

**Département d'Education Permanente  
Master 1 - Economie et Gestion de la Santé**



*Le parcours de réparation des femmes excisées  
Lieu de reconstruction identitaire*

Héloïse ANDRAL  
Sous la direction de Madame Murielle BEGUE

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier ma directrice de mémoire, Murielle BEGUE qui m'a permis d'ouvrir ma réflexion sur le sujet, qui m'accompagne toute au long de cette année dans mes interrogations et mes doutes et aussi pour sa bienveillance et son écoute.

Je remercie toutes les personnes qui ont répondu à mon enquête, par leur accueil, leur disponibilité et pour le temps qu'elles m'ont accordées. Je pense tout particulièrement aux femmes qui ont accepté de m'ouvrir leur porte et de répondre avec sincérité à mon enquête.

Je remercie ma cadre de santé Marjorie pour son soutien et sa confiance, ainsi que mon Directeur Général pour ses encouragements.

Je remercie l'équipe avec laquelle je collabore au quotidien pour leur investissement permanent, et confiance renouvelée. Je remercie tout particulièrement Sabine, pour son aide précieuse dans la gestion du quotidien, Stéphanie, qui m'a remplacée durant toute cette année, pour sa disponibilité, et Nicolas, pour son écoute. Leur soutien fut un vrai réconfort.

Je remercie aussi Ingrid, ma collègue cadre de santé infirmière, qui connaissant la réalité d'un master 1 à Dauphine, m'a soutenue, écoutée, guidée, afin de me permettre de traverser cette année avec un peu plus de légèreté.

Je remercie ma relectrice, Marie, qui par son regard aiguisé et par sa disponibilité, a rendu l'écriture de mémoire plus assurée et plus clair.

Je remercie ma mère, mes sœurs et mon fils pour leur soutien, leur patience et leurs encouragements tout au long de cette année de formation. Je pense tout particulièrement à mon fils, qui a su s'adapter à mon rythme de vie si particulier.

Enfin, je remercie l'ensemble de mes camarades de promotion et plus particulièrement à Karine et Mathilde. La bienveillance, la force et le réconfort que nous nous sommes apportées mutuellement nous ont aidé à progresser durant ces dix mois.

## TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>4</b>
<b>PARTIE 1 : LE PARCOURS DE REPARATION, UN PARCOURS DE SOINS MULTIDIMENSIONNEL</b> .....	<b>17</b>
1.1 INTEGRER UN PARCOURS DE REPARATION EN TANT QUE FEMME EXCISEE : ENTRE MOTIVATIONS ET FREINS	17
1.1.1 <i>Les raisons exprimées d'adhésion et les attentes en découlant</i> .....	17
1.1.2. <i>Les freins et l'arrêt du parcours</i> .....	20
1.2. UN PARCOURS DE SOINS AU SEIN D'UNITE INNOVANTE .....	22
1.2.1 <i>Rôle et Formation des soignants</i> .....	23
1.2.2. <i>Les unités de soins aux femmes excisées</i> .....	25
1.3 LE TRIO D'INTERVENANTS INDISPENSABLES .....	26
1.3.1. <i>Le gynécologue, le premier intervenant du parcours</i> .....	27
1.3.2. <i>Le psychologue, pour une évaluation des maux</i> .....	29
1.3.3 <i>Le sexologue, pour apprendre à se connaître</i> .....	31
<b>PARTIE 2. LES RESSORTS IDENTITAIRES DU PARCOURS DE REPARATION</b> .....	<b>34</b>
2.1 L'IDENTITE CULTURELLE .....	34
2.1.1 <i>Le "règne du non-dit"</i> .....	35
2.1.2 <i>L'excision, un rite de passage</i> .....	38
2.1.3 <i>Vivre entre deux cultures</i> .....	41
2.2 L'IDENTITE DE FEMME .....	44
2.2.1 <i>L'image de soi meurtrie</i> .....	44
2.2.2 <i>Une sexualité subie</i> .....	47
<b>PARTIE 3 : TRAITER LE TRAUMATISME POUR UNE RECONSTRUCTION IDENTITAIRE. ....</b>	<b>51</b>
3.1 LA FEMME EXCISEE DANS UN PARCOURS DE REPARATION, UN SUJET BLESSE.....	51
3.1.1 <i>Le trauma, comme objectivation des violences subies.</i> .....	51
3.1.2 <i>Le traumatisme, la prise de conscience du trauma</i> .....	53
3.1.3 <i>Les liens transgénérationnels au regard du traumatisme</i> .....	55
3.2. LE RETABLISSEMENT, UN CHEMINEMENT RESILIENT POUR UNE RECONSTRUCTION IDENTITAIRE .....	58
3.2.1 <i>Surmonter la perte d'espoir, aux portes du projet de réparation</i> .....	59
3.2.2 <i>« Regagner ce qui a été perdu », au sein du parcours de réparation.</i> .....	61
3.2.3 <i>Se reconstruire par le parcours de réparation, la reconstruction d'une identité positive</i> .....	63
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>66</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>70</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>95</b>

## GLOSSAIRE

CADIS : Centre d'Analyse et d'Intervention sociologiques

CNCDH : Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme

FNUAP : Fonds des Nations Unies pour la population

GAMS : Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles féminines

HAS : Haute Autorité de Santé

IDUP : Institut de Démographie de l'Université Paris 1

MIPROF : Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains

MSF : Mutilations sexuelles Féminines

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

UNISEF : Fonds des Nations Unies pour l'enfance

VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine

## INTRODUCTION

Dès le début de ma carrière, j'ai exercé en tant que sage-femme dans le département de la Seine-Saint-Denis. A cette époque en région parisienne, peu de maternités acceptaient les sage-femmes ayant fait leurs études en Belgique, seules celles de Montreuil et de Saint Denis, nous donnaient notre chance.

J'ai débuté ma carrière à Montreuil, et je ne m'attendais pas à une telle mixité culturelle chez mes patientes. J'ai découvert un monde très différent de celui décrit dans mes livres, la réalité du métier de sage-femme mais aussi le monde de mes patientes. Elles m'ont appris à être sage-femme, elles m'ont transmis les coutumes qui entourent la naissance dans différentes cultures, elles m'ont fait découvrir d'autres réalités. Lors de ma première année d'exercice, j'ai rapidement été confrontée à la réalité obstétricale des femmes excisées. Ce rite culturel n'avait quasiment pas été abordé lors de mes études. Je suivais à la lettre ce qui était indiqué dans les protocoles de prise en charge de ces patientes, n'y ayant jamais été confrontée dans mes stages. A l'époque, les soignants de mon équipe aimaient dire que Montreuil était la deuxième ville malienne après Bamako. Près de 50% de nos patientes venaient d'Afrique subsaharienne et un très grand nombre d'entre elles étaient excisées. Entre la honte de mon ignorance et la peur de blesser ma patiente, je ne savais pas comment aborder le sujet de leur excision, et préférait me taire. Cette situation n'est qu'un exemple parmi tant d'autres. Je ne trouvais, ni auprès de mes collègues, ni auprès de ma hiérarchie, de soutien pour appréhender cette situation. L'absence de réaction des soignants face aux mutilations sexuelles féminines, montre à quel point ce sujet est tabou, ainsi que leur impréparation lorsqu'ils y sont confrontés. Cette impréparation peut mener à des violences gynécologiques ou psychologiques. A l'époque, jeune sage-femme, je n'avais pas conscience des conséquences que pouvait avoir mon silence sur mes patientes.

Après deux années d'exercice, j'ai déménagé aux Antilles. Pendant près de dix ans, je n'ai plus pris en charge de patientes excisées. A 25 ans, j'étais une jeune professionnelle découvrant son métier de sage-femme. A 35 ans, j'étais une sage-femme expérimentée. Lorsque je suis rentrée des Antilles, j'ai fait le choix de travailler à nouveau en Seine-Saint-Denis. J'ai retrouvé la même diversité ethnique mais, cette fois-ci, avec un bagage d'expérience me permettant d'aborder mon métier sereinement. J'ai été à nouveau confrontée

à cette hésitation que l'on peut avoir devant des femmes excisées, à la différence, que cette fois-ci, c'est elles qui me parlaient de leur excision. Elles s'interrogeaient sur la possibilité d'accoucher par voie basse, ou encore partageaient leur angoisse que l'on puisse toucher, à nouveau, à cette partie de leur corps. La structure dans laquelle j'exerce proposait une prise en charge des femmes excisées pour la reconstruction de leur clitoris. En cinq ans, j'ai énormément appris sur ce qu'est l'excision et sur la manière d'aborder les questionnements de ces patientes. C'est au contact de professionnels formés et très investis que j'ai pu grandir dans mes pratiques. Il m'a paru tout naturel d'approfondir ce sujet au moment du choix du thème de mon mémoire, afin de l'aborder sous un angle autre qu'opérationnel.

La prise en charge des femmes excisées est un sujet sociétal, qui comporte de nombreux enjeux humanitaires et politico-historiques. Ici nous ne nous attacherons pas à développer l'ensemble des raisons qui ont poussé les sociétés occidentales à prendre en charge des femmes excisées, mais celles qui ont permis l'émergence de ces prises en charge et celles qui poussent les femmes excisées à les solliciter. C'est pourquoi, j'ai voulu axer ma recherche sur cette démarche qui est de plus en plus fréquente.

Tout d'abord, définissons ce qu'est une mutilation sexuelle féminine (MSF), ses conséquences et ce qu'elle a de sociétal. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit comme « mutilations sexuelles féminines toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre lésion des organes génitaux féminins qui sont pratiquées pour des raisons non médicales »<sup>1</sup>. En 1994, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) ont classifiés les MSF selon quatre types. Le type I, ou clitoridectomie, est l'ablation partielle ou totale du clitoris. Le type II, ou excision, est défini comme l'ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres. Le type III, ou infibulation, est réalisé par le rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris. Enfin, le type IV regroupe toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à

---

<sup>1</sup> Mutilations sexuelles féminines. (2022, 21 janvier). Organisation Mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>

des fins non thérapeutiques, telles que la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation. Ce dernier type n'est pas directement lié à l'ablation de tissus génitaux, a contrario des trois autres types. Dans le cadre de ce mémoire, j'utiliserai le terme générique d'excision pour définir l'ensemble des MSF. (Annexe 9)

Cette pratique concerne près de deux cents millions de femmes dans le monde, dont quarante-quatre millions sont âgées de moins de quinze ans. Elle est principalement pratiquée sur des filles et des jeunes filles dans certaines ethnies d'Afrique (dans vingt-huit pays), principalement dans la corne de l'Afrique et l'Afrique de l'Ouest, l'Asie (Indonésie), au Proche et Moyen-Orient (Égypte, Irak, Yémen) et plus marginalement en Amérique du Sud. La prévalence de ces pratiques varie en fonction des pays. Au Mali ou en Guinée, 9 femmes sur 10 sont excisées, tout comme en Égypte et en Indonésie. Tandis qu'en Ouganda, au Niger ou au Cameroun, les femmes sont très rarement excisées. En fonction des communautés, l'excision est réalisée dès la naissance, entre 3 et 6 ans ou entre 10 et 12 ans. Parfois, elle peut être réalisée avant un mariage, avant ou après un accouchement. Dans la grande majorité des cas, ce geste est réalisé par des femmes exciseuses lors de rites traditionnels. La lame de rasoir et parfois le couteau sont les ustensiles fréquemment utilisés (Berg et al., 2013). Toutefois, l'excision est médicalisée dans certains pays comme l'Égypte, le Soudan ou encore le Kenya.

Il est important de noter qu'il n'existe aucun bienfait médical à être excisée pour une femme et que cela entraîne de nombreuses complications, immédiates et à long terme. Toujours selon l'OMS, la première complication est la violente douleur liée à l'absence d'anesthésie et d'antalgique. S'en suivent des problèmes de cicatrisation, des hémorragies pouvant entraîner le décès de l'enfant ou de la jeune fille. De plus, le risque d'infections locales ou au VIH, virus d'immunodéficience humaine, est aussi présent. A long terme, l'excision peut entraîner des complications de l'ordre des douleurs chroniques, des infections urinaires et vaginales, des troubles de la sexualité, ainsi que des troubles anxieux-dépressifs pouvant aller jusqu'à un état de stress post-traumatique. Il existe un risque accru de complications lors des accouchements, pouvant aller jusqu'au décès du nouveau-né et de la mère. (OMS, 2022)

Dans la plupart de ces communautés, l'excision représente la norme sociale, le moyen de perpétuer une tradition culturelle qui donne une place de femme à la jeune fille excisée, un rite de passage à l'âge adulte. Cela marque, dans le corps-même de la femme, son appartenance à la communauté, mais aussi le pouvoir patriarcal imposé aux femmes. On peut aussi retrouver la notion de "propreté" obtenue après l'ablation de ce qui est conçu comme la partie masculine du sexe féminin, et celle de "modestie" réfrénant les ardeurs sexuelles des femmes non excisées. Enfin, bien qu'aucun texte religieux ne la mentionne, l'excision est aussi réalisée au nom de la religion mais aucune n'y est explicitement rattachée. La première mention de l'excision remonterait au II<sup>e</sup> siècle avant notre ère en Egypte. (CNCDH, 2013)

C'est à la fin des années soixante-dix, lors du séminaire international de Khartoum, que l'OMS et l'UNICEF reconnaissent les MSF comme un "crime contre l'intégrité du corps". Ainsi les MSF sont reconnues mondialement comme une question de santé publique. La situation des femmes excisées interpelle les grandes organisations mondiales, mais aussi sur le territoire africain. En 1981, la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples interdit les MSF sur l'ensemble des territoires. Elle sera ratifiée par 53 des 54 pays africains. En 1989, la Convention des droits de l'enfant souhaite que des mesures efficaces soient prises contre les "pratiques préjudiciables à santé de l'enfant". Elle sera ratifiée dans la Charte des droits et du bien-être des enfants par 41 pays africains, un an plus tard. En 2003, 36 pays africains ratifient le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, relatif aux droits des femmes interdisant toute MSF et punissant les auteurs de ces pratiques culturelles dangereuses. (Réseau suisse contre l'excision).

Cependant, selon le rapport réalisé par UNICEF en 2013, la diminution de cette pratique est très modérée malgré l'interdiction officielle par 25 des 29 pays africains où les MSF sont le plus pratiquées. Il s'agit d'une violence faite aux femmes qui porte atteinte à leurs droits fondamentaux. Dans de nombreux pays africains, même si les MSF sont interdites et donnent lieu à des condamnations, les traditions perdurent, surtout dans les communautés rurales éloignées des grandes villes. De très nombreux pays, dans le monde, luttent contre ces pratiques au travers de grandes campagnes de prévention, soutenues par le pouvoir législatif. (MIPROF, 2017)



Confrontée à maintes reprises dans ma pratique professionnelle à des femmes excisées et face à la difficulté de pouvoir apporter une réponse, je me suis intéressée à la prise en charge de ces femmes en France.

Tout d'abord, il est important de noter que les femmes excisées en France sont en grande partie originaires d'Afrique. Ceci s'explique au travers de notre histoire coloniale et du fait de l'utilisation d'une langue commune qui favorise l'implantation de certaines populations sur le territoire français. L'ancienneté des flux migratoires africains, depuis le début des années soixante-dix, explique que la France a été l'un des premiers pays européens à être sensibilisé à la réalité de l'excision. Les femmes excisées prises en soin en France sont issues d'un parcours migratoire récent, socialisées dans leur pays d'origine, ou dites de "deuxième génération" avec une socialisation faite en France.

De nombreux articles reprennent les chiffres des années deux mille qui mentionnent plus de cinquante mille femmes excisées présentes sur le territoire français. Dans son article « Estimation du nombre de femmes adultes ayant subi une mutilation génitale féminine vivant en France », Marie Lesclingrand et ses co-auteurs estiment ce chiffre bien en deçà de la réalité. Selon eux, une estimation plus juste du nombre de femmes excisées serait aux alentours de 125.000 individus adultes en 2019, soit 0,5% de la population féminine française. Cette nette augmentation peut s'expliquer par la "féminisation des populations migrantes et par le vieillissement des deuxièmes générations". Les populations migrantes ont tendances à se regrouper sur le territoire, ce qui explique la proportion très importante de femmes excisées en Île-de-France, dans les Bouches-du-Rhône, l'Eure, le Nord, l'Oise, le Rhône et la Seine-Maritime.

À la suite des déclarations de l'OMS et de l'UNICEF dans les années quatre-vingt, la France se positionne très fermement contre toutes les violences faites aux femmes et punit les MSF au même titre que toutes autres violences. Une première loi est votée en 1983 : la France définit cette pratique comme une mutilation, donc un crime passible des assises, donnant ainsi lieu à une jurisprudence très répressive. Les auteurs des MSF, ainsi que leurs complices et toute personne incitant à la réalisation de ces actes encourrent une peine d'emprisonnement de dix ans, accompagnée de 10.000€ d'amende. Plus tard, la loi sera complétée d'un article

permettant de protéger les mineures de moins de 15 ans ayant été excisées sur le territoire français ou à l'étranger et qu'elles soient françaises ou résidant en France. Dans ces conditions, la réalisation de l'acte est devenue extrêmement marginale en France. De plus, cela a permis de diminuer très fortement le taux d'excision chez les jeunes filles de "deuxième génération". Enfin, l'un des plans stratégiques en santé de 2004-2008 est "un plan national de lutte pour limiter l'impact de la violence sur la santé dont les MGF/E et la prise en charge des femmes concernées" (Lesclingrand *et al*, 2019), qui ouvre le droit à toute femme excisée d'être réparée. Des associations comme le GAMS (Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles féminines), ou « Excision, Parlons-en ! », luttent ardemment contre cette pratique, au travers de campagnes de prévention, mais aussi par la médiatisation de cette réalité et par l'accompagnement de femmes excisées et de leur famille.

Lors de la phase exploratoire, j'ai débuté ma recherche en posant ma question de départ en ces termes : Quelles sont les modalités de prise en charge de femmes excisées dans un parcours de reconstruction clitoridienne, en service de gynécologie ?

Afin de mieux comprendre la notion de prise en charge des femmes excisées, je me suis intéressée à la chirurgie du clitoris, qui est à mon sens le point de départ de la prise en charge de ces femmes. L'ensemble des femmes excisées n'est pas concerné par l'envie d'être opéré, seules celles qui en ressentent le besoin s'orientent vers des centres permettant cette prise en charge. Ainsi, la prise en charge des femmes excisées ne concerne pas les 125.000 femmes excisées présentes sur le territoire français. Il n'existe pas de statistiques précises sur le nombre de femmes excisées qui consultent pour ce type de prise en charge et sur le taux de ces femmes qui seront finalement opérées.

Pour évoquer la chirurgie du clitoris, nous ne pouvons faire l'impasse sur la présentation de son créateur, le docteur Pierre Foldes. Dans les années quatre-vingt, l'urologue Pierre Foldes est volontaire au sein de Médecins du Monde et participe à des programmes d'intervention en Afrique sub-saharienne. En 1983, il part au Burkina Faso avec son collègue le docteur Jean-Antoine Robein, afin de venir en aide aux femmes présentant des troubles urinaires graves, des suites de leurs accouchements. Il s'agit de femmes excisées présentant des fistules, une

communication, entre le vagin et la vessie. C'est lors d'une de ces missions qu'il rencontre une patiente présentant des douleurs permanentes au niveau de son excision, et qui souhaite être opérée afin de ne plus souffrir. A cette époque, la notion de reconstruction du clitoris n'existe pas, pas plus que la description de cet organe. C'est lors de l'intervention de cette patiente que Pierre Foldes découvre ce qui « se cache » derrière cette cicatrice. Un moignon du clitoris existe et adhère au pubis, ce qui crée des douleurs permanentes chez cette patiente. Il décide de libérer cette zone et de repositionner le clitoris. Les suites de l'intervention sont décrites comme miraculeuses par la patiente, qui ne souffre plus de son excision. Ce sera la toute première reconstruction du clitoris, mais à cette époque Pierre Foldes n'est pas encore conscient de ce qu'il vient de créer et des conséquences que cela aura pour des milliers d'autres femmes.

De retour en France, il cherche à mieux comprendre l'anatomie de cet organe et à élaborer un protocole de prise en charge des douleurs liées à l'excision. À sa grande surprise, il ne trouve aucune information précise dans la littérature médicale sur l'anatomie de cette partie de l'organe sexuel féminin. Tandis que des dizaines d'ouvrages mentionnent des descriptions très détaillées de la verge, aucun ne mentionne le clitoris. Pierre Foldes, dans « Victoire sur l'excision », dit : « Pour moi, cet aveuglement est l'excision occidentale : le clitoris n'existe pas. Il est volontairement excisé de notre culture. » (Prolongeau, 2006, p101). Il va donc œuvrer pour rendre à ce petit organe sa place dans la littérature médicale mais aussi auprès du grand public. C'est donc grâce à lui que la première description de cette partie de l'appareil génital féminin est réalisée. Le clitoris est un organe composé, comme la verge, de tissus érectiles, de corps spongieux et de corps caverneux, qui entourent le vagin et l'urètre. Seule une toute petite partie est externe, il s'agit du gland du clitoris et de son prépuce ou capuchon. Dans sa pratique, Foldes a, à de nombreuses reprises, réalisé des réparations de la verge et se pose la question de savoir s'il serait possible de faire de même avec le clitoris. C'est possible mais, ce qui le trouble davantage, c'est la facilité de l'acte. Il s'agit d'une chirurgie simple qui consiste à libérer le moignon clitoridien de la fibrose qui l'entoure, de lever les adhérences cicatricielles qui le lient au pubis, et de le repositionner à sa place anatomique. La chirurgie du clitoris est née, et porte le nom de « méthode Foldes » à la fin des années quatre-vingt-dix. Cette chirurgie permet de rendre aux femmes excisées un clitoris fonctionnel, innervé, et de rendre à ce sexe un aspect anatomiquement juste.

Pierre Foldes entame par la suite un combat pour faire reconnaître cette chirurgie par les instances officielles. S'adressant majoritairement à une population socialement défavorisée, il est donc indispensable que la clitoridoplastie soit prise en charge en totalité par l'Assurance Maladie. Ce sera chose faite en 2003, les efforts du docteur Foldes seront récompensés avec la prise en compte de la réparation des mutilations sexuelles féminines, portant la France au rang de premier et seul pays au monde à rembourser cette intervention. Dès lors, les chirurgiens gynécologues s'intéressent enfin à cette chirurgie et viennent se former auprès de lui. Dans le même temps, et après avoir opéré de nombreuses patientes, Pierre Foldes se rend compte que la prise en charge chirurgicale de ses patientes n'est pas suffisante. En fait, l'intervention soigne le corps meurtri de ses patientes, mais ne soigne pas les blessures que portent en elles ces femmes mutilées, celles qui se présentent aux consultations de reconstruction. Il observe que la réussite de la reconstruction passe aussi par une prise en charge de leurs troubles psychologiques, liés à une perte de repère ou encore d'estime de soi. De plus, l'un des motifs de consultation très largement développé par les patientes est l'absence de désir ou de plaisir sexuel. Le repositionnement du clitoris ne suffit pas à soutenir la démarche de reconstruction de ces femmes, un soutien avec un sexologue est nécessaire pour observer une réelle amélioration de leur situation personnelle. C'est le début d'une prise en charge de plus grande ampleur des femmes excisées. La clitoridoplastie, qui au départ était au centre de la prise en charge va progressivement s'intégrer dans un parcours de soins centré sur une reconstruction globale des femmes excisées. Les unités de prise en charge des femmes excisées commencent à voir le jour, non pas centrées sur un service de gynécologie mais portées par un professionnel de santé qui souhaite intégrer à sa pratique la reconstruction des femmes excisées. Ces unités sont pluridisciplinaires, intégrant les trois composantes du parcours, que nous choisissons d'appeler « de réparation », avec une prise en charge médicale, psychologique et sexologique.

Il est à noter que cette pratique chirurgicale intéresse aussi les chirurgiens plastiques, mais qu'il n'est pas possible de les intégrer dans la notion de parcours de soins. Leur intervention se borne à rendre à la femme excisée un clitoris fonctionnel et un sexe esthétiquement conforme à la normalité. Ils n'entrent pas dans la liste de ces unités de soins, dans lesquelles la femme est prise en charge de façon globale.

Ainsi les femmes excisées qui le désirent peuvent être prises en charge dans le cadre d'unités spécialisées et pluridisciplinaires afin de se reconstruire des suites de leur excision. Comme nous venons de le définir, cette reconstruction est plurielle et touche de manière personnelle et à différents niveaux chaque femme qui entre dans ce parcours. La lecture de différents ouvrages et articles ainsi que la réalisation des entretiens exploratoires m'ont permis de distinguer plus précisément le cadre de mon mémoire. Au fil des mois, ma question de départ s'est muée en question de recherche : En quoi le parcours de réparation au sein d'unités de prise en charge des femmes excisées joue-t-il un rôle de reconstruction identitaire ?

À partir de cette problématisation de mon sujet et en m'appuyant sur les hypothèses de départ, au regard de théories sociologiques et de l'analyse de mes entretiens, j'ai pu les faire évoluer pour définir des hypothèses de recherche. C'est parce que l'excision nécessite une reconstruction non seulement physique, mais également psychologique et sexuelle qu'un parcours de soin pluridisciplinaire est nécessaire à la résilience et à la réparation de ces femmes. C'est parce que l'objectif d'une prise en charge globale des femmes excisées n'est pas uniquement la clitoridoplastie qu'il peut aussi être le lieu de la réappropriation du corps et de l'image de soi, au travers du parcours de réparation. Enfin, c'est parce que l'excision est vécue comme un traumatisme que cela amène les femmes excisées à prendre position vis-à-vis de cette pratique culturelle de manière transgénérationnelle.

Pour explorer ma question de recherche, je m'appuie sur une méthodologie précise, jalonnée de nombreuses étapes qui m'ont permis d'évoluer dans ce nouvel exercice qu'est la rédaction d'un mémoire en sociologie.

Avant toute chose, il est nécessaire de définir le public cible de ma recherche. L'ensemble de mon mémoire est orienté vers les femmes excisées, qui entrent ou sont entrées dans un parcours de réparation. Comme nous l'avons vu, ce public présente des particularités qui m'ont poussé à me poser des questions afférentes à mon sujet et qui orientent donc ma recherche. Afin d'étudier ce public et de tenter d'apporter une réponse à ma question de recherche, j'ai défini un échantillon de personnes à interroger en phase exploratoire. Pour cet échantillon, il me semblait indispensable d'interviewer un gynécologue au sein d'une unité de

prise en charge de femmes excisées et une patiente ayant commencé le parcours de réparation afin d'obtenir une complémentarité dans les réponses et ainsi de balayer largement le sujet. Il existe un biais inévitable quant à la langue parlée par la patiente. Elle doit nécessairement être francophone afin de pouvoir élaborer des réponses lors de l'entretien. Enfin, ma directrice de mémoire m'a mise en relation avec une sociologue doctorante préparant une thèse sur les femmes excisées.

N'étant en région parisienne que depuis quelques années, ma connaissance sur les lieux de prises en charge des femmes excisées se limitait aux deux maternités dans lesquelles j'avais exercé. Le choix du terrain exploratoire s'est imposé à moi. En effet, une étudiante du master, elle aussi sage-femme, m'a proposé de me mettre en contact avec la secrétaire de l'unité de prise en charge des femmes excisées de sa maternité. Cela m'a beaucoup rassuré et m'a permis d'entrer facilement en contact avec l'équipe de cet établissement. J'ai eu l'opportunité d'être conviée à un staff médical, durant lequel j'ai découvert leur organisation. À la fin de la réunion, un rendez-vous avec le gynécologue était pris afin de réaliser un entretien quelques jours plus tard. Ce même jour, la sexologue du service m'a mis en contact avec une patiente, qui a accepté d'être interviewée. Il est important de noter que, le faible nombre de patientes prises en charge sur ce terrain a limité le choix à la seule patiente complètement francophone. J'ai pu commencer à élaborer un guide d'entretien exploratoire composé de 5 thèmes pour la sociologue (Annexe 2) et le gynécologue (Annexe 3) et 7 thèmes pour les patientes (Annexe 4). J'ai voulu aborder les thèmes de la prise de conscience des MSF, des raisons d'entrée dans le parcours, du parcours de réparation en lui-même, des conséquences et du vécu de ce dernier. Pour les patientes, les 3 derniers thèmes sont décomposés en fonction des conséquences physiques, psychologiques et sexuelles. L'ensemble des questions sont des questions semi-directives afin de recueillir des propos spontanés.

Les entretiens exploratoires se sont déroulés du 23 décembre 2021 au 8 février 2022. J'ai débuté par celui de la sociologue, qui, très occupée avec sa thèse, n'avait que très peu de disponibilités. Entre 2 voyages, il a été possible de se rencontrer à son domicile. J'étais très stressée lors de mon entretien avec la sociologue. J'avais préparé de nombreuses questions, des reformulations, ainsi que des relances. Mais rapidement, elle a su me mettre à l'aise, avec bienveillance. Son intérêt pour le sujet a été communicatif et rapidement, l'échange est

devenu plus spontané. Cet entretien a été essentiel, il m'a permis d'y voir beaucoup plus clair et de faire un pas « de géant » dans la compréhension de mon sujet. Le gynécologue étant à la retraite et en contrat avec la maternité uniquement pour la prise en charge des femmes excisées, il a été convenu, à sa demande, que l'entretien se fasse en visio. Ce qui nous a permis de nous entretenir très rapidement après notre première rencontre au staff médical. Ma posture avec le gynécologue a été plus « professionnelle », je me retrouvais à une place que je connaissais bien, celle de soignante. L'entretien de la patiente a été plus complexe à organiser. Je n'ai pu l'interviewer qu'après notre troisième rendez-vous, du fait de la crise sanitaire et des problèmes de garde de ses enfants. Nous nous sommes rencontrés à son domicile. Entrer dans l'intimité du domicile pour aborder un sujet aussi intime m'a permis d'abandonner ma posture de soignante pour celle d'étudiante en master, et ainsi d'aborder l'entretien avec des yeux de sociologue. Cet échange a été particulièrement éprouvant émotionnellement, tant le sujet est intense.

Dans un second temps, pour la phase définitive de ma recherche après analyse des entretiens exploratoires, j'ai choisi d'élargir mon échantillon de personnes à interviewer. Les 3 intervenants incontournables dans la prise en charge des femmes excisées sont le gynécologue, le psychologue et le sexologue. Il m'a donc semblé judicieux de les interroger afin d'obtenir des éléments complémentaires par rapport à la phase exploratoire. Leurs interviews sont indispensables afin d'obtenir un regard sur les 3 composantes du parcours de réparation. À nouveau, afin de répondre aux hypothèses que j'ai élaborées, il est nécessaire d'interviewer des patientes ayant débuté le parcours de réparation, et pour certaines ayant été opérées.

En phase définitive, j'ai fait le choix d'interroger des soignants sur un de mes lieux d'exercice. L'unité des femmes excisées étant établie dans un autre bâtiment, je n'avais jamais été en contact direct avec des soignants y exerçant. En fait, étant sage-femme pour une structure d'hospitalisation à domicile, je ne suis en contact qu'avec des prescripteurs en suivi de grossesses pathologiques. Ceci m'a permis de pouvoir les interviewer sans créer de biais. La prise de contact s'est faite par l'intermédiaire d'une secrétaire de l'unité en question. J'ai été extrêmement bien accueillie, chaque intervenant étant très investi autour de la prise en charge de ces femmes. Dans cette structure, le nombre de femmes prises en charge est plus

élevé. La sélection des femmes se fait toujours sur leur capacité à parler le français, afin de pouvoir échanger avec elles.

Ensuite, j'ai réalisé des guides d'entretiens définitifs. Le fond de mes guides d'entretiens définitifs diffère très peu de l'exploratoire. Je n'ai pas eu à changer les thèmes, mais j'ai reformulé certaines questions, principalement pour le guide à l'attention des femmes excisées. En fait, lors du premier entretien, certaines questions ne semblaient pas claires. La première femme interviewée étant magistrate dans son pays d'origine, il m'a semblé important de réécrire certaines questions pour les rendre abordable à l'ensemble de femmes excisées que j'aurais à interroger. J'ai élaboré un guide d'entretien de 30 questions semi-directives (Annexe 6). De même pour les guides à l'attention des soignants, j'ai précisé certaines relances afin d'approfondir les thèmes évoqués. Le guide d'entretien des soignants, à l'attention du gynécologue, du psychologue et du sexologue, est composé de 19 questions semi-directives (Annexe 5). Seul le thème du parcours est légèrement modifié en fonction de la spécialité de l'intervenant. Les questions restent les mêmes, mais les relances abordent plus précisément leur domaine de compétences.

Enfin, les entretiens de la phase définitive se sont déroulés entre le 25 avril et le 19 juin. J'ai débuté par les entretiens à l'attention des soignants. A peine contactés, ils ont tous répondu très rapidement à ma demande. Les entretiens se sont réalisés à la maternité, quelques jours après ma sollicitation. La rapidité, avec laquelle j'ai été reçue, est pour moi un point important. Leur investissement auprès de ces femmes et leur engagement est à la mesure de leur envie de communiquer autour de ce sujet. Par l'intermédiaire de la psychologue, j'ai pu avoir cinq contacts de patientes francophones disposées à répondre à mes questions. J'ai rencontré deux d'entre elles à la maternité, une à son domicile. Malgré leur accord préalable, je n'ai pu rencontrer deux d'entre elles. L'organisation des entrevues n'a pas été faciles. Il a fallu reporter la rencontre une à deux fois, voire même l'annuler, pour des raisons de gardes d'enfant ou d'activités professionnelles. Il n'est pas aisé d'évoquer ce sujet si intime et je pense que cela joue un rôle dans les reports et les annulations. Néanmoins, les femmes excisées avec qui j'ai pu échanger l'ont fait avec sincérité. Des moments d'intenses émotions ont marqué à plusieurs reprises les interviews. Le temps des entretiens s'est vu prolongé par un temps de « débriefing » post-interview durant lequel j'ai pu échanger sur les raisons de ma



démarche. Cet échange informel a tenu lieu d'espace tampon avant de se quitter. J'ai réalisé des entretiens, anonymisés, de 9 personnes au total, une sociologue doctorante, 2 gynécologues, une psychologue, un sexologue et 4 patientes, sur 2 terrains différents en Normandie (Annexe 8).

## Partie 1 : Le parcours de réparation, un parcours de soins multidimensionnel

Dans cette première partie, le parcours de réparation des femmes excisées sera présenté avec précision. Tout d'abord, nous analyserons les motivations et les freins permettant de mieux comprendre ce que sous-tend ce parcours et quelles ressources ces femmes peuvent trouver. Puis, le parcours de soins sera abordé, comme projet innovant, dans la prise en charge des femmes excisées afin de les soutenir dans leur volonté de réparation. Enfin, nous parlerons des trois intervenants incontournables du parcours, ceux par qui les femmes vont être accompagnées de façon globale.

### 1.1 Intégrer un parcours de réparation en tant que femme excisée : Entre motivations et freins

Il est essentiel de comprendre ce qui mène les femmes excisées à entrer dans un parcours de réparation. Il est donc nécessaire de souligner que cette démarche de réparation ne concerne pas l'ensemble des femmes excisées, présentes sur le territoire français. Ainsi l'ensemble des femmes en parcours de réparation ne sont pas représentatives de l'ensemble cette population. Il s'agit de femmes qui, à la suite d'un cheminement personnel, en sont venues au constat que leur excision représente pour elle un problème et qu'elles cherchent à le résoudre.

#### 1.1.1 Les raisons exprimées d'adhésion et les attentes en découlant

Les conséquences des mutilations sexuelles féminines sont à l'origine des demandes exprimées par les femmes entrant dans le parcours de soins. Ces conséquences peuvent être d'ordres médical, psychologique, mental et social (Andro et Lesclingand, 2007).

Les femmes excisées sont affectées au quotidien par leur excision, à des niveaux différents pour chacune. Elles expriment des motivations diverses, qui s'entremêlent parfois, que nous pouvons réunir en trois grands axes : les douleurs physiques chroniques, les dysfonctionnements sexuels et reproductifs et les problèmes identitaires et d'estime de soi.

Le docteur Moreau, gynécologue-chirurgien en unité de soins femmes excisées, l'a résumé ainsi lors de notre entretien, en reprenant les phrases qu'il a entendu à de nombreuses reprises

dans ses consultations, comme “*je n’ai pas de plaisir*”, “*j’ai des douleurs*” ou encore “*je veux que l’on me rende ce que l’on m’a pris*”. (Entretien N°2)

L’article intitulé « Evaluation d’une prise en charge multidisciplinaire chez cent soixante-neuf patientes excisées, demandeuses d’une chirurgie réparatrice » des Docteurs Hilde. Merckelbagh, Marion Nicolas, Mathilde Piketty et Jean-Louis Benifla, chirurgiens-gynécologues, nous apprend que la grande majorité des patientes interrogées, lors de cette étude, expriment des motivations de type identitaire et d’estime de soi (47%) :

*« C’est se sentir femme et ça elles le nomment vraiment “j’ai envie de me sentir complète”, c’est vraiment le mot qu’elles utilisent. Pour celles qui ont en plus un problème d’identité, qui ne se sentent pas femme »*  
(Entretien n°4 définitif, N. Bernard, psychologue).

Dans une proportion quasiment équivalente, ces patientes expriment des dysfonctionnements d’ordre sexuel (44%) :

*« Après, on a tout ce qui est sexologique, ça concerne toutes les phases de la réaction sexuelle. On a des problèmes de lubrification, on a des problèmes d’excitation, de désir et on a aussi des problèmes de plaisir, des anorgasmies et on a aussi des problèmes de satisfaction sexuelle globale. »*  
(Entretien n°6 définitif, T. Conrad, gynécologue).

Les ressentis de douleurs chroniques et sexuelles sont aussi relevés, en moindre mesure, dans le discours des patientes :

*« On a les motifs de consultation liés à la douleur [...] c’est-à-dire des cicatrisations pathologiques du nerf qui peuvent donner cette douleur neuropathique »*  
(Entretien n°6 définitif, T. Conrad, gynécologue).

*« On a tout ce qui est lié aux dyspareunies<sup>2</sup> dues au fait que la zone est particulièrement cicatricielle »*  
(Entretien n°6 définitif, T. Conrad, gynécologue).

Le retentissement de l’excision est multifocal. Les femmes excisées qui se présentent à une consultation de prise en charge de leur mutilation sont toujours dans une attente qui leur est propre. Elle est très majoritairement tournée vers la chirurgie du clitoris, apparaissant à leurs yeux comme le moyen de trouver une solution à tous leurs problèmes, comme il a été souligné par Docteur Thierry Conrad.

---

<sup>2</sup> La dyspareunie est une douleur survenant chez la femme à la pénétration pendant les rapports sexuels (Larousse)

*« Leurs attentes initiales, c'est de trouver une solution qui va résoudre leur problème. Très souvent, elles ignorent l'éventail de solutions proposées et beaucoup consultent pour la chirurgie ».*  
(Entretien n°6 définitif, T. Conrad, gynécologue).

Il faut rappeler que les femmes interrogées dans le cadre de ce mémoire sont conscientes de l'impact négatif de leur excision. Elles ont des attentes qui s'expriment de façons très diverses mais qui reflètent la manière dont elles vivent leur sexualité, leur vie familiale et leurs liens sociaux.

Mariama Sylla, 38 ans mariée, mère de 7 enfants et en situation irrégulière, est entrée dans le parcours pour la deuxième fois avec le souhait de faire évoluer ses relations maritales :

*« Oui parce que j'en avais marre en fait d'avoir tout le temps des disputes avec Monsieur et je voulais aussi me sentir comme toutes les femmes »*  
(Entretien N°3 exploratoire, M. Sylla, femme).

Fatou Kamara, 26 ans célibataire, arrivée en France après avoir fui un mariage forcé dans son pays d'origine, cherche à vivre les choses comme les autres :

*« Je ne me sentais pas femme parce que quand j'écoute mes copines qui me disent « oui il y a ça ou ça et comment ça se passe dans l'intimité » moi je voyais que c'était totalement différent. »*  
(Entretien N°7 définitif, F. Kamara, femme).

Tandis que Aïssata Coumba, 34 ans en couple et mère de 3 enfants, issue de la 2<sup>e</sup> génération, a été excisée à 12 ans au Mali pendant des vacances avec ses parents. Elle se souvient parfaitement de ce moment :

*« Ce que je voulais exactement, c'est quand moi je me regardais dans un miroir hein, je voulais moi retrouver ce clitoris. On parlait du clitoris, moi n'y avait rien. Moi ce que je voulais... je voulais être une femme et ne pas avoir honte. »* (Entretien N° 9 définitif, A. Coumba, femme).

Si la chirurgie semble être pour ces femmes la solution à leurs maux, nous verrons qu'elle n'intervient pas seule et que ces femmes seront aussi entendues sur leur « état de mal être et des difficultés constantes dans le vécu de leur sexualité. » (Andro et al, 2010).

### 1.1.2. Les freins et l'arrêt du parcours

Comme nous l'avons déjà évoqué précédemment, la clitoridoplastie est une intervention, qui – grâce au militantisme du Docteur Pierre Foldes, urologue et père de cette chirurgie – est prise en charge intégralement par l'assurance maladie. Cette prise en charge intégrale a permis d'offrir à toutes celles qui le souhaitent, la possibilité d'être opérées, tant qu'elles s'adressent à une unité de soins pour femmes excisées et non à un chirurgien plasticien. Le recours direct à un chirurgien plasticien est principalement sollicité en premier intention chez certaines femmes de deuxième génération d'immigration.

A l'exception de ce cas précis, la stabilité administrative des femmes est essentielle à la possibilité de pouvoir entrer dans un tel parcours. Il est nécessaire d'avoir à minima un titre de séjour et un logement stable.

C'est pourquoi lors de la première consultation, une évaluation sociale est réalisée. Il existe une forte prévalence de la précarité dans les populations concernées. Cela requiert donc de conseiller la patiente et de l'accompagner dans un premier temps dans ses démarches administratives, avant de pouvoir entamer un travail de reconstruction.

*« Prendre en charge une patiente qui est par exemple SDF, puisque ça arrive, c'est pas du tout la même chose puisque l'accès aux soins, pour le coup, va être complètement modifié et surtout les priorités de la patiente vont être plus de l'ordre de la survie que de son bien-être. »  
(Entretien n°6 définitif, T. Conrad, gynécologue).*

Lors de cette première consultation une évaluation psychologique de ces femmes est réalisée. La psychologue, Nathalie Bernard, nous a fait remarquer, lors de notre entretien (Entretien N°3) qu'il n'est pas envisageable de débiter un parcours, avec une patiente présentant une décompensation psychiatrique ou un état de stress post-traumatique.

Sorties de ces considérations, les femmes souhaitant entrer dans un parcours de reconstruction peuvent se voir freiner par la lourdeur que représente le nombre de rendez-vous, incompatibles avec leur vie familiale ou professionnelle. Le soutien de la famille n'est pas toujours recherché, mais l'absence de soutien de la part du conjoint, dans leur démarche, peut être un frein à la possibilité de prendre le temps nécessaire. De plus, les hésitations que

peuvent ressentir, tout naturellement, les femmes excisées face aux coutumes de leur pays, jouent elles aussi un rôle. De plus, les femmes excisées peuvent ressentir des hésitations à entrer dans un parcours de réparation, tiraillées par une certaine loyauté envers leur culture d'origine, comme nous le confie Edouard Normand, sexologue :

*« Les freins d'entrée c'est que ce n'est pas dans leur culture. Ce n'est pas leur coutume, c'est très ancré quand même dans une tradition ».*  
(Entretien N°5 définitif, E. Normand, sexologue)

Aïssata Coumba (Entretien N°9) me confiait son errance, avant de trouver un lieu de prise en charge. Elle a tout d'abord été très mal accueillie par la maternité dans laquelle elle a mis au monde ses deux dernières filles, le personnel hospitalier ne comprenant pas sa demande. Puis, elle a été renvoyée vers un autre hôpital, sans succès. C'est finalement sur Internet qu'elle a trouvé un lieu d'accueil. Dès la réception, elle a été rassurée et a rapidement pu prendre un premier rendez-vous. Cette situation est très bien illustrée par les propos de Docteur Thierry Conrad dans cette structure :

*« Je pense que les principaux freins, vu que la prise en charge est totalement gratuite, c'est le dépistage et l'adressage des professionnels de santé qui ne sont pas habitués aux problématiques liées à l'excision »*  
(Entretien n°6 définitif, T. Conrad, gynécologue).

Si certaines patientes arrêtent le parcours, c'est qu'elles ne se retrouvent pas dans ce qui leur est proposé, ou encore ne recherchent pas un travail psychologique et sexologique autour de cette démarche. Certaines femmes sont venues par curiosité, sous l'influence d'amies ou de sœurs, mais ne se sentent pas concernées. Il convient de préciser que le parcours peut être mis en pause en fonction des besoins, ou encore des désirs de grossesse.

Enfin, la première raison d'arrêt ou de frein dans cette démarche et celle exprimée par tous, soignants comme patientes, est la peur de la douleur post-opératoire. Le souvenir de la douleur de leur excision reste très prégnant et les pousse soit à attendre, soit à arrêter le parcours.

Les intervenants du parcours sont présents pour les soutenir dans leur choix et les accompagner dans leur décision. Toutefois, elles peuvent également trouver du soutien auprès

de ressources personnelles ou associatives. Comme l'exprime Mariama Sylla lors de notre entretien :

*« J'ai su pendant...parce que je participais tout le temps à des ateliers au forum des associations. C'est comme ça par le bouche-à-oreille que j'ai appris ...et j'ai connu aussi une fille qui a fait ça, qui était victime aussi de l'excision. »*  
(Entretien N°3, M. Sylla, femme)

S'agissant des ressources mobilisables, il existe une grande différence entre les femmes issues d'un parcours migratoire et celles issues de la deuxième génération. Les premières, à leur arrivée en France, après un long parcours migratoire, parfois très violent, vont trouver du soutien auprès d'associations d'accueil aux migrants, d'associations de quartier, de voisines ou encore de professionnels de santé de premiers recours. Tandis que les secondes, scolarisées en France, se tournent principalement vers Internet pour répondre à leur questionnement. Aïssata Coumba fait partie de cette génération, et nous explique qu'elle s'est retrouvée très isolée pour trouver un lieu pour la prise en charge de sa réparation chirurgicale. Son médecin traitant, lui ayant fait un courrier de recommandation, n'a pas été en capacité de l'orienter. Par elle-même, elle a fini par trouver un chirurgien plastique qui consultait pour cette raison : *« J'avais trouvé une personne mais euh la personne était en fait Paris 16<sup>ème</sup>, il n'y avait pas de remboursement rien du tout pratiquement, elle m'a dit les prix et j'ai dit « c'est même pas la peine » et j'avais lâché l'affaire en fait ».*

Edouard Normand, sexologue en unités de soins aux femmes excisées, explique qu'il existe des *« associations très très militantes comme le GAMS qui est vraiment la plus ancienne qui regroupait la lutte contre l'excision. »*. Le GAMS participe activement à l'information, la prévention, la diffusion de support et de renseignements à l'attention des femmes excisées. Des informations concernant le parcours de réparation des femmes excisées, sont mentionnés sur leur site internet

## 1.2. Un parcours de soins au sein d'unité innovante

Dans ce mémoire, nous utilisons le terme de parcours de soins, mais ce dernier n'est pas représentatif d'un parcours de soins coordonnés comme défini par la loi du 13 août 2004, dans lequel le médecin traitant est le correspondant auprès d'autres professionnels de santé. Il est

individualisé pour chaque femme, mais n'est pas formalisé dans un Plan Personnalisé de Soins (PPS), comme spécifié dans cette loi. La notion de parcours s'impose du fait de l'intervention de plusieurs professionnels que sont, à minima, le gynécologue, le psychologue et le sexologue. Il s'agit d'un parcours de soins informel, pour lequel il n'existe pas, encore, de protocole commun à toutes les structures.

Cette prise en charge, centrée sur la chirurgie au départ, est récente. Née dans les années deux mille, elle a investi progressivement les structures hospitalières, portée par des professionnels de santé, sensibles à la cause des violences faites aux femmes et surtout formés à l'accompagnement des femmes excisées.

### 1.2.1 Rôle et Formation des soignants

Ce parcours de soins est récent à l'échelle de l'histoire de la médecine. Il a fait l'objet de nombreux articles en sciences humaines et sociales, qui sont autant de soutien pour le soignant afin d'accompagner du mieux possible les femmes excisées. Il s'agit d'un sujet sensible, intime, l'excision n'est donc pas facile à aborder en consultation, tant pour le soignant que pour la femme.

Armelle Andro, professeure de démographie à Paris 1 et référente Egalité homme-femme, Marie Lesclingland, sociologue et Dolorès Pourette, anthropologue, rapportent dans leur article « Excision et cheminement vers la réparation » qu'il existe un monde du silence autour des femmes excisées. Le sujet de leur excision est rarement abordé lors des consultations. De ce mutisme médical naît le mutisme des femmes sur leur problématique. Comme le mentionne le Docteur Conrad dans notre échange :

*« Du coup, le plus souvent je ne posais pas particulièrement la question à la patiente, voire même je ne lui parlais pas de ce que j'avais vu parce qu'a priori elle ne venait pas consulter pour ça mais quand je tombais sur une excision je n'en parlais pas parce que je ne savais pas quoi faire. »*

*(Entretien n°6 définitif, T. Conrad, gynécologue).*

Aïssata Coumba a dit, elle aussi, que son médecin traitant, qui la connaît depuis l'enfance et connaissait sa situation de femme excisée, n'a jamais abordé le sujet avec elle et elle le



déplore. On peut supposer que, faute de moyen d'accompagnement, les soignants choisissent de se taire.

En outre, peu de soignants sont accoutumés à la population immigrée, ce qui tend à majorer ce mutisme, par peur d'un discours erroné ou blessant.

Pourtant, le rôle de soignant dans sa fonction médicale est d'apporter la meilleure réponse possible à son patient. Mais en l'absence de formation sur ce sujet lors de leurs études, les soignants se trouvent en difficulté de l'aborder. D'après le Docteur Conrad, tout soignant qui constate une excision se doit d'en être interpellé et d'interroger la patiente :

*« Dans l'idéal, il faudrait que tout professionnel de santé qui est face à une personne excisée puisse au minimum lui poser la question "Est-ce que ça vous pose un problème ?" déjà "Savez-vous que vous avez été excisée ?" si elle répond non, on l'informe qu'elle a été excisée. Si elle répond oui, on lui pose simplement la question "Est-ce que ça vous pose un problème ?". »  
(Entretien n°6 définitif, T. Conrad, gynécologue).*

Depuis quelques années, les hospitaliers sont de plus en plus sensibilisés à la prise en charge des femmes excisées. Il n'existe pas actuellement un diplôme spécifique à la prise en charge des femmes excisées. Il existe toutefois des formations sur la lutte contre les violences faites aux femmes à l'attention des professionnels de santé ou encore un diplôme universitaire à l'attention des médecins en « Médecine et chirurgie reconstructive et plastique pelvi-périnéale ». Lors des entretiens, les intervenants du parcours nous ont confié s'être formés "sur le tas", les gynécologues auprès de Foldes ou encore la psychologue en psychotraumatologie.

De nombreux articles académiques, écrits par des gynécologues mais aussi des sociologues, des anthropologues, ont permis d'étayer la compréhension de tous, autour de ce sujet et de soutenir les soignants dans la prise en charge de ces populations.

En 2015, la première communication internationale sur la « Prise en charge des femmes excisées » est organisée conjointement avec l'Institut de Démographie de l'Université Paris 1 (IDUP) et le Centre d'Analyse et d'Intervention sociologiques (CADIS). Ceci témoigne de l'enjeu de santé publique et de la transformation, depuis quelques décennies, du regard de notre société sur cet enjeu de droits humains.

Enfin en 2020, la Haute Autorité de la Santé (HAS) a publié un référentiel de bonne pratique concernant : “Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours” dans lequel les soignants peuvent trouver des informations sur les MSF, et conduites à tenir et les prises en charge existantes pour ces femmes sur le territoire français.

Nous comprenons ici l’enjeu et la nécessité de formation des soignants qui œuvrent dans un parcours de réparation, un parcours de soins élaboré pour répondre à la démarche de reconstruction des femmes excisées. C’est donc face à ce constat que des unités de prise en charge de femmes excisées ont été créés sur l’ensemble du territoire français.

#### 1.2.2. Les unités de soins aux femmes excisées

Nous ne reviendrons pas sur la création de la chirurgie du clitoris, mais sur l’aspect innovant de cette technique, comme le souligne le Docteur Béatrice Cuzin, urologue au CHU de Lyon, dans son intervention à la première consultation internationale sur la “prise en charge des femmes excisées”. Une technique est innovante lorsqu’elle rend service, dans notre cas aux femmes excisées, avec la particularité qu’il ne s’agit, ni d’une technique fonctionnelle, ni d’une technique vitale.

Suivant les régions et en fonction de la prévalence de femmes excisées sur leur territoire, des professionnels engagés se sont emparés de cette technique innovante et ont créé un parcours, au départ, avec “les moyens du bord”. Toutefois, il a été très rapidement évident que ce parcours devait compter sur la présence d’un gynécologue, d’une psychologue et d’un sexologue. Michel Moreau nous a décrit la création du parcours de soins dans son établissement.

*« [En 2010] dans la mesure où à Dieppe il y a un certain nombre de patientes de l’Afrique de l’Ouest, et où on découvrait des excisions, j’ai dit à la psychologue du service, avec qui je m’entendais bien, euh “Monique, il va falloir que tu voies [en consultation] des patientes avant [l’opération] pour qu’on puisse faire quelque chose de bien pour une réparation”, en sachant que ce n’était pas le geste chirurgical lui-même qui était un vrai problème. Avant de dire ça, j’étais aller voir Foldes, le voir opérer une fois, et deux fois. » (Entretien N°2 exploratoire, T. Moreau, gynécologue)*

Les unités de soins aux femmes excisées sont nées de cette multitude de démarches individuelles et informelles, qui ont fait grandir l'offre de soins à l'attention des femmes excisées. Cette évolution est concomitante avec la reconnaissance de la chirurgie réparatrice par les pouvoirs publics, en deux mille trois.

Ces unités sont présentes au sein d'hôpitaux, qu'ils soient publics ou privés. Elles n'ont pas d'existence physique, en ce sens qu'il n'existe pas de service dédié au sein de l'hôpital. Elles existent, du fait d'un collectif de soignants, engagés dans ce type de prise en charge ; soignants qui font groupe lors de staff "femmes excisées" afin de prendre des décisions collégialement sur les conduites à tenir et ce de manière individualisée.

Le GAMS fait un recensement de ces unités qui couvre désormais onze régions et vingt départements, dont cinq sont en Ile de France. Le maillage des unités de soins aux femmes excisées reste encore faible mais représentatif de la répartition des populations migrantes sur le territoire français. Il apparaît intéressant de mentionner que ce recensement n'a pas été réalisé par les hautes autorités, et que ces dernières dans leurs recommandations proposeront de se référer à la liste réalisée par le GAMS.

Toute femme excisée peut prendre rendez-vous auprès de ces unités de soins pour réaliser une première évaluation, comprendre les enjeux et verbaliser ses attentes. Il n'y a pas de notion de temporalité dans ces prises en charge, ce sont les femmes qui donnent le tempo, en fonction de leur élaboration autour d'un projet de réparation.

Ces unités sont innovantes, d'une part par l'accès à une technique chirurgicale innovante de réparation anatomique, et d'autre part avec l'orientation de ce parcours vers une réparation symbolique du corps de la femme et de la place du plaisir. Au sein des unités de soins femmes excisées, la prise en charge globale et pluridisciplinaire est au cœur de la démarche, s'articulant principalement autour d'un gynécologue, d'un psychologue et d'un sexologue.

### 1.3 Le trio d'intervenants indispensables

Pour répondre aux douleurs liées à l'excision, aux demandes identitaires, ou encore à l'amélioration de la sexualité, le parcours de réparation est articulé autour de trois

intervenants indispensables, formés et spécialisés, à une prise en charge globale des femmes excisées.

### 1.3.1. Le gynécologue, le premier intervenant du parcours

Le premier intervenant rencontré par les bénéficiaires du parcours est le gynécologue, qui aura la tâche de définir s'il y a bien eu excision et le type de cette dernière :

*« Ce qui est sûr, c'est qu'il y a forcément au départ un diagnostic lésionnel. Donc il faut quand même être sûr que la patiente est excisée, voir quel type de mutilation elle a et voir s'il n'y a pas de pathologie associée. »*  
(Entretien n°6 définitif, T. Conrad, gynécologue).

Son rôle est aussi d'évaluer la situation sociale et psychologique de la patiente afin de l'orienter au mieux, dans un second temps. Le gynécologue est la porte d'entrée dans le parcours, il porte un regard bienveillant et attentif aux demandes des patientes :

*« J'ai une patiente qui vient en consultation, qui vient avec une plainte donc moi, j'analyse sa plainte, [...] c'est que si elles viennent consulter autour de ça c'est qu'il y a quelque chose qui ne va pas et qu'elles souhaiteraient améliorer. Donc nous, dans un premier temps, on va essayer de comprendre quelle est sa plainte. »*  
(Entretien n°6 définitif, T. Conrad, gynécologue).

L'ensemble des femmes interviewées nous ont relaté des expériences similaires pour ce premier rendez-vous, un temps de diagnostic d'excision, des explications données sur le parcours et des exercices pour explorer leur corps et leurs capacités sensorielles. Ce travail d'autostimulation est nécessaire afin de définir dans quelle mesure le moignon du clitoris a des capacités d'excitation, comme nous l'ont confirmé l'ensemble des femmes interviewées :

*« Il [le gynécologue] m'avait aussi demandé un exercice où il fallait aussi se connaître soi-même, toucher son...même si mon clitoris était un peu caché mais il m'a montré où il se situait donc euh qu'il fallait un peu que je me connaisse moi-même et que j'achète un gel lubrifiant qu'il m'avait prescrit, que j'aie dans la salle de bains dans un coin toute seule et que j'essaye d'imaginer... de rentrer dans un peu dans cet exercice-là. »*  
(Entretien N°9 définitif, A. Coumba, femme)

Le gynécologue pourra émettre le cas échéant un certificat d'excision à l'attention de l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA), complétant parfois une demande d'asile, comme cela a pu être le cas pour Fatou Kamara (Entretien N°7)

Puis, vient la décision de chirurgie qui peut intervenir après plusieurs rendez-vous avec le gynécologue, autant de temps qu'il le faudra pour que la patiente soit rassurée. C'est dans ces moments que les femmes cherchent auprès d'amies ou associations des soutiens à leur décision personnelle.

*« Ça m'a quand même pris un an. Parce que je voulais être rassurée avant de le faire et j'ai essayé de me renseigner un peu de gauche à droite, de savoir les femmes qui ont suivi la reconstruction ce que ça donne. »*

*(Entretien N°7 définitif, F. Kamara, femme)*

Cette décision doit aussi être prise de façon collégiale avec les trois intervenants du parcours lors de staff pluridisciplinaire. Il y est discuté, au cas par cas, de la faisabilité et de l'intérêt d'une opération. Devant l'éventualité d'une chirurgie, seule la patiente est détentrice de la finalité de la décision. (Merckelbagh et al, 2015).

*« La chirurgie dans le parcours de soin peut avoir sa place. Elle peut avoir des indications évidentes si vraiment il y a une cause organique, mécanique à des douleurs ou à l'insensibilité de son clitoris et parfois le problème qu'elle a ne peut pas être amélioré par la chirurgie. »*

*(Entretien n°6 définitif, T. Conrad, gynécologue).*

Pour celles qui seront opérées, des rendez-vous post-opératoires sont prévus, comme dans toutes interventions chirurgicales, à quinze jours, un mois et trois mois. Par la suite, le suivi gynécologique en lien avec l'intervention n'est plus nécessaire. Il est d'ailleurs rare que les patientes continuent un suivi avec le gynécologue qui les a opérées, car les femmes retournent vers un suivi en ville. Du côté des patientes, le post-opératoire est marqué par la douleur liée à l'intervention, qui malgré son intensité reste gérable, ou du moins acceptée. La sociologue que nous avons pu interviewer, l'explique ainsi :

*« Le postopératoire, c'est non négligeable. Mais ça fait partie d'un parcours de reconstruction de soi où ça s'inscrit dans le corps. Et moi, j'ai l'impression que la manière dont elles en parlent, c'est bon. "Ça a été douloureux, mais j'ai tout fait en contrôlant, en choisissant. »*

*(Entretien N°1 exploratoire, T. Vaillant, sociologue)*

Enfin, les données retrouvées dans la littérature, mettent en avant que plus de 50% des femmes entrées dans le parcours de réparation ne seront finalement pas opérées, n'en ressentant plus le besoin, ou par peur de réveiller des douleurs anciennes. La réparation ne

s'effectue pas que sur un plan anatomique, elle prend aussi en charge les dimensions psychiques et sexuelles.

Par ces mots, nous comprenons la place prépondérante du suivi et de l'accompagnement psycho-sexuel. Aïcha Diaby, 21 ans mariée, mère de 2 filles, lors de notre entretien n'était pas décidée à se faire opérer, elle avait encore besoin d'un temps de réflexion pour faire murir sa décision :

*« Moi j'ai peur là, j'ai très peur... Je ne veux pas avoir mal parce qu'ils ont coupé deux fois comme je t'ai dit et pour le moment je préfère attendre. J'ai peur voilà c'est tout. »*

*(Entretien N°8 définitif, A Diaby, femme)*

Le deuxième intervenant du parcours est le psychologue, qui intervient en collaboration avec le gynécologue et au regard de sa première évaluation.

### 1.3.2. Le psychologue, pour une évaluation des maux

Soigner le corps n'a de sens que si l'esprit a la capacité de l'accepter, la prise en charge psychologique des femmes est inéluctable. Le psychologue intervient très souvent en deuxième intention dans le parcours. Cette première consultation avec le psychologue permet à la femme de s'exprimer sur les souffrances physiques ou psychiques qu'elle ressent. Cela permet aussi de pouvoir verbaliser les répercussions que l'excision a sur leur vie actuelle. Le psychologue profite de cette première consultation pour réaliser une évaluation psychosociale poussée.

*« Après on va quand même faire une évaluation, toujours lors de la première consultation psychologique pour voir si cette dame est ...dans quel état psychologique elle est, dans quel état psychique elle est et ça peut aller d'un état strictement normal à un état de stress post-traumatique grave, voire suicidaire. »*

*(Entretien n°6 définitif, T. Conrad, gynécologue).*

L'évaluation psychologique permet d'orienter les femmes vers un psychiatre lorsque le traumatisme est trop prégnant, qu'il soit en lien avec l'excision ou encore un mariage forcé, et/ou des viols à répétitions sur le parcours migratoire. Le psychiatre a été sollicité dans le cas de deux des femmes interviewées afin de traiter les symptômes des traumatismes.

*« Ils m'ont aidée à faire mes traitements en place. Avec les médicaments la nuit j'ai pu dormir. La journée je prends aussi, ça fait que ma tête est libre. » (Entretien N°8 définitif, A. Diaby, femme)*

*« Mais le cerveau, ça joue sur moi, ça me fatigue. Il [le psychiatre] m'a prescrit des médicaments qui m'ont aidée à dormir et à oublier un peu mes problèmes. » (Entretien N°7 définitif, F. Kamara, femme)*

Le suivi psychologique se fait sur plusieurs semaines, voire plusieurs mois et peut perdurer au-delà du parcours de réparation. Le travail psychologique est souvent initié, sans grande volonté de la part des patientes mais il s'avère essentiel pour permettre à la femme d'appréhender son passé et de comprendre les enjeux d'un tel parcours.

*« Donc, il y avait toute la question de comment être une femme, comment vivre avec un corps qui a été torturé et en plus, il y avait forcément une migration d'image des tortures qu'elle avait vécue donc ça été une longue prise en charge. » (Entretien n°4 définitif, N. Bernard, psychologue)*

La prise en charge psychologique permet aux personnes de trouver un espace pour s'exprimer librement, mais aussi un espace d'écoute autour du vécu de leur excision, et des problématiques qu'elle a pu engendrer.

*« Je crois que j'ai essentiellement un rôle d'écoute et de soutien comme tous les psys en fait. » (Entretien n°4 définitif, N. Bernard, psychologue)*

Les principaux axes abordés avec le psychologue que nous avons rencontré sont les mêmes qui ont amené les femmes à entrer dans le parcours. En plus de la prise en charge d'une anxiété importante, de dépression ou de syndromes de stress post-traumatique, le psychologue accompagne ces femmes dans leurs problèmes identitaires, dans leur identité féminine.

*« La mutilation sexuelle féminine ça casse vraiment la confiance des femmes en elles-mêmes et pour moi ça va au-delà de la sexualité. » (Entretien n°4 définitif, N. Bernard, psychologue)*

Le thème de la sexualité est, bien-entendu, abordé lors des consultations, mais souvent sous l'angle des problèmes maritaux ou des difficultés à être en couple et à élaborer des relations amoureuses sereines, au regard de ce qu'elles ont subi. Ce thème sera par la suite approfondi avec le troisième intervenant du parcours, le sexologue.

### 1.3.3 Le sexologue, pour apprendre à se connaître

L'évaluation sexologique peut se résumer à "moi je n'ai aucun problème sexuel" ou au contraire à une multitude de problèmes sexuels. Il est important de rappeler qu'un certain nombre de femmes excisées, entrant dans un parcours de réparation, n'évoque aucune difficulté sexuelle, ce qui est le cas d'une des quatre patientes interviewées dans le cadre de ce mémoire. Femme issue de la deuxième génération, Aïssata Coumba décrit des relations amoureuses, dans lesquelles il existe une recherche mutuelle de plaisir. (Entretien N°9)

Le sexologue effectue à la fois un travail sur le droit sexuel et à la fois un travail sur le plaisir et la satisfaction sexuelle. Edouard Normand résume son travail auprès des femmes en ces termes :

*« Vraiment il y a un travail sexologique qui est à la fois un travail d'éducation, d'évaluation et d'accompagnement, d'expérimentation pour la personne et de découverte que la sexualité peut s'exprimer de différentes façons, d'une prise de conscience de ses droits sexuels. »*  
(Entretien N°5 définitif, E. Normand, sexologue)

Le vécu de la sexualité est très fortement lié aux facteurs culturels. Dans leur article « Excision : entre clinique et droits humains », Laura. Beltran, Sokhna Fall et Emmanuelle Antonneti-N'Diaye, chirurgiens-gynécologues, nous rappellent que « l'absence d'éducation sexuelle, les tabous sur certaines pratiques, la non-liberté de choix du partenaire, etc. peuvent être tout autant des facteurs explicatifs des difficultés sexuelles ». L'une des dimensions qu'aborde la sexologie dans le cadre d'un parcours de réparation est de permettre à la femme de se connaître. Cette dimension est d'autant plus complexe, lorsque la jeune femme n'a connu que des rapports sexuels, non consentis dans un mariage forcé, avec des viols conjugaux. La découverte du corps, du type d'excision et des capacités sensorielles sont les premiers pas vers la connaissance de son corps.

*« C'est très important pour lui [le gynécologue] de travailler toute la question sexologique, d'inviter la femme à se caresser, à prendre conscience de son corps, des sensations qu'elle ressent dans son corps pour déjà qu'il y ait quelque chose d'une simulation un peu intellectuelle, cérébrale de ce qui se passe dans le corps. »*  
(Entretien n°4 définitif, N. Bernard, psychologue)



A la méconnaissance de leur corps, s'ajoute une incapacité à ressentir du plaisir, voire du désir lors des rapports sexuels. Cette situation peut s'expliquer physiologiquement par l'absence du clitoris mais aussi symboliquement. Culturellement dans une société marquée par des rapports patriarcaux forts, certaines femmes ne s'autorisent pas à ressentir une satisfaction sexuelle.

*« La sexualité n'a jamais été vécue comme étant potentiellement quelque chose qui pouvait lui apporter du plaisir mais comme quelque chose qui était l'affaire des hommes ou à but reproductif ou à but économique pour s'assurer une survie. »*  
(Entretien N°5 définitif, E. Normand, sexologue)

Le psycho-traumatisme lié aux rapports non consentis peut aussi déclencher des réactions émotionnelles fortes lors des rapports sexuels. Dans ces cas, la prise en charge du psycho-trauma par le psychologue prévaut sur la prise en charge sexologique. Aïcha Diaby lors de notre entretien a pu nous en faire part :

*« Mais c'est dur parce que dès que mon mari y me touche... j'ai les images des viols qui reviennent tout le temps et tout, alors je pleure et je pleure... et mon mari il comprends, euh, oui il est très gentil. »*  
(Entretien N°8 définitif, A. Diaby, femme)

Enfin pour d'autres femmes excisées dans un parcours de réparation, l'analyse des difficultés qu'elles rencontrent ne diffère pas de celles rencontrées par des femmes non excisées. L'absence de plaisir ou le déficit de désir n'est donc pas l'apanage des femmes mutilées. Une approche psychoculturelle de la sexualité de ces patientes est donc nécessaire à l'évaluation de leurs difficultés sexuelles.

*« Parfois d'ailleurs des problèmes du champ de la sexologie ne sont pas du tout spécifiques de la mutilation sexuelle et que l'on peut rencontrer chez une femme non excisée mais qui nécessite quand même une prise en charge pour essayer d'améliorer les choses. »*  
(Entretien n°6 définitif, T. Conrad, gynécologue).

Une chirurgie novatrice est venue bousculer la prise en charge des femmes excisées et ainsi provoquer une transformation du regard de notre monde occidental, ouvrant la voie à une reconnaissance des conséquences psycho-sexuelles de l'excision. Ce sujet mobilise les professionnels de santé, mais aussi les chercheurs en sciences humaines, les uns actifs, à vouloir traiter les multiples conséquences de l'excision, les autres à apporter du sens et de la compréhension à ce projet innovant. L'émergence des unités de soins aux femmes excisées

ont permis de formaliser un parcours de réparation, autour d'intervenants engagés et formés à une prise en charge multidimensionnelle des femmes excisées. La réflexion sociologique autour de cette démarche nous pousse à nous questionner sur les dimensions culturelle et symbolique d'une telle réparation. Afin de poursuivre notre travail de recherche, nous nous intéresserons à la notion d'identité culturelle et d'identité féminine. Le parcours de réparation, loin de ne réparer que le corps, viendrait aussi réparer une double problématique, celle de la "reconnaissance à une appartenance culturelle" et d'une "reconstruction d'une individualité féminine". (Andro et al, 2010)

## Partie 2. Les ressorts identitaires du parcours de réparation

Pour mener cette réflexion autour du projet de réparation comme support de réparation identitaire, nous débuterons notre exposé par l'identité culturelle, premier maillon ouvrant la voie à la compréhension des femmes excisées, puis nous aborderons dans un second temps l'identité de femme, que le parcours de soins vient réparer au regard des modèles dominants dans notre société française.

Avant toute chose, il est important de noter que la notion d'identité est une notion très complexe dont il faut souligner le caractère polysémique.

Michel Castra, maître de conférences à l'Institut de sociologie et d'anthropologie de l'université de Lille 1, définit l'identité en ces termes : « l'identité est constituée par l'ensemble des caractéristiques et des attributs qui font qu'un individu ou un groupe se perçoivent comme une entité spécifique et qu'ils sont perçus comme tels par les autres ». L'identité est donc le produit des caractéristiques intrinsèques de l'individu, de son environnement social et culturel, et de ses habitudes de vie (Fougeyrollas, Dumont, 2010). L'identité est aussi ce par quoi l'individu peut s'identifier par rapport aux autres.

Claude Dubar, sociologue, reconnu pour ses travaux sur le concept d'identité et sur les processus de construction identitaire, souligne le caractère indissociable de l'identité et des rapports sociaux.

Nous débutons notre réflexion par la notion d'identité culturelle.

### 2.1 L'identité culturelle

L'identité culturelle est transmise par les parents et les aïeux, et par toute la communauté, en termes de valeurs, de lieu de vie, de pratiques et de croyances. Elle est aussi élaborée à partir d'un vécu commun, par les rencontres de la vie, et d'une mémoire historique, par l'intégration de normes et de traditions<sup>3</sup>. Elle est une composante importante de ce qui définit l'individu dans le collectif, donnant le sentiment d'appartenance à une communauté. L'identité culturelle peut donc s'enrichir tout au long de la vie mais aussi se heurter aux autres cultures. Nous débuterons notre exposé sur le "règne du non-dit" qui entoure les femmes excisées. Puis nous

---

<sup>3</sup> [https://www.grainesdepaix.org/fr/ressources/dictionnaire/identite\\_culturelle](https://www.grainesdepaix.org/fr/ressources/dictionnaire/identite_culturelle)

développerons la notion de rite de passage, par l'approche sociologique de l'ethnologue Arnold Van Gennep. Enfin nous développerons notre sujet autour de la confrontation des normes et le concept de formes identitaires, défini par le sociologue Claude Dubar.

### 2.1.1 Le "règne du non-dit"

Dans leur article, « Excision et cheminement vers la réparation : Une prise en charge chirurgicale entre expérience personnelle et dynamiques familiales », Armelle Andro, Marie Lesclingand et Dolorès Pourette évoquent la loi du silence qui entoure les femmes excisées, comme le "règne du non-dit". Il s'agit là d'une absence d'informations et de communication au sujet de l'atteinte corporelle, et de ses conséquences, subie par les femmes excisées, de la part de leur communauté et de leur famille.

Culturellement, dans les communautés qui pratiquent l'excision, tout ce qui a trait à cette pratique, comme à la sexualité, sont des sujets tabous, qui ne sont jamais abordés ni dans la sphère familiale nucléaire, ni avec le reste de la communauté :

*« Et en fait nous, chez nous la sexualité est un sujet tabou. On n'ose pas en parler ni à la maison, ni en dehors de la maison. »  
(Entretien N°3 exploratoire, M. Sylla, femme)*

Edouard Normand, sexologue en unité de soins femmes excisées ajoutent que cela ne touche pas que la communauté mais aussi l'ensemble de la société de ces pays :

*« Au sein de ces populations, ce sont des sujets qui sont plutôt tabous à la fois dans la société et à la fois dans la famille. On ne parle pas de ces sujets-là [de sexualité] ou du problème de l'excision. »  
(Entretien n°5 définitif, E. Normand, sexologue).*

Pour les femmes scolarisées en France, cette pratique est complètement invisible. Andro et ses coautrices l'expliquent par le fait que « la pratique de l'excision se trouve déconnectée des cadres culturels et sociaux dans lesquels elle trouvait ses fondements et ses significations ». Aïssata Coumba, qui a été excisée à l'âge de 12 ans pendant des vacances au Mali, n'avait jamais entendu parler de cette pratique :

*« Il y avait déjà mes sœurs qui étaient là-bas [au Mali], qui avaient déjà été excisées mais qui ne nous le disaient pas clairement [...] Et ce jour-là, [...] ils avaient fait une petite fête donc ils nous ont un peu prévenus qu'il ne fallait pas y aller, que c'était*

*dangereux. Nous [avec ma sœur] on n'avait pas prêté attention. Moi je ne savais même pas ce que c'était l'excision donc je n'ai même pas pensé à ça. »*  
(Entretien N°9 définitif, A. Coumba, femme)

Les femmes interviewées nous rapportent, qu'après leur excision, elles se retrouvaient dans l'impossibilité de poser des questions, et ainsi de comprendre ce qui leur était arrivé comme nous le partage Fatou Kamara dans notre échange :

*« [De retour au village] Là il y avait ma mère qui était là et moi dès que j'ai vu ma maman, je me suis mise à pleurer. Je voulais lui parler, je voulais qu'elle m'explique pourquoi elle a fait ça. Mais on nous a séparées. »*  
(Entretien N°7 définitif, F. Kamara, femme)

Le silence se referme sur cet événement et elles garderont pour elles leurs questions comme leurs rancœurs, qui se cristallisent autour de leur mère. Culturellement, elles ne peuvent s'opposer à leurs familles et réclamer des explications. Parfois, le sujet est abordé entre sœurs. Les hommes en sont complètement exclus. Aïssata nous fait part de cette réalité au sein de sa famille :

*« On vient tous du Mali mais mes frères et tout ils sont au courant mais même au jour d'aujourd'hui on ne leur en a pas parlé en fait. Ils le savent mais on n'en discute pas, c'est tabou. »*  
(Entretien N°9 définitif, A. Coumba, femme)

En outre, si cette pratique est considérée comme une norme dans les pays d'origine, elle est, dans le contexte français, sévèrement sanctionnée. Au poids du silence s'ajoute celui du secret. Ce poids est d'autant plus marqué chez les jeunes filles scolarisées en France, qui ne peuvent pas, non plus, s'exprimer auprès de personnes en dehors de leur communauté :

*« Pratiquement avec toutes mes sœurs ont a été excisées mais pour nous c'était un secret. C'est quelque chose...bon moi je n'en ai jamais parlé ni à mes ami(e)s, ni à l'école personne ne le savait. »*  
(Entretien N°9 définitif, A. Coumba, femme)

Il est aussi démontré que le secret serait instauré afin de préserver la famille de potentielles sanctions.

Enfin, comme nous l'avons déjà développé, les non-dits touchent aussi le corps médical, en difficulté pour aborder le sujet de l'excision, et par la même celui de la sexualité, auprès de populations considérées comme très ancrées dans leurs traditions. Culturellement, les femmes excisées leur apparaissent comme soumises au désir de leur mari et peu enclines à verbaliser

leurs problèmes de sexualité. Certaines femmes ne voulant pas s'opposer à leur famille, mais souhaitant amorcer une prise en charge de leur mutilation au sein d'un parcours de réparation, préféreront le faire en cachette, parfois même à l'insu de leur conjoint, comme nous le confirme Edouard Normand, sexologue :

*« Donc ça va être compliqué de leur en parler, souvent elles ne leur en parlent pas d'ailleurs. Elles ne leur disent pas et même pas à leur mari, donc il va falloir le faire en cachette. »*  
(Entretien n°5 définitif, E. Normand, sexologue).

Pour d'autres, l'entrée dans le parcours de réparation est l'occasion de pouvoir lever les tabous, leur permettant d'exprimer à la famille proche les raisons de leur démarche. Par ce biais, elles sont en mesure d'aborder le sujet de l'excision, et de la sexualité. L'information semble toujours être transmise aux sœurs, elles aussi excisées, puis à la mère et parfois aux hommes de la famille. Parmi les femmes que nous avons interrogées, deux d'en elles n'ont plus du tout de contact avec leur famille. Tandis qu'Aïssata Coumba, socialisée en France, et Mariama Sylla, issue d'un parcours migratoire, nous confirment qu'elles ont pu s'exprimer sur leur réparation avec une partie de leurs sœurs :

*« J'en avais parlé à une de mes sœurs qui m'a dit « dès que tu le fais, je me lance » donc ça m'a motivée. Elle m'a dit « toi tu y vas d'abord », c'est ma grande sœur en plus et elle m'a dit « et après c'est moi ». »*  
(Entretien N°9 définitif, A. Coumba, femme)

*« Souvent j'en parle à ma sœur mais elle me dit « de toute façon ce qui est fait est fait, on n'y peut rien ». Comme elles sont en Afrique, quand je leur dis non « c'est vrai que ce qui est fait est fait mais quand on a la chance de venir ici en France on peut la réparer ». »*  
(Entretien N°3 exploratoire, M. Sylla, femme)

Ce sujet reste totalement tabou et inabordable « de peur que cette opération soit perçue comme une rupture familiale et donc culturelle », au sein de la famille élargie et donc de la communauté. (Andro et al, 2010)

Dans la culture des pays pratiquant l'excision, les non-dits sont un poids supplémentaire que les femmes excisées portent. Ce poids est toujours présent dans le pays d'accueil, et peut être plus lourd à porter pour les femmes de deuxième génération, qui sont confrontées, dès le plus

jeune âge, aux conséquences identitaires de cette coutume. La réversibilité permise par l'opération donne aux femmes la possibilité de libérer leur parole.

### 2.1.2 L'excision, un rite de passage

Avant d'entrer dans l'analyse de l'excision comme rite de passage, nous souhaitons apporter un éclairage sur le concept d'identité culturelle et sur le lien avec cette coutume.

Pour cela, nous empruntons les mots de Claude Dubar : « la forme [identitaire] « culturelle », dominante dans les « communautés traditionnelles », implique la domination de sexe, des hommes sur les femmes, exprimée dans les mythes, mise en scène dans les rites, mise en œuvre dans les structures de parenté ». (Dubar, 2010)

La notion de communauté traditionnelle est essentielle lorsque de l'on aborde le thème de l'excision, pratique interdite et punie par la loi, qui continue à être traditionnellement pratiquée dans de nombreux pays du monde.

Arnold Van Gennep (1909) a permis de définir sous l'expression "rites de passage" un vaste ensemble de phénomènes hétérogènes de rituels, marquant la transition d'un état social à un autre. Le corps est au centre des rites de passages nommés *life-crisis*, que sont les différentes étapes du cycle de l'existence d'un individu. Ce sont par des actes sur le corps des individus que le changement de statut s'opère. L'excision fait partie de ce type de rituel, pouvant s'apparenter au rite initiatique ou de puberté, et marque le passage de la fillette à un statut de femme socialement acceptée par la communauté. (Bonhomme, 2008).

Les rites de passage se caractérisent par un schéma tripartite composé d'une période de séparation des initiés avec le reste du groupe, d'une période de marge avec mise à l'épreuve et apprentissage, et enfin une période de réintégration dans le groupe social.

Nicole Sindzingre, anthropologue, décrit en 1977, dans son article « Un excès par défaut : Excision et représentations de la féminité », les trois étapes lors du rituel de l'excision débutant par « une étape - non nécessaire -, relevant le plus souvent de la première phase (séparation) ; la réclusion consécutive à l'opération présente les caractères de la phase liminale [de marge] ; les fêtes de sortie, par exemple, ceux de la phase de réintégration ». Dans cette

article, Nicole Sindzingre s'applique à comparer deux mutilations sexuelles que sont la circoncision et l'excision, seule pratique que nous développerons.

Nous aborderons la description des phases du rituel de l'excision au travers des yeux de celles qui se souviennent de cet événement. Actuellement dans la littérature, et lors des entretiens que nous avons pu mener, on observe tout de même une phase de séparation du groupe. Elle s'effectue généralement "par surprise" ou du moins sans être explicitement abordée par les femmes accompagnant les jeunes filles. Aïcha Diaby (Entretien N°8) parle d'être sortie des champs pour être emmenée par sa mère dans un endroit, sans autre explication ; Fanta Kamara (Entretien N°7) décrit la scène ainsi :

*« Je suis partie et j'ai commencé à puiser de l'eau et puis là-bas au moment où j'ai fini de remplir, il y a une dame qui est venue m'attraper. C'était un lieu où il y avait la forêt et il y avait une route aussi donc je vois la dame qui vient de la forêt et qui m'attrape. »*

*(Entretien N°7 définitif, F. Kamara, femme)*

Les rites de passage sont habituellement accompagnés d'un discours collectif explicite sur le changement de statut social, ce qui n'est pas le cas lors d'une excision. Le rituel d'excision est marqué par l'impréparation des jeunes filles, comme le partage le Docteur Thierry Conrad, gynécologue en unité de soins femmes excisées :

*« Déjà dans l'impréparation au geste, [...], on ne prépare pas la jeune fille en lui disant qu'elle va vivre un moment difficile mais qu'elle va devenir une femme et tout... »*

*(Entretien n°6 définitif, T. Conrad, gynécologue).*

La phase de marge est très fortement marquée par la notion d'épreuve, physique et psychologique. A la violence de la douleur liée à l'excision est associée la violence des personnes qui réalisent l'acte. Les femmes décrivent des personnes qui les attrapent, qui les contentionnent, qui les écrasent, parfois jusqu'à l'étouffement. Au même instant apparaît le sentiment de trahison, comme l'exprime Fatou Kamara :

*« Et après je me suis dit que c'était de sa faute alors je ne voulais plus la voir, [...] je ne voulais plus lui parler. »*

*(Entretien N°8 définitif, F. KAMARA, femme)*



Docteur Thierry Conrad explique que le sentiment de trahison est soutenu par celui d'être tombé dans un piège, à un moment où les jeunes filles entretiennent une confiance totale envers leurs aînés :

*« Souvent c'est un subterfuge, c'est un énorme sentiment de trahison que l'on retrouve dans le fait que l'on va faire croire à la jeune fille qu'elle va aller à un moment agréable, qu'elle va à un repas, ou qu'elle va rendre service, comme aller chercher de l'eau, et elle va se retrouver dans un traquenard... »*  
(Entretien n°6 définitif, T. Conrad, gynécologue).

La seconde composante de cette phase est l'apprentissage, que l'on ne retrouve pas dans le rituel d'excision. Nicole Sindzingre ajoute à ce constat qu'« on n'y apprend en fin de compte rien que l'on ne sache déjà, car là n'est pas l'enjeu réel de l'excision. [...] L'excision institue de façon performative une distinction qui se suffit à elle-même, entre excisée et non-excisée ». Cela relève uniquement du versant de la féminité socialisée.

Les rites de passage s'accompagnent habituellement d'un enseignement significatif et à caractère positif. L'excision apparaît, non comme un enseignement mais, comme l'acquisition de droits et de devoirs d'épouse ou de mère. Il est intéressant de noter que la littérature étudiée mentionne rarement l'âge de réalisation de l'excision, qui peut être réalisée dès la naissance et jusqu'au jour du mariage. Nous émettons l'idée que cela renforce l'aspect statutaire de cet acte, que cela définit une "certaine identité de femme", pure et dévouée à son futur mari et à sa famille. (Tauzin, 1998)

Enfin, la phase de réintégration aux groupes peut être marquée par une fête ou par des chants sur le chemin de retour au village :

*« Ils ont chanté des musiques et la musique traditionnelle qu'ils chantaient voulait dire « on est des femmes maintenant, on est des braves femmes. On a franchi une étape de notre vie ». »*  
(Entretien N°7 définitif, F. Kamara, femme)

Fête à laquelle les jeunes filles ne participent pas, elles vont être isolées dans une maison afin qu'on leur prodigue les premiers soins :

*« Et là après tout ça, s'en suit des traitements mais c'est des traitements où on nous met des médicaments en poudre africains. »*  
(Entretien N°9 définitif, A. Coumba, femme)

Il est intéressant de noter que « l'excision — comme la circoncision, certes — préserve les organes de la procréation ; mais, à l'opposé de la circoncision, elle s'applique à un organe

déterminant du plaisir féminin ». (Sindzingre, 1977). La pratique de cette coutume est sous-tendue par l'idéologie patriarcale de la domination de l'homme sur la femme.

Dans les pays où l'excision est traditionnellement pratiquée, les femmes non excisées, considérées "ni comme un homme, ni comme une femme", n'ont pas de reconnaissance de statut social dans la société. Dans un contexte migratoire, la dimension initiatique de l'excision disparaît. La perpétuation de l'excision dans ce contexte peut être conçue comme un moyen de préserver l'identité culturelle.

### 2.1.3 Vivre entre deux cultures

La confrontation des normes sociales entre le pays d'origine et le pays d'accueil est au cœur du parcours de réparation. Comprendre l'univers social des pays pratiquant l'excision permet d'appréhender le cadre normatif qu'elle revêt. Le respect de l'ascendance et des traditions est très développé dans les pays où l'on pratique l'excision. Elle est une norme collective qui prévaut sur le choix individuel, comme nous l'exprime Edouard Normand :

*« Souvent il n'y a pas de choix individuel. Il y a une autorité établie des aînés, c'est eux qui commandent. Par exemple, vous pouvez être contre l'excision de vos enfants, [...] mais c'est la tante qui peut saisir votre enfant à votre insu pour l'exciser parce que c'est comme ça, c'est la tradition. »*  
(Entretien n°5 définitif, E. Normand, sexologue).

Ainsi, dans le pays d'origine, comme nous l'avons vu, l'excision attribue le statut social, celui de femme et par la même d'épouse et de mère. Les femmes non excisées considérées comme sales ou impures, ou encore incapables de maîtriser leur "appétit" sexuel, sont à la marge de leur famille et de la société. Mariama Sylla l'exprime en ces termes :

*« Quand tu n'es pas excisée tu n'es pas une femme mure, tu es bannie de la société. On ne te considère pas dans la famille ni dans la religion, tu n'es rien. »*  
(Entretien N°3 exploratoire, M. Sylla, femme)

A contrario, en France, les représentations sociales considèrent l'excision comme une mutilation, un acte intolérable, qui porte atteinte à l'intégrité physique de la femme. De ce fait, la femme, à qui l'on a retiré une partie de ses attributs féminins, serait dépossédée d'une partie de son statut de femme. Le parcours de réparation a pour enjeu de venir réparer le corps

physique et symbolique. Michela Villani et Armelle Andro, dans leur article traitant de la place du plaisir, soulignent ce propos ainsi : « au cœur des enjeux liés à la réparation, se trouve à la fois la question de l'appareil génital féminin d'une part, c'est à dire la question de la « normalité physiologique et esthétique » de cet appareil féminin, et la question de la sexualité d'autre part, à travers un parcours de reconstruction d'une sexualité aspirant elle aussi à être « normale ».

La confrontation des normes sociales est vécue différemment entre les femmes issues d'un parcours migratoire, et celles de deuxième génération qui ont grandi en France. Les premières vont vivre un choc dans la prise de conscience de ces normes, différentes de celles dans leur pays d'origine. Face à des normes très ancrées et à une culture patriarcale forte, le travail d'intégration de nouvelles normes se fait par l'adoption de certaines valeurs du pays d'accueil, comme le précise Edouard Normand :

*« Je pense que c'est un élément important aussi d'adoption d'un certain nombre de valeurs, autres que toutes leurs valeurs d'origine, puisque bien évidemment on ne peut pas opposer les cultures entre elles, ça n'a pas de sens mais en tout cas, l'adoption d'un certain nombre de droits. »*

*(Entretien n°5 définitif, E. Normand, sexologue)*

Pour les secondes, il s'agit d'une prise de conscience de la différence, à un âge plus précoce, par le regard qu'elles portent sur les autres femmes.

La collision de contextes socio-culturels différents joue un rôle dans la crise identitaire que traversent ces femmes, en recherche de réparation. Cette remise en cause questionne plus largement leur lien à leur culture d'origine, à leur propre identité culturelle.

Afin d'apporter un éclairage à la notion de crise identitaire qui se joue dans la confrontation des normes sociales, pour les femmes excisées en quête de réparation, nous nous appuyerons sur l'ouvrage de Claude Dubar, *La crise des identités*. Il y définit la notion de forme identitaire comme manière d'identifier, par une approche sociologique, les individus. Il fait le constat que « l'émergence des formes nouvelles d'individualité est ici considérée comme le résultat, ni volontaire, ni programmé, de processus modifiant les modes d'identification des individus par suite de transformation majeure dans l'organisation économique, politique et symbolique des rapports sociaux. ». Notre réflexion porte sur la dynamique d'usage de ces

formes identitaires par les femmes excisées, selon le contexte social dans lequel elles se trouvent.

D'après Claude Dubar, l'usage de ces formes se fait dans la vie quotidienne et dépend du contexte des interactions des personnes concernées. Nous empruntons à Norbert Elias, sociologue et auteur majeur en sociologie historique, l'expression "Identité Nous-Je", le "Nous" représentant le pôle social, et le "Je" le pôle individuel, afin de présenter la forme culturelle et la forme narrative.

Dans les communautés traditionnelles, dans lesquelles la forme culturelle est fortement représentée, la place du "Nous" prévaut complètement sur celle du "Je", modelant les individus selon les règles établies. Cette forme identitaire nous renvoie à la notion de lignée ou d'ethnie, dans un contexte de domination de sexe. Tandis que la forme identitaire narrative, historiquement plus récente, renvoie à un "Nous" dépendant des stratégies des "Je", centrés sur la réalisation personnelle. (Dubar, 2010)

Cela nous permet donc de développer l'idée selon laquelle les femmes excisées, confrontées aux normes occidentales, se détachent de la forme identitaire culturelle, celle de la lignée, pour évoluer vers la forme identitaire narrative, de parcours de vie. La notion de crise peut s'expliquer par le vécu de ces changements de formes identitaires, qui s'avère complexe puisque touchant aux valeurs culturelles. Le choix que font ces femmes de ne plus penser en "Nous", mais de penser en "Je" est en soi une crise identitaire. Pour paraphraser Claude Dubar, cette crise est une mise à l'épreuve de la gestion identitaire des femmes excisées, dans un parcours de réparation, qu'elles doivent faire d'elles-mêmes, dans tous les aspects de leur vie sociale et de leur existence personnelle.

Ces femmes condamnent la pratique de l'excision pour elle et pour leurs filles, mais n'ont pourtant autant pas le souhait de rejeter intégralement leur culture d'origine.

L'acculturation des soignants intervenant dans les unités de soins aux femmes excisées permet de créer un cadre de compréhension mutuelle des appartenances culturelles et ainsi d'entamer une levée des tabous. Le parcours est un lieu de libération de la parole, d'accompagnement et d'élaboration d'« une réflexion importante sur les multiples dimensions de leur [les femmes excisées] identité ». (Andro et al, 2010).

## 2.2 L'identité de femme

Dans la citation de Simone de Beauvoir, « On ne naît pas femme, on le devient », on entend toute la dimension culturelle de la construction de l'identité féminine, ainsi que la notion de devoir "être femme". (Carbonne, 2006).

Comme nous venons de le voir, la confrontation aux normes sociales et culturelles occidentales amène certaines femmes excisées à renégocier l'identité culturelle liée à leur socialisation ; mais cela touche aussi à leur identité féminine et sexuelle, au fait "d'être femme".

Nous aborderons la notion d'identité féminine au travers de l'image de soi meurtrie. Puis, nous développerons l'identité sexuelle sous l'angle d'une sexualité subie.

### 2.2.1 L'image de soi meurtrie

L'image de soi renvoie à ce que l'individu perçoit de lui sur le plan physique et psychologique. L'apparence est la représentation mentale qu'un individu se fait de son corps, tandis que l'estime de soi est la façon dont se juge cet individu. Ces représentations sont des perceptions subjectives en comparaison avec les autres individus.

Les femmes excisées se comparent aux femmes occidentales, à l'image qu'elles se font de corps non mutilés. Cette identification au corps des autres femmes se fait par la voix des magazines, des films, ou parfois même de la pornographie.

Cela, pourtant, ne rend pas compte de l'anatomie réelle de chaque individu. Elles ont donc une image très normée de ce que doit être un sexe féminin, et se jugent en fonction de cette norme. (Villani, 2009)

Dans leur article, « "Moi la femme excisée, c'est pas plaisir, c'est seulement douleur » : recherche exploratoire sur le vécu sexuel de femmes excisées vivant en Suisse », Yasmina Lotfi et Angelick Schweizer, chercheurs à l'Institut de psychologie de Lausanne, abordent cette thématique comme le "vécu corporel" des femmes excisées. Ce vécu est composé de différentes perceptions subjectives liées à l'excision, qui peuvent s'entrecroiser.

L'une des femmes interrogées, exprime avoir une perception d'identification globale à son excision. Son corps entier ne lui serait plus accessible, car vécu comme entièrement mutilé. Dans l'interview de Mariama Sylla, celle-ci nous fait part de l'impossibilité de pouvoir se regarder entièrement :

*« Dès que je rentre dans la douche comment je me vois et moi je ne veux pas...je ne veux même pas regarder mon corps. [...]. Je me retourne complètement parce que je ne veux pas me voir du tout. C'est le corps entier en fait...c'est tout le corps entier »  
(Entretien N°3 exploratoire, M. Sylla, femme)*

Toutes les femmes interrogées se vivent comme différentes des autres femmes. Fatou Kamara se demande : *« Est-ce que c'est normal ce corps là ? Il manque quelque chose »*. Aïssata Coumba, française d'origine malienne, a été excisée à 12 ans. Elle exprime parfaitement le sentiment d'incomplétude, dû à l'absence anatomique de son clitoris :

*« Quand moi je me regardais dans un miroir hein, je voulais moi retrouver ce clitoris. On parlait du clitoris, moi n'y avait rien. Moi ce que je voulais...je voulais être une femme et ne pas avoir honte. »  
(Entretien N°9 définitif, A. Coumba, femme)*

Aïcha Diaby, jeune ivoirienne de 21 ans, excisée deux fois à l'âge de 7 et 8 ans, se confie sur son sentiment d'anormalité face à ce sexe fortement mutilé et toujours douloureux :

*« Ma situation n'était pas trop parce que j'étais toujours malade par rapport à l'excision. [...] J'étais toujours mal en bas, c'était toujours plaie. Je ne suis pas normale là. »  
(Entretien N°8 définitif, A. Diaby, femme)*

En plus du sentiment d'incomplétude, celui d'infériorité peut être ressenti par certaines femmes interrogées.

Ce sentiment s'exprime par une incapacité à paraître femme, et à devoir "en faire plus que les autres". Nathalie Bernard, psychologue en unité de soins femmes excisées de Caen souligne ce propos en ces termes :

*« J'ai envie de vous dire qu'elles se regardent parfois un peu comme elles voient leur sexe, c'est à dire qu'elles ont beau être ultra maquillée, ultra féminine, ultra tout ce que vous voulez, il y a quelque chose de fondamentalement cassé en elle. »  
(Entretien N°4 définitif, N. Bernard, psychologue)*

L'estime de soi chez les femmes excisées est, elle aussi, meurtrie, à l'image de celle de leur apparence. Le regard que portent ces femmes sur elles-mêmes est extrêmement dur et

dépréciatif. Le sentiment de honte peut être vécu de différentes manières : auprès de leur conjoint, ne pouvant se dévoiler ; auprès de leurs amies, ne pouvant verbaliser la réalité de leur excision ; auprès des soignants, mutuellement bloqués dans le mutisme.

Nathalie Bernard nous en parle ainsi :

*« Généralement elles ont un regard catastrophique, c'est la honte. C'est essentiellement la honte, la honte de ne pas être comme les autres, elles trouvent leur sexe moche donc vraiment elles ont des adjectifs et qualificatifs très blessants pour elles-mêmes. »*

*(Entretien N°4 définitif, N. Bernard, psychologue)*

Fatou Kamara exprime même la notion de perte de statut social que lui conférait l'excision dans son pays d'origine. Elle en fait part explicitement :

*« Je me disais « je ne suis pas femme » et je n'avais pas confiance en moi-même donc j'avais aussi l'image de ça, psychologiquement qui me travaillait. Et je peux dire que moi ça [l'excision] m'a détruit le corps. Dans ma tête je me disais si je ne suis plus une femme, je suis quoi alors ? »*

*(Entretien N°7 définitif, F. Kamara, femme)*

Mariama Sylla est, elle aussi, touchée profondément dans son image d'elle-même, avec une perte de repères. Elle exprime très bien l'inversion de statut entre son modèle culturel et le modèle culturelle occidentale, dans lequel ce sont les femmes excisées qui sont à la marge :

*« Je trouvais ça honteux... parce qu'en fait je me disais que je n'étais pas une femme en fait...parce que c'est ce qu'il y a dans ma tête...je me dis "je suis excisée, je ne suis rien". »*

*(Entretien N°3 exploratoire, M. Sylla, femme)*

Par ailleurs, comme nous le confiait Thierry Conrad, gynécologue en unité de soins femmes excisées, « les hommes ne les aident pas à penser autrement parce qu'ils peuvent avoir des réflexions extrêmement blessantes à la découverte de l'excision ». Ce qui va avoir un effet extrêmement délétère sur l'image, déjà meurtrie, de ces femmes.

Dans leur article, Armelle Andro, Marie Lesclingand et Dolorès Pourette, précisent que certaines femmes qui entrent dans un parcours de réparation ont comme « unique motivation [...] la réappropriation de [leur] identité féminine » et qu'il est un moyen de « s'affirmer en tant qu'individu et de reprendre le contrôle de sa vie ».

Un travail sur l'identité féminine est possible, soutenu par les intervenants du parcours de soins, pour permettre aux femmes excisées de restaurer leur image de soi, qu'elles estiment avoir perdue.

### 2.2.2 Une sexualité subie

« L[a] vie affective et sexuelle [des femmes excisées] est confrontée à un double univers de référence : celui de la société d'origine d'une part, qui associe fortement la sexualité et la procréation ; celui de la société d'accueil d'autre part, qui favorise la sexualité pour elle-même. » (Andro et al, 2010). A son tour, comme l'image de soi, la sexualité est normée par la culture. Une sexualité dite "normale", selon le contexte occidental, s'inscrit dans un schéma "hétéronormatif" et pénétratif, dans lequel le plaisir tient une place centrale.

La sexualité des femmes excisées peut être vécue comme une frustration pour certaines, ou un devoir pour d'autres. Une sexualité épanouie, « qui met en jeu [son] caractère relationnel » (Villani et Andro, 2010), leur serait inaccessible, à cause de l'excision.

L'expérience de la sexualité est vécue comme, majoritairement, insatisfaisante. L'ensemble des patientes que nous avons interrogées, nous rapportent, soit des rapports toujours douloureux, soit, à l'inverse, une absence totale de sensations.

Pour celles qui ont été opérées, nous faisons mention de leur vie sexuelle avant la réparation chirurgicale.

Ainsi, Mariama Sylla, femme non opérée, nous explique qu'elle préfère dormir sur le canapé pour éviter d'avoir des relations sexuelles, parce qu'« à chaque fois qu'il est sur [elle], c'est comme s'il n'y avait rien en fait à part les douleurs. Donc du coup c'est pour ça qu'[elle] ne veut même pas avoir de relations sexuelles ». (Entretien N°3)

A contrario, Aïssata Coumba, issue de la deuxième génération migratoire exprime une absence totale de plaisir et cherche à comprendre cette réalité auprès de personnes extérieures à sa famille :

*« Au départ je ne comprenais pas pourquoi en fait quand je faisais l'amour je n'avais pas de plaisir, [...], avec l'expérience aussi parce qu'on se renseigne, on voit les médecins... Là j'ai compris qu'en fait il y avait vraiment un gros problème. On nous*



*dit que l'amour c'est du plaisir mais moi [...] j'avais aucun plaisir. » (Entretien N°9 définitif, A. Coumba, femme)*

Dans ces deux situations, nous voyons naître l'absence totale et constante de désir sexuel ; l'une parce que la sexualité n'est que souffrance physique et pour l'autre parce qu'elle n'est pas synonyme de plaisir. Et c'est de ce constat, de ce corps dénué de capacités fonctionnelles au plaisir que naissent les premières réflexions sur la dimension sexuelle de leur identité.

Aïssata Coumba, qui n'a pas été élevée au Mali, met en avant l'une des raisons pour lesquelles l'excision est pratiquée : le contrôle de la sexualité, et la met en regard de sa propre expérience :

*« Les conséquences de l'excision et pourquoi ils nous ont excisées, nous les femmes. En fait c'est pour qu'on oublie un peu euh les relations intimes parce quand on a été excisée...moi personnellement, je parle de moi quand on est excisée on ne pense même pas à faire l'amour. »*

*(Entretien N°9 définitif, A. Coumba, femme)*

Ainsi elle questionne ses origines culturelles, sa biculturalisé, au regard des conséquences que l'excision a eu sur elle.

La sexualité est de fait une sexualité subie. Certaines des femmes interrogées ne sont jamais à l'initiative des rapports sexuels et les vivent comme un devoir conjugal. Mariama Sylla trouve une certaine légitimité aux besoins sexuels de son conjoint, même si elle n'en retire aucune satisfaction personnelle :

*« Parce que quand on est mari et femme, c'est pour avoir des relations intimes mais quand on n'a pas des relations intimes vraiment.....euh je le comprends aussi mais.... ce n'est pas facile. »*

*(Entretien N°3 exploratoire, M. Sylla, femme)*

Les rapports sexuels subis peuvent devenir des rapports sexuels non consentis. Le "devoir conjugal" peut aussi être vécu comme un viol conjugal, une domination sexuelle de l'homme sur la femme quel que soit les cultures. Le viol conjugal est très présent lors d'un mariage forcé. La jeune fille est promise par son père, parfois dès sa naissance, à un homme souvent plus âgé qu'elle. Dans ces unions, la notion de consentement n'est pas recherchée.

Aïssata Coumba, qui a grandi en France, a eu des relations hors mariage, avant de rencontrer le père de ses filles. Elle nous confie qu'« on aurait dit limite qu'il [son ex-conjoint] me violait » et que même si elle dit avoir été « consentante [elle avait] l'impression que c'était

ça. ». Installée dans une nouvelle union avec un homme avec lequel elle partage une vraie complicité, elle revendique le droit à une sexualité épanouie. Soutenue par son nouveau conjoint, elle a décidé d'entrer dans un parcours de réparation.

Fatou Kamara, qui a fui de Guinée un mariage forcé, est dans une recherche de plaisir, un objectif fondamental pour elle depuis son entrée dans le parcours de réparation en 2020. Elle n'impute pas cette absence uniquement à l'excision, mais aussi aux capacités du partenaire :

*« J'ai essayé d'avoir un maximum de plaisir mais en fait, je n'y arrivais pas du tout donc je me suis dit que c'était peut-être lié à l'excision que j'ai subie ou alors c'est de la faute de l'homme avec qui je suis et qu'il n'est pas bien compétent pour me donner beaucoup de plaisir. »*

*(Entretien N°7 définitif, F. Kamara, femme)*

Fatou Kamara a été opérée quelques semaines avant notre entretien, son parcours de réparation a débuté un an plus tôt. La perspective que son insatisfaction sexuelle puisse avoir d'autre lien que celui de l'excision, montre le chemin parcouru sur la réappropriation de sa sexualité en s'affirmant comme partenaire sexuelle.

Dans leur article, « Réparation du clitoris et reconstruction de la sexualité chez les femmes excisées : la place du plaisir », Michela Villani et Armelle Andro, expriment que « le sentiment de vie sexuelle gâchée [...] conduit [les femmes excisées] à envisager la chirurgie réparatrice ». La sexualité des femmes que nous avons pu interroger est au cœur de leurs préoccupations et de leur volonté de réparation afin de vivre l'expérience d'une sexualité "normale", comme l'exprime Fatou Kamara : « *Je veux vivre ça moi ! Je suis jeune, je veux oublier mes problèmes, et je veux le vivre.* ».

Ainsi, le parcours de réparation peut apparaître comme le cadre d'élaboration d'un processus de reconstruction de l'image de femme "normale" et "à part entière". Il est aussi un lieu d'« adoption des normes de comportement encadrant l'exercice d'une "sexualité normale" ». Il participe donc à la reconstruction d'une individualité féminine.

Par la recherche d'adhésion à de nouvelles normes socio-culturelles, les femmes excisées, en quête de réparation, sont confrontées à une crise identitaire qui questionne leur rapport à leur communauté, leur famille et, parfois même, à leur conjoint, lorsque celui-ci leur a été imposé. Cette crise identitaire se cristallise autour de leur excision. Blessées dans leurs rapports à leur

corps, à l'image qu'elles en ont et à l'estime qu'elles se portent, elles cherchent à s'affirmer en tant que femmes. Blessées dans leurs rapports à la sexualité, elles aspirent à des relations sexuelles épanouissantes. Le parcours de réparation nous apparaît comme un lieu d'incorporation de nouveaux modèles permettant de les faire évoluer sur leur identité culturelle, féminine et sexuelle. Cette notion de blessure est perceptible dans chacune des interviews réalisées et nous questionne sur le traumatisme vécu par ces femmes. Afin de poursuivre notre réflexion, nous nous intéresserons donc à la notion de traumatisme chez les femmes excisées. Puis nous développerons la notion de résilience comme moyen mis en œuvre dans un parcours de réparation pour permettre aux femmes excisées de reconstruire leur identité.

## Partie 3 : Traiter le traumatisme pour une reconstruction identitaire.

Nos représentations sociales occidentales ont tendance à ne voir, en la femme excisée, que son statut de victime. Un bon nombre d'entre elles ne se reconnaissent pas dans ces représentations, de par la connotation péjorative et galvaudée qui s'y rattache. Les femmes excisées ont effectivement été victimes d'un préjudice corporel indéniable, en raison duquel elles vivent des conséquences psychiques évidentes, mais cela ne peut les définir entièrement. Benjamin Jacobi, psychanalyste, l'exprime ainsi « La victime n'est pas le sujet, tout sujet est plus qu'une victime ». Il ajoute dans son article « Être victime » que « Reconnaître une victime est bien reconnaître une part de la vérité d'un sujet mais non toute sa vérité ».

L'emploi du terme de "sujet" nous semble essentiel car il renvoie à la notion d'un « être susceptible de posséder des qualités ou d'effectuer des actes »<sup>1</sup>. Ce qui n'est pas le cas de l'image que l'on se fait d'une victime. Pour évoquer les femmes excisées, nous préférons employer le terme de "sujet blessé", emprunté à Boris Cyrulnik, neuropsychiatre et psychanalyste, nous renvoyant à un être susceptible de pouvoir guérir de ses blessures.

### 3.1 La femme excisée dans un parcours de réparation, un sujet blessé

Nous reviendrons donc sur la notion de trauma chez les femmes excisées et sur la dimension de leurs traumatismes. Puis nous aborderons la possible transmission de ces traumatismes, au regard des liens transgénérationnels que ces femmes entretiennent avec leur mère et leurs filles.

#### 3.1.1 Le trauma, comme objectivation des violences subies.

Boris Cyrulnik définit le sujet blessé comme un individu ayant vécu un fracas traumatique. Avant tout traumatisme, il y a un trauma. Il est le « coup de tonnerre dans un ciel serein » (Leiris, 1939). Marie Anaut, psychologue clinicienne et psychanalyste, dans son article « Le concept de résilience et ses applications cliniques » le définit ainsi : « le trauma indique l'exposition à des événements aversifs (violence externe et effraction physique) ». Il est

important de souligner que nous n'évoquerons que les femmes excisées qui entrent dans un parcours de soins et qui ont donc un besoin de réparation.

Le trauma peut avoir trois composantes. Il peut être physique, verbal ou social.

Chez les femmes excisées, le trauma semble évident. Il est dans la réalisation du geste, de l'excision en elle-même. Aïssata Coumba, excisée à l'âge de douze ans, répètera à plusieurs reprises, lors de notre entretien, cette même phrase : « *c'était vraiment trois petits coups de couteau quoi. C'était une fois, deux fois et trois fois* ». Fatou Kamara et Aïcha Diaby nous décriront ce moment dans les moindres détails, encore émues aux larmes.

Chez les jeunes filles excisées avant cinq ans, le geste est totalement oublié. Le trauma peut se situer dans l'exposition à ce geste. Pour Mariama Sylla, qui a été excisée à cinq ans et qui n'en garde aucun souvenir, c'est sa participation à l'adolescence à une cérémonie d'excision qui est le trauma. La pratique de ce geste reste fortement ancrée dans sa mémoire :

*« Mais c'est quand moi j'ai assisté, je vois l'enfant... en écartant ses jambes [...] et d'autres qui ont des lames et attrapent par-là (geste), au niveau du clitoris et on coupait. [...] Parce que le fait de faire coucher une personne, écarter ses jambes... regarder ses parties intimes c'est vraiment quelque chose de... si ce n'est pas être criminelle je ne sais pas comment qualifier ça. »*  
(Entretien N°3 exploratoire, M. Sylla, femme)

Les mots peuvent être aussi dévastateurs que le geste. Le trauma est verbal dans ces cas-là. Mariama Sylla est mère de jumelles, avec qui elle n'a pas vécu, car nées hors mariage. Elles ont été élevées par leur grand-mère paternelle, qui les a faites exciser sans le consentement de leur mère :

*« À ma grande surprise, la grand-mère me dit « bon c'était pour te prévenir que tes filles ont été excisées aujourd'hui donc cela veut dire qu'elles sont devenues des femmes ». ».*  
(Entretien N°3 exploratoire, M. Sylla, femme)

A l'annonce de l'excision de ses filles, Mariama Sylla a entamé une grève de la faim suite au choc que cette nouvelle a eu sur elle.

Enfin, le trauma peut aussi être social. Il peut être envisagé du fait d'un milieu de vie patriarcal, de mariages forcés ou encore du parcours migratoire. Aïcha Diaby a été mariée de

force, à quatorze ans, à un homme beaucoup plus vieux qu'elle, et a subi de nombreuses violences :

*« Après, à 14 ans, on m'a donnée en mariage, dont je n'étais pas... Je n'ai pas aimé le Monsieur parce qu'il était vieux, c'était un ami de mon papa. On m'a donnée en mariage et à chaque fois, le Monsieur me violait. Je n'ai pas aimé et un jour, il était là-bas avec moi et il a arraché un côté de mon oreille. »*

*(Entretien N°8 définitif, A. Diaby, femme)*

Puis elle a fui son pays d'origine, pour échapper à cette situation. Le parcours migratoire pour les femmes est le cadre de nombreuses maltraitances :

*« Et puis par rapport à la Lybie aussi, je suis passée là-bas. J'ai fait prison deux fois, chaque fois on nous violait, on nous maltraitait. »*

*(Entretien N°8 définitif, A. Diaby, femme)*

Parfois, le trauma est unique, un choc massif. Mais pour les femmes excisées, il s'agit souvent d'une accumulation d'évènements aversifs. Si le sujet blessé n'est pas accompagné afin « de travailler affectivement, psychologiquement, verbalement et socialement, alors nous le laissons prisonnier de son trauma ». (Rhizome, 2018). Ainsi les traumas prennent un caractère traumatique et mènent au traumatisme.

### 3.1.2 Le traumatisme, la prise de conscience du trauma

Marie Anaut définit le traumatisme en ces termes : « Le traumatisme réfère à l'effet psychique résultant de la rencontre avec le trauma, lorsque l'énergie mobilisée pour s'adapter au trauma dépasse les capacités d'élaboration du sujet. » Le traumatisme est ce qui reste après l'exposition à un trauma. Nathalie Bernard en parle ainsi :

*« Le traumatisme c'est assez personnel. Je pense qu'il survient surtout chez une personne qui n'est pas préparée, qui ne s'attend pas à ce qu'on va lui faire et qui est traitée de manière inhumaine. »*

*(Entretien N°4, N. Bernard, psychologue)*

Un même évènement aversif ne se transforme pas en traumatisme chez toutes les personnes touchées. Il devient traumatisme lorsque le sujet blessé n'a su trouver des ressources internes et externes, relationnelles ou socio-affectives, pour s'y adapter :

*« Je trouve qu'on ne peut pas faire de généralités en fait en terme de traumatisme. [...] On pourrait avoir deux femmes qui vont vivre la même situation et une pour qui ça va faire traumatisme et l'autre non. » (Entretien N°4, N. Bernard, psychologue)*

Dans son entretien dans la revue *Rhizome*, Boris Cyrulnik précise qu'« il existe effectivement une inégalité dans la manière dont les traumatismes sont vécus, à partir du moment où ils surviennent, selon le développement, les histoires et le contexte culturel de chacun » »

Lors des entretiens que nous avons pu mener, nous avons pu clairement identifier, les traumatismes pour chacune des femmes interrogées. Tout comme le trauma, le traumatisme peut avoir trois composantes : physique, psychologique ou sociale.

Le traumatisme peut être le moment où la femme prend conscience des conséquences néfastes de l'excision dans sa vie de jeune femme. Aïssata Coumba, dont le trauma se situe dans le geste, s'exprime très clairement sur sa prise de conscience du traumatisme physique, à son entrée dans la vie sexuelle :

*« C'est là [lors des premiers rapports sexuels] où j'ai vraiment connu euh...ce que c'était l'excision et ce que c'était, en fait, de n'avoir plus [...] de clitoris. »*  
(Entretien N°9 définitif, A. Coumba, femme)

Le traumatisme pour elle se situe dans les conséquences de cette pratique sur sa vie sexuelle :

*« Moi c'était vraiment la sexualité, le traumatisme, j'y pensais tout le temps, enfin je pensais tout le temps...en fait c'est...on ne veut pas faire l'amour en fait. »*  
(Entretien N°9 définitif, A. Coumba, femme)

Le traumatisme psychologique peut s'exprimer par des reviviscences et des réminiscences du trauma. « La reviviscence est la réapparition d'états de conscience déjà éprouvés. [...] La scène et le ressenti qui l'accompagnent ressurgissent régulièrement. Elle envahit le sujet, souffrant de ne pouvoir oublier ». (Stryckman, De Neuter, 2019)

Lors de l'intervention chirurgicale de réparation, qui a été réalisée sous anesthésie locorégionale<sup>4</sup>, Fatou Kamara a vécu une reviviscence de son trauma, la ramenant au jour de son excision. Et c'est avec beaucoup d'émotion qu'elle nous décrit cet instant :

*« A un moment donné, je me suis plongée dans... comme si j'étais dans la forêt. Automatiquement comment je euh, comment je prenais la bassine, j'ai commencé à puiser de l'eau et quand la dame est venue et m'a attrapée et m'a emmenée dans la forêt. En fait, j'ai eu l'impression que j'étais à nouveau là-bas... »*  
(Entretien N°7 définitif, F. Kamara, femme)

---

<sup>4</sup> L'anesthésie locorégionale consiste à injecter des anesthésiques locaux au voisinage d'un nerf ou de la moelle épinière, afin d'insensibiliser une région donnée de l'organisme. (Larousse)

La mémoire traumatique peut aussi être marquée par des réminiscences, « qui sont des retours à la conscience de souvenirs », par des flash-backs ou encore dans des cauchemars. (Stryckman, De Neuter, 2019)

Lors de notre entretien, Aïcha Diaby nous a confié, à plusieurs reprises, des réminiscences de son passé. Elle nous explique que les souvenirs des viols qu'elle a subis la hante :

*« Dans ma tête je n'étais pas libre, chaque fois si je me couche à la maison ici, ça fait que on dirait le Monsieur me viole encore. Quand je me couche à côté de mon mari, je revois le Monsieur qui me viole encore et encore. »*

*(Entretien N°8 définitif, A. Diaby, femme)*

Le traumatisme peut aussi être social. Dans le cadre de ce mémoire, le traumatisme est socio-culturel, comme nous avons pu le développer, dans l'émergence d'une crise identitaire des femmes excisées, confrontées à des normes culturelles différentes de leur pays d'origine.

L'ensemble des femmes excisées que nous avons rencontrées présentent des traumatismes, qu'ils soient physiques, psychologiques ou sociaux. Ces traumatismes peuvent être multiples et ont des conséquences sur les liens qu'elles entretiennent, avec d'une part leur mère, et d'autre part leurs filles.

### 3.1.3 Les liens transgénérationnels au regard du traumatisme

Au regard des traumatismes subis par les femmes excisées, deux sentiments se distinguent très nettement, un sentiment de trahison envers leur mère, et un sentiment de protection envers leurs filles.

Comme nous l'avons vu, un fort sentiment de trahison est éprouvé envers leur mère lors de l'excision. Mère qui ne les a pas protégées de cet acte d'une violence inouïe et de la "ruse" qu'elles ont mise en place pour sa réalisation, comme nous le confie Aïssata Coumba :

*« C'est là où en fait ma mère est intervenue, qui n'était pas censée être là et qui est rentrée dans la salle et qui m'a dit « pardonne moi ma fille, pardonne-moi ma fille ». Et moi je me rappelle [...] je lui ai dit « je ne te pardonnerai pas en fait ce que tu m'as fait. »*

*(Entretien N°9 définitif, A. Coumba, femme)*

Dans cet échange, on entend aussi le sentiment de honte éprouvé par sa mère, qui a permis l'excision, ces « violences subies en silence par les femmes, non élaborées par les mères, non



avouées aux pères et époux ». Ce sentiment est indicible aux autres membres de la famille. (Atani Torasso, 2015)

Au sentiment de trahison, peut s'ajouter un sentiment d'abandon, comme nous le confie, avec beaucoup d'émotion, Aïcha Diaby :

*« Je lui ai dit « maman où tu m'as emmenée ? ». Ma mère m'a dit qu'ici il y avait beaucoup d'enfants mais je n'ai qu'à attendre. Et elle m'a laissé là... »*  
(Entretien N°8 définitif, A. Diaby, femme)

Ce sentiment de trahison peut devenir un fardeau pour ces femmes, qui finiront pour certaines par vivre avec, comme Fatou Kamara :

*« Là avec elle, je me disais que c'était sa faute. Je me disais, elle savait déjà. Elle savait que j'allais subir ça et je me disais que c'était sa faute. C'est comme ça mais je ne pardonne pas »*  
(Entretien N°7 définitif, F. Kamara, femme)

D'autres finissent par pardonner, comme l'a fait Aïcha Coumba, en intégrant à son modèle culturel de femme de deuxième génération celui de sa mère, soumise au poids des traditions :

*« Aujourd'hui je lui ai pardonné, [...] c'est une personne qui est née dans les années donc c'est une personne qui a toujours les traditions dans sa tête donc c'est pas de sa faute à elle... »*  
(Entretien N°9 définitif, A. Coumba, femme)

Trois des quatre femmes interrogées sont mères de plusieurs filles. De façon unanime, ces femmes rejettent la possibilité que leurs filles subissent l'excision. Face aux traumatismes qu'elles ont vécus, elles ont développé un très fort sentiment de protection envers leurs filles. Elles trouvent du soutien auprès de leurs conjoints qui se positionnent eux - aussi contre la pratique de l'excision.

Pour Aïssata Coumba comme pour Aïcha Diaby, c'était une condition indiscutable pour se mettre en couple avec leur nouveau conjoint :

*« Je lui ai dit que même si on faisait des enfants ensemble, pour moi il n'y aura pas d'excision, c'est fini. Lui m'a dit que lui non plus n'excisera pas ses enfants. C'est pour ça que je suis restée avec lui. »*  
(Entretien N°8 définitif, A. Diaby, femme)

Parfois ce sentiment de protection peut être transmis aux grand-mères, qui n'ayant pas protégé leur fille, s'engagent à le faire avec leur petite-fille. C'est ce que nous raconte Mariama Sylla,

qui, devant quitter son pays d'origine, a fait promettre à sa mère, de protéger sa fille de l'excision, le temps qu'elle puisse la faire venir en France :

*« J'avais vraiment peur mais elle m'a beaucoup encouragée en me disant « je te le promets, personne ne touchera à ta fille. Tu as ma promesse, tu peux y aller. Ton mari est là, vas-y je ferai tout mon possible pour qu'on n'excise pas ta fille parce que je sais que tu as souffert quand ils ont excisé tes jumelles ». [...] Elle a respecté, ma fille n'a pas été excisée dieu merci, jusqu'à que j'ai pu la récupérer. »*  
(Entretien N°3 exploratoire, M. Sylla, femme)

Boris Cyrulnik apporte un éclairage intéressant sur les liens transgénérationnels et la possible transmissibilité du trauma entre générations. Lors de la conférence sur « Transmission du trauma aux générations suivantes », organisée en 2017 par le Lycée Français de New York, il développe l'idée que « le trauma n'a pas d'effet que sur la personne traumatisée : l'entourage et les enfants en subissent les retombées. Cette transmission se fait au contact, à la manière de parler ou de se taire. »<sup>5</sup> Nathalie Bernard, psychologue, souligne cette notion de transmission entre femmes excisées :

*« Il y a une transmission psychique comme ça de femme à femme où c'est « tais-toi ma fille, reste à ta place ». »*  
(Entretien N°4 définitif, N. Bernard, psychologue)

Les femmes excisées, dans un parcours de réparation, de façon inconsciente, rompent la transmission du trauma aux générations futures. Elles ouvrent ainsi une voie de réparation des liens transgénérationnels.

Face aux sentiments qui les traversent, de trahison envers leur mère et de protection envers leurs filles, et afin de ne pas transmettre de traumatismes à leur tour, les femmes interrogées se positionnent fermement contre cette pratique culturelle, soutenues par leurs conjoints.

Afin de soutenir leur démarche de transformation, la gestion des traumatismes est au cœur de la prise en charge des femmes excisées, dans un parcours de réparation, comme nous l'ont rapporté l'ensemble des soignants interrogés. Le parcours de réparation a pour but, autre que de reconstruire physiquement ces femmes, de leur permettre de se rétablir au travers d'un cheminement résilient, nécessaire à la reconstruction post-traumatique. Nous développerons donc, les notions de rétablissement et de résilience, au regard de tout ce que nous avons développé dans ce mémoire.

---

<sup>5</sup> <https://www.ifemdr.fr/conference-de-boris-cyrulnik-sur-la-transmission-du-trauma-aux-generations-suivantes/>

### 3.2. Le rétablissement, un cheminement résilient pour une reconstruction identitaire

L'article sur lequel nous allons appuyer notre réflexion traite de la notion de rétablissement en santé mentale. Nous ferons donc un parallèle entre la maladie chronique, dont on ne guérit pas, et le fait d'être excisée, qui malgré la réparation n'efface pas le geste mutilant. Le traumatisme qui en résulte est ancré dans la chair des femmes excisées, comme le souligne Aïssata Coumba:

*« Je ne dirai pas que j'en ai...que j'ai gardé, que je suis toujours traumatisée, mais même si vous vous me voyez comme je suis, quelqu'un de très très souriant. Ça ne se voit pas en fait en moi mais au fond de moi j'ai toujours une cicatrice même si je me suis faite opérer... c'est quelque chose qui m'a marquée, qui me marquera à jamais ». (Entretien N°9 définitif, A. Coumba, femme)*

Dans son article, « De la contestation à la collaboration : Tensions et luttes de pouvoir entre usagers et professionnels de la psychiatrie. Le cas du rétablissement en santé mentale », Audrey Linder, sociologue, définit le processus de rétablissement en ces termes : « Le rétablissement [...] se réfère à l'établissement d'une vie satisfaisante et significative et un sens positif de l'identité fondé sur l'espoir et l'autodétermination. »<sup>6</sup>.

Le rétablissement est un processus propre à chaque individu, sur lequel il va pouvoir s'appuyer, au regard d'expériences vécues, afin de trouver des moyens d'agir pour surmonter et accepter sa maladie. Dans le cas des femmes excisées, ce processus s'articule autour des traumatismes vécus, liés à leur excision, et aux capacités permettant de les dépasser.

C'est dans ce contexte qu'intervient la notion de résilience, aux définitions multiples, développées dans de nombreux domaines. Nous nous intéresserons, tout d'abord, à la définition de résilience comme « un processus de protection et d'élaboration qui permet la reprise d'un nouveau développement après un traumatisme », puis « comme résultant d'un processus paradoxal dans lequel la confrontation au traumatisme et la blessure viennent étayer la créativité et produisent une compétence ou une capacité ». (Anaut, 2015)

Nous tenterons donc, au travers du processus de rétablissement, de montrer le cheminement résilient qui s'y opère, et la reconstruction identitaire des femmes excisées au sein d'un parcours de réparation qui en résulte.

---

<sup>6</sup> Andresen R., Oades L., Caputi P., « The Experience of Recovery from Schizophrenia: Towards an Empirically Validated Stage Model », Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, vol. 37. no 5. (2003) pp. 586-594.

### 3.2.1 Surmonter la perte d'espoir, aux portes du projet de réparation

Le processus de rétablissement, décrit par Audrey Linder, rend compte d'une première phase d'initiation. Nous débutons notre analyse par celle de l'individu, dit "figé", bloqué dans un statut de sujet blessé. Ce statut est la résultante de mécanismes de défense qui s'instaurent lors de la confrontation au trauma, représentant la première étape du cheminement résilient, la phase de protection.

Afin de maîtriser la charge émotionnelle liée au traumatisme et de contrôler l'effondrement psychique face aux dangers, la jeune fille met en place des mécanismes de défense dit "immatures" (avant l'âge adulte), tel que le déni ou l'imaginaire. (Anaut, 2012)

Aïssata Coumba nous explique que, le jour de son excision, elle imaginait déjà dans la potentialité d'une réparation :

*« Donc moi après ça je me suis toujours dit, dès le début je me le suis dit, je me suis toujours dit « de toute façon ce qu'ils m'ont fait, moi, tôt ou tard, je remettrai ce qu'il faut mettre en place en fait ». ».*

*(Entretien N°9 définitif, A. Coumba, femme)*

Plus tard, dans son cheminement, elle aura recours à un autre mécanisme de défense immature, le déni, qui lui fera même oublier qu'elle a été excisée : *« Les années sont passées. On a oublié. Moi même j'ai un peu oublié »*. Ces mécanismes, propre à la résilience, visent à réduire la douleur psychique liée au trauma et à protéger le sujet blessé.

D'après Boris Cyrulnik, les facteurs essentiels de la résilience sont, dans un premier temps, le soutien qui est apporté au sujet blessé, et dans un second temps, le sens qu'il peut trouver à sa blessure. Il ajoute que *« si [...], nous sécurisons la personne et nous l'aidons à faire un travail de représentation verbale, après l'avoir sécurisée, nous ne modifions pas le trauma, mais nous en transformons sa représentation »* (Rhizome, 2018). Ainsi il serait possible de modifier l'impact psychique du trauma et d'atténuer le traumatisme.

L'absence de soutien familial et de possibilité de verbalisation des jeunes filles, lors de leur excision, comme nous l'avons décrit auparavant, participe à l'aggravation du traumatisme et à l'enfermement dans un passé indicible. L'impréparation à l'excision et les tabous qui entourent les femmes excisées les empêchent de trouver du sens à leur situation.

Plus tard, à l'âge adulte, ces femmes se retrouvent dans une "identité bloquée" (terme emprunté à Claude Dubar, de l'analyse qu'il fait des constructions identitaires) dans leur rapport à elles-mêmes, à leur sexualité, à leur culture, à leur passé et à leur l'avenir.

Face cet avenir bouché, elles parviennent à entrevoir une lueur d'espoir, par le soutien qu'elles trouvent au travers de ressources externes, dans des associations, auprès d'amies "réparées" ou encore sur internet ; en dehors de leur famille et de leurs coutumes :

*« Je me suis posée toutes ces questions [sur la réparation]. Je me suis renseignée sur internet et j'avais même suivi une association qui avait des femmes qui, qui, qui défendaient les femmes qui ont fait le truc avec l'excision et tout. Elles encourageaient la femme à faire la reconstruction. »*

*(Entretien N°7 définitif, F. Kamara, femme)*

A ce stade du processus de rétablissement, elles « développe[nt] le désir de changer et trouve[nt] la motivation pour ce faire » (Linder, 2022).

Lors de notre entretien, Aïssata Coumba se remémore la lente progression de sa réflexion, au sujet de la réparation, sur plusieurs années, et comment la décision d'entrer dans un projet de réparation s'est imposée à elle :

*« C'est là où toute seule ça m'est arrivé comme ça un soir et je me dis « bon il serait temps quand même que je sache ce que c'est vraiment l'amour quoi. Je veux vraiment le savoir ». En plus on a qu'une vie donc je veux vraiment savoir et depuis le temps que ça trotte dans ma tête... »*

*(Entretien N°9 définitif, A. Coumba, femme)*

La sécurisation, apportée par ces ressources externes, permet aux femmes excisées de développer des ressources internes et d'aborder la seconde phase du cheminement résilient qui, comme nous le verrons, sera soutenue par les intervenants du parcours de réparation et développée par les femmes excisées.

L'émergence des unités de soins aux femmes excisées a permis d'éclaircir l'horizon de ces femmes et leur a donné l'espoir d'entrevoir un projet de réparation de leurs blessures physiques et psychiques, leur rendant la possibilité d'agir. La prise en charge des femmes excisées a évolué ; de la simple chirurgie du clitoris, contrainte de constater qu'elle ne rendait pas aux femmes tout ce qu'elles avaient perdu, elle est devenue une prise en charge pluridisciplinaire globale, s'appuyant sur les manques perçus par les professionnels de santé.

### 3.2.2 « Regagner ce qui a été perdu », au sein du parcours de réparation.

Nous venons de développer la phase dite de protection du cheminement de résilience, qui se met en place chez un sujet blessé dans un processus de rétablissement. La deuxième phase de ce processus, décrite par Audrey Linder, est constituée de trois étapes distinctes, ouvrant la voie dite d'élaboration du cheminement résilient.

Cette phase du rétablissement consiste à « regagner ce qui a été perdu [...] et de trouver les moyens d'avancer » (Linder, 2022) qui, dans un cheminement résilient, relèvent des compétences que le sujet blessé sera en capacité de mettre à contribution pour « réunir les conditions [d'une] reconstruction psychique » (Anaut, 2012), lui permettant de rebâtir ses identités blessées.

Tout d'abord, le sujet blessé a la nécessité de « réapprendre à croire en [lui] » et d'abandonner les mécanismes de défense immatures au profit de ceux qualifiés de matures, plus élaborés, tels que l'intellectualisation (Anaut, 2012). Comme nous l'avons développé, Aïssata Coumba est passée par une phase d'observation et d'analyse intellectuelle de son rapport à l'excision. Ceci l'a amenée à entrer dans un parcours de réparation, lui permettant de développer des sentiments positifs, valorisant l'estime de soi et la réconciliation avec elle-même :

*« Je suis l'une des plus courageuse, je suis la plus courageuse je dirai parce qu'elles le disent toutes [mes sœurs], parce qu'elles n'auraient pas le courage de se faire opérer. »*

*(Entretien N°9 définitif, A. Coumba, femme)*

Pour ce faire, elle prend conscience que le parcours de réparation n'est pas que le moyen d'être opérée, d'avoir une action sur le corps, mais aussi un moyen de lever le voile sur les traumatismes existants par le biais de la prise en charge psychologique :

*« Parce que moi au début, je ne voulais pas trop de la psychologue, je voulais l'opération. [...] Quand tu vas voir la psychologue c'est que tu as un problème. Non c'est... en fait la psychologue elle t'aide juste pour discuter. Il y a un petit truc que tu vas lui dire et euh...tu vas discuter avec elle et elle va te donner une réponse ou quelque chose et bah ça va tout changer dans ta tête. »*

*(Entretien N°9 définitif, A. Coumba, femme)*

Cela lui a permis de « se (re)définir », deuxième étape de cette phase du rétablissement, par un processus de mentalisation, de « mise en sens du vécu traumatique », instauré par la prise en charge dans un parcours de réparation.

Les femmes excisées, que nous avons pu interroger, ont été reçues, à de multiples reprises et tant que cela été nécessaire, afin de verbaliser sur leurs traumatismes, qu'ils soient physiques, psychologiques ou sociaux. Cette possibilité de mettre en mots leur vécu traumatique, permet de donner du sens et ainsi d'élaborer un cheminement résilient vers une identité réparée.

La résilience est rendue possible par le soutien et l'accompagnement qui sont apportés aux femmes excisées, au travers d'un tel parcours. L'ensemble des femmes interviewées reconnaissent l'importance de cet accompagnement :

*« Ce qui m'a beaucoup marquée c'est l'accompagnement ! L'accompagnement qui m'ont fait, le soutien qui, qui m'ont accordé et tout. Parce que j'étais beaucoup soutenue et tout. Par plusieurs sciences... voire accompagnée comment euh, mais en fait, moralement, psychologiquement, santé tout ça euh... Ca, c'est pas avec un seul [intervenant] en particulier, c'est avec tout le monde. »*  
(Entretien N°7 définitif, F. Kamara, femme)

Chaque intervenant, dans sa spécialité, permet au sujet blessé de se redéfinir dans les multiples dimensions de son identité, et ainsi de reconstruire des parts de lui-même. Ils permettent de soutenir le cheminement résilient dans chacune de ses phases, du passage de la phase de protection et à celle d'élaboration, entamée dans le parcours de soins. « C'est à cette condition que les processus de reconstruction se mettront en place, en permettant l'émergence d'un nouveau développement qui dépasse et intègre les expériences traumatiques. » (Anaut, 2015).

*« Le retour est très positif d'avoir eu autant d'écoute, d'avoir eu autant de soutien, d'avoir eu de la reconnaissance, d'avoir eu de la bienveillance, je pense que l'on restaure quelque chose de très important autant dans leur corps que dans leur tête. »*  
(Entretien N°4, N. Bernard, psychologue)

La troisième et dernière étape est marquée par un point de divergence entre le processus de rétablissement et le cheminement résilient. Le premier explicite le fait de « retrouver un fonctionnement basique tel qu'être capable de prendre soin de soi », tandis que le second mentionne l'émergence d'un nouveau développement de l'individu et non la reprise d'un développement antérieur. (Anaut, 2012)

Tous deux s'accordent sur la notion d'évolution positive du sujet, en ce sens qu'ils permettent de regagner ce qui a été perdu, l'autonomie et la capacité d'agir, en surmontant le défi qu'est la maladie ou encore le traumatisme des femmes excisées dans un parcours de réparation.

Nous avons développé qu'à travers le processus de rétablissement, un cheminement résilient est possible, tout d'abord, par le dépassement de la phase de protection qui maintenait le sujet blessé dans un enfermement psychique, puis par l'apport de sens dans une phase d'élaboration du traumatisme. Cela permet l'émergence d'un nouveau développement de l'individu. Nous allons voir maintenant en quoi, au sein d'un processus de rétablissement, la résilience peut soutenir une reconstruction identitaire des femmes excisées, grâce au parcours de réparation.

### 3.2.3 Se reconstruire par le parcours de réparation, la reconstruction d'une identité positive

Nous venons de voir que les femmes excisées, au sein d'un parcours de réparation, peuvent sortir du déni ou de l'imaginaire dans lesquels elles étaient bloquées pour ouvrir la voie, soutenue par des ressources internes et externes, à un processus de mentalisation, conférant du sens à leur traumatisme. C'est seulement à cette condition qu'elles peuvent surmonter leur vécu traumatique et évoluer vers un nouveau développement de leur individualité.

Afin de soutenir les processus de reconstruction en jeu dans le rétablissement des femmes excisées, nous pouvons solliciter, à nouveau, la notion de résilience comme « capacité issue d'une confrontation à un terrain hostile, donc comme une compétence qui se construit sur la possibilité de transformer une situation traumatique en une épreuve de laquelle pourrait surgir quelque chose de beau ou de bon, malgré le malheur » (Anaut, 2015).

Bloquées dans leur identité culturelle, féminine et sexuelle, les femmes excisées dans un parcours de réparation peuvent apprendre à développer, face à leurs traumatismes, des capacités d'adaptation comme « pouvoir faire face », « continuer à se développer » et « augmenter ses compétences », comme en témoigne Aïcha Diaby. Ne pouvant avoir de relations sexuelles, du fait d'une excision très mutilante, le couple a modifié son comportement :



*« J'arrive à faire pas mal de choses avec mon mari en dehors des rapports sexuels, on s'amuse, on fait plein de chose. Le côté sexuel ne me dit rien. Mais on fait la réparation pour que je gagne du plaisir. »*  
(Entretien N°8 définitif, A. Diaby, femme)

Elle exprime avoir reçu beaucoup soutien de la part de la psychologue du parcours de réparation qui l'a soutenue dans ses démarches de régularisation, qui lui a permis de s'apaiser face la réminiscence de ses traumas lors de l'accouchement de sa fille. La psychologue nous apparaît comme un tuteur de résilience, par son empathie, son intérêt porté à la patiente, sa présence constante et déterminée.

Face à une crise identitaire multifactorielle, les femmes excisées peuvent trouver dans le parcours de réparation un accompagnement au développement de leur « pouvoir d'agir », l'*empowerment*. Marie Anaut, dans son ouvrage *Psychologie de la résilience*, définit l'*empowerment* comme le « sentiment d'avoir un contrôle sur sa vie et indique la façon dont le sujet développe ses habiletés, ce qui favorise notamment l'estime de soi et la confiance en soi ».

Fatou Kamara, opérée quelques semaines avant notre interview, nous explique ce que représente le parcours de réparation pour elle :

*« Ça me représente comme si je fais une nouvelle vie maintenant. J'ai une nouvelle vie et j'ai, j'ai essayé de d'oublier tout ce qui m'est arrivé au passé. Et... franchir une nouvelle vie, maintenant, et prends ma vie en main maintenant, mon destin dans ma main. Oublier tout ce qui s'est passé dans le passé. »*  
(Entretien N°7 définitif, F. Kamara, femme)

L'autonomie et la capacité de contrôle personnel sont au cœur de l'*empowerment*. Aïssata Coumba, qui a fini son parcours de réparation, met en avant l'évolution très positive du regard qu'elle porte sur elle :

*« Avant j'étais peut-être à 60% d'être une femme mais là je suis à 100%, 100%. Moi le regard que j'ai quand je me regarde dans le miroir bah je suis fière de moi, je suis une femme forte, une femme autonome et hein, une femme qui a du plaisir... et ça, c'est très important. »*  
(Entretien N°9 définitif, A. Coumba, femme)

Selon Nathalie Bernard, les femmes excisées à ce stade de résilience, qu'elles soient opérées ou non, « s'autorise[nt] à être et à prendre des décisions pour elle[s] » (Entretien N°4).

Ainsi, les femmes dans un parcours de réparation peuvent s'inscrire dans un processus de résilience qui leur permet de revendiquer une reconnaissance de leur individualité reconstruite et positive, au regard des modèles antérieurs. Cette reconstruction d'une identité positive, permise par la résilience comme capacité à faire ressortir le beau, le bon d'un malheur, est la résultante du processus de rétablissement des femmes excisées, marquée par l'atteinte d'« un niveau de bien-être et de fonctionnement élevé ».

Nous pouvons espérer que l'adhésion au parcours de soin permettra à ces femmes de se reconstruire positivement, au regard de leurs traumatismes, du sentiment de trahison et de l'intégration d'une culture différente. Partant d'une identité bloquée, les femmes excisées, au sein d'un parcours de réparation, peuvent être sécurisées et accompagnées afin de dépasser les moments de doute, de pression familiale et de surmonter la perte d'espoir. L'ensemble des intervenants du parcours tentent d'apporter une certaine stabilité par leur présence constante et déterminée. Par la mise en mots de leurs identités blessées, dans un cheminement résilient au sein d'un processus de rétablissement, elles peuvent élaborer un nouveau développement de leur individualité. Le conflit de loyauté, que peuvent vivre certaines d'entre elles, peut être un frein à l'aboutissement du rétablissement. Lorsque les femmes excisées dans un parcours de réparation s'autorisent "à être" et "à devenir", elles s'émancipent de leur identité culturelle, trouvant leur place "à part entière" dans la société. Elles font évoluer leurs rapports à elles-mêmes et à leur sexualité, par une reconstruction de leur identité de femme. Ainsi le parcours de réparation de ces femmes excisées apparaît comme lieu de reconstruction identitaire, leur permettant de vivre une vie satisfaisante fondée sur une identité positive, loin des crises identitaires qui les traversaient autrefois.

## CONCLUSION

Les mutilations sexuelles féminines touchent près de deux cents millions de femmes dans le monde, et cent-vingt-cinq mille femmes en France, ce qui en fait un sujet sociétal, qui pousse les pouvoirs publics à s'en emparer. Enjeu de santé majeur, du fait des conséquences néfastes de cette pratique traditionnelle pour la santé des femmes, la prise en charge des mutilations sexuelles féminines, regroupées sous le terme générique d'excision, s'organise autour de la chirurgie reconstructive. La clitoridoplastie, au départ au centre de la prise en charge, va progressivement s'intégrer dans un parcours de soins, dit « de réparation », centré sur une reconstruction globale afin de répondre aux conséquences psycho-sexuelles de l'excision. Des unités de prise en charge de femmes excisées s'organisent autour de trois composantes : médicale, psychologique et sexologique. Dès lors, les femmes excisées qui le désirent peuvent entrer dans un parcours de réparation afin de se reconstruire des suites de leur excision. Fort de ce constat, nous nous sommes efforcés de répondre à cette question qui a guidé notre travail de recherche : En quoi le parcours de réparation au sein d'unités de prise en charge de femmes excisées joue-t-il un rôle de reconstruction identitaire ?

Il nous est apparu essentiel, de comprendre ce qui mènent les femmes excisées à solliciter une prise en charge, dans un parcours de réparation. Seules les femmes qui en sont venues au constat que leur excision représente pour elles un problème sollicitent une telle prise en charge.

Chaque femme a ses raisons propres d'entrer dans un parcours de réparation, principalement liées à des douleurs physiques, des troubles dans leur sexualité ou encore des problèmes identitaires d'estime de soi. Leurs attentes sont très diverses et dépendantes de la manière dont est vécue leur excision, mais centré sur la chirurgie. Une stabilité sociale et psychiatrique est indispensable à la poursuite d'une prise en charge et c'est aux intervenants du parcours qu'il incombe d'en faire l'évaluation.

Ce qui nous renvoie à la nécessité de soignants formés à l'accueil d'un tel public. Le sujet de l'excision étant un sujet tabou, cette dimension traverse également les soignants qui, parfois, dans la crainte de blesser ou par méconnaissance, préfèrent se taire, et enferment les femmes excisées dans leur silence. Afin de répondre à cette problématique, les unités de soins aux

femmes excisées, créées autour d'une chirurgie innovante, s'articulent autour de professionnels de santé, formés et profondément engagés auprès des femmes excisées.

Cette prise en charge multidimensionnelle est soutenue par trois intervenants indispensables, formés et engagés :: le gynécologue, le psychologue et le sexologue.

Notre travail d'enquête nous a poussé à nous intéresser au projet de réparation, comme support de réparation identitaire, dans ces dimensions culturelles et symboliques.

L'identité culturelle est le premier maillon de compréhension des femmes excisées. Transmise par la famille et la communauté, elle est élaborée par l'intégration de normes et de traditions. L'excision, culturellement pratiquée dans les communautés traditionnelles, est un rite de passage, conférant à la femme excisée, un statut social, celui de femme, de mère et d'épouse. Dans les pays occidentaux, l'excision est considérée comme une atteinte à l'intégrité physique. En retirant à la femme ses attributs féminins, elle serait dépossédée d'une partie de son statut de femme. La confrontation des normes socio-culturelles entre le pays d'origine et le pays d'accueil est au cœur du parcours de réparation. Elle joue un rôle dans la crise identitaire que traversent ces femmes, en recherche de réparation, remettant en cause leur propre identité culturelle. La compréhension des appartenances culturelles est un enjeu pour les soignants, afin de pouvoir soutenir ces femmes dans cette crise identitaire et d'entamer une levée des tabous.

Le parcours de réparation est aussi un lieu de réflexion sur leur identité de femme excisée. Les perceptions subjectives, d'une image de soi normée, que les femmes excisées ont de leur corps, les mènent à penser qu'elles ne sont pas des femmes "à part entière". Le sentiment d'incomplétude est très fortement marqué et participe à celui d'infériorité par rapports aux autres femmes, aux femmes non-excisées. Cette image de soi meurtrie s'accompagne d'une estime de soi dévalorisée, d'un sentiment de honte envers leur conjoint, leurs amies et le corps médical. L'inversion des normes socio-culturelles bouleverse leur statut de femme, les amenant à ne plus avoir de repère. L'entrée dans un parcours de réparation est un moyen de se réapproprier une image de soi positive. Leur vie affective et sexuelle est, elle aussi, marquée par les conséquences de leur excision. Une sexualité "normale" leur serait inaccessible du fait de l'excision. L'expérience de la sexualité est vécue comme insatisfaisante et subie, La volonté de réparation est très fortement liée à l'envie de vivre une sexualité "normale", à une

identité sexuelle assumée. Le parcours de réparation semble être un lieu pour soigner leurs identités blessées, un lieu pour se réapproprier une identité féminine, sexuelle et culturelle assumée.

Notre travail d'enquête nous a permis de mettre en exergue la notion de traumatisme et nous interroge sur les moyens mis en œuvre, au sein d'un parcours de réparation, pour permettre aux femmes excisées de se rétablir et de reconstruire leur identité.

Le trauma chez la femme excisée est évident et réside dans le geste, dans sa réalisation comme dans son exposition. Il est aussi fortement lié, au milieu de vie patriarcal, marqué par le mariage forcé ou le parcours migratoire. Ces traumatismes ont des conséquences sur les liens qu'entretiennent les femmes excisées avec leur mère, instaurant un sentiment de trahison et d'abandon, et avec leurs filles, qu'elles veulent protéger de cette coutume. Ces femmes, en intégrant un parcours de réparation, rompent la transmission du trauma aux générations futures.

La gestion des traumatismes des femmes excisées, dans un parcours de réparation, semble être possible par un travail de résilience, au sein d'un parcours de rétablissement. La femme excisée serait comme bloquée par des mécanismes de défenses instaurés lors de l'exposition au trauma, afin de la maintenir en phase de protection. Le travail de résilience prend corps d'abord, dans la sécurisation du sujet puis, dans la recherche de sens dans l'évènement traumatique. Plus tard, ces femmes, se retrouvant dans une "identité bloquée" peuvent surmonter la perte d'espoir, par le soutien qu'elles reçoivent, à la fois, dans des milieux associatif et amicaux, puis dans la perspective de réparation, rendue possible par l'existence de ce parcours de soins dédié. L'amorce d'un rétablissement est engagée. Les femmes excisées, dans un chemin résilient au sein d'un parcours de réparation, peuvent acquérir de nouveaux mécanismes de défense, plus élaborés, leur permettant d'intellectualiser leurs blessures. Elles réapprennent à croire en elles. Elles se redéfinissent, par la mise en sens de leur vécu traumatique, soutenues et accompagnées par les intervenants du parcours, dans la prise en charge de ces "identités blessées". Le rétablissement se poursuit, grâce l'émergence d'un nouveau développement de l'individualité. Les femmes excisées peuvent trouver, dans le parcours de réparation, un accompagnement au développement de leur *empowerment*, leur permettant de s'autoriser "à être" et "à devenir". Le rétablissement s'achève, soutenu par un

cheminement résilient, pour permettre à ces femmes une reconstruction identitaire positive, marquée par l'adhésion au parcours de réparation.

Ainsi, ce travail nous a permis, dans la limite de son périmètre de recherche, de mieux comprendre en quoi le parcours de réparation au sein d'unités de soins aux femmes excisées est un parcours de reconstruction identitaire. Cependant, au cours de cette enquête, un nouveau questionnement, que nous n'avons pas exploré, est apparu.

Dans quelle mesure l'accessibilité au parcours de réparation pourrait-elle être étendue à un maximum de femmes excisées ?

La médiatisation de l'excision et de ces conséquences néfastes a permis à de nombreuses femmes de pouvoir élaborer un projet de réparation. Toutefois, la faible diffusion de l'existence de parcours de réparation, au sein des unités de soins aux femmes excisées, nous semble un frein non négligeable, portant préjudice à l'entrée dans le parcours. Les femmes issues d'un parcours migratoire sont, par le biais des associations de migrants, souvent mieux renseignées que les femmes issues de la deuxième génération. De plus, il n'est pas rare que certaines femmes excisées apprennent la réalité de leur situation lors d'une prise en charge gynécologique ou d'un accouchement. Ce qui souligne le peu de professionnels de santé aguerris à la détection des mutilations sexuelles féminines, à l'accueil de ce constat et à l'orientation des femmes excisées. Il nous semble pourtant essentiel de reconnaître l'existence de cette population en permettant une prise en charge adéquate de leurs attentes. Pour cela, la formation des soignants au sein des maternités, des agents d'accueil téléphonique hospitalier et surtout l'intégration de modules concernant les mutilations sexuelles dans les études de médecine, de sage-femme et d'infirmière semblent des pistes intéressantes de développement de cette pratique.

Une attention toute particulière devrait être portée aux médecins généralistes, premier contact des femmes et des jeunes filles excisées. Ils devraient donc être des acteurs essentiels dans la détection de l'excision et dans l'orientation de ces femmes.

## ANNEXES

### TABLE DES ANNEXES

<b>ANNEXE 1 : PROTOCOLE DU GUIDE D'ENTRETIEN :</b> .....	<b>71</b>
<b>ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN A L'ATTENTION DE LA SOCIOLOGUE</b> .....	<b>72</b>
<b>ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN A L'ATTENTION DU GYNECOLOGUE</b> .....	<b>75</b>
<b>ANNEXE 4 : GUIDE D'ENTRETIEN A L'ATTENTION DES FEMMES EXCISEES :</b> .....	<b>78</b>
<b>ANNEXE 5 : GUIDE D'ENTRETIEN DEFINITIF A L'ATTENTION DES SOIGNANTS</b> .....	<b>82</b>
<b>ANNEXE 6 : GUIDE D'ENTRETIEN DEFINITIF A L'ATTENTION DES FEMMES EXCISEES :</b> .....	<b>85</b>
<b>ANNEXE 7 : FICHES SIGNALETIQUES</b> .....	<b>89</b>
<b>ANNEXE 8 : RECAPITULATIF DES FICHES SIGNALETIQUES</b> .....	<b>90</b>
<b>ANNEXE 9 : REPRESENTATION ANATOMIQUE DES DIFFERENTS TYPES D'EXCISION</b> .....	<b>93</b>
<b>ANNEXE 10 : DESSIN DE TITOUAN LAMAZOU</b> .....	<b>94</b>

## Annexe 1 : Protocole du Guide d'Entretien :

Bonjour,

Je m'appelle Héloïse Andral. Je suis étudiante en Master Economie et Gestion de la Santé. Dans ce cadre, j'ai choisi de mener une recherche sur les parcours de réparation au sein d'unités de prise en charge de femmes excisées. C'est en raison de [vos compétences dans ce domaine // de votre expérience personnelle] que je souhaite vous interviewer sur le parcours des femmes excisées dans un service de santé. Cet entretien est confidentiel et anonyme. Il est enregistré afin que je puisse le retranscrire et l'enregistrement sera ensuite effacé.

Notre entretien peut être assez long, d'au moins une heure. Il nous faut donc un endroit calme dans lequel nous ne serons pas dérangés. Je vous remercie par avance du temps que vous m'accordez.

Bien, pouvons-nous commencer ?



## Annexe 2 : Guide d'entretien exploratoire à l'attention de la SOCIOLOGUE

Nom : Prénom : (Anonymisé)

Date de L'entretien :

Lieu où se déroule l'entretien :

### Thème 1 : Présentation de la personne

Q1 : Est-ce que vous pouvez vous présenter et me parler plus spécifiquement de votre situation actuelle ?

Q2 : Pourriez-vous me parler des mutilations sexuelles féminines (MSF), et plus particulièrement de l'excision ?

Relance : En quoi est-ce un sujet d'actualité en France aujourd'hui ?

Qu'est-ce qui est en jeu selon vous dans la médicalisation autour de l'excision et plus particulièrement de la reconstruction clitoridienne ?

### Thème 2 : La prise de conscience de la MSF

Q3 : Pourriez-vous me parler de la prise de conscience des femmes excisées de leur mutilation ?

Relance : Pourriez-vous me parler du traumatisme vécu par ces femmes ?

Selon vous, quel regard ont ces femmes de leur corps ? et sur leur futur ?

Que pensez-vous de l'avancée de la prise de conscience sociétale ?

Q4 : Pouvez-vous me parler des ressources que peuvent trouver ces femmes dans notre société et à quel niveau ?

Relance : Suite à une excision connue

Suite à une découverte tardive

### Thème 3 : Circonstances d'entrée dans le parcours de reconstruction

Q5 : Pourriez-vous me parler des circonstances d'entrée dans un parcours de reconstruction pour les femmes excisées ?

Relance : Pouvez-vous me parler des freins d'entrée dans ce parcours ?

Q6 : Selon vous, qu'est-ce qui est en jeu dans la médiatisation autour de l'excision et plus particulièrement du parcours de reconstruction clitoridienne ?

Relance : Quelle portée à cette médiatisation dans la prévention de l'excision ?

#### Thème 4 : Un parcours de soins pluridisciplinaire

Q7 : Est-ce que vous pourriez m'expliquer ce que représente pour vous le parcours de soin auprès des patientes excisées dans la reconstruction chirurgicale du clitoris ?

Q8 : Est-ce que vous pourriez me parler de parcours de réparation des mutilations des femmes excisées et de leurs intervenants ?

Relance : Liste des intervenants : « je remarque que vous n'avez pas mentionné le sexologue/la psychologue/ la SF/Groupe de parole... »

Pourriez-vous préciser les modalités de prise en charge de ces femmes dans ce type de parcours ?

Q9 : Pourriez-vous me parler ce qui est en jeu dans la finalité de ce parcours pour les patientes ?

Relance : et pour notre société ?

Q10 : Selon vous, quel serait l'organisation idéale ?

Relance : Est-ce que vous pouvez me donner des exemples ?

#### Thème 5 : Les conséquences d'un parcours de soins global

Q11 : Pourriez-vous me parler des conséquences pour les patientes d'un tel parcours de soins ?

Relance : Physique, psychologique et sexuelle - « je remarque que vous n'avez pas mentionné... »

Pourriez-vous aussi développer sur les conséquences dans leur vie de fille et de mère.

Q12 : Dans quelle mesure les attentes des patientes évoluent entre le début et la fin du parcours ?

Q13 : Pourriez-vous me parler des raisons qui mènent les patientes à quitter ce parcours ?

Thème 6 : Le vécu des femmes prises en charge dans un parcours de reconstruction

Q14 : Pouvez-vous me parler du regard que ces femmes portent sur leur corps, leur féminité et leur sexualité ?

Relance : et de votre regard de sociologue sur le corps, la féminité et la sexualité des femmes excisées ?

Q15 : Pourriez-vous me parler du vécu des femmes excisées dans un parcours de reconstruction ?

Q16 : Y a-t-il un thème que nous n'avons pas abordé et que vous souhaiteriez évoquer ?

## Annexe 3 : Guide d'entretien exploratoire à l'attention du GYNECOLOGUE

Nom : Prénom : (Anonymisé)

Date de L'entretien :

Lieu où se déroule l'entretien :

### Thème 1 : Présentation de la personne

Q1 : Est-ce que vous pouvez vous présenter et me parler plus spécifiquement de votre situation actuelle ?

Relance : Dans quelle type de structure ? A quel poste ?

Q2 : Pour entrer d'emblée dans le vif du sujet, pourriez-vous me parler des mutilations sexuelles féminines (MSF), et plus particulièrement de l'excision ?

Relance : Qu'est-ce qui est en jeu, selon vous, dans la *médicalisation* autour de l'excision et plus particulièrement de la reconstruction clitoridienne ?

Selon vous, en quoi est-ce un sujet d'actualité en France aujourd'hui ?

### Thème 2 : La prise de conscience des MSF

Q3 : Pourriez-vous me parler de votre prise de conscience des MSF au travers de votre exercice ?

Q4 : Pourriez-vous me parler de ce qui vous a amené à prendre en charge des femmes excisées dans votre parcours professionnel ?

Relance : Pourriez-vous me parler plus précisément du contexte et des moyens utilisés ?

Q5 : Pourriez-vous me parler de la prise de conscience des femmes excisées de leur mutilation ?

*Reformulation* : Pourriez-vous me parler de la représentation qu'ont les femmes excisées de leur mutilation ?

Relance : Selon vous, quel *regard* ces femmes portent-elles :

Sur leur corps ?

Sur leur féminité ?

Sur leur sexualité ?

Pourriez-vous me parler du traumatisme vécu par ces femmes ?

Q6 : Pouvez-vous me parler des ressources que peuvent trouver ces femmes et à quel niveau ?

### Thème 3 : Circonstances d'entrée dans le parcours de reconstruction

Q7 : Pourriez-vous me parler des *raisons d'entrée* dans un parcours de reconstruction pour les femmes excisées ?

Relance : Pouvez-vous préciser le type de patientes que vous êtes amené à rencontrer ?  
Pouvez-vous m'en dire plus sur leurs attentes ?

Q8 : Pourriez-vous me parler des freins d'entrée dans ce parcours ?

Q9 : Selon vous, qu'est ce qui est en jeu dans la *médiatisation* du parcours de réparation ?

### Thème 4 : Un parcours de soins pluridisciplinaire

Q10 : Pourriez-vous me parler du *parcours de réparation* des femmes excisées et de leurs intervenants ?

Relance : et plus particulièrement de *votre rôle* dans ce parcours ?  
Et du rôle de la gynécologue ?  
Et de la sexologue ?

Q11 : Pourriez-vous préciser les modalités de prise en charge en cas de chirurgie ?

Relance : et de vos attentes en post chirurgical ?

Q12 : Selon vous, qu'est ce qui est en jeu dans la *pluridisciplinarité* de ce parcours pour les patientes ?

Relance : Est-ce vous ajouteriez ou enlèveriez certaines choses dans ce qui est pratiqué dans votre structure ?  
Est-ce que vous pouvez me donner des exemples ?

Q13 : Pourriez-vous me parler des raisons qui mènent certaines patientes à quitter ce parcours ?

Thème 5 : Les conséquences d'un parcours de soins global

Q14 : Pourriez-vous me parler des *conséquences* pour les patientes d'un tel parcours de soins sur le plan physique, psychologique et sexuel ?

Relance : Pourriez-vous aussi développer sur leurs relations avec leurs mères

Pourriez-vous aussi développer sur leurs relations avec leurs filles

Q15 : Enfin, pourriez-vous me parler du *vécu de vos patientes* de leur un parcours de reconstruction ?

Relance : Selon vous, quelle est la finalité du parcours pour ces femmes ?

Q16 : Y a-t-il un thème que nous n'avons pas abordé et que vous souhaiteriez évoquer ?

## Annexe 4 : Guide d'entretien exploratoire à l'attention des FEMMES EXCISEES :

Nom : Prénom : (Anonymisé)

Date de L'entretien :

Lieu où se déroule l'entretien :

### Thème 1 : Présentation de la personne

Q1 : Est-ce que vous pouvez vous présenter et me parler de votre situation actuelle ?

Relance : Pourriez-vous me préciser la composition de votre famille ?

Relance : Femme de 2<sup>e</sup> génération ? Femme issue de l'immigration ?

Q2 : Pour entrer d'emblée dans le vif du sujet, qu'est-ce que vous auriez envie de me dire par rapport aux mutilations sexuelles féminines (MSF) ?

Relance : Que pensez de la médiatisation autour de ce sujet ?

### Thème 2 : La prise de conscience de la MSF

Q3 : Pouvez-vous me parler de votre excision ?

Relance : Comment avez-vous su que vous étiez excisée ?

Relance : Approfondir sur les conséquences immédiates et sur la gravité de la mutilation.

Q4 : Pourriez-vous me parler du vécu de votre excision ?

Relance : Ce que vous avez pensé, ressenti et imaginé

Q5 : Est-ce que vous pouvez me parler des personnes avec qui vous avez pu en parler ?

Relance : et ce qu'ils vous ont apporté ?

Q6 : Pourriez-vous m'expliquer dans quelle mesure cela touche les femmes de votre famille et comment elles en parlent ?

Relance : Et comment en parle votre conjoint/mari ?

### Thème 3 : Circonstances d'entrée dans le parcours de soins

Q7 : Pouvez-vous me parler des raisons qui vous ont amené à consulter par rapport à votre excision ?

Q8 : Pourriez-vous m'expliquer comment vous avez choisi de vous faire suivre à [terrain] ?

Relance : Pourriez-vous m'expliquer votre trajectoire (comment vous avez eu les infos) ?

Q9 : Pourriez-vous me parler de vos attentes lorsque vous avez décidé de consulter pour la première fois à ce sujet ?

Q10 : Pourriez-vous me parler du soutien que vous avez eu ou non de la part de votre entourage ?

Relance : et de la place de votre conjoint/mari ?

#### Thème 4 : Un parcours de soins pluridisciplinaire

Q11 : Est-ce que vous pourriez m'expliquer chronologiquement les personnes que vous avez rencontrées et comment cela s'est déroulé pour vous ?

Relance : Liste des intervenants : « je remarque que vous n'avez pas mentionné le sexologue/la psychologue/ la SF/Groupe de parole... »

Relance : Pourriez-vous me préciser où vous en êtes dans le parcours ?

Relance : Qu'est ce qui vous a amené à ... si trajet non linéaire

Q12 : Est-ce que vous pouvez me parler de vos relations avec les intervenants rencontrés dans votre parcours de soins ?

Relance : Pouvez-vous me parler de vos ressentis à chacun des étapes ?

Q13 : Selon vous, quelle est la finalité du parcours de réparation ?

Q14 : Qu'est-ce que vous souhaiteriez souligner par rapport à ce parcours au sein de [terrain]?

Q15 : Selon vous, quelle serait l'organisation idéale ?

Relance : Est-ce que vous ajouteriez ou enlèveriez certaines choses ?

Relance : Est-ce que vous pouvez me donner des exemples ?

Q16 : Dans quelle mesure vos attentes ont-elles évolué entre le début et la suite de votre parcours de soins ?

Relance : Pouvez-vous approfondir ?

#### Thème 5 : La prise en charge physique et chirurgicale des femmes excisées

Q17 : Pourriez-vous m'expliquer quelles ont été les conséquences physiques de l'excision chez vous ?

Relance : et lors de vos accouchements ?

Q18 : Pouvez-vous me parler du regard que vous portez sur votre corps ?



Q19 : Pouvez-vous me parler de votre ressenti du regard des soignants sur votre corps ?

Q20 : Est-ce que vous pourriez m'expliquer ce que représente la reconstruction chirurgicale du clitoris pour vous ?

Si chirurgie :

Q20 : Pouvez-vous me parler de votre vécu de la chirurgie réparatrice dont vous avez bénéficié ?

Relance : Les conséquences sur la perception de votre corps ?

Si pas de chirurgie :

Q20: Pouvez-vous m'expliquer comment la décision de ne pas être opérée a été prise ? et comment vous l'avez vécu ?

Relance : Pourriez-vous m'en dire plus ?

Si décision de chirurgie mais pas encore réalisée :

Q20 : Pouvez-vous me parler de vos attentes et de vos craintes par rapport à la chirurgie ?

Thème 6 : La prise en charge psychologique des femmes excisées

Q18 : Pourriez-vous m'expliquer quelles ont été les conséquences psychologiques de l'excision chez vous ?

Relance : et dans le fait de devenir mère ?

Relance : et dans le fait d'être mère d'une fille ?

Q19 : Selon vous, quel regard porte notre société actuelle sur la féminité ?

Q20 : Pouvez-vous me parler du regard que vous portez sur votre féminité ?

Q21 : Pourriez-vous me parler des conséquences psychologiques de la prise en charge de l'excision dans ce parcours de soins ?

Thème 7 : La prise en charge sexuelle des femmes excisées

Q22 : Pourriez-vous m'expliquer quelles ont été les conséquences de l'excision sur votre entrée dans la vie sexuelle ?

Q23 : Selon vous, quelle place a la sexualité dans notre société ?

Relance : et votre regard sur la sexualité dans notre société ?

Q24 : Pourriez-vous me parler du vécu de votre sexualité avant le début de la prise en charge ?

Relance : et celui de votre mari/conjoint ?

Q25 : Suite à ce parcours, pouvez-vous me parler des conséquences sur votre sexualité ?

Relance : et du côté de votre mari/conjoint ?

Nous arrivons à ma dernière question,

Q26 : Pour finir, j'aimerais que vous me parliez de votre vécu de la prise en charge globale, dont vous avez bénéficié, sur votre vie de fille, de femme et de mère ?

Relance : Pourriez-vous approfondir sur... Fille/Femme/Mère

Q27 : Y a-t-il un thème que nous n'avons pas abordé et que vous souhaiteriez évoquer ?

## Annexe 5 : Guide d'entretien définitif à l'attention des soignants

Nom : Prénom : (Anonymisé)

Date de l'entretien :

Lieu où se déroule l'entretien :

### Thème 1 : Présentation de la personne

Q1 : Est-ce que vous pouvez vous présenter et me parler plus spécifiquement de votre situation actuelle ?

Relance : Dans quel type de structure ?

Q2 : Pour entrer d'emblée dans le vif du sujet, pourriez-vous me parler des mutilations sexuelles féminines (MSF), et plus particulièrement de l'excision ?

Relance : Qu'est-ce qui est en jeu, selon vous, dans la médicalisation autour de l'excision ?

### Thème 2 : La prise de conscience des MSF

Q3 : Pourriez-vous me parler de votre prise de conscience des MSF au travers de votre exercice ?

Q4 : Pourriez-vous me parler de ce qui vous a amené à prendre en charge des femmes excisées dans votre parcours professionnel ?

Relance : Pourriez-vous me parler plus précisément du contexte et des moyens utilisés ?

Q5 : Pourriez-vous me parler de la prise de conscience des femmes excisées de leur mutilation ?

Relance : Pourriez-vous me parler du traumatisme vécu par ces femmes ?

Q6 : Selon vous, quelles sont les ressources que peuvent trouver ces femmes pour la prise en charge de leur MSF ?

### Thème 3 : Circonstances d'entrée dans le parcours de reconstruction

Q7 : Pourriez-vous me parler des raisons d'entrée dans un parcours de reconstruction pour les femmes excisées ?

Q8 : Selon vous, quelles sont leurs attentes à l'entrée dans le parcours ?

Q9 : Puis, quels peuvent être les freins d'entrée dans ce parcours ?

Q10 : Selon vous, dans quelle mesure d'entourage joue un rôle ou non dans l'entrée dans les parcours de soins ?

Relance : Et dans la poursuite du parcours ?

#### Thème 4 : Un parcours de soins pluridisciplinaire GYNECOLOGUE

Q11 : Pourriez-vous me parler du parcours de réparation des femmes excisées et de leurs intervenants ? Et si tant est qu'il y ait une chronologie, de me les présenter dans l'ordre chronologique.

Relance : Et plus particulièrement de votre rôle dans ce parcours ?

Pourriez-vous me décrire les différents temps où vous intervenez ?

#### GYNECOLOGUE

Q12 : Pourriez-vous me parler de vos attentes à chaque étape du parcours de réparation ?

Reformulation : Lors de vos consultations, avez-vous des demandes particulières pour les patientes en demande d'une chirurgie clitoridienne ?

Relance : Avant la chirurgie ? Après la chirurgie ?

S'il n'y a pas de chirurgie ?

#### PSYCHOLOGUE

Q12 : Selon vous, quelle place a la psychologie dans la prise en charge des femmes excisées, prises en charge dans un parcours de reconstruction ?

#### SEXOLOGUE

Q12 : Selon vous, quelle place a la sexologie dans la prise en charge des femmes excisées dans un parcours de reconstruction ?

Q13 : Pourriez-vous me parler du regard que portent ces femmes sur leur mutilation ?

Relance : et de l'impact que cela a sur elle ?

Et sur leur place dans notre société ?

Q14 : Pourriez-vous me parler des raisons qui mènent certaines patientes à quitter ce parcours ?

Thème 5 : Les conséquences d'un parcours de soins global

Q15 : Selon vous, quels sont les répercussions pour les patientes d'un tel parcours ?

Relance : sur la perception de leur corps, sur leur féminité, sur leur sexualité ?

Q16 : Selon vous, quelles sont les conséquences sur la dynamique familiale ?

Relance : Les conséquences sur leurs relations avec leurs mères ?

Les conséquences sur leurs relations avec leurs filles ?

Q17: Pourriez-vous me parler du vécu de vos patientes de leur un parcours de reconstruction ?

Q18 : Selon vous, quelle est la finalité du parcours pour ces femmes ?

Relance : Est-ce que vous revoyez beaucoup de patientes après la chirurgie ?

Q19 : Y a-t-il un thème que nous n'avons pas abordé et que vous souhaiteriez évoquer ?

## Annexe 6 : Guide d'entretien définitif à l'attention des FEMMES EXCISEES :

Nom : Prénom : (Anonymisé)

Date de L'entretien :

Lieu où se déroule l'entretien :

### Thème 1 : Présentation de la personne

Q1 : Est-ce que vous pouvez vous présenter et me parler de votre situation actuelle ?

Relance : Pourriez-vous me préciser la composition de votre famille ?

Relance : Femme de 2<sup>e</sup> génération ? Femme issue de l'immigration ?

Q2 : Qu'est-ce que vous auriez envie de me dire par rapport aux mutilations sexuelles féminines (MSF) ?

### Thème 2 : La prise de conscience de la MSF

Q3 : Pouvez-vous me parler de votre excision ?

Relance : Comment avez-vous su que vous étiez excisée ?

Relance : Approfondir sur les conséquences immédiates et sur la gravité de la mutilation.

Q4 : Pourriez-vous me parler du vécu de votre excision ?

Q5 : Est-ce que vous pouvez me parler des personnes avec qui vous avez pu en parler ?

Relance : et ce qu'ils vous ont apporté ?

Q6 : Pourriez-vous m'expliquer dans quelle mesure cela touche les femmes de votre famille et comment elles en parlent ?

Relance : Et comment en parle votre conjoint/les hommes de votre famille ?

### Thème 3 : Circonstances d'entrée dans le parcours de soins

Q7 : Pouvez-vous me parler des raisons qui vous ont amené à consulter par rapport à votre excision ?

Q8 : Pourriez-vous m'expliquer comment vous avez choisi de vous faire suivre à [terrain] ?

Relance : Par quel biais vous avez eu les renseignements ?

Q9 : Pourriez-vous me parler de vos attentes lorsque vous avez décidé de consulter pour la première fois à ce sujet ?

#### Si a des filles

Q10 : Pouvez-vous m'expliquer dans quelle mesure vos filles ont une place dans la prise de cette décision ?

#### Thème 4 : Un parcours de soins pluridisciplinaire

Q11 : Est-ce que vous pourriez m'expliquer chronologiquement les personnes que vous avez rencontrées et comment cela s'est déroulé pour vous ?

Relance : Liste des intervenants : « je remarque que vous n'avez pas mentionné le sexologue/la psychologue/ la SF/Groupe de parole... »

Relance : Pourriez-vous me préciser où vous en êtes dans le parcours ?

Relance : Qu'est-ce qui vous a amené à ... (si trajet non linéaire)

Q12 : Est-ce que vous pourriez m'expliquer ce que représente ce parcours de soins pour vous ?

Q13 : Pourriez-vous me parler de ce qui vous a particulièrement marqué dans ce parcours ?

Relance : Avec quel intervenant ?

Relance : Est-ce que vous ajouteriez ou enlèveriez certaines choses ?

Q14 : Pouvez-vous me parler de l'évolution de vos attentes entre le début du parcours et maintenant ?

Relance : Pouvez-vous m'en dire un peu plus ?

Q15 : Pourriez-vous me parler du soutien que vous avez eu ou non de la part de votre entourage ?

Relance : Et de la part de votre conjoint ?

Et votre mère ?

Q16 : Pour vous, quelle est la finalité du parcours de réparation ?

#### Thème 5 : La prise en charge physique et chirurgicale des femmes excisées

Q17 : Pourriez-vous m'expliquer quelles ont été les conséquences physiques de l'excision chez vous ?

Relance : et lors de vos accouchements ?

Q18 : Pouvez-vous me parler du regard que vous portez sur votre corps ?

Q19 : Pouvez-vous me parler de votre ressenti du regard des soignants sur votre corps ?

Q20 : Est-ce que vous pourriez m'expliquer ce que représente la reconstruction chirurgicale du clitoris pour vous ?

#### Si chirurgie :

Q21 : Pouvez-vous me parler de votre vécu de la chirurgie réparatrice dont vous avez bénéficié ?

Relance : Les conséquences sur la perception de votre corps ?

#### Si pas de chirurgie :

Q21 : Pouvez-vous m'expliquer comment la décision de ne pas être opérée a été prise ? et comment vous l'avez vécu ?

Relance : Pourriez-vous m'en dire plus ?

#### Si décision de chirurgie mais pas encore réalisée :

Q21 : Pouvez-vous me parler de vos attentes et de vos craintes par rapport à la chirurgie ?

#### Thème 6 : La prise en charge psychologique des femmes excisées

Q22 : Pourriez-vous m'expliquer quelles ont été les conséquences psychologiques de l'excision chez vous ?

Relance : et dans vos liens avec votre mère ?

Relance : et dans vos liens avec votre/vos fille-s ?



Q23 : Selon vous, quel regard portez-vous sur votre féminité dans notre société actuelle ?

Q24 : Pourriez-vous me parler des conséquences psychologiques de la prise en charge de l'excision dans ce parcours de soins ?

#### Thème 7 : La prise en charge sexuelle des femmes excisées

Q25 : Pourriez-vous m'expliquer quelles ont été les conséquences de l'excision sur votre entrée dans la vie sexuelle ?

Q26 : Selon vous, quelle est la place de la sexualité dans la société ?

Relance : et votre regard sur la sexualité ?

Q27 : Pourriez-vous me parler du vécu de votre sexualité avant le début de la prise en charge ?

Relance : et celui de votre mari/conjoint ?

Q28 : Suite à ce parcours, pouvez-vous me parler des conséquences sur votre sexualité ?

Relance : et du côté de votre mari/conjoint ?

#### Si chirurgie :

Q29 : Pouvez-vous me parler de votre sexualité depuis la chirurgie ?

Nous arrivons à ma dernière question,

Q30 : Pour finir, j'aimerais que vous me parliez de votre vécu de la prise en charge globale, dont vous avez bénéficié ?

Relance : Pourriez-vous approfondir sur les relations avec votre conjoint ?

avec votre mère ?

avec votre/vos fille-s ?

Q31 : Y a-t-il un thème que nous n'avons pas abordé et que vous souhaiteriez évoquer ?

## Annexe 7 : Fiches signalétiques

### SOCIOLOGUE

Age : Origine :  
Profession : Spécialisation :  
Etudes en cours : Années d'études :

### SOIGNANT

Age : Origine :  
Profession : Spécialisation :  
Diplômes : Année de diplômes :  
Nombre d'années d'exercice :  
Nombre d'années d'exercice dans votre spécialisation :  
Formateur dans la spécialisation :  
Adhérent d'une association :

### FEMME

Age : Lieu de naissance :  
Nationalité : Origine :  
Profession : Ressources :  
Niveau d'étude :  
Lieu d'habitation : Type d'habitation :  
Situation familiale :  
Nombre d'enfants : Filles : Garçons :  
Si immigration récente, Date d'arrivée :  
Statut : Elle : Conjoint :  
Date de la MSF : Type de la MSF :  
Si MSF chez ses filles : Chez des sœurs : Chez sa mère :  
Religion :  
Adhérente à des associations :

## Annexe 8 : Récapitulatif des fiches signalétiques

Identité	Cursus	Date et lieu d'entretien	Temps
<u>N°1</u>  Tara VAILLANT Origine française 26 ans	Sociologue-doctorante 3eme année Thèse sur la réparation des corps des femmes migrantes entre la France et l’Egypte Master en sociologie en 2019	<i>Entretien exploratoire</i>  23 décembre 2021 A domicile	1h40

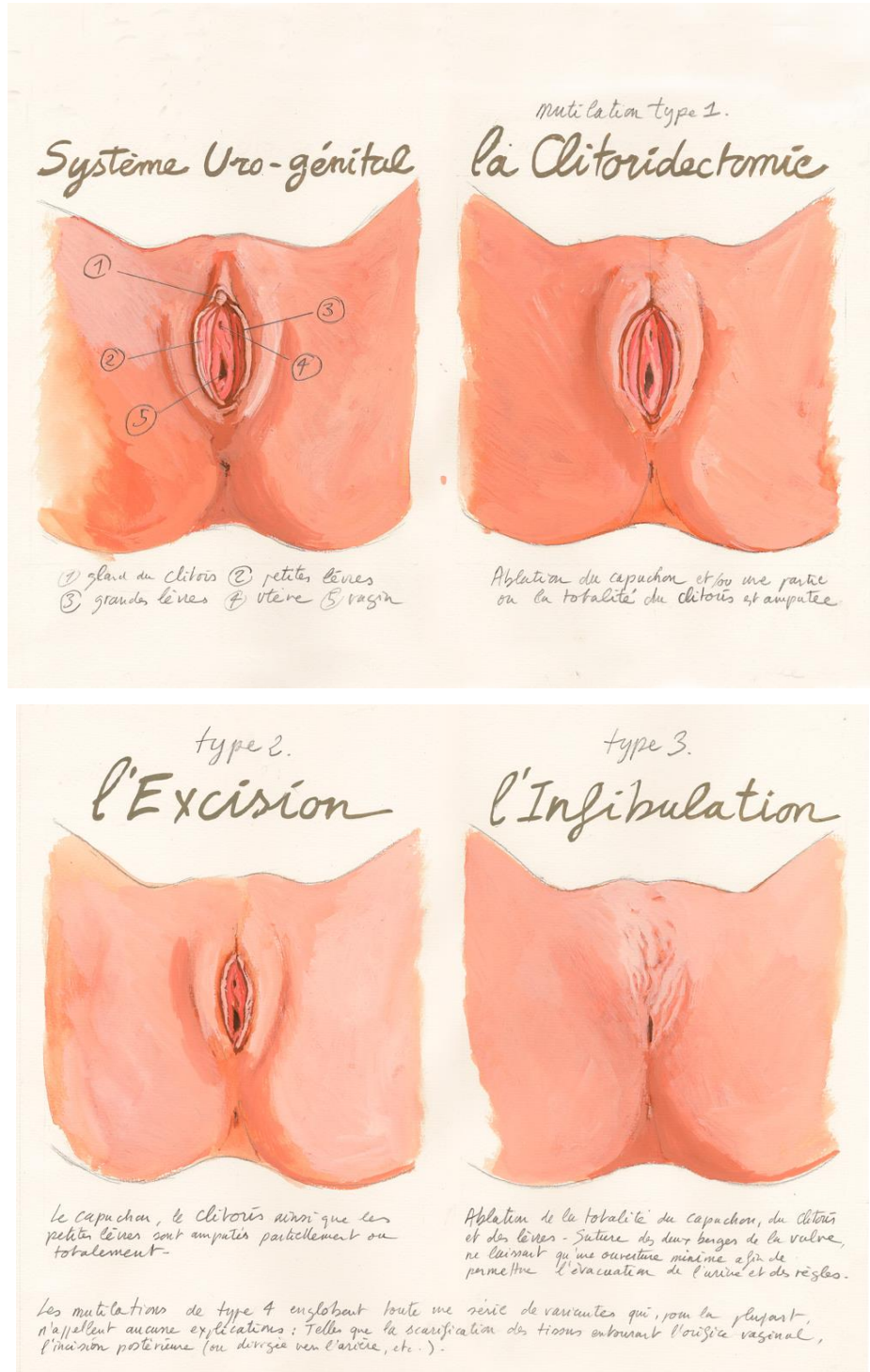
Identité	Carrière	Date et lieu d'entretien	Temps
<u>N°2</u>  Michel MOREAU Origine française 72 ans	Gynécologue-Obstétricien Retraité, praticien hospitalier en exercice contractuel 42 ans d'exercice 12 ans d'exercice auprès des femmes excisées Formé en 2010 (Foldes)	<i>Entretien exploratoire</i>  24 janvier 2022 Visio	53min
<u>N°4</u>  Nathalie BERNARD Origine française 45 ans	Psychologue psychothérapeute Temps plein 19 ans d'exercice 10 ans d'exercice auprès des femmes excisées Spécialisé en poly-traumatologie en 2015	<b>Entretien définitif</b>  25 avril 2022 A la maternité	53min
<u>N°5</u>  Edouard NORMAND Origine française 64 ans	Médecin généraliste Temps plein 34 ans d'exercice 15 ans d'exercice auprès des femmes excisées Spécialisé en sexologie en 1998	<b>Entretien définitif</b>  26 avril 2022 A la maternité	1h31
<u>N°6</u>  Thierry CONRAD Origine française 43 ans	Gynécologue-Obstétricien Praticien hospitalier Temps plein 15 ans d'exercice 9 ans d'exercice auprès des femmes excisées Formé en 2013 (Foldes) DU sexologie en 2022	<b>Entretien définitif</b>  27 avril 2022 A la maternité	1h01

Identité	Informations personnelles	Date et lieu d'entretien	Temps
<u>N°3</u>  Mariama SYLLA Origine mauritanienne Nationalité sénégalaise 38 ans	Mariée 8 enfants (4 filles - 4 garçons) Sans emploi Logée au 115 à l'hôtel Etudes supérieures dans son pays d'origine (Magistrature) Conjoint sans emploi Arrivée en France en 2014 puis en 2016 En situation irrégulière Excisée à 5 ans 2 filles excisées à 8 ans Mères et sœurs excisées Religion musulmane Usager des Resto du cœur et de la Croix Rouge	<i>Entretien exploratoire</i>  8 février 2022 A domicile	1h21
<u>N°7</u>  Fatou KAMARA Origine guinéenne Nationalité guinéenne 26 ans	Célibataire Sans enfant Aide à domicile En colocation Etudes supérieures dans son pays d'origine (Licence Economie) Arrivée en France en 2019 Droit d'asile accordé en 2020 Excisée à 11 ans Mères et sœurs excisées Religion musulmane Bénévole à la Fougère	<b>Entretien définitif</b>  6 mai 2022 A la maternité	1h08

<p><b><u>N°8</u></b></p> <p>Aicha DIABY  Origine guinéenne  Nationalité ivoirienne  21 ans</p>	<p>Mariée religieusement  2 enfants (2 filles)  Sans emploi  Logée au 115 à l'hôtel  N'est jamais aller à l'école  (analphabète)  Arrivée en France en 2020  Droit d'asile accordé en 2022  Conjoint sans emploi  Excisée à 7 et à 8 ans  Pas de filles excisées  Mère et sœurs excisées  Religion musulmane  Usager des Resto du cœur et de la  Croix Rouge</p>	<p><b>Entretien définitif</b></p> <p>17 mai 2022  A domicile</p>	<p>42min</p>
<p><b><u>N°9</u></b></p> <p>Aissata COUMBA  Origine malienne  Nationalité française  34 ans</p>	<p>Union libre  3 enfants (3 filles)  Employée de Mairie  Logement privé  Niveau Baccalauréat  A vécu 1 an au Mali de 12 à 13 ans  Conjoint employé de Mairie  Excisée à 12 ans  Pas de filles excisées  Mère et sœurs excisées  Religion musulmane  Pas d'associatif</p>	<p><b>Entretien définitif</b></p> <p>19 juin 2022  A la maternité</p>	<p>1h18</p>

## Annexe 9 : Représentation anatomique des différents types d'excision

Dessin de Titouan Lamazou (source google image)



Annexe 10 : Dessin de Titouan Lamazou

dans son ouvrage « Femmes du monde », paru en 2007 chez Gallimard





## BIBLIOGRAPHIE

### Ouvrages et parties d'ouvrage de référence

Dubar, Claude. *La crise des identités. L'interprétation d'une mutation*. Presses Universitaires de France, 2010. Chapitre 1. Dynamiques historiques des formes identitaires. pp. 15-56

Dubar, Claude. *La crise des identités. L'interprétation d'une mutation*. Presses Universitaires de France, 2010. Chapitre 2. Dynamiques de la famille et crise des identitaires sexués. pp. 57-93

Dubar, Claude. *La crise des identités. L'interprétation d'une mutation*. Presses Universitaires de France, 2010. Chapitre 5. Construction et crises de l'identité personnelle. pp. 163-218

Anaut, Marie. *Psychologie de la résilience*. Armand Colin, 2015. Chapitre 2. La résilience dans tous ses états, pp. 41-63.

Anaut, Marie. *Psychologie de la résilience*. Armand Colin, 2015. Chapitre 4. Approches connexes et concepts associés à la résilience, pp. 65-81.

Anaut, Marie. *Psychologie de la résilience*. Armand Colin, 2015. « Chapitre 5. Approches psychodynamiques de la résilience, pp. 101-117

Anaut, Marie sous la dir Coutanceau, Roland., *Trauma et résilience. Victimes et auteurs*. Dunod, 2012. Chapitre 1. Traumatisme, humour et résilience. Élaboration du traumatisme et utilisation de l'humour dans le processus de résilience. pp. 1-14.

### Articles académiques

Anaut, Marie. « Le concept de résilience et ses applications cliniques ». *Recherche en soins infirmiers*. vol. 82 n° 3, 2005, pp. 4-11.

Andro, Armelle, Lesclingand, Marie, D. Pourette, Dolorés, « Excision et cheminement vers la réparation : une prise en charge chirurgicale entre expérience personnelle et dynamiques familiales », *Sociétés contemporaines*, vol.77, issue.1,2010, p.139-161

Andro, Armelle, Lesclingand, Marie « Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France », *Population et Sociétés*, n° 438, octobre 2007

Atani Torasso, Louise. « « Les femmes sont nées pour souffrir » en contexte d'excision : un héritage d'humiliation et de honte à élaborer ». *Dialogue*. Vol. 208 n° 2. 2015. pp. 45-56.



- Antonetti-Ndiaye Emmanuelle., Morel C., Fernandez Hervé., « Mutilations sexuelles féminines ». *EMC Gynécologie*. 20/10/2015.
- Beltran, Laura, Fall, Sokhna, Antonetti-Ndiaye, Emmanuelle, « Intérêt de la prise en charge pluridisciplinaire des femmes excisées ». *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. Vol 44, Issue 9. 2015. pp. 862-869
- Berg Rigmor.C., Denison, E., « Une tradition en transition : Facteurs perpétuant et entravant la poursuite des mutilations génitales féminines/excision », National Library of Medicine, 2013
- Bonhomme, Jonathan. « Rites de passage ». *Dictionnaire du corps*, CNRS éditions. 2008. pp.283-285
- Couchard, Françoise. « L'excision ». Presses Universitaires de France, "Que sais-je", 2003
- Jacobi, Benjamin. « Être victime ». *Cliniques méditerranéennes - Érès*. n° 82. 2010/2. pp. 199-205.
- Khellil, Mohamed. « Genre et rapports sociaux de sexe : les enjeux contemporains de la recherche ». Presses universitaires de la Méditerranée, 188 p., 2006 - Carbonne, Natacha. « L'excision ou le devoir d'être mère ». Doctorante en Sociologie IRSA/CRI Université Paul-Valéry — Montpellier III. p117
- Lahire, Bernard. « L'homme pluriel. La sociologie à l'épreuve de l'individu », Catherine Halpern éd., *Identité(s). L'individu, le groupe, la société*. Éditions Sciences Humaines, 2016, pp. 57-67.
- Linder, Audrey., « De la contestation à la collaboration : Tensions et luttes de pouvoir entre usagers et professionnels de la psychiatrie. Le cas du rétablissement en santé mentale », *Sociologie - Presses Universitaires de France*. Vol. 13. 2022. pp. 43 – 61
- Lofti, Yasmina, Schweizer, Angelick, « « Moi la femme excisée, c'est pas plaisir, c'est seulement douleur » : recherche exploratoire sur le vécu sexuel de femmes excisées vivant en Suisse », *Sexologie*, Vol 30, issue 3, Septembre 2021, pp. 195-205
- Lesclingand, Marie, Andro, Armelle, Lombart, Théo. « Estimation du nombre de femmes adultes ayant subi une mutilation génitale féminine vivant en France ». *Bulletin d'épidémiologie hebdomadaire, INVS*, 2019.
- Merckelbagh, Hilde., Nicolas, Marion, Piketty, Mathilde, Benifla, Jean-Louis, « Évaluation d'une prise en charge multidisciplinaire chez 169 patientes excisées demandeuses d'une chirurgie réparatrice », *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, Volume 43, Issue 10, Octobre 2015, Pages 633-639

Philippe Henri-Jean., Safaï Kaiarache., « Mutilations génitales féminines », *EMC Gynécologie*, 01/01/2003.

Villani, Michela, Andro, Armelle, « Réparation du clitoris et reconstruction de la sexualité chez les femmes excisées : la place du plaisir », *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 29, no. 3, 2010, pp. 23-43.

Villani, Michela., « De la « maturité » de la femme à la chirurgie : les conditions de la réparation du clitoris », *Sexologies*, Volume 18, Issue 4, October–December 2009, pp. 297-303.

Sindzingre, Nicole. « Un Excès par défaut : excision et représentations de la féminité ». *L'Homme*. Tome 19 n°3-4. 1979. pp. 171-187

Tauzin, Aline, « Excision et identité féminine. L'exemple mauritanien ». *Anthropologie et Sociétés*. 2012. pp. 29–37

Stryckman, Nicole., et De Neuter, Patrick. « Traumatisme, mémoire (réminiscence, reviviscence et remémoration) du trauma ». *Cahiers de psychologie clinique*. Vol. 53 n° 2. 2019. pp. 77-95.

### Documents Internet

MIPROF, « Les mutilations sexuelles féminines : mesurer l'ampleur du phénomène dans le monde et en France, lutter pour l'abandon de la pratique, prendre en charge les femmes victimes. », *La lettre de l'observatoire des violences faites aux femmes*, N°11, février 2017.

CNCDH, « Avis sur les mutilations sexuelles féminines », *Assemblée plénière du 28 novembre 2013*, *JORF* n°028711 décembre 2013.

Fonds des Nations Unies pour l'enfance, « Mutilations génitales féminines/excision : aperçu statistique et étude de la dynamique des changements », *UNICEF*, 2013.

Organisation Mondiale de la Santé. Mutilations sexuelles féminines, 21/01/2022, [<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>], (28/052022)

Excision, parlons-en !, L'excision c'est quoi ? Comprendre l'excision, 2022 [<http://www.excisionparlonsen.org/comprendre-lexcision/l-excision-c-est-quoi>] (28/052022)

CASTRA, Michel, <https://journals.openedition.org/sociologie/1593> def identité Que sais-je : les 100 mots de la sociologie

Réseau suisse contre l'excision. « Engagements internationaux dans le domaine de la lutte contre l'excision (E/MGF) - Information, éducation et conseil ». *Excision, Droit et*

Législation International, [[www.excision.ch/reseau/excision/droit-et-legislation/international](http://www.excision.ch/reseau/excision/droit-et-legislation/international)]. Consulté le 16 mai 2022.

Gouriot, M., “Individu, sujet et personne”, Espace de réflexion éthique de Normandie, 2022 [<https://www.espace-ethique-normandie.fr/11562/>],(12/07/2022)

### Autres supports

#### Conférence :

Première consultation internationale « Prise en charge des femmes excisées », Université Paris-1 Panthéon Sorbonne & Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 27-28/01/2015.

Cyrulnik, B. Conférence sur « Transmission du trauma aux générations suivantes », Lycée Français de New York, 17/04/2017.

#### Revue :

Rhizome. « Traumatisme et résilience, entretien avec Boris Cyrulnik ». Rhizome. Vol. 69-70 n° 3-4, 2018, pp. 28-29.

#### Ouvrage non académique :

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