participer à cet entretien en connaissant le sujet de l'étude. Il y avait donc une volonté de leur part de témoigner à propos de leur intimité. En étant accompagnées par l'association «femmes solidaires», on peut supposer qu'elles avaient déjà eu l'occasion de parler de leur mutilation et de ses complications .

Dans leur témoignage elles décrivent la douleur ressentie pendant leur premier rapport

sexuel. Un moment partagé ou contraint, avec deux fois sur cinq un homme non désiré dans le cadre d'un mariage forcé (dans les trois autres cas, elle s'étaient échappées).

Les rapports sexuels sont des moments redoutés par les femmes mutilées. Dans les entretiens elles affirment souffrir et ne pas éprouver de plaisir. L'une d'entre elle évoque la relation conflictuelle qu'elle a avec son mari, refusant de partager tout moment d'intimité avec lui.

Le manque de désir serait donc associé explicitement à l'excision.

Ce qui paraîtrait évident puisque le motif le plus fréquemment avancé pour justement justifier l'excision est le contrôle de la sexualité de la femme. Mais il ne faut pas systématiquement avoir une vision pathologique de la vie sexuelle des femmes excisées, certaines d'entre elles déclarent ne pas souffrir de séquelles liées à la mutilation(4).

La douleur est subjective.« Elle renvoie toujours à un contexte personnel et social qui en module le ressenti »(31). Dans leur témoignage sur le déroulement de leur accouchement, deux femmes affirment avoir eu plus mal qu'une «Blanche».

Les tissus cicatriciels fibreux de la mutilation rendent le périnée mutilé moins souple et moins élastique qu'il ne devrait l'être. La tête fœtale a plus de difficulté à passer à travers la filière génitale maternelle, ce qui pourrait expliquer les douleurs ressenties par ces femmes. Les mutilations sexuelles entraînent des complications obstétricales: un plus fort taux de césarienne et d'épisiotomie ont été recensées. Les difficultés de l'accouchement peuvent aussi entraîner des conséquences sur le nouveau-né(20).

Ces femmes immigrées ont souffert de leur accouchement en France. Certaines confient avoir caché, à la sage-femme, les douleurs ressenties. L'une d'entre elle dira que c'était par habitude. Mais n'y avait-il pas une crainte d'être incomprise ou une forme de pudeur?

D'après Le Breton, «il est difficile de comprendre une douleur sans la ressentir»(31).

- **L'excision, un rituel traumatique**

L'excision est un rituel organisé et programmé. Les filles désignées sont conduites dans un lieu inconnu, à l'écart du village. La mutilation se déroule le plus souvent en groupe, elles sont plusieurs à se faire exciser le même jour, les unes après les autres. Dans ces entretiens, elles avaient entre 7 et 11 ans et n'avaient reçu aucune explication préalable à

l'excision. Le but étant de maintenir le plus longtemps possible les filles dans l'ignorance. Certaines filles ont été «témoins» de la mutilation de leur camarade. Elles ne voyaient pas la scène de l'excision mais elles entendaient les cris de douleur et les voyaient revenir ensanglantées. Une fois leur tour arrivé, elles ont été allongées de force et maintenues à terre pour la mutilation. Certaines avaient les yeux bandés.

Dans leur récit, les souvenirs de cette journée semblent intacts. Elles abordent la description de l'excision de façon détaillée, certaines expriment une gêne, d'autres semblent plus détachées. Mais elles insistent toutes sur l'intensité de la douleur qu'elles ont ressentie. De multiples études ont été réalisées sur les conséquences physiques de l'excision(17), (18),(19),(20) mais peu en qualifient et en quantifient l'impact sur la santé psychologique de la victime(21),(22). Les seules études réalisées sur le sujet sont peu représentatives de la population, leur échantillon étant de trop petite taille.

La mutilation sexuelle est responsable de multiples complications psychiques et somatiques. Elle altère la santé et est susceptible d'entraîner des troubles émotionnels chez ces victimes.

Quels impacts psychologiques peut-elle engendrer?

Une mutilation sexuelle est un traumatisme pour les filles qui la subissent, mais toutes ne sont pas atteintes de la même façon.

Chacune possède sa propre capacité d'adaptation. La réaction sera différente selon l'âge de la mutilation et son contexte socio-culturel. L'âge de la migration en France peut aussi avoir un impact. Elle peut être source de refuge comme de rupture culturelle. Une femme peut fuir ces coutumes qui l'effraient. Mais elle peut aussi être confrontée à un isolement et à un choc culturel. En France une femme mutilée peut se sentir honteuse face à un environnement montrant peu de compréhension. Le lien qu'elle entreprendra avec les professionnels de santé occidentaux accentuera son sentiment de confusion ou au contraire pourra l'apaiser(21).

Les mutilations sexuelles féminines représentent une violation de l'intégrité physique d'une personne. Elles peuvent être classées comme un traumatisme psychologique selon le DSM-IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) et être une cause potentielle de trouble de stress post-traumatique. Les femmes excisées ont montré une prévalence

significativement plus élevée de stress post-traumatique et d'autres syndromes psychiatriques que les femmes non excisées. Des problèmes de mémoire ont aussi été retrouvés dans cette population(21).

Dans certaines circonstances, les souvenirs de l'événement et l'expérience de la douleur peuvent ressurgir, à l'occasion de certains événements qui peuvent sembler mineurs, comme l'extraction d'une dent. C'est l'histoire d'Awa « Tout a commencé quand on m'a arraché une dent de sagesse. Silence. Personne ne peut comprendre, mais c'est comme si on m'enlevait encore quelque chose »(29). L'extraction d'une dent peut être un élément déclencheur, qui réveille les souvenirs traumatiques restés en mémoire : le souvenir qu'on lui a déjà enlevé quelque chose lors de son excision.

Les femmes ayant témoigné lors des entretiens, ressentent ce même sentiment lors des épisiotomies pratiquaient pendant leur accouchement. Elles sont « coupées à nouveau» puis « recousu encore».

Nous pouvons donc nous demander, chez une femme mutilée, l'impact que peuvent avoir d'autres événement tels qu'une grossesse ou un accouchement? Et ce, dans un pays culturellement différent comme la France?

4.2.3 La prise en charge en France des femmes mutilées

Les mutilations sexuelles féminines en France, sont médiatiquement dénoncées depuis les années quatre-vingts, à l'arrivée d'une vague migratoire de femmes Africaines. L'excision est depuis, sévèrement punie par la Cour d'Assise. La lutte pour l'abolition de cette pratique s'est mise ainsi en place. La mutilation sexuelle féminine a pu alors être considérée comme «barbare», bafouant les droits universels de la femme. Nous rentrons dans un véritable conflit culturel. Pourtant, elle se pratiquait encore en Europe dans les années soixante, pour soigner les femmes hystériques(12). Mais pourrons nous venir à bout d'une coutume par l'application mécanique d'une loi?

Les femmes, lors des entretiens, affirment être contre la perpétuation de cette tradition. Elles revendiquent les cotés néfastes de l'excision, pourtant nous ressentons une certaine ambivalence. Elles reconnaissent des valeurs culturelles positives liées à cette

pratique. L'excision assurant la virginité d'une fille, elle préserve son honneur et celui de sa famille. Elle reste aussi le symbole du pays d'origine et de l'appartenance culturelle(32). Le travail contre les mutilations sexuelles féminines peut être perçu dans ce cas, comme une menace culturelle.

Prendre réellement en charge ces femmes excisées, en tant que professionnel de santé, c'est d'abord les comprendre. Le relativisme culturel est un concept anthropologique qui reconnaît chaque culture par ses valeurs qui lui sont propres. Les comportements d'un individu sont ramenés à sa société et à ses normes. Il n'y aurait donc pas de normes universelles, mais des normes qui ne doivent pas être dissociées de ce qui les entoure. Les occidentaux militent pour les droits de la femme en s'appuyant sur des concepts écrits selon leurs normes. Chaque société a un code moral et éthique qui détermine le bien et le mal(16).

L'excision représente la femme «normale» de certaines sociétés africaines, et serait «anormale» chez nous. La normalité est subjective. L'ethnocentrisme est une approche pouvant parasiter la nôtre.

Ces femmes migrantes et mutilées ont pu vivre divers traumatismes. Aujourd'hui en France, les suivre dans leur grossesse et leur accouchement est avant tout comprendre ce dont elles sont porteuse pour mieux les accompagner.

- **L'information médicale donnée sur la mutilation**

Dans les témoignages, les femmes évoquent un bon suivi de leur grossesse en France. Elles ont été bien informées des complications que pouvait provoquer leur excision durant l'accouchement. Cet accompagnement a été principalement fait par la sage-femme de PMI de leur secteur et par l'association «Femmes solidaires».

Mais les besoins des femmes excisées, en général, durant leur grossesse et leur accouchement, ne sont pas toujours satisfaits. Une étude montre, qu'elles manquent d'information concernant le déroulement de l'accouchement, et que le personnel médical n'est pas assez formé sur le sujet des mutilations sexuelles féminines. Pendant le travail, certaines ont même ressenti un manque de respect vis-à-vis de leur culture et de leur intimité(33).

Les défauts de prise en charge des femmes mutilées sont liés à différents facteurs. L'un d'entre eux est le manque de coordination et de communication entre les professionnels. En effet, Dans les entretiens elles affirment avoir été très entourées et préparées par la sage-femme de PMI. Mais une fois à la maternité, peu de personnes soignantes ont abordé le sujet de leur mutilation. Le manque de communication est aussi présent entre les femmes et les soignants. Les femmes ont des difficultés à aborder elle-même leur excision avec les professionnels, elles ressentent un sentiment de honte, s'agissant d'un tabou dans leur communauté(34). Une étude souligne le silence des gynécologues, ils ignoreraient volontairement la mutilation de leur patiente, ne sachant pas comment l'aborder(4).

La barrière de la langue peut aussi entraver cette communication. Les interprètes peuvent alors être une solution, mais la plupart du temps ils sont peu nombreux. La mutilation sexuelle féminine est un terme médical, occidental. Comment traduire respectueusement une pratique qui n'a pas la même signification, ni la même représentation culturelle?

L'étude de Lianne Straus montre que les femmes immigrées, sont réticentes à recourir à des interprètes par peur d'une mauvaise interprétation ou d'un manque de confidentialité.

Dans la culture africaine, la communication est « orale ». La transmission se fait plus par forme verbale que par forme écrite. Les coutumes sont en effet transmises oralement. Dans nos sociétés, l'information médicale est plus écrite: dépliants, carte de rendez-vous... Nous pouvons poser l'hypothèse qu'une communication verbale par une personne de confiance pourrait conduire à un meilleur échange et une meilleure prise en charge de ces femmes(35).

Dans les entretiens, peu d'informations ont été données à ces cinq femmes à propos de leur excision. Le silence est un composant du traumatisme qu'elles ont vécu. Aujourd'hui elles le retrouvent dans leur prise en charge médicale, dans une société qui leur est étrangère. Comment vivent-elles leur accouchement dans cette nouvelle culture?

- **L'accouchement en France, une rupture culturelle**

Dans leur pays d'origine, la plupart des femmes accouchent à domicile avec l'aide d'une sage-femme ou d'une accoucheuse traditionnelle. Une seule personne s'occupe des soins de la grossesse jusqu'à l'accouchement. Dans les pays occidentaux, ces femmes sont confrontées à une multitude de professionnels de santé durant leur grossesse. La culture du soin est donc différente. Il est plus difficile, dans ces situations, de créer un climat de confiance entre le soignant et le soigné(35).

Dans les témoignages elles affirment vouloir accoucher à l'hôpital. L'hôpital est symbole sécurité. Elles disent d'ailleurs avoir, globalement, bien été considérées en France, et que cela différait avec ce qu'elles avaient connu dans leur pays.

En Afrique l'accès aux soins est aussi une question financière. Se soigner est encore considéré comme un luxe(36).

Loin de leur pays et de leur société, elles vivent une vraie rupture culturelle. L'une s'entre elle l'exprimera: «on n'est pas chez nous». Un grand nombre de femmes partent seules, pour fuir leur quotidien. Elles ont laissé derrière elles leurs familles, pour certaines leurs maris.

Elles sont confrontées à des manières de faire, médicales, qui ne respectent pas les traditions. L'adaptation à cette nouvelle société peut être difficile. Enceintes, dans cette précarité sociale elles sont vulnérables. Les femmes migrantes n'ont pas le soutien de leur famille pendant la grossesse, l'accouchement ou le post-partum, comme elles l'auraient eu dans leur pays, elles se sentent donc plus isolées(34).

- **L'appréhension de l'accouchement en France chez les femmes mutilées**

Une femme enceinte sur cinq avoue avoir peur pour son premier accouchement. Ce sentiment, qui peut être caractérisé de «normal», se retrouve chez toutes les femmes, quelle que soit leur nationalité ou leur ethnie(37). Cette appréhension n'est donc pas présente que chez les femmes victimes de mutilations génitales féminines. Nous pouvons supposer, que le traumatisme de l'excision alimente cette peur d'accoucher.

Dans nos entretiens, quatre femmes évoquent leur appréhension. Le sentiment de peur est présent. Elles sont inquiètes et évoquent leur isolement pendant le travail. La sage-femme

n'ayant pas évoqué leur excision, ces femmes peuvent se demander si elle a l'habitude de voir des femmes excisées, et si elle saura les prendre en charge (35)?

Ces questionnements liés à une non-communication peuvent être une autre source d'angoisse pour ces femmes.

Une femme, gênée par le sujet, montrera sa difficulté à s'exprimer à propos de l'impact que peut avoir sa mutilation sur son accouchement. De son témoignage émane de la crainte, « une peur présente en elle » depuis l'enfance, qui ne la quitte pas.

L'expérience de l'accouchement chez ces femmes mutilées, fait ressurgir les souvenirs de leur excision et de la douleur qui y est associée. L'accouchement devient alors une épreuve pour ces femmes traumatisées. À cette souffrance elles associent la peur de mourir. En effet, les taux de mortalité maternelle dans ces pays sont encore élevés(38).

La crainte des complications obstétricales, comme l'hémorragie, influence les femmes mutilées sur la façon dont elles veulent accoucher(39). Une femme dans son témoignage refuse d'accoucher par les voies naturelles et demande une césarienne.

Mais toutes les femmes excisées n'ont pas la même vision de l'accouchement. L'une d'entre elles, affirme qu'en Afrique, les femmes arrivent bien à accoucher, même en étant excisées. Elle ne voit pas pourquoi, elle devrait être inquiète au sujet de son accouchement. Elle dira plus tard que ce raisonnement était celui qu'elle avait en arrivant en France, avant de connaître le lien qui existe entre la mutilation et les complications obstétricales.

Les mutilations génitales féminines peuvent avoir un impact sur l'expérience de la grossesse et de l'accouchement.

L'expérience des femmes pourrait être influencée par la sensibilisation des sages-femmes aux mutilations sexuelles féminines, par leur volonté d'en parler et par le soutien apporté au moment des complications secondaires à l'excision.

5. Conclusion

La mutilation sexuelle féminine, est une coutume présente dans trente pays du monde. Avec l'immigration elle concerne de plus en plus les pays occidentaux.

L'excision dans ces pays comme en France reste un sujet peu abordé. Des études montrent qu'un problème de communication persiste entre les professionnels de santé et les femmes mutilées. Or, l'excision provoque des séquelles physiques et psychologiques. Lorsque ces femmes sont conscientes des complications que peut provoquer l'excision en accouchant, elles expriment avoir une certaine appréhension de l'accouchement. Le sujet n'étant pas toujours abordé beaucoup de femmes l'ignorent encore.

Les professionnels de santé se retrouvent confrontés, à des femmes plus ou moins traumatisées, par leur mutilation génitale. Elles sont d'autant plus vulnérables quand elles sont en situation d'immigration et de solitude. Si accoucher dans un hôpital Français, pour ces femmes représente plus de sécurité, c'est aussi être confrontée à une rupture culturelle.

L'OMS publie en 2016 des lignes directrices sur la prise en charge des complications sanitaires des mutilations sexuelles féminines, qui visent à aider les professionnels de la santé à soigner les femmes et les filles qui ont subi des mutilations sexuelles féminines.

Comprendre l'appréhension de l'accouchement, que peuvent avoir les femmes victimes de mutilations en France, semble indispensable pour un bon accompagnement et une bonne prise en charge de leur grossesse et de leur accouchement. Des études complémentaires seraient nécessaires pour approfondir ce réel problème de santé publique.

6. Références

1. OMS. Mutilations sexuelles féminines [Internet]. 2016 [cited 2016 Mar 20]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/fr/>
2. OMS. Eliminer les mutilations sexuelles féminines. Déclaration interinstitutions [Internet]. 2008 [cited 2015 Mar 31]. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242596441_fre.pdf?ua=1
3. UNICEF. Female genital mutilation/cutting: a statistical overview and exploration of the dynamics of change. 2013. 6-8p.
4. Andro A, Lesclingand M, Pourette D. Volet qualitatif du projet Excision et Handicap (ExH:) Comment orienter la prévention de l'excision chez les filles et jeunes filles d'origine Africaine vivant en France: une étude des déterminants sociaux et familiaux du phénomène. 2009 Jan.
5. UNICEF. Female genital mutilation/cutting: a global concern. 2016 Feb.
6. Feldman-Jacobs C, Clifton D. Mutilation génitale féminine /excision : Données et tendances. Population Référence Bureau. 2008.
7. Fainzang S. Circoncision, excision et rapports de domination. *Anthropol Sociétés*. 1985;9(1):117.
8. Carillon S, Petit V. La pratique des mutilations génitales féminines à Djibouti : une « affaire de femmes » entre les mains des hommes. *Autrepart*. 2009 Dec 28;52(4):13–29.
9. Sauvegrain P. Les parturientes « africaines » en France et la césarienne : Analyses sociologiques d'un conflit de quatre décennies avec les équipes hospitalières. *Anthropol Sociétés*. 2013;37(3):119–37.
10. Andro A, Lesclingand M. Les mutilations sexuelles féminines: le point sur la situation en Afrique et en France. *PS*. 2007(438).
11. Kuczynski L, Razy É. Anthropologie et migrations africaines en France : une généalogie des recherches. *Rev Eur Migr Int*. 2009 Dec 1;25(3):79–100.
12. Boni T. Corps blessés, corps retrouvés ? : Les discours sur les mutilations sexuelles féminines. *Diogenes*. 2009;225(1):15.
13. Legifrance. Article 222-9. Code pénal 2000.
14. Legifrance. Article 222-7. Code pénal 1994.
15. Legifrance. Article 222-8. Code pénal 2012.
16. Androus Z. Cultural relativism at home and abroad. In: *Circumcision and Human Rights* [Internet]. Springer; 2009 [cited 2015 Apr 2]. p. 33–41. http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4020-9167-4_3
17. Kunnskapssenteret (Norwegian Knowledge Centre for the Health Services). Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review of quantitative studies. 2010.

18. Berg RC, Odgaard-Jensen J, Fretheim A, et al. An Updated Systematic Review and Meta-Analysis of the Obstetric Consequences of Female Genital Mutilation/Cutting. *Obstet Gynecol Int.* 2014;2014:1–8.
19. Berg RC, Underland V. Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2014 Nov 21;4(11).
20. WHO. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *The Lancet.* 2006 juin;367(9525):1835–41.
21. Vloeberghs E, van der Kwaak A, Knipscheer J, et al. Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands. *Ethn Health.* 2012 Dec;17(6):677–95.
22. Behrendt A, Moritz S. Posttraumatic Stress Disorder and Memory Problems After Female Genital Mutilation. *Am J Psychiatry.* 2005 May 1;162(5):1000–2.
23. Bennegadi R, Bourdin M., Paris C. Les apports de l'anthropologie médicale clinique dans la relation soignant soigné en situation interculturelle. *Rev Soignant En Santé Publique.* 2009 Nov;34:14 à 17.
24. Beaud S. L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'entretien ethnographique. *Politix.* 1996;9(35):226–57.
25. Campenhoudt LV, Quivy R. Manuel de recherche en sciences sociales - 4e édition. 4e édition revue et augmentée. Paris: Dunod; 2011. p1 à 75.
26. Mead marianne. Introduction à la méthode par enquête. Doss Maieut. 2015;
27. Graneheim U., Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today.* 2004 Feb;24(2):105–12.
28. Mbassa Menick D. Impact de la culture dans la transmission des valeurs à l'enfant en pratiques éducative, familiale et sociale en Afrique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2016 Jan;64(1):36–45.
29. Marie-Jo B. Les blanches ne sont pas frigides. *Panafrika / Silex / Nouvelles du Sud;* 2013. 117 p.
30. Bochow A. Let's talk about sex: reflections on conversations about love and sexuality in Kumasi and Endwa, Ghana. *Cult Health Sex.* 2012 Nov 1;14(sup1):S15–26.
31. Le Breton D. Entre douleur et souffrance : approche anthropologique. *Inf Psychiatr.* 2009 Apr 1;me 85(4):323–8.
32. Isman E, Ekéus C, Berggren V. Perceptions and experiences of female genital mutilation after immigration to Sweden: An explorative study. *Sex Reprod Healthc.* 2013 Oct;4(3):93–8.
33. Chalmers B, Hashi KO. 432 Somali women's birth experiences in Canada after earlier female genital mutilation. *Birth Berkeley Calif.* 2000 Dec;27(4):227–34.
34. Lundberg PC, Gereziher A. Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden. *Midwifery.* 2008 Jun;24(2):214–25.
35. Straus L, McEwen A, Hussein FM. Somali women's experience of childbirth in the UK: Perspectives from Somali health workers. *Midwifery.* 2009 Apr;25(2):181–6.
36. De Sardan J-PO, Ridde V. L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger. *Afr Contemp.* 2013 Jan 9;(243):11–32.

37. Béland M, Chabot K, Goulet Gervais L, et al. Évaluation de la peur de l'accouchement. Validation et adaptation française d'une échelle mesurant la peur de l'accouchement. *L'Encéphale*. 2012 Sep;38(4):336–44.
38. Vangen S, Johansen REB, Sundby J, et al. Qualitative study of perinatal care experiences among Somali women and local health care professionals in Norway. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004 Jan;112(1):29–35.
39. Moxey JM, Jones LL. A qualitative study exploring how Somali women exposed to female genital mutilation experience and perceive antenatal and intrapartum care in England. *BMJ Open* [Internet]. 2016 [cited 2016 Jan 21];6(1). <http://bmjopen.bmj.com/content/6/1/e009846.abstract>

7. Bibliographie

Marie-Jo B. Les blanches ne sont pas frigides. *Panafrika / Silex / Nouvelles du Sud*; 2013. 117 p.

Katoucha. *Dans ma chair*. Neuilly-sur-Seine: Michel Lafon; 2007. 325 p.

Dirie W. *Fleur du désert : Du désert de Somalie à l'univers des top models*. Paris: J'ai lu; 2009.

Mukwege D, Cadiere G. *Panzi*. Paris: Editions du Moment; 2014. 176 p.

8. Annexes

8.1 Annexe I : La grille d'entretien

Pour une meilleure visibilité nous la présenterons pas sous forme de tableau.

DATE
LIEU
INITIALE
NUMERO
DUREE ENTRETIEN

Que vous a t-on dit sur l'entretien d'aujourd'hui?

Quel terme employez vous pour décrire ce geste?

Vous avez été coupée au niveau des organes génitaux, pouvez vous me raconter comment cela s'est passé?

1.CONTEXTE MUTILATION

Quel était le lieu de la mutilation ?
Dans quelles conditions vous avez été mutilée ?
Que vous a-t-on fait ?
Types de mutilations : Coupée et/ou cousu
Par qui avez vous été mutilée?
Qui était présent au moment de la mutilation?
A quel âge avez vous été mutilée?
Avez vous été prévenue avant la mutilation?
Quelles explications vous a-t-on donné sur les raisons de la mutilation ?
Elles vous ont été donné avant ou après la mutilation ?

2.RAPPORT GENRE HOMME/FEMME

Dans votre cas, pourquoi vous a-t-on coupé ?

Pensez vous que toutes les filles/femmes sont coupées pour la même raison ?

Question inter générationnelle :

Qui décide qu'une femme / fille doit être coupée
Chez vous c'est plutôt les aînés qui décide?
Qui sont les aînés : femmes, homme...tantes
Quelle est la place de la Communauté (société) dans cette décision ?
Dans votre cas il y a t-il un lien entre couper une fille/ femme et une croyance religieuse ?
Pour les autres qu'est ce que vous en savez ?
Avec qui vous parlez de l'excision ?

Au sujet de la migration: influence culturelle du pays d'origine versus loi Française

En France la mutilation génitale d'une femme/fille est punie par la loi,qu'en pensez vous ?

3.CONSEQUENCES

Vous avez été coupé, qu'est ce que cela vous a fait ?

Les conséquences physiques :

Dans votre enfance?

Douleurs physiques (urinaire..)

Quand vous êtes vous rendu compte que vous avez été coupé ?

Dans votre vie de femme ?

Douleurs de règles?

Avez vous souffert de ces conséquences?

Vous avez été coupé au niveau des organes génitaux, voulez vous bien me parler de vos rapports sexuels ?

De la façon dont se passe vos rapports sexuels

Vous avez déjà accouché, comment l'accouchement s'est il passé ? ou les accouchements ?

Dans quelles conditions avez vous accouché? (toutes)

Au moment des accouchement, est ce que les personnes qui se sont occupées de vous ont parlé de votre excision ?

Comment avez vous vécu ce/ces accouchements ?

Qu'avez vous ressentie pendant les accouchements ?

Quel est l'état de votre périnée après les accouchements ?

Avez vous eu des points de sutures sur votre périnée ?

4.REPARATION CHIRURGICALE

Que pensez-vous de la chirurgie réparatrice ?

L'envisagez vous ?

5.CHOIX DE LA MUTILATION POUR LA DESCENDANCE

Vous avez été mutilée dans votre passé , qu'envisagez vous pour vos filles ?

Caractéristiques démographiques et socio-économiques.

Quel âge avez-vous ?

De quel pays êtes vous originaire?

Vous habitez aujourd'hui en France, depuis quand ?

Pour quelles raisons êtes-vous venue en France ?

Avez vous un travail en France ?

Où habitez-vous ? Avec qui ?

Histoire du couple : rencontre, vie conjugale, désir d'enfant.

Etes vous mariée ?

Avez vous des enfants ? Quels âges ont-ils ? Filles ou garçons ?

Où avez-vous accouché

8.2 Annexe II : L'association «Femmes Solidaires»

«Femmes solidaires est un mouvement féministe, laïque, d'éducation populaire.

Femmes solidaires s'engage pour faire reculer toutes formes de discriminations et développer une éducation non sexiste et non violente.

Elle informe, sensibilise sur les droits des femmes afin de contribuer à l'évolution des mentalités vers une société libérée des rapports de domination. L'association défend les valeurs fondamentales de laïcité, de mixité, d'égalité pour les droits des femmes, de paix et de liberté.

Forte d'un réseau de 190 associations locales réparties sur toute la France et dans les Dom-Tom, l'association s'adresse à toutes les femmes qui veulent défendre leurs droits et leur liberté en leur permettant de devenir actrices et d'oser une parole à l'occasion d'actions locales, des rencontres, des sorties culturelles...

L'association anime des permanences d'écoute pour conseiller, orienter et accompagner les femmes dans leurs démarches (sur rendez-vous). Elle intervient dans le monde éducatif.

Elle se porte partie civile dans les procès relatifs aux violences faites aux femmes.»

8.3 Annexe III: Lettre à l'association

Madame, Monsieur,

Je suis étudiante en dernière année à l'école de sage-femme de Bordeaux. Je réalise un mémoire sous la direction de Mme Rachel BESSON (chercheuse en anthropologie) et de Mme Laurence LOUPIT (enseignante sage-femme chercheur).

Nous nous intéressons à l'appréhension de l'accouchement chez une femme ayant subi des mutilations génitales féminines.

Je souhaite réaliser 6 entretiens entre novembre et décembre, avec des femmes victimes de mutilations génitales féminines (ayant un projet de grossesse, femmes enceintes ou femme ayant déjà accouché), au sein de votre association. Ces femmes doivent parler et comprendre le Français.

L'étude a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL (commission nationale de l'informatique et de la liberté).

La femme enceinte dispose d'une feuille d'informations qui devrait lui être remise lors d'une rencontre à l'association ou, elle lui sera envoyé par courrier. Je vous en adresse une copie.

Je vous sollicite donc pour obtenir l'autorisation de réaliser cette étude dans votre association et à solliciter, pour cette recherche, les femmes qui se présentent à « femmes solidaires ».

Vous disposerez de la possibilité de prendre connaissance des résultats si vous le souhaitez.

Je vous remercie de l'attention portée à ma demande,

Bien cordialement,

Emma Minjon

8.4 Annexe IV : Lettre destinée aux femmes mutilées



université
de **BORDEAUX**

MINJON Emma

emma.minjon@etu.u-bordeaux.fr

Tél : 06.61.61.43.57

Chère Madame,

Étudiante à l'école de sage-femme de Bordeaux en cinquième et dernière année, je réalise une recherche sous la direction de Mme Besson Rachel (chercheuse anthropologue) et de Mme Loupit Laurence (enseignante sage-femme). Nous nous intéressons à l'appréhension de l'accouchement chez une femme mutilée génitalement.

Vous avez été récemment sollicitée par l'association « femmes solidaires »

Votre participation à l'étude consistera en un entretien d'une durée de 30 à 45 mn mené par moi-même. Nous conviendrons d'une date de rendez-vous ensemble (entre novembre et décembre). L'entretien se déroulera dans un lieu calme de votre choix, de préférence sans tierce personne.

Comme toute étude, celle-ci a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et de la Liberté) ce qui implique la confidentialité des données et votre nom ne sera jamais mentionné. Seules mes directeurs de mémoire et moi-même aurons accès aux données qui seront détruites après leur analyse.

Vous avez le droit d'accepter ou de refuser à participer à cette étude, et votre refus ne modifiera en rien votre prise en charge.

Si vous acceptez de participer à l'étude, je vous propose de laisser vos coordonnées à l'association afin que je puisse vous contacter dans les jours suivants pour fixer la date et convenir de l'heure et du lieu de rendez-vous.

Vous pouvez m'envoyer un mail, me téléphoner ou me demander de vous appeler, si vous souhaitez de plus amples informations avant de vous engager.

Votre participation à cette recherche me sera utile pour analyser et améliorer la prise en charge que nous proposons aux femmes enceintes lors de l'accouchement.

Je vous remercie de l'intérêt porté à mon étude.

Bien cordialement

Emma Minjon

8.5 Annexe V : Déclaration normale à la CNIL



RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION NORMALE

Numéro de déclaration

1924729 v 0

du 28 janvier 2016

Madame BARANDON Severine
ECOLE DE SAGES-FEMMES DE BORDEAUX
GROUPE HOSPITALIER PELLEGRIN
PLACE AMELIE RABAT LEON
33076 BORDEAUX CEDEX

A LIRE IMPERATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « Informatique et Libertés », consultez le site Internet de la CNIL : www.cnil.fr

Organisme déclarant

Nom : ECOLE DE SAGES-FEMMES DE BORDEAUX GROUPE
HOSPITALIER PELLEGRIN

Service :

Adresse : PLACE AMELIE RABAT LEON

Code postal : 33076

Ville : BORDEAUX CEDEX

N° SIREN ou SIRET :
263305823 00472

Code NAF ou APE :
8532Z

Tél. : 0556795434
Fax :

Traitement déclaré

Finalité : ETUDIER LA PERCEPTION DE LEUR ACCOUCHEMENT DES FEMMES VICTIMES DE MUTILATIONS
GENITALES

Fait à Paris, le 28 janvier 2016
Par délégation de la commission

Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

