
Les sages-femmes au cœur d'une clinique interculturelle : représentations sociales et professionnelles face aux mutilations sexuelles féminines

Hala El Ahmadi et Stéphanie Ginguené

🔗 <https://publications-prairial.fr/canalpsy/index.php?id=3693>

DOI : 10.35562/canalpsy.3693

Référence électronique

Hala El Ahmadi et Stéphanie Ginguené, « Les sages-femmes au cœur d'une clinique interculturelle : représentations sociales et professionnelles face aux mutilations sexuelles féminines », *Canal Psy* [En ligne], 136 | 2026, mis en ligne le 09 juillet 2026, consulté le 03 septembre 2026. URL : <https://publications-prairial.fr/canalpsy/index.php?id=3693>

Droits d'auteur

CC BY 4.0

Les sages-femmes au cœur d'une clinique interculturelle : représentations sociales et professionnelles face aux mutilations sexuelles féminines

Hala El Ahmadi et Stéphanie Ginguéné

PLAN

Introduction

- Culture, normes et rôle social des mutilations sexuelles féminines
- Les représentations sociales et professionnelles : comprendre l'impact sur les pratiques de soin
- Dynamiques interculturelles et soutien social : l'importance du soutien social face à l'isolement

Objectifs

Méthodologie et population

RÉSULTATS

- Les MSF à travers le regard des sages-femmes : entre représentations, significations et enjeux sociomédicaux
 - La prise en charge des femmes excisées : les sages-femmes entre rôles pluriels
 - Un protocole pluridisciplinaire adapté au corps, à la sexualité et aux conséquences des MSF
 - Un parcours de soin interculturel : spécificités cliniques et difficultés perçues
 - Le soutien social entre reconnaissance d'un besoin et limites perçues

Discussion

Recommandations et perspectives

Conclusion

TEXTE

Introduction

- 1 Les vagues de migrations venues principalement de pays d'Afrique, initiées dans les années 1960, voient apparaître en France les premiers actes clandestins de mutilations sur son territoire. Les mutilations sexuelles féminines (MSF), définies par l'OMS comme

« toute intervention consistant à enlever tout ou une partie des organes génitaux externes féminins pour des motifs culturels ou tout autre motif non thérapeutique », détiennent une origine historique ancienne. Elles sont, de nos jours, toujours des agissements inscrits culturellement par certaines ethnies, principalement issues de différents pays d'Afrique et du Moyen-Orient tels que le Mali, le Soudan, le Yémen ou encore en l'Égypte (Creel et al., 2002). Dans le monde en 2023, au moins 200 millions de femmes sont répertoriées comme victimes de mutilation (Bouverat, 2023). En 2010, le nombre de femmes excisées sur le territoire français était estimé à près de 125 000 femmes (Lesclingand et al., 2019) pour 139 000 en 2024 (ministère chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes et de la Lutte contre les discriminations, 2024).

Les types de mutilation

Les mutilations sexuelles féminines peuvent être classifiées en quatre types principaux.

Les mutilations de type I, ou clitoridectomie, correspondant à « une ablation du prépuce avec ou sans excision de la totalité ou d'une partie du clitoris ».

Le type II, ou excision, soit une excision « du clitoris avec ablation partielle ou totale des petites lèvres » (80 % des cas de mutilation)

Le type III aussi appelée « infibulation », désignant « une excision de la totalité ou d'une partie de l'appareil génital externe » et de la suture des deux lèvres de la vulve

Le type IV ou « introcision » ou « épisiotomie coutumière », regroupe toutes les autres opérations pouvant être faites

sur les organes génitaux féminins : le percement, l'incision, l'étirement, ou la cautérisation du clitoris et/ou des tissus environnants dont les lèvres, ainsi que l'incision du vagin et l'introduction de substances corrosives, ou de plantes, dans l'objectif de resserrer le vagin

Le terme « excision » est parfois utilisé pour désigner l'ensemble des mutilations sexuelles féminines. Pourtant, afin de ne pas limiter le phénomène à un seul type de mutilation et de rendre compte des répercussions sur de multiples dimensions, il a été considéré essentiel de veiller à respecter l'utilisation du terme « mutilation sexuelle féminine ».

(Organisation mondiale de la Santé, 2018, 2025 ; Patterson, 1987 ; Sierra-Scroccaro, 2023)

- 2 Les mutilations sexuelles féminines apportent des complications non négligeables, à la fois physiques, psychologiques et sociales. Effectivement, la santé gynécologique et obstétricale est principalement altérée au travers d'infections, de douleurs graves notamment pelviennes et des dyspareunies (Rey et al., 2005), d'hémorragies, de stérilité et/ou de complications lors de l'accouchement et du post-partum telles que des conséquences mortelles pour la mère et l'enfant (Creel et al., 2002 ; Journault, 2022 ; Patterson, 1987). Cette liste non exhaustive ne représente qu'une infime partie des graves répercussions que représentent les mutilations sexuelles féminines. En effet, la vie psychologique et sexuelle n'est pas épargnée : les victimes d'excision développent sur le long terme des symptômes d'anxiété, de dépression (Ahmed et al., 2017), de honte, de culpabilité, de manque d'estime de soi (Balde, 2020 ; Mulongo et al., 2014) et une diminution de la libido (Rey et al., 2005). L'apparition de symptômes imputables à un psychotraumatisme spécifique se retrouve au premier plan de la clinique des femmes mutilées : émergence de reviviscences, de troubles du comportement, de réactions émotionnelles anxieuses et phobiques notamment lors de consultations gynécologiques et

d'expériences sexuelles, de dépressions voire de conduites suicidaires (Behrendt & Moritz, 2005 ; Beltran et al., 2015).

- 3 Ces conséquences qui concernent plusieurs millions de femmes dans le monde en font donc un enjeu de santé publique majeur. Les mutilations sexuelles féminines constituent une atteinte grave et inadmissible à l'intégrité physique et aux droits fondamentaux des femmes et des filles, universellement reconnues comme telles au niveau international. Diverses organisations et textes juridiques, dont l'ONU et la Convention d'Istanbul, soulignent que ces pratiques relèvent de violations majeures des droits humains. Ces instances imposent aux États des obligations précises pour leur éradication et appellent à la mise en place de stratégies pluridisciplinaires et intégrées, assorties d'objectifs, d'indicateurs et de planifications concrètes, pour prévenir et lutter contre les MSF. Dans ce contexte, la lutte contre les MSF fait donc aujourd'hui partie intégrante des politiques publiques, telles que celles menées par la France. L'État français intègre dans ses politiques publiques des programmes financiers, juridiques, de prévention, d'éducation et de santé (subventions accordées aux associations, sanctions pénales alourdies et actions de sensibilisation). Ces engagements incluent des mesures de soutien au cœur des programmes : la formation des acteurs de terrain auprès des victimes permet de garantir le repérage, l'accompagnement psychologique et médical, et l'orientation des victimes, tout en consolidant la protection et l'autonomisation des femmes et des filles concernées (ministère chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes et de la Lutte contre les discriminations, 2019). De fait, en raison des répercussions de ces violences dans le domaine périnatal, les sages-femmes, déjà impliquées involontairement par le simple biais de leur profession, doivent se saisir et se prémunir de compétences médicales, par leur rôle de proximité durant la grossesse et l'accouchement. Les sages-femmes occupent une place centrale dans la lutte contre les violences faites aux femmes, dont les mutilations sexuelles féminines (MSF) (Ronai & Delespine, 2020). Leur rôle se situe à l'interface du repérage, de la prévention et de l'accompagnement, en tenant compte des dimensions psychotraumatiques et psychosociales (Derrendinger, 2021). Les MSF constituent un enjeu majeur de santé périnatale, car

elles entraînent des complications spécifiques pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum.

Culture, normes et rôle social des mutilations sexuelles féminines

- 4 Les mutilations sexuelles féminines s'inscrivent dans un système culturel et social global qui dépasse le simple geste chirurgical. La culture, en tant qu'ensemble de significations partagées qui orientent les comportements au sein d'un groupe (Camilleri, 1988), constitue le cadre dans lequel ces pratiques trouvent leur légitimité. Les MSF constituent un rite de passage symbolique, souvent ritualisé par des cérémonies valorisantes, conférant aux jeunes filles reconnaissance identitaire, statut social et avantages matériels (Adima, 2020 ; Creel et al., 2002). Ces pratiques sont également un vecteur de socialisation transmettant des normes éducatives, corporelles et morales (rôle de femme/épouse/mère, conformité sexuelle, courage, pureté, loyauté familiale), des significations renforcées par la pression du groupe (pureté, respectabilité, honneur, conformité religieuse) et parfois légitimées par des amalgames avec des prescriptions spirituelles (Chatot, 2020 ; Younas & Gutman, 2024).
- 5 Par ailleurs, les MSF renvoient à des enjeux de pouvoir et de genre par le biais d'un contrôle du corps féminin assurant la domination masculine. Elles s'inscrivent donc dans un système de normes sociales collectives où la conformité et l'adhésion garantissent appartenance et reconnaissance au sein du groupe, tandis que la transgression expose au rejet et à la stigmatisation des femmes et de leur famille (Andro & Lesclingand, 2016 ; Nugier et al., 2009). Par conséquent, dans cette dynamique multifactorielle du maintien de la pratique mutilatoire, les femmes non excisées sont soumises à une pression venant du groupe d'appartenance rendant complexe toute opposition sous peine d'exclusion du groupe ethnique (Berg & Denison, 2013 ; Younas & Gutman, 2024). Ainsi, les femmes elles-mêmes, tout en étant victimes, en sont souvent actrices et garantes, dans une logique d'adhésion aux repères collectifs, incitant à leur reproduction (Berg & Denison, 2013 ; Doucet et al., 2022). Les significations données aux mutilations sexuelles féminines

consolident un système d'autorité masculine dans lequel les femmes elles-mêmes jouent un rôle de relais (Gosselin, 2000).

- 6 Cette situation crée des complications certaines en contexte migratoire : les MSF se heurtent aux normes et cadres occidentaux, nourrissant tensions identitaires, culpabilité et méfiance envers les institutions (Fassin, 2005 ; Johnsdotter, 2019). Le recours au soin peut alors être vécu comme une rupture culturelle ou une remise en question des normes collectives, en ouvrant des possibilités de réappropriation corporelle et identitaire, exposant à un risque de rejet intracommunautaire (Demandolx, 2018 ; Ouoba et al., 2023). Plus largement, des travaux sur les dynamiques de valeurs suggèrent que l'adoption, même partielle, des valeurs du pays d'accueil peut creuser un décalage avec le groupe d'origine et fragiliser les appartenances (Badea, 2012 ; Ouoba et al., 2023). La chirurgie réparatrice illustre concrètement cette tension : si la reconstruction clitoridienne peut dissoudre certaines douleurs, favoriser la réappropriation corporelle et améliorer la qualité de vie, elle peut aussi être interprétée comme une prise de distance, voire une trahison, exposant à la désapprobation ou au rejet au sein du groupe d'origine (Antonetti Ndiaye et al., 2015 ; Beltran et al., 2015 ; Foldès et al., 2012).

Les représentations sociales et professionnelles : comprendre l'impact sur les pratiques de soin

- 7 Les représentations sociales permettent de comprendre comment les groupes et les individus donnent sens à leur environnement en construisant collectivement des savoirs. Elles correspondent alors à un ensemble de connaissances, d'opinions, d'attitudes et de croyances construites et partagées par des individus, à propos d'un sujet donné (Jodelet, 1989, 2015 ; Moscovici, 1988). Ceci vise à les rendre compréhensibles, partageables et intégrables dans leur système de pensée existant. Ainsi, au travers de la formation des représentations sociales, il n'est pas question d'offrir une représentation fidèle et objective de l'environnement, mais de faciliter la compréhension et la communication au sein d'un groupe ou d'une catégorie sociale (Boulanger et al., 2011 ; Bouriche, 2014 ; Huteau, 2022). Ces représentations ne se limitent pas aux individus :

elles s'inscrivent également dans les cadres institutionnels et professionnels, où elles influencent profondément les pratiques et les décisions des acteurs (Jodelet, 2002).

- 8 Ainsi, dans le champ des pratiques professionnelles, les savoirs académiques ne sont pas les seuls à guider l'action. Les représentations professionnelles — une déclinaison spécifique des représentations sociales — jouent un rôle fondamental dans la structuration des perceptions et des interventions (Bonnefoy, 2016 ; Jeoffrion, 2009). Elles se diffusent par la communication et jouent un rôle structurant en devenant des repères collectifs. Elles permettent aux soignants de stabiliser leurs décisions en s'appuyant sur des schèmes de pensée partagés, et d'agir malgré l'ambiguïté des situations cliniques et un accès partiel à l'information (Morant, 2006 ; Wagner et al., 1999). Ceci s'explique par les trois dimensions autour desquelles elles sont articulées : la dimension fonctionnelle (les pratiques), la dimension identitaire (l'identité professionnelle) et la dimension contextuelle (cadre d'exercice et contraintes institutionnelles) (Blin, 1997 ; Lafrance, 2022). Chacune de ces dimensions remplit quatre fonctions (i.e., cognitive, identitaire, d'orientation et d'évaluation) qui répondent à un objectif d'harmonisation du milieu professionnel (Bataille, 2000 ; Favreau, 2020). Les représentations professionnelles constituent alors un cadre de référence collectif, guidant les attitudes et l'action, légitimant les prises de décision, les interactions sociales et les comportements professionnels (Jeoffrion, 2009 ; Piaser, 2013 ; Wagner et al., 1999).
- 9 Même si les contextes d'exercice varient, les professionnels sont tenus de maintenir une ligne d'action conforme aux attendus du métier. Leurs pratiques se construisent alors au croisement des cadres de référence professionnels, des normes de leurs groupes d'appartenance et des valeurs véhiculées au sein de la société. Les représentations professionnelles, en filtrant et sélectionnant l'information, influencent alors de manière décisive la qualité des interventions. Elles ne portent pas seulement sur les objets rencontrés (patients, pathologies, techniques), mais également sur la profession elle-même. Elles soutiennent la communication et la décision en permettant aux individus d'agir malgré l'incertitude, et d'assurer une cohérence, particulièrement utile en situation

complexe. Toutefois, elles sont porteuses de biais, pouvant conduire à des interprétations erronées ou stéréotypées, renforcées par les normes et attentes implicites de l'endogroupe professionnel (Bauer & Gaskell, 1999 ; Flament & Rouquette, 2003 ; Piasser, 2013).

- 10 Ces dynamiques éclairent les enjeux liés à la prise en charge en contexte interculturel. Les professionnels de santé accompagnent des patientes dont les repères culturels diffèrent de ceux du pays d'accueil, ce qui peut générer des dissonances de perceptions et d'attentes entre soignants et patientes (Johnsdotter & Essén, 2016). Dans le contexte des MSF, les représentations des soignants, médecins, gynécologues, psychologues ou sages-femmes, façonnent profondément les discours, les attitudes et les pratiques envers les patientes excisées (Leonard, 2000). Ces dernières rapportent fréquemment des difficultés de communication, marquées par des silences, des malaises ou une posture culpabilisante des soignants (Andro et al., 2010). Ces attitudes reflètent l'absence de formation spécifique, une distance culturelle perçue, mais également la persistance de représentations « ethnicisantes », qui tendent à homogénéiser les patientes en réduisant ces femmes à leur appartenance culturelle, supposée incompatible avec les normes occidentales (Chatzimpyros et al., 2021). Ces biais favorisent les malentendus, les ruptures relationnelles et renforcent les inégalités de soins (Huguet & Jouishomme, 2017). Ainsi, loin d'être de simples opinions, les représentations sociales et professionnelles structurent en profondeur les pratiques de soin : elles offrent certes des repères aux soignants, face à l'incertitude, mais entretiennent aussi des dynamiques discriminatoires en véhiculant des stéréotypes implicites (Bauer & Gaskell, 1999 ; Jodelet, 2002).

Dynamiques interculturelles et soutien social : l'importance du soutien social face à l'isolement

- 11 Les femmes excisées se trouvent donc au croisement de tensions identitaires et culturelles, pouvant entraîner un double risque d'exclusion : à la fois du groupe culturel d'appartenance et du pays d'accueil. Cette situation peut affaiblir le sentiment d'être soutenu par l'entourage, alors même que les bénéfices du soutien social sur la

santé psychique et somatique sont largement établis. Son absence a des conséquences cliniques notables chez les personnes souffrant d'affections psychologiques ou somatiques, ou confrontées à des événements traumatiques : elle accroît la vulnérabilité aux maladies physiques et aux événements stressants, et favorise l'émergence de troubles psychiques liés à l'isolement (Cassel, 1976 ; Fischer et al., 2020 ; Zhang & Dong, 2022).

- 12 Le soutien social agit ainsi comme un facteur protecteur majeur. Il ne se limite pas à la simple présence de liens sociaux, mais renvoie à l'ensemble des ressources mobilisables en cas de besoin (Barrera, 1986 ; Chouinard, 2012). On distingue classiquement le soutien reçu, correspondant aux aides concrètes (écoute, conseils, assistance matérielle ou financière, affection), et le soutien perçu, qui renvoie à la perception subjective de leur disponibilité et de leur pertinence. Ces formes se déclinent en plusieurs modalités : émotionnelle, d'estime, informative et matérielle (Bruchon-Schweitzer, 2001, 2005 ; Fischer et al., 2020). L'efficacité du soutien dépend également de la cohérence entre le type d'aide et la source : par exemple, un soutien informatif sera mieux perçu s'il émane d'un professionnel de santé (Bruchon-Schweitzer, 2005). Néanmoins, lorsque le réseau personnel d'une patiente s'avère insuffisant, comme il peut arriver dans le cas des femmes concernées par les MSF., il n'est pas impossible de voir s'entremêler écoute bienveillante, ressources informationnelles et aide concrète, dans les champs d'interventions médicaux. Ceci vient alors compléter, voire compenser, les manquements du réseau personnel (Caron & Guay, 2006 ; Veiel & Baumann, 1992). Par ailleurs, dans les situations de conflit identitaire, le soutien émotionnel apparaît particulièrement déterminant, car il procure sécurité, sentiment d'appartenance et renforce l'efficacité des stratégies d'adaptation (Furukawa et al., 1998 ; Thoits, 1995 ; Winnubst et al., 1988).

Objectifs

- 13 La tension entre les politiques médicales et juridiques des pays d'accueil et les réalités culturelles des pays d'origine crée un contexte complexe. Cette situation soulève la nécessité de questionner les formations, les modalités de prise en charge et les ressources

disponibles pour les professionnels de santé. Il s'agit d'assurer une réponse adaptée aux besoins et subjectivités des femmes excisées, tout en permettant aux soignants de faire face aux défis spécifiques liés à l'interculturalité. **Le premier objectif de cette étude est donc d'explorer les représentations sociales et professionnelles des sages-femmes face aux mutilations sexuelles féminines, dans un contexte marqué par des enjeux interculturels.** La rupture culturelle entre pays d'origine et pays d'accueil peut engendrer des dissonances dans les perceptions et les attentes entre soignants et patientes (Johnsdotter & Essén, 2016).

- 14 Les représentations professionnelles définissent à la fois des rôles techniques et identitaires ; elles constituent des repères collectifs qui harmonisent l'exercice du métier. Dans un contexte où deux cultures sont fortement opposées autour des mutilations sexuelles féminines, les femmes excisées se retrouvent fréquemment confrontées à un isolement social marqué, aggravé par le parcours migratoire, les barrières linguistiques et la crainte d'être jugées dans leur démarche de soin. Ce déficit de soutien social — perçu et reçu — peut entraver l'accès aux soins et accroître leur vulnérabilité (Berg & Denison, 2013). Dès lors, **le second objectif de cette étude est de saisir les représentations que les sages-femmes ont de leur métier, c'est-à-dire la manière dont elles définissent leurs rôles et leur identité professionnelle.** Plus précisément, il s'agit d'examiner si, au-delà des dimensions techniques et médicales, elles considèrent le soutien social comme composante de leurs missions professionnelles, dans une démarche visant à réduire l'isolement des femmes excisées.

Méthodologie et population

- 15 Une approche qualitative a été retenue afin d'explorer les représentations sociales et professionnelles des sages-femmes. Le recueil des données a été réalisé par entretiens semi-directifs auprès de sages-femmes et d'étudiant(e)s sages-femmes en formation, exerçant en France, sans exigence particulière d'expérience préalable auprès de femmes excisées. Les participantes ont été recrutées via un appel à participation diffusé sur les réseaux sociaux et complété par un démarchage par effet boule de neige. L'échantillon est donc composé de huit femmes participantes : trois sages-femmes

diplômées (ancienneté de quelques mois à neuf ans) et cinq étudiantes de dernière année, exerçant en France, avec toutes des expériences auprès de femmes excisées soit en France, en Belgique et, pour l'une, en mission humanitaire.

- 16 Le guide d'entretien a été conçu grâce à un entretien préliminaire auprès d'une psychologue spécialisée dans la prise en charge des femmes excisées au sein de la Maison des Femmes. Ce guide comprenait notamment un exercice d'association libre, invitant les participantes à donner cinq termes à partir des termes inducteurs "mutilations sexuelles féminines", "femmes excisées" et "prise en charge". Par ailleurs, leurs représentations professionnelles ont été interrogées par le biais de leurs expériences et pratiques auprès de femmes excisées. Les entretiens ont été analysés selon une approche thématique (Bardin, 2013 ; Paillé & Mucchielli, 2012). Ce traitement a permis d'ordonner les données et d'en conceptualiser les thématiques, synthétisées et illustrées dans un tableau de verbatims.

Tableau 1

Grandes thématiques	Thèmes	Sous-thèmes
Les connaissances et les perceptions sur l'excision	Une définition de l'excision	
	Les premières sources de connaissances	Les études
		La pratique de terrain
		Les sources informelles
Les M.S.F. à travers le regard des sages-femmes : entre perceptions, significations et enjeux sociaux	Des mots pour qualifier l'excision	
	Des mots pour qualifier les femmes excisées	
	Des mots pour qualifier la prise en charge	
	Des enjeux soulevés par les M.S.F.	Un marqueur d'inégalités de genre
		Un enjeu culturel et religieux
		Un enjeu de santé mentale

Les M.S.F. à travers le regard des sages-femmes : entre perceptions, significations et enjeux sociaux	Des enjeux soulevés par les M.S.F.	Un enjeu médical
		Un moyen de contrôle de la sexualité féminine
		D'autres enjeux secondaires
La prise en charge des femmes excisées	Des rôles pluriels incarnés en tant que sage-femme	Rôle médical
		Rôle informatif
		Rôle de réorientation
		Rôle psychologique
	Spécificités cliniques et difficultés perçues dans l'accompagnement	La barrière de la langue
		Inquiétudes et incertitudes professionnelles
		Le droit d'interroger l'excision
		Des outils inégaux entre les établissements médicaux
	Un protocole adapté au corps, à la sexualité et aux conséquences des M.S.F.	Entre bienveillance et soutien
		Une réappropriation du corps
		Le plaisir sexuel
Une action de prévention et de lutte contre l'excision	Une protection des générations futures au vécu des M.S.F.	
	Une démarche éducative pour réduire les risques	
Le soutien-social : entre reconnaissance du besoin pour les femmes excisées et limites perçues	Une notion caractérisée par une pluralité de définitions	
	Entre adhésion et réserve dans l'attribution de soutien social	
	La fonction de relais et d'orientation comme prolongement du soutien	

RÉSULTATS

- 17 Par conséquent, les résultats sont présentés à partir des catégories figurant dans le tableau de verbatims, soit cinq thématiques correspondant aux paragraphes des résultats. La partie sur la prévention a été rattachée à celle concernant la prise en charge des femmes excisées.

Les MSF à travers le regard des sages-femmes : entre représentations, significations et enjeux sociomédicaux

- 18 Cette première section décrit les savoirs et représentations initiales des participantes concernant les MSF. Globalement, toutes connaissent la pratique et la définissent comme une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes féminins : « C'est l'ablation d'une partie ou de l'intégralité du clitoris, des petites lèvres ou des grandes lèvres. » (Participante 1, étudiante sage-femme en dernière année), « c'est la mutilation féminine des parties génitales. » (Participante 7, étudiante sage-femme en dernière année). Cependant, la précision varie : certaines mentionnent les différents types de mutilation, les notions de plaisir ou de culture et d'autres se limitent à une définition générale : « C'est pour enlever la sensation de plaisir chez les femmes. Et pour accentuer le plaisir des hommes. » (Participante 3, deux ans d'ancienneté), « C'est une pratique à valeur culturelle. » (Participante 6, neuf ans d'ancienneté)). Ces différences traduisent une connaissance partagée, mais inégale du phénomène. Par ailleurs, les sources d'information évoquées relèvent principalement de trois registres : la formation académique, la pratique professionnelle et les sources informelles. La formation initiale a permis une première sensibilisation, mais de manière inconstante selon les établissements. La confrontation aux MSF sur le terrain, notamment lors des accouchements ou consultations, a souvent constitué la véritable occasion d'apprentissage. D'autres participantes mentionnent également des sources informelles (médias, documentaires, expériences humanitaires) qui viennent compléter les savoirs.
- 19 Par ailleurs, l'exercice d'association libre a donc permis d'explorer les représentations que présentent les participantes, les mutilations, les femmes excisées et la prise en charge. Les MSF sont décrites à travers des termes connotés négativement (« mutilation », « douleur », « violence »), mais aussi comme un phénomène social et culturel (« rite », « religion », « tradition ») en insistant sur la précocité de l'acte (« petite fille », « enfance »). Les femmes excisées sont perçues avec empathie et compassion (« victimes »,

« déshumanisation » ; « tristes ») et en des termes valorisants (« courageuses », « fortes »), tout en étant parfois désignées comme « étrangères », « méfiantes », « inquiètes », révélant une certaine distance culturelle dans leur attitude avec les professionnels. Enfin, la prise en charge est associée à des notions de globalité et de pluridisciplinarité, se focalisant sur des aspects relationnels et techniques (« reconstruction », « bienveillante », « écoute », « spécifique »).

- 20 Par ailleurs, les participantes présentent les MSF comme un phénomène complexe, situé au croisement de multiples enjeux dans le soin, la culture et la société. Elles évoquent d'abord un enjeu culturel et religieux, l'excision étant décrite comme un "rite de passage" assurant l'intégration sociale des femmes, parfois confondu avec des prescriptions religieuses : « c'est un peu un rite de passage d'acceptation de la femme dans la société. », « C'est un enjeu, parfois religieux. Parce qu'il y a certaines cultures qui mélangent ce qui est culturel et ce qui est religieux. » (Participante 4, deux ans d'ancienneté). Sur le plan sanitaire, elles soulignent les conséquences physiques (douleurs, infections, complications obstétricales) et psychologiques, en insistant sur la nécessité d'un accompagnement global : « Il y a un enjeu psychologique. Parce qu'au-delà de l'excision, le côté psychologique n'est parfois pas pris en charge. » (Participante 1, étudiante sage-femme en dernière année).
- 21 Les MSF sont également comprises comme une manifestation des inégalités de genre, car elles ne concernent que les femmes et visent à contrôler leur corps et leur sexualité. Cet enjeu sexuel, fréquemment mentionné, traduit une volonté sociale de limiter le plaisir féminin et la liberté reproductive (« Contrôler la femme et faire en sorte de la préserver au maximum des relations charnelles, que ce soit avant le mariage ou même après le mariage, pour qu'elle soit vraiment fidèle à son mari. » Participante 2, sage-femme nouvellement diplômée). Certaines sages-femmes évoquent enfin des enjeux secondaires, tels que des motivations esthétiques ou identitaires. Dans l'ensemble, ces différents registres mettent en évidence que les MSF dépassent la seule dimension médicale : elles interrogent profondément les rapports entre santé, culture, féminité et intégrité corporelle. Ces enjeux se manifestent dans leur posture et les pratiques professionnelles des soignantes.

La prise en charge des femmes excisées : les sages-femmes entre rôles pluriels

- 22 Le discours des participantes permet d'identifier un ensemble de rôles endossés dans la prise en charge des femmes excisées. Ces fonctions, décrites comme multiples et complémentaires, s'exercent à différents niveaux. Tout d'abord, par leur rôle de proximité dans le suivi gynécologique et obstétrical, elles assurent des fonctions médicales notamment par le dépistage du type de mutilation et de leurs conséquences : « À part le dépistage de la femme à risque, il faut aussi dépister la nature de la mutilation pour mieux accompagner et adapter, organiser la prise en charge » (Participante 7, étudiante sage-femme en dernière année). Elles mettent en avant des complications multiples : « des complications infectieuses, des kystes [...] des douleurs au niveau de la vulve. » (Participante 3, deux ans d'ancienneté), « complications hémorragiques » (Participante 3, deux ans d'ancienneté), du « vaginisme » (Participante 2, sage-femme nouvellement diplômée), des « dyspareunies » (Participante 6, neuf ans d'ancienneté) leur demandant de disposer d'un accompagnement et d'une organisation spécifique en fonction des répercussions possibles lors de la grossesse et de l'accouchement, telles que la réalisation d'épisiotomies ou de désinfibulations.
- 23 De fait, ces étapes de dépistage passent nécessairement par un rôle informatif initié dès les entretiens prénataux. Ce temps d'échange offre l'opportunité aux sages-femmes d'instaurer un dialogue ouvert sur la mutilation, sujet qui a été jusque-là imprégné de réticence et de tabous. L'une des participantes relève qu'elles « ne vont pas forcément réussir à trouver les mots sur ce qu'elles ont vécu et vont faire comme si de rien n'était » (Participante 8, étudiante sage-femme en dernière année). L'objectif pour ces professionnels est de créer un cadre de confiance afin d'établir un constat sur les besoins des patientes et pour transmettre des informations à la fois sur les mutilations sexuelles, mais également sur les étapes d'accompagnement, les séquelles physiques et les risques ou complications lors de l'accouchement.
- 24 Une fois cette étape réalisée, les sages-femmes disposent de suffisamment d'éléments afin de réorienter les patientes vers d'autres

professionnels, pour ajuster la prise en charge aux besoins spécifiques que chacune peut présenter. Ce rôle dit de « réorientation », qu'elles désignent comme étant un « pont », permet de rediriger les patientes notamment vers les psychologues, psychiatres ou chirurgiens. Ce rôle est d'autant plus primordial puisqu'elles représentent le premier professionnel de santé que ces patientes peuvent être amenées à rencontrer : « parce qu'on peut être la seule personne qu'elle voit [...] dans le corps médical, si jamais elle n'avait jamais eu de soucis de santé particuliers » (Participante 2, sage-femme nouvellement diplômée). Par ailleurs, elles insistent sur les limites qu'elles rencontrent dans l'exercice de leur profession, justifiant d'autant plus ces actions d'adressage. En effet, bien qu'elles estiment participer à l'exploration des antécédents psychologiques en exerçant une fonction de premier repérage, elles évoquent l'importance d'une prise en charge spécialisée, en raison de l'incidence des mutilations sur la santé mentale. Ainsi, elles sollicitent les professionnels compétents pour donner accès à une prise en charge pluridisciplinaire.

Un protocole pluridisciplinaire adapté au corps, à la sexualité et aux conséquences des MSF

- 25 L'analyse des discours met en évidence que les sages-femmes participantes ont su identifier les besoins propres aux femmes excisées, amenant ainsi à l'élaboration de modalités de prise en charge spécifiques. Les sages-femmes décrivent une posture plus attentionnée et indulgente, afin d'instaurer une atmosphère bienveillante et de confiance. Cette démarche permet de répondre aux demandes identifiées sur le terrain. Elles mettent en évidence un besoin d'écoute, de soutien, de réassurance et d'informations. Par ailleurs, les victimes expriment en priorité un désir de renouer et de redécouvrir leur corps : « Je ne sais pas exactement ce qu'elle a voulu savoir, mais en tout cas, elle a voulu toucher » (à la suite d'une désinfibulation) (Participante 3, deux ans d'ancienneté), « Il y a certaines femmes qui voulaient être reconstruites pour se réapproprier leur corps et pour se sentir femmes » (Participante 4, deux ans d'ancienneté).

- 26 En ce sens, les sages-femmes retrouvent l'importance d'un travail collaboratif, dans leurs échanges avec les patientes, notamment en raison d'une forte demande de chirurgie réparatrice. L'importance de cette intervention est unanimement reconnue par les participantes, qui la considèrent comme une avancée majeure et bénéfique pour les femmes concernées. Selon elles, elle permet d'agir sur l'aspect esthétique, l'amélioration de la vie intime et de fournir un bienfait psychologique : « Ça peut apporter d'énormes bienfaits, surtout du point de vue psychologique » (Participante 5, étudiante sage-femme en dernière année), « Ça agit plus esthétiquement » (Participante 1, étudiante sage-femme en dernière année). Des études corroborent ces observations en mettant en évidence que le besoin de réparation physique s'inscrit fréquemment dans une démarche de réappropriation corporelle, associant quête d'intégrité, reconnaissance de leur féminité, réparation identitaire et soulagement des séquelles fonctionnelles (Berg et al., 2017 ; Foldès et al., 2012). Toutefois, les participantes insistent unanimement sur le fait que la chirurgie réparatrice, bien qu'indispensable, ne saurait être envisagée comme une réponse suffisante aux mutilations sexuelles féminines.
- 27 Ainsi, selon les participantes, l'accompagnement psychologique occupe une place déterminante dans la prise en charge et la qualité de vie des femmes excisées. Les sages-femmes interrogées estiment qu'un travail autour du traumatisme doit précéder toute intervention chirurgicale, qui ne devrait intervenir que dans le cadre d'un suivi pluridisciplinaire si la demande persiste (cf. Johnson-Agbakwu & Manin, 2021). « Pour moi, c'est un suivi global. Si elle n'a pas le côté psychologique, pour moi, la chirurgie réparatrice ne fera pas grand-chose. » (Participante 1, étudiante sage-femme en dernière année), « On a juste à lui expliquer l'intervention et de l'orienter vers un centre pour une prise en charge pluridisciplinaire. On doit quand même lui évoquer l'existence de la chirurgie pour qu'elle sache qu'elle existe. » (Participante 7, étudiante sage-femme en dernière année), « ça ne doit pas être imposé, mais proposé. » (Participante 8, étudiante sage-femme en dernière année).
- 28 Les entretiens révèlent l'importance d'aborder la dimension sexuelle en lien avec l'anatomie : « Une grande majorité de l'organe que représente le clitoris n'est pas extériorisé. Du coup, on parle un peu

de sexualité, de masturbation, de lubrification avec ces dames-là avant d'engager l'opération » (Participante 4, deux ans d'ancienneté). C'est dans cette perspective que les sages-femmes considèrent primordial d'orienter les patientes vers les sexologues ou les psychologues : « leur proposer de voir un sexologue, par exemple, pour en apprendre un petit peu plus sur leur corps. » (Participante 5, étudiante sage-femme en dernière année). Elles évoquent par ailleurs la nécessité de déconstruire certaines représentations des patientes, témoignant de croyances intériorisées : « Une patiente disait que de toute façon, les relations sexuelles, ce n'était pas pour le plaisir de la femme » (Participante 3, deux ans d'ancienneté). Cette approche est soutenue par la littérature, qui insiste sur la mobilisation d'équipes diversifiées pour répondre aux multiples conséquences des mutilations sexuelles féminines (Abdulcadir et al., 2012, 2015 ; Catania et al., 2007 ; Dugast et al., 2017). Taraschi et al., (2022) rapportent, à titre d'exemple, un cas de syndrome de stress post-traumatique survenu immédiatement après une désinfibulation, illustrant le risque de réactivation traumatique inhérent à l'intervention chirurgicale. Ainsi, le discours des sages-femmes s'articule autour de l'objectif commun d'accompagner les patientes dans une redéfinition de leurs représentations du plaisir, de leur sexualité et de l'image de leur corps.

Un parcours de soin interculturel : spécificités cliniques et difficultés perçues

- 29 Néanmoins, l'échantillon met en évidence des défis et complications dans le suivi des patientes excisées. En premier lieu, la barrière linguistique constitue une difficulté majeure. L'absence d'une langue commune entrave la communication et limite la compréhension du vécu des patientes. Cette contrainte est renforcée par le mutisme ou la réserve, observés par les participantes, dont font parfois preuve certaines femmes, en raison du caractère sensible des MSF : « Elles parlaient peu sur leurs expériences comme s'il y avait une sorte de tabou. Déjà du fait de la barrière de la langue parfois, et aussi du fait de leur expérience en elle-même. » (Participante 3, deux ans d'ancienneté). Ceci freine l'expression et l'identification de leurs besoins et émotions. Ce mutisme peut malheureusement être interprété comme un désintérêt ou une méconnaissance, alors qu'il

peut refléter en réalité une stratégie d'évitement visant à contenir les émotions et souvenirs douloureux (Mulongo et al., 2014). Les sages-femmes de l'échantillon mentionnent alors une volonté d'adaptation de leur manière de communiquer et du choix des mots afin d'éviter de brusquer les patientes : « On parlait doucement » (Participante 8, étudiante sage-femme en dernière année), « On évite le terme "mutilation". Ce sont des mots qu'on évite d'utiliser [...] ça peut réveiller le traumatisme. » (Participante 7, étudiante sage-femme en dernière année). De plus, elles manifestent des inquiétudes professionnelles. Plusieurs sages-femmes expriment la crainte de « mal faire l'accouchement et que ça touche [...] la mutilation » (Participante 5, étudiante sage-femme en dernière année), notamment face au risque de déchirures ou aux sutures délicates.

30 Toutefois, l'expérience clinique et l'accès à une information plus complète semblent atténuer progressivement ces appréhensions, comme le notent les participantes les plus expérimentées. La légitimité à aborder directement l'excision avec les patientes apparaît comme un enjeu récurrent. Au sein de l'échantillon, les avis divergent sur la pertinence de poser la question : certaines sages-femmes, malgré la disponibilité d'un entretien prénatal, ne la jugent pas essentielle, tandis que d'autres hésitent à interroger explicitement les patientes en raison d'une gêne liée au caractère tabou ou intrusif du sujet : « Il y a des collègues qui ont déjà dit qu'elles étaient gênées de poser ces questions-là. Moi, je le pose naturellement, mais je pense que ça dépend un peu de chacun. » (Participante 8, étudiante sage-femme en dernière année). Pourtant, d'autres estiment qu'il s'agit d'une étape fondamentale, soulignant avant tout une réalité des MSF : certaines femmes ne savent pas elles-mêmes qu'elles sont excisées. Dans ce contexte, et compte tenu de l'irrégularité des examens gynécologiques, elles jugent pertinent d'aborder le sujet avec les femmes considérées à risque, afin de prévenir la découverte inattendue d'une excision en situation d'urgence : « On ne les examine pas. Ce n'est pas un toucher vaginal tous les mois, ça, c'était avant. » (Participante 6, neuf ans d'ancienneté).

31 Enfin, des inégalités structurelles renforcent ces difficultés. Les ressources disponibles varient fortement selon les établissements : certaines maternités disposent de protocoles spécifiques, d'équipes spécialisées ou de partenariats associatifs : « Il y a des sages-femmes

de référence à qui on fait appel aussi, qui ont des connaissances plus approfondies sur le sujet » (Participant 8, étudiante sage-femme en dernière année), tandis que d'autres laissent les sages-femmes plus isolées dans leur pratique. Le manque d'outils et de dispositifs entrave la mise en place d'un accompagnement efficace, notamment par la mobilisation d'interprètes lors de rendez-vous médicaux. Ainsi, la prise en charge des femmes excisées se heurte à des obstacles multidimensionnels : communicationnels, cliniques, relationnels et institutionnels, toutes relatives au contexte interculturel. Ces difficultés traduisent à la fois les limites organisationnelles du système de soins et les dilemmes professionnels rencontrés par les sages-femmes, qui oscillent entre exigences médicales, contraintes culturelles et respect de la sensibilité des patientes.

- 32 Malgré ces difficultés, plusieurs sages-femmes replacent ces enjeux au-delà de l'accompagnement individuel, en appelant à renforcer leur rôle sur le plan collectif et national, notamment en matière de prévention des mutilations sexuelles féminines. Par l'intégration de soins adaptés aux spécificités des patientes, l'accompagnement constitue à lui seul un moyen de prévention et de lutte contre les mutilations sexuelles féminines et leur propagation. Par ailleurs, elles mentionnent également leur impact possible au travers de la recherche : « en tant que sage-femme, on peut faire de la recherche [...] je pense que la lutte contre l'excision est là, elle est dans la recherche, elle est dans les preuves » (Participant 3, deux ans d'ancienneté). Selon elles, il est également possible et nécessaire de développer des actions de sensibilisation auprès des patientes, mais également auprès de leur entourage, afin de limiter la transmission intergénérationnelle de ces pratiques et de favoriser une meilleure information pour toutes les femmes concernées, « informer qu'elles ne doivent pas répéter la même chose auprès de leurs filles et de leur rappeler qu'en France, c'est interdit et que ce n'est pas à faire et à répéter » (Participant 2, sage-femme nouvellement diplômée).

Le soutien social entre reconnaissance d'un besoin et limites perçues

- 33 Deux opinions s'opposent quant au rôle professionnel des sages-femmes dans l'apport de soutien social. Tout d'abord, toutes ne

définissent pas le concept en ciblant les mêmes termes : certaines mettent en avant un soutien psychologique, de la réassurance, de l'aide, de la disponibilité, de l'écoute et des ressources informationnelles : « Le soutien social, pour moi c'est un soutien psychologique. Donc, écouter, donner des informations, rassurer. » (Participante 5, étudiante sage-femme en dernière année), « voir si la femme, elle n'est pas seule par rapport à son excision, voir si elle n'a pas [...] d'aide, d'être aidée par d'autres personnes. » (Participante 2, sage-femme nouvellement diplômée). Tandis que d'autres ne définissent ce principe qu'au travers de bonnes conditions de vie professionnelles et financières soit : « Tout ce que [nous ne pouvons] pas voir parce qu'elle n'est pas avec nous au quotidien » (Participante 4, deux ans d'ancienneté).

- 34 De fait, en fonction des définitions attribuées, le positionnement au sujet du soutien social varie : les premières estiment qu'elles disposent des compétences nécessaires alors que les secondes envisagent que cette fonction dépasse leur champ d'action : « Nos compétences s'arrêtent à un moment donné » (Participante 7, étudiante sage-femme en dernière année). Dans ce cas, elles parlent de rediriger vers d'autres professionnels dits compétents. Elles considèrent que cette action fait partie intégrante de leur rôle dans le soutien social : c'est à elle de transmettre des sources de soutien aux femmes excisées si elles en présentent le besoin : « Le rôle même de la sage-femme, c'est [...] de réorienter si on ne se sent pas hyper légitime à parler de ça et d'être justement ce support [...] de rediriger vers les personnes qui sont les plus susceptibles d'amener des solutions et à minima de l'information et du soutien. » (Participante 3, deux ans d'ancienneté). Ainsi, elles ont tendance à pouvoir s'appuyer sur les psychologues, les assistantes sociales, les associations, les supports d'écoute ou même les pairs-aidants pour assurer ce rôle.

Discussion

- 35 Cette étude visait à explorer les représentations sociales et professionnelles que les sages-femmes françaises construisent autour des mutilations sexuelles féminines, ainsi qu'à comprendre comment elles définissent leur rôle et leur identité professionnelle dans ce contexte. Plus précisément, elle cherchait à déterminer dans

quelle mesure elles intègrent le soutien social aux dimensions de leur rôle, au-delà des aspects strictement techniques et médicaux du soin.

- 36 Les résultats montrent que les MSF sont représentées de façon ambivalente : elles sont perçues simultanément comme un acte de violence et d'atteinte à l'intégrité corporelle, et comme une pratique culturelle porteuse de sens identitaire. Cette dualité, loin de constituer un obstacle à la prise en charge, favorise au contraire une posture réflexive et compréhensive, où les sages-femmes ajustent leurs pratiques en conciliant exigences biomédicales, compréhension culturelle et reconnaissance du vécu des patientes. Cette articulation entre différentes logiques de pensée illustre le phénomène de polyphasie cognitive (Arthi, 2012 ; Jovchelovitch, 2002 ; Moscovici, 1961), selon lequel plusieurs formes de savoir peuvent coexister au sein d'un même individu. En ce sens, les sages-femmes mobilisent à la fois des registres médicaux et moraux, articulés par une compréhension culturelle, qu'elles ajustent selon les situations de soin.
- 37 En ce sens, il convient de rappeler que les représentations sociales permettent d'appréhender la manière dont les acteurs construisent, transforment et diffusent leurs représentations en contexte au sein d'un groupe donné (Kalampalikis, 2019 ; Moliner & Guimelli, 2015 ; Moscovici, 1988). Par ailleurs, ces représentations ne relèvent pas d'opinions isolées, mais se construisent dans un processus dynamique de socialisation professionnelle, notamment façonné par l'expérience et les interactions dans un contexte interculturel. Ainsi, les pratiques professionnelles peuvent être envisagées comme un espace privilégié d'expression, d'actualisation et de matérialisation des représentations sociales, dans la mesure où elles traduisent la manière dont les savoirs partagés et les valeurs collectives orientent concrètement les conduites et les modes de relation aux patientes excisées (Bataille, 2000 ; Blin, 1997 ; Jodelet, 1989 ; Lac et al., 2010). En contexte interculturel amené par les MSF, ceci s'incarne au travers d'ajustements tels que des gestes prudents, un vocabulaire mesuré et une attention au contexte symbolique des soins, traduisant une sensibilité culturelle et un évitement de tensions pouvant compromettre la relation de soin (Levesque, 2015 ; Young et al., 2020, 2020). Cette prudence se manifeste dans les discours relatifs à la chirurgie réparatrice. Les participantes insistent sur la prudence

nécessaire à son indication, puisque perçue comme une tentative d'effacement des marques culturelles liées à la mutilation, pouvant entraîner une rupture symbolique avec le groupe. Ce type d'approche est encouragée afin de créer un espace respectueux et sécurisant où il n'est pas attendu de convaincre ou de dénoncer, mais d'accompagner les femmes excisées en répondant à leurs besoins de santé (Nour, 2004).

- 38 Par ailleurs, les représentations professionnelles apparaissent davantage issues de l'expérience de terrain, par l'action et la communication, que de la formation initiale, ce qui renforce leur rôle structurant dans la transmission de normes implicites au sein du groupe (Blin, 1997 ; Lafrance, 2022). Ces normes participent à l'homogénéisation progressive des pratiques cliniques et favorisent une posture d'accompagnement global. Les sages-femmes mettent principalement en évidence des rôles médicaux, informatifs, psychologiques et de réorientation. Néanmoins, les résultats montrent une variabilité importante des représentations du rôle de soutien social. Bien que les sages-femmes reconnaissent unanimement l'importance de cet accompagnement pour les femmes excisées, souvent confrontées à l'isolement, à la stigmatisation et à la perte de repères, leur degré d'implication dépend de la perception des frontières de leur compétence (O'Neill & Pallitto, 2021). Certaines professionnelles intègrent le soutien social à leur mission clinique, en mobilisant des formes de soutien émotionnel, informatif et relationnel. D'autres, en revanche, estiment que ces dimensions relèvent d'intervenants spécialisés, tels que les psychologues ou les assistants sociaux. Ce mécanisme de délégation illustre la fonction évaluative, fonctionnelle et identitaire des représentations professionnelles (Piasser, 2013), qui détermine ce qui est jugé légitime dans le cadre strict de leur profession et de se situer par rapport aux autres groupes professionnels. Ceci permet donc aux sages-femmes de filtrer la pertinence de leur implication auprès des femmes excisées, en fonction des champs d'action.
- 39 D'autre part, la théorie de la dilution de la responsabilité (Darley & Latané, 1968) peut également éclairer ce phénomène : dans un contexte pluridisciplinaire, cette dilution ne relève pas d'un désengagement individuel, mais la présence de multiples acteurs tend à reconsidérer la répartition de la responsabilité (Dall, 2020). Si

d'autres corps de métier sont considérés comme plus légitimes pour répondre à certains besoins spécifiques, le sentiment de responsabilité directe diminue. Ceci permet d'avoir une piste d'explication des dynamiques institutionnelles, mais permet également d'envisager un ajustement de la coordination des soins pluridisciplinaires, en renforçant la répartition et la complémentarité des interventions.

- 40 Cette hétérogénéité est nettement justifiée par la manière dont les sages-femmes définissent ce soutien. En effet, celles qui associent le soutien social à des aspects émotionnels et informatifs se reconnaissent dans ce rôle. Lorsque ce soutien se réduit à une perspective axée sur un accompagnement psychologique structuré ou relevant de dispositifs spécialisés (financiers ou liés au logement), il tend à être considéré comme extérieur à leur champ de compétence. Toutefois, bien que des sages-femmes ne se revendiquent pas explicitement comme actrices du soutien social, elles contribuent toutes, dans leur pratique, à la reconnaissance du vécu et de la souffrance des femmes excisées (Wernet et al., 2017), possiblement en réponse aux représentations qu'elles détiennent sur ces patientes. Elles apportent activement différentes formes de soutien social, notamment à travers l'écoute empathique, la disponibilité, la réassurance et la transmission d'informations (Bruchon-Schweitzer, 2005).

Recommandations et perspectives

- 41 À la lumière de ces résultats, plusieurs pistes de recommandations peuvent être formulées afin d'améliorer la prise en charge et la compréhension des femmes excisées. Dans leur ensemble, les résultats soulignent l'importance d'une posture clinique fondée sur la reconnaissance, la prudence et l'adaptation culturelle. Les représentations sociales et professionnelles agissent comme des cadres de référence permettant aux sages-femmes de disposer d'une cohérence professionnelle en intégrant des dimensions corporelles, émotionnelles et symboliques dans le soin. Par leur position de première ligne, elles jouent un rôle essentiel dans la prévention et la création d'un espace d'expression sécurisant pour les femmes

excisées. Pourtant, le manque de formation spécifique sur les MSF limite la capacité institutionnelle et entérine les inégalités d'accès à des outils spécifiques, permettant de soutenir une approche pleinement interculturelle. Afin de consolider cette approche, il apparaît nécessaire de renforcer la formation initiale et continue, en y intégrant des modules sur la compétence interculturelle, la communication avec interprète et la réflexion critique sur les normes médicales occidentales (Abdulcadir et al., 2016, 2017 ; Jordal & Wahlberg, 2018 ; Young et al., 2020). Ces dispositifs contribuent à soutenir la mise en œuvre d'une éthique du soin plus inclusive, où les conduites cliniques se fondent sur la compréhension et la valorisation des subjectivités des patientes. D'un point de vue prospectif, il serait pertinent d'élargir l'étude à d'autres catégories de professionnels de santé directement impliqués dans la santé sexuelle et reproductive, tels que les gynécologues, qui ont déjà été à l'origine d'expériences négatives de femmes excisées (Andro et al., 2010). Effectivement, elles rapportent un silence persistant autour de la question de l'excision, ainsi qu'une tendance à expliquer les difficultés de communication rencontrées à travers des différences culturelles, parfois de manière stigmatisante. Ces attitudes, souvent liées à un manque de formation et de sensibilisation des praticiens, freinent l'instauration d'un dialogue respectueux et empathique entre les femmes excisées et les gynécologues (Andro et al., 2010).

Conclusion

- 42 Pour conclure, les représentations sociales des professionnelles rencontrées s'articulent autour d'une perception globalement négative des mutilations sexuelles féminines, tout en reconnaissant la valeur culturelle et identitaire que ces pratiques revêtent pour certaines femmes. Cet aspect participe à la construction d'une identité professionnelle singulière, au sein de laquelle les sages-femmes définissent des rôles adaptés aux enjeux culturels, relationnels et médicaux de la prise en charge des femmes excisées. Si leur intervention se centre principalement sur l'aspect médical, leur engagement dépasse souvent le cadre strictement clinique. Même lorsqu'elles ne se perçoivent pas explicitement comme actrices d'un soutien social, leurs pratiques intègrent une dimension émotionnelle, informative et valorisante. Ce soutien, souvent discret,

mais essentiel, contribue à restaurer l'estime de soi et à favoriser la reconstruction identitaire des femmes concernées. Cependant, malgré cette implication, des difficultés persistent. Les professionnelles expriment encore des réticences à aborder le sujet, en raison de la sensibilité interculturelle qu'il implique, des barrières linguistiques, de la peur de raviver un traumatisme ou encore du caractère tabou du sujet. Ces obstacles soulignent la nécessité de renforcer la formation interculturelle et la communication sensible au trauma au sein des structures de soin. Ainsi, la prise en charge des femmes ayant subi une mutilation sexuelle féminine ne peut se limiter à une approche médicale : elle requiert une compréhension globale et contextualisée, où l'écoute, la reconnaissance et le respect des histoires individuelles deviennent les piliers d'un accompagnement véritablement spécifique et cohérent. En somme, cette étude met en lumière la capacité des sages-femmes à ajuster leur pratique à la complexité culturelle et symbolique des MSF. Appréhender leurs représentations sociales et professionnelles permet alors de favoriser la construction d'une clinique unifiée, sensible, humaine et interculturellement informée pour une meilleure prise en charge des MSF.

BIBLIOGRAPHIE

Abdulcadir, J., Boulvain, M., & Petignat, P. (2012). Reconstructive surgery for female genital mutilation. *The Lancet*, 380(9837), 90-92. [doi:10.1016/S0140-6736\(12\)60636-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60636-9)

Abdulcadir, J., Catania, L., Hindin, M. J., Say, L., Petignat, P., & Abdulcadir, O. (2016). Female Genital Mutilation: A Visual Reference and Learning Tool for Health Care Professionals. *Obstetrics & Gynecology*, 128(5), 958-963. [doi:10.1097/AOG.0000000000001686](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001686)

Abdulcadir, J., Rodriguez, M., & Say, L. (2015). Research gaps in the care of women with female genital mutilation: An analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 122(3), 294-303. [doi:10.1111/1471-0528.13217](https://doi.org/10.1111/1471-0528.13217)

Abdulcadir, J., Say, L., & Pallitto, C. (2017). What do we know about assessing healthcare students and professionals' knowledge, attitude and practice regarding female genital mutilation? A systematic review. *Reproductive Health*, 14(1), 64. [doi:10.1186/s12978-017-0318-1](https://doi.org/10.1186/s12978-017-0318-1)

Adima, A. (2020). The Sound of Silence: The 1929-30 Gikuyu « Female Circumcision Controversy » and the Discursive Suppression of African Women's Voices. *Gender a*

Výzkum / *Gender and Research*, 21(1), 18-37. [doi:10.13060/gav.2020.002](https://doi.org/10.13060/gav.2020.002)

Ahmed, M. R., Shaaban, M. M., Meky, H. K., Amin Arafa, M. E., Mohamed, T. Y., Gharib, W. F., & Ahmed, A. B. (2017). Psychological impact of female genital mutilation among adolescent Egyptian girls: A cross-sectional study. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 22(4), 280-285. [doi:10.1080/13625187.2017.1355454](https://doi.org/10.1080/13625187.2017.1355454)

Andro, A., & Lesclingand, M. (2016). Les mutilations génitales féminines. État des lieux et des connaissances. *Population*, vol. 71(2), 224-311. [doi:10.3917/popu.1602.0224](https://doi.org/10.3917/popu.1602.0224)

Andro, A., Lesclingand, M., & Pourette, D. (2010). Excision et cheminement vers la réparation: Une prise en charge chirurgicale entre expérience personnelle et dynamiques familiales. *Sociétés contemporaines*, 77(1), 139-161. [doi:10.3917/soco.077.0139](https://doi.org/10.3917/soco.077.0139)

Antonetti Ndiaye, E., Fall, S., & Beltran, L. (2015). Intérêt de la prise en charge pluridisciplinaire des femmes excisées. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 44(9), 862-869. [doi:10.1016/j.jgyn.2015.01.008](https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.01.008)

Arthi. (2012). Representing Mental Illness: A Case of Cognitive Polyphasias. *Peer Reviewed Online Journal*, 21, 5.1-5.26.

Badea, C. (2012). Modèles d'intégration, identification nationale et attitudes envers les immigrés en France. *L'Année psychologique, Topics in Cognitive Psychology*, 112, 575-592.

Balde, C. A. T. (2020). *Impact psychologique de la mutilation génitale féminine dans la sexualité des « victimes » Guinéennes vivant en France* (Mémoire de Travail, d'Étude et de Recherche). Université Rennes 2, UFR Sciences Humaines, Rennes.

Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. Paris : Presses Universitaires de France. [doi:10.3917/puf.bard.2013.01](https://doi.org/10.3917/puf.bard.2013.01)

Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413-445. [doi:10.1007/BF00922627](https://doi.org/10.1007/BF00922627)

Bataille, M. (2000). Représentation, implicitation ; des représentations sociales aux représentations professionnelles. In C. Garnier. & M.-L. Rouquette (Eds.) *Les Représentations en éducation et formation* (pp. 165-189). Montréal : Éditions Nouvelles

Bauer, M. W., & Gaskell, G. (1999). Towards a Paradigm for Research on Social Representations. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 29(2), 163-186. [doi:10.1111/1468-5914.00096](https://doi.org/10.1111/1468-5914.00096)

Behrendt, A., & Moritz, S. (2005). Posttraumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation. *The American Journal of Psychiatry*, 162(5), 1000-1002. [doi:10.1176/appi.ajp.162.5.1000](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.5.1000)

- Beltran, L., Fall, S., & Antonetti-N'Diaye, E. (2015). Excision : Entre clinique et droits humains. *Sexologies*, 24(3), 122-127. [doi:10.1016/j.sexol.2015.05.001](https://doi.org/10.1016/j.sexol.2015.05.001)
- Berg, R. C., & Denison, E. (2013). A Tradition in Transition : Factors Perpetuating and Hindering the Continuance of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) Summarized in a Systematic Review. *Health Care for Women International*, 34(10), 837-895. [doi:10.1080/07399332.2012.721417](https://doi.org/10.1080/07399332.2012.721417)
- Berg, R. C., Taraldsen, S., Said, M. A., Sørbye, I. K., & Vangen, S. (2017). Reasons for and Experiences with Surgical Interventions for Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) : A Systematic Review. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(8), 977-990. [doi:10.1016/j.jsxm.2017.05.016](https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.05.016)
- Blin, J.-F. (1997). *Représentations, pratiques et identités professionnelles*. Paris : L'Harmattan.
- Bonnefoy, L. (2016). Lo Monaco, G., Delouvée, S., & Rateau, P. (éd.). Les représentations sociales. Théories, méthodes et applications. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 45/4, Article 45/4. [doi:10.4000/osp.5303](https://doi.org/10.4000/osp.5303)
- Boulanger, D., Larose, F., & Couturier, Y. (2011). La logique déficitaire en intervention sociale auprès des parents : Les pratiques professionnelles et les représentations sociales. *Nouvelles pratiques sociales*, 23(1), 152-176. [doi:10.7202/1003174ar](https://doi.org/10.7202/1003174ar)
- Bouriche, B. (2014). Émotions et dynamique des représentations sociales. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 102(2), 195-232. [doi:10.3917/cips.102.0193](https://doi.org/10.3917/cips.102.0193)
- Bouverat, V. (2023). *Demander l'asile pour être protégée des Mutilations Sexuelles Féminines* (Mémoire du Diplôme Inter-Universitaire « Santé, société et migration »). Université Jean Monnet, St-Étienne ; Université Claude Bernard Lyon 1, Lyon.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Recherche en soins infirmiers*, 67(4), 68-83. [doi:10.3917/rsi.067.0068](https://doi.org/10.3917/rsi.067.0068)
- Bruchon-Schweitzer, M. (2005). *Psychologie de la santé—Modèles, concepts et méthodes*. Malakoff, France : Dunod.
- Camilleri, C. (1988). La culture, d'hier à demain. *Anthropologie et Sociétés*, 12(1), 13. [doi:10.7202/015002ar](https://doi.org/10.7202/015002ar)
- Caron, J., & Guay, S. (2006). Soutien social et santé mentale : Concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 15-41. [doi:10.7202/012137ar](https://doi.org/10.7202/012137ar)
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104(2), 107-123. [doi:10.1093/oxfordjournals.aje.a112281](https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112281)
- Catania, L., Abdulcadir, O., Puppo, V., Verde, J. B., 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. [doi:10.1111/j.1743-6109.2007.00620.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00620.x)

- Chatot, F. (2020). *Dynamiques et normes sociales liées aux mutilations génitales féminines dans le mandoul*. Unpublished document, Groupe Urgence Réhabilitation Développement (URD).
- Chatzimpyros, V., Baka, A., & Dikaïou, M. (2021). Social Representations of Immigrant Patients : Physicians' Discourse. *Qualitative Health Research*, 31(4), 713-721. [doi:10.1177/1049732320979814](https://doi.org/10.1177/1049732320979814)
- Chouinard, M.-C. (2012). Soutien social. In M. Formarier & L. Jovic (Eds), *Les concepts en sciences infirmières* (pp 285-288). Association de Recherche en Soins Infirmiers ; Cairn.info. [doi:10.3917/arsi.forma.2012.01.0285](https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0285)
- Creel, L., Ashford, L., Carr, D., Sass, J., Roudi, N., & Yinger, N. (2002). *Abandonner l'excision féminines : Prévalence, attitudes et efforts pour y mettre fin*. Unpublished document, Population Reference Bureau (PRB).
- Dall, T. (2020). Distribution of responsibility in inter-professional teams in welfare-to-work. *Nordic Social Work Research*, 10(1), 80-93. [doi:10.1080/2156857X.2018.1518818](https://doi.org/10.1080/2156857X.2018.1518818)
- Darley, J. M., & Latané, B. (1968). Bystander intervention in emergencies : Diffusion of responsibility. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 8(4, Pt. 1), 377-383.
- Demandolx, A. de. (2018). Les mutilations sexuelles féminines. *Topique*, 143(2), 73-82. [doi:10.3917/top.143.0073](https://doi.org/10.3917/top.143.0073)
- Derrendinger, I. (2021). Les violences gynécologiques et obstétricales, l'affaire de tous. *Sages-Femmes*, 20(6), 10-13. [doi:10.1016/j.sagf.2021.09.003](https://doi.org/10.1016/j.sagf.2021.09.003)
- Doucet, M.-H., Delamou, A., Manet, H., & Groleau, D. (2022). Beyond the Sociocultural Rhetoric : Female Genital Mutilation, Cultural Values and the Symbolic Capital (Honor) of Women and Their Family in Conakry, Guinea—A Focused Ethnography Among “Positive Deviants”. *Sexuality & Culture*, 26(5), 1858-1884. [doi:10.1007/s12119-022-09975-5](https://doi.org/10.1007/s12119-022-09975-5)
- Dugast, S., Winer, N., & Wylomanski, S. (2017). Prise en charge sexologique des femmes excisées : Expérience nantaise, France. Étude préliminaire. *Sexologies*, 26(4), 213-221. [doi:10.1016/j.sexol.2017.09.006](https://doi.org/10.1016/j.sexol.2017.09.006)
- Fassin, D. (2005). Compassion and Repression : The Moral Economy of Immigration Policies in France. *Cultural Anthropology*, 20(3), 362-387. [doi:10.1525/can.2005.20.3.362](https://doi.org/10.1525/can.2005.20.3.362)
- Favreau, M. (2020). *CPE, un métier en tensions : Quelles représentations professionnelles du métier chez les conseillers principaux d'éducation ?* (Doctoral Dissertation). Université Toulouse Jean Jaurès, Toulouse.
- Fischer, G.-N., Tarquinio, C., & Dodeler, V. (2020). *Les bases de la psychologie de la santé. Concepts, applications et perspectives*. Malakoff, France : Dunod. [doi:10.3917/dunod.fisch.2020.02](https://doi.org/10.3917/dunod.fisch.2020.02)

- Flament, C., & Rouquette, M.-L. (2003). *Anatomie des idées ordinaires*. Malakoff, France : Armand Colin, Dunod.
- Foldès, P., Cuzin, B., & Andro, A. (2012). Reconstructive surgery after female genital mutilation : A prospective cohort study. *The Lancet*, 380(9837), 134-141. [doi:10.1016/s0140-6736\(12\)60400-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)60400-0)
- Furukawa, T., Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (1998). Social support and adjustment to a novel social environment. *International Journal of Social Psychiatry*, 44(1), 56-70. [doi:10.1177/002076409804400106](https://doi.org/10.1177/002076409804400106)
- Gosselin, C. (2000). Feminism, Anthropology and the Politics of Excision in Mali : Global and Local Debates in a Postcolonial World. *Anthropologica*, 42(1), 43. [doi:10.2307/25605957](https://doi.org/10.2307/25605957)
- Huguet, F., & Jouishomme, A. (2017). Les représentations sociales au cœur d'une prise en charge thérapeutique. *Le Journal des psychologues*, 344(2), 67-71. [doi:10.3917/jdp.344.0067](https://doi.org/10.3917/jdp.344.0067)
- Huteau, M. (2022). Représentations professionnelles (Occupational representations). In J. Guichard & M. Huteau (Eds.), *Orientation et insertion professionnelle* (pp. 374-380). Malakoff, France : Dunod. [doi:10.3917/dunod.guich.2022.01.0374](https://doi.org/10.3917/dunod.guich.2022.01.0374)
- Jeoffrion, C. (2009). Santé et Représentations sociales : Une étude « multi-objets » auprès de Professionnels de Santé et Non-Professionnels de Santé. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 82(2), 73-115. [doi:10.3917/cips.082.0073](https://doi.org/10.3917/cips.082.0073)
- Jodelet, D. (Éd.). (1989). *Les représentations sociales* (1ère éd.). Paris : Presses Universitaires de France.
- Jodelet, D. (2002). Les Représentations Sociales Dans le Champ de la Culture. *Social Science Information*, 41(1), 111-133. [doi:10.1177/0539018402041001008](https://doi.org/10.1177/0539018402041001008)
- Jodelet, D. (2015). *Représentations sociales et mondes de vie*. Paris : Éditions des Archives contemporaines.
- Johnsdotter, S. (2019). Meaning well while doing harm : Compulsory genital examinations in Swedish African girls. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 27(2), 87-99. [doi:10.1080/26410397.2019.1586817](https://doi.org/10.1080/26410397.2019.1586817)
- Johnsdotter, S., & Essén, B. (2016). Cultural change after migration : Circumcision of girls in Western migrant communities. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 32, 15-25. [doi:10.1016/j.bpobgyn.2015.10.012](https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.10.012)
- Johnson-Agbakwu, C. E., & Manin, E. (2021). Sculptors of African Women's Bodies : Forces Reshaping the Embodiment of Female Genital Cutting in the West. *Archives of Sexual Behavior*, 50(5), 1949-1957. [doi:10.1007/s10508-020-01710-1](https://doi.org/10.1007/s10508-020-01710-1)
- Jordal, M., & Wahlberg, A. (2018). Challenges in providing quality care for women with female genital cutting in Sweden – A literature review. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 17, 91-96. [doi:10.1016/j.srhc.2018.07.002](https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.07.002)

- Journault, C. (2022). *Mutilations génitales féminines : Quelles complications obstétricales et néonatales à l'accouchement en France ?* (Mémoire de fin d'études, Diplôme d'Etat de Sage-Femme). Université d'Angers, Angers.
- Jovchelovitch, S. (2002). Re-thinking the diversity of knowledge : Cognitive polyphasia, belief and representation. *Psychologie et Société*, 5(1), 121-138. Retrieved from : <http://eprints.lse.ac.uk/2628>
- Kalampalikis, N. (Éd.). (2019). *Serge Moscovici : Psychologie des représentations sociales*. Paris : Éditions des Archives contemporaines.
- Lac, M., Mias, C., Labbé, S., & Bataille, M. (2010). Les représentations professionnelles et l'implication professionnelle comme modèles d'intelligibilité des processus de professionnalisation. *Les dossiers des sciences de l'éducation*, 24, 133-145. Retrieved from <https://journals.openedition.org/dse/960>
- Lafrance, J. (2022). Le concept de représentations professionnelles : L'exemple des préceptrices sages-femmes. *McGill Journal of Education*, 57(3), 295-305. [doi:10.7202/1109008ar](https://doi.org/10.7202/1109008ar)
- Leonard, L. (2000). "We Did It for Pleasure Only": Hearing Alternative Tales of Female Circumcision. *Qualitative Inquiry*, 6(2), 212-228. [doi:10.1177/107780040000600203](https://doi.org/10.1177/107780040000600203)
- Lesclingand, M., Andro, A., & Lombart, T. (2019). Estimation du nombre de femmes adultes ayant subi une mutilation génitale féminine vivant en France. *Bull Epidemiol Hebd*, 21, 392-399.
- Levesque, A. (2015). Identité, culture et représentations de la santé et des maladies. *Cahiers franco-canadiens de l'Ouest*, 27(1), 35-56. [doi:10.7202/1031241ar](https://doi.org/10.7202/1031241ar)
- Ministère chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes et de la Lutte contre les discriminations. (2019). Plan national d'action visant à éradiquer les mutilations génitales féminines. Secrétariat d'Etat chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
- Ministère chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes et de la Lutte contre les discriminations. (2024). Lutte contre les mutilations sexuelles : Nouvelle campagne de sensibilisation « Les vacances, c'est fait pour s'amuser, pas pour être mutilée. ». <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/>
- Moliner, P., & Guimelli, C. (2015). *Les représentations sociales*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble. [doi:10.3917/pug.guime.2015.01](https://doi.org/10.3917/pug.guime.2015.01)
- Morant, N. (2006). Social representations and professional knowledge : The representation of mental illness among mental health practitioners. *British Journal of Social Psychology*, 45(4), 817-838. [doi:10.1348/014466605X81036](https://doi.org/10.1348/014466605X81036)
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris : Presses Universitaires de France.

- Moscovici, S. (1988). Notes towards a description of Social Representations. *European Journal of Social Psychology*, 18(3), 211-250. [doi:10.1002/ejsp.2420180303](https://doi.org/10.1002/ejsp.2420180303)
- Mulongo, P., McAndrew, S., & Hollins Martin, C. (2014). Crossing borders: Discussing the evidence relating to the mental health needs of women exposed to female genital mutilation. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(4), 296-305. [doi:10.1111/inm.12060](https://doi.org/10.1111/inm.12060)
- Nour, N. M. (2004). Female Genital Cutting : Clinical and Cultural Guidelines. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 59(4), 272-279. [doi:10.1097/01.OGX.0000118939.19371.AF](https://doi.org/10.1097/01.OGX.0000118939.19371.AF)
- Nugier, A., Niedenthal, P., & Brauer, M. (2009). Influence de l'appartenance groupale sur les réactions émotionnelles au contrôle social informel. *L'Année psychologique*, 109(1), 61-81. [doi:10.3917/anpsy.091.0061](https://doi.org/10.3917/anpsy.091.0061)
- O'Neill, S., & Pallitto, C. (2021). The Consequences of Female Genital Mutilation on Psycho-Social Well-Being: A Systematic Review of Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 31(9), 1738-1750. [doi:10.1177/10497323211001862](https://doi.org/10.1177/10497323211001862)
- Organisation mondiale de la Santé. (2018). Lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines. Organisation mondiale de la Santé. <https://iris.who.int/handle/10665/272847>
- Organisation mondiale de la Santé. (2025). Mutilations génitales féminines. WHO. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
- Ouoba, N. M., Badea, C., Guimond, S., & Nugier, A. (2023). Stratégies d'acculturation, jugement et (dés)approbation sociale chez les immigrés : Une approche intra-groupe. *Psychologie Française*, 68(3), 387-406. [doi:10.1016/j.psfr.2023.04.001](https://doi.org/10.1016/j.psfr.2023.04.001)
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). L'analyse thématique. In Collection U, Armand Colin (Series Ed.) & P. Paillé & A. Mucchielli (Vol. Ed.), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (pp. 231-314). [doi:10.3917/arco.paill.2012.01](https://doi.org/10.3917/arco.paill.2012.01)
- Patterson, C. (1987). Les mutilations sexuelles féminines : L'excision en question. *Présence Africaine*, 141(1), 161-170. [doi:10.3917/presa.141.0161](https://doi.org/10.3917/presa.141.0161)
- Piaser, A. (2013). Représentations professionnelles. In De Boeck Supérieur (Series Ed.) & A. Jorro (Vol. Ed.), *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation* (pp 273-276). [doi:10.3917/dbu.devel.2013.02.0273](https://doi.org/10.3917/dbu.devel.2013.02.0273)
- Rey-Salmon, C., Vazquez, P., & Do Quang, L. D. (2005). Les mutilations sexuelles féminines. *Archives de pédiatrie*. 12(3), 347-350. [doi:10.1016/j.arcped.2004.09.015](https://doi.org/10.1016/j.arcped.2004.09.015)
- Ronai, E., & Delespine, M. (2020). Violences faites aux femmes, le rôle de la sage-femme. *Sages-Femmes*, 19(1), 18-24. [doi:10.1016/j.sagf.2020.01.017](https://doi.org/10.1016/j.sagf.2020.01.017)
- Sierra-Scroccaro, N. (2023). *Les violences sexuelles : approches cliniques et thérapeutiques*, Paris : In press.
- Taraschi, G., Manin, E., Bianchi De Micheli, F., & Abdulkadir, J. (2022). Defibulation can recall the trauma of female genital mutilation/cutting : A case report. *Journal of*

Medical Case Reports, 16(1), 223. [doi:10.1186/s13256-022-03445-0](https://doi.org/10.1186/s13256-022-03445-0)

Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes : Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior*, Spec No, 53-79. [doi:10.2307/2626957](https://doi.org/10.2307/2626957)

Veiel, H., & Baumann, U. (1992). *The meaning and measurement of social support*. Washington : Hemisphere Publishing Corp.

Wagner, W., Duveen, G., Farr, R., Jovchelovitch, S., Lorenzi-Cioldi, F., Marková, I., & Rose, D. (1999). Theory and Method of Social Representations. *Asian Journal of Social Psychology*, 2(1), 95-125. [doi:10.1111/1467-839X.00028](https://doi.org/10.1111/1467-839X.00028)

Wernet, M., Mello, D. F. de, & Ayres, J. R. de C. M. (2017). Reconhecimento em axel honneth : contribuições à pesquisa em saúde. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(4). [doi:10.1590/0104-070720170000550017](https://doi.org/10.1590/0104-070720170000550017)

Winnubst, J. A. M., Buunk, B. P., & Marcelissen, F. H. G. (1988). Social support and stress : Perspectives and processes. In S. Fisher & J. Reason (Eds.), *Handbook of life stress, cognition and health* (pp. 511-528). Hoboken, NJ, USA : John Wiley & Sons.

Younas, F., & Gutman, L. M. (2024). "All you Gain is Pain and Sorrow" : Facilitators and Barriers to the Prevention of Female Genital Mutilation in High-income Countries. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(4), 2891-2906. [doi:10.1177/15248380241229744](https://doi.org/10.1177/15248380241229744)

Young, J., Nour, N. M., Macauley, R. C., Narang, S. K., & Johnson-Agbakwu, C. (2020). Diagnosis, Management, and Treatment of Female Genital Mutilation or Cutting in Girls. *Pediatrics*, 145(2). [doi:10.1542/peds.2020-1012](https://doi.org/10.1542/peds.2020-1012)

Zhang, X., & Dong, S. (2022). The relationships between social support and loneliness : A meta-analysis and review. *Acta Psychologica*, 227(103616). [doi:10.1016/j.actpsy.2022.103616](https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2022.103616)

RÉSUMÉ

Français

La France, engagée dans la lutte contre les violences sexistes et sexuelles, reconnaît les mutilations sexuelles féminines (MSF) comme un enjeu majeur de santé publique. Parmi les nombreux acteurs, les professionnels de santé agissent sur le plan médical, psychologique et préventif. Cette prise en charge se situe dans un contexte interculturel complexe, où les représentations sociales influencent les parcours de soin des femmes excisées. Cette étude visait à explorer les représentations sociales et professionnelles des sages-femmes dans la clinique des MSF et leur rôle dans le soutien social. Quinze sages-femmes ont été interrogées à l'aide d'entretiens semi-directifs incluant un exercice d'association libre de mots. Les analyses montrent que les sages-femmes perçoivent les MSF comme des actes violents et déshumanisants, tout en reconnaissant la valeur culturelle et le courage des femmes concernées. Ces représentations se

traduisent dans des pratiques professionnelles bienveillantes, attentives aux besoins des femmes et à leurs parcours de soin, incluant un rôle de soutien social, parfois implicite, face à l'isolement vécu par ces patientes. Ces résultats soulignent l'importance d'une prise en charge interculturelle sensible et renforcent la nécessité de former les professionnels de santé aux spécificités du soin auprès des femmes excisées.

INDEX

Mots-clés

Sages-femmes, Mutilations sexuelles féminines, Interculturalité, Soutien social, Représentations sociales et professionnelles

AUTEURS

Hala El Ahmadi

M2 psychologie clinique, psychopathologie et psychologie de la santé, Université Lumière Lyon 2, laboratoire : Unité 1290 Reshape

Stéphéline Ginguéné

Docteure en psychologie sociale (PhD) chez Unité UMR Inserm 1290 – Reshape, attachée temporaire d'enseignement et de recherche en psychologie sociale et psychologie de la santé

IDREF : <https://www.idref.fr/276305620>