

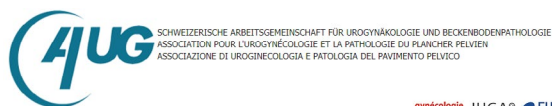
Excisions/mutilations génitales féminines (E/MGF)

recommandations interdisciplinaires à l'intention des professionnel.le.s de la santé

Août 2023

Académie de médecine foëto-maternelle AFMM

Groupe de travail protection de l'enfance
des cliniques pédiatriques suisses



gynécologie suisse | LUGA | EUGA | ICS



gynécologie suisse Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique
Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
Società Svizzera di Ginecologia e Ostetricia



amic
Association de médiatrices
interculturelles



pédiatrie suisse
L'organisation professionnelle
de la pédiatrie

CARITAS Schweiz
Suisse
Svizzera
Svizra

* **SANTÉ SEXUELLE
SEXUELLE GESUNDHEIT
SALUTE SESSUALE**
SUISSE SCHWIZ SVIZZERA

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FRIEBURG
Centre fribourgeois de santé sexuelle CFSS
Freiburger Fachstelle für sexuelle Gesundheit FFSG

Table de matières

1.	Introduction	4	5.	Protection de l'enfant	34
			5.1	Détection/identification des E/MGF	34
2.	Généralités	5	5.2	Gestion du risque & stratégies d'intervention	35
2.1	Définition	5	5.3	Droit d'aviser/obligation d'aviser	37
2.2	Classification selon l'OMS	5	6.	Aspects administratifs : codage, remboursement, certificats	38
2.3	Prévalence	8	6.1	Documentation	38
2.4	Raisons pour lesquelles les E/MGF sont pratiquées	9	6.2	Code diagnostic et assurance maladie	38
2.5	Conséquences sur la santé	9	6.3	Certificats médicaux concernant les E/MGF dans une procédure juridique ou d'asile	39
2.6	Situation juridique en Suisse	12	7.	Ressources utiles	40
3.	Communication	13			
3.1	Principes	13			
3.2	Communication et prévention	16			
3.3	Outil d'argumentation	18			
4.	Recommandations de bonnes pratiques	20			
4.1	Généralités	20			
4.2	Consultation gynécologique	20			
4.3	Grossesse, accouchement et post-partum	22			
4.4	Désinfibulation	24			
4.5	Demande de réinfibulation – comment répondre	27			
4.6	Santé mentale et psychosexuelle	27			
4.7	Reconstruction du clitoris	28			
4.8	Pédiatrie	31			

Abréviations

AOS	Assurance obligatoire des soins
APEA	Autorité de protection de l'enfant et de l'adulte
CC	Code civil suisse
CP	Code pénal suisse
CPP	Code de procédure pénale suisse
CSDH	Centre suisse de compétence pour des droits humains
E/MGF	Excisions/Mutilations génitales féminines
TSPT	Trouble de stress post-traumatique
HBV	Hépatite B virus/Virus de l'hépatite B
HCV	Hépatite C virus/Virus de l'hépatite C
HIV	Human Immunodeficiency Virus/Virus de l'immunodéficience humaine
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève
ICD	International Classification of Diseases/ Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS/WHO	Organisation mondiale de la Santé/World Health Organisation
SEM	Secrétariat d'État aux Migrations
SSGO	Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique/gynécologie suisse
UNHCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Tableaux

Tableau 1	Conséquences sur la santé
Tableau 2	Perspectives du/de la professionnel.le et de la patiente sur les E/MGF
Tableau 3	Outil d'argumentation
Tableau 4	Sujets méconnus et fausses croyances à aborder lors des entretiens avec la femme avant et après une désinfibulation
Tableau 5	Désinfibulation
Tableau 6	Gestion du risque & stratégies d'interventions
Tableau 7	Code diagnostique ICD-10-GM

Figures

Figure 1	Types d'excisions/mutilations génitales féminines
Figure 2	Carte du monde des prévalences des E/MGF par pays
Figure 3	Reconstruction tridimensionnelle (3D) d'une IRM pelvienne d'une femme illustrant le clitoris à l'aide du logiciel Vitrea (A et B). Impression 3D d'un modèle anatomique basé sur cette reconstruction 3D (C).

1. Introduction

Les professionnel.le.s de la santé ont un rôle important dans la détection, le diagnostic et la prise en charge des séquelles de l'excision, aussi appelée mutilation génitale féminine (E/MGF) ainsi que dans la prévention de cette pratique et la protection des filles à risque.

Ces recommandations visent à sensibiliser les professionnel.le.s de la santé à la thématique de l'excision/mutilation génitale féminine et apporter une assistance pratique pour leur travail au quotidien. Elles ont été développées dans l'intention de mettre à jour les Guidelines « Mutilations génitales féminines : recommandations suisses à l'intention des professionnels de la santé » de la Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique SSGO / gynécologie suisse de 2005. Les Hôpitaux universitaires de Genève HUG (Dre Jasmine Abdulcadir) ont été chargés de la part de la SSGO d'initier la prise de contact avec des expert.e.s dans ce domaine et de former un groupe de travail. Ce processus était soutenu et coordonné également par le Réseau suisse contre l'excision.

Les personnes et organisations suivantes ont contribué à ces recommandations :

Gestion de projet :

Abdulcadir Jasmine, Hôpitaux universitaires de Genève HUG et Birri Marisa, ancienne responsable de projet Brava/Réseau suisse contre l'excision.

Le document a été écrit par (par ordre alphabétique) :

Abdulcadir Jasmine, Hôpitaux universitaires de Genève HUG ; Birri Marisa, ancienne responsable de projet Brava/Réseau suisse contre l'excision ; Bettoli Lorenza, Hôpitaux universitaires de Genève HUG ; Illide Boulogne Sabine, Réseau Hospitalier Neuchâtelois ; Jäger Fabienne, pédiatrie suisse ; Müller Sapin Monika, gynécologie suisse SSGO ; Politis Mercier Maria-Pia, Fédération suisse des sages-femmes et Telley Catherine, Centre fribourgeois de santé sexuelle.

En collaboration avec :

Hürlimann Renate, Universitätsspital Zürich; Nicole Hinder, UNICEF Schweiz und Liechtenstein ; Yaron Michal, Hôpitaux universitaires de Genève HUG ; Mirabaud Madeleine, Hôpitaux universitaires de Genève HUG ; Schwegler Denise, Caritas Suisse/Réseau suisse contre l'excision ; Sieber Christine, Santé Sexuelle Suisse/Réseau suisse contre l'excision, Melete Solomon, Association de Médiatrices Interculturelles AMIC Genève et Renteria Saira-Christine, Centre hospitalier universitaire vaudois CHUV et Commission de qualité gynécologie suisse SSGO.

Tou.te.s les auteur.e.s ont approuvé le manuscrit.

Les sociétés et associations professionnelles suivantes ont approuvé le document (par ordre alphabétique) :

- Académie de médecine fœto-maternelle AFMM (Groupe de travail gynécologie suisse SSGO)
- Association suisse d'urogynécologie et de pathologie pelvienne AUG (Groupe de travail gynécologie suisse SSGO)
- Fédération suisse des sages-femmes
- Groupe de travail pour la gynécologie et l'obstétrique psychosomatique GTGOP (Groupe de travail gynécologie suisse SSGO)
- Groupe de travail protection de l'enfance des cliniques pédiatriques suisses
- Gynea
- Kinderärzte Schweiz
- pédiatrie suisse
- Santé sexuelle suisse

2. Généralités

2.1 Définition

Les excisions/mutilations génitales féminines (E/MGF) recouvrent toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes féminins ou toute autre lésion des organes génitaux féminins qui sont pratiquées pour des raisons non médicales/thérapeutiques¹.

Cette définition présente des parallélismes avec les chirurgies cosmétiques génitales féminines (par exemple la labioplastie, l'hymenoplastie, le rétrécissement vaginal) qui sont aussi pratiquées sur des mineures². Malgré les importants débats sur ces sujets, les interventions actuellement définies comme chirurgies cosmétiques génitales ne sont pas abordées dans ces recommandations^{3,4}.

2.2 Classification selon l'OMS¹

Il n'est pas toujours facile d'identifier et différencier les types et sous-types d'E/MGF vu les nombreuses formes intermédiaires et les variations de pratique.

- Typ I** Ablation partielle ou totale de la partie externe du clitoris (gland ou gland et partie du corps) et/ou du prépuce.
- Type Ia Ablation du capuchon (prépuce) clitoridien.
- Type Ib Ablation de la partie externe du clitoris (gland ou gland et partie du corps) avec ou sans l'excision du prépuce.
- Typ II** Ablation partielle ou totale de la partie externe du clitoris (gland ou gland et partie du corps) et des lèvres internes, avec ou sans excision des lèvres externes.
- Type IIa Ablation des lèvres internes uniquement ;
- Type IIb Ablation partielle ou totale de la partie externe du clitoris (gland ou gland et partie du corps) et des lèvres internes ;
- Type IIc Ablation partielle ou totale de la partie externe du clitoris (gland ou gland et partie du corps), des lèvres internes et externes.

- Typ III** Rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des lèvres internes et/ou externes, avec ou sans excision du clitoris (infibulation).
- Type IIIa Ablation et accolement des lèvres internes, avec ou sans excision du clitoris.
- Type IIIb Ablation et accolement des lèvres externes, avec ou sans excision du clitoris.
- Typ IV** Toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, telles que la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cauterisation.

Note

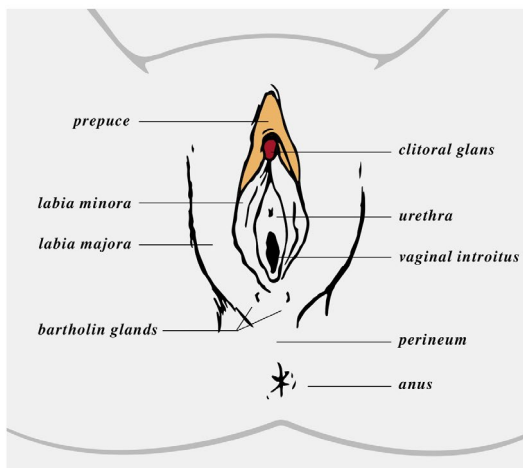
Le pricking (ponction) est une forme d'E/MGF de type IV qui consiste dans le percement/ponction du gland du clitoris ou du prépuce avec un objet pointu. La procédure peut causer un éventuel saignement et ne comporte pas d'ablation de tissu ni d'altération permanente des organes génitaux externes².

Ce type fait objet de débat : il a été proposé comme rituel alternatif dans plusieurs pays de la diaspora et en Afrique et à différents moments⁵. Toutefois il reste considéré par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS/WHO) comme une forme d'E/MGF. Et il reste juridiquement punissable dans beaucoup de pays, y compris en Suisse (art. 124 code pénal suisse); voir aussi CSDH, 2014,⁶.

Figure 1
Types
d'excisions/
mutilations
génitales
féminines

TYPE I

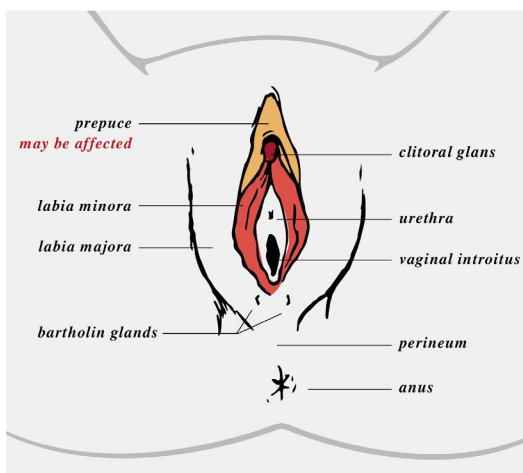
Partial or total removal of the clitoral glans (clitoridectomy) and/or the prepuce



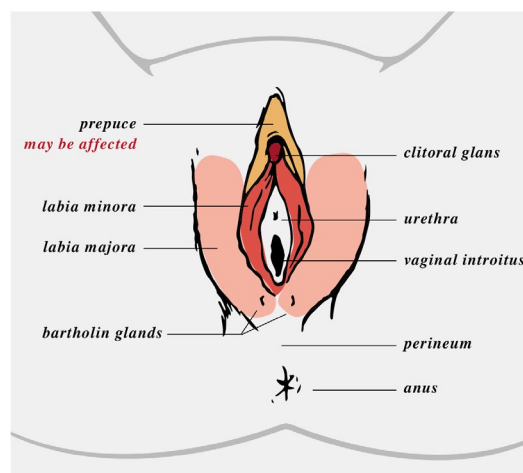
- **Type Ia:** removal of the prepuce/clitoral hood (circumcision)
- + ■ **Type Ib:** removal of the clitoral glans with the prepuce (clitoridectomy)

TYPE II

Partial or total removal of the clitoral glans and the labia minora, with or without excision of the labia majora (excision)



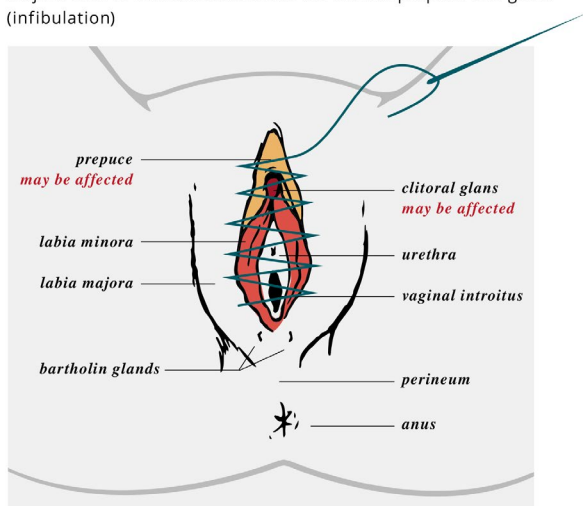
- **Type IIa:** removal of the labia minora only
- + ■ + ■ **Type IIb:** partial or total removal of the clitoral glans and the labia minora (*prepuce may be affected*)



- + ■ + ■ + ■ **Type IIc:** partial or total removal of the clitoral glans, the labia minora and the labia majora (*prepuce may be affected*)

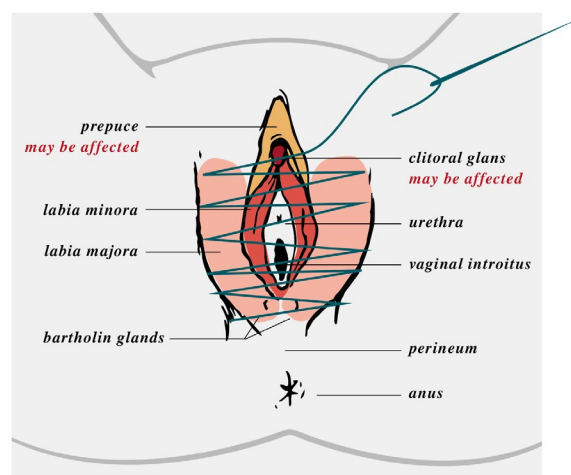
TYPE III

Narrowing of the vaginal opening with the creation of a covering seal by cutting and appositioning the labia minora or labia majora with or without excision of the clitoral prepuce and glans (infibulation)



Type IIIa:

■ + ■ + ■ + appositioning of the labia minora

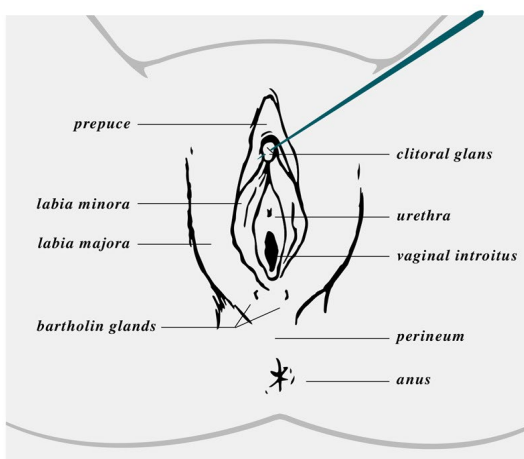


Type IIIb:

■ + ■ + ■ + ■ + appositioning of the labia majora

TYPE IV

All other harmful procedures to the female genitalia for non-medical purposes, for example pricking, piercing, incising, scraping and cauterization



Reproduit à partir de « Care of women and girls living with female genital mutilation : a clinical handbook. Geneva : World Health Organization ; 2018. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO »⁷.

Les types d'E/MGF se différencient en fonction de la région, du groupe ethnique, de la famille et de l'exciseur/exciseuse/professionnel.le de santé pratiquant le rituel. L'âge des filles/femmes au moment de l'excision varie également beaucoup. Les filles sont généralement âgées de 0 à 15 ans au moment de l'excision.

2.3 Prévalence

Bien que les mutilations génitales féminines soient reconnues au niveau international comme une violation des droits humains, et qu'une législation pour en interdire la pratique ait été mise en place dans de nombreux pays, elles concernent plus de 200 millions de filles et femmes dans 31 pays d'Afrique, d'Asie et du Moyen-Orient et sont désormais présentes dans le monde entier en raison des migrations internationales ⁸.

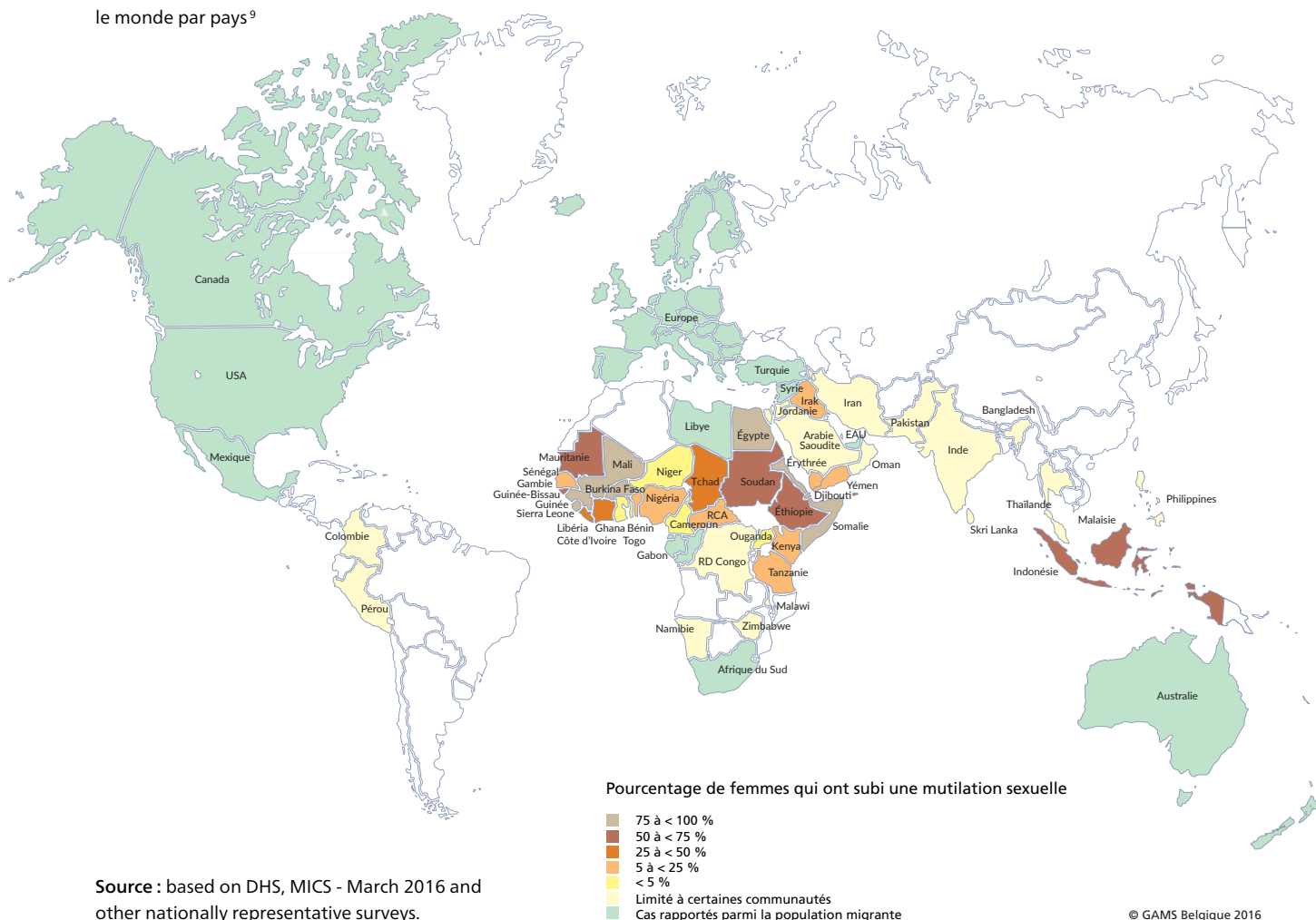
Des pays comme la Somalie, l'Érythrée, le Soudan, l'Égypte, la Guinée, la Sierra Leone, le Mali et Djibouti présentent des prévalences élevées (plus de 80%).

La prévalence varie considérablement, à la fois d'une région à l'autre, et d'un pays à l'autre, et au sein d'une même région ou d'un même pays, l'appartenance ethnique étant le facteur le plus décisif ².

Voir aussi [Country Profiles](#) de l'UNICEF.

En Suisse, on estime de façon indirecte que 22.400 filles et femmes sont à risque ou concernées ^{10,11}. En Suisse, selon les estimations, ce sont surtout des filles et femmes originaires de l'Érythrée, de la Somalie, de l'Éthiopie, de l'Égypte, de l'Indonésie, de la Côte d'Ivoire, de la Guinée et du Soudan qui sont concernées (mais pas uniquement) ¹¹.

Figure 2
Prévalences des E/MGF dans le monde par pays ⁹



2.4 Raisons pour lesquelles les E/MGF sont pratiquées

Les arguments évoqués pour justifier la pratique de l'E/MGF sont complexes et divers.

Tradition : on continue de pratiquer l'excision parce que c'est ce que l'on a « toujours » fait.

Norme sociale : l'excision donne un statut social à la fille/femme, dans sa famille, sa communauté et sa société. L'excision garantit sa respectabilité, sa pureté, sa beauté, la possibilité de se marier et son acceptation sociale.

Sexualité : l'excision est souvent imaginée comme pouvant réduire la libido de la femme et garantir sa virginité pré-matrimoniale et sa fidélité conjugale. Parmi certains groupes ethniques, certains types d'E/MGF, comme l'infibulation, sont imaginés comme renforçant le plaisir sexuel des hommes. Le rôle des hommes est souvent passif dans les questions décisionnelles liées à la pratique, qui est souvent considérée « une affaire de femmes »¹².

Religion : l'excision est pratiquée dans différentes communautés religieuses, aussi bien musulmanes que chrétiennes et autres. Certaines communautés qui pratiquent l'excision citent souvent la religion comme raison importante pour cette pratique. Mais aucun des textes officiels religieux n'exige l'excision. De plus, la coutume de l'excision était déjà pratiquée avant l'apparition du christianisme ou de l'Islam.

Raisons esthétiques : dans certaines communautés, les organes génitaux non excisés sont considérés comme inesthétiques ou impurs.

Identité et appartenance culturelle : dans un contexte de migration, l'excision revêt une fonction de maintien du lien avec le pays d'origine et peut contribuer à maintenir l'identité culturelle. Les nouvelles études montrent toutefois qu'après la migration, les communautés tendent à abandonner cette tradition¹³.

2.5 Conséquences sur la santé¹

Les E/MGF n'ont pas de bénéfices pour la santé des filles et des femmes, au contraire l'acte est dans la majorité de cas douloureux et traumatisant et est souvent pratiqué sans asepsie et avec des outils non stérilisés, par un.e praticien.ne traditionnel.le. Toutefois la pratique peut être « médicalisée », c'est-à-dire effectuée par un.e professionnel.le de la santé et avec une anesthésie¹⁴.

L'ablation ou l'endommagement des tissus des organes génitaux externes peut entraîner des conséquences dans l'immédiat et à long terme (voir tableau 1)¹.

Les filles et les femmes excisées ne sont pas toutes concernées de la même manière par les conséquences physiques et psychiques des E/MGF. D'une part, le degré de gravité de l'excision, l'âge au moment de l'intervention, l'emploi de la force ainsi que les circonstances dans lesquelles celle-ci est pratiquée jouent un rôle important. D'autre part, les femmes concernées disposent chacune de ressources et stratégies différentes pour faire face à l'expérience vécue.

Tableau 1
Conséquences
sur la santé¹

Conséquences sur la santé	
Immédiates	
Hémorragie	
Douleurs	
Choc	· Hémorragique, septique
Œdème des tissus	
Infections	<ul style="list-style-type: none"> · Infection génito-urinaire, de la plaie · Abscess · Septicémie · Tétanos · Risques d'infections virales transmissibles (HBV, HIV, HCV). · L'association entre HIV et E/MGF reste non démontrée. Toutefois, le risque de transmission au moment de la pratique existe au vu de l'utilisation d'instruments non stériles
Problèmes urinaires	<ul style="list-style-type: none"> · Rétention urinaire aigue · Douleur à la miction · Blessure urétrale
Problèmes de cicatrisation	<ul style="list-style-type: none"> · Kystes (souvent épidermiques) · Chéloïdes · Névromes post-traumatiques du clitoris · Brides cicatricielles · Accolement secondaire des lèvres
Décès	· Due à une hémorragie sévère ou à une septicémie
Conséquences psychologiques	

Conséquences sur la santé

Tardives

Obstétricales	<ul style="list-style-type: none"> · Augmentation du risque de césarienne (liée aussi à un manque de connaissance par exemple sur la désinfibulation de la part de l'accoucheur.euse), d'hémorragie (en lien par exemple avec le risque augmenté de travail prolongé ou d'arrêt de la progression du travail et de déchirure périnéale), d'épisiotomie, de déchirure périnéale en particulier de 3ème degré, d'accouchement instrumenté, de prolongement de la 2ème phase du travail, du travail dystocique, de séjour hospitalier maternel prolongé, de rétention urinaire, d'issue néonatale négative. · La douleur de l'accouchement peut rappeler la douleur de l'excision et causer des symptômes d'anxiété, d'angoisse ou de trouble de stress post-traumatique (TSPT) en cours du travail et de la phase expulsive.
Sexuelles	<ul style="list-style-type: none"> · Dyspareunie : le risque est le plus augmenté en cas d'E/MGF de type III. · La satisfaction, le plaisir, le désir et l'excitation sexuelle et la lubrification, peuvent être diminués, de même que la fréquence de l'orgasme chez la femme. · Et avec également un impact négatif sur la sexualité du couple. Notamment en cas de MGF de type III où l'orifice vaginal est rétréci qui rend la pénétration difficile. · Fissure ou lacération vulvaire ou vaginale au cours des rapports sexuels. · L'étiologie de la dysfonction sexuelle est souvent multifactorielle (facteurs bio-psycho-sociaux).
Psychologiques	<ul style="list-style-type: none"> · Trouble de stress post-traumatique (TSPT) · Troubles anxieux · Dépression
Génito-urinaires	<ul style="list-style-type: none"> · Douleur vulvaire ou clitoridienne, infections vaginales et urinaires récidivantes, problèmes menstruels en cas de type III (dysménorrhée, flux menstruel obstrué). · Infections du tractus reproductif (risque augmenté de vaginose bactérienne), douleurs chroniques, dysurie et miction obstruée et prolongée en cas de type III (avec risque de développer une vessie hyperactive). · En cas d'E/MGF de type III, difficultés à utiliser des tampons et coupes menstruelles, diaphragmes ou des pessaires et à avoir des procédures diagnostiques et thérapeutiques gynécologiques.

2.6 Situation juridique en Suisse

Droit pénal

Art. 124 Code pénal (CP)

Lésions corporelles/Mutilation d'organes génitaux féminins

¹ Quiconque mutile des organes génitaux féminins, compromet gravement et durablement leur fonction naturelle ou leur porte toute autre atteinte est puni d'une peine privative de liberté de six mois à dix ans.

² Quiconque se trouve en Suisse et n'est pas extradé et commet la mutilation à l'étranger est punissable. (...).

L'art. 124 CP statue que toute forme de mutilation génitale féminine est punissable, indépendamment du fait que ce soit une forme plus ou moins invasive. La peine peut varier entre une peine privative de liberté de six mois à dix ans. Que les fonctions physiques soient affectées ou non par l'intervention n'a pas d'incidence sur la peine. De même, les conditions sanitaires et médicales dans lesquelles l'intervention a eu lieu n'ont pas d'incidence sur la peine. Les E/MGF sont également punissable en Suisse lorsqu'elles sont ou ont été pratiquées à l'étranger, même si ça se fait avant l'arrivée en Suisse. L'interdiction ou non des E/MGF dans le pays où elles sont pratiquées n'a pas d'incidence sur la peine ⁶.

Asile

Les E/MGF sont une forme de persécution liée au genre et dans ce sens elles sont en principe reconnues comme motif de demande d'asile (art. 3 Loi sur l'asile). Toutefois, pour différentes raisons, il est souvent difficile pour les requérantes d'asile de faire valoir la menace des E/MGF comme une raison de fuite ⁶.

Contrairement aux recommandations du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR), l'octroi d'une protection n'est généralement accordé dans la pratique par le Secrétariat d'Etat des migrations (SEM) que pour éviter une excision imminente, mais pas quand celle-ci a déjà été pratiquée ¹⁵.

Protection de l'enfant

Pour informations concernant les signalements à l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte (APEA) relatifs aux enfants ayant besoin d'aide voir le chapitre [5 sur la Protection de l'enfant](#) et en particulier le paragraphe [5.3. Droit d'aviser/obligation d'aviser](#)

Note

Pour plus d'informations sur la situation en Suisse voir le rapport du Conseil fédéral, [Mesures contre les mutilations génitales féminines](#), novembre 2020 ¹¹.

3. Communication

Les professionnel.le de la santé ont l'opportunité et le devoir de promouvoir la santé et le bien-être des filles et des femmes vivant avec une E/MGF et de prévenir les E/MGF chez les filles à risque dans le contexte d'une collaboration de confiance et de respect mutuel entre le/la professionnel.le de la santé, la patiente et la famille ⁷.

La communication et les informations/propositions suivantes devraient être adaptées en fonction du contexte.

3.1 Principes

- Informez-vous (en acquérant des connaissances sur les différents types d'E/MGF, leur prévalence, les points de contact régionaux, etc.).
- Le thème des E/MGF peut déclencher de fortes émotions chez les professionnel.le.s. Ces émotions n'ont cependant aucune place dans les entretiens avec les personnes concernées. Il s'agit de garder une attitude professionnelle et de mener l'entretien avec respect.
- Assurez-vous que l'entretien se déroule dans un environnement confortable et accueillant où la fille ou la femme se sent en sécurité et à l'aise. Un entretien requiert suffisamment de temps à disposition et de pouvoir le mener sans interruption.
- Abordez les E/MGF dans le cadre de votre anamnèse, quand par exemple vous discutez de santé sexuelle et reproductive (règles, grossesse, etc.).
- Lorsque on parle de l'excision avec des personnes issues des communautés qui la pratiquent, il est préférable d'utiliser le terme d'« excision ». Celui-ci est moins stigmatisant que le terme de « mutilation génitale ». De plus, de nombreuses femmes excisées ne se considèrent pas comme mutilées. Il est également possible de demander à la femme le terme utilisé dans la langue de la personne concernée ou de demander, le cas échéant, le terme approprié à une interprète. Il faudrait éviter d'utiliser le terme « sunna » qui représente un terme avec une connotation religieuse, pour ne pas renforcer, voire légitimer l'idée que les E/MGF sont une pratique religieuse.
- Faites appel aux interprètes/médiatrices certifié.es formé.e.s en cas de barrière linguistique et/ou culturelle ⁷ et expliquez à la patiente et si il s'agit de mineures incapables de discernement à sa mère, ses parents ou adultes de référence que l'interprète/médiatrice est aussi tenue au secret médical. Les membres de la famille ne doivent pas être utilisés comme interprètes. Cela comprend le mari ou le compagnon, les enfants et la belle-mère. En pédiatrie la discussion peut se dérouler avec les deux parents séparément, par exemple si les avis diffèrent.

Multiplicatrices

Dans la mesure du possible, faites appel à une multiplicatrice certifiée/formée pour ces entretiens. Les multiplicatrices sont des médiatrices interculturelles, des interprètes, des militantes ou d'autres personnes de référence qui s'engagent contre les mutilations génitales féminines et peuvent faire valoir leur expérience sur ce sujet sensible. Il s'agit généralement de migrantes elles-mêmes issues des communautés concernées. Les multiplicatrices font le lien entre les communautés/familles concernées et les professionnel.le.s/services spécialisés.

Le point de contact national du Réseau suisse contre l'excision peut vous mettre en contact avec ces multiplicatrices (cf. chapitre [7 Ressources utiles](#)).

- Si vous utilisez une interprète ou une médiatrice, consignez-le dans le dossier médical de la patiente avec son numéro de téléphone.
- Assurez-vous de demander à la fille ou à la femme si elle est à l'aise avec l'interprète ou la médiatrice désignée et changez-la si elle le demande.
- Si une traduction en présentiel n'est pas possible, l'utilisation d'un service d'interprétariat téléphonique et/ou vidéo peut être envisagée. Voir [INTERPRET](#), l'association suisse pour l'interprétariat communautaire et la médiation interculturelle.

Financement de l'interprétariat communautaire

Si l'interprétariat communautaire professionnel est indispensable à la réalisation d'un examen ou d'un traitement médical ainsi qu'à son succès thérapeutique, et si les personnes assurées ne disposent d'aucun interprète, les coûts liés à l'interprétariat peuvent être considérés comme partie intégrante de la prestation médicale.

Conformément à la recommandation de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, les coûts des services de traduction et d'interprétariat nécessaires aux traitements appropriés et fournis dans le domaine stationnaire des hôpitaux doivent être facturés à la charge de l'Assurance obligatoire des soins (AOS) et pris en compte dans le calcul des forfaits par cas.

Il incombe aux partenaires tarifaires de mettre en œuvre cette recommandation. Dans le domaine ambulatoire, qui n'est pas cofinancé par les cantons, la structure tarifaire en vigueur ne prévoit aucune position correspondante ^{18,19}.

Défis lors de la discussion sur les E/MGF

Discuter des E/MGF et des complications sanitaires liées à la pratique peut être un défi à la fois pour le/la professionnel.le de la santé et pour les filles et les femmes concernées. 7.

Tableau 2

Perspectives du/de la professionnel.le et de la patiente sur les E/MGF

Perspective du/de la professionnel.le de la santé	Perspective de la patiente
Les professionnel.le.s de santé peuvent penser que parler des E/MGF rappellera à la fille ou à la femme le traumatisme initial qu'elle a subi pouvant provoquer une détresse.	De nombreuses filles et femmes peuvent avoir le sentiment que les E/MGF sont une affaire privée et que d'en discuter avec un.e professionnel.le de la santé est inconfortable, voire embarrassant, en particulier lorsque celui-ci est un homme.
Les professionnel.le.s peuvent également considérer que les E/MGF sont une question culturelle, privée ou familiale, de sorte qu'ils/elles peuvent ne pas interroger les filles et les femmes sur le type d'E/MGF et les possibles complications au niveau de leur santé ainsi que leur santé sexuelle.	Certaines filles et femmes peuvent ne pas être convaincues qu'un.e professionnel.le de la santé soit suffisamment familiarisé.e avec le sujet des E/MGF et peuvent donc penser que le/la professionnel.le n'aura pas de réponses aux interrogations et une prise en charge adéquate des complications de santé liées aux E/MGF. Les patientes n'ont peut-être pas été familiarisées avec la possibilité de discussion sur la santé sexuelle et reproductive, elles peuvent ne pas connaître précisément leur anatomie, en particulier celles des organes reproducteurs, et peuvent n'avoir jamais eu d'examen physique et gynécologique.
Certain.e.s peuvent penser que même s'ils/elles interrogent les patientes sur les E/MGF, ils/elles ne sont pas suffisamment préparé.e.s ni formé.e.s pour fournir des soins et un soutien adéquat à ces filles et ces femmes.	La fille ou la femme peut souffrir ou vivre une situation émotionnellement difficile qui ne lui permet pas de communiquer ouvertement.
Souvent, ils/elles n'ont pas suffisamment de temps pendant la consultation pour discuter des E/MGF en détail et évitent donc de poser des questions sur le sujet.	Certaines filles et femmes peuvent ressentir de la honte et craindre d'être jugées ou blâmées pour une E/MGF et/ou les complications de santé qu'elles présentent.
	Dans certains pays, les gens savent que cette pratique est illégale et, par conséquent, les filles et les femmes ou accompagnant.e.s peuvent craindre d'être condamnées pour avoir soutenu ou subi la pratique si elles en parlent ouvertement.
	Les filles et les femmes peuvent craindre que la communauté les considère comme enfreignant les règles culturelles si elles se confient à des personnes extérieures au sujet des E/MGF.

Quoi faire, si une patiente n'est pas prête à parler de son E/MGF ou d'un éventuel risque de cette pratique pour elle ou une personne de son entourage? ⁷

- Donnez-lui du temps et expliquez pourquoi vous souhaitez aborder le sujet ;
- Discutez davantage pour découvrir quelles sont ses peurs et ses angoisses ;
- Encouragez-la, rassurez-la et prenez un autre rendez-vous ;
- Rassurez-la sur le fait que l'entretien est confidentiel ;
- Parlez lentement et clairement et utilisez des termes simples mais précis ;
- Si les connaissances sur la santé reproductive sont limitées, utilisez des schémas ou des modèles anatomiques pour faciliter la discussion ;
- Fournissez d'autres sources d'informations telles que des sites Web ou des associations locales (cf. www.excision.ch) ;
- Demandez-lui si elle souhaiterait plutôt parler à un autre membre du personnel.

3.2 Communication et prévention

Bien commencer l'entretien

Les exemples suivants facilitent l'entrée en matière lors d'un entretien sur les E/MGF :

- « Je sais que l'excision était pratiquée dans votre pays d'origine. Est-ce qu'il s'agit aussi d'une pratique encore existante dans la région d'où vous venez? » ;
- « Y a-t-il eu des complications lors de l'accouchement de votre enfant/vos enfants? » ;
- « Je m'inquiète pour votre fille... ».
- « Que pense votre famille.... »

Contenu d'un entretien

Demander l'attitude personnelle et le vécu :

- Raisons de sa consultation, ses questions éventuelles ;
- raisons pour l'excision (pourquoi cette pratique ?) ;
- ressenti vis-à-vis de l'excision et ce que l'excision représente pour la personne ;
- expériences/vécu (âge à l'excision ; le vécu de la mère et les complications dans la famille/entourage peuvent être des arguments contre).

Attention : Il n'est pas nécessaire pour tou.te.s les professionnel.le.s d'aborder l'expérience d'une excision de manière approfondie (ou les détails de l'expérience d'une excision). Attention également au risque de flash back/ rétraumatisme.

Explorer les croyances de la famille autour des E/MGF et en discuter :

- demander si elle a pu en parler avec sa famille ou des proches.
- demander si des membres de la famille souhaitent le faire ;
- demander qui est pour/contre dans la famille? Qui décide?
- potentiellement écouter les arguments donnés en sa faveur et les discuter, renforcer les arguments contre ([voir tableau 3](#)) ;
- mener un entretien avec la femme/l'adolescente seule pour qu'elle puisse parler et s'exprimer librement. Si elle est à l'aise et d'accord le/la partenaire et parfois d'autres éventuels membres de la famille qui pourraient avoir un rôle décisionnel et de soutien dans l'abandon de la pratique peuvent être inclus. Le/la partenaire pourrait également souhaiter une consultation sans la présence de sa femme. Selon la situation et l'âge de la patiente, un entretien peut aussi être mené avec le.s. parent.s seuls.

Informez sur l'interdiction et le cadre légal de protection de l'enfant en Suisse :

- chaque forme d'E/MGF est punissable même si elle est effectuée à l'étranger (art. 124 Code pénal) et même si elle se présente sous la forme de « pricking » ;
- les E/MGF sont désormais aussi illégales dans beaucoup de pays d'origine ;
- les E/MGF sont considérées comme une lésion corporelle en Suisse et comme une mise en danger du bien de l'enfant ;
- les parents sont responsables de l'intégrité physique de leur enfant : les personnes investies de l'autorité parentale enfreignent leurs obligations de soins aux enfants lorsqu'elles ne protègent pas une fille contre l'excision (par exemple dans le cas où la fille serait excisée lors d'une visite chez des parents dans le pays d'origine).

Demander si la famille a besoin de soutien pour renoncer aux E/MGF :

- discuter les éventuelles inquiétudes liées à l'abandon de la tradition ;
- discuter ce qu'il faudra pour renoncer aux E/MGF et protéger les filles. Il peut y avoir une grande pression de la famille restée au pays ou de la communauté. Lors de visites au pays, une lettre de protection peut aider (voir lettre de protection de la Confédération suisse, disponible sur le site web de l'OFSP dès l'automne 2023) ¹⁷.

Expliquer les conséquences dangereuses des E/MGF sur la santé de la fille :

- toute forme d'E/MGF est une lésion corporelle avec des conséquences physiques et psychiques possibles ;
- il n'y a aucun bénéfice ni aucune indication de le faire ;
- donner d'éventuelles explications complémentaires sur l'anatomie et la physiologie féminine et donner un éclairage sur d'éventuels mythes ;
- explorer ce qui a été fait chez la mère/sœurs et leurs problèmes de santé éventuels en lien avec les E/MGF.

3.3 Outil d'argumentation

Tableau 3
Outil d'argumentation²⁰

Arguments qui sont évoqués en faveur des E/MGF	Contre-Arguments
Religion	<ul style="list-style-type: none"> Ni le Coran, ni la Torah, ni la Bible ne parlent en faveur des E/MGF. De nombreux pays musulmans ne connaissent pas les E/MGF ; l'intégrité du corps est valorisée. Toutefois certains hadiths ou des groupes ethniques comme les Dawoodi Bohra pourraient suivre certains écrits religieux qui soutiennent certaines formes de E/MGF (ex. type IV).
Contrôle de la sexualité féminine	<ul style="list-style-type: none"> Pas de contrôle de désir/comportement sexuel par E/MGF ; par contre souligner l'importance de l'éducation et de l'information pour le comportement.
Protection des filles face à la société « occidentale » ; garantie de virginité	<ul style="list-style-type: none"> Les E/MGF ne rendent pas impossible les rapports sexuels avant le mariage. La virginité n'est pas un phénomène physique qui peut être attesté par un examen médical^{21,22} et n'est pas non plus représentée par les E/MGF.
Garantie de la fidélité, augmente le plaisir du mari	<ul style="list-style-type: none"> Possible dyspareunie/ stimulation plus difficile/ apareunie → pas favorable pour la santé sexuelle du couple. Possibles douleurs/blessures chez l'homme et la femme lors de rapports sexuels.
Protection de violence sexualisée/viols	<ul style="list-style-type: none"> Pas de protection contre la violence sexualisée/le viol.
Protection des grossesses hors mariage	<ul style="list-style-type: none"> Pas de protection des grossesses.
Condition pour le mariage/Protection des filles face à certaines valeurs de la société « occidentale »	<ul style="list-style-type: none"> Un nombre croissant d'hommes (informés) préfèrent une femme non excisée (au pays d'origine et parmi les migrants). Certains parents souhaitent que leurs enfants se marient avec quelqu'un de leur ethnie : la perspective que même au pays, surtout parmi les personnes de niveau socio-éducatif élevé, la pratique est de moins en moins pratiquée et n'est plus un prérequis pour un bon mariage, peut être rassurante.

Arguments qui sont évoqués en faveur des E/MGF	Contre-Arguments
Augmente la fertilité	<ul style="list-style-type: none"> · Diminution possible en raison de dyspareunie et difficultés des rapports sexuels avec pénétration, infections.
Signe de féminité et de beauté	<ul style="list-style-type: none"> · Touche à l'intégrité du corps. · Atteinte du sentiment de beauté, normalité et d'identité féminine.
Tradition	<ul style="list-style-type: none"> · Se distancer des traditions néfastes et préserver ce qui est bénéfique. · Changement d'attitude aussi dans les pays d'origine et au sein de la diaspora. Le changement est en train de se faire. · Un autre argument à mentionner est qu'une E/MGF peut être mal vécue par une fille grandissant en Europe l'éloignant de la culture parentale quand, les parents devraient plutôt partager les aspects positifs de leur culture, évitant un possible conflit de loyauté.

4. Recommandations de bonnes pratiques

4.1 Généralités

- Il est important que les professionnel.le.s de santé soient au courant de la distribution géographique et de la prévalence des différentes formes de E/MGF au sein des pays concernés afin de pouvoir détecter lors d'un entretien ou un examen clinique une E/MGF et effectuer de la prévention. Pour cela, il est utile d'identifier l'origine géographique et ethnique de la femme ou des parents de la fille, tout en sachant que les pratiques peuvent sensiblement varier au sein d'un même pays (prévalence, âge de la réalisation, type et méthode des E/MGF). Il faut tenir compte que les femmes et les filles originaires de pays pratiquant les E/MGF ne sont pas toutes excisées ou menacées d'excision.
- Gardez à l'esprit que toutes les femmes vivant avec des E/MGF n'ont pas des complications de santé liées à la pratique. Les filles et les femmes avec E/MGF sont également susceptibles de rechercher des soins pour des problèmes de santé qui ne sont pas liés à une E/MGF, auquel cas la discussion sur les E/MGF ne devrait pas être l'objectif principal de la consultation⁷.
- Il est important de noter que, puisque de nombreuses femmes membres de la communauté ont connu des complications de santé similaires, certains symptômes liés aux E/MGF sont devenus « normalisés » et certaines femmes ne pensent pas qu'il soit pertinent de consulter un.e professionnel.le de la santé. D'un autre côté, les femmes qui recherchent des soins pour des problèmes médicaux particuliers peuvent ne pas savoir que leur E/MGF est à l'origine de leurs problèmes et peuvent donc ne pas mentionner spontanément leur expérience d'excision au/à la professionnel.le. de santé⁷.
- Quelques outils qui peuvent être utiles (selon l'accord de la femme) :
 - dessins des types de E/MGF ;
 - des schémas étape par étape de la procédure de désinfibulation ;
 - dessins ou modèle du clitoris ;
 - un miroir.

4.2 Consultation gynécologique

La motivation de consulter d'une patiente présentant une E/MGF peut résulter de motifs multiples : un contrôle, une demande d'information sur son anatomie et excision, une gêne ou des problèmes dans différents domaines (intégrité physique, plaisir sexuel, dyspareunie, dysménorrhée, infertilité, vie de couple, dépistage de cancer du col, demande de contraception avant ou après une grossesse et des questions concernant l'accouchement ou la grossesse) ou encore suite aux complications liées à une E/MGF.

Comment entrer en matière - Anamnèse

Inclure une question sur le statut de E/MGF lors de la réalisation de l'anamnèse. Interrogez la patiente sur son excision sur un ton neutre et incluez-la parmi les autres questions de routine, pas de manière isolée ni comme première question. Un bon moment pour poser des questions sur les E/MGF est d'interroger la patiente sur les interventions chirurgicales passées, les accouchements ou les conditions gynécologiques actuelles ou antérieures. Si vous devez effectuer un examen gynécologique, vous devez interroger la fille ou la femme sur les E/MGF avant de l'examiner⁷.

Selon l'âge de la fille ou de la femme au moment où elle a subi une E/MGF, il se peut qu'elle ne se souvienne pas du tout de l'événement et qu'elle ne sache pas si elle a subi la pratique ou non et peut donc ne pas la signaler si on lui demande. Si plus tard au cours d'un examen pelvien vous établissez qu'elle a subi une E/MGF, assurez-vous de discuter de ces résultats avec une grande sensibilité et de ne pas la juger pour ne pas avoir divulgué son E/MGF lors de la prise d'antécédents⁷.

L'anamnèse inclut l'évaluation d'éventuelles conséquences physiques liées à une E/MGF (infections gynécologiques et urinaires, douleurs, dysménorrhée, dyspareunie) ainsi que les impacts psychologiques et psychosexuelles possibles (flashback, troubles anxieux, dépression, stress post-traumatique, dysfonction sexuelle).

Il est important de ne pas se focaliser seulement sur les E/MGF et de garder à l'esprit que les symptômes peuvent être dus à une E/MGF mais aussi à d'autres causes existantes.

Examen clinique

L'examen clinique après consentement peut être effectué par différent.e.s médecins spécialistes, infirmier.e.s ou sages-femmes selon le contexte. En cas de doute et/ou besoin d'un 2^e avis, l'examen doit être fait par un.e professionnel.le expérimenté.e. Il s'agit de créer un contexte calme, confidentiel et rassurant. L'examen au spéculum et le toucher vaginal ne sont pas obligatoires, en particulier si la patiente n'a jamais eu de pénétration vaginale ou présente une infibulation sévère. Si le toucher vaginal n'est pas possible, et l'examen nécessite une évaluation par toucher rectal, ceci peut être proposé avec une claire information. La forme de E/MGF est déterminée par une simple inspection des organes génitaux externes et l'attention porte particulièrement sur les complications éventuelles, pour lesquelles une prise en charge sera proposée.

Après l'examen clinique, il est recommandé d'expliquer à la patiente ce que vous avez vu à l'aide d'un miroir si la patiente souhaite regarder ses organes ou simplement avec des schémas expliquant l'anatomie et les changements apportés par l'E/MGF²³. Il faut documenter une E/MGF précisément dans le dossier de la patiente (cf. paragraphe 6.1 Documentation)

Il ne faudra pas induire de plaintes ou stigmatiser une patiente qui est asymptomatique et satisfaite avec son image corporelle.

En cas de E/MGF de type III, l'information sur la désinfibulation et ses avantages sera donnée (cf. paragraphe 4.4 [Désinfibulation](#)).

Prise en charge chirurgicale

Les lésions pouvant être traitées chirurgicalement sont par exemple :

- pour tout type de E/MGF : traitement d'accolement des lèvres, névrome du clitoris, kystes d'inclusion épidermiques symptomatiques, cicatrices chéloïdes symptomatiques, brides cicatricielles, phimosis du clitoris ;
- pour les E/MGF de type III : désinfibulation.

La patiente peut être référée vers un.e professionnel.le ou dans une consultation spécialisée (cf. www.excision.ch/reseau/points-de-contact).

Prévention

En plus du traitement des conséquences de E/MGF, le/la professionnel.le est chargé.e de mener un entretien de prévention (cf. paragraphe 3.2 [Communication et prévention](#)).

4.3 Grossesse, accouchement et post-partum

Pendant la grossesse

Lors du suivi de grossesse, la présence et le type de E/MGF doivent être dépistés et documentés au plus tôt et faire partie de la discussion du plan de naissance. Cela permet aux sages-femmes et médecins d'aborder le sujet, les possibles fausses croyances et craintes de la femme (voie d'accouchement, issue néonatale...), et en cas de E/MGF type III la désinfibulation pendant la grossesse ou le travail d'accouchement, une éventuelle demande de refermeture (réinfibulation) de la patiente et la prévention.

La femme peut se poser des questions ou avoir peur à propos des examens, de l'accouchement, de la césarienne et en lien avec l'E/MGF, de la taille de l'enfant et des réactions des soignant.es. Ces thématiques sont à aborder lors des consultations prénatales et des séances de préparation à la naissance et à la parentalité et lors de l'établissement du plan d'accouchement.

Pendant la grossesse, les risques d'infections vulvo-vaginales et urinaires lors d'une E/MGF de type III nécessitent une attention particulière du/de la professionnel.le de santé. Dans le cas d'une femme multipare, il est utile de rechercher si le ou les précédents accouchements se sont déroulés dans son pays d'origine ou ailleurs afin de connaître comment l'E/MGF a été prise en charge ainsi que les suites (par exemple avec des réinfibulations).

Dans la mesure du souhait de la femme, l'inclusion de son/sa conjoint.e est souhaitable. Le/la conjoint.e peut être d'une autre origine que la femme et ne pas connaître cette pratique.

Selon la variante de l'E/MGF de type III, l'orifice vaginal résiduel peut être de taille différente et il est difficile ou impossible de réaliser des examens de dépistage (frottis de Papanicolaou) ou des examens et interventions lors de complications obstétricales (toucher vaginal, tests en cas de suspicion de rupture des membranes ou de menace d'accouchement prématurée, échographie endovaginale,

examen au spéculum, sondage vésical). La désinfibulation permet ces gestes (cf. [paragraphe 4.4 Désinfibulation](#)).

Accouchement

Lors de l'accouchement, les déchirures du périnée antérieur et postérieur peuvent être plus fréquentes à cause de la perte d'élasticité liée à la présence de tissu cicatriciel. Il est également important de monitorer la progression du travail et d'évaluer attentivement l'élasticité de l'orifice vaginal. En cas de nécessité, ce qui est en Suisse et en Europe extrêmement rare, un examen rectal peut-être réalisé pour monitorer le travail.

L'E/MGF de type II et III est associée à des complications obstétricales plus fréquentes (cf. [paragraphe 2.5 Conséquence sur la santé](#))^{24,25}. La désinfibulation permet, en cas de type III, de diminuer significativement ces complications.

L'épisiotomie n'est pas à effectuer d'office en cas de type I, II ou IV, ni en association à une désinfibulation en cas de type III. Il reviendra à l'accoucheur.se de décider si elle est nécessaire pour prévenir des déchirures graves périnéales, antérieures ou postérieures.

Au cas où la femme n'aurait pas eu de suivi gynécologique ou obstétrical jusqu'à l'accouchement, il sera très important de lui donner l'ensemble des informations. Le recours à une interprète est à envisager, même par téléphone. Un entretien postpartum sera systématiquement proposé (cf. [chapitre 3 Communication](#)).

Postpartum

Le temps du postpartum permet de renforcer les compétences de la mère à prendre soin d'elle-même et de son bébé. La naissance d'un enfant comporte des changements physiques, émotionnels, affectifs, psychologiques, conjugaux, professionnels, familiaux et sociaux. Le déroulement physiologique du postpartum demande une surveillance adaptée par les professionnel.le.s de santé concerné.es.

Au vu du risque augmenté d'épisiotomie et de déchirures périnéales, les soins et le suivi adaptés seront assurés dans le post-partum immédiat et à long terme.

Lors d'une désinfibulation, il faudra être particulièrement attentif aux saignements, à la douleur, à la miction et au ressenti de la femme. Il sera expliqué quels sont les changements liés à l'accouchement et ceux liés à la désinfibulation. Les soins du périnée après l'accouchement sont un sujet important pour toutes les femmes notamment après une désinfibulation. Si la désinfibulation a eu lieu pendant le travail d'accouchement, l'écartement manuel des lèvres, à faire 3 fois par jour les premiers 7 à 10 jours évitera l'accolement des berges.

- Une rééducation périnéale est recommandée.
- La contraception et la reprise de la sexualité seront abordées comme pour toutes les accouchées.

Il est nécessaire d'identifier les besoins de la femme, de l'informer ou de la conseiller en fonction de ses demandes. Le conjoint sera inclus en fonction du souhait de la femme qui aura été consultée auparavant. Là aussi, le recours à une interprète communautaire peut être souhaitable. Le point de contact régional sur les MGF/E (si existant) est à proposer (cf. www.excision.ch/reseau-points-de-contact).

Le postpartum est aussi le moment de poursuivre la prévention des E/MGF (information sur le cadre légale, éducation à la santé et intégrité corporelle du bébé fille) chez la génération future. Il est recommandé de se concerter et faire un entretien de prévention avec les parents, incluant une interprète certifiée et acceptée si nécessaire (cf. paragraphe 3.2 [Communication et prévention](#)). Le/la gynécologue/l'accoucheur.se/sage-femme traitant devrait aborder le sujet de la prévention des E/MGF pendant la grossesse et en post-partum chez les femmes concernées.

Il est important de noter dans le cahier/document de l'enfant les informations suivantes pour le/la pédiatre, après une information claire et le consentement de la femme/mère :

- le statut de l'excision de la mère (même absence de E/MGF) et/ou l'origine d'un pays à prévalence des E/MGF du père ;
- les résultats d'un entretien de prévention ;

Les pédiatres, à l'hôpital ainsi qu'en cabinet prendront le relai avec le suivi du bébé fille

En cas de risque immédiat pour le bébé voir le chapitre [5 Protection de l'enfant](#).

4.4 Désinfibulation

Le traitement des complications de l'infibulation (E/MGF type III) est la désinfibulation, une intervention chirurgicale qui permet d'ouvrir la cicatrice d'infibulation, exposer le vestibule vulvaire, l'orifice vaginal, le méat urétral externe (désinfibulation partielle) et éventuellement le clitoris (désinfibulation totale). Les lèvres internes ou externes sont reconstruites de manière la plus physiologique possible ²⁶. La désinfibulation diminue significativement la dyspareunie superficielle, améliore la fonction sexuelle et diminue les risques obstétricaux de césarienne et de déchirures périnéales ¹. Elle facilite également la miction et le passage du flux menstruel physiologiques, traite les complications génito-urinaires et permet d'effectuer les gestes gynécologiques (examens gynécologiques, surveillance du travail, cathétérisme urinaire, dépistage du cancer du col utérin, échographie transvaginale et les chirurgies gynécologiques) ²⁷.

L'entretien préopératoire est essentiel pour décrire la désinfibulation et le suivi postopératoire, tout en écoutant les attentes, les peurs ou les doutes de la patiente et de son/sa partenaire. En effet, la désinfibulation représente un changement identitaire, culturel, anatomique, physiologique et corporel important ²⁷. En cas de barrière linguistique, une interprète certifiée, acceptée par la femme / la jeune fille, peut assurer une bonne communication et une bonne compréhension tout en gardant la confidentialité.

La désinfibulation peut être planifiée à tout moment de la vie d'une femme/fille : pendant ou en dehors de la grossesse ; pendant le travail d'accouchement ; pendant la césarienne. La désinfibulation est effectuée par un.e professionnel.le formé.e en la matière (sage-femme ou gynécologue-obstétricien.ne) ¹. Il n'y a pas eu de différence retrouvée au niveau des issues obstétricales entre une désinfibulation antepartum ou intrapartum dans les études sur ce sujet ¹. L'acceptabilité et la satisfaction des femmes vis-à-vis de la procédure, les autres problèmes de santé pendant la grossesse (par exemple la dysurie) ou les taux de demandes de réinfibulation post-partum n'ont pas été

investigués ²⁸. Les recommandations de l'OMS suggèrent de laisser la femme / fille choisir le moment de la désinfibulation ou de le faire quand cela est possible et faisable pour elle. Si réalisée en antepartum, la désinfibulation peut être effectuée pendant le deuxième trimestre de grossesse, en raison du risque de fausse couche spontanée au cours du premier trimestre, pour éviter que l'éventuelle fausse couche spontanée soit associée par la femme ou la communauté à l'intervention effectuée. Néanmoins, d'autres centres dans d'autres pays effectuent systématiquement la désinfibulation au cours du premier trimestre. La désinfibulation intrapartum doit être effectuée au cours de la première phase du travail d'accouchement pour faciliter la surveillance de la progression du travail et le cathétérisme urinaire ¹.

Les femmes enceintes doivent être correctement et précocement informées des alternatives de désinfibulation pour avoir la liberté de choisir entre une désinfibulation pendant la grossesse ou le travail. Une désinfibulation antepartum permet de résoudre les conséquences génito-urinaires de l'infibulation pendant la grossesse. Elle est effectuée de façon élective sur des tissus moins oedématisés et vascularisés et laisse le temps à la femme et le couple de s'habituer à la nouvelle physiologie et anatomie, sans associer les changements de la désinfibulation à ceux de l'accouchement.

En cas de césarienne élective ou en urgence chez une femme encore infibulée, il est essentiel de demander si la femme souhaite une désinfibulation dans le même temps opératoire.

La désinfibulation s'effectue sous anesthésie locale ou loco-régionale (en dehors et pendant une grossesse) ou générale (en dehors de la grossesse), en fonction du contexte, des ressources disponibles et du choix de la femme et de l'opérateur. L'anesthésie locale (Lidocaine hydrochloridum anhydricum 1%) est injectée le long de la ligne de cicatrice à inciser. Une couche épaisse de crème Emla - 5% ® (Lidocainum 25 mg, Prilocainum 25 mg) devrait être appliquée sur la même zone 1.5 h avant l'injection.

La technique est montrée dans la vidéo et le papier disponible à l'adresse : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29463476/> ²⁷ et www.youtube.com/watch?v=fbKPqE-6Vj_c ²⁹. Un résumé de la technique est reporté dans le [tableau 5](#).

Une vidéo explicative pour les patientes et leurs proches est disponible à cet adresse, en 9 langues: www.gams.be/instaurer-le-dialogue-sur-la-desinfibulation/

Il est judicieux de revoir la patiente à J7 et J30 pour examiner la vulve et discuter des changements physiologiques (par exemple, la miction) et des ressentis. Après une désinfibulation intrapartum, certains changements pourraient être dus à des complications obstétricales, et non à la désinfibulation. De telles différences devraient être expliquées. L'incontinence ou d'autres symptômes du plancher pelvien post-partum doivent être traités de manière appropriée. Les demandes de réinfibulation ne devraient pas être acceptées (cf. [paragraphe 4.5 Réinfibulation](#)) ¹.

La patiente peut être orientée vers les points de contact régionaux avec une expertise chirurgicale en matière des E/MGF : www.excision.ch/reseau/points-de-contact. Une prise en charge extra-cantonale est possible et remboursée en absence de possibilité de prise en charge locale.

Tableau 4

Mythes et informations à aborder lors des entretiens avec la femme avant et après une désinfibulation.

Désinfibulation – aspects importants à discuter avec la patiente

Possibles mythes, méconnaissances et peurs d'une femme à aborder:

- Une vulve désinfibulée est trop ample, large, inesthétique, impure.
- Une vulve désinfibulée donne moins de plaisir au partenaire.
- Un mari respectable et viril doit être capable d'ouvrir l'infibulation lors des premiers rapports sexuels.
- Une femme désinfibulée n'est plus vierge et n'est donc plus éligible pour le mariage.

Informations à fournir sur l'anatomie et la physiologie féminines:

- Le vagin n'est pas un large canal ouvert et la désinfibulation ne comporte pas l'exposition d'un grand orifice ouvert et béant.
- L'urine et les sécrétions vaginales/menstruations proviennent de deux orifices différents. Leur sortie sera facilitée après la désinfibulation.

Informations à fournir sur les changements attendus après la désinfibulation

- Les muqueuses seront visibles et seront d'une couleur différente que la peau.
- Le flux de l'urine et des sécrétions vaginales sera plus rapide et constant.
- Le clitoris peut être stimulé lors de l'activité sexuelle. Si le gland clitoridien n'a pas été excisé, il sera exposé après la désinfibulation.

Tableau 5
Désinfibulation

Désinfibulation	
Pré-opératoire	<ul style="list-style-type: none"> · Asepsie. · Pas de nécessité d'antibioprophylaxie préopératoire.
Intra-opératoire	<ul style="list-style-type: none"> · Palper le clitoris et évaluer la position du méat urétral. · Placer un doigt ou une pince Mosquito sous le pont de désinfibulation, cela permet d'évaluer si le pont de peau est adhérent aux plans sous-jacents. · Inciser le pont cutané d'infibulation au milieu, en évitant une asymétrie labiale. · Inciser avec des ciseaux Mayo (ou un bistouri) de bas en haut jusqu'au niveau préalablement décidé avec la patiente : jusqu'à 1 cm au-dessus du méat urinaire (désinfibulation partielle) ou jusqu'au-dessus du clitoris (désinfibulation totale). · Faire attention à ne pas léser le méat urinaire. En cas de doute ou d'adhérences une sonde aller-retour peut être positionnée tout le long de la chirurgie. · Pendant le travail, l'incision peut être effectuée lors du pic douloureux d'une contraction. · Reconstruire les lèvres de façon physiologique avec des points simples ou un surjet de Vicryl 3.0 (Ethicon). · Vider la vessie si l'intervention est effectuée sous rachianesthésie ou anesthésie générale. · Une sonde à demeure n'est pas nécessaire.
Post-opératoire	<ul style="list-style-type: none"> · Reprise des rapports sexuels à J30. · Possibles complications intra opératoires : lésions du clitoris ou de l'urètre. · Complications post-opératoires immédiates : recollement spontané des lèvres, infection. Réminiscence de l'excision (TSPT trouble de stress post-traumatique). · Planifier un premier contrôle à J7 et si celui-ci est en ordre à J30. En cas de recollement des lèvres à J7, il faut le corriger si possible sous anesthésie locale. · Donner des conseils d'hygiène vulvaire à la patiente et recommander des manœuvres d'écartement des lèvres 3 fois par jour jusqu'à J7-10 pour éviter leur adhésion spontanée. Si la désinfibulation a été perpartum, la sage-femme à domicile doit être informée et assurer le suivi à domicile. · Prescrire une antalgie par paracétamol +/- ibuprofène.

4.5 Demande de réinfibulation – comment répondre

Bien informées, la plupart des femmes choisissent/sont d'accord avec une non-refermeture après une désinfibulation, mais on peut occasionnellement être confronté à une demande de réinfibulation (fermeture de l'orifice vulvaire après accouchement). Il n'y a aucune indication médicale à une refermeture d'infibulation, considérée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme une forme de médicalisation des E/MGF. La réinfibulation peut être responsable des mêmes conséquences génito-urinaires, sexuelles et obstétricales que l'E/MGF type III.

Pour certaines femmes, une vulve « ouverte/exposée » demeure inacceptable pour différentes croyances : miction rapide considérée comme vulgaire ; crainte d'une descente des organes internes ; organes génitaux considérés moins beaux/attractifs/désirables, moins propres ; crainte que le partenaire ait moins de plaisir sexuel ; questions socio-culturelles. Les demandes visant à restaurer un petit orifice ne devraient pas être acceptées en expliquant les complications et les problèmes potentiels et en accompagnant la femme dans le changement culturel, physique et physiologique. Dans le tableau 4 sur la désinfibulation, il y a un résumé des arguments qui peuvent être utilisés dans la discussion. Il est important d'inclure dans la discussion, si la femme est d'accord, son/sa partenaire.

4.6 Santé mentale et psychosexuelle

Ce paragraphe est basé sur : WHO, Care of girls & women living with female genital mutilation, a clinical handbook, 2018, chapitre 7 Santé mentale et MGF, p. 233-317 et chapitre 8 Santé sexuelle et MGF, p. 319-382 ⁷.

Santé mentale

La douleur, le choc, le sentiment de trahison, et l'utilisation de la force physique par ceux qui exécutent la pratique ont été mentionnés comme des raisons pour lesquelles de nombreuses femmes décrivent les E/MGF comme un événement traumatique. Des études ont mon-

tré que les E/MGF sont associées à une gamme de problèmes de santé mentale, dont certains peuvent être des réactions à des événements traumatiques, en particulier : dépression ; troubles anxieux ; trouble de stress post-traumatique (TSPT) ; des plaintes psychosomatiques ⁷.

Les impacts psychologiques des E/MGF n'ont pas été largement étudiés, mais on sait qu'ils sont extrêmement variés. Toutes les filles et femmes qui ont subi une E/MGF n'auront pas des difficultés psychologiques ⁷. S'il est très important de ne pas considérer la tristesse et l'anxiété en lien avec l'E/MGF comme une pathologie, il est également fondamental de reconnaître l'éventuelle psychopathologie en lien avec un événement traumatique ⁷. Il est aussi vrai que la population des femmes et filles avec E/MGF a souvent vécu d'autres événements traumatiques passés, qui peuvent nécessiter une prise en charge (p. ex : guerre, mariage forcé, viol, parcours migratoire difficile, etc.)³⁰. Une évaluation de la santé mentale devrait faire partie de l'évaluation de routine, pour ensuite orienter la patiente vers une éventuelle prise en charge, si besoin.

Santé sexuelle

Les E/MGF peuvent impliquer l'ablation de tissus sexuellement sensibles, tels qu'une partie du clitoris et/ou des lèvres, des complications de la cicatrice comme des kystes douloureux ou un rétrécissement de l'orifice vaginal avec en conséquence une possible réduction du désir et plaisir sexuels et des douleurs spontanées ou provoquées lors des stimulis sexuels.

Les études scientifiques montrent que comparées aux femmes sans E/MGF, les femmes qui ont subi une excision sont plus susceptibles de souffrir de dyspareunie, d'une satisfaction sexuelle réduite et d'un désir sexuel réduit ³¹.

D'autres facteurs peuvent également influencer la santé sexuelle et le bien-être du couple :

- Le vécu traumatique en lien avec l'E/MGF ou d'autres événements passés : La douleur et la peur ressenties lors de ces événements traumatiques peuvent parfois être réactivées lorsque la relation sexuelle est initiée ou proposée ³².
- Un sentiment d'image corporelle négative et honte par rapport aux propres organes génitaux excisés (sentiment de ne pas être belle/normale/femme).
- Le retentissement sur la vie du couple d'une dysfonction sexuelle éventuelle.

Les organes génitaux féminins ne sont pas les seuls déterminants de la réponse sexuelle féminine. Le bien-être sexuel des femmes vivant avec une E/MGF, comme les autres femmes, est influencé par une interaction complexe de facteurs biologiques, psychologiques, socioculturels et interpersonnels qui doivent être pris en compte lors de la prise en charge.

Un clitoris intact n'est pas le seul déterminant du bien-être ou du plaisir sexuel féminin. Une grande partie du clitoris n'est pas excisée pendant les E/MGF et reste sous le tissu cicatriciel. D'autres structures impliquées dans la réponse sexuelle féminine peuvent également rester intactes. Des femmes vivant avec une E/MGF en bonne santé peuvent avoir des orgasmes et du plaisir sexuel ^{33,34}.

Les femmes vivant avec une E/MGF qui présentent une dysfonction sexuelle peuvent donc être traitées avec une prise en charge multidisciplinaire. La communication culturellement sensible entre les professionnel.le.s de santé et les patientes améliore le bien-être sexuel des femmes ³⁵. Si le/la professionnel.le ne sent pas en mesure d'aborder la santé sexuelle de la patiente ou du couple, il est possible de se référer à un.e autre professionnel.le ou aux centres de santé sexuelle. Le/la partenaire participera avec son consentement.

4.7 Reconstruction du clitoris

La reconstruction du clitoris, ou transposition ou réexposition ou plastie clitoridienne, est effectuée sous anesthésie générale ou locale. Il n'y a pas de recommandation claire ni de preuve par rapport à l'antibioprophylaxie chirurgicale ³⁶⁻⁴³. Nous renvoyons les lecteurs.trices aux références citées pour les techniques chirurgicales ⁴⁴.

Note

Des [centres de santé sexuelle et planning familial](#) existent dans chaque canton. Ils offrent des consultations gratuites et confidentielles à toute la population concernant toutes les thématiques de santé sexuelle avec des professionnel.le.s spécialisé.e.s.

La reconstruction du clitoris est effectuée pour améliorer les douleurs clitoridiennes chroniques, la dyspareunie clitoridienne ou pour des raisons identitaires et d'image corporelle. La principale raison de demande de chirurgie retrouvée dans les études est celle de se sentir femme entière, réhabilitée, suivie par le désir d'améliorer sa fonction sexuelle.

La ré-épithélialisation du clitoris et les douleurs post-opératoires peuvent durer jusqu'à trois mois ^{38,40,41}. Le suivi post-opératoire se fait une fois par semaine jusqu'au début de la cicatrisation ³⁶ et, jusqu'à la diminution des douleurs post-opératoires (environ 1 mois). L'antalgie et le suivi post-opératoires sont importants, car les douleurs sur le site de l'ancien rituel traumatique peuvent rappeler l'E/MGF et réveiller une symptomatologie psychopathologique comme un ancien TSPT ^{38,45,46}.

Selon la littérature ^{44,47,48,49} malgré des résultats prometteurs, à cause de la qualité limitée des études disponibles, l'issue de la chirurgie sur la résolution/amélioration des douleurs clitoridiennes, l'amélioration de la fonction psychosexuelle et du sentiment d'image corporelle est non concluante. Les complications plus fréquentes en post-opératoire immédiat sont l'hématome, le lâchage de suture et l'infection avec un taux qui varie, selon la série de cas, de 5.3% ³⁷ à 40% ⁵⁰. Une réadmission est nécessaire dans 3.7–10% des cas et une reprise chirurgicale dans environ 4% des cas ^{36–38,41,44,46,51}. Les complications plus sévères connues sont des chéloïdes, une hyperesthésie du clitoris ⁵², et la récurrence d'un ancien TSPT lié à l'E/MGF sur la douleur post-opératoire immédiate ⁴⁵. L'aspect post-opératoire a souvent été évalué par les chirurgiens et non par les patientes, à distance de 12 mois maximum et les données à ce propos ne sont pas concluantes. Il est connu que beaucoup de méconnaissances et fausses croyances sur le clitoris existent parmi les femmes qui demandent une reconstruction ^{53,54,55}.

La réduction des douleurs clitoridiennes préexistantes semble être liée à l'ablation de névromes post-traumatiques du clitoris au niveau de la cicatrice ⁵⁶. En absence de douleurs chroniques, si les femmes bénéficient d'une prise en charge multidisciplinaire avec dépistage et traitement des comorbidités psychophysiques, information et éducation sexo-corporelle et thérapie sexologique (cf. paragraphe [4.6 Problèmes de santé mentale et psychosexuelle](#)), non seulement l'issue de la chirurgie reconstructrice du clitoris est meilleure ⁵⁷, mais beaucoup de patientes abandonnent le projet initial d'intervention car les besoins sont satisfaits avec un traitement non chirurgical ^{46,54,57}.

La fonction sexuelle de la femme avec une E/MGF dépend de plusieurs facteurs. La reconstruction du clitoris a des implications chirurgicales socioculturelles, identitaires et psychosexuelles. Pour cela, toute femme demandant ce type de chirurgie devrait bénéficier d'une prise en charge multidisciplinaire adaptée qui inclut un suivi psychosexuel et prend en charge tous les facteurs influençant la réponse sexuelle. La résection du tissu fibreux péri clitori-

dien pendant la chirurgie, avec la résection des névromes éventuellement responsables de douleurs chroniques, pourrait améliorer la symptomatologie douloureuse et la fonction sexuelle. En l'absence des douleurs, une prise en charge multidisciplinaire non chirurgicale pourrait être moins invasive et également ou plus bénéfique.

Actuellement, l'OMS recommande d'informer les patientes et leurs partenaires sur leur anatomie, leur physiologie et les E/MGF, d'offrir du *counseling* sexuel, une thérapie cognitive-comportementale en cas de troubles anxieux/TSPT ou dépression et, en cas de chirurgie, de toujours associer un soutien psychologique/sexologique. Si une femme asymptomatique demande une chirurgie clitoridienne, il est recommandé de se baser sur le jugement clinique et de toujours offrir une information complète sur les possibilités thérapeutiques et une thérapie psychosexuelle ou du *counseling* avant de procéder à la chirurgie ¹.

La patiente peut être orientée vers [les points de contact régionaux](#) avec une expertise chirurgicale en matière des E/MGF : Une prise en charge extra-cantonale est possible et remboursée en absence de possibilité de prise en charge locale.

Imaging Based Models for Sex Education

Figure 3

Reconstruction tridimensionnelle (3D) des images d'une IRM pelvienne d'une femme illustrant le clitoris à l'aide du logiciel Vitrea (A et B). Impression 3D d'un modèle anatomique basé sur cette reconstruction 3D (C).

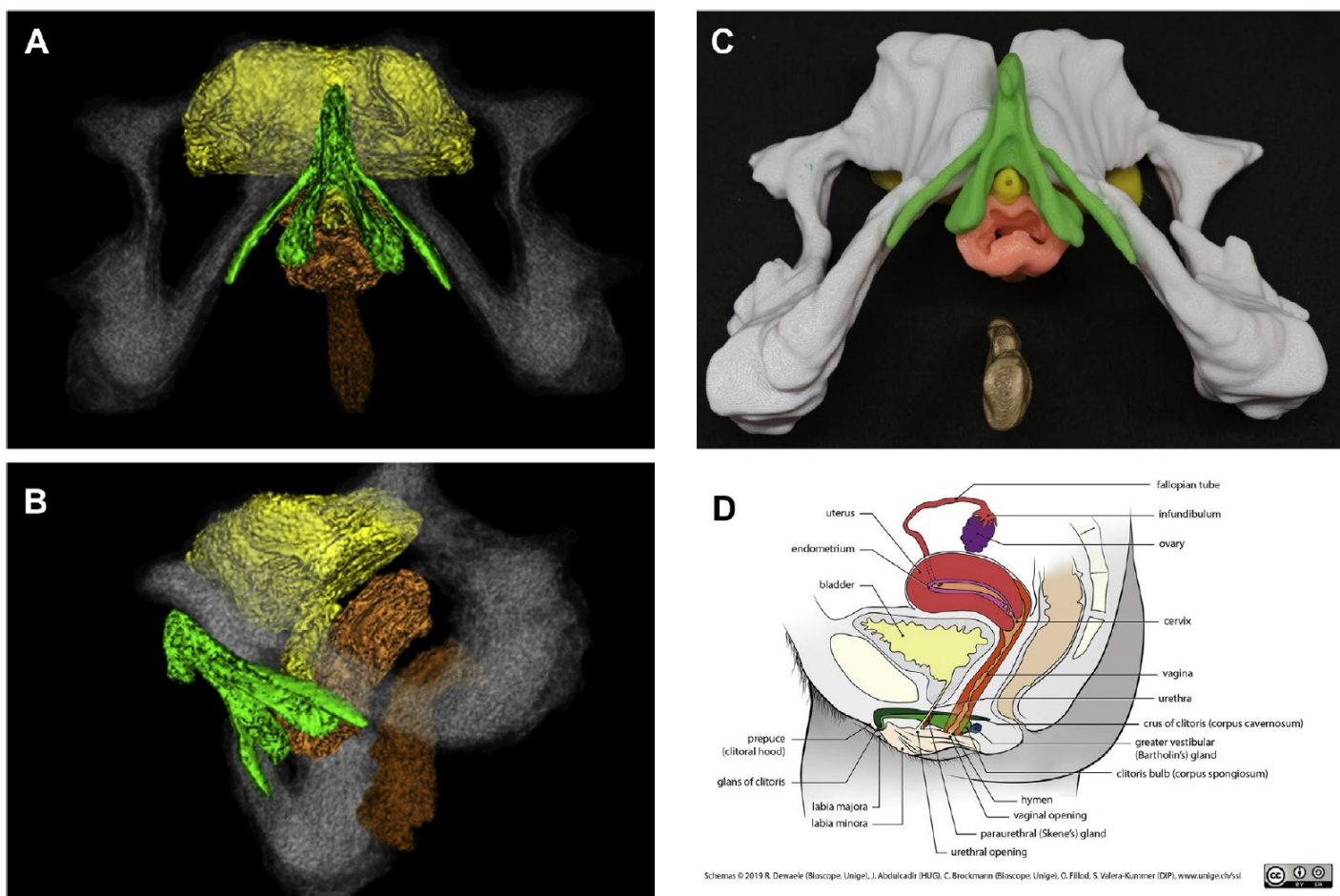


Figure 4. 3-dimensional (3D)Vitrea reconstruction of the MRI images (A and B) and 3D-printed model (C) of the female anatomy. In (A), (B) and (C), green = clitoris, orange = vagina (filled with ultrasound gel in (A) and (B)); yellow = bladder and urethra; brown = rectum; white = pelvic bone. (D) 2-dimensional diagram of the female pelvic anatomy, which includes the same organs as the 3D MRI reconstruction and 3D model, represented in the same colors, plus the uterus, fallopian tubes, and ovary. MRI = magnetic resonance imaging. Figure 4 is available in color online at www.jsm.jsexmed.org.

Reproduit à partir de « Journal of Sexual Medicine, 1 sept 2020 ;17 (9) :1590–1602, Abdulcadir J, Dewaele R, Firmenich N, Remuinan J, Petignat P, Botsikas D, et al. In Vivo Imaging–Based 3-Dimensional Pelvic Prototype Models to Improve Education Regarding Sexual Anatomy and Physiology, Copyright (2020), avec permission de Elsevier »⁵⁸

4.8 Pédiatrie

Rôle des pédiatres et des médecins de l'adolescence

Les pédiatres jouent un rôle important dans la prévention et protection des E/MGF, dans le lien avec les familles et dans la promotion de santé des enfants et de leur fratrie. Les pédiatres et les médecins de l'adolescence devraient être informés de l'origine géographique des parents et de l'enfant/adolescente et de l'éventuelle présence de E/MGF chez la mère ou dans l'entourage du père. Pour des enfants originaires de groupes ethniques à haute prévalence, l'absence de MGF/E chez la mère ou les femmes de la famille du père peut aussi être une information utile.

Le paragraphe [3.2 Communication et prévention](#) donne des informations sur comment aborder le sujet. Une discussion sur les E/MGF peut facilement être abordée via une discussion sur l'accouchement, le status génital et les complications si présentes, soit par l'intermédiaire d'un entretien valorisant les traditions, la naissance etc.

Prévention

Les consultations de suivi de l'enfant sont idéales pour les discussions de santé générale et prévention. Les examens préventifs réalisés au cours de la première année de vie conviennent particulièrement bien pour aborder le thème des E/MGF, car un examen complet du corps, incluant les organes génitaux, est toujours effectué. Les consultations d'urgence non en lien avec des situations évoquant une E/MGF ne sont généralement pas idéales pour des discussions de prévention.

Selon les origines, l'âge auquel les E/MGF sont pratiquées varie entre le nourrisson (par ex. certains groupes ethniques d'Érythrée ou Nigéria) et l'âge préscolaire voir scolaire (voir [country profiles](#) de l'UNICEF. Dans le contexte de la diaspora ceci peut changer pour plus tôt ou plus tard. Des discussions de rappel à des âges différents, éventuellement sans la présence de l'enfant selon son âge, si nécessaire avec un.e interprète certifié.e, peuvent être utiles, surtout avant des voyages à l'étranger et des séjours au pays d'origine (cf. [paragraphe 3.2 Communication et prévention](#)).

Il est recommandé de documenter ces discussions avec les parents dans le dossier médical de l'enfant.

En cas de voyage à l'étranger, on peut remettre aux parents la lettre de protection de la Confédération suisse (disponible sur le site web de l'OFSP dès l'automne 2023) ¹⁷. La lettre de protection peut être montrée à la famille au pays d'origine par exemple en cas de pressions en faveur d'excision (voir aussi les exemples des documents similaires d'autres pays : « [Passeport](#) » de l'Association Intact en Belgique ⁵⁹ ou [Compromis préventif](#) de l'Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria / Fundación WASSU UAB, Espagne ⁶⁰).

Le suivi et les éventuelles actions de protection seront déterminés individuellement en fonction du risque. Après un séjour au pays d'origine, il est recommandé d'organiser une nouvelle consultation et de s'informer de l'évolution, voire de procéder à un examen génital chez la fille.

En cas de perte de suivi (refusé) ou de changement de pédiatre et de risque avéré de E/MGF chez un enfant, il pourrait être nécessaire de devoir alerter les autorités (cf. [chapitre 5 Protection de l'enfant](#)) :

- Informez-vous auprès du [Réseau suisse contre l'excision](#) et du Groupe de Protection de l'enfant locale.
- Concernant la question comment savoir si une fille est potentiellement menacée ou si une excision a déjà été pratiquée voir [paragraphe 5.1. Détection/identification](#)

Examen clinique

L'examen de la sphère génitale est mentionné sur les check-lists de la Société Suisse de pédiatrie lors des examens de prévention standard pour tout enfant qui grandit en Suisse jusqu'à l'âge de 14 ans⁶¹. Il est important d'expliquer aux parents que l'examen de la sphère génitale est effectué chez tout enfant (indépendamment de l'origine et du genre) pour contrôler son état de santé et son stade de développement, diagnostiquer d'autres conditions comme l'adhésion des lèvres internes ou des variantes de l'hymen chez une fille et qu'il s'agit d'un examen indolore et non invasif (inspection)²³.

L'examen est réalisé après consentement de la patiente, au calme, doucement et de manière adaptée à l'âge. Classiquement en décubitus dorsal (position de grenouille) ou position gynécologique, avec une bonne lumière et potentiellement et selon les besoins avec une loupe ou colposcope. Un vidéo ou photo-colposcope permet d'enregistrer l'examen. L'examen coloscopique des organes génitaux chez l'enfant requiert des compétences spécialisées et, une formation en pédiatrie/médecine de l'adolescence. Le consentement de la patiente et/ou de sa représentante légale ou de son représentant légal doit être obtenu préalablement pour la documentation vidéo ou photo.

Il est important d'avoir la présence d'une autre professionnelle (*chaperon*) pendant l'examen et que l'adulte accompagnant l'enfant puisse être présent. Le stade pubertaire doit être mentionné dans le dossier. Si la patiente est adolescente, elle sera accueillie sans ses parents ou personnes adultes l'accompagnant, préférablement par une professionnelle si souhaité. Il peut toutefois arriver que l'adolescente demande d'être accompagnée par sa mère ou une autre personne de sa confiance.

Le diagnostic d'une E/MGF peut être difficile, particulièrement en cas de E/MGF type I et IV. Certaines irrégularités de la peau ou des cicatrices de petite taille peuvent ne pas

être visibles sans colposcope, des malformations congénitales peuvent être interprétées par erreur comme des E/MGF (par ex. défaut de la fusion médiane du périnée) ou être dues à d'autres pathologies (ex. synéchies des lèvres, ou plus rarement épispadias). Les lèvres internes peuvent être physiologiquement de petite taille et il peut y avoir un phimosis ou des adhésions du prépuce au clitoris dans le cadre d'un lichen scléreux de la vulve. Pour ces raisons, en cas de suspicion de E/MGF, il est important que l'examen soit effectué par un.e professionnel.le (gynécologue de l'enfance et de l'adolescence, pédiatre ou gynécologue au bénéfice d'une formation correspondante) expérimentée et formée en matière de E/MGF, qui examinera les organes génitaux externes de façon appropriée et qui a de l'expérience dans l'évaluation des E/MGF. Cela est particulièrement important en cas d'expertise médico-légale. Un deuxième avis d'expert.e peut être sollicité sur la base de la documentation colposcopique, par photos ou vidéos (avec le consentement de la patiente et envoyée par voie sécurisée). La documentation colposcopique, photos ou vidéos, est importante pour éviter des examens répétés, psychologiquement éprouvants pour les jeunes filles⁶².

Un refus d'examen devrait être noté dans le dossier médical. Ce refus, lorsque la finalité et les modalités de l'examen ont été expliquées, peut avoir plusieurs raisons, des examens médicaux antérieurs, l'incompréhension et la peur, un indice de violence mais aussi fréquemment simplement lié à la pudeur. Il incombe alors aux pédiatres et aux médecins de l'adolescence d'évaluer la situation et de décider des démarches à suivre. Aucun examen génital ne sera effectué sans consentement ou sous contrainte ou de manière douloureuse.

Prise en charge en cas de E/MGF avérée

(Le [paragraphe 5.1](#) donne des informations sur les signes qui pourraient indiquer qu'une fille a été excisée.) En cas de présence de E/MGF chez une fille ou adolescente il convient d'éviter toute attitude ou comportement susceptible de rompre le dialogue avec les parents ou la fille/adolescente. L'objectif est d'évaluer les besoins, proposer un suivi et prévenir une E/MGF chez d'éventuelles petites sœurs ²³.

E/MGF aigue

En cas de E/MGF aigue, il est essentiel de traiter les éventuelles complications infectieuses et hémorragiques et la douleur, en vérifiant également le statu vaccinal anti-tétanos et les autres sérologies, à suivre par la suite. Le/la professionnel.le devra veiller à que la miction puisse se faire et effectuer un sondage urinaire si nécessaire.

En cas de E/MGF de type III aigue, il est possible de corriger l'infibulation, en re-ouvrant la cicatrice chirurgicalement (cf. [paragraphe 4.4 Désinfibulation](#)). Une prise en charge psychologique immédiate et à long terme sera à évaluer et organiser. Un tel besoin peut aussi se présenter pour des membres de la famille. Il faut également penser à la documentation médico-légale et aux démarches de protection de l'enfant (cf. [chapitre 5 Protection de l'enfant](#)), pour d'autres filles de la famille potentiellement à risque, qui pourraient bénéficier d'activités de prévention.

E/MGF non aigue

La prise en charge commence par l'anamnèse et la recherche d'éventuelles complications psychophysiques, et si l'adolescente est sexuellement active, sexuelles. Il est conseillé d'adresser l'enfant/l'adolescente à un.e spécialiste de E/MGF avec une expertise pédiatrique dans tous les cas, pour fournir des informations/*counseling* et confirmer un diagnostic ; ceci devrait se faire tôt surtout en cas de complications/symptômes (par exemple une miction obstruée) ou en cas de présence de MGF/E de type III.

Le/la spécialiste (gynécologue de l'enfance et de l'adolescence, pédiatre, gynécologue) peut varier selon la région (voir www.excision.ch/reseau/points-de-contact)

En cas d'infibulation, une désinfibulation peut être indiquée pour traiter les complications génito-urinaires et avant les premiers rapports sexuels (cf. [paragraphe 4.4 Désinfibulation](#)). Elle doit être effectuée par quelqu'un d'expérimenté avec une excellente analgésie, habituellement sous anesthésie générale (d'autres anesthésies sont possibles). La patiente peut être accompagnée par une personne de soutien, selon son choix. En absence de symptômes, la désinfibulation peut attendre jusqu'à ce que la fille se sente prête.

Il est important d'informer les parents et l'enfant/adolescent des changements potentiels après une désinfibulation. Un document remis à l'enfant et ses parents stipulant l'indication médicale pour le geste peut aussi aider à prévenir une réinfibulation chez une mineure, par exemple lors d'un voyage au pays. Il est crucial d'expliquer que la désinfibulation n'a pas d'effet sur la « virginité » (voir aussi [paragraphe 3.3. Outil d'argumentation](#)).

Grandir en Suisse avec une E/MGF peut être émotionnellement difficile vu les conflits de loyauté, les normes de beauté et féminité et des éventuelles conséquences psychologiques. Une information et un accompagnement non stigmatisants sont essentiels. Une prise en charge de la santé mentale peut être indiquée.

5. Protection de l'enfant

Les excisions/mutilations génitales féminines sont une forme de violence physique intrafamiliale. La procédure est la même que pour d'autres formes de mise en danger de l'enfant. Les mêmes standards de protection de l'enfance s'appliquent.

La protection de l'enfant a pour but de prévenir ou d'éviter les menaces ou préjudices au bien de l'enfant. Il y a de nombreux moyens d'y parvenir. Il s'agit de les évaluer au cas par cas. Les solutions standards sont souvent inutiles, voire contreproductives. Selon le principe de base « jamais seul.e », il faut chercher avec l'aide de spécialistes expérimenté.e.s la solution qui, dans le cas précis, sera la meilleure pour le bien de l'enfant concernée. En cas de danger imminent, il s'agit avant tout de protéger immédiatement l'enfant ⁶³.

Information & soutien pour des professionnel.le.s de santé concernant des questions sur les MGF et protection de l'enfant :

- [Réseau suisse contre l'excision](#)
- Groupe de protection de l'enfant hospitalier ou régional
- Autorité de protection de l'enfant et de l'adulte (APEA) : [Liste d'adresses APEA](#) dans tous les cantons (L'APEA a aussi une fonction consultative et peut discuter du cas de manière anonyme sans ouvrir de procédure)
- [Médecin cantonal](#)
- Pour des informations plus détaillées voir le [Guide à l'usage des professionnel.le.s sur les E/MGF et la protection de l'enfance](#) du Réseau suisse contre l'excision ⁶⁴.

5.1 Détection/identification des E/MGF

Comment savoir si une fille est potentiellement menacée ou si une excision a déjà été pratiquée ? L'évaluation du risque d'excision n'est pas une tâche facile. A la différence d'autres formes de maltraitance (coups, négligences...) la difficulté réside dans le fait qu'il n'y a généralement pas de signe apparent.

Des études qualitatives ont permis de mettre en évidence que le risque d'excision peut être modulé par les effets de la migration et de l'acculturation ⁶⁵. La présence de loi non favorable aux E/MGF, la diminution de pression sociale exercée par les pairs, la connaissance accrue sur les aspects sanitaires, juridiques et religieux en lien avec la pratique, taille de la diaspora, durée du séjour ou âge d'arrivée en Suisse – pour ne citer que ces aspects-là – peuvent influencer les attitudes et les comportements face au risque d'excision ^{66,67}.

Une discussion avec les parents est souvent le meilleur moyen d'évaluer l'existence et l'importance d'un risque de E/MGF sur l'enfant. Celle-ci doit se dérouler dans le cadre d'une relation de confiance et de manière transparente (cf. [paragraphe 3.2 Communication et prévention](#)).

Éléments anamnestiques d'alerte/indicateurs de risque d'excision (liste non exhaustive) :

Indicateurs de risque de base :

- La fille est originaire d'un pays, d'une communauté qui pratique les E/MGF (cf. [paragraphe 2.3 Prévalence](#)).
- Les E/MGF sont pratiquées dans la famille (la mère, et/ou les tantes sont excisées; le père est originaire d'une famille qui pratique les E/MGF).

Indicateurs indiquant une menace plus prononcée :

- La famille exprime une opinion positive ou ambivalente envers les E/MGF.
- Une fille dans la famille (sœur, cousine) a déjà subi une E/MGF.
- Un voyage est prévu dans le pays d'origine ou un autre pays où les E/MGF pourront se faire.
- La fille mentionne un traitement spécial ou des festivités (dans le pays d'origine, à l'étranger), et l'interdiction d'en parler.
- La famille fait explicitement savoir son intention d'exciser la fille.
- Si une femme qui a récemment accouché (et/ou son mari ou un autre membre de la famille) demande à être réinfibulée après l'accouchement, alors son bébé peut également être à risque de E/MGF, si le bébé est une fille.
- La patiente ou un frère ou une sœur vous demande de l'aide ; un parent ou un autre membre de la famille vous dit que l'E/MGF peut être pratiquée sur la fille ; ou la fille vous informe qu'elle doit subir une « procédure spéciale » ou qu'elle doit être « reconnue comme une femme » ou qu'elle doit « devenir comme ma sœur ou ma mère ».
- Il y a eu des échecs répétés pour amener la fille à se présenter ou à s'engager auprès des services de santé ou sociaux (par exemple : pour se rendre à des rendez-vous médicaux), ou la mère de la fille est très réticente à ce qu'elle subisse un examen génital⁷.

Signes et symptômes qui peuvent suggérer qu'une MGF/E a déjà été pratiquée sur une fille :

- Problèmes de santé pouvant découler de l'excision :

Chez les enfants en bas âge :

- saignements, égratignures, plaies au niveau de la vulve
- résultats de l'examen gynécologique incertains, anatomie peu claire

- miction douloureuse ou lente, rétention aigue d'urine
- douleurs lors du changement de couches

Chez les filles plus âgées ou les jeunes femmes :

- fréquents et longs passages aux toilettes
- douleurs et absence de l'école pendant les menstruations, en sachant que l'absentéisme pour dysménorrhée est fréquent en absence d'excision également
- difficultés à marcher, à s'asseoir ou à se tenir debout
- Refus soudain de participer à certaines activités sportives en raison de douleurs vulvaires/génitales/pelviennes
- Refus de consulter un.e gynécologue ou pédiatre en présence d'indices suspects
- Longue absence ou maladie (sans certificat médical)
- Mise à l'écart, isolement
- Changement du comportement de la fille
- Troubles du sommeil, enurésie secondaire etc.

5.2 Gestion du risque & stratégies d'intervention

Le tableau suivant se base sur l'arbre décisionnel du Réseau belge Stratégies concertées E/MGF Belgique⁶⁸, sur les mesures recommandées par les Offices de protection de la jeunesse de Hambourg⁶⁹, ainsi que sur la plateforme européenne de connaissances de United to End FGM⁷⁰.

Selon les circonstances à risque, il est recommandé de procéder comme suit :

Tableau 6

Lignes directrices sur la procédure
en cas de présomption d'E/MGF

Lignes directrices sur la procédure en cas de présomption d'E/MGF

Dans tous les cas

- Faire appel aux points de contact du Réseau suisse contre l'excision
- Faire appel à une multiplicatrice
- Dialoguer avec la famille (selon la situation, selon votre rôle de professionnel.le et pour autant que votre intervention ne constitue pas une menace supplémentaire à la protection et l'intégrité de la fille)
- En fonction des circonstances spécifiques à chaque cas et de la volonté des parents à coopérer, il y a lieu de prendre des mesures de protection de l'enfant décidées d'un commun accord ou en vertu du droit civil (signalement à l'APEA).
- Respecter l'obligation de signalement à l'APEA ou de dénonciation aux autorités pénales.

1. Risque faible, non imminent

Sensibilisation des parents & observation attentive de l'enfant ; coopération/observation à long terme est décisive.

Exemples de mesures : entretiens (réguliers) avec une multiplicatrice, déclaration / convention écrite signée par les parents.

2. Risque élevé, imminent

Sensibilisation des parents & observation attentive de l'enfant ; coopération/observation à long terme est décisive.

Éventuellement examen gynécologique (régulier) par une gynécologue pédiatrique spécialisée sur la question, dans un cadre protégé. La fille doit pouvoir être accompagnée d'une personne de confiance si elle le souhaite.

- en cas d'E/MGF : voir colonne n° 4 de ce tableau
- s'il n'y a pas d'E/MGF : voir colonne n° 1 ou n° 2 de ce tableau

Si nécessaire, suivi psychosocial de la fille par des professionnel.le.s spécialisé.e.s en matière d'E/MGF.

Clarifier s'il y a lieu d'empêcher un éventuel départ à l'étranger de la fille (par ex. en consignant son passeport).

Clarifier s'il y a lieu d'empêcher l'éventuelle arrivée d'une exciseuse/d'un exciseur.

En cas d'urgence : si la fille court un danger immédiat, contactez tout de suite le groupe local de protection de l'enfant, l'APEA et/ou la police.

3. Présomption qu'une E/MGF a été pratiqué

Examen gynécologique par une gynécologue pédiatrique spécialisée sur la question, dans un cadre protégé. La fille doit pouvoir être accompagnée d'une personne de confiance si elle le souhaite.

- en cas d'E/MGF : voir colonne n° 4 de ce tableau
- s'il n'y a pas d'E/MGF : voir colonne n° 1 ou n° 2 de ce tableau

Si nécessaire, suivi psychosocial de la fille par professionnel.le.s spécialisé.e.s en matière d'E/MGF.

Si le danger persiste : signalement à l'APEA.

4. Constat qu'une E/MGF a été pratiquée

Soutien psychosocial de la fille & soins de santé adéquats par des professionnel.le.s spécialisé.e.s en matière d'E/MGF.

Clarifier si une évaluation du risque ou un soutien est requis pour les autres filles de la famille/de l'entourage

- si oui, voir colonne n° 1 – 4 de ce tableau

Si l'excision a déjà eu lieu, clarifier si les parents ont changé leur position sur l'E/MGF et s'ils sont prêts à mettre en œuvre les mesures nécessaires requises par l'état de santé de leur fille excisée. Déterminer dans quelle mesure ils sont prêts à éviter une E/MGF de leurs éventuelles filles cadettes encore indemnes (indices crédibles d'un changement de valeurs & de comportement).

Informez la fille excisée de la possibilité de porter plainte et/ou de faire valoir ses droits en vertu de la Loi sur l'aide aux victimes (en fonction de son âge).

Signaler le cas à l'APEA.

Clarifier si une dénonciation doit être faite auprès des autorités pénales.

5.3 Droit d'aviser / obligation d'aviser

Toute personne a le droit d'aviser l'autorité de protection de l'enfant que l'intégrité physique, psychique ou sexuelle d'un enfant semble menacée (art. 314c al. 1, Code civil suisse (CC)).

Lorsque l'intérêt de l'enfant le justifie, les personnes soumises au secret professionnel (secret médical) en vertu de l'art. 321 Code pénal ont elles aussi le droit d'aviser l'autorité (par ex. sages-femmes, médecins, psychologues). Elles n'ont pas besoin de se faire délier du secret professionnel (art. 314c al. 2 CC). Cependant en matière de protection de l'adulte, pour pouvoir aviser l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte (APEA) il faut le consentement de la personne adulte concernée ou les professionnel.le.s doivent être préalablement levé.e.s du secret professionnel ¹⁶.

Les personnes suivantes, dans la mesure où elles ne sont pas soumises au secret professionnel en vertu du code pénal, ont l'obligation d'aviser l'autorité de protection de l'enfant lorsque des indices concrets existent que l'intégrité physique, psychique ou sexuelle de l'enfant est menacée et qu'elles ne peuvent pas remédier à la situation dans le cadre de leur activité :

- les professionnel.le.s de la médecine, de la psychologie, des soins, de la prise en charge et du service social, les éducateurs, les enseignants, les intervenants du domaine de la religion et du domaine du sport, lorsqu'ils sont en contact régulier avec les enfants dans l'exercice de leur activité professionnelle ;
- les personnes ayant connaissance d'un tel cas dans l'exercice de leur fonction officielle (art. 314d al. 1 CC).

Par principe, le signalement est adressé à l'APEA. L'obligation d'aviser est cependant aussi respectée si le signalement est transmis au supérieur hiérarchique (art. 314d al. 2 CC).

Les cantons peuvent en revanche fixer eux-mêmes des obligations d'aviser pour les personnes soumises au secret professionnel (art. 314d al. 3, et art. 443 al. 3, CC). Plusieurs cantons obligent certains détenteurs/détentrices du secret

professionnel à signaler à l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte (APEA) les cas où une aide est nécessaire sans qu'ils aient auparavant à se faire délier du secret professionnel. Certains cantons (AI, AR, GE, GL, GR, LU, SZ, UR, VD, VS et ZG) prévoient par exemple une telle obligation pour certain.e.s professionnel.le.s de la santé ⁷¹.

Informez-vous au sujet de la possibilité/droit et de l'obligation d'aviser l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte (APEA), ainsi que du droit et de l'obligation de dénoncer le cas aux autorités pénales dans votre canton et dans le cadre de votre activité professionnelle.

- [Aide-mémoire](#) de la Conférence en matière de protection des mineurs et des adultes relatives au droit et à l'obligation d'aviser l'APEA ¹⁶.
- [Aperçu des exigences cantonales](#) en matière de signalement à l'APEA ⁷¹.
- [Médecin cantonal](#)

Il y a droit ou obligation d'aviser l'APEA quand le bien-être de l'enfant semble menacé. Une certaine marge d'appréciation est ainsi accordée à la personne qui signale le cas. En fonction de la manière dont celle-ci perçoit la situation – en faisant appel aux connaissances de spécialistes, en discutant du cas en équipe, en l'exposant de manière anonyme dans les groupes en charge de la protection de l'enfant, etc. – elle peut évaluer si la situation doit être signalée. Le/la professionnel.le peut aussi prendre contact avec l'APEA compétente. Cette dernière a alors une fonction consultative par rapport au signalement et peut discuter du cas de manière anonyme sans ouvrir de procédure ¹⁶.

La personne qui signale le cas n'est pas tenue de prouver qu'une personne est réellement menacée ; il suffit qu'elle juge l'existence d'un danger possible. C'est à l'APEA qu'il incombe d'évaluer véritablement la réalité de ce danger ¹⁶. Si vous soupçonnez qu'une fille est à risque ou souffre d'une E/MGF, les conséquences négatives potentielles de ne pas rapporter ces informations seront, dans la grande majorité des cas, bien plus importantes que tout préjudice causé par le fait de faire part de vos préoccupations. Même s'il s'avère que la fille ne risque pas de subir une E/MGF, le signalement sera justifié tant que vos préoccupations sont honnêtement tenues et raisonnables ⁷.

6. Aspects administratifs : codage, remboursement, certificats

6.1 Documentation

Noter dans le dossier médical que des patientes ont subi une E/MGF fait partie des bonnes pratiques médicales. Plus important encore, la documentation dans le dossier du patient alertera les autres professionnel.le.s de la santé du statut de la femme en matière de E/MGF. Cela peut éviter des examens génitaux inutiles à l'avenir et améliorer les soins.

Lorsque vous consignez une E/MGF dans le dossier d'une patiente, notez toujours si le type de E/MGF a été déterminé par un examen génital ou par l'anamnèse.

L'identification et l'enregistrement d'une E/MGF peut parfois être difficile, en particulier en cas de type I, IV ou lorsque le type ne rentre pas dans les typologies de la classification de l'OMS⁷². Dans ces cas, vous pouvez vous limiter à une description anatomique de l'examen, sans nécessairement classer l'E/MGF (Job Aid II, Visual Recording of FGM)⁷.

Une femme qui déclare avoir eu une E/MGF de type III avec ensuite une désinfibulation ou une ouverture spontanée de la cicatrice lors d'un accouchement, pourrait présenter à l'examen clinique une E/MGF de type II. Il est utile de documenter ces informations anamnestiques et de l'examen dans le dossier médical ou certificat de la patiente.

6.2 Code diagnostic et assurance maladie

Les E/MGF sont un code diagnostic (ICD-10-GM) et la prise en charge médico-chirurgicale et psychosexuelle de ses complications sont remboursées par l'assurance maladie en Suisse^{73,74}. En cas de prise en charge spécialisée, en l'absence de disponibilité dans le canton de résidence de la patiente, une demande de prise en charge extra cantonale doit être effectuée.

Tableau 7
Code diagnostique
ICD-10-GM

ICD-10-GM (Germany)	
Z91.7	Personal History of Female Genital Mutilation
Z91.70	Personal History of Female Genital Mutilation, Type unspecified
Z91.71	Personal History of Female Genital Mutilation, Type 1
Z91.72	Personal History of Female Genital Mutilation, Type 2
Z91.73	Personal History of Female Genital Mutilation, Type 3
Z91.74	Personal History of Female Genital Mutilation, Type 4

6.3 Certificats médicaux concernant les E/MGF dans une procédure juridique ou d'asile

Si un certificat médical relatif aux E/MGF est exigé par les autorités, les informations suivantes doivent être enregistrées lors de l'examen (toujours avec le consentement de la patiente) :

- antécédents médicaux-chirurgicaux et en particulier gynéco-obstétricaux référés par la femme ou la fille / la mère ;
- description des organes génitaux externes et du type de E/MGF identifié, en utilisant la classification de l'OMS (cf. paragraphe 6.1 [Documentation](#)) ;
- toute autre cicatrice sur la vulve, le périnée ou l'intérieur des cuisses ;
- toute complication de santé liée aux E/MGF ;
- toute condition médicale supplémentaire identifiée lors de l'examen génital.

Les professionnel.le.s de la santé doivent être conscient.e.s que les informations collectées peuvent être requises comme preuves médicales pour la procédure d'asile ⁷.

Note

Si la fille ou la femme a été victime de torture et a plusieurs cicatrices sur son corps, orientez-la vers un médecin ou un.e autre professionnel.le de la santé ayant une formation médico-légale, ou un.e médecin légiste, pour un examen plus approfondi.

7. Ressources utiles

Réseau suisse contre l'excision

www.excision.ch/reseau

- Informations, consultations et formations
- Contacts des multiplicateur.trices/médiateur.trices interculturelles et des spécialistes dans différents domaines (médecine, conseil psychosocial, conseil juridique, etc.)
- Liste des [points de contact régionaux](#)
- Contact : info@excision.ch/041 419 23 55

Le Réseau suisse contre l'excision gère un portail d'informations sur les excisions/mutilations génitales féminines E/MGF. Il propose des consultations aux femmes et filles concernées, ainsi qu'aux professionnel.le.s, effectue un travail de prévention dans les communautés, sensibilise les professionnel.le.s et met en place des points de contacts régionaux. Il facilite le réseautage et assure un accès à bas seuil à l'information.

Brava (anciennement Terre des Femmes Suisse), Caritas Suisse, Santé Sexuelle Suisse et le Centre suisse de compétence pour les droits humains ont fondé en 2016 le Réseau suisse contre l'excision. Le Réseau est soutenu financièrement par l'Office fédéral de la santé publique, le Secrétariat d'Etat aux migrations et le Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes.

- WHO, Care of girls & women living with female genital mutilation, [a clinical handbook](#), 2018 (en anglais seulement)
- OMS, [lignes directrices](#) sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines, 2018
- Abdulcadir J, Marras S, Catania L, et al., Defibulation : a visual reference and learning tool, *J Sex Med* 2018 ;15:601–611 : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29463476/> https://www.youtube.com/watch?v=fbKPqE6Vj_c
- Abdulcadir J, Catania L, Hindin M J, et al., Current Commentary Female Genital Mutilation [A Visual Reference and Learning Tool for Health Care Professionals](#), *Obstetrics & Gynecology*, Vol. 128, No. 5, 2016
- Abdulcadir J, Sachs Guedj N, Yaron M, Female Genital Mutilation/Cutting in Children and Adolescents, [Illustrated Guide to Diagnose, Assess, Inform and Report](#), Springer Cham, 2022
- Southwest Interdisciplinary Research Center, Arizona State University, Hôpitaux universitaires de Genève, [Poster](#), Female Genital Mutilation/Cutting, A Visual Reference and Learning Tool for Health Care Professionals, 2018
- Stratégies concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines Belgique, [carte mondiale des prévalences E/MGF](#), 2017
- Unicef FGM/C [Country profiles](#)
- Health Education England e-Learning for Healthcare, [E-learning](#) to improve awareness and understanding of FGM
- Réseau suisse contre l'excision, Programme viennois pour la santé des femmes, e-learning sur les MGF, instructions pour des professionnel.le.s, 2022. [e-learning sur les MGF](#), 2022
- Université de Genève, Sciences, Sexes, Identités, [Ressources pédagogiques](#), Vidéos genitalia, 2021
- Université de Genève, Sciences, Sexes, Identités, Web-app informative «[Let's talk FGM](#)», 2023
- [Dépliant](#) du Réseau suisse contre l'excision, 2018
- Stratégies concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines Belgique, [Guide d'entretien](#) pour aborder la question de l'excision lors des entretiens avec les filles et/ou avec leur famille, 2014

- Stratégies concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines Belgique, [Kit de prévention des Mutilations Génitales Féminines](#), 2017
- Canton de Vaud, Caritas Suisse, OSONS PARLER D'EXCISION, E/MGF - Quelles prises en charge dans le canton de Vaud? [Manuel à l'intention des professionnel.le.s](#), 2013
- Canton de Genève, Caritas Suisse, OSONS PARLER D'EXCISION, E/MGF - Quelles prises en charge dans le canton de Genève? [Manuel à l'intention des professionnel.le.s](#), 2014
- Service du médecin cantonal, Centre fribourgeois de santé sexuelle, Mutilations Génitales Féminines dans le Canton de Fribourg, [Guide de prise en charge à l'attention des professionnel.le.s](#), 2016

Informations pour des femmes concernées et leurs familles (en plusieurs langues)

- Site web www.excision.ch
[Carte de promotion](#) du Réseau suisse contre l'excision, 2017
- Dépliant [OSONS PARLER D'EXCISION](#), Canton de Vaud, Caritas Suisse, 2013
- Dépliant [OSONS PARLER D'EXCISION](#), Canton de Genève, Caritas Suisse, 2014
- Dépliant [Mutilations génitales féminines \(MGF\)](#) ; Service du médecin cantonal, Centre fribourgeois de santé sexuelle, 2010
- Vidéo [explicative sur la désinfibulation](#), GAMS Belgique, 2021
- Vidéo [«C'est ma vie»](#) sur la reconstruction du clitoris, GAMS Belgique, 2023
- Lettre de protection, Confédération suisse, disponible sur le site web de l'OFSP dès l'automne 2023

Impressum

Gestion de projet

Abdulcadir Jasmine, Hôpitaux universitaires de Genève HUG et Birri Marisa, ancienne responsable de projet Brava/Réseau suisse contre l'excision.

Autrices

Abdulcadir Jasmine, Hôpitaux universitaires de Genève HUG ; Birri Marisa, ancienne responsable de projet Brava/Réseau suisse contre l'excision ; Bettoli Lorenza, Hôpitaux universitaires de Genève HUG ; Illide Boulogne Sabine, Réseau Hospitalier Neuchâtelois ; Jäger Fabienne, pédiatrie suisse ; Müller Sapin Monika, gynécologie suisse SSGO ; Politis Mercier Maria-Pia, Fédération suisse des sages-femmes et Telley Catherine, Centre fribourgeois de santé sexuelle.

Relecture et Edition des références

Nasteha Salah, Institut de santé globale/Hôpitaux universitaires de Genève

Mise en page

Petra Schmid, Les Graphistes, Bern

Projet soutenu par gynécologie suisse SSGO (traduction allemand) et par l'Office fédérale de la santé OFSP.

Citation recommandée

Réseau suisse contre l'excision, gynécologie suisse SSGO et al., Excisions/mutilations génitales féminines (E/MGF) – recommandations interdisciplinaires à l'intention des professionnel.le.s de la santé, 2023.

Copyright 2023

Références bibliographiques

1. WHO World Health Organization. Guidelines on the management of health complications from female genital mutilation [Internet]; 2016 [cité 31 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/fgm/management-health-complications-fgm-brief/en/>
2. WHO World Health Organization. Eliminating female genital mutilation [Internet]; 2008 [cité 31 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/9789241596442/en/>
3. Bader D. Nationalisme sexuel : le cas de l'excision et de la chirurgie esthétique génitale dans les discours d'experts en Suisse. *Swiss J Sociol.* 16 nov 2016;42(3):573-91.
4. Calderoli L. Mutilations ou perfectionnements ? Processus de naturalisation des modifications corporelles : un regard anthropologique. *Droit Cult Rev Int Interdiscip.* 15 oct 2020;(79):15-28.
5. Arora KS, Jacobs AJ. Female genital alteration: a compromise solution. *J Med Ethics.* 1 mars 2016;42(3):148-54.
6. Hausammann C, De Weck F. Genitalverstümmelung von Frauen und Mädchen in der Schweiz, Überblick über rechtliche Bestimmungen, Kompetenzen und Behörden [Internet]. CSDH Centre suisse de compétence pour les droits humains; 2014 [cité 27 oct 2022]. Disponible sur: [https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nat-programm-migra-](https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nat-programm-migra-tion-und-gesundheit/chancengleichheit-in-der-gesundheitsversorgung/massnahmen-gegen-weibliche-genitalverstuemmelung/studien/fgm-rechtsstudie.download/rechtsstudie-zu-fgm.pdf.fgm-rechtsstudie)
7. WHO World Health Organization. Care of girls and women living with female genital mutilation, a clinical handbook [Internet]; 2018 [cité 1 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/health-care-girls-women-living-with-FGM/en/>
8. UNICEF. Female genital mutilation (FGM) [Internet]. UNICEF DATA; 2020 [cité 1 nov 2020]. Disponible sur: <https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/>
9. Stratégies concertées MGF Belgique, GAMS Belgique. Carte des prévalences MGF 2016 [Internet]; 2017 [cité 2 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/GAMS-carte-2017FR.pdf>
10. Cottler-Casanova S, Abdulcadir J. Estimating the indirect prevalence of Female Genital Mutilation/Cutting in Switzerland [Internet]. 2020 [cité 24 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.researchsquare.com/article/rs-100859/v1>
11. Conseil fédéral suisse. Mesures contre les mutilations génitales féminines. Rapport du Conseil fédéral donnant suite au postulat 18.3551 Rickli Natalie du 14 juin 2018 [Internet]. Suisse; nov 2020 [cité 14 déc 2020] p. 16. Disponible sur: <https://www.news.admin.ch/news/message/attachments/64038.pdf>
12. GAMS Belgique. Men Speak Out [Internet]; 2016 [cité 28 mai 2021]. Disponible sur: <http://gams.be/projets/men-speak-out/>
13. Wahlberg A, Johnsdotter S, Selling KE, Källestål C, Essén B. Baseline data from a planned RCT on attitudes to female genital cutting after migration: when are interventions justified? *BMJ Open.* 1 août 2017;7(8):e017506.
14. UNICEF. Calling for the end of the medicalization of female genital mutilation [Internet]; 2018 [cité 27 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.unicef.org/sites/default/files/2019-02/Factsheet%20FGM-Medicalization-2018-06-15.pdf>
15. SEM Secrétariat d'État aux migrations. Manuel Asile et retour [Internet]; 2019 [cité 4 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/asyl/asylverfahren/nationale-verfahren/handbuch-asyl-rueckkehr.html>
16. COPMA Conférence en matière de protection des mineurs et des adultes. Droit et obligation d'aviser l'APEA selon les art. 314c, 314d, 443 et 453 CC [Internet]; 2019 [cité 27 oct 2022]. Disponible sur: https://www.copma.ch/application/files/7415/5525/4734/Droit_et_obligation_daviser_IAPEA_def.pdf
17. Confédération suisse. Lettre de protection. 2023. Disponible sur le site web de l'OFSP dès l'automne 2023.
18. OFSP Office fédéral de la santé publique. Financement de l'interprétariat communautaire par l'assurance obligatoire des soins (AOS) [Internet]; 2019 [cité 27 oct 2022]. Disponible sur: https://www.inter-pret.ch/admin/data/files/infolib_asset/file_fr/315/2019.05_bag_financement-par-lraos.pdf

19. OFSP Office fédéral de la santé publique. Connaissances sur l'inter-prétariat communautaire [Internet]; 2020 [cité 27 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesund-heitliche-chancengleichheit/interkulturelles-dolmetschen/Wissensgrundlagen-interkulturelles-Dolmetschen.html>
20. Jaeger F, Caflisch M, Hohlfeld P. Female genital mutilation and its prevention: a challenge for paediatricians. *Eur J Pediatr*. 1 janv 2009;168(1):27-33.
21. Mishori R, Ferdowsian H, Naimer K, Volpellier M, McHale T. The little tissue that couldn't – dispelling myths about the Hymen's role in determining sexual history and assault. *Reprod Health* [Internet]. 3 juin 2019 [cité 19 mai 2021];16. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6547601/>
22. Crosby SS, Oleng N, Volpellier MM, Mishori R. Virginity testing: recommendations for primary care physicians in Europe and North America. *BMJ Glob Health* [Internet]. 20 jan 2020;5(1) [cité 19 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7042604/>
23. HAS Haute Autorité de Santé. Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours [Internet]; 2020 [cité 1 nov 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3150640/fr/prise-en-charge-des-mutilations-sexuelles-feminines-par-les-professionnels-de-sante-de-premier-recours
24. WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome; Banks E, Meirik O, Farley T, Akande O, Bathija H, Ali M. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *The Lancet*. 3 juin 2006;367(9525):1835-41.
25. Wuest S, Raio L, Wyssmueller D, Mueller MD, Stadlmayr W, Surbek DV, et al. Effects of female genital mutilation on birth outcomes in Switzerland. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. Août 2009;116(9):1204-9.
26. Johnson C, Nour NM. Surgical Techniques: Surgical Techniques: Defibulation of Type III Female Genital Cutting. *J Sex Med*. 1 nov 2007;4(6):1544-7.
27. Abdulcadir J, Marras S, Catania L, Abdulcadir O, Petignat P. Defibulation: A Visual Reference and Learning Tool. *J Sex Med*. 1 avr 2018;15(4):601-11.
28. Abdulcadir J, Rodriguez MI, Say L. Research gaps in the care of women with female genital mutilation: an analysis. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. févr 2015;122(3):294-303.
29. Abdulcadir J. Defibulation: a visual reference and learning tool [Internet]. 2018 [cité 15 déc 2020]. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=fbKPqE6Vj_c
30. Griffin G, Jordal M. *Body, Migration, Re/constructive Surgeries: Making the Gendered Body in a Globalized World*. Routledge; 2018.
31. Berg RC, Denison E. Does Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) Affect Women's Sexual Functioning? A Systematic Review of the Sexual Consequences of FGM/C. *Sex Res Soc Policy*. 1 mars 2012;9(1):41-56.
32. Antonetti-N'Diaye E E, Fall S, Beltran L. Intérêt de la prise en charge pluridisciplinaire des femmes excisées. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2015;44(9):862-9.
33. Catania L, Abdulcadir O, Puppo V, Verde JB, Abdulcadir J, Abdulcadir D. Pleasure and Orgasm in Women with Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C). *J Sex Med*. 1 nov 2007;4(6):1666-78.
34. Okonofua FE, Larsen U, Oronsaye F, Snow RC, Slinger TE. The association between female genital cutting and correlates of sexual and gynaecological morbidity in Edo State, Nigeria. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2002;109(10):1089-96.
35. Berman L, Berman J, Felder S, Pollets D, Chhabra S, Miles M, et al. Seeking help for sexual function complaints: what gynecologists need to know about the female patient's experience. *Fertil Steril*. mars 2003;79(3):572-6.
36. Abramowicz S, Oden S, Dietrich G, Marpeau L, Resch B. Anatomic, functional and identity results after clitoris transposition. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. oct 2016;45(8):963-71.
37. Foldès P, Cuzin B, Andro A. Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study. *The Lancet*. 14 juill 2012;380(9837):134-41.
38. Ouédraogo CMR, Madzou S, Simporé A, Combaud V, Ouattara A, Millogo F, et al. Clitoral reconstruction after female genital mutilation at CHU Yalgado of Ouagadougou, Burkina Faso. About 68 patients operated. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. nov 2016;45(9):1099-106.

39. Thabet SM, Thabet AS. Defective sexuality and female circumcision: the cause and the possible management. *J Obstet Gynaecol Res.* févr 2003;29(1):12-9.
40. Foldes P. Reconstructive plastic surgery of the clitoris after sexual mutilation. *Prog Urol.* 2004 Feb;14(1):47-50.
41. Chevrot A, Lousquy R, Arfi A, Haddad B, Paniel BJ, Touboul C. Operative technique: The clitoral transposition. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* oct 2015;44(8):787-91.
42. Chang CS, Low DW, Percec I. Female Genital Mutilation Reconstruction: A Preliminary Report. *Aesthet Surg J.* 1 sept 2017;37(8):942-6.
43. O'Dey DM. Complex vulvar reconstruction following female genital mutilation/cutting. *Urol Ausg A.* oct 2017;56(10):1298-301.
44. Abdulcadir J, Rodriguez MI, Say L. A systematic review of the evidence on clitoral reconstruction after female genital mutilation/cutting. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* mai 2015;129(2):93-7.
45. Abdulcadir J, Bianchi Demicheli F, Willame A, Recordon N, Petignat P. Post-traumatic Stress Disorder Relapse and Clitoral Reconstruction After Female Genital Mutilation. *Obstet Gynecol.* 2017;129(2):371-6.
46. Antonetti Ndiaye E, Fall S, Beltran L. Benefits of multidisciplinary care for excised women. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* nov 2015;44(9):862-9.
47. Abdulcadir J, Bianchi-Demicheli F, Petignat P. Sexual function and clitoral reconstruction after female genital mutilation. *Rev Med Suisse.* 15 mars 2017;13(554):597-601.
48. Berg RC, Taraldsen S, Said MA, Sørbye IK, Vangen S. The effectiveness of surgical interventions for women with FGM/C: a systematic review. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2018;125(3):278-87.
49. Berg RC, Taraldsen S, Said MA, Sørbye IK, Vangen S. Reasons for and Experiences With Surgical Interventions for Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C): A Systematic Review. *J Sex Med.* 2017;14(8):977-90.
50. Thonnon C. Évaluation de la qualité de vie sexuelle après réparation d'excision. Lyon: Université de Lyon Est; 2014.
51. Vital M, Visme S de, Hanf M, Philippe H-J, Winer N, Wylomanski S. Using the Female Sexual Function Index (FSFI) to evaluate sexual function in women with genital mutilation undergoing surgical reconstruction: a pilot prospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1 juill 2016;202:71-4.
52. Ouédraogo CMR, Madzou S, Touré B, Ouédraogo A, Ouédraogo S, Lankoandé J. Pratique de la chirurgie plastique reconstructrice du clitoris après mutilations génitales au Burkina Faso. À propos de 94cas. *Ann Chir Plast Esthét.* 1 juin 2013;58(3):208-15.
53. Abdulcadir J, Botsikas D, Bolmont M, Bilancioni A, Djema DA, Demicheli FB, et al. Sexual Anatomy and Function in Women With and Without Genital Mutilation: A Cross-Sectional Study. *J Sex Med.* 1 févr 2016;13(2):226-37.
54. Abdulcadir J, Rodriguez MI, Petignat P, Say L. Clitoral Reconstruction after Female Genital Mutilation/Cutting: Case Studies. *J Sex Med.* 1 janv 2015;12(1):274-81.
55. Johnson-Agbakwu C, Warren N. Interventions to Address Sexual Function in Women Affected by Female Genital Cutting: a Scoping Review. *Curr Sex Health Rep.* 1 mars 2017;9(1):20-31.
56. Abdulcadir J, Tille J-C, Petignat P. Management of painful clitoral neuroma after female genital mutilation/cutting. *Reprod Health [Internet].* 8 févr 2017 [cité 30 oct 2020];14. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5299774/>
57. Merckelbagh H-M, Nicolas M-N, Piketty M-P, Benifla J-L-B. Assessment of a multidisciplinary care for 169 excised women with an initial reconstructive surgery project. *Gynecol Obstet Fertil.* oct 2015;43(10):633-9.
58. Abdulcadir J, Dewaele R, Firmenich N, Remuinan J, Petignat P, Botsikas D, et al. In Vivo Imaging-Based 3-Dimensional Pelvic Prototype Models to Improve Education Regarding Sexual Anatomy and Physiology. *J Sex Med.* 1 sept 2020;17(9):1590-602.
59. Intact, Stratégies concertées MGF Belgique, Passeport « Stop MGF » [Internet]; 2020 [cité 15 déc 2020]. Disponible sur: https://www.intact-association.org/images/outils/Passeports/Intact-PasseportFR_2018.pdf

60. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria / Fundación WASSU UAB, Compromiso preventivo [Internet] [cité 26 octobre 2022]. Disponible sur: https://www.familiasalud.es/sites/default/files/compromiso_de_preencion_de_la_mutilacion_genital_femenina.pdf et https://www.uab.cat/doc/guia_esp_compromiso-preventivo
61. Ambühl D, Bächler A, Baumann T, Jenni O, Ha-Vinh RL, Lips U, et al. Information pour l'utilisation des Checklists SSP en Janvier 2017. 2011;11.
62. Creighton SM, Hodes D. Female genital mutilation: what every paediatrician should know. *Arch Dis Child*. 1 mars 2016;101(3):267-71.
63. Protection de l'enfance Suisse, Brunner S. Früherkennung von Gewalt an kleinen Kindern, Leitfaden für Fachpersonen, die im Frühbereich begleitend, beratend und therapeutisch tätig sind [Internet]; 2013 [cité 29 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.kinderschutz.ch/de/fachpublikation-detail/frueherkennung-von-gewalt-an-kleinen-kindern.html>
64. Réseau suisse contre l'excision. Excision et protection de l'enfance. Guide à l'usage des professionnel.le.s. [Internet]; 2020 [cité 27 oct 2022]. Disponible sur: https://www.excision.ch/public/user_upload/2020_Leitfaden_FGM_Kinderschutz_FR.pdf
65. European Institute for Gender Equality. Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union: Report [Internet]. European Institute for Gender Equality; 2019 [cité 1 avr 2019]. Disponible sur: <https://eige.europa.eu/publications/estimation-girls-risk-female-genital-mutilation-european-union-report>
66. Vrouwelijke Genitale Verminking in Nederland - Omvang, risico en determinanten [Internet]. European Institute for Gender Equality. [cité 15 déc 2020]. Disponible sur: <https://eige.europa.eu/gender-based-violence/resources/netherlands/vrouwelijke-genitale-verminking-nederland-omvang-risico-en-determinanten>
67. Vogt S, Efferson C, Fehr E. The risk of female genital cutting in Europe: Comparing immigrant attitudes toward uncut girls with attitudes in a practicing country. *SSM - Popul Health*. 1 déc 2017;3:283-93.
68. Stratégies concertées MGF Belgique, Un triptyque reprenant les critères d'évaluation du risque, l'échelle de risque et l'arbre décisionnel [Internet]; 2014 [cité 27 oct 2022]. Disponible sur: http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/MGF-tryptique_final_RTP.pdf
69. Stadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration, Kinder- und Jugendhilfe, Handlungsempfehlung der Hamburger Jugendämter, Intervention bei weiblicher Genitalverstümmelung [Internet]; 2013 [cité 27 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.hamburg.de/contentblob/3829996/f17cdcfe-44701faac77fd07fca297ed/data/intervention-bei-weiblicher-genitalverstuemmelung.pdf>
70. UFGM United to END FGM, la plateforme européenne de connaissances à destination des professionnels.le.s, Apprentissage en ligne, notamment Module 10 MGF et protection de l'enfant [Internet]; 2017. <http://www.uefgm.org/> (non plus disponible en ligne)
71. COPMA Conférence en matière de protection des mineurs et des adultes. Dispositions cantonales en matière de signalement, Annexe 2 de l'aide-mémoire « Droit et obligation d'aviser l'APEA » [Internet]; 2019 [cité 27 oct 2022]. Disponible sur: https://www.copma.ch/application/files/8415/5843/5825/Annexe_2_Dispositions_cantonales_mars_2019.pdf
72. Zinka B, Bormann C, Graw M, Ackermann I. Morphologische Befunde nach Verstümmelung des weiblichen Genitales. *Rechtsmedizin*. 1 août 2018;28(4):264-71.
73. OFS Office fédéral de la statistique. Instruments pour le codage médical [Internet]. [cité 15 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/gesundheit/nomenklaturen/medkk/instrumente-medizinische-kodierung.html>
74. Cottler-Casanova S, Horowicz M, Gieszl S, Johnson-Agbakwu C, Abdulkadir J. Coding female genital mutilation/cutting and its complications using the International Classification of Diseases: a commentary. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2020;127(6):660-4 [cité 28 dec 2022]. Disponible sur: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.16086>