SFM
Swiss Forum for Migration
and Population Studies

SFM Studies #69

Dina Bader
Denise Efionayi-Mäder

Prévenir l'excision à Genève

Etude appréciative des projets cantonaux genevois de prévention contre les mutilations génitales féminines (2007-2009 et 2013-2015)

Novembre 2018

unine
UNIVERSITÉ DE
NEUCHÂTEL

Mandants
Bureau de la promotion de l'égalité entre femmes et hommes
et de prévention des violences domestiques (BPEV)
Bureau de l'intégration des étrangers (BIE)
Comité de pilotage MGF (BPEV, Camarada, Unité de santé sexuelle
et planning familial des Hôpitaux Universitaires de Genève,
Arcade sages-femmes et Association des médiatrices interculturelles)

Auteure
Dina Bader

Responsable de projet
Denise Efionayi-Mäder



REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

camarada
centre d'accueil, de formation
et d'insertion professionnelle

Hôpitaux
Universitaires
Genève

Arcade
sages-femmes

AMIC
Association de Médiatrices
Interculturelles

© 2018 SFM

ISBN 10: 2-940379-66-1
ISBN-13: 978-2-940379-66-8

Université de Neuchâtel, Institut SFM, Rue Abram-Louis-Breguet 2, 2000 Neuchâtel
T +41 32 718 39 20, secretariat.sfm@unine.ch, migration-population.ch

Table des matières

1 Introduction 5
1.1 Contexte 5
1.2 Mandat et méthodes 6
1.3 Structure du présent document 8
2 Sensibilisation des populations concernées 9
2.1 Focalisation sur quatre nationalités 9
2.2 Médiatrices 10
2.2.1 Formation des médiatrices 11
2.2.2 Perceptions émiques et étiques du rôle de médiatrices 12
2.2.3 Travail de terrain des médiatrices 14
2.3 "Soirées du 6 février" 19
3 Sensibilisation des professionnel·le·s 21
3.1 Colloques pour les professionnel·le·s de santé 21
3.2 Réunions-débats pour les professionnel·le·s du social, de la justice et de la police 22
4 Matériel et documentation 25
4.1 Documents et matériel destinés aux populations concernées 25
4.1.1 Brochure "Protégeons nos filles de l'excision" 25
4.1.2 Dépliant "Osons parler d'excision" 27
4.2 Documents et matériel destinés aux professionnel·le·s et médiatrices 29
4.2.1 Mallette pédagogique 29
4.2.2 Brochure "Osons Parler d'excision" 30
4.2.3 Brochure "Déconstruire les arguments culturels" 32
5 Bilan des deux campagnes de prévention 35
5.1 Sensibilisation des populations concernées 35
5.1.1 Echo des deux campagnes de prévention 35
5.1.2 Echo de la loi et des procès 36
5.1.3 Opinions sur la situation de l'excision à Genève 37
5.2 Sensibilisation des professionnel·le·s 41
5.2.1 Etat des connaissances des professionnel·le·s de santé 41
5.2.2 Etat des connaissances des professionnel·le·s du social et de la justice 42
5.3 Pour une nouvelle campagne spécifique ou intégrée ? 44
6 Conclusion 47
7 Références bibliographiques 51
8 Annexes 53
Descriptif de l'étude envoyé aux personnes contactées 53
Personnes interrogées 54
Thématiques abordées dans les discussions de groupe 56

Abréviations

AMIC	Association des médiatrices interculturelles
BIE	Bureau de l'intégration des étrangers
BPEV	Bureau de la promotion de l'égalité entre femmes et hommes et de prévention des violences domestiques
CSDH	Centre suisse de compétence pour les droits humains
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève
MGF	Mutilations génitales féminines
MSF	Mutilations sexuelles féminines
NCCR	National Center of Competence in Research – The Migration-Mobility Nexus
OCPM	Office cantonal de la population et des migrations
OIM	Organisation Internationale pour les Migrations
OMS	Organisation mondiale de la santé
SFM	Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population

Remerciements

En premier lieu, nous aimerions remercier tou·te·s les répondant·e·s à notre étude, médiatrices, représentant·e·s des communautés concernées par l'excision et professionnel·le·s genevois·e·s de la santé, du social et de la justice, qui ont bien voulu répondre à nos questions et nous consacrer de leur temps.
Nous remercions également les institutions mandantes et les membres du comité de pilotage MGF qui nous ont mis à disposition les rapports internes et les brochures produites au cours des deux projets de la campagne genevoise de prévention contre l'excision.
Enfin, un grand merci à Christine Diacon et Hoang-Mai Diep, documentalistes du SFM-NCCR, qui nous ont aidées à cibler la littérature pertinente, ainsi qu'à nos collègues Joëlle Fehlmann et Samantha Dunning pour leur relecture attentive de ce rapport.

1 Introduction

1.1 Contexte

L'excision – également appelée "mutilation génitale féminine" (MGF) – est un terme désignant des pratiques non thérapeutiques de modification des organes génitaux féminins. Elles sont pratiquées dans de nombreux pays d'Afrique et d'Asie du Sud-Est et, avec les migrations, dans certaines diasporas des pays du Nord. Depuis les premiers appels féministes dans les années 1970 à abolir cette pratique majoritairement accomplie sur des filles mineures et pouvant entraîner des conséquences sérieuses sur leur santé, de nombreux pays dans le monde se sont dotés d'une législation interdisant cette pratique sur leur territoire. L'excision est condamnée par des normes pénales sur l'atteinte grave à l'intégrité corporelle ou, comme en Suisse depuis 2012, par une loi spécifique contre les mutilations génitales féminines (ci-après MGF). Malgré les efforts déployés à l'échelle internationale et locale pour enrayer cette pratique, l'UNICEF (2013) estime qu'aujourd'hui encore environ 200 millions de femmes et de filles vivent avec une excision ou risquent d'être excisées.

Dans ce contexte, le canton de Genève, par le biais de ses institutions et d'associations locales, s'est intéressé à la problématique et a mené diverses actions auprès des populations immigrées concernées, sachant que les femmes et filles excisées ou risquant de l'être vivent majoritairement en Suisse romande (UNICEF, 2005). Suite à une motion parlementaire contre l'excision (M 1694) déposée en 2006, le Conseil d'Etat genevois a déclaré sa volonté de mener des projets de prévention visant à informer et à sensibiliser non seulement les populations immigrées concernées mais également les professionnel·le·s qui, dans le cadre de leur activité, peuvent être amené·e·s à faire de la prévention ou à prendre en charge des personnes excisées.

Pour répondre à ces objectifs, un premier projet de prévention a été mis sur pied en 2007. Intitulé "Prise en charge de la problématique des MGF dans le canton de Genève", le projet visait à contribuer à une meilleure qualité de vie des femmes originaires d'Éthiopie, de Somalie, d'Érythrée et du Soudan par la sensibilisation de leurs communautés et des professionnel·le·s de santé. Ce premier projet, clos en 2009, a abouti à un deuxième projet mené de 2013 à 2015 ayant pour axes principaux la formation de médiatrices-animatrices, la mise en place de groupes de paroles et la sensibilisation d'une plus vaste palette de professionnel·le·s (santé, social, justice et police).

Le premier projet a été orchestré par un groupe de pilotage (ci-après « comité de pilotage MGF »[1]) composé de membres de l'Office des droits humains, du Service pour la promotion de l'égalité entre hommes et femmes (actuellement le Bureau de la promotion de l'égalité entre femmes et hommes et de prévention des violences domestiques, BPEV), du Bureau de l'intégration des étrangers (BIE), du centre Camarada, du Service de la solidarité internationale, de la Direction générale de la santé, du Service de santé de la jeunesse, de l'Organisation internationale pour les migrations, des associations Yaakaare, M.A.A. et Daryeel et de la Confédération des communautés somaliennes. Le deuxième projet a été coordonné par un comité de pilotage MGF plus restreint, à savoir par le BPEV, le BIE, le centre Camarada, l'Unité de santé sexuelle et planning familial des

[1] Suite à la fin du deuxième projet de prévention et depuis 2018, le comité de pilotage MGF se nomme « Réseau de veille en matière de prévention des MGF ».

Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), l'Arcade sages-femmes et l'Association des médiatrices interculturelles (AMIC).

1.2 Mandat et méthodes

Dans son rapport de bilan de 2015, le BPEV recommande d'évaluer l'impact des actions menées. Le Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population (SFM) de l'Université de Neuchâtel a ainsi été mandaté par le BIE et les institutions membres du comité de pilotage MGF (ci-après: les mandants) pour mener une *étude appréciative* de la réception du message de prévention et des activités menées au cours des deux projets précités.

Etant donné les onze années déjà écoulées depuis le début du premier projet de prévention, l'étude proposée se distingue d'une évaluation dite 'standard' qui mesure l'état des connaissances ou des comportements des publics cibles *ex-ante* et *ex-post* au projet évalué. En d'autres termes, les éléments à disposition ne nous permettent pas de fournir une évaluation d'impact qui viserait à estimer dans quelle mesure les projets de prévention ont permis une diminution des cas d'excision commis sur des filles mineures nées et/ou vivant dans le canton. En conséquence, l'étude appréciative porte essentiellement sur les *produits* des deux projets de prévention (ex. formations, colloques, brochures, groupes de parole) et de leur appréciation passée et présente par les différentes personnes interrogées[2].

Concrètement, l'étude appréciative remplit trois objectifs:

- estimer les effets des activités réalisées dans le canton de Genève[3] au cours des projets de prévention sur le degré de sensibilisation des populations immigrées et des professionnel·le·s;
- répertorier les forces et les faiblesses de ces projets de prévention en fonction des effets observés;
- élaborer des recommandations sur la base de ces résultats.

Afin d'estimer si de tels projets de prévention méritent encore d'être renouvelés aujourd'hui, l'étude explore la situation de l'excision à Genève. Il est vrai qu'étant donné la sensibilité du sujet et la partie du corps féminin touchée par cette pratique, il est difficile de savoir exactement si celle-ci se perpétue encore et si oui, à quelle échelle. C'est pourquoi, le présent rapport ne peut avoir pour ambition de donner un aperçu exact et détaillé de la situation mais rapporte les impressions, observations et expériences des divers interlocuteur·trice·s rencontré·e·s au cours de cette étude et intègre des pistes de recherche pour tenter de connaître son ampleur à Genève.

L'étude appréciative s'est basée sur une méthodologie qualitative. D'une part, une analyse documentaire a été menée par la consultation de divers rapports, procès-verbaux de séances et rapports d'intervention de médiatrices-animatrices formées par le comité de pilotage MGF, à savoir des dames qui font de la prévention auprès de leur communauté. Nous avons également examiné les diverses brochures et autres documents produits dans le cadre des deux projets évalués. Dans la mesure du possible, nous nous sommes appuyées sur des données disponibles quant à la

[2] Une analyse fine du processus d'élaboration et de la qualité des interactions et collaborations entre les membres du comité de pilotage MGF et leurs partenaires aurait été intéressante, mais aurait dépassé le cadre de l'étude appréciative.
[3] D'entente avec les mandants, l'étude appréciative exclut l'analyse du volet international du premier projet, à savoir le soutien à des actions de prévention contre l'excision menées dans des pays africains.

fréquentation des diverses activités. Toutefois, du fait de l'absence de relevé systématique, nous ne pouvons pas 'mesurer' leur succès de manière globale.

D'autre part, nous avons mené trois entretiens individuels avec des membres du comité de pilotage MGF, ainsi que quatre discussions de groupe (*focus groups*) en mai et juin 2018 avec des personnes au profil varié. La sélection des personnes interrogées ne visait pas la représentativité mais avait pour objectif de recueillir un panorama de perspectives le plus élargi possible. Les entretiens d'une durée de trois heures se sont déroulés dans une salle de l'Université de Genève pour proposer un cadre neutre aux 19 personnes rencontrées. La première discussion de groupe a réuni 6 médiatrices-animatrices, représentant 4 nationalités (Erythrée, Ethiopie, Somalie et Guinée). La deuxième discussion de groupe a rassemblé 4 professionnel·le·s de santé exerçant à Genève (gynécologue, sages-femmes et infirmière). Pour des raisons d'indisponibilité aux dates de rencontre proposées, deux médecins (pédiatre et psychiatre) et une psychologue n'ont pu assister à la soirée de discussion mais ont néanmoins accepté de répondre à nos questions au-travers d'un questionnaire. La troisième discussion de groupe a réuni 3 professionnel·le·s des domaines du social (Hospice Général et Service de santé de l'enfance et de la jeunesse) et d'un service juridique (de l'Office cantonal de la population et des migrations). Malheureusement, 2 personnes sur les 5 invitées se sont désistées au dernier moment et, malgré plusieurs rappels écrits et téléphoniques, n'ont pas répondu au questionnaire que nous leur avons adressé. La quatrième et dernière discussion de groupe a rassemblé 6 femmes de 3 nationalités (Erythrée, Somalie et Burkina Faso) considérées comme des représentantes de leur communauté afin de nous relater comment les diverses actions menées dans le cadre des projets de prévention ont été perçues par leur entourage. Si les discussions de groupe des médiatrices et des représentantes étaient exclusivement féminins pour permettre une parole libre sur une pratique touchant aux organes génitaux et à la sexualité, nous avons demandé à 2 hommes, tous deux considérés comme des représentants de leur communauté (Erythrée et Guinée), de nous faire part de leur perspective par voie de questionnaire. Seul l'un d'entre eux nous a répondu. La même situation s'est produite avec une représentante et une médiatrice (Erythrée) absentes lors des discussions de groupe, où seule la première nous a renvoyé le questionnaire complété.

Le choix des personnes interrogées est le résultat de nombreux critères pris en compte. Pour les médiatrices, nous avons essayé de diversifier dans la mesure du possible les nationalités et le nombre d'années d'activité dans ce rôle à partir des listes fournies par le comité de pilotage MGF et des numéros de téléphone encore valables. Pour les représentant·e·s communautaires, nous avons aussi cherché à varier les nationalités en sollicitant, par exemple, d'une part, des personnes travaillant comme interprètes à Connexxion et en utilisant, d'autre part, la technique par boule de neige, à savoir que nous avons demandé aux médiatrices interrogées dans la première discussion de groupe de nous proposer des noms de personnes à contacter. Pour ces deux discussions de groupe, toutefois, nous avons rencontré des difficultés à inviter des personnes d'origines somaliennes et soudanaises. Les raisons sont multiples: les non-réponses à nos nombreux appels, l'invalidité des numéros de téléphone en notre possession, et la période de ramadan coïncidant avec le moment à disposition pour mener les entretiens. Cela étant, nous avons pu compter sur deux personnes invitées, l'une médiatrice et l'autre professionnelle de santé, pour nous faire part de la réception des projets de prévention par la communauté soudanaise, en raison de son travail pour la première et de ses origines pour la seconde (voir détails en annexe).

Pour les professionnel·le·s, nous avons cherché à varier les corps de métier et ainsi les perspectives, tout en sélectionnant des personnes considérées comme des spécialistes de l'excision ou référentes

en la matière dans leur institution. Outre des refus pour incompatibilité d'agenda, nous avons été confrontées à deux obstacles liés à l'écart de temps entre la fin des projets menés et notre étude appréciative. Premièrement, certains professionnel·le·s qui avaient été des interlocuteur·trice·s privilégiés du comité de pilotage MGF ou qui avaient participé à quelques activités dans le cadre de ces projets ont entre temps quitté leur poste. Deuxièmement, certaines institutions ont refusé notre sollicitation avec le motif qu'elles ne s'occupent plus de la problématique de l'excision ou qu'elles se sentent illégitimes de discuter de projets de prévention qu'elles ont suivi de loin, d'autant plus qu'elles affirment n'avoir jamais eu à traiter de cas d'excision. Nous reviendrons plus en détail sur ce dernier point dans la section 5.1.3. En englobant les personnes avec qui nous avons eu une conversation téléphonique ou électronique mais qui nous ont fourni de précieuses informations, ce sont au total 30 personnes qui ont été consultées pour cette étude appréciative (voir liste en annexe).

1.3 Structure du présent document

Ce rapport est structuré en fonction des objectifs fixés par le comité de pilotage MGF (sensibilisation des populations concernées et des professionnel·le·s) et des diverses actions mises en place au cours des deux projets de prévention (ci-après aussi "campagnes" de prévention). L'ordre chronologique des actions n'a pas été pris en compte dans la structure de ce rapport puisque nous avons constaté que plusieurs activités et brochures ont été initiées ou conçues lors du premier projet de prévention (2007-2009) et poursuivies durant le second (2013-2015). Toutefois, la temporalité a été prise en considération lors des discussions avec nos interlocuteur·trice·s au sujet des activités (ex. colloques) s'étant déroulées plusieurs années auparavant afin d'évaluer, par exemple, l'état des connaissances passé et présent des professionnel·le·s.

Chaque section suivra un même ordre d'exposé. Tout d'abord, nous donnerons une brève *description* de l'action menée et des buts poursuivis. Puis, nous présenterons les *opinions* convergentes ou divergentes des interlocuteur·trice·s interrogé·e·s au sujet de cette action. Enfin, nous ferons un *commentaire* général et analytique, en y intégrant une synthèse des pistes d'amélioration (surlignées en gras) qui nous ont été suggérées par les personnes interrogées.

2 Sensibilisation des populations concernées

Le premier et principal objectif de sensibilisation est d'informer les populations migrantes potentiellement concernées par l'excision. Selon le rapport de bilan du comité de pilotage MGF de 2015, quatre nationalités d'Afrique de l'Est (Erythrée, Ethiopie, Somalie et Soudan) ont particulièrement été visées lors du premier projet de prévention. Dans le second projet, les pays d'Afrique de l'Ouest, en particulier la Guinée, également concernés par l'excision, ont été inclus à la demande du BIE dans la liste des nationalités ciblées. Le comité de pilotage MGF explique que le choix des nationalités visées s'est porté essentiellement sur des considérations quantitatives (les populations originaires de pays à forte prévalence d'excision: Erythrée, Ethiopie, Somalie) et d'opportunités de collaboration (accès à certaines populations grâce aux compétences linguistiques et aux réseaux des personnes impliquées dans le travail de prévention, ex. Soudan).

2.1 Focalisation sur quatre nationalités

Avant de discuter concrètement des actions menées pour répondre à cet objectif, nous avons interrogé les personnes rencontrées et celles contactées sur la pertinence d'une focalisation sur les quatre nationalités d'Afrique de l'Est. Bien que les activités de sensibilisation (ex. formations) aient également accueilli durant le deuxième projet de prévention des femmes d'autres origines (ex. kurdes, égyptiennes), il s'agit ici d'évaluer si la *stratégie* adoptée au cours du premier projet de cibler en particulier les quatre nationalités susmentionnées est adéquate.

Opinions

De manière générale, les avis sont partagés. La plupart des professionnel·le·s de santé interrogé·e·s et quelques représentantes de la communauté érythréenne trouvent cette focalisation judicieuse. Ils·elles mentionnent la plus grande prévalence en termes d'excision de ces quatre pays, la fréquentation accrue des femmes de ces nationalités auprès de la consultation MGF des HUG, la présence numériquement plus importante des citoyen·ne·s de ces pays en terres genevoises, et le fait qu'ils·elles soient plus facilement atteignables du fait d'être regroupés dans certains quartiers.

A l'inverse, certain·e·s soulignent qu'il s'agit d'un regard partial de la réalité puisque, en termes de prévalence, la Guinée, exclue du premier projet, fait partie des pays avec le taux d'excision le plus élevé au monde. C'est pourquoi, l'exclusion du premier projet des pays d'Afrique de l'Ouest, qui comme le rappelle une participante sont "presque tous concernés par l'excision", est vivement critiquée par de nombreuses personnes interrogées. Une représentante se demande ainsi si l'exclusion des pays d'Afrique de l'Ouest, dont certains ressortissant·e·s travaillent dans les organismes internationaux, ne traduit pas la présomption "que des personnes [qui] travaillent dans ce genre d'institutions ne sont pas touchées [par l'excision]".

En outre, plusieurs personnes, dont celles qui disent comprendre le choix des quatre nationalités, concèdent qu'une telle focalisation entraîne non seulement un risque de stigmatisation des personnes issues de ces quatre pays mais aussi un sentiment d'exclusion chez les personnes concernées par la pratique mais dont le pays d'origine ne figure pas parmi les pays ciblés. Une représentante érythréenne souligne également que cela laisse sous-entendre à la population genevoise que les femmes concernées par l'excision sont seulement originaires de ces quatre pays et forcément issues de l'asile (puisque les citoyen·ne·s des quatre pays arrivent majoritairement par ce biais), renforçant ainsi le préjugé selon lequel les personnes qui demandent l'asile "ont plus de

problèmes que les autres". Deux autres participantes attirent également l'attention sur le fait que cette focalisation par nationalité ne tient pas compte des générations. Elles donnent l'exemple d'une jeune née en Suisse, considérée ainsi comme la deuxième génération ou alors issue d'un mariage mixte, qui n'est pas excisée, même si ses parents sont originaires de l'un des quatre pays ciblés, et qui risque de se sentir stigmatisée par une campagne la ciblant du fait de sa nationalité pour une pratique qui ne la concernerait plus.

Commentaires

Le raisonnement établi au cours de la première campagne par le comité de pilotage MGF d'entamer le travail de prévention premièrement auprès de certaines communautés ciblées en raison de la prévalence (présumée) de la pratique ou des chances d'accès à celles-ci est tout à fait pertinent et légitime. En effet, il s'agit de concentrer les efforts là où le message de prévention peut atteindre le plus grand nombre possible de personnes, en ciblant celles qui sont les plus facilement accessibles (par exemple, pour des raisons de proximité géographique ou de fréquentation des institutions publiques). De plus, il s'agit de faire parvenir de l'information à une population majoritairement peu scolarisée. Le comité de pilotage MGF assure aussi avoir toujours fait en sorte d'inclure à ses activités de sensibilisation des femmes d'autres nationalités que les quatre précitées. Toutefois, il ressort que la participation de celles-ci relève plus de cas individuels que d'une réelle stratégie de campagne. C'est pourquoi, nous soutenons la proposition formulée par nos interlocuteur·trice·s de penser une prochaine campagne de prévention à l'intention de **toutes les communautés concernées par l'excision, quelle que soit leur nationalité**.

Une participante rencontrée suggère de ne pas mentionner les nationalités concernées par cette problématique dans une campagne de prévention pour éviter toute stigmatisation. Toutefois, nous ne recommandons pas de suivre cette proposition car il est important que les professionnel·le·s puissent identifier de potentielles familles à risques sur la base de certains critères. Il va de soi, cependant, que la nationalité seule ne permet pas une telle identification, mais, comme les opinions ci-dessus l'ont exprimée, elle doit être pensée en combinaison à d'autres facteurs comme la génération de migration et la durée de séjour en Suisse. En effet, s'il est adéquat de cibler la première génération d'immigré·e·s des pays concernés par l'excision, une campagne de prévention devrait en outre tenir compte de la durée de séjour des immigré·e·s, qu'ils/elles soient né·e·s en Suisse ou établi·e·s de longue date, puisque, comme nous l'aborderons plus loin, le risque de perpétuer l'excision semble diminuer au fil des années de vie en Suisse.

2.2 Médiatrices

Le travail de proximité est l'une des stratégies mises en place pour permettre la sensibilisation des populations immigrées ciblées. Concrètement, cela s'est traduit par la formation de plusieurs femmes de ces mêmes pays d'origine au rôle de médiatrices interculturelles et animatrices spécialisées sur le thème de l'excision. Selon les définitions de travail du comité de pilotage MGF utilisées dans le cadre de ces deux projets de prévention, une médiatrice est le titre attribué à une femme qui sert d'interprète à un·e professionnel·le de santé lors de séances d'information collectives avec des membres d'une communauté; une animatrice est une femme (souvent la même) qui fait de la prévention, tant sur le plan de la santé que du droit, auprès des membres féminins et masculins de sa communauté en organisant une réunion au domicile de l'un·e d'entre eux/elles ou dans les foyers d'asile. Pour en faciliter la lecture et conformément à notre suggestion plus bas, nous utiliserons dès à présent le terme de "médiatrices" pour évoquer le double rôle de médiatrices et animatrices.

Le premier projet a débuté avec la formation de 16 médiatrices, provenant des quatre pays ciblés d'Afrique de l'Est. Avec l'inclusion dans le deuxième projet de la sensibilisation des populations immigrées des pays d'Afrique de l'Ouest, de nouvelles médiatrices de ces pays ont été formées. En 2010, des médiatrices ont créé l'Association des Médiatrices Interculturelles, plus connu sous l'abréviation AMIC. L'AMIC a alors intégré le comité de pilotage MGF, répondant ainsi à une demande de représentation exprimée par plusieurs médiatrices quatre ans plus tôt, comme le relève un rapport du comité de pilotage MGF.

2.2.1 Formation des médiatrices

Description

Durant le premier projet, la formation de médiatrices intitulée "Cours pour médiatrices-médiateurs interculturel-le-s dans le domaine des mutilations génitales féminines" et donnée en 2007 par Caritas, a consisté en trois modules, chacun se déroulant sur une journée entière. Le premier module abordait les liens familiaux, les contextes migratoires et la religion comme justificatifs de l'excision. Le deuxième module traitait des implications de l'excision sur la santé, des aspects légaux et du devoir de signalement dans les pays d'origine et en Suisse. Le troisième module portait spécifiquement sur le rôle de médiatrice/animatrice avec une partie théorique et une partie pratique (jeux de rôle). En complément à cette formation en trois modules, les médiatrices ont reçu, suite à leur demande, deux jours de formation plus approfondie sur la santé, et une demi-journée de formation sur la contre-argumentation culturelle (pour une discussion sur la contre-argumentation culturelle, voir la section 4.2.3). En 2013, lors du second projet, la formation "Sensibilisation à la santé des femmes et aux mutilations génitales féminines" est elle aussi composée de trois modules, cette fois-ci donnés sur trois demi-journées, avec un programme remanié: le premier module aborde les questions de santé; le second les techniques de communication; le troisième les normes juridiques et les valeurs associées à l'excision.

Opinions

Toutes les médiatrices interrogées, dont la majorité a suivi la formation de 2013, déclarent être satisfaites et avoir beaucoup appris de la formation reçue en termes de connaissances générales sur l'excision. Elles soulignent en particulier l'utilité sur le terrain des outils de communication qui leur ont été enseignés. En effet, avoir un "comportement adapté" et "trouver les mots justes" pour "ne pas choquer" étant donné la sensibilité du sujet, sont les expressions qu'elles ont utilisées pour décrire les bénéfices tirés de la formation.

Commentaires

L'enthousiasme constaté chez les médiatrices interrogées pour la formation reçue et en particulier pour les techniques de communication enseignées montre la pertinence de fournir des **outils pratiques** aux personnes qui sont amenées à faire de la prévention auprès des populations concernées. En cela, la formation de 2013 se distingue largement de celle prodiguée six ans plus tôt lors du premier projet par le fait que son contenu réponde à un réel besoin. Cela dit, la volonté, tant en 2007 qu'en 2013, de proposer un programme complet de formation aux médiatrices est à saluer.

De plus, on remarque que le module de 2013 sur les techniques de communication a connu un taux de fréquentation plus élevé (74%) que les deux autres modules consacrés à la santé et aux normes juridiques. Le taux de fréquentation observé pose toutefois la question de la pertinence sinon

l'adéquation d'une formation répartie sur trois jours puisque l'on observe que seul 18% des modératrices inscrites ont assisté aux trois modules, la plupart (44%) n'ayant en effet assisté qu'à un seul module. Il serait ainsi à envisager de proposer **uniquement une journée entière de formation** où la matinée serait consacrée aux aspects théoriques (santé, normes juridiques) et l'après-midi aux outils pratiques (techniques de communication). Alternativement, un cadre plus contraignant avec participation aux frais de formation pourrait être envisagé. On constate en effet que sur 17 médiatrices interrogées par le comité de pilotage MGF à l'issue de la formation, seules 6 (35%) ont répondu "oui" quant à leur intérêt d'organiser des séances d'information dans leur communauté. Les autres hésitent (41%), voire même refusent (23%). Le comité de pilotage MGF explique que ces "désistements" sont parfois dus à un ciblage trop large ou à une prise de conscience des participantes de la sensibilité de la tâche à accomplir. Dans ce dernier cas, il serait important de s'assurer, en amont, d'un engagement affirmé des femmes destinées à être formées afin d'éviter que celles-ci ne se ravisent au moment où elles seraient techniquement prêtes à aller sur le terrain. Un **accompagnement individuel** et un **soutien psychologique** pour les femmes qui viennent de terminer leur formation de médiatrices pourraient être des solutions afin de les encourager à se lancer sur le terrain.

2.2.2 Perceptions émiques et étiques du rôle de médiatrices

Opinions des médiatrices (perception émique)

Les médiatrices interrogées ont toutes souligné la difficulté de leur rôle, non pas en termes de pressions qu'elles auraient pu subir et qu'aucune ne dit avoir vécu, mais plutôt dans le fait qu'aborder le sujet de l'excision est un exercice délicat, d'autant plus lorsqu'il faut trouver les mots justes pour convaincre. Elles expliquent que c'est le début qui est difficile, d'une part de savoir amorcer le débat sur le sujet avec ses compatriotes sans les heurter et d'autre part, de faire ses premiers pas dans ce nouveau rôle, qui avec le temps devient plus aisé. Elles déclarent s'être senties soutenues par le comité de pilotage MGF soucieux du bon déroulement des réunions et des difficultés qu'elles ont ou auraient pu rencontrer (ex. fatigue). Elles soulignent également la disponibilité de celui-ci à répondre aux questions qu'elles ont pu avoir en cours de route.

De la même façon, elles qualifient leur collaboration avec les professionnel·le·s de santé de "très agréable", en particulier avec les sages-femmes, avec lesquelles elles animaient des séances d'information (voir la sous-section *Groupes de parole*). Lorsque nous leur avons demandé si elles faisaient une différence entre l'appellation "médiatrice" et "animatrice", elles ont à l'unanimité répondu qu'elles se définissent seulement en tant que "médiatrices", quand bien même la majorité d'entre elles endossent les deux fonctions.

Concernant l'AMIC, les médiatrices étaient plus divisées. D'un côté, les médiatrices érythréennes interrogées louent le travail accompli par l'AMIC en-dehors de la prévention contre l'excision, en offrant par exemple une permanence tous les mercredis avec des cours de français et une aide aux devoirs aux migrant·e·s. De l'autre côté, des médiatrices d'une autre nationalité affirmaient être quelque peu dérangées par le fait que cette mission de soutien à l'intégration des nouveaux·elles arrivé·e·s, en majorité d'origines érythréennes et éthiopiennes, donnait l'impression d'œuvrer comme une association communautaire. En effet, certaines médiatrices interrogées estiment que cela porte à confusion sur la raison d'être de l'AMIC qui se présente comme et porte le nom d'une association de médiatrices, alors que, disent-elles, ses actions semblent s'adresser à certaines nationalités en particulier.

Commentaires

Si nous avons proposé l'accompagnement individuel et le soutien psychologique comme solutions d'encouragement pour les médiatrices fraîchement formées, nous saluons ici le souci du comité de pilotage MGF pour le bien-être de celles déjà engagées sur le terrain. Au vu des opinions exprimées, il serait à envisager de **ne garder que l'appellation "médiatrice"** pour nommer le travail de prévention de ces femmes auprès de leur communauté, qu'elles travaillent en binôme avec un·e professionnel·le de santé ou seules. Par ailleurs, il conviendrait de réfléchir à une **homogénéisation de l'appellation de ce rôle au niveau national**. En effet, elles sont nommées "pairs multiplicateurs" dans le réseau suisse contre l'excision, "agent·e·s de prévention" dans le canton de Vaud et "médiatrices" à Genève, mais, in fine, il s'agit toujours de décrire la même fonction. Cet effort d'homogénéisation du langage, qui ne peut évidemment pas être exigé par Genève uniquement, doit être réfléchi de concert avec les autres cantons sous l'égide du réseau suisse. Ceci permettrait une transmission intercantonale plus aisée des bonnes pratiques, brochures et autre matériel de prévention contre l'excision.

Concernant l'AMIC, celle-ci se dit ouverte à soutenir toute personne immigrée, quelle que soit sa nationalité, et assure envoyer ses flyers et invitations à un large réseau qui malheureusement ne répond pas présent. Une explication possible à cette non-réponse réside dans le fait que certaines médiatrices associent davantage l'AMIC à un groupe communautaire qu'à une association professionnelle de médiatrices. D'après l'AMIC, l'aide portée aux membres des communautés érythréenne et éthiopienne est simplement liée aux origines de la plupart des médiatrices de l'AMIC. Toutefois, cela semble entraîner un effet d'auto-exclusion de la part de médiatrices qui ne cherchent pas à faire partie de l'AMIC car elles la perçoivent davantage comme une association érythréenne et éthiopienne. C'est pourquoi, il serait intéressant **que l'AMIC réfléchisse à une stratégie de communication vis-à-vis des médiatrices de toutes nationalités** afin de permettre à ces dernières de s'identifier avec l'association.

Opinions des professionnel·le·s de santé, du social et de la justice (perception étique)

La plupart des professionnel·le·s de santé, du social et de la justice interrogés affirment n'avoir jamais ou peu travaillé avec les médiatrices. Deux raisons peuvent être mentionnées ici: l'absence de contact direct du/de la professionnel·le avec les populations immigrées et les contrats de partenariat établis entre les institutions et les organismes d'interprétariat comme la Croix-Rouge et Connexxion. Ainsi, dans ce dernier cas, le·la professionnel·le n'a pas le "choix" de l'interprète. Néanmoins, les personnes interrogées voient de nombreux atouts aux médiatrices en comparaison aux interprètes femmes des organismes précités. Si médiatrices et interprètes ont les mêmes compétences linguistiques et parfois aussi la même expérience de l'excision (pour l'avoir elles-mêmes vécu ou parmi leurs proches), les professionnel·le·s et les représentant·e·s communautaires soulignent que la formation dispensée par Caritas et le comité de pilotage MGF à la problématique de l'excision et aux techniques de communication sont des atouts non négligeables des médiatrices. Comme certain·e·s professionnel·le·s et représentant·e·s le déclarent, les médiatrices sont "sensibilisées" et "savent quel mot utiliser". De plus, elles sont "engagées dans la cause" et tiennent à ce titre un rôle actif dans la prévention prodiguée par le professionnel·le à ses patient·e·s/client·e·s.

La force majeure des médiatrices relève toutefois de leur fonction nommée plus haut "d'animatrices", à savoir de transmission du message de prévention au-travers de réunions

organisées en petit groupe dans le cadre privé. D'après nos interlocuteur·trice·s, c'est en cela que l'impact de leur travail sur la sensibilisation des populations concernées est le plus notable. Contrairement à la prévention dispensée par un·e professionnel·le de santé, par exemple, les médiatrices ont un réseau de contacts et peuvent se déplacer, permettant ainsi une transmission collective du message de prévention. De plus, elles ne se heurtent pas à la barrière de la langue et peuvent établir une relation de confiance privilégiée favorisant la discussion sur des thématiques intimes et une meilleure réception du message de prévention.

Commentaires

Formées dans le cadre des projets de prévention contre l'excision, les médiatrices mettent leur expertise et leurs compétences acquises au fil des années au service de la promotion de la santé et de l'intégration des étranger·ère·s au sens plus général. Elles travaillent par exemple avec le BIE, le BPEV et la Croix-Rouge. Cette capitalisation des compétences des médiatrices est à saluer puisqu'il aurait été dommage que les ressources investies dans leur formation ne servent que le temps des deux projets de prévention contre l'excision. En effet, les professionnel·le·s et représentant·e·s interrogé·e·s affirment que les médiatrices sont également appréciées pour le rôle qu'elles endossent en-dehors du cadre des campagnes contre l'excision: elles sont des facilitatrices pour l'intégration. Comme le comité de pilotage MGF le relève lui-même dans son rapport de 2015, les médiatrices sont devenues des personnes de référence dans leur communauté, répondant à leurs questions sur plusieurs aspects liés à l'intégration en Suisse. Selon une personne interrogée, elles sont également appelées par l'Hospice Général lorsque de nombreux·ses mineur·e·s non accompagné·e·s de leur pays d'origine arrivent à Genève.

2.2.3 Travail de terrain des médiatrices

Comme mentionné plus haut, le travail de terrain des médiatrices consiste à organiser des réunions chez les particuliers et des groupes de paroles.

A. Interventions chez les particuliers

Description

La première mission des médiatrices est d'organiser des réunions chez les particuliers afin de transmettre le message de prévention aux personnes qui ne participeraient pas à des activités proposées dans un cadre institutionnel. D'après le rapport de 2014 du comité de pilotage MGF, 46 réunions ont été organisées, ce qui représente la sensibilisation de 246 femmes et de 93 hommes appartenant aux communautés ciblées.

Opinions

Sur le terrain, les médiatrices interrogées confient que les seules méthodes qui fonctionnent pour organiser une réunion de prévention sur l'excision avec des membres de leur communauté dans le cadre privé consistent d'une part, à profiter d'une réunion déjà existante pour transmettre le message de prévention et d'autre part, à organiser une réunion sans en donner le vrai motif en prétextant un sujet plus général (ex. santé, intégration). Tout en activant le bouche-à-oreille, les médiatrices disent contacter les gens parmi leur cercle de connaissances et certaines confient opérer un tri au préalable entre celles et ceux qui peuvent comprendre le message de prévention et les autres. Cette procédure de sélection a suscité le débat parmi les médiatrices rencontrées puisque les unes étaient d'avis

qu'étant donné la sensibilité du sujet, il convenait de viser les personnes plus ouvertes d'esprit sur la thématique, les autres au contraire estimant qu'il faille précisément sensibiliser les personnes les plus fermées sur la question. L'une d'entre elles souligne ainsi: "Il faut sélectionner les mots à utiliser mais pas les gens car le but est d'informer tout le monde. En revanche, il faut changer la manière dont on présente la chose."

Au début de la conversation, racontent-elles, les participant·e·s (hommes ou femmes) n'osent pas parler, non seulement parce que la thématique amène à aborder devant autrui les organes génitaux et la sexualité, mais aussi parce que ce genre de réunion est ponctuel. Selon les médiatrices, le caractère occasionnel de ces réunions entraîne une gêne induite par le fait de parler d'intimité en groupe. Ceci pourrait être évité, selon elles, si les participant·e·s avaient pris pour habitude de se rencontrer pour discuter de thématiques liées à la santé (l'excision y étant incluse). Si les médiatrices constatent qu'à la fin de la réunion, les gens repartent généralement contents d'avoir eu une discussion ouverte sur la question, elles font également part de réactions plus contrastées. Lorsque le sujet de l'excision vient sur la table, les réactions des participant·e·s sont en effet variées et peuvent être regroupées en quatre catégories.

1) Etonnement: les un·e·s se montrent incrédules face à l'existence d'une pratique dont ils·elles n'avaient jamais entendu parler, les autres affirment être étonnés d'apprendre que l'excision perdure encore ou que différents types d'excision existent.

2) Demande d'oubli: certaines participantes ne comprennent pas pourquoi "on remue la plaie". Cela fait partie de soi depuis si longtemps, qu'elles ne veulent plus en parler. Comme leur mère a pu leur donner naissance en étant excisée, elles n'associent pas nécessairement les problèmes d'accouchement à l'excision. Dans ce contexte, une médiatrice précise qu'elle met l'accent sur la prévention chez les enfants, pour ne pas aborder l'excision des participantes elles-mêmes. Elle raconte qu'elle amorce le sujet comme une anecdote: tout en buvant un thé, et après avoir discuté de choses et d'autres, elle déclare spontanément: "Ah maintenant la nouvelle méthode c'est de protéger les filles". Le sujet est ainsi lancé, sans même avoir formulé le mot qui heurte – l'excision.

3) Lassitude: les participant·e·s se montrent lassé·e·s qu'on leur parle encore d'excision. Ils·elles soulignent que cette prévention n'est pas nécessaire pour eux·elles puisque les attitudes vis-à-vis de l'excision ont déjà commencé à changer dans le pays d'origine avec l'instauration d'une loi pénale et que, par ailleurs, ils·elles sont éduqué·e·s et bien informé·e·s sur la question. Une médiatrice rapporte ainsi que les gens disent "Pourquoi on nous parle que de ça ? Pourquoi on ne parle pas des autres problèmes qu'on a ?" Si les personnes estiment que parler de prévention pour leurs enfants est inutile car c'est prêcher à des convaincu·e·s, certaines participantes ont néanmoins montré un intérêt vis-à-vis d'une explication plus approfondie des conséquences sur la santé de *leur* excision.

4) Désintérêt momentané: le message de prévention est transmis à un moment jugé inopportun. En lien avec la citation précédente, plusieurs médiatrices ont souligné la pertinence d'amener l'information au bon moment, à savoir quand les gens sont prêts à écouter. Il ne s'agit pas ici d'ouverture d'esprit vis-à-vis de l'excision mais plutôt d'esprit libéré de soucis existentiels. Elles expliquent qu'il est vain de faire de la prévention contre l'excision lorsque les parents sont sans-papiers, vivent dans un foyer d'asile ou ont reçu une attestation de délai de départ et ne savent pas de quoi leur lendemain sera fait.

Commentaires

Le débat entre les médiatrices qu'a suscité le sujet de la sélection des participant·e·s montre la difficulté de leur tâche. Les stratégies de sélection et d'argumentation pour réussir à réunir des gens accentuent une évidence bien connue: la sensibilité du sujet de l'excision empêche d'aborder la question de front. Elles sont d'avis que des **réunions plus régulières** dans l'année permettraient aux participant·e·s de se sentir plus à l'aise et de dépasser le blocage des premières minutes de réunion. La proposition formulée est de convoquer des réunions trimestrielles, à la condition que les thèmes de conversation varient. De plus, les médiatrices insistent sur l'importance que la réunion soit informelle et conviviale, où il y a à boire et à manger, pour discuter de choses et d'autres au gré des envies et des préoccupations des participant·e·s. En d'autres termes, l'excision n'est qu'un sujet parmi d'autres, lancé par la médiatrice qui endosse un statut particulier mais fait partie du cercle de discussion au même titre que les autres participant·e·s. Elle a certes un objectif précis de transmettre un message de prévention mais celui-ci est diffusé au sein d'une conversation plus générale. L'absence de rapport de force entre la médiatrice et les autres participant·e·s permet qu'elle ne soit pas perçue comme une "donneuse de leçons" mais plutôt comme une membre de la communauté donnant son avis sur l'excision et échangeant avec ses pairs sur la question. Cette dynamique horizontale est en effet optimale et constitue l'atout majeur du rôle de médiatrice. Quant à la lassitude ou le peu d'intérêt montré par certain·e·s participant·e·s vis-à-vis d'une discussion autour de l'excision, ils doivent être interprétés comme des signes incitant à penser le bien-être de manière globale et non limité à la seule question de l’excision.

B. Groupes de paroles

Description

En binôme avec une professionnelle de santé (médecin, conseillère en santé sexuelle ou, le plus souvent, sage-femme), les médiatrices interviennent dans des groupes de paroles réunissant une quinzaine de futures ou jeunes mères d'une même origine et appartenant aux communautés ciblées. Organisés dans les locaux du centre Camarada ou dans ceux d’autres associations, ces groupes de paroles sont accessibles sur inscription et se déroulent sur quatre séances. Après une première séance sur la santé en général, la deuxième est consacrée à la grossesse et à l'accouchement. L'excision est abordée durant la troisième séance et la dernière porte sur l'horloge biologique, la contraception, les infections sexuellement transmissibles et la sexualité.

Opinions

La mise en place de groupes de paroles, abordant de surcroît de nombreuses thématiques liées à la santé, est perçue très positivement par les personnes interrogées. Une des représentantes déclare ainsi qu'il s'agit du seul moment pour parler collectivement de ce sujet. Une autre représentante estime que le concept "permet de commencer la discussion par des éléments d'information et d'installer la confiance". Contrairement aux réunions que les médiatrices organisent à domicile, les groupes de paroles réunissent des personnes qui ne se connaissent pas forcément. C'est pourquoi, une représentante se demande si les femmes osent aborder des sujets intimes devant des personnes qu'elles ne connaissent pas. En réponse, deux autres représentantes affirment que de ne pas connaître les personnes en face de soi permet de libérer la parole, en évitant la gêne qui serait présente face à des connaissances. La première représentante n'est pas tout à fait convaincue par cette explication et rappelle que même si les gens ne se connaissent pas, "le téléphone arabe de la

communauté fonctionne". Une médiatrice, quant à elle, raconte avoir participé à un groupe de paroles intergénérationnel où le thème de la contraception a mis quelque peu mal à l'aise les jeunes filles et leurs mères, puisque cela venait à aborder la question de la sexualité hors mariage. Si elle affirme que le fait que les participantes se connaissent n'a généralement pas posé de problèmes, elle souligne que certaines thématiques sont délicates à aborder en présence des proches.

Par ailleurs, les médiatrices se sont montrées divisées quant à la pertinence d'un groupe de paroles réunissant seulement des personnes d'une même origine. Leurs opinions peuvent être classées en trois groupes: le premier est d'avis que le critère de la nationalité est important pour ne pas se sentir jugée par les personnes d'une autre culture et se sentir à l'aise pour parler d'excision avec autrui. Le deuxième pense qu'un groupe de paroles réunissant des femmes concernées par l'excision, toutes nationalités confondues, ne poserait pas problème dans la mesure où les participantes partagent une même expérience de l'excision, quand bien même les conditions dans lesquelles s'est déroulée leur excision varient d'un pays à l'autre. Une représentante rajoute que cette configuration permettrait justement d'apprendre des unes et des autres comment l'excision se traduit dans d'autres contextes. Le dernier groupe souhaiterait ouvrir l'accès à toutes les femmes, même celles non concernées par l'excision. Elles donnent quatre raisons: premièrement, cela éviterait la stigmatisation; deuxièmement, les femmes excisées pourraient "apprendre", selon le terme utilisé par une médiatrice, des femmes non-excisées; troisièmement, cela permettrait aux jeunes générations non-excisées de mieux connaître une pratique qui concerne leur mère et leur grand-mère; quatrièmement, une médiatrice constate que les Suissesses semblent aussi préoccupées par leur anatomie génitale puisqu'elles font maintenant recours à la chirurgie esthétique génitale. A la proposition de ce dernier groupe, une médiatrice s'oppose en racontant l'épisode suivant: "Je ne suis pas d'accord, car une fois à Camarada, il y avait deux Marocaines qui n'étaient pas concernées et elles étaient étonnées que ça existe, et ça a mis mal à l'aise les dames".

Les médiatrices interrogées jugent favorablement la séance consacrée à l'excision et les explications fournies en termes de conséquences sur la santé et des différents types existants, permettant ainsi à quelques femmes de savoir à quel type correspond leur excision. Elles relèvent aussi que l'utilisation d'un modèle anatomique pour montrer les différents types d'excision n'a pas laissé les participantes indifférentes: le "choc" du début s'est rapidement transformé en "curiosité" et elles "veulent voir". Une médiatrice s’exclame: "Je trouve que c'est super parce que c'est un sujet tabou. La doctoresse explique et au moins les gens ils savent." En d'autres termes, qu'il s'agisse de modèle anatomique, de planches anatomiques ou de schémas, tous ces outils sont jugés bénéfiques dans une séance sur l'excision et sur les organes génitaux féminins de manière générale. De plus, les médiatrices affirment que la présence d'un·e professionnel·le de santé (médecin, sage-femme ou infirmière) était un argument phare pour susciter l'intérêt des femmes à participer aux séances. Elles disent avoir remarqué que les unes et les autres profitaient de sa présence pour lui poser des questions personnelles en privé.

En termes de prévention de l'excision, les personnes interrogées étaient divisées sur la question de savoir si une séance (sur quatre) suffisait pour aborder la problématique. Pour les unes, une séance suffit. Un professionnel de santé estime que d'autres sujets comme les violences domestiques ou sociales et politiques mériteraient également d'être discutées. Une représentante relève cependant que la durée de la séance (2 heures) est trop brève pour permettre une discussion approfondie. Elle exclut toutefois la possibilité d’aborder l’excision sur deux jours (deux séances) puisque selon elle, "nous perdons l'impact de débats et confrontations des idées". Pour les autres, une seule séance est

insuffisante. D'une part, un représentant estime qu'il faut pérenniser la sensibilisation auprès des communautés étrangères afin que cela conduise "à un changement de mentalité et de comportement". D'autre part, une professionnelle de santé se demande si les femmes inscrites participent réellement aux quatre séances. Dans le cas contraire, dit-elle, l'excision devrait être abordée à toutes les séances afin de pouvoir sensibiliser le plus grand nombre. Toutefois, une autre professionnelle de santé estime qu'un "groupe de paroles" ne doit pas imposer des thèmes mais permettre une discussion libre où les participantes choisissent les sujets qui les intéressent ou les préoccupent, en présence d'une professionnelle de santé qui répond à leurs questions. A cette suggestion, une troisième professionnelle de santé déclare que le cadre dans lequel se déroulaient les groupes de paroles laissait effectivement penser à une séance d'information plus qu'à une discussion collective dans la mesure où la disposition de la salle était agencée comme un cours, avec les tables alignées en rangées. De ce fait, raconte-t-elle, aucune participante ne s'est livrée à des confidences personnelles. Ceci fait aussi écho aux propos d'une médiatrice qui souligne que la communauté guinéenne est "assez fermée" sur le sujet de l'excision et qu'un cadre formel pour en discuter n'arrange pas la chose. Elle explique: "Si c'est pendant la rigolade, chacun s'ouvre."

Un autre aspect de formalité qui a été critiqué est la demande d'inscription pour pouvoir y participer. En effet, les personnes interrogées rappellent que les participantes sont souvent des mères de famille qui doivent gérer le quotidien et, parfois, des tracas administratifs comme leur permis de séjour, par exemple. Leur demander de s'inscrire pour les engager à se déplacer pour assister aux quatre séances est une démarche jugée inadéquate vis-à-vis du public cible.

Commentaires

Si le principe des groupes de paroles et le contenu proposé font l'unanimité auprès des personnes interrogées, le contexte dans lequel se déroulent ces groupes de paroles semble devoir être quelque peu repensé. Tout d'abord, un groupe de paroles qui permet une discussion libre et interactive impose d'une part, à restreindre le **nombre de participant·e·s à 6-8 personnes** au maximum au lieu des 15 personnes que réunissait jusqu'ici chaque groupe de paroles et d'autre part, de se dérouler dans une salle qui permette d'**agencer les chaises en cercle**. A ce titre, il serait intéressant de s'inspirer de la méthode *Femmes-Tische*[4] consistant en des tables rondes de femmes migrantes organisées dans le cadre privé et institutionnel pour discuter de sujets liés à la santé, en présence d'une animatrice.

Les résultats du sondage mené durant la première séance d'un groupe de paroles de femmes érythréennes en 2013 montrent qu'en termes d'intérêt pour des thématiques liées à la santé, l'excision n'a été proposée que par une seule participante. L'alimentation, le diabète et les migraines d'une part, et l'hypertension d'autre part, ont reçu le plus de voix (respectivement 4 et 3). De plus, sur les 32 femmes inscrites, seules 12 ont participé à la troisième séance dédiée à l'excision. Ce constat souligne ainsi la pertinence de la proposition faite par une professionnelle de santé qui, au lieu d'une séance spécifique sur le sujet, suggère d'**englober l'excision dans une thématique sur la santé plus large** comme "Santé de la femme pendant et après la grossesse". Cela permettrait également de tenir compte de la remarque mentionnée plus haut d'une professionnelle de santé qui mettait en doute le fait que les participantes viennent aux quatre séances. Les statistiques lui donnent d'ailleurs raison: d'après le même relevé, la majorité des femmes (59%, n=19) n'a assisté

[4] Voir https://femmestische.ch/fr/ce-que-nous-faisons/deutsch-durchfuehrungsrahmen/ (Accédé 21.08.2018)

qu'à une seule séance sur les quatre et aucune des participantes n'a assisté aux quatre séances. Ceci souligne encore une fois que **l'inscription préalable n'est pas nécessaire** puisqu'elle ne garantit pas la présence des participantes qui s'étaient annoncées. De plus, il serait intéressant d'envisager de **réduire le programme à deux séances**. Cela dit, même deux séances demandent de relancer l'information et la motivation afin de s'assurer de la présence des participant·e·s à la deuxième séance.

Une alternative proposée par deux professionnelles de la santé serait d'organiser une **réunion mensuelle autour de la santé** (l'excision étant englobée dans la thématique), consécutive à la permanence du mercredi de l'AMIC, par exemple, et ouverte à toutes et tous. Adopter cette alternative signifie, toutefois, renoncer à la dénomination de "groupe de paroles" puisqu'il est clair que la participation d'une dizaine de personnes, par exemple, n'est pas optimale pour permettre et gérer une discussion libre et favoriser la confidence. Une telle réunion serait alors à envisager sous l'angle d'une séance où les participant·e·s viennent s'informer sur des questions de santé auxquelles il leur serait difficile d'avoir accès sinon. Une des professionnelles de la santé interrogée souligne que cette alternative permettrait de profiter de la présence des gens à la permanence de l'AMIC et éviterait de leur demander de venir exprès pour la séance. Nous émettons toutefois une réserve quant à cet 'avantage' qui peut s'avérer être un inconvénient. Comme déjà discuté plus haut, la permanence de l'AMIC semble attirer, malgré elle, davantage les membres des communautés érythréenne et éthiopienne. Organiser une séance consécutive à cette permanence, sans demander à d'autres personnes de se déplacer, c'est exclure de fait la participation des citoyen·ne·s d'une autre nationalité. Il est de ce fait évident qu'une réunion mensuelle ouverte à tous·toutes ne permet pas de sélectionner les participant·e·s selon une ou des nationalités particulières. Or, une table ronde en nombre réduit le permettrait puisqu'il s'agirait ici de demander aux médiatrices de 'recruter' parmi leurs connaissances et par le bouche-à-oreille. A notre avis, il n'y a pas une méthode qui soit meilleure dans la mesure où chaque proposition permet d'atteindre un objectif différent: sensibiliser et informer dans le cas d'une réunion ouverte à tous·toutes ; partager et échanger dans le cas d'un groupe de paroles réduit.

2.3 "Soirées du 6 février"

Description

A l'occasion de la journée internationale de tolérance zéro contre l'excision du 6 février, l'AMIC[5], avec le soutien des autres institutions formant le comité de pilotage MGF, organise chaque année une soirée ouverte au public. En 2014, par exemple, plusieurs orateur·trice·s étaient invité·e·s. Le programme abordait la prévention en Suisse, en Suède et en Somalie, présentait la consultation MGF des HUG et discutait du processus de reconnaissance des violences sexuelles subies. La soirée s'est terminée par un intermède culturel et un verre de l'amitié. L'annonce de la soirée a été diffusée via les réseaux professionnels et personnels des membres du comité de pilotage MGF.

Opinions

Les représentant·e·s interrogé·e·s disent aimer les soirées du 6 février car elles permettent d'aborder ouvertement la thématique de l'excision, d'actualiser les informations et de partager les points de

[5] Exceptionnellement, il pouvait aussi s'agir d'une autre association.

vue parmi les participant·e·s ou entre les participant·e·s et les orateur·trice·s invité·e·s. De plus, les informations sont jugées pertinentes et les témoignages sont appréciés. D'après deux représentantes, l'une d'Afrique de l'Est, l'autre d'Afrique de l'Ouest, les communautés immigrées sont intéressées à participer à ce genre de soirées. Une autre représentante, qui déclare n'avoir pas su que ces soirées existaient, relativise toutefois en soulignant que "si le but est la prévention, une soirée c'est trop peu" et propose par exemple de s'inspirer de la *semaine* contre le racisme. L'unique point faible relevé par nos interlocuteur·trice·s est le manque de publicité de cet événement auprès des communautés ne faisant pas partie des quatre pays ciblés par la campagne mais également touchées par l'excision. Ainsi, une représentante qui est membre d'une association de Burkinabé·e·s en Suisse affirme n'avoir jamais reçu une annonce pour ce genre de soirées. Elle pense que sa communauté serait d'ailleurs intéressée à participer. Comme elle le rappelle, "Au Burkina, cette journée est une fête nationale de célébration". Une autre représentante estime qu'il faudrait aussi encourager les hommes suisses mariés à une femme excisée à y participer pour mieux comprendre le vécu de leur compagne.

Commentaires

La célébration du 6 février est à saluer. Ce rendez-vous annuel, qui allie informations et festivités, permet non seulement de sensibiliser un plus large public que celui touché par les diverses activités menées durant les campagnes en incluant, par exemple, les nouveaux·elles arrivé·e·s, mais rappelle aussi que les efforts mis en œuvre pour l'abolition de l'excision méritent d'être fêtés. D'ailleurs, la soirée de 2014 a rencontré un vif succès puisque la salle était remplie au maximum de sa capacité (80 personnes). Malgré ce nombre important de participant·e·s, il semble important de **faire circuler l'information de cette soirée plus largement** encore et, en particulier, aux associations de pays touchés par l'excision, ne faisant ni partie des populations ciblées ni des contacts et réseaux déjà établis par le comité de pilotage MGF.

3 Sensibilisation des professionnel·le·s

Outre l'objectif de sensibiliser les personnes directement concernées par l'excision, à savoir des populations immigrées, le comité de pilotage MGF avait pour mandat de sensibiliser également les professionnel·le·s des domaines de la santé, du social, de la justice et de la police. Par "professionnel·le·s", il s'agit de toute personne qui dans le cadre de son activité professionnelle peut être amenée à détecter, signaler ou prendre en charge un cas d'excision. Le but visé était donc d'améliorer l'information au sujet de la prise en charge médicale des femmes excisées pour les professionnel·le·s de santé d'une part, et sur l'existence de la pratique de l'excision et du réseau local d'aide et de prévention pour les professionnel·le·s du social, de la justice et de la police d'autre part. Pour ce faire, des colloques, des réunions-débats, ainsi que des brochures (voir chapitre 4) ont été mis sur pied.

3.1 Colloques pour les professionnel·le·s de santé

Description

Pour les professionnel·le·s de santé, un premier colloque sur une demi-journée a été organisé le 9 octobre 2007 et portait pour titre "Mutilations Génitales Féminines: Quelle prise en charge à Genève ? Etat des lieux et perspectives à l'intention des professionnels de la santé". Ce colloque était organisé par le BPEV en partenariat avec le Département de l'économie et de la santé (DES), les HUG, l'association des médecins de Genève (AMG) et l'organisation internationale pour les migrations (OIM). Le programme visait tout d'abord à présenter la problématique de l'excision sous plusieurs angles (socioculturel, juridique, éthique et déontologique), puis à souligner l'importance de la prévention et enfin à aborder la prise en charge globale de la santé des femmes excisées.

Opinions

Parmi les professionnel·le·s de santé que nous avons interrogé·e·s, deux médecins et une psychologue affirment être satisfaits d'un tel programme qu'ils·elles qualifient de "complet". Ils estiment qu'il serait encore d'actualité aujourd'hui et que leurs collègues seraient intéressé·e·s à y participer ; un avis partagé par l'infirmière interrogée. D'autres en revanche, dont une pédiatre et deux sages-femmes, se montrent plus nuancées en affirmant que le contenu du programme est adapté aux besoins de l'époque, lorsqu'il y avait encore peu d'informations à disposition des professionnel·le·s sur ce sujet et que les premières *guidelines* (recommandations) venaient à peine d'être publiées. Une des deux sages-femmes affirme de plus que les 50 minutes d'ouverture du colloque où des directeur·trice·s et président·e·s des diverses institutions et associations se succèdent pour souligner l'importance de la thématique serait une raison pour laquelle ses collègues renonceraient à participer à ce colloque.

Commentaires

Si comme le rappelle une médecin, il n'est pas encore possible, onze ans plus tard, de faire l'impasse sur une introduction à l'excision en tant que problématique car "les professionnel·le·s ne le savent pas encore exactement", plusieurs personnes interrogées jugent en revanche qu'il est nécessaire, aujourd'hui, de dépasser le stade d'une présentation théorique afin de **fournir aux participant·e·s des "outils"**. Deux éléments ressortent comme méritant d'être abordés lors d'un prochain colloque: la **prise en charge *clinique*** (ex. comment faire une désinfibulation, comment éviter les déchirures,

etc.) et les **outils de communication** (ex. comment aborder la question de l'excision avec les patientes, comment savoir si elles sont disposées à en parler). Ceci permettrait par exemple d'éviter de répéter l'expérience vécue par l'une des représentantes interrogées affirmant que, lors de son premier accouchement, les médecins lui ont demandé si elle avait fait une "opération" en voulant parler d'excision. Or, les ayant pris au mot, elle a répondu que non, elle n'avait jamais été opérée. Une autre représentante déclare que des gynécologues mieux informé·e·s n'auraient pas besoin de demander à une femme si elle est excisée, "ils le constatent, point". Elle ajoute que si la raison de la consultation est en lien avec l'excision, il est normal d'en parler, mais autrement non.

Pour répondre à ces nouveaux objectifs, le colloque pourrait par exemple se dérouler sur une journée entière, comme le suggère une personne interrogée, en proposant des **ateliers pratiques** dans l'après-midi. D'ailleurs, selon une médecin, ce colloque augmenterait son attrait auprès de ses pairs si celui-ci pouvait être considéré comme une **formation continue offrant des crédits**. D'autres personnes interrogées soulignent également qu'il conviendrait de présenter les évolutions en termes de prise en charge dans le domaine (ex. création d'une consultation spécialisée aux HUG depuis 2010) et la dimension *réelle* de la problématique, à savoir les chiffres concrets du nombre de femmes et filles touchées à Genève, afin de répondre à l'ambition formulé dans le titre du colloque de faire un "état des lieux". Il serait possible de dégager plus de temps dans le programme pour les aspects très concrets de la problématique de l'excision en **supprimant la dimension cérémoniale des ouvertures de colloque**, bien que celle-ci s'explique en partie par le fait que celui de 2007 était l'un des premiers du genre à Genève et que son importance devait être soulignée politiquement.

3.2 Réunions-débats pour les professionnel·le·s du social, de la justice et de la police

Description

Pour les professionnel·le·s du social, de la justice et de la police, une réunion-débat d'une matinée a été organisé le 6 février 2008, à l'occasion de la journée internationale de tolérance zéro pour l'excision, par l'Union interparlementaire (UIP), le Département des institutions de l'Etat de Genève (DI), l'OIM et le Comité inter-africain sur les pratiques traditionnelles néfastes ayant un effet sur la santé des femmes et des enfants (CIAF). Comme pour les professionnel·le·s de santé, la conférence a débuté par une présentation globale de la problématique de l'excision puis a abordé les actions possibles pour prévenir la pratique chez les enfants, auprès de la société civile et face aux migrations.

Opinions

Les personnes interrogées parmi les professionnel·le·s du social et de la justice se sont montrées peu enthousiastes vis-à-vis du contenu du programme de cette réunion. Se sentant bien informées sur la thématique, elles affirment ne pas être intéressées par un tel programme si celui-ci devait avoir lieu aujourd’hui. L'une d'entre elles a toutefois souligné l’intérêt potentiel pour des personnes peu familières avec la thématique et amenées à côtoyer des populations concernées.

Commentaires

Le reproche tient principalement du fait que la présentation de l'excision reste trop générale. Les professionnel·le·s de santé, les personnes interrogées du domaine social et de la justice affirment manquer **d'informations factuelles et actualisées** sur l'excision. Cette absence de données sur la

réalité concrète de la pratique à Genève entraîne un désintérêt pour la problématique, au profit d'autres sujets qui "répondent à une réalité opérationnelle", comme le souligne ici un professionnel du social (ex. les cas de LGBTQI+ dans les foyers d'asile et la traite d'êtres humains). En effet, les professionnel·le·s interrogé·e·s déclarent vouloir recevoir **des informations qui soient directement en lien avec leur activité professionnelle**. Par exemple, les assistant·e·s sociaux qui travaillent pour l'intégration des migrant·e·s, seraient intéressé·e·s à savoir quelles sont les implications concrètes de l'excision sur la capacité à s'intégrer (ex. traumatisme); pour les professionnel·le·s de la justice, il s'agirait d'être informé·e·s sur les derniers changements législatifs et les implications d'une nouvelle jurisprudence en Suisse.

En conclusion, les professionnel·le·s de santé, du social et de la justice interrogé·e·s sont d'accord pour dire qu'un colloque suscitant un réel intérêt parmi leurs collègues serait celui qui présente la problématique de l'excision en introduction et consacrerait la plupart du programme à un **contenu pratique, orienté sur les préoccupations des professionnel·le·s** en leur fournissant des outils qui leur permettent de mener à bien leur mandat (de soin, d'intégration ou de justice). Evidemment, tant le colloque pour les professionnel·le·s de santé de 2007 que celui des professionnel·le·s du social et de la justice en 2008 doivent être remis dans le contexte de l'époque où l'excision était une thématique relativement récente à Genève. Cependant, les opinions exprimées par les divers·es professionnel·le·s entendu·e·s montrent qu'actuellement, il ne s'agit plus de les convaincre sur les raisons pour lesquelles il faut prévenir l'excision mais de leur transmettre les connaissances qui leur permettront de le faire.

4 Matériel et documentation

4.1 Documents et matériel destinés aux populations concernées

Pour les populations immigrées concernées, le comité de pilotage MGF a mis à disposition une brochure et un dépliant, traduits dans diverses langues parlées par le public cible.

4.1.1 Brochure "Protégeons nos filles de l'excision"

Description

La brochure "Protégeons nos filles de l'excision" est un fascicule, élaboré par le comité de pilotage MGF en 2007 de concert avec quelques médiatrices, qui reprend les informations habituellement données lorsque la problématique de l'excision est présentée, à savoir un explicatif de ce qu'est l'excision, des différents types existants, des conséquences physiques et psychologiques, et des pays qui la pratiquent. La brochure aborde également les arguments avancés pour justifier une excision et explique pourquoi ils sont infondés. Enfin, la brochure mentionne les textes légaux (en Suisse, en "Afrique" et sur le plan international) et liste les adresses utiles à contacter en cas de besoin.



Opinions

Les représentant·e·s interrogé·e·s se disent globalement satisfait·e·s de cette brochure qu'ils trouvent complète en termes d'informations et qui est "tout public". Deux critiques sont toutefois formulées. La première vise la carte du continent africain publiée pour montrer les pays touchés par l'excision. Comme le relèvent deux représentantes, cette carte donne l'impression que l'excision ne concerne que l'Afrique et risque une stigmatisation des populations africaines. Une autre représentante va jusqu'à questionner l'utilité de nommer les pays concernés.

La seconde critique concerne la page de couverture où apparaît un dessin d'une fleur ensanglantée. Ce dessin, qui pourtant est l'œuvre d'une médiatrice et a été sélectionné par ses pairs, divise les représentant·e·s interrogé·e·s. Seules deux représentantes, parmi les plus jeunes interrogées, disent apprécier cette couverture car, pour l'une, cela fait écho au livre "Fleur du désert" (de Waris Dirie), et pour l'autre, cela renvoie au mot 'fleur' utilisé par sa gynécologue pour parler de la vulve. Les autres personnes interrogées se montrent critiques. L'une des représentantes qui considère cette

image "horrible", selon ses mots, déclare qu'une telle représentation de l'excision est propre à un contexte de migration où la pratique est perçue comme une a-normalité, contrairement au pays d'origine où celle-ci est considérée "normale".

Indépendamment du profil pour lequel nous les avons approchées, les personnes interrogées peuvent être classées en trois groupes. Le premier groupe préfère une couverture sans image. Le deuxième souhaite une image neutre et l'une des représentantes donne l'exemple d'un tissu africain. Le dernier groupe est d'avis que le message véhiculé par une fleur n'est pas clair et préfère une image plus explicite à un dessin symbolique ou métaphorique. Par explicite, il s'agirait d'une photo facilement reconnaissable du fait qu'elle est "concrète". Comme le précise une médiatrice, il ne s'agit pas de montrer une vulve ensanglantée, mais une image qu'une personne analphabète par exemple puisse reconnaître sans devoir (savoir) lire le texte pour comprendre le sujet traité par la brochure.

A l'évocation d'une image de lame de rasoir, une professionnelle du social se dit "partagée" et rappelle que "sur toutes les brochures qui parlent de l'excision, il y a des rasoirs". Une représentante affirme, au contraire, que la photo d'une lame de rasoir ou d'une image choquante "interpelle" et donne envie de savoir de quoi ça parle. Finalement, un professionnel du social souligne la nécessité de choisir une image en fonction du public à qui elle s'adresse. Il explique: "Est-ce pour choquer les Blancs ou pour sensibiliser les populations concernées ? Si la première réaction que l'on suscite de la part de la personne que l'on veut sensibiliser est un rejet car elle se sent stigmatisée, on manque le but en termes de communication."

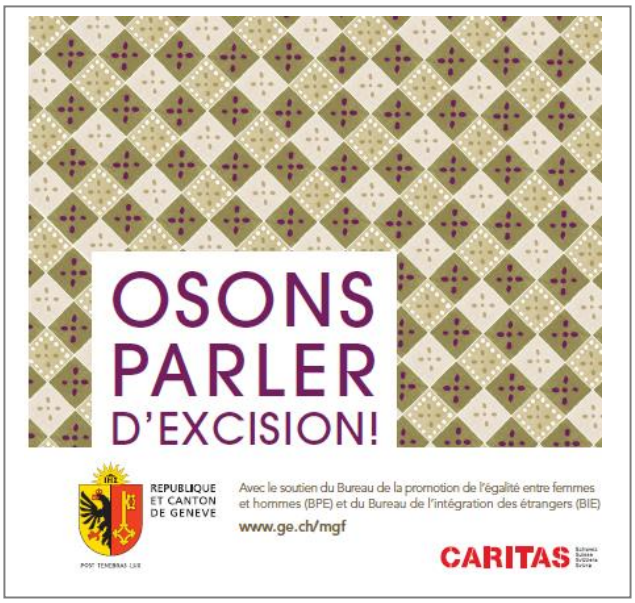
Commentaires

Cette brochure n'est aujourd'hui plus en circulation et est considérée caduque par le comité de pilotage MGF. Néanmoins, les opinions émises par nos interlocuteur·trice·s permettent de tirer deux leçons qui méritent d'être considérées pour l'élaboration future de nouvelles brochures. Premièrement, une **carte du monde** (par exemple celle de l'association britannique *Orchid Project*[6]) serait plus à propos qu'une carte focalisant seulement sur l'Afrique, quand bien même la brochure mentionne dans le texte les pays sud-asiatiques concernés (ex. Malaisie, Indonésie). En effet, une carte et l'information qu'elle transmet retiennent mieux l'attention des lecteurs qu'une ligne dans un texte. Dans cette même logique, la mention de textes légaux dont le titre est "En Afrique" serait plus adéquat s'il contenait également le mot "Asie", ou alors simplement "Dans les pays d'origine". Deuxièmement, les avis divergents de nos interlocuteur·trice·s, quant à savoir quelle image (si on décide d'en mettre une) est adéquate, montre bien la subjectivité du choix du visuel. Par exemple, ce qui constitue une image neutre est sujet à interprétation. En effet, une représentante suggère de choisir plutôt un tissu africain comme "image neutre". Comme nous le verrons dans la section suivante avec le dépliant "Osons parler d'excision", ce même tissu sera considéré comme stigmatisant par d'autres car il s'agit d'un tissu *africain*, ou alors exclusif car il s'agit d'un tissu d'Afrique de l'*Est*. La question de mettre une image ou une photo peut effectivement représenter un choix cornélien et aucune bonne pratique en la matière n'est connue à ce jour.

[6] Source: https://orchidproject.org/category/about-fgc/what-is-fgc/ (Accédé 20.08.2018)

4.1.2 Dépliant "Osons parler d'excision"

Description



Cité comme une bonne pratique dans le rapport de 2014 du Centre suisse de compétence pour les droits humains (CSDH), le dépliant intitulé "Osons parler d'excision" – tout comme la brochure destinée aux professionnel·le·s du même nom – a été édité par le canton de Vaud et repris par le canton de Genève. En français sur son recto et traduit sur son verso dans l'une des cinq langues suivantes: somali, amharic, tigrinya, arabe et anglais, le dépliant donne une définition brève de l'excision, puis évoque les conséquences sur la santé et les répercussions légales de cette pratique. Il mentionne par exemple la norme pénale suisse contre l'excision de 2012 ainsi que la possibilité de renvoi que l'application de cette norme entraîne. Ensuite, toute une partie est consacrée à déconstruire les croyances autour des filles non excisées. Enfin, un petit encadré indique les numéros de téléphone des institutions qui composent le comité de pilotage MGF.

Opinions

La plupart des personnes interrogées soulignent la pertinence des informations contenues dans le dépliant, le langage clair et le caractère complet des renseignements fournis. Une représentante et une médiatrice disent ainsi apprécier tout particulièrement la mention des effets sur la santé de l'excision. Une autre représentante émet toutefois une réserve sur la partie consacrée à l'éloge de la fille non-excisée puisque, d'après elle, cela met une fille déjà excisée dans une position subalterne. Elle explique: "Ce n'est pas sa faute si elle est excisée. [...] Ce n'est pas parce qu'elle est excisée qu'elle ne jouit plus de ses droits, ni de ses capacités mentales. Elle n'est pas devenue une demi-personne."

Le format du dépliant (petit et plié) et sa disponibilité dans diverses langues sont présentés comme des atouts majeurs du document. Une représentante raconte ainsi que, lorsqu'elle l'a vu exposé pour la première fois sur l'étagère du cabinet de son gynécologue, elle s'est dite frappée par le fait qu'il était traduit dans sa langue. Quant au design du dépliant qui, en arrière-fond, montre un tissu africain, les avis divergent: certaines représentantes mettent en avant le caractère stigmatisant d'un tissu *africain*, comme évoqué plus haut, d'autres disent n'avoir même pas remarqué qu'il s'agissait d'un tissu africain.

De nombreuses représentantes et quelques médiatrices sont d'avis que ce dépliant constitue un outil pour ouvrir une discussion sur l'excision ou l'accompagner. Cela permet également de matérialiser le message de prévention, comme l'explique une représentante: "Quand il y a quelque chose de symbolique et de physique qu'on peut toucher comme ça, c'est très important." Une autre représentante raconte, par exemple, que munie du dépliant elle a pu amorcer le sujet de l'excision avec une femme devenue grand-mère récemment pour connaître sa position sur la question. Toutefois, toutes insistent sur la nécessité d'une valorisation verbale du document lors de la

transmission de ce dépliant. Par exemple, l'une des personnes interrogées affirme lire le contenu du dépliant avec les personnes qu'elle sensibilise car, d'après elle, "l'existence de ces brochures, sans informations accompagnées, a moins de valeur". Comme elles le déclarent, nombreux sont ceux qui apprennent l'existence de la norme pénale suisse contre l'excision par ce biais. C'est pourquoi, elles critiquent vivement le fait que les professionnel·le·s de santé mettent à disposition les brochures sur leurs étagères sans prendre le temps de parcourir le document avec la personne concernée. C'est à cette seule condition, estiment-elles, que le message de prévention peut être transmis. Cette critique fait écho aux propos des professionnel·le·s du social et de la justice interrogé·e·s qui affirment exposer ces documents dans la salle d'attente de leur institution mais que c'est au bon vouloir du·de la client·e que de les prendre ou pas. L'une des professionnel·le·s de la justice concède, par ailleurs, que l'emplacement de l'étagère qui expose tous les prospectus dans son institution n'est pas optimal: si on ne se dirige pas expressément vers ce meuble, on risque de manquer l'information.

La question de la distribution de ce dépliant divise les personnes interrogées: les unes estiment qu'il est bien distribué, l'ayant remarqué dans divers cabinets privés de gynécologie, les autres, au contraire, estiment qu'il est peu présent. Or, soulignent-elles, c'est bien là que se dirigent majoritairement les patientes francophones des pays d'Afrique de l'Ouest, dont certaines travaillent dans les organismes internationaux. Une représentante érythréenne, ironique, déclare "il faut être migrante et aller aux HUG ou à Camarada" ou alors, dit-elle, "tomber enceinte" pour que l'information soit donnée. Une autre représentante s'inquiète de l'accès à ces documents par les personnes déboutées de l'asile et sans statut légal en Suisse.

Corroborant les propos précités des représentantes, de nombreux professionnel·le·s de santé interrogé·e·s affirment ne pas distribuer cette brochure sous prétexte qu'ils·elles n'en ont "pas l'occasion" car ils·elles rencontrent peu de patientes concernées ou alors parce qu'ils·elles estiment que "ce sont des cultures où c'est la communication orale qui passe, pas écrite". Une professionnelle de santé dit avoir effectivement observé que les femmes ne prennent pas ces brochures car "elles ne viennent pas d'une culture de l'écrit". De plus, plusieurs professionnel·le·s de santé et des représentant·e·s font remarquer qu'une partie des populations concernées sont analphabètes étant ainsi dans l'incapacité de prendre connaissance des informations transmises dans le dépliant sans l'aide d'une tierce personne. Une représentante ajoute par ailleurs: "Est-ce qu'on a l'habitude de prendre une brochure et de la lire? Si on est intégré·e en Suisse, cela devient une habitude, avant non."

Commentaires

Le dépliant suscite généralement des réactions positives parmi les personnes interrogées: il est bref et l'information délivrée est bien pensée et toujours d'actualité. Une réserve concerne les lieux de distribution et le média en tant que tel. En effet, il semble ne pas atteindre son public cible de manière satisfaisante. Bien que le comité de pilotage MGF ait largement diffusé ce dépliant, les cabinets privés de gynécologie davantage fréquentés par des femmes éduquées en mesure d'appréhender l'information sans autre forme d'explication semblent peu nombreux à l'exposer sur leurs présentoirs, alors que les lieux d'accueil ou de soins destinés aux migrantes en sont dotés mais là l'obstacle est l'écrit. Une information orale complémentaire peut s'avérer utile pour ces femmes qui sont parfois analphabètes ou davantage habituées à une communication orale (importance de la complémentarité des approches). Enfin, pour mieux toucher la jeune génération, d'aucun·e·s suggèrent de **propager les informations contenues dans ce dépliant via les réseaux sociaux**. Même si ce dépliant est disponible en version PDF sur les différents sites du comité de pilotage

MGF par exemple, une meilleure accessibilité aux jeunes devrait être envisagée, car ils·elles ne vont pas *chercher* l'information mais attendent qu'elle leur parvienne.

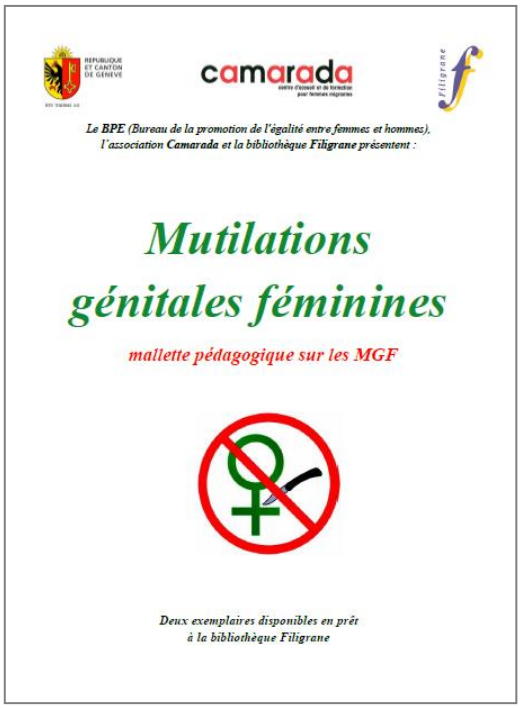
4.2 Documents et matériel destinés aux professionnel·le·s et médiatrices

Le comité de pilotage MGF a mis à disposition des médiatrices et des professionnel·le·s de santé, du social, de la justice et de la police un document appelé "mallette pédagogique", deux brochures et un modèle anatomique illustrant les différents types d'excision (pour ce dernier point, voir la sous-section *Groupes de paroles*).

4.2.1 Mallette pédagogique

Description

La mallette pédagogique est un document PDF qui répertorie sur 10 pages divers ouvrages, romans et DVDs relatifs à l'excision et disponibles en prêt à la bibliothèque Filigrane et au Centre de documentation de l'unité de santé sexuelle et planning familial des HUG. Elaboré sur demande de quelques médiatrices, l'idée à l'origine de cet inventaire est de fournir aux médiatrices et aux professionnel·le·s une liste complète de matériel pédagogique qu'ils·elles peuvent utiliser dans le cadre de leurs interventions et activité professionnelle.



Opinions

Deux professionnel·le·s de santé interrogé·e·s estiment que la mallette constitue un bon outil de formation et peut servir de base de discussion dans les entretiens avec les patient·e·s, voire même peut être utilisée pour apprendre à détecter et traiter un cas d'excision et savoir orienter les patient·e·s. Une troisième professionnelle de santé affirme transmettre cette liste à ses étudiant·e·s afin de leur permettre de se documenter et de compléter l'information reçue en cours. D'après quelques personnes interrogées, cette mallette est en effet utilisée par les étudiant·e·s qui préparent un travail de diplôme ou de séminaire sur l'excision. Toutefois, la plupart des personnes interrogées, qu'elles soient médiatrices ou professionnel·le·s de santé ou du social, affirment ne pas utiliser cette mallette car, disent-ils·elles, elle n'a pas d'utilité *pratique* dans leur activité professionnelle. La plupart des médiatrices et des professionnel·le·s du social rencontré·e·s affirment même n'avoir pas su que cette mallette existait.

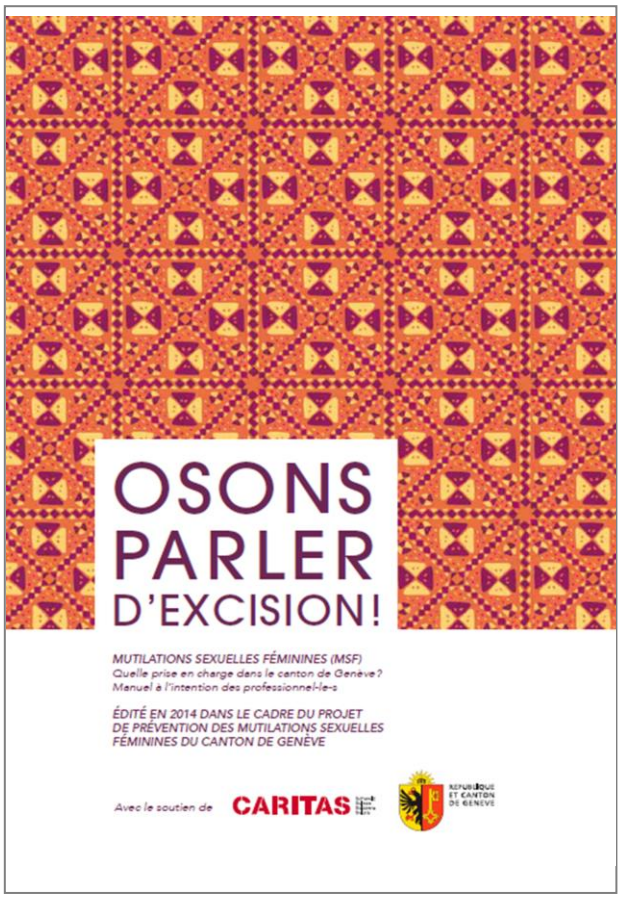
Commentaires

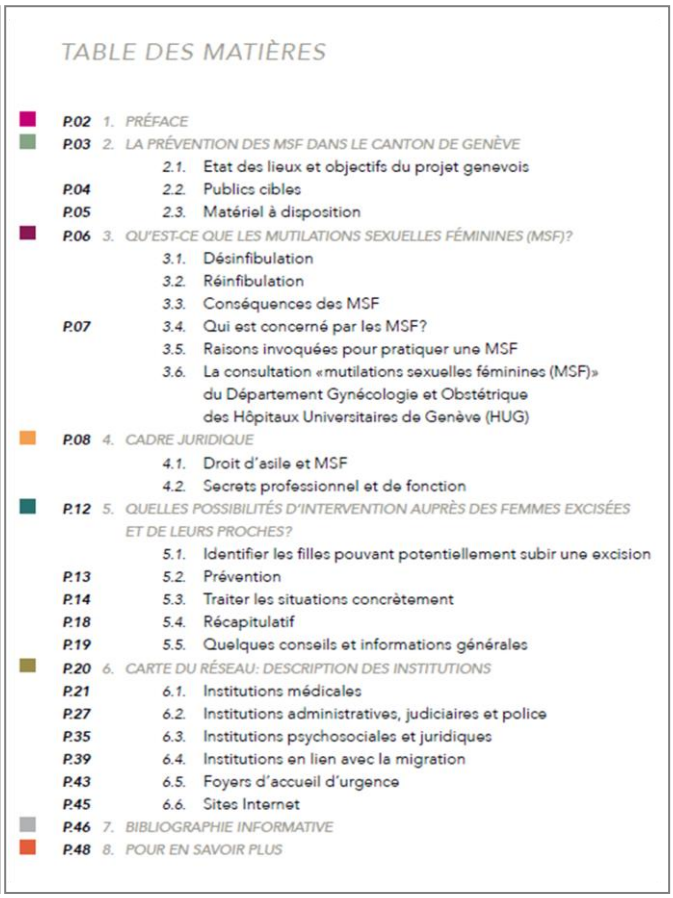
Bien que cet inventaire ait été demandé à l'époque par des médiatrices, il semble que celles que nous avons rencontrés n'en avaient pas l'utilité, voire n'en connaissait pas l'existence. De manière générale, l'effort d'avoir mis sur pied une telle liste est saluée. Cependant, la plupart des personnes interrogées estiment qu'il ne faut pas investir plus de temps et d'énergie à la mettre à jour puisqu'elles, ainsi que leurs collègues, ne s'en servent pas dans leur activité professionnelle.

4.2.2 Brochure "Osons Parler d'excision"

Description

Le comité de pilotage MGF a repris et adapté une brochure intitulée "Osons parler d'excision" mise sur pied par le Bureau cantonal pour l'intégration des étrangers et la prévention du racisme (BCI) du canton de Vaud. Cette brochure, destinée aux professionnel·le·s de santé, du social, de la justice et de la police, a une double fonction: elle informe et elle guide. Après avoir présenté les objectifs des campagnes de prévention, la brochure présente l'excision et le profil des femmes concernées. Ensuite, le cadre juridique suisse est présenté, notamment le droit et l'obligation des professionnel·le·s d'aviser un cas d'excision soupçonné ou attesté. La brochure donne également des pistes pour identifier ou prévenir une excision chez des personnes à risque et fournit une procédure à suivre en cas de suspicion ou d'attestation d'un cas d'excision. La dernière partie de la brochure est consacrée à la présentation des institutions à contacter faisant partie d'un réseau local d'aide et de prévention, en décrivant leurs missions, fournissant leurs coordonnées et nommant la personne de contact.




TABLE DES MATIÈRES

P.02 1. PRÉFACE
P.03 2. LA PRÉVENTION DES MSF DANS LE CANTON DE GENÈVE
2.1. Etat des lieux et objectifs du projet genevois
P.04 2.2. Publics cibles
P.05 2.3. Matériel à disposition
P.06 3. QU'EST-CE QUE LES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES (MSF)?
3.1. Désinfibulation
3.2. Réinfibulation
3.3. Conséquences des MSF
P.07 3.4. Qui est concerné par les MSF?
3.5. Raisons invoquées pour pratiquer une MSF
3.6. La consultation «mutilations sexuelles féminines (MSF)» du Département Gynécologie et Obstétrique des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)
P.08 4. CADRE JURIDIQUE
4.1. Droit d'asile et MSF
4.2. Secrets professionnel et de fonction
P.12 5. QUELLES POSSIBILITÉS D'INTERVENTION AUPRÈS DES FEMMES EXCISÉES ET DE LEURS PROCHES?
5.1. Identifier les filles pouvant potentiellement subir une excision
P.13 5.2. Prévention
P.14 5.3. Traiter les situations concrètement
P.18 5.4. Récapitulatif
P.19 5.5. Quelques conseils et informations générales
P.20 6. CARTE DU RÉSEAU: DESCRIPTION DES INSTITUTIONS
P.21 6.1. Institutions médicales
P.27 6.2. Institutions administratives, judiciaires et police
P.35 6.3. Institutions psychosociales et juridiques
P.39 6.4. Institutions en lien avec la migration
P.43 6.5. Foyers d'accueil d'urgence
P.45 6.6. Sites Internet
P.46 7. BIBLIOGRAPHIE INFORMATIVE
P.48 8. POUR EN SAVOIR PLUS

Opinions

S'il y a bien un élément des campagnes de prévention qui fait l'unanimité auprès des professionnel·le·s de santé, du social et de la justice interrogé·e·s, c'est cette brochure. Une professionnelle de santé va jusqu'à affirmer que s'il ne fallait garder qu'une seule chose pour les professionnel·le·s de santé, c'est cette brochure, considérée comme un document de référence par de nombreuses personnes interrogées. Deux renseignements sont particulièrement appréciés: les

informations concernant le droit et l'obligation d'aviser et le réseau d'institutions. Les personnes interrogées soulignent cependant que cette brochure ne peut pas remplacer une formation dispensée à un·e professionnel·le de santé pour savoir dépister et prendre en charge une personne excisée. En revanche, elle permet à tout·e professionnel·le, formé·e ou non à la problématique de l'excision, de savoir à qui s'adresser s'il·elle devait rencontrer une telle situation.

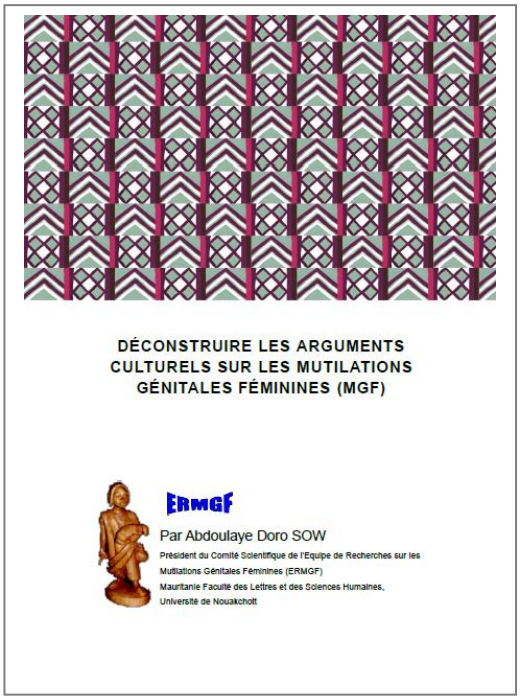
Commentaires

L'enthousiasme unanime montré par les professionnel·le·s, et ce indépendamment de leur corps de métier, souligne la pertinence d'une telle brochure. Son mérite tient au fait de permettre un usage transdisciplinaire, à savoir que tant les professionnel·le·s de santé que celles et ceux du social, de la justice et de la police peuvent y trouver des renseignements utiles pour leur activité professionnelle respective. Plus précisément, l'atout majeur de cette brochure est sans conteste sa carte réseau qui permet d'orienter les professionnel·le·s vers les personnes spécialisées et les institutions chargées de gérer des cas d'excision. En ce sens, cette brochure se distingue par exemple du "Manuel didactique à l'usage des professionnel-le-s en Suisse" édité par l'institut international des droits de l'enfant en fournissant les coordonnées des personnes référentes en la matière dans le canton. De plus, la disponibilité de cette brochure en version PDF sur Internet permet une large diffusion de cet outil et tient compte des modes de consommation actuels qui tendent à délaisser le papier au profit des versions électroniques. Nous conseillons toutefois d'**enlever le nom de la personne de contact de chaque institution** dans les versions imprimées ou de les mettre à jour. En effet, dans le cadre de cette étude appréciative, nous avons tenté de joindre des personnes mentionnées comme contact qui avaient en réalité quitté leur poste depuis longtemps ou étaient en arrêt maladie pour une durée indéterminée et n'étaient pas remplacées. Plus généralement, il est important de veiller à ce que la brochure tienne compte des nouvelles connaissances scientifiques, informations et jurisprudence en matière d'excision. Le support électronique permet cette mise à jour à moindre coût.

Contrairement à la brochure originale du canton de Vaud, la brochure éditée par Genève utilise l'acronyme "MSF", à savoir "mutilation *sexuelle* féminine", au lieu de "MGF" (mutilation *génitale* féminine). S'il est vrai que cette première désignation est utilisée dans la version francophone des documents élaborés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour souligner l'atteinte à la sexualité de l'excision, elle reste néanmoins moins bien connue du grand public. De plus, elle laisse sous-entendre qu'une femme excisée ne peut connaître de sexualité épanouie, ce qui va à l'encontre des résultats des études scientifiques en la matière (Ahmadu, 2007; Catania et al., 2007; Dopico, 2007; Gruenbaum, 2001; Lightfoot-Klein, 1989; Public Policy Advisory Network on Female Genital Surgeries in Africa, 2012). En ce sens, l'utilisation du terme "mutilation *génitale* féminine" a l'avantage d'inclure toutes les autres conséquences possibles de l'excision, notamment gynécologiques et obstétricales. De plus, il semble que l'utilisation de "MSF" ou "MGF" n'est pas uniforme selon les documents mis à disposition par le comité de pilotage. Par conséquent, l'utilisation du terme "MSF" dans la brochure ici étudiée risque de porter à confusion un·e lecteur·trice peu familier·ère avec la thématique. C'est pourquoi, il serait important d'**homogénéiser l'expression utilisée pour désigner l'excision dans tous les documents et opter, de préférence, pour le terme le plus répandu** et facilement reconnaissable par un public non averti.

4.2.3 Brochure "Déconstruire les arguments culturels"

Description



La brochure "Déconstruire les arguments culturels sur les mutilations génitales féminines (MGF)" a été élaborée par un professeur d'anthropologie mauritanien, Abdoulaye Doro Sow, et révisée par le comité de pilotage MGF. Cette brochure, à l'intention des professionnel·le·s de santé et du social, propose une liste de contre-arguments culturels que les professionnel·le·s pourraient mobiliser pour répondre aux croyances des populations concernées et, comme il est écrit dans le rapport de 2015 du comité de pilotage MGF, "déjouer les idées reçues sur les MGF, tout en respectant la diversité culturelle". Chaque argument et contre-argument sont encadrés et une brève explication figure en-dessous.

Dans la préface écrite par des membres du comité de pilotage MGF, cette brochure est présentée comme un "outil pédagogique complémentaire [...] pour favoriser l'échange, développer la confiance et modifier des comportements." (p.2) En effet, Prof. Sow avance le constat suivant: "Le choix de l'application de la contre-argumentation culturelle sur la pratique des MGF est dû au fait que les autres formes d'approches (sanitaire, juridique et économique), tentées pour sensibiliser sur les méfaits des MGF, telles que la pénalisation des MGF et la proposition de reconversion professionnelle pour les exciseuses traditionnelles, n'ont pas donné les résultats escomptés." (p.8)

Opinions

La première question posée à nos interlocuteur·trice·s est de savoir ce qu'ils·elles pensaient du constat mis en avant pour valoriser la pertinence de cette brochure, à savoir que les arguments sanitaires, juridiques et économiques, ainsi que la pénalisation de l'excision n'ont pas donné "les résultats escomptés". Si plusieurs personnes interrogées n'avaient pas d'avis particulier sur la question ou semblaient dubitatives, un professionnel de la santé affirme "On attendait trop [de ces] arguments." Un représentant souligne de plus que les arguments sanitaires peuvent parfois amener à l'effet inverse de celui désiré, à savoir la médicalisation de l'excision et non son éradication. Par ailleurs, une médiatrice estime que des arguments émanant de la sphère culturelle peuvent effectivement être mieux entendus par les générations plus âgées que ceux qui font référence à la loi. Cela dit, la plupart des professionnel·le·s de santé interrogé·e·s soulignent que des arguments culturels seuls ne suffisent pas. Comme ils·elles le rappellent, les arguments sanitaires, juridiques, économiques et culturels sont complémentaires et forment un tout à mobiliser.

La deuxième question concernait l'adéquation entre les arguments et les contre-arguments culturels proposés. En faisant référence à l'argument culturel donné en page 14 de la brochure que "Une fille non mutilée ne sent pas bon", la plupart des personnes interrogées estiment ne pas comprendre la pertinence du contre-argument proposé, à savoir que "Le fait d'exciser une fille, à l'image d'un viol, est un outrage à son corps et une atteinte à son bon fonctionnement". Plusieurs personnes soulignent

que le niveau de communication n'est pas le même. Un professionnel de santé s'interroge: "On répond à une métaphore par un positionnement, je ne sais pas si c'est efficace." De plus, des médiatrices et représentantes interrogées jugent certains termes utilisés "trop agressifs" comme "viol" ou "mutilée" et notent qu'ils risquent de heurter, quand bien même ils ont été proposés par une jeune mauritanienne interrogée lors de l'élaboration de cette brochure.

Quant à l'utilité d'une telle brochure, les avis sont partagés. D'un côté, les professionnel·le·s de santé et du social qui enseignent à des étudiant·e·s disent recourir à cette documentation pour expliquer les raisons qui motivent des sociétés à perpétuer l'excision. De la même façon, une professionnelle de santé affirme: "cette brochure nous cultive un peu". De l'autre côté, les professionnel·le·s de santé et du social soulignent, tout d'abord, qu'un·e professionnel·le qui entend un argument favorable à une excision ne va pas "prendre du temps", comme l'exprime ici une professionnelle de santé, de répondre par un contre-argument mais va directement orienter les parents vers des structures compétentes comme la consultation MGF des HUG. Ensuite, un professionnel du social relève que cette "logique de remise en question de la culture de l'autre [...] C'est très occidental comme approche". Une professionnelle de santé partage cet avis en soulignant qu'une telle attitude peut être perçue comme "arrogante" si le·la professionnel·le ne provient pas de la même culture ou n'a pas la même couleur de peau que les personnes assises en face de lui·elle. Enfin, une professionnelle du social souligne que contrairement à la brochure "Osons parler d'excision", celle-ci ne peut être utilisée par un·e professionnel·le qui n'a pas reçu de formation sur la problématique au préalable. En d'autres termes, elle ne peut être distribuée qu'à un public averti.

Commentaires

Les réactions mitigées vis-à-vis de l'adéquation de la contre-argumentation proposée dans cette brochure laissent à penser qu'il peut s'agir d'un avis partagé plus largement par les lecteur·trice·s de ce document entravant ainsi l'utilisation de cette brochure auprès de son public cible, les professionnel·le·s de santé et du social. Comme le déclare une professionnelle de santé: "On ne peut pas vendre quelque chose si on n'est pas soi-même convaincu". S'il est vrai qu'en-dessous de chaque argument et contre-argument une explication plus détaillée est donnée, il n'en reste pas moins que l'objectif premier de cette brochure d'offrir des contre-arguments "tout prêts" aux professionnel·le·s qui pourraient les répéter à des parents soucieux de la future hygiène corporelle de leur fille semble manquer son but. En effet, le contre-argument en tant que justification est valable s'il est lu seul, mais proposé comme *contre*-argument, il perd de sa cohérence. De plus, il est mentionné dans la brochure en page 8 que: "La théorie de la contre-argumentation culturelle consiste à se servir des dictons, proverbes et sentences sous forme de contre-arguments culturels pour sensibiliser les populations sur les méfaits de telles pratiques." Toutefois, selon notre lecture, les contre-arguments proposés renvoient à des arguments relatifs aux droits fondamentaux de la personne plutôt qu'à des proverbes ou dictons.

Au vu de ce qui précède, il serait intéressant de repenser soit l'objectif (A) soit le contenu (B) de ce document.

A) Garder le contenu mais adapter l'objectif:

Il semble clair que l'on ne peut proposer des contre-arguments dit *culturels* sans tenir compte des rapports de force qui existent inévitablement entre les professionnel·le·s de santé et du social, majoritairement blancs, et les populations concernées à Genève principalement d'origine africaine. Par ailleurs, il est difficile de croire qu'un·e professionnel·le de santé ou du social puisse "déjouer"

une croyance d'une culture qui n'est pas la sienne. Comme le souligne une professionnelle de santé interrogée: "ces réponses sont focalisées sur le mental alors qu'une croyance peut sortir de toute logique." En revanche, un objectif de ce document pourrait être de permettre aux professionnel·le·s de **développer leur empathie culturelle**, comme le recommande un représentant interrogé, en comprenant mieux – sans pour autant les approuver – des arguments avancés par des partisan·e·s à l'excision.

B) Garder l'objectif mais adapter le contenu:

Si l'on souhaite maintenir l'objectif de proposer des "réponses toutes faites" aux professionnel·le·s, il conviendrait de **maintenir un même niveau de développement argumentatif entre l'argument et le contre-argument**. Par exemple, une professionnelle de la justice propose qu'à l'argument de l'hygiène corporelle, il soit avancé que: "une infibulation (excision de type III qui ferme l'orifice vaginal à trois-quarts) risque, au contraire, d'entraîner des difficultés à uriner et à faire écouler le sang menstruel, ce qui dans ces conditions, complique le maintien d'une hygiène corporelle saine." A ce titre, les "contre-arguments" donnés dans la brochure "Protégeons nos filles de l'excision" peuvent servir d'exemples. Par ailleurs, il conviendrait de porter une attention particulière aux termes utilisés afin de ne pas heurter les populations à qui s'adressent ces réponses.

5 Bilan des deux campagnes de prévention

Faire un bilan de campagnes, dont la première a débuté il y a onze ans et la seconde s'est terminée il y a trois ans, est une tâche ardue. Nous ne pouvons connaître leur impact *direct* sur les attitudes et l'état des connaissances. Nous pouvons, en revanche, rapporter les propos de nos interlocuteur·trice·s sur ce qui *est* aujourd'hui. Dans la mesure du possible, nous soulignerons dans ce qui suit quand des faits décrits peuvent être associés à des actions menées durant les projets de prévention et pourquoi nous pouvons établir ce lien. Pour le reste, le lectorat se fera sa propre opinion sur les observations et arguments présentés.

5.1 Sensibilisation des populations concernées

Le premier objectif des campagnes de prévention était la sensibilisation des populations potentiellement concernées. Nous avons alors interrogé nos répondant·e·s sur l'écho que ces campagnes ont eu auprès de ce public cible. Nous nous sommes également intéressées à savoir si les populations concernées étaient au courant de l'existence de la norme pénale suisse contre l'excision entrée en vigueur en 2012 et des procès suisses ayant eu lieu depuis 2004 sous l'ancienne législation. Enfin, nous leur avons demandé leurs *impressions* quant à la situation actuelle de l'excision, à savoir si d'après eux·elles, l'excision était pratiquée à Genève.

5.1.1 Echo des deux campagnes de prévention

Opinions

Si la plupart des professionnel·le·s de santé, du social et de la justice disent ne pas avoir d'avis quant à l'écho des campagnes auprès des populations concernées, les médiatrices et les représentant·e·s se montrent partagé·e·s. En effet, ils·elles soulignent les bienfaits et la nécessité de ces deux projets de prévention en termes d'information et de sensibilisation pour deux catégories de population: d'une part, les personnes ayant pris part aux activités de ces campagnes (ex. réunions privées et groupes de parole avec une médiatrice, soirées du 6 février, etc.), d'autre part, les personnes fréquentant des centres (sociaux ou de santé) pour migrant·e·s. Nos interlocuteur·trice·s affirment ainsi qu'il s'agit de ces deux groupes qui ont davantage eu accès aux brochures produites par le comité de pilotage MGF, par exemple.

De manière générale, deux représentantes soulignent qu'elles n'ont pas entendu de réactions négatives des personnes sensibilisées. Au contraire, ces dernières semblaient ravies de recevoir des informations concernant une problématique qui les touche. Leur analyse est contrastée par celle des médiatrices qui, comme mentionné plus haut, ont également observé de la lassitude, une demande d'oubli ou un désintérêt momentané. Des représentantes rencontrées soulignent qu'elles-mêmes ont appris l'existence des deux campagnes récemment, à travers leur nouvel emploi dans le social ou par le biais d’une connaissance faisant un travail de diplôme sur la thématique. Elles n'ont donc pas été sensibilisées par ces projets de prévention directement. C'est pourquoi, certain·e·s de nos répondant·e·s sont d'avis qu'en-dehors des deux groupes de personnes précités, les campagnes n'étaient pas répandues au sein des populations concernées. De même, les répondant·e·s interrogé·e·s affirment que l'existence des médiatrices n'était pas une chose connue de toutes et tous. Comme évoqué dans la section 2.1 de ce rapport, certain·e·s représentant·e·s déplorent que les campagnes n'aient pas étendu leur champ d'action et semblent s'être limitées principalement au

cercle des personnes venues par le biais de l'asile et d'origine de pays d'Afrique de l'Est. Par conséquent, ils·elles déclarent que de manière générale les populations immigrées des pays d'Afrique de l'Ouest n'ont pas (eu) connaissance de ces campagnes, tout comme la plupart des hommes.

Commentaires

Il est indéniable que de commencer une campagne contre l'excision est chose plus aisée lorsqu'on adopte une démarche communautaire. Si on ne peut affirmer que les deux projets de prévention ont sensibilisé *toutes* les populations concernées par l'excision vivant à Genève, les actions menées auprès des personnes allophones, arrivées par le biais de l'asile et fréquentant des centres de migrant·e·s sont à saluer. De plus, par l'approche adoptée du travail de proximité grâce aux médiatrices, les campagnes ont su sensibiliser au niveau individuel. Toutefois, la sensibilisation collective reste aujourd'hui encore limitée (voir section 5.3 pour une proposition d'amélioration à ce sujet).

Par ailleurs, la remarque au sujet du manque d'hommes informés peut sembler contredire les quelques chiffres relevés en 2014 par le comité de pilotage MGF (à savoir 93 hommes sensibilisés au cours des 46 interventions des médiatrices chez les particuliers). Cela étant, comme le comité de pilotage MGF le relève lui-même dans un rapport de 2015, les hommes "sont peu nombreux à venir aux activités organisées à leur intention et cela reste une lacune à combler lors de futurs projets." Les impressions de nos répondant·e·s mettent ainsi en lumière un besoin d'accroître les efforts de **sensibilisation des membres masculins des populations ciblées**. Certes l'excision est le plus souvent "une affaire de femmes", toutefois, comme le soulignent plusieurs interlocuteur·trice·s, les hommes de manière générale, mais dans certains pays en particulier (ex. Soudan, Burkina Faso), ont une "passivité active", à savoir qu'ils ont le pouvoir de s'opposer à la perpétuation de la pratique sur leurs filles, de les protéger de l'exclusion sociale et de faire entendre leur voix à leur propre mère ou belle-mère, à savoir les "grand-mères" qui tiennent souvent un rôle décisif dans l'excision de leurs petites-filles. En outre, plusieurs répondant·e·s mettent en avant que les hommes savent souvent mieux que leur épouse les conséquences légales de l'excision. Nous y reviendrons plus bas.

5.1.2 Echo de la loi et des procès

Opinions

Les personnes interrogées, quel que soit leur profil ou corps de métier, sont divisées quant à savoir si les populations concernées connaissent la loi et les procès qui ont eu lieu en Suisse. D'un côté, des représentantes et une professionnelle de santé affirment qu'elles sont au courant. Elles précisent toutefois que cette connaissance n'est pas généralisable à tout individu, membre des communautés concernées. Elles soulignent que la communauté somalienne, visée par tous les procès sauf un à Genève, semble davantage informée sur la question. De l'autre côté, toutes les médiatrices interrogées, ainsi que des représentants et un professionnel de la santé, affirment le contraire, à savoir que les populations concernées ne sont pas au courant de la loi et des procès, à moins d'avoir pris part aux activités des campagnes de prévention. Une représentante explique: "Les gens ont peur d'être emprisonnés, mais ce n'est pas parce qu'ils savent qu'il y a une loi en Suisse." Un autre interlocuteur, professionnel de la santé, ironise: "Non ils ne lisent pas les journaux francophones ni le code pénal suisse."

Commentaires

La plupart des répondant·e·s déclarent que, généralement, les populations concernées ne connaissent pas l'existence de la norme pénale suisse contre l'excision. Or, d'après les médiatrices, **la loi représente un argument de dissuasion important pour autant qu'il soit accompagné d'arguments sur la santé**. Comme l'explique une médiatrice: "La loi a un effet dissuasif si tu expliques que tu es en train de faire du mal à ton enfant." En effet, comme le rappelle une représentante, la loi représente le dernier élément d'un enchaînement d'arguments. Une autre représentante déclare ainsi: "Le dialogue est plus efficace que l'obligation". Cela dit, des interlocuteur·trice·s soulignent que **l'argument juridique a du poids pour les pères** qui subviennent aux besoins financiers de la famille et qui envoient de l'argent aux proches restés au pays d'origine. Ce dernier argument est notamment soulevé par une médiatrice qui avance que cela permet de raviser les "grand-mères" qui vivent de l'argent envoyé à la fin du mois. Enfin, une représentante souligne qu'il faut **mettre l'accent sur l'application de la loi**, par l'exemple des procès qui ont eu lieu, plutôt que de parler de la loi de manière abstraite. Elle rappelle qu'à la différence de certains pays d'origine qui pénalisent l'excision, la loi est appliquée en Suisse, ce qui en soi augmente son pouvoir de dissuasion. Quant à savoir comment informer les populations concernées au sujet de la loi suisse et des procès, les représentant·e·s interrogé·e·s sont d'avis qu'il vaut mieux que ce soient les médiatrices qui s'en chargent dans les réunions à domicile et les groupes de paroles, plutôt que de les mentionner dans les brochures. Cela étant, nos interlocuteur·trice·s estiment que si cette information devait figurer **dans les brochures, la nationalité des personnes concernées par les procès ne devrait pas être mentionnée** afin d'éviter de stigmatiser toute une communauté et de laisser sous-entendre que celle-ci, plus que les autres, a de la peine à s'intégrer.

5.1.3 Opinions sur la situation de l'excision à Genève

Opinions

Lorsque nous avons demandé à nos répondant·e·s si l'excision se pratique à Genève, le constat est unanime: ils n'ont pas connaissance de cas commis récemment ou par le passé à Genève ou plus généralement en Suisse. D'une part, tous les professionnel·le·s de santé, du social et de la justice interrogé·e·s déclarent n'avoir jamais été confronté·e·s à un cas avéré, directement ou adressé par des pairs, et ce alors que certain·e·s d'entre eux·elles travaillent pour leur institution depuis parfois plus de dix ans. De même, ils·elles affirment ne pas avoir connaissance de cas qui se seraient déroulés durant les vacances à l'étranger. Une professionnelle du social souligne qu'il y a parfois des suspicions mais qui, après examen médical, se révèlent être de fausses alertes. Deux professionnelles de la santé soulignent que dans les années 1990 déjà, elles n'avaient pas entendu parler de cas d'excision commis en Suisse. D'autre part, les médiatrices et représentant·e·s *pensent* que, de manière générale, les communautés présentes (ex. Erythrée, Ethiopie, Somalie, Soudan, Guinée, Nigéria) ont cessé la pratique. Si certaines médiatrices se montrent catégoriques dans leur affirmation, certain·e·s représentant·e·s préfèrent se montrer prudent·e·s et soulignent une "évolution" et une "diminution" observables. Comme le déclare une représentante: "On ne peut pas affirmer qu'il n'y a pas de cas". D'autres précisent que le constat d'un changement d'attitudes vis-à-vis de l'excision ne peut être posé que pour les personnes établies depuis longtemps en Suisse. Une médiatrice raconte ainsi avoir entendu des Somalien·ne·s arrivé·e·s récemment affirmer vouloir continuer l'excision afin que leurs filles ne ressemblent pas à la jeunesse somalienne née en Suisse,

en termes de personnalité, style vestimentaire ou choix d'amis. De plus, les médiatrices et représentant·e·s affirment avoir parfois entendu "des histoires d'excision pendant les vacances" ou encore racontent que trois mères (éthiopienne, égyptienne et érythréenne) se renseignaient sur les 'bienfaits' sur la santé de l'excision auprès du personnel infirmier suisse, cherchaient une exciseuse en Suisse ou ont confié leur projet d'excision à une médiatrice. Nos interlocuteur·trice·s précisent toutefois que ces cas sont rarissimes. Si dans le cas des trois mères le projet d'excision a pu être avorté grâce à une prévention arrivée à temps, ils·elles soulignent que les quelques cas d'excision survenus durant les vacances sont le propre d'une partie marginale des communautés et ne doivent pas être interprétés comme le signe d'une perpétuation généralisée de la pratique. C'est pourquoi, à leurs yeux, ces quelques cas entendus ne représentent pas l'attitude générale constatée dans les différentes diasporas.

Concernant l'intérêt des communautés pour le *pricking* (piqure sur le gland clitoridien pour obtenir une goutte de sang), certaines représentantes avouent ne pas savoir elles-mêmes ce que c'est. D'autres estiment que cette forme d'excision symbolique est pratiquée en Erythrée, par exemple, mais pas en Suisse. Une professionnelle de santé a été confrontée à des parents qui se renseignaient sur le *pricking* mais qui, après discussion, "ont compris que cela n'apportait rien". De la même façon, des médiatrices racontent qu'après une sensibilisation sur les dangers d'une réinfibulation à répétition, les femmes qui reçoivent l'appui de leur mari renoncent à demander une fermeture de leur orifice vaginal après leur accouchement. Toutefois, cela demande d'accepter un changement dans sa sexualité et dans l'esthétisme vulvaire, ce qui pour certaines femmes ayant appris à vivre avec leur infibulation n'est pas toujours chose aisée.

Quant à expliquer l'absence de cas avérés, les médiatrices et représentant·e·s avancent plusieurs raisons. Premièrement, les parents sont mieux informés quant aux risques sur la santé que représente l'excision. Une représentante raconte ainsi qu'une grand-mère venue trouver sa fille en Suisse pour les vacances lui avait proposé d'exciser elle-même ses petites-filles "sans que cela ne se sache". Sa fille a refusé. Deuxièmement, un changement d'attitude est également à constater dans les pays d'origine. Par conséquent, des femmes migrantes non-excisées et d'autres qui le sont arrivent en Suisse en ne voulant pas continuer la pratique sur leurs filles. Troisièmement, une médiatrice affirme que certaines grand-mères dans les pays d'origine ont "peur" des enfants qui grandissent en Suisse car "Ils ne cachent rien. Il n'y a pas de secrets avec les enfants qui vivent en Suisse". Quatrièmement, les populations concernées ont aussi peur des répercussions légales qu'entraîne la poursuite de cette pratique, puisqu'il y a toujours un risque qu'un jour où l'autre la jeune fille soit examinée par un·e gynécologue.

Pour attester l'évolution des attitudes, des représentantes révèlent qu'elles-mêmes et leurs proches sont excisées mais qu'elles n'ont pas "continué la tradition" avec leurs enfants. Pour elles, à l'exception de quelques cas marginaux comme mentionnés plus haut, la deuxième génération résidant en Suisse n'est pas excisée. En effet, elles entendent souvent des mères dire qu'elles n'exciseraient jamais leurs filles. Une représentante, elle-même de la troisième génération, confirme. Elle révèle que sa grand-mère ayant vécu toute sa vie en Somalie avant d'arriver en Suisse est favorable à l'excision. La mère de notre interlocutrice, en revanche, ayant vécu une grande partie de sa vie en Suisse, est contre et n'a pas excisé ses filles. Une autre représentante souligne qu'aujourd’hui "les jeunes de 15-19 ans ne savent pas que l'excision existe, alors qu'à l'époque c'était à 100%".

Nos répondant·e·s affirment ainsi que si les autorités n'ont pas connaissance de cas, c'est bien parce que les communautés y ont renoncé et non pas parce qu'il s'agit d'une pratique accomplie dans l'ombre. D'ailleurs, des professionnelles de la santé soulignent que si le phénomène était vraiment répandu, il serait étonnant que depuis les années 1990, il n'y ait jamais eu un cas de complications qui ait été adressé à l'hôpital, au vu des conséquences à court ou long terme que peut entraîner une excision. C'est pourquoi, elles sont d'avis qu'il est difficile de dissimuler une excision récente, ce qui corrobore les affirmations susmentionnées de soupçons ayant abouti à un non-lieu après examen médical de la petite fille.

Par conséquent, lorsque nous avons demandé à nos répondant·e·s s'ils·elles pensaient que le chiffre avancé en 2013 de 14'700 femmes et filles excisées ou à risque de l'être vivant en Suisse (Conseil fédéral suisse, 2015) leur paraissait refléter la réalité, nos répondant·e·s ont répondu à l'unanimité par la négative. En effet, ce nombre est obtenu en extrapolant les chiffres de prévalence pour les pays d'origine aux diasporas correspondantes. Les personnes interrogées, dont les représentant·e·s, sont critiques face à cette méthode d'estimation qu'ils·elles jugent "biaisée" et "absconse". Elle ne tient en effet compte ni des naturalisations, ni des mariages mixtes, ni d'un changement d'attitudes et un arrêt de la pratique sur la deuxième génération. Une représentante souligne ainsi qu'au sein d'une même famille, l'aînée peut par exemple avoir été excisée contrairement à ses sœurs cadettes. Ce cas de figure rappelle d'ailleurs la situation de la famille somalienne poursuivie dans le procès zurichois de 2008, et est corroboré par la littérature scientifique qui montre que plus la durée d'établissement dans un pays d'accueil où l'excision n'est pas une norme sociale est longue, plus les immigré·e·s se montrent favorables à l'abandon de la pratique (Johnsdotter & Essén, 2016; Vogt, Efferson, & Fehr, 2017). Un professionnel du social déclare ainsi: "Sur les 3000 Erythréens nés en Suisse, la moitié sont des femmes et à ma connaissance, elles ne sont pas excisées." Une représentante lui donne raison. Elle affirme que les mères qui ont plus de 30 ans peuvent être excisées mais que pour les plus jeunes la probabilité diminue.

Commentaires

Nos interlocuteur·trice·s se disent surpris·es de savoir que dans la motion de 2006, le Conseil d'Etat genevois légitime sa volonté d'agir en citant, parmi d'autres raisons, le journal 20 Minutes affirmant que des excisions sont accomplies dans le canton. Outre la qualité et la fiabilité discutables de cette information, les personnes interrogées soulignent que cette affirmation va à contre-sens de leurs observations et de leurs expériences du terrain. Si les professionnel·le·s de santé, du social et de la justice semblent catégoriques sur le fait que le risque actuel de perpétuer l'excision au sein des populations immigrées est "très faible", les propos des médiatrices et des représentant·e·s font état de quelques cas avérés d'excision durant les vacances – non connus des autorités – qui ne représentent pas l'ensemble des attitudes observées parmi les populations concernées qui tendent vers un abandon de la pratique. En effet, selon nos interlocuteur·trice·s, ces cas sont isolés et ne doivent pas être interprétés comme étant la preuve d'une perpétuation généralisée au sein des communautés. De même, les quelques anecdotes de mères se renseignant au sujet de l'excision en Suisse ne remettent pas en cause les succès de la prévention menée. En effet, prévenir l'excision revient à prévenir l'acte et non la pensée. Se *renseigner* sur une pratique corporelle qui en Suisse représente une infraction ne signifie pas qu'elle sera nécessairement commise, ni que la prévention a échoué. Au contraire, dans la mesure où ces trois mères ont pu, grâce au dialogue avec un·e professionnel·le de santé ou une médiatrice, renoncer à leur projet d'excision, cela montre que le message de prévention fonctionne.

Au vu de ce qui précède, il serait nécessaire de faire de la **sensibilisation auprès des médias** qui, comme le 20 Minutes ou dans le reportage de Temps Présent de novembre 2017 appelé "Excision, une horreur sans frontières", font croire à la population suisse, par des propos alarmants et des images chocs, que l'excision se pratique en masse en Suisse. En effet, le reportage débute avec ce message: "Les experts le disent et le craignent, le risque que des fillettes vivant en Suisse soient envoyées dans leur pays pour subir cette horreur existe et pire, le risque que des excisions clandestines aient lieu sur le territoire suisse comme c'est le cas en France suscitent l'inquiétude."[7] Or, nos répondant·e·s soulignent que la situation en Suisse ne peut être comparée à celle de la France qui, en comparaison européenne, est le pays avec le plus de procès pour excision (n=29, EIGE, 2013).

De plus, à l'heure actuelle, nos répondant·e·s n'ont pas connaissance d'un autre cas d'excision pratiqué en Suisse que celui qui a été commis il y a 22 ans. Il s'agit du procès zurichois de 2008 où des parents somaliens ont fait venir en 1996 un médecin du même pays d'origine pour pratiquer une excision sur leur fille à leur domicile. La manière dont les médias informent sur l'excision, qui laisse sous-entendre la 'cruauté' des parents et ne permet pas de comprendre les motivations socioculturelles qui les amènent à prendre une telle décision, est problématique en cela qu'elle peut porter préjudice aux efforts d'une campagne de sensibilisation. Non seulement, elle peut susciter un sentiment de stigmatisation auprès des populations concernées qui, d'après nos interlocuteur·trice·s, ont majoritairement cessé la pratique, mais, en ne diffusant que des images chocs, peuvent également amener des professionnel·le·s à se désintéresser de la pratique car la violence des images est jugée "insupportable". Une professionnelle de santé interrogée raconte ainsi qu'à la vue de vidéos explicites d'excision telles que montrées dans le reportage précité de Temps Présent des étudiantes sortent de la salle. Or, s'étonne notre interlocutrice, "ce sont des professionnelles de la santé". Elle déclare alors que les quatre heures d'enseignement sur la problématique permettent à ces étudiantes "de ne pas rester choquées sur leur première impression". Toutefois, il est certain que la plupart des spectateur·trice·s de Temps Présent n'ont pu bénéficier de telles explications après avoir visionné le reportage.

Face à des méthodes de calcul de prévalences jugées biaisées et des informations diffusées au grand public par les médias considérées comme trompeuses, la plupart des professionnel·le·s de santé, du social et de la justice interrogé·e·s déplorent ainsi le manque d'informations factuelles et d'**enquêtes permettant de connaître réellement la dimension de la problématique (à Genève)** et de savoir si une poursuite des projets de prévention est nécessaire. Ils·elles reconnaissent toutefois la difficulté de la tâche puisque l'excision ne se voit pas de prime abord, au vu de son emplacement sur le corps féminin, et qu'une enquête fiable sur l'excision ne peut être menée que par voie d'un examen médical. En effet, l'excision étant parfois pratiquée durant les premières années de vie de la fillette, celle-ci une fois adulte peut n'en garder aucun souvenir et affirmer lors d'un sondage ne pas être excisée ou ne pas le savoir. Nombre de répondant·e·s soulignent d'ailleurs que le moment est particulièrement propice à un tel recensement puisque la première génération de filles nées en Suisse est celle qui aujourd'hui donne naissance à son premier enfant. Pour mener cette enquête, nos interlocuteur·trice·s proposent de demander à la fois aux sages-femmes indépendantes et au

[7] RTS1, Temps Présent, "Excision, une horreur sans frontières" du 9 novembre 2017. En ligne: https://pages.rts.ch/emissions/temps-present/suisse/8950271-excision-une-horreur-sans-frontieres.html#8950273 (Accédé 19.04.2018)

personnel de la maternité des HUG de recenser le nombre de femmes excisées qu'ils·elles ont rencontrés en une année et les impressions qu'ils ont eues quant au risque de perpétuer la pratique sur le nouveau-né. Cette enquête permettrait alors de savoir si dans les années 1980 et 1990, les premiers migrant·e·s ont continué la pratique de l'excision *après* leur arrivée en Suisse. Il va sans dire que les résultats de cette enquête ne pourraient mettre en doute les observations faites jusqu'à présent par nos répondant·e·s qu'une évolution des attitudes a eu lieu depuis toutes ces années et que les jeunes de la deuxième génération sont moins favorables à l'excision que leurs aîné·e·s. Néanmoins, cette enquête permettrait de donner des premiers chiffres concrets sur la situation rétrospective de l'excision durant les premières années d'immigration des populations concernées en Suisse, et éviterait ainsi le recours à une transposition sur la diaspora de la situation de l'excision telle qu'observée dans les pays d'origine.

5.2 Sensibilisation des professionnel·le·s

Le deuxième objectif des campagnes de prévention contre l'excision était de sensibiliser les professionnel·le·s de santé, du social, de justice et de police. Nous avons ainsi demandé à nos interlocuteur·trice·s ce qu'ils·elles pensaient de l'état de connaissances *actuel* de ces premiers et s'ils ont constaté une évolution depuis quelques années.

5.2.1 Etat des connaissances des professionnel·le·s de santé

Opinions

Si seule une professionnelle de santé affirme ne pas avoir d'avis sur l'état de connaissances de ses pairs, il en va autrement pour les autres répondant·e·s. Aucun·e n'a dressé un portrait uniformément blanc ou noir. Les avis convergent sur le fait que même s'il reste encore des efforts à faire, une réelle évolution par rapport au passé est à constater. Comme le souligne une sage-femme, dans les années 1990, il n'y avait pas d'informations disponibles pour le personnel qui découvrait, comme dans son cas, l'excision pour la première fois lors d'un accouchement. 30 ans plus tard, la situation a changé puisque, comme le souligne une représentante, "aujourd'hui [les professionnel·le·s de santé] savent que ça existe". Les répondant·e·s énumèrent plusieurs exemples: les formations dispensées aux gynécologues et pédiatres du Centre Santé Migrants des HUG, la création de la consultation MGF des HUG et les cours à option mis récemment en place pour les étudiant·e·s en médecine et aux métiers de sage-femme et infirmier·ère. D'après une représentante, les jeunes médecins sont effectivement mieux informé·e·s.

Cela dit, les propos de la plupart des personnes que nous avons rencontrées ainsi que les informations que nous avons pu lire dans la documentation analysée montrent que la sensibilisation des professionnel·le·s de santé est un objectif partiellement atteint. Si plusieurs personnes soulignent l'évolution en termes de connaissances des professionnel·le·s de santé qui travaillent dans un milieu dédié à la population migrante, tous·toutes semblent d'accord que cette évolution n'est pas constatée chez les médecins du privé (en particulier gynécologues et pédiatres). Or, c'est bien à ces derniers que s'adresse une grande partie des populations concernées par l'excision qui ne ressortent pas ou plus du domaine de l'asile. Il s'agit par exemple des Egyptiennes et des femmes originaires de pays d'Afrique de l'Ouest. Une représentante raconte ainsi que durant tout son suivi de grossesse par un gynécologue privé, elle n'a jamais reçu des informations de prévention. C'est seulement aux HUG que le personnel soignant lui a parlé d'excision alors qu'elle était sur le point d'accoucher.

Commentaires

Même si l'objectif de la sensibilisation des professionnel·le·s de santé n'est pas un objectif complètement atteint, la faute ne peut être imputée aux deux projets de prévention seuls. Comme le souligne une représentante, les actions menées durant les campagnes pour tendre vers ce but ont été nombreuses mais, dit-elle, "les informations n'arrivent pas chez tous les professionnel·le·s". Concernant le manque de connaissances des professionnel·le·s de santé exerçant dans un établissement privé, nos interlocuteur·trice·s pensent que ces derniers·ères ne s'intéressent pas à la problématique et avancent plusieurs explications. Premièrement, les femmes excisées représentent un faible pourcentage de la clientèle des médecins privés. Deuxièmement, et en conséquence, les médecins préfèrent se former aux problématiques qu'ils·elles rencontrent plus fréquemment. Comme le rappelle une professionnelle de santé interrogée: "Même si l'excision génère beaucoup de questions au bloc opératoire, les médecins ont beaucoup de formations à faire et comme l'excision n'est pas une problématique rencontrée tous les jours, ils préfèrent se former sur autre chose." Troisièmement, et comme le relève aussi le rapport de François et al. (2012) concernant la situation dans le canton de Vaud, les médecins réfèrent les rares cas qu'ils rencontrent aux spécialistes, à savoir la consultation MGF des HUG à Genève. De même, une femme excisée allophone sera redirigée vers un hôpital public. Par exemple, une gynécologue privée entendue déclare ne pas souhaiter l'intermédiaire de médiatrices dans sa consultation gynécologique pour garantir une prise en charge personnelle de la patiente. Quatrièmement, l'excision est un thème qui dérange car renvoie à une violence et peut choquer certains médecins. Enfin, un dernier argument est avancé par une professionnelle de santé qui explique qu'un médecin privé perd un après-midi de travail (où il ne sera pas payé) s'il fait une formation alors que le médecin public reçoit toujours son salaire à la fin du mois.

Face au constat que les médecins du privé renvoient les patientes aux spécialistes, une représentante souligne que si à Genève il y a la consultation MGF des HUG ce n'est pas le cas dans les autres cantons. C'est pourquoi, il est important, dit-elle, que les professionnel·le·s des autres cantons soient également informé·e·s car "les gens vivent partout en Suisse." Une professionnelle de santé est du même avis et considère que si les cas complexes peuvent être adressés à la consultation MGF ou à d'autres spécialistes, cela n'empêche pas que "tout professionnel devrait connaître et savoir dépister." Les professionnel·le·s de santé interrogé·e·s proposent alors plusieurs méthodes pour parvenir à transmettre de l'information à leurs pairs: des **brochures en ligne** facilement accessibles, des **articles dans des revues spécialisées** comme la Revue médicale suisse, des **recommandations émises par les sociétés médicales** et des **formations continues avec crédits.**

5.2.2 Etat des connaissances des professionnel·le·s du social et de la justice

Opinions

Concernant l'état des connaissances des professionnel·le·s du social et de la justice, les personnes interrogées affirment que leurs collègues sont au courant de la thématique de l'excision. Elles donnent trois exemples. Premièrement, les assistant·e·s sociaux·ales reçoivent en tant que spécialistes de la migration des cours sur l'excision durant leur formation professionnelle à la Haute école de travail social. Deuxièmement, les éducateurs-trices sexuel·le·s sont sensibilisé·e·s et informé·e·s et utilisent dans leur activité professionnelle les brochures produites par le comité de pilotage MGF. L'une de nos interlocutrices raconte une expérience pour l'illustrer: "Il y a eu un cas où une éducatrice sexuelle a vu une fille qui pleurait durant ses cours et qui, prise à part, lui a confié

avoir été excisée à l'âge de 10 ans en Ethiopie avant son immigration en Suisse. L'éducatrice l'a amenée à la consultation MGF des HUG pour une prise en charge complète". Troisièmement, les juristes de l'OCPM bénéficient d'une formation interne sur l'excision pour qu'ils·elles sachent qu'elle est non seulement pénalement répréhensible, mais pose aussi des problèmes au niveau des exécutions de renvois et peut donner lieu à des cas de rigueur. Toutefois, précise notre interlocutrice, les juristes n'ont pas de contact direct avec l'administré·e puisqu'il s'agit d'une procédure écrite. Quand le sujet de l'excision leur parvient aux oreilles, c'est uniquement parce que l'administré·e a mobilisé cet argument. A ce moment-là, l'administré·e est accompagné·e par des associations, donc ce ne sont pas les juristes qui découvrent le cas.

Cela dit, les professionnel·le·s du social et de la justice, tout comme les professionnel·le·s de santé cités plus haut, affirment que le peu de cas auxquels ils ont été confrontés, les amènent à investir leur temps de formation continue pour des problématiques plus récurrentes. Un professionnel du social précise ne pas être "fermé à aborder la thématique de l'excision mais que ce besoin n'est pas perceptible". Une professionnelle de la justice explique qu'au vu de la rareté des cas à traiter en lien avec l'excision (comme motif d'asile, par exemple), les dossiers sont immédiatement référés au/à la supérieur·e hiérarchique pour avis. C'est pourquoi, elle estime que viser la sensibilisation de *tous·toutes* les collaborateur·trice·s ne semble pas être un objectif nécessaire en soi.

Commentaires

La sensibilisation des assistant·e·s sociaux·ales et des juristes semble être liée à l'inclusion de l'excision dans leur formation initiale ou à une formation interne à leur institution. Comme l'affirme une interlocutrice: "la campagne n'a pas pénétré l'OCPM au niveau des collaborateurs. C'est resté quelque chose d'assez lointain." De même, une interlocutrice affirme qu'il n'est pas possible d'établir un lien direct entre la sensibilisation des éducateur·trice·s sexuel·le·s à cette thématique et les projets de prévention, même s'ils·elles utilisent de la documentation produite dans le cadre de ceux-ci. Cela signifie que les professionnel·le·s du social et de la justice bénéficient du matériel mis à disposition durant les campagnes, cependant ce n'est pas à travers elles qu'ils·elles acquièrent l'essentiel de leurs connaissances sur l'excision. Comme l'excision en Suisse relève principalement du médical, on ne peut exiger des professionnel·le·s du social et de la justice d'aborder des questions intimes qui touchent à la sexualité et à la santé avec leurs client·e·s. Un professionnel du social déclare ainsi: "On ne fait pas de la proactivité sur les MGF". En ce sens, il explique que les assistant·e·s sociaux·ales n'ont pas pour instruction d'"aller chercher spécifiquement la problématique de l'excision". En revanche, il précise que la porte est ouverte dans les entretiens pour ce genre de problématique et que les assistant·e·s sociaux·ales sont alertes s'il y a un changement de comportement drastique chez les enfants qui vivent dans les foyers ou lors d'un rendez-vous. Toutefois, comme il l'affirme: "Ils n'ont jamais eu ce cas-là."

En conclusion, les témoignages incitent à penser que, contrairement aux professionnel·le·s de santé, en particulier celles et ceux exerçant dans le privé, les professionnel·le·s du social et de la justice ont un état de connaissances sur l'excision jugé satisfaisant.

5.3 Pour une nouvelle campagne spécifique ou intégrée ?

Opinions

Hormis d'une part une professionnelle de santé qui estime qu'il faudrait tantôt une nouvelle campagne spécifique à l'excision tantôt l'intégrer dans une campagne plus globale et d'autre part une représentante qui est partisane d'une campagne spécifique pour garantir le travail de proximité, la plupart des personnes interrogées ainsi que les avis exprimés dans les rapports d'intervention des médiatrices plaident pour l'inclusion de l'excision dans une campagne plus globale sur la santé ou l'intégration et se montrent opposés à une campagne spécifique. Selon ces spécialistes, elle permettrait de faire passer subtilement le message de prévention et de toucher un public qui ne s'intéresserait pas à une campagne spécifique à l'excision.

Pour les personnes qui optent pour une inclusion dans une campagne sur la *santé* plutôt que sur l'intégration, les arguments sont les suivants: Premièrement, cela permettrait de sensibiliser la deuxième génération qui va devenir parents et qui n'est plus concernée ou intéressée par l'excision. Une représentante explique: "Un jeune actuellement ne va pas perdre une ou deux heures de son temps pour un sujet qu'il estime ne le regarde plus. En revanche, si l'information sur l'excision est intégrée à une information plus globalisée sur la santé, alors oui."

Deuxièmement, une campagne globale permettrait d'éviter de ne focaliser l'attention que sur les aspects négatifs (l'excision), en mettant aussi en avant les ressources de santé. Une représentante s'exclame: "On ne parle jamais des aspects positifs de la culture érythréenne, mais tout le monde a entendu parlé des femmes excisées!" Elle raconte qu'en Erythrée les femmes ne connaissent pas de dépression postpartum car, pendant les 40 jours qui suivent l'accouchement, les jeunes mères et leur bébé sont pris en charge par des membres féminins de leur entourage afin que mère et enfant puissent se reposer et récupérer leurs forces. Selon cette interlocutrice, cette approche serait tout particulièrement propice pour faire de la prévention auprès des nouveaux·elles arrivant·e·s afin de leur montrer la reconnaissance des aspects positifs sur la santé qu'apporte leur culture, tout en les dissuadant de perpétuer les mauvaises pratiques.

Troisièmement, une campagne globale permettrait d'éviter le risque de stigmatisation puisqu'elle ne s'adresserait plus uniquement aux populations immigrées concernées par l'excision. Quatrièmement, parler de santé permet de toucher les personnes à n'importe quel moment de leur parcours. Comme discuté plus haut, une personne soucieuse de son avenir en Suisse ne va pas prêter l'oreille à une campagne de prévention contre l'excision car son esprit est ailleurs, à des préoccupations plus prioritaires pour elle (ex. obtenir un permis, apprendre le français, trouver un travail). En revanche, la santé, pensée comme le bien-être global de l'individu, fait partie de ces "préoccupations prioritaires".

D'autres répondant·e·s, moins nombreux·ses, pensent qu'inclure l'excision dans une campagne globale sur *l'intégration* des étranger·ère·s peut également être une alternative à la campagne sur la santé. Une médiatrice souligne ainsi que les populations concernées se sentent exclues de la société suisse. Leur transmettre le message que l'excision est interdite en Suisse et que cesser la pratique fait partie d'une intégration réussie dans le pays d'accueil peut être persuasif. Une représentante précise que dans le cas où on estimerait que le terme 'intégration' puisse rebuter, il conviendrait de le renommer 'citoyenneté' pour souligner les droits et devoirs des migrant·e·s, faisant partie de la société suisse. Une professionnelle de santé propose d'intégrer la mention pénale de l'excision dans le kit d'intégration pour les personnes étrangères avec le reste d'informations sur la vie en Suisse.

Commentaires

Au vu des réponses de nos interlocuteur·trice·s, il semble clair qu'une suite aux deux projets de prévention contre l'excision doit avoir lieu au sein d'une campagne plus globale. Les arguments énumérés par les personnes interrogées invitent à soutenir plutôt **une campagne globale sur la santé** car ce thème est à la fois positif et professionnalisé. Comme nous l'avons montré tout au long de ce rapport, de nombreux arguments plaident en faveur de l'inclusion de l'excision dans la thématique de la santé, démarche qui n'est pas nouvelle: les médiatrices le font spontanément pour amorcer une discussion sur l'excision, mettent l'accent sur la présence d'un·e professionnel·le de santé pour encourager les femmes à participer aux groupes de paroles, ou encore le programme des groupes de paroles propose l'excision dans sa troisième séance sur la santé. Ainsi, inclure des éléments de prévention contre l'excision au sein d'une campagne plus globale sur la santé ne demande pas une restructuration complète des activités précédemment proposées.

Toutefois, les propos de nos répondant·e·s invitent également à considérer l'insertion de quelques éléments de prévention contre l'excision dans une **campagne globale sur l'intégration adressée aux hommes** qui, comme mentionné plus haut, se soucient des conséquences légales de l'excision et des répercussions qu'elles peuvent avoir sur l'avenir de la famille en Suisse. Une dernière alternative pourrait être envisagée, bien qu'elle n'ait pas été mentionnée par nos interlocuteur·trice·s: l'inclusion de l'excision dans une campagne sur les violences à l'égard des femmes. Cette alternative a toutefois un avantage et un inconvénient. L'avantage est de permettre d'aborder la place des femmes dans la société de manière générale et les violences qu'elles subissent en raison de leur sexe. Ceci évidemment sans stigmatiser une culture en particulier, mais en soulignant une condition de vulnérabilité partagée par la plupart des femmes dans le monde et qu'il convient de remédier au nom de l'égalité de genre. L'inconvénient, qui n'est pas des moindres, est celui de ne pas réussir à sensibiliser des parents qui n'associent pas l'excision à une violence, mais au contraire la perçoivent comme un moyen d'assurer un bon avenir à leur fille.

Enfin, les personnes interrogées citent également **les nouveaux·elles arrivant·e·s, en particulier, les futurs ou jeunes parents de *tous* les pays à prévalence d'excision, comme un groupe à cibler en priorité**. En effet, comme discuté précédemment, les personnes établies en Suisse de longue date et la deuxième génération sont considérées comme n'étant plus (ou moins) à risques de poursuivre l'excision.

6 Conclusion

En conclusion, les projets genevois de prévention contre l'excision (2007-2009 et 2013-2015) peuvent être considérés comme un succès. S'il n'est pas possible pour nous d'établir l'impact direct qu'ils ont eu, les propos des personnes interrogées au cours de cette étude appréciative montrent sans conteste leur contribution aux efforts de sensibilisation des différents publics cibles. Comme l'affirme une représentante, ces campagnes étaient "nécessaires". En comparaison nationale, les efforts mis en œuvre à Genève pour prévenir la perpétuation de l'excision sont à saluer. La collaboration intercantonale entre Vaud et Genève, dont le premier a mis à disposition le concept de ses brochures pour le second, est à considérer comme un modèle de pratique. Bien que le fédéralisme suisse donne la possibilité à chaque canton de mener sa propre campagne de prévention comme il l'entend, le gain en temps et en énergie est considérable dans l'échange intercantonal des savoirs et des bonnes pratiques. Une telle transmission des connaissances à l'échelle nationale pourrait par exemple être coordonnée par le réseau suisse contre l'excision.

Le présent rapport donne quelques pistes d'amélioration quant aux diverses actions menées, qu'elles soient reprises au sein d'une nouvelle campagne ou poursuivies séparément. D'un côté, les réactions de nos interlocuteur·trice·s ont mis en lumière leur souhait que le contenu des colloques organisés à l'intention des professionnel·le·s de santé ou du social, de justice et de police proposent un programme qui soit conforme aux besoins et aux préoccupations *opérationnelles* des professionnel·le·s. Les spécialistes se sont également montrés mitigé·e·s par rapport à la mallette pédagogique et la brochure "Déconstruire les arguments culturels". De l'autre côté, ils·elles se sont montré·e·s enthousiastes vis-à-vis de la brochure pour les professionnel·le·s "Osons parler d'excision", de la documentation produite à l'intention des populations concernées, de la formation des médiatrices et du travail de proximité qu'elles mènent, du concept de groupes de paroles et enfin des "soirées du 6 février".

De plus, la plupart de nos interlocuteur·trice·s plaident pour l'inclusion de l'excision dans une campagne globale sur la santé. Contrairement aux campagnes précédentes, il serait également important de se focaliser sur la sensibilisation de *groupes* cibles et non plus de *populations* cibles. En effet, la durée d'établissement en Suisse semble influencer le degré de risque de perpétuation de l'excision, les nouveaux·elles arrivant·e·s représentant un risque plus élevé que les personnes établies de longue date ou nées en Suisse. En d'autres termes, une campagne qui ne viserait son public cible qu'en fonction de la *nationalité*, sans tenir compte de la durée de séjour, risque de manquer d'efficacité et perdre en efficience.

Enfin, il semble important qu'une campagne puisse recueillir de manière plus systématique des informations quant à la fréquentation des activités proposées et la diffusion de la documentation produite. Comme nous le soulignons plus haut, il ne s'agit pas de demander aux personnes de s'inscrire ou aux divers intermédiaires de chiffrer le nombre de personnes à qui ils·elles ont distribué des brochures mais de veiller à estimer, dans la mesure du possible, la fréquentation et l'écho de ses actions (monitoring minimal, satisfaction des participant·e·s). Ces informations seront alors précieuses pour permettre une approche constructive des mesures de prévention à mener dans le futur.

Récapitulatif des principales propositions formulées dans le rapport concernant les différentes activités et produits :

Encadrement des médiatrices

- Proposer un accompagnement individuel et un soutien psychologique aux femmes qui viennent de terminer leur formation de médiatrices afin de les encourager à se lancer sur le terrain
- Ne garder que l'appellation de "médiatrices" et renoncer à celle de "animatrices"
- Réfléchir à une stratégie de communication vis-à-vis des médiatrices de toute nationalité afin de leur permettre de s'identifier avec l'AMIC
- Encourager la tenue plus régulière de réunions chez les particuliers afin de permettre aux participant·e·s de se sentir plus à l'aise au fil des discussions

Groupes de paroles

- Réduire le nombre de participant·e·s des groupes de paroles à 6-8 personnes et agencer les chaises en cercle pour encourager une discussion interactive
- Englober le sujet de l'excision dans une thématique plus large sur la santé
- Réduire le programme à deux séances au maximum

Soirées du 6 février

- Faire circuler l'information de cette soirée plus largement et en particulier aux associations de pays touchés par l'excision, mais qui ne font ni partie des populations ciblées par les projets de prévention ni des réseaux de contacts déjà établis par le comité de pilotage MGF

Colloques pour les professionnel·le·s de santé, du social et de la justice

- Axer les formations sur des besoins pratiques des différent·e·s professionnel·le·s et la mise à disposition d'outils plus concrets pour traiter la thématique
- Obtenir des crédits pour la formation continue pour stimuler la participation des médecins aux formations sur l'excision
- Fournir (dans la mesure du possible) des informations factuelles et actualisées sur l'excision à Genève

Dépliant "Osons parler d'excision"

- Diffuser les informations contenues dans ce dépliant via les réseaux sociaux afin d'atteindre les plus jeunes générations

Brochure "Osons Parler d'excision"

- Enlever le nom de la personne de contact pour chaque institution afin d'éviter une mise à jour du document pour chaque changement de personnel
- Garder la terminologie "MGF" au lieu du terme de "MSF" moins connu du grand public

Brochure "Déconstruire les arguments culturels"

- Veiller à maintenir un même niveau de développement argumentatif entre l'argument et le contre-argument

Général

- Sensibiliser davantage les membres masculins des populations ciblées
- Combiner l'argument légal aux arguments de santé lors de la prévention contre l'excision
- Mentionner dans les brochures les divers procès suisses pour excision afin de montrer l'application de la loi sans indiquer la nationalité des prévenu·e·s afin d'éviter la stigmatisation de toute une communauté
- Sensibiliser les médias pour éviter le sensationnalisme et la transmission d'informations trompeuses auprès du grand public
- Encourager la mise en place d'enquêtes permettant de réellement connaître la dimension de la problématique de l'excision à Genève
- Inclure l'excision dans une campagne globale sur la santé ou éventuellement sur l'intégration
- Viser en priorité à sensibiliser les nouveaux·elles arrivant·e·s, en particulier les futurs ou jeunes parents, de tous les pays à prévalence d'excision

7 Références bibliographiques

Ahmadu, F. (2007). Ain't I a Woman Too? Challenging Myths of Sexual Dysfunction in Circumcised Women. In B. Shell-Duncan & Y. Hernlund (Eds.), *Transcultural bodies: Female genital cutting in global context* (pp. 278–310). London: Rutgers University Press.

Catania, L., Abdulcadir, O., Puppo, V., Baldaro Verde, J., Abdulcadir, J., & Abdulcadir, D. (2007). Pleasure and orgasm in women with female genital mutilation/cutting (FGM/C) *The Journal of Sexual Medicine, 4*(6), 1666-1678.

Conseil fédéral suisse. (2015). *Mutilations sexuelles féminines. Mesures de sensibilisation et de prévention. Rapport du Conseil fédéral en réponse à la motion Bernasconi (05.3235)*. Berne: Office fédéral de la santé publique.

Dopico, M. (2007). Infibulation and the orgasm puzzle. Sexual experiences of infibulated Eritrean women in rural Eritrea and Melbourne, Australia. In Y. K. Hernlund & B. Shell-Duncan (Eds.), *Transcultural bodies: Female genital cutting in global context*: Rutgers University Press.

EIGE. (2013). *Female genital mutilation in the European Union and Croatia – Report*. Vilnius: European Institute for Gender Equality.

Gruenbaum, E. (2001). *The female circumcision controversy: an anthropological perspective*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Johnsdotter, S., & Essén, B. (2016). Cultural change after migration: Circumcision of girls in Western migrant communities. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 32*(Supplement C), 15–25. doi:10.1016/j.bpobgyn.2015.10.012

Lightfoot-Klein, H. (1989). *Prisoners of ritual: An odyssey into female genital circumcision in Africa*: Haworth Press, Inc.

Public Policy Advisory Network on Female Genital Surgeries in Africa. (2012). Seven things to know about female genital surgeries in Africa. *Hastings Center Report, 42*(6), 19–27.

UNICEF. (2005). *Les mutilations génitales féminines en Suisse: enquête auprès des sages-femmes, gynécologues, pédiatres et services sociaux suisses*. Zurich: Comité suisse pour l'UNICEF.

Vogt, S., Efferson, C., & Fehr, E. (2017). The risk of female genital cutting in Europe: Comparing immigrant attitudes toward uncut girls with attitudes in a practicing country. *SSM-Population Health, 3*, 283–293.

8 Annexes

Descriptif de l'étude envoyé aux personnes contactées

Avril 2018

Evaluation[8] des projets cantonaux genevois de prévention contre les mutilations génitales féminines (2007-2009 et 2013-2015)

De quoi s'agit-il ?	Le Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population (SFM) de l'Université de Neuchâtel conduit actuellement une évaluation des projets cantonaux genevois de prévention contre les mutilations génitales féminines (2007-2009 et 2013-2015). Ce mandat lui a été confié par le Bureau de la promotion de l'égalité entre femmes et hommes et de prévention des violences domestiques (BPEV) en partenariat avec Camarada et le Bureau de l'intégration des étrangers (BIE).
Objectifs de l'évaluation	L'objectif de cette évaluation est double. • D'une part, elle vise à estimer les effets des activités réalisées au cours des projets de prévention sur le degré de sensibilisation des communautés concernées par les MGF ; • D'autre part, elle cherche à apprécier si, malgré ces activités de prévention, les MGF sont pratiquées par les populations résidantes à Genève.
But général	Répertorier les forces et les faiblesses des projets de prévention permettra d'adapter les prochaines mesures de prévention aux réalités du terrain.
Comment s'articule l'évaluation	Cette évaluation combine une analyse des documents internes (rapports) et produits dans le cadre des activités de prévention (brochures, flyer, etc.) avec l'organisation de discussions de groupe avec des acteurs clés (dits *focus groups*).
Discussions de groupe	Les quatre discussions de groupe organisés sont: 1) professionnels du domaine médical ; 2) professionnels du domaine social et légal ; 3) représentants communautaires ; 4) médiatrices et animatrices interculturelles spécialisées MGF
Le SFM	Le *Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population (SFM)* est un institut de recherche et d'enseignement de l'Université de Neuchâtel. Depuis sa création en 1995, il contribue au débat sur les migrations et plus de 300 projets de recherche ont été réalisés, financés par le Fonds national de la recherche scientifique ou mandatés par des organismes divers. Fort de nombreux partenariats à l'étranger, le SFM collabore aussi à différents programmes de recherche internationaux et dispose d'un centre de documentation ouvert au public, qui constitue un lieu de référence en Suisse.

[8] Pour des raisons d'usage langagier nous utilisons le terme "évaluation", mais il s'agira en réalité plutôt d'une étude "appréciative" étant donné le temps écoulé entre le début du projet (2007) et la présente année.

Personnes interrogées

Tableau 1 : Médiatrices

Nationalité	Genre	Moyen de communication	Nombre
Erythrée	F	Discussion de groupe	2*
Ethiopie	F	Discussion de groupe	2
Somalie	F	Discussion de groupe	1
Guinée	F	Discussion de groupe	1
Nigéria	F	Conversation téléphonique	1
		TOTAL des médiatrices interrogées	**7**

** Du fait de ses compétences linguistiques en arabe, une médiatrice érythréenne faisait également de la prévention auprès de la communauté soudanaise. Ces propos ont ainsi également été considérés comme permettant de connaître l'appréciation de la communauté soudanaise à l'égard de la campagne.*

Tableau 2 : Représentant·e·s

Nationalité	Genre	Moyen de communication	Nombre
Erythrée	F	Discussion de groupe	5
Erythrée	F	Questionnaire	1
Somalie	F	Discussion de groupe	1
Burkina Faso	F	Discussion de groupe	1
Guinée	H	Questionnaire	1
		TOTAL des représentant·e·s interrogé·e·s	**9**

Tableau 3 : Professionnel·le·s de santé

Institution	Profession	Moyen de communication	Nombre
Consultation MGF des HUG	Gynécologue	Discussion de groupe	1
Arcade des sages-femmes	Sage-femme	Discussion de groupe	1
Haute école de santé – HES-SO	Sage-femme	Discussion de groupe	1
Service d'oncologie des HUG	Infirmière*	Discussion de groupe	1
UIMPV, Département de médecine communautaire des HUG	Psychiatre	Questionnaire	1
UIMPV, Département de médecine communautaire des HUG	Psychologue	Questionnaire	1
Service de pédiatrie des HUG	Pédiatre	Questionnaire	1
Cabinet privé	Gynécologue	Conversation téléphonique	1
TOTAL des professionnel·le·s de santé interrogé·e·s			**8**

** Du fait de ses origines soudanaises, les propos de cette personne ont également été considérés comme ceux d'une représentante de la communauté soudanaise.*

Tableau 4 : Professionnel·le·s du social et de la justice

Institution	Profession	Moyen de communication	Nombre
Hospice Général – Secteur asile	Chef de service	Discussion de groupe	1
Service de santé de l'enfance et de la jeunesse	Educatrice sexuelle	Discussion de groupe	1
Office cantonal de la population et des migrations – Service juridique et de formation	Juriste	Discussion de groupe	1
Caritas Genève	Assistante sociale	Conversation électronique	1
Centre LAVI	Psychologue	Conversation électronique	1
Fondation Au Cœur des Grottes	Responsable des relations publiques	Conversation électronique	1
Pluriels	Psychologue	*Désistement*	0
Fondation suisse du service social international	Juriste	*Désistement*	0
TOTAL des professionnel·le·s du social et de la justice interrogé·e·s			**6**

Thématiques abordées dans les discussions de groupe

Chaque guide d'entretien (et questionnaire s'y référant) a été adapté à chaque groupe et au profil des individus rencontrés. Le contenu précis des différents guides peut être demandé auprès de l'équipe de recherche.

A titre indicatif, voici les diverses thématiques abordées lors des discussions de groupe et questionnaires :

Médiatrices

- Formation de médiatrice-animatrice
- Expériences sur le terrain en tant que médiatrice-animatrice
- Avis sur le déroulement des groupes de paroles et des réunions chez les particuliers
- Avis sur et utilisation du matériel mis à disposition (brochures, mallette pédagogique, etc.)
- Qualité des relations avec les institutions membres du comité de pilotage MGF
- Avis général sur les campagnes de prévention menées à Genève
- Avis sur la nécessité ou non de poursuivre les campagnes de prévention et impressions sur la situation passée et présente de l'excision à Genève

Professionnel·le·s de santé, du social et de la justice

- Avis sur les colloques et état des connaissances passé et présent des pairs
- Avis sur et utilisation du matériel mis à disposition (brochures, mallette pédagogique, etc.)
- Avis sur la pertinence des nationalités ciblées parmi les communautés immigrées
- Avis sur les groupes de paroles, les brochures et dépliants à l'intention des communautés ciblées
- Collaborations et avis sur le rôle et travail des médiatrices-animatrices
- Avis général sur les campagnes de prévention menées à Genève
- Effets de la loi suisse contre l'excision et des procès auprès des communautés concernées
- Avis sur la nécessité ou non de poursuivre les campagnes de prévention et impressions sur la situation passée et présente de l'excision à Genève

Représentant·e·s

- Avis sur l'état de connaissances passé et présent des professionnel·le·s de santé, du social et de la justice
- Avis sur la pertinence des nationalités ciblées parmi les communautés immigrées
- Avis sur les brochures et dépliants à l'intention des communautés ciblées
- Avis sur le rôle et travail des médiatrices-animatrices
- Avis sur le concept des groupes de paroles
- Avis sur les soirées du 6 février
- Avis général sur les campagnes de prévention menées à Genève
- Effets de la loi suisse contre l'excision et des procès auprès des communautés concernées
- Avis sur la nécessité ou non de poursuivre les campagnes de prévention et impressions sur la situation passée et présente de l'excision à Genève

Dernières études du SFM

68 : Josef Martin Niederberger (2018). Gemeinschaft oder Gesellschaft: Grundoptionen der Einbürgerungspolitik. Eine explorative Studie in der Gemeinde Emmen.

67f : Denise Efionayi-Mäder, Didier Ruedin, avec la collaboration de Mélanie-Evely Pétrémont, Noémi Michel et Rohit Jain (2017). Etat des lieux du racisme anti-Noir·e en Suisse : étude exploratoire à l'attention du Service de lutte contre le racisme (SLR).

67d : Denise Efionayi-Mäder, Didier Ruedin, unter Mitarbeit von Mélanie-Evely Pétrémont, Noémi Michel und Rohit Jain (2017). Anti-Schwarzen-Rassismus in der Schweiz: eine Bestandsaufnahme Explorative Studie zuhanden der Fachstelle für Rassismusbekämpfung (FRB).

67i : Denise Efionayi-Mäder, Didier Ruedin, con la collaborazione di Mélanie-Evely Pétrémont, Noémi Michel e Rohit Jain (2017). Il razzismo anti-Nero in Svizzera: il punto della situazione : Studio esplorativo commissionato dal Servizio per la lotta al razzismo (SLR).

66 : Martina Ambruso, Denise Efionayi-Mäder, Didier Ruedin (2017). Accès aux prestations municipales de proximité : collectivités migrantes dans les quartiers de la Ville de Genève.

65f : Johanna Probst, Denise Efionayi-Mäder, avec la collaboration de Dina Bader (2016). Exploitation du travail dans le contexte de la traite des êtres humains : état des lieux en Suisse.

65d : Johanna Probst, Denise Efionayi-Mäder, unter Mitarbeit von Dina Bader (2016). Arbeitsausbeutung im Kontext von Menschenhandel: eine Standortbestimmung für die Schweiz.

65i : Johanna Probst, Denise Efionayi-Mäder, con la collaborazione di Dina Bader (2016). Sfruttamento lavorativo collegato alla tratta di esseri umani: punto della situazione in Svizzera.

64 : Denise Efionayi-Mäder, Jasmine Truong, Gianni D'Amato (2015). «Wir können uns ein Abseitsstehen der Zivilgesellschaft nicht leisten.» Zivilgesellschaftliches Engagement im Flüchtlingswesen - Standortbestimmung und Handlungsbedarf.

63f : Ruth Calderón, Rosita Fibbi, Jasmine Truong (2013). Situation professionnelle et besoins en matière de formation continue des enseignant-e-s des cours de langue et culture d'origine (LCO) : une enquête dans six cantons: BE, GE, JU, LU, SO, VD.

63d : Ruth Calderón, Rosita Fibbi, Jasmine Truong (2013). Arbeitssituation und Weiterbildungsbedürfnisse von Lehrpersonen für den Unterricht in heimatlicher Sprache und Kultur (HSK): eine Erhebung in sechs Kantonen (BE, GE, JU, LU, SO, VD).

62 : Marion Fresia, David Bozzini, Alice Sala (2013). Les rouages de l'asile en Suisse: regards ethnographiques sur une procédure administrative.

Pour plus d'informations sur les publications du SFM, vous pouvez consulter le site Web http://www.unine.ch/sfm/fr/home.html

Les études peuvent être téléchargées gratuitement ou commandées au SFM

SFM

Swiss Forum for Migration
and Population Studies

L'excision, appelée aussi « mutilation génitale féminine », est une pratique de modification génitale effectuée pour des raisons non-médicales qui peut avoir des répercussions néfastes sur la santé sexuelle et reproductive des femmes et des filles concernées. En Suisse, les personnes excisées ou à risque d'excision sont majoritairement issues de la migration et le plus souvent originaires des pays de la Corne de l'Afrique.

Afin d'empêcher que l'excision ne se perpétue sur de nouvelles générations, deux projets cantonaux de prévention ont été mis en place à Genève, en 2007-2009 et 2013-2015. Le Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population (SFM) de l'Université de Neuchâtel a été mandaté pour mener une étude appréciative des activités menées au cours de ces deux projets et de la réception du message de prévention.

A travers une analyse documentaire, des entretiens avec des membres du comité de pilotage et des discussions de groupe (focus groups) avec des acteurs clés, l'étude appréciative examine la pertinence des activités menées en matière de sensibilisation des populations concernées par l'excision d'une part et des professionnels exerçant dans le canton d'autre part. Elle répertorie les forces et faiblesses de ces projets et élabore des recommandations. L'étude explore également la situation de l'excision à Genève et intègre des pistes de recherche pour connaître son ampleur.

Auteures
Dina Bader, sociologue et collaboratrice scientifique au SFM
Denise Efionayi-Mäder, sociologue et directrice adjointe du SFM

ISBN 10: 2-940379-66-1
ISBN-13: 978-2-940379-66-8

Université de Neuchâtel, Institut SFM, Rue Abram-Louis-Breguet 2, 2000 Neuchâtel
T +41 32 718 39 20, secretariat.sfm@unine.ch, migration-population.ch