

**CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN
DEPARTEMENT DES ETUDES DE SAGE-FEMME**

**LES MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES :
Qu'en savent les sages-femmes ? Enquête auprès de
179 professionnels de Seine-Maritime**

**Mémoire présenté par
Mademoiselle Ann-Melody BEHLE
Née le 17 mai 1985**

**DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
PROMOTION 2009**

Mes remerciements à :

*Madame Kouteich
pour ses conseils et encouragements*

*Madame Le Guen
pour sa disponibilité et ses orientations*

*La promotion Sages-femmes 2009
pour sa solidarité et son énergie*

*Mes parents
pour leur soutien tout au long de mes études*

*David
pour sa patience et son écoute*

Abréviations utilisées

APD	Analgésie Péridurale
AVB	Accouchement Voie Basse
CAMS	Commission pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles
CI-AF	Comité Inter-Africain sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des Femmes et des enfants
CIDFF	Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles
CPN	Consultation Périnatale
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
GAMS	Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles
GSF	Gynéco Sans Frontières
INED	Institut Nationale d'Etudes Démographique
MFPF	Mouvement Français pour le Planning Familial
MGF	Mutilations Génitales Féminines
MSF	Mutilations Sexuelles Féminines
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
PM	Protection Maternelle et Infantile
SDC	Suites de couches
SDN	Salle de Naissance
UGP	Unité de Grossesses Pathologiques
UNICEF	Fonds des Nations Unis pour l'Enfance
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
---------------------------	----------

REVUE DE LA LITTERATURE

1. Approche anthropologique.....	2
---	----------

1.1 Historique.....	2
---------------------	---

1.2 Epidémiologie	2
-------------------------	---

1.2.1 En France	2
-----------------------	---

1.2.2 Dans le monde.....	3
--------------------------	---

1.3 Un rite ancestral...toujours d'actualité	3
--	---

1.3.1 Description des mutilations.....	3
--	---

1.3.2 Les explications invoquées	3
--	---

1.4 Comment expliquer que de telles pratiques perdurent aujourd'hui ?.....	4
--	---

1.4.1 Les raisons sociologiques : le poids de la communauté.....	4
--	---

1.4.2 Le pouvoir des uns basé sur l'aliénation des autres.....	5
--	---

2. Les conséquences sur la santé	5
---	----------

2.1 Les organes génitaux externes	5
---	---

2.1 Anatomie descriptive	5
--------------------------------	---

2.1.2 Vascularisation et innervation.....	6
---	---

2.1.3 Physiologie sexuelle.....	6
---------------------------------	---

2.2 Définition des Mutilations Génitales Féminines.....	7
---	---

2.3 Les complications.....	8
----------------------------	---

2.3.1	Les conséquences immédiates.....	8
2.3.2	Les conséquences gynécologiques à court terme.....	9
2.3.3	Les conséquences gynécologiques à long terme.....	9
2.3.4	Les complications obstétricales.....	10
2.4	Les répercussions psychologiques	12
2.5	Les répercussions sur la sexualité	13
2.6	La chirurgie réparatrice	13
3. L'aspect juridique		15
3.1	La loi française : une spécificité.....	15
3.1.1	Le code pénal	15
3.1.2	Le code de Déontologie :	16
3.1.3	Des associations actives	17
3.1.4	Le gouvernement français	17
3.2	Au niveau international	17
4. La prévention dans le milieu médical.....		18
4.1	L'information	19
4.2	Obligations légales et signalement.....	19
4.3	Une médiatrice culturelle	20

ETUDE CLINIQUE

1	METHODOLOGIE	22
1.1	Les objectifs de l'étude	22
1.2	Les moyens d'étude.....	22
1.3	Les tests statistiques	25
2	RESULTATS	26
	<i>PREMIERE PARTIE</i>	26
2.1	La population d'étude	26
2.2	Les connaissances	27
2.3	La pratique	32
2.4	Vos besoins	39
	<i>DEUXIEME PARTIE</i>	41
2.5	Population confrontée/population non confrontée	41
2.6	Population ayant assisté à un colloque/population n'ayant pas assisté à un colloque	44
3	DISCUSSION	48
	CONCLUSION.....	60

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXE

Introduction

Les mutilations sexuelles concernent aujourd'hui 135 millions de femmes dans le monde (45). L'immigration des populations pratiquant ces mutilations a accentué la prise en compte médicale du problème en France depuis une trentaine d'années.

En 1997, la déclaration commune de l'OMS, du fonds des Nations Unis pour l'Enfance et du Fonds des Nations Unis pour la Population confirme l'effet nocif, universellement inacceptable, des mutilations sexuelles féminines et lance pour la première fois un appel ferme en faveur de l'élimination de cette pratique sous toutes ses formes (54).

Les mutilations sexuelles sont responsables de complications gynécologiques, obstétricales et psychologiques (55). De ce fait, les professionnels de santé confrontés à ce problème doivent avoir les connaissances nécessaires pour assurer une prise en charge adaptée de ces patientes et effectuer les actions de prévention pour protéger les fillettes à risque. De nombreuses femmes sont concernées dans notre pays alors que la loi condamne et sanctionne ces pratiques.

En tant que futurs professionnels, nous serons confrontées à des patientes ayant subi des mutilations sexuelles, il est important d'avoir une réflexion sur la prise en charge que nous leur proposerons dans le but de la rendre la plus optimale.

Dans une première partie, nous exposerons une revue de la littérature, relatant la dimension anthropologique de cette pratique, les complications médicales, l'aspect juridique ainsi que la prévention à effectuer.

Puis, sera présentée dans un deuxième temps, une enquête réalisée d'une part auprès des sages-femmes confrontées aux patientes mutilées pour connaître leur prise en charge et d'autre part auprès des sages-femmes n'ayant jamais été confrontées à une patiente mutilée. Dans les deux cas, les pratiques professionnelles sont étudiées ainsi que les éventuels besoins des sages-femmes pour améliorer leur prise en charge. Enfin, nous exposerons les réflexions que cette étude nous a permis d'apporter.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

1 APPROCHE ANTHROPOLOGIQUE

1.1 Historique

Il apparaît difficile de dater avec précision l'époque où les premières mutilations sexuelles sont apparues. Les premières traces écrites d'excisions remontent au 2^{ème} siècle avant notre ère, sous le règne de Ptolémée, en Égypte. Des manuscrits retrouvés décrivent la technique d'ablation des petites et grandes lèvres pour des motifs d'hygiène et d'esthétique. Des momies de l'antiquité égyptienne ont également été découvertes infibulées, d'où le terme de circoncision pharaonique.

Galien (130-200), médecin grec décrit dans le *Corpus galénique* le rôle du clitoris : « *ornementer le sexe féminin, et protéger la matrice contre le froid* ». Définir médicalement l'utilité du clitoris le préservait de toute atteinte physique. Au X^{ème} siècle de notre ère, Avicenne, médecin et philosophe, présente le clitoris comme « *une proéminence qui doit être corrigée par la chirurgie* ». Plus récemment, aux XVIII^e et XIX^e siècles, la clitoridectomie était préconisée par certains chirurgiens européens pour venir à bout des déviances sexuelles tels que la nymphomanie, l'hystérie ou l'épilepsie (2) (10).

A eux seuls, ces trois exemples traduisent les préoccupations des médecins, philosophes, et théologiens depuis l'antiquité autour du clitoris : sa nature, son rôle, sa représentation (13).

1.2 Epidémiologie (22)

1.2.1 En France

Le GAMS estime à 60 000, le nombre de femmes excisées ou en danger de l'être sur le territoire français (45). Elles résident essentiellement dans les régions ou départements suivants : Ile-de-France, PACA, Rhône-Alpes, Haute-Normandie, et Nord. La Haute-Normandie est la deuxième région la plus touchée après l'Ile de France et avant le Nord-Pas-de-Calais (29), (44).

En 2008, 40 femmes diagnostiquées mutilées ont accouché au Centre Hospitalier Universitaire de Rouen. Certaines statistiques ont été recueillies sur ces patientes et sont présentées en annexe I.

De nombreux pays d'Europe occidentale, de même que le Canada, les Etats-Unis et l'Australie sont confrontés à ce problème, du fait de l'immigration d'ethnies pratiquant les mutilations sexuelles féminines.

1.2.2 Dans le monde

En Afrique, 28 des 57 pays sont touchés par les MSF (22) (annexe II). Mais ce n'est pas le seul continent concerné. En effet ces pratiques existent également en Asie (Malaisie, Indonésie, Inde) et au Moyen-Orient (Yémen, Arabie Saoudite, Sultanat d'Oman). Certaines tribus indiennes de l'Amazonie péruvienne et vénézuélienne pratiquent ce type de mutilation. L'OMS estime à 130 millions, le nombre de femmes sexuellement mutilées dans le monde (54). En 2006, l'UNICEF avançait officiellement le chiffre d'environ 6000 mutilations par jour dans le monde.

1.3 Un rite ancestral...toujours d'actualité (62)

1.3.1 Description des mutilations

Le déroulement du rituel ainsi que l'âge de la fillette sont très variables, fonction de l'ethnie et de la région. Au Mali, 54 % des mutilations se pratiquent avant la première année de l'enfant. Cette intervention est pratiquée généralement hors du regard masculin, sans anesthésie par les soins exclusifs de l'exciseuse, figure féminine très respectée par la société. Différents objets peuvent être utilisés pour trancher les organes génitaux externes comme des couteaux ou des lames de rasoir (12), (58).

1.3.2 Les Explications invoquées

La pratique des mutilations sexuelles est une coutume traditionnelle, dont les justifications sont nombreuses et souvent erronées :

- La religion (9), (49)

Les mutilations sexuelles féminines sont indépendantes de la religion car pratiquées par des adeptes de différentes confessions, notamment chez les chrétiens d'Afrique de l'est, chez les musulmans, les animistes, ainsi que par des non-croyants dans les pays concernés. Ni la Bible, ni le Coran ne font allusion à ces pratiques.

Il serait inexact d'associer les mutilations sexuelles à la religion musulmane. Pour exemple, elles n'ont jamais été pratiquées dans certains pays musulmans comme l'Algérie, l'Iran ou la Turquie.

- Les arguments à visée prophylactique

Certains arguments mis en avant par les communautés pratiquant les mutilations sexuelles sont ceux d'accroître la fécondité, de protéger le nouveau-né à l'accouchement ou d'assainir les organes génitaux de la femme...(2). De manière paradoxale, ces justifications aboutissent à l'effet inverse puisque ces actes altèrent aussi bien la santé de la mère que celle de l'enfant.

1.4 Comment expliquer que de telles pratiques perdurent aujourd'hui ?

De nombreuses réponses sociologiques et anthropologiques existent (3).

1.4.1 Les raisons sociologiques : le poids de la communauté

La pratique de mutilations sexuelles est une condition sine qua non à l'intégration de la femme dans sa société puisqu'elle lui confère un statut social (2). Cette coutume est un signe d'appartenance ethnique. La pression de la communauté et le respect des traditions obligent les mères à mutiler leurs filles, pour l'honneur familial, et la garantie de virginité (59). Plus particulièrement en France, la pérennisation de cette pratique est une forme de revendication identitaire et met en avant le désir de conserver une identité culturelle au sein du pays d'accueil. S'ajoute à cela, l'éventuel retour dans le pays d'origine, qui impose le respect de cette norme sociale.

1.4.2 Le pouvoir des uns basé sur l'aliénation des autres (2)

Une des justifications plausibles, mais inacceptables, de mutiler une femme est celle de la mainmise sur la sexualité féminine. Les mutilations sont des moyens de contrôle et de répression des pulsions féminines. La femme n'assume qu'un rôle de reproduction. Certains auteurs assimilent les mutilations sexuelles féminines à la circoncision masculine. En pratique, cette comparaison est totalement inappropriée car l'équivalent chez l'homme reviendrait à pratiquer l'ablation du gland.

2 LES CONSEQUENCES SUR LA SANTE

2.1 Les organes génitaux externes (8)

2.1.1 Anatomie descriptive

L'ensemble des organes génitaux externes de la femme définissent la vulve. Elle est constituée de plusieurs structures anatomiques majeures (annexe III) (1), (7) :

- Le mont du pubis (ou de Vénus) est une éminence arrondie située au devant de la symphyse pubienne.
- Les grandes lèvres sont les replis de peau adipeux placés en dehors. Elles mesurent, en moyenne 8 cm de long et 1,5 cm de large. Les petites lèvres sont les replis muqueux de peau situés en dedans. Le rôle des grandes et petites lèvres est de protéger l'orifice vulvaire et les organes génitaux internes.
- Le clitoris, dont le terme vient du nom grec «*kleitoris*» signifiant *petite surélévation*, est un organe érectile et médian présentant une structure anatomique similaire au pénis. Sa partie visible (de 0,5 à 1 cm de diamètre) se situe au sommet des petites lèvres. Il se compose de deux corps caverneux dont la taille varie de 5 à 8 cm qui se réunissent en un corps cylindrique de 3 cm en moyenne. L'incurvation des corps caverneux forme le genou clitoridien dont seule l'extrémité, le gland clitoridien, est visible. Ce dernier est recouvert partiellement d'un capuchon ou prépuce clitoridien.
- Le vestibule est une dépression délimitée par les faces internes des petites lèvres. Il contient l'orifice du vagin et celui de l'urètre.

La vulve est annexée par des glandes qui contribuent à sa lubrification. Les glandes vestibulaires majeures (ou glande de Bartholin) sont situées à l'intérieur des grandes lèvres au niveau de la jonction du tiers moyen et inférieur, les glandes para-urétrales (ou de Skène) se situent de part et d'autre de l'urètre et les glandes vestibulaires mineures sont situées à la surface des formations labiales.

Les autres organes génitaux féminins sont internes et formés par le vagin, l'utérus, les trompes de Fallope et les ovaires.

2.1.2 Vascularisation et innervation (1) (7)

La vulve est vascularisée par les artères pudendales externe et interne ainsi que par leurs branches collatérales. La branche inférieure de l'artère pudendale interne donne des rameaux aux muscles transverses du périnée, au sphincter de l'anus et constricteur du vagin puis se termine dans l'épaisseur de la grande lèvre. Le clitoris est également vascularisé par l'une des branches de l'artère pudendale interne : c'est l'artère dorsale du clitoris.

Le système veineux est analogue à celui du système artériel.

Le plexus pudental assure l'innervation du périnée. Il est constitué des deuxième, troisième et quatrième racines sacrées. Ce plexus se termine par le nerf pudental, mixte dont les branches terminales innervent les petites et grandes lèvres, le périnée antérieur, les muscles ischio-caverneux et bulbo-caverneux, ainsi que le clitoris.

2.1.3 Physiologie sexuelle

Le clitoris est l'organe érectile féminin. Lors de l'excitation sexuelle, son volume augmente par afflux vasculaire. Il représente une zone érogène majeure, due en partie à la présence de nombreux récepteurs sensoriels appelés corpuscules de Krause-Finger. Le rôle des glandes vestibulaires et para-urétrales est de lubrifier les voies génitales pour faciliter les rapports sexuels.

2.2 Définition des Mutilations Génitales Féminines

L'OMS définit les MGF comme : « *toute intervention incluant la lésion ou l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes féminins pour des raisons culturelles, religieuses ou pour toutes autres raisons non thérapeutiques.* » En 2007, la typologie de l'OMS concernant les MGF a été modifiée par rapport à celle de 1995, apportant des précisions descriptives (annexe IV) (54) :

Type I : la **clitoridectomie** est l'ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce. Lorsque c'est possible, il est important de distinguer les principales formes de mutilation de type I, les subdivisions sont : type Ia, l'ablation du prépuce clitoridien uniquement et le type Ib, l'ablation du clitoris et du prépuce.

Type II : l'**excision** consiste en l'ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres. Les subdivisions ci-après sont proposées : types Ia, l'ablation des petites lèvres uniquement ; type IIb, l'ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres ; types IIc, l'ablation partielle ou totale du clitoris, des petites lèvres et des grandes lèvres.

Types III : l'**infibulation** provoque un rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par ablation et accolement des petites lèvres et/ou grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris. Le type III a, est l'ablation et l'accolement des petites lèvres ; le type III b, est l'ablation et l'accolement des grandes lèvres.

Types IV : il s'agit de toutes les **autres interventions** nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins répondant à la définition de l'OMS, telles que la scarification, la cautérisation, l'incision ou l'introduction de substances corrosives dans le vagin pour le rétrécir.

Le type II est le plus fréquemment rencontré : 80 % des femmes mutilées sont excisées. Mais il existe de grandes variations de proportions d'un pays à l'autre. Le type III représente 15 % des MGF et prédominent dans la corne Est de l'Afrique. Le vagin est obturé à l'exception d'un petit orifice postérieur destiné à permettre l'écoulement des urines et des saignements menstruels.

2.3 Les complications (47) (18)

L'ensemble des complications citées ci-dessous n'est pas exhaustif, mais permet de comprendre les répercussions médicales néfastes des MGF. Celles-ci varient énormément d'une femme à l'autre, et sont fonction de plusieurs paramètres tels que :

- les conditions d'hygiène (instrument, souillures...)
- le type de mutilation. Le type III ou excision pharaonique est le plus dangereux pour la santé, du fait de son étendue et de la suture vaginale (18). Mais tous les types de MGF peuvent avoir des conséquences dramatiques.
- l'expérience de l'exciseuse
- le peu de médicalisation des zones où sont pratiquées ces mutilations, ce qui accentue la gravité des complications.

Il faut noter que les informations disponibles sur ces complications sont rares dans de nombreux pays, ce qui dissimule leur importance.

2.3.1 Les conséquences immédiates (54), (55)

- La *douleur intense*. L'appareil génital est la partie la plus innervée du corps féminin. Dans la majorité des cas, les MSF sont faites sans anesthésie. Cette douleur brutale peut être à l'origine d'un choc neurogénique et conduire au décès.
- Les *saignements*. La vulve étant très vascularisée, la section de vaisseaux sanguins tels que l'artère pudendale interne ou l'artère dorsale du clitoris, provoque des saignements abondants, difficilement maîtrisables et pouvant entraîner une anémie parfois sévère. L'hémorragie peut provoquer un collapsus parfois léthal. L'éventuelle *lésion d'organes voisins* tels que le méat urinaire, le vagin, le sphincter anal, augmentent les saignements.
- Les *fractures*. Il s'agit le plus souvent de fractures du fémur ou de la clavicule, dues au maintien forcé de la fillette agitée.

2.3.2 Les conséquences gynécologiques à court terme (47)

- La *rétenion urinaire*. Elle peut résulter d'une inhibition réflexe causée par la brûlure des écoulements sur la plaie, d'un œdème génital qui empêche d'uriner ou de la lésion du méat urinaire (plus fréquent dans les MGF de type III).
- Les *infections*. Le manque d'hygiène lors de l'intervention et la nature des pansements réalisés entraînent fréquemment des infections aiguës. Elles peuvent être localisées et provoquer des abcès vulvo-vaginaux, des phlegmons, des urétrites, des cystites ou s'étendre à la partie haute de l'appareil génital et être à l'origine de cervicite, endométrite ou salpingite...Le matériel utilisé pour l'opération peut, s'il est souillé, être responsable d'infections hématogènes généralisées (hépatites, tétanos, VIH...) (15).

2.3.3 Les conséquences gynécologiques à long terme (47), (55)

- D'une part les *fistules vésico-vaginales* : il s'agit d'une communication anormale entre la vessie et le vagin. Les urines s'écoulent en permanence vers le vagin, sans possibilité de contrôle.
- Les *fistules recto-vaginales* : il s'agit d'une communication anormale entre le vagin et le rectum occasionnant une incontinence fécale.
- Les *kystes dermoïdes sous-cutanés* douloureux qui résultent de l'inclusion de glandes sudoripares ou d'épiderme dans la cicatrice.
- Les *chéloïdes*. Elles se forment lorsque la cicatrisation est lente et incomplète. Il se crée un excès de tissu conjonctif au niveau de la cicatrice. Ces *chéloïdes* peuvent obturer l'orifice vaginal et déclencher des dysménorrhées.

Certaines complications sont plus spécifiques aux mutilations génitales de type III :

- L'*hématocolpos*. L'étroitesse de l'orifice vaginal empêche l'élimination normale des menstrues, il se forme une collection de sang derrière la cicatrice distendant le vagin, puis l'utérus entraînant de violentes douleurs cycliques.

- Les infections gynécologiques précédemment décrites (endométrite, salpingite...) sont responsables de *stérilité* à long terme si elles se compliquent et ne sont pas prises en charge. Elles sont beaucoup plus fréquentes en cas d'infibulation car la fillette peut rester plusieurs jours immobilisée au contact de ses excréments.
- Les *infections urinaires* récidivantes sont fréquentes, car l'écoulement d'urine est dévié, le périnée reste humide, ce qui favorise la prolifération bactérienne.
- *L'impossibilité de suivi gynécologique*. En effet dans l'infibulation, l'orifice vaginal peut ne pas excéder 1 cm de diamètre, ce qui rend l'examen gynécologique impossible : la pose de spéculum et le toucher vaginal ne peuvent être effectués.

2.3.4 Les complications obstétricales (5), (14), (16), (39)

Les complications obstétricales dues aux mutilations génitales féminines sont fonctions principalement du type de mutilation mais également de la qualité de la cicatrisation qui peut être à l'origine d'une obstruction gênante. S'ajoute à cela qu'une infection contemporaine à la mutilation peut créer des adhérences qui rétrécissent l'orifice vaginal (5). La sévérité des complications est à corrélérer aux moyens médicaux de surveillance mis en place et donc fonction du pays où se déroulent la grossesse et l'accouchement (22).

En cours de grossesse

Nous constatons chez les femmes mutilées une fréquence plus importante de fausses couches spontanées précoces ou tardives, de menaces d'accouchements prématurés et de ruptures prématurées des membranes. Ceci s'explique par le taux plus élevé d'infections génitales basses et ascendantes (39). Il est nécessaire de rechercher à l'examen clinique la présence d'affections telles qu'un orifice vaginal rétréci, un abcès, ou un kyste chéloïde, qui pourraient être source de complications pendant le travail et l'accouchement. Plus particulièrement pour les patientes ayant subi une mutilation de type III, les infections urinaires à répétition mal traitées peuvent être à l'origine d'une insuffisance rénale chronique, et entraîner une hypertension gravidique.

En per-partum

Les MGF de type I, plus localisées modifient moins la morphologie vulvaire. Dans la plupart des cas, les femmes qui ont subi des mutilations de type I ne présentent pas de complications à l'accouchement, sauf si une mauvaise cicatrisation a rendu le périnée non ampliable. L'OMS ne recommande pas la pratique d'une épisiotomie systématique lors d'un accouchement voie basse chez une femme ayant subi une clitoridectomie (54).

Les MGF de types II et III augmentent les complications au moment de l'accouchement dues principalement à la cicatrisation lors de la mutilation, et à la présence ou non d'infection gynécologique en cours de grossesse, celles-ci pouvant fragiliser les tissus (5). De plus, la difficulté à réaliser un examen vaginal peut fausser le diagnostic obstétrical de dilatation cervicale et de présentation fœtale.

La formation de tissu cicatriciel induré entraîne une occlusion partielle ou totale de l'orifice vaginal, ce qui ne permet pas la compliance physiologique du périnée antérieur. Au moment de l'expulsion, la perte d'élasticité des tissus cicatriciels et/ou l'occlusion de l'orifice vaginal va d'une part augmenter les risques de déchirures périnéales (au moment du dégagement de la tête fœtale) et d'autre part entraîner une dystocie de dégagement avec un risque d'hypoxie fœtale, de séquelles neurologiques et de décès per-partum de l'enfant. Par conséquent, une épisiotomie préventive permet de diminuer le risque de déchirure du périnée postérieur (23). Cet acte chirurgical est fonction du cas clinique présent et non du type de mutilation. Il est important d'aborder le sujet pendant le travail (même si cela a déjà été fait en consultation prénatale). En effet, l'épisiotomie, certes d'indication médicale, ne doit pas être perçue comme une seconde atteinte mutilante pour cette femme.

En cas de mutilation du type III, l'accouchement ne peut se dérouler sans désinfibulation (ou périnéotomie antérieure). L'OMS recommande de pratiquer cette intervention au cours du deuxième trimestre ou en début de travail sous anesthésie. Cela va d'une part, améliorer le suivi du déroulement du travail et d'autre part faciliter l'expulsion fœtale. La désinfibulation se fait par section verticale médiane. Tout en protégeant le méat urinaire avec le doigt ou une sonde, on sectionne le pont fibreux de l'orifice vaginal jusqu'à l'apparition des vestiges clitoridiens. Puis, on suture les berges de part et d'autre.

En post-partum

En post-partum immédiat, la complication principale est celle de l'hémorragie. On constate plus de déchirures périnéales chez ces patientes primipares ou multipares, et particulièrement au niveau du périnée antérieur, lorsque la tête fœtale se dégage.

En suites de couches, les complications sont d'ordre infectieux car les tissus sont plus fibreux, ce qui ralentit la cicatrisation.

En juin 2006, l'OMS a rendu public les résultats d'une étude menée entre novembre 2001 et mars 2003, qui porte sur le suivi de 28 393 femmes au Burkina-Faso, Ghana, Kenya, Nigeria, Sénégal et Soudan (54). Il s'avère dans cette étude que :

- le taux de césarienne est 30 % supérieur à celui des femmes non mutilées.
- Le taux de mortalité néonatale est augmenté de 15 % pour les femmes mutilées de type I, de 32 % pour le type II et de 55 % pour le type III. On estime qu'un à deux nouveau-nés sur cent décèdent du fait des mutilations sexuelles féminines.
- Le taux d'hémorragie du post-partum est augmenté de 70 % pour les trois types confondus.

2.4 Les répercussions psychologiques

Les troubles psychologiques sont difficiles à évaluer, puisque cet acte est considéré comme un passage obligatoire dans la vie de ces femmes. A aucun moment, les mutilations ne sont présentées comme un événement dangereux sur le plan médical et psychologique par la famille : cette intervention est une tradition qu'il faut honorer. Les symptômes ou troubles psychologiques vont donc difficilement être mis en relation avec la mutilation subie. C'est seulement au moment de la rencontre avec le personnel médical, les représentants associatifs ou les psychologues que ces femmes vont pouvoir mesurer la dimension traumatique d'une telle mutilation. Cet aspect tend peu à peu à s'atténuer grâce à la médiatisation des mutilations sexuelles depuis une quinzaine d'années, mais le recours spontané de ces femmes à une thérapie reste rare, d'où l'importance de l'orientation qu'effectueront les professionnels de la santé.

Madame Haddia DIARRA est psychologue clinicienne pour Médecins du Monde au Havre et intervient auprès des patientes ayant subi des mutilations sexuelles (55). D'après son étude, les différentes mutilations sexuelles créent « *une véritable cassure dans l'existence d'une femme (...) Les troubles psychologiques se traduisent à long terme par des dépressions, des angoisses post-traumatiques, des troubles sexuels et par des comportements suicidaires. La souffrance de ces femmes entraîne une déstructuration, une perte identitaire, une culpabilité et des plaintes somatiques qui se manifestent souvent par des douleurs très fréquentes. L'angoisse est souvent traduite par des insomnies partielles ou totales.* » Chez les patientes qu'elle suit, trois sur cinq acceptent de mutiler leurs filles alors qu'elles ont ressenti leur propre mutilation comme un viol. Cela entraîne également des relations complexes entre la mère et la fille : cette dernière est partagée entre le sentiment de colère et celui de compréhension envers sa mère. Il est donc primordial que ces femmes soient accompagnées vers un travail thérapeutique pour réhabiliter « *leur structure psychique propre et réinvestir leur identité féminine.* »

2.5 Les Répercussions sur la sexualité

Le terme de Mutilation Génitale féminine, employé à l'origine est progressivement remplacé par celui de Mutilation Sexuelle pour renforcer l'impact de ces pratiques sur la sexualité. Les complications les plus fréquentes sont les dyspareunies, l'anorgasmie, l'absence de sensation et la diminution ou l'absence de libido (53). Il est cependant très difficile d'évaluer ces complications car le sujet reste tabou pour de nombreuses femmes d'origine africaine. Peu d'enquêtes sont parues dans la littérature sur ce sujet.

2.6 La chirurgie réparatrice (19) (52) (55)

La chirurgie de reconstruction clitoridienne existe depuis environ 25 ans mais pratiquée de façon plus courante depuis une dizaine d'années. Cette intervention est associée au nom d'un urologue français : le Dr Foldès, qui a initié cette technique dans un premier temps en Afrique et travaille aujourd'hui dans une clinique parisienne. Les patientes sont orientées par des associations telles que le GAMS, ou par des professionnels de santé. Les motifs de consultations sont de trois ordres : la revendication identitaire (retrouver son identité de femme), la revendication sexuelle et la douleur. La réalisation d'une clitoroplastie nécessite un accompagnement

pluridisciplinaire. Ces patientes au cours de leur prise en charge rencontreront un psychologue, un chirurgien gynécologue, un infirmier spécialisé de la douleur et un sexologue. L'intervention se déroule sous anesthésie générale pour éviter de revivre le traumatisme lié à l'excision. Il s'agit d'une chirurgie plastique qui vise à restaurer un clitoris anatomiquement normal et obtenir une innervation si possible fonctionnelle.

La technique chirurgicale est présentée en annexe V (53). La cicatrisation est rapide. Seul un œdème vulvaire antérieur persiste puis s'atténue dans les sept jours. La ré-acquisition sensorielle apparaît entre la quatrième et la huitième semaine post opératoire. Dans les suites opératoires, ces patientes bénéficieront d'un suivi psychologique, sensoriel et sexuel. Cette intervention nécessite une hospitalisation de 24 heures prise en charge totalement par la sécurité sociale depuis 2004. Cette technique semble donner de bons résultats sur le plan anatomique et fonctionnel, mais demeure encore en cours d'évaluation (55).

En 2009, une unité d'Accueil des victimes de mutilations sexuelles est créée au CHU de Rouen (25). Cette plateforme spécialisée, dirigée par le Dr. Resch, a pour but s'accentuer la prévention contre cette pratique et de proposer une prise en charge chirurgicale, psychologique et juridique.

3 ASPECT JURIDIQUE

3.1 La loi française : une spécificité

La France est pionnière dans la pénalisation des mutilations sexuelles. Depuis 1979, plus de vingt procès, à l'encontre d'exciseuses ou de parents dont les enfants sont morts sur le territoire français, ont eu lieu. Ces cas ont été jugés en correctionnelle jusqu'en 1983. La cour de cassation a établi que l'ablation du clitoris est une mutilation qui relève du code pénal. Jusqu'en 1991, les peines de prison prononcées ont été assorties de sursis pour les exciseuses (26), (27), (41).

3.1.1 Le code pénal (50)

Il n'existe pas en droit français de qualification juridique spécifique pour les faits de mutilations génitales, contrairement à d'autres pays européens (17). Ces pratiques sont poursuivies et sanctionnées en matière criminelle au titre (6)

Soit : « *de violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente, infraction punie de 10 ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende* » (article 222-9 du code pénal), et « *de 15 ans de réclusion criminelle lorsque ces violences sont commises à l'encontre de mineurs de moins de quinze ans* » (article 222-10 du code pénal).

Soit : « *de violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner, infraction punie de 15 ans de réclusion criminelle* (article 222-7 du code pénal), *et réprimée à la hauteur de 20 ans de réclusion criminelle* (article 222-8 du code pénal) *lorsqu'elle concerne des mineurs de moins de quinze ans* ».

L'article 222-12 du code pénal prévoit également qu'une action en justice peut être engagée au titre de violences ayant entraîné une interruption temporaire de travail supérieure à huit jours et prévoit une sanction de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende lorsque l'infraction est commise sur un mineur de moins de 15 ans.

Trois nouveaux articles ont été introduits par la loi du 4 avril 2006 et ont pour vocation de rendre plus effective la répression de ces pratiques sur les mineures (35) :

L'allongement du délai de prescription, en matière d'action publique.

L'article 7 du code de procédure pénale, concernant les crimes et l'article 8 pour les délits, a porté à 20 ans le délai de prescription à compter de la majorité de la victime pour :

- *les crimes de violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente commis sur mineurs* (articles 222-10 du code pénal)
- *les délits de violences ayant entraîné une interruption temporaire de travail supérieure à 8 jours, commis sur mineurs* (articles 222-12 du code pénal).

Le renforcement de la répression des mutilations sexuelles commises à l'étranger.

L'article 222-16-2, du code pénal étend l'application de la loi française et sanctionne ces pratiques sur des mineures de nationalité étrangère résidant habituellement en France et qui sont victimes à l'étranger de mutilations sexuelles. L'engagement de toute poursuite d'un délit commis à l'étranger, nécessite une plainte, soit de la victime, soit de ses ayants droit, ou d'une dénonciation de l'État étranger.

La possibilité de lever le secret professionnel en cas de mutilations sexuelles.

En cas d'atteintes sexuelles infligées à un mineur ou à toute autre personne n'étant pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, la possibilité de « lever du secret professionnel » est autorisée.

3.1.2 Le code de Déontologie :

Les articles 2, 15 et 16 du code de déontologie des sages-femmes, précisent les devoirs généraux de celles-ci dans l'exercice de leur profession et garantissent la protection des femmes ayant subi des sévices (annexe VI) (32).

Les articles 10, 43 et 44 du code de déontologie médical rappellent que le médecin est « *le défenseur de l'enfant* » (33).

3.1.3 Des associations actives (annexe VII)

Plusieurs associations nationales et internationales, ainsi que des ONG luttent contre la pratique des mutilations sexuelles et viennent en aide aux femmes mutilées telles que : le GAMS, le CAMS, le Mouvement Français pour le Planning Familial, Gynéco Sans Frontières, Amnesty International, le Comité Inter-Africain sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des Femmes et des enfants...

3.1.4 Le gouvernement français

Le gouvernement français participe à la lutte contre les mutilations sexuelles (51). Xavier Bertrand, ministre de la Santé et des Solidarités en 2006, a présenté un Plan National d'Action pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines (annexe VIII). Ce projet trouve sa place dans le Plan National « Violence et Santé » (11), (34).

Plusieurs résolutions ont été présentées dont celle de former davantage l'ensemble des professionnels de santé. La circulaire interministérielle DGS/SD n° 2006-529 du 13 décembre 2006 est relatif à la formation de ces professionnels (31). Elle a pris effet immédiatement et préconise pour la formation des sages-femmes, un enseignement théorique en deuxième phase d'étude :

- dans le module obstétrique, sur les conséquences des mutilations sur l'accouchement
- dans le module gynécologie et sexologie, sur le dépistage et la prise en charge pluridisciplinaire des femmes ayant subi une mutilation sexuelle et la prévention de la survenue de nouvelles mutilations ainsi que le cadre juridique et déontologique des mutilations sexuelles féminines.

3.2 Au niveau international

Adoptée le 27 juin 1981 à Nairobi, et ratifiée en 1986 par 25 États africains, la charte africaine des droits de l'homme et des peuples (30) a pour but de promouvoir les droits fondamentaux des femmes en Afrique et veiller à la protection de ces droits. Parmi eux, figurent le droit à l'intégrité physique, et la protection des femmes contre les pratiques traditionnelles dangereuses.

L'ONU reconnaît les mutilations sexuelles comme une atteinte aux droits humains fondamentaux. Plusieurs conventions internationales, assorties de plans d'action ont été adoptés par l'ONU dans le but d'aboutir à l'élimination totale de ces pratiques. Le protocole de Maputo signé au Mozambique, en juillet 2003 par 37 états africains, marque un tournant décisif : il interdit, par des mesures législatives assorties de sanctions, toutes formes de mutilations sexuelles, la scarification, et la médicalisation de ces pratiques. En 2005, quinze de ces pays avaient ratifié ce traité (annexe IX).

L'adoption de cette législation est une étape mais c'est l'action gouvernementale sur le terrain qui est primordiale (4).

4 LA PREVENTION DANS LE MILIEU MEDICAL (24), (28)

Il n'existe pas à l'heure actuelle de protocole national de prise en charge des femmes mutilées en dehors ou pendant leur grossesse. Cependant en 2005, l'Académie Nationale de Médecine a mis en place des recommandations visant à éradiquer les mutilations sexuelles (annexe X) (42). Il s'agit :

- d'améliorer les connaissances sur le sujet
- de favoriser la diffusion des connaissances au sein du corps social
- de renforcer et améliorer les pratiques médicales
- d'améliorer les conditions de prise en charge des femmes excisées et/ou infibulées
- d'inciter les autorités nationales à mettre en œuvre des politiques efficaces de prévention

L'instauration d'un dialogue et la relation de confiance entre le professionnel de santé et la patiente mutilée est capitale pour effectuer une prévention efficace (40). Il est important de se repositionner en tant que professionnel, dont le but est la santé et non le jugement d'une pratique culturelle. Cette prévention est à faire à n'importe quel moment au cours ou en dehors de la grossesse (20) (39). La sage-femme a une place importante dans la lutte contre les mutilations sexuelles car c'est au cours de sa grossesse qu'une femme mutilée aura le plus de liens avec les professionnels de santé.

4.1 L'Information

L'information est devenue dans notre société, un élément essentiel dans la relation soignant/patient. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, énonce que « *toute personne a droit d'être informée sur son état de santé.* » (50)

Certaines patientes ne savent pas qu'elles ont subi une mutilation sexuelle, d'autres n'ont jamais mis de mot sur ce « manque » dans leur anatomie. Par conséquent, la première information à donner est de révéler ou définir la présence d'une mutilation sexuelle. Pour ce faire, nous pouvons nous aider d'un schéma comparatif entre une vulve mutilée et intacte. Un examen des organes génitaux doit également être réalisé systématiquement lors d'une consultation prénatale. Il est important de mettre en relation la mutilation sexuelle et ses conséquences gynécologiques, obstétricales et psychologiques. Si une femme précise qu'elle ne souffre d'aucune séquelle médicale, il ne faut pas minimiser les faits mais mettre en avant certains troubles d'ordre émotionnel, pas toujours identifiés par elle-même. Il faut cependant ne pas dramatiser le problème et proposer une prise en charge (55). Nous pouvons également donner les coordonnées d'associations luttant contre ces pratiques et proposer la rencontre d'un psychologue. L'entretien du quatrième mois peut être un moment privilégié pour aborder le sujet. La sexualité est un thème essentiel qu'il faut également évoquer : un rendez-vous avec un sexologue peut être planifié. Dans le cas d'une femme infibulée, la question de la désinfibulation doit être présentée précocement pour lui laisser un temps de réflexion. Il faut également informer celle-ci que la ré-infibulation est interdite en France.

Le dossier médical reste un outil indispensable pour une continuité de prise en charge. Il est donc primordial de noter le type de mutilation ainsi que les informations délivrées. En post-partum, il faut insister sur la nécessité de rééducation périnéale et informer les patientes d'une possibilité de reconstruction clitoridienne.

4.2 Obligations légales et signalement

La sage-femme peut effectuer deux types de signalements : l'un au procureur de la république et l'autre à la PMI (37).

Le signalement au Procureur de la république (annexe XI) doit être fait en cas de constat de mutilation sur une mineure (article 434-3 du code pénal) ou de ré-infibulation sur la mère, ou en cas de danger de mutilation à venir.

Le danger de mutilation peut être exprimé par la patiente (lors d'un retour dans son pays d'origine) ou suspecté (projet familial, sœur de la patiente déjà mutilée...). Pour ce type de signalement, une convocation à titre préventif ou répressif peut alors avoir lieu chez le procureur de la république. Au discours de prévention médicale, s'ajoute donc celui énoncé par un représentant de la justice française.

Informé la PMI en cas de mutilations sexuelles doit être plus largement effectué. Ceci facilite pour la patiente, l'accès aux divers professionnels de santé : médecins gynécologues-obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, puéricultrices, psychologues, assistantes sociales et parfois médiatrice culturelle comme c'est le cas au Havre. Le suivi en PMI permet une plus grande proximité de prise en charge entre la patiente et les professionnels de santé, ce qui participe à la création d'une relation de confiance. Le suivi de l'enfant pourra également être effectué. S'il s'agit d'une fille, les professionnels de PMI seront sensibilisés au sujet et auront déjà établi un lien avec les parents au cours de la grossesse. La PMI est également un lieu de rencontre entre ces femmes qui ont subi des mutilations sexuelles, ce qui permet d'accentuer l'information et de libérer la parole sur un sujet encore tabou.

4.3 Une médiatrice culturelle (57)

En 1988, une formation d'interprètes-médiatrices destinée à trois femmes maghrébines et trois femmes d'Afrique Noire a été organisée au Havre. Le rôle de ces femmes est de permettre une communication entre les personnes d'origine étrangère et le personnel de santé. Elles interviennent dans les maternités du centre hospitalier, dans les centres de PMI, les écoles et autres services médicaux, sociaux, éducatifs et culturels de la commune. Elles permettent de répondre aux problèmes de communication d'ordre linguistiques et culturels. Il est parfois nécessaire d'avoir recours à l'une d'elles pour établir une relation de confiance et permettre une traduction fiable du message à délivrer. Le recrutement de ces médiatrices s'est effectué en 1987 sur de nombreux critères. Elles devaient :

- être mères de famille
- être bilingues (français et langue d'origine, poular ou arabe)
- avoir vécu dans leur pays d'origine, mais également en France plusieurs années
- avoir un niveau de formation générale équivalent à celui du brevet des collèges

Le jury était composé de trois personnes : une linguiste de leur langue d'origine, un sociologue connaissant les migrants du Havre, un psychologue et une sage-femme africaine. La formation, encadrée par l'association pour l'Alphabétisation et l'Animation des Migrants a eu lieu au cours de l'année 1988 et se divisait en trois parties : théorique, linguistique et pratique. Depuis 1989, les six interprètes formées interviennent régulièrement au pavillon mère-enfant du Centre hospitalier du Havre. Elles sont financées par l'Association Havraise pour l'Accueil des migrants et pour l'insertion Activité, fonction d'interprétariat, médiation. (A.H.A.M-A.F.I.M) qui reçoit des subventions du Fonds d'Action Sociale en faveur des travailleurs immigrés et de leur famille (FAS), de la Caisse Primaire d'Assurance maladie (CPAM), de la Caisse d'allocations familiales (CAF), du département de la Seine maritime, de la mairie du Havre et du Centre hospitalier.

Depuis une vingtaine d'années, la présence de ces médiatrices culturelles a permis d'accentuer la prévention contre les mutilations sexuelles et de faciliter la relation entre les professionnels de santé et les patientes d'origines africaines.

ETUDE CLINIQUE

1 METHODOLOGIE

1.1 Les objectifs de l'étude

Les objectifs de cette étude sont de faire un état des lieux des connaissances des sages femmes sur les mutilations sexuelles et d'évaluer la prise en charge effectuée lorsqu'elles sont confrontées à une patiente mutilée. Ceci dans le but de connaître les points essentiels qui permettraient, selon les sages-femmes, d'améliorer le suivi médical des femmes ayant subi des mutilations sexuelles.

1.2 Les moyens d'étude

Notre étude repose sur une enquête prospective multicentrique, auprès des sages-femmes hospitalières et celles exerçant en PMI dans le département de Seine-Maritime. Les maternités concernées sont :

- Centre hospitalier universitaire de Rouen (niveau 3)
- Centre hospitalier Flaubert, Le Havre (niveau 3)
- Centre hospitalier Le Belvédère, Mont Saint-Aignan (niveau 2)
- Centre hospitalier intercommunal d'Elbeuf, Louviers et Val de Reuil (niveau 2)
- Centre hospitalier de Dieppe (niveau 2)
- Clinique Mathilde, Rouen (niveau 2)
- Centre hospitalier de Monod, Montivilliers (niveau 1)
- Centre hospitalier de Fécamp (niveau 1)
- Centre hospitalier de Lillebonne (niveau 1)
- Clinique du Petit Colmoulins, Harfleur (niveau 1)
- Clinique des Aubépines, Dieppe (niveau 1)

Dans un premier temps, la distribution des questionnaires s'est effectuée dans les différents services des onze maternités citées précédemment. Les autorisations de diffusion ont toutes été délivrées avant le 18 octobre 2008 par entretien téléphonique avec les sages-femmes responsables d'unité. 318 questionnaires ont été distribués entre le 20 octobre et le 20 novembre 2008.

Dans un second temps, un courrier postal contenant le questionnaire a été envoyé à chaque sage-femme travaillant en PMI après accord téléphonique, d'une part de la sage-femme responsable des PMI et d'autre part de chacune des 22 sages-femmes travaillant en Seine-Maritime. Cette distribution a eu lieu entre le 15 novembre et le 5 décembre 2008.

La récupération des questionnaires remplis s'est faite progressivement avec la collaboration de sages-femmes référentes dans certaines maternités. La fin de l'enquête était fixée au 15 janvier 2009, date de récupération du dernier questionnaire complété.

Au total 340 questionnaires ont été distribués entre le 20 octobre et le 5 décembre 2008.

164 ont été récupérés en milieu hospitalier, soit 51,5% et 15 en PMI soit 68,2% de retour.

Ce questionnaire (annexe XIII) est constitué de 29 questions, réparties en 4 parties.

La première partie donne des renseignements généraux sur l'activité professionnelle de la sage-femme :

- l'établissement d'exercice
- l'ancienneté
- le(s) secteur(s) d'activité

La deuxième partie s'intéresse aux connaissances anthropologiques, législatives et médicales des sages femmes concernant les mutilations sexuelles.

Les points suivants sont abordés :

- les pays où la majorité des femmes sont mutilées
- la place de la religion dans ces pratiques
- la législation française
- les différents types de mutilations
- certaines particularités médicales lors de l'accouchement d'une patiente mutilée
- les complications à long terme des mutilations sexuelles
- la sexualité des femmes mutilées
- la possibilité d'une réparation chirurgicale
- les associations de lutte contre les mutilations sexuelles
- la participation à une réunion d'information ou colloque sur les mutilations sexuelles

Lors de l'élaboration de cette deuxième partie de questionnaire, un score sur 20 devait être établi à partir des réponses fournies à la question 4 (score sur 10), question 6 (score sur 4) et question 8 (score sur 6).

Cependant dans la question 8, il n'existe pas de réponses vraies ou fausses dans l'absolu car trop peu d'études en France ont été faites sur le sujet et l'intitulé de cette question ne précise pas si le suivi et le déroulement de l'accouchement ont lieu en France ou dans le pays d'origine de la patiente mutilée. Les études permettant de répondre à cette question ont eu lieu dans des pays africains (23) (54). Par conséquent, aucun score n'a pu être établi pour cette question. Seuls les résultats bruts sont présentés.

La question 9 portant sur les conséquences à long terme des mutilations sexuelles, ne précise pas l'aspect facultatif des complications proposées. Cette question n'est donc pas exploitable et les résultats ne sont pas présentés.

La troisième partie se subdivise en deux axes :

- D'une part, elle renseigne sur la pratique professionnelle des sages-femmes confrontées à une patiente mutilée sur les points suivant :
 - le diagnostic
 - la mise en place d'une discussion sur le sujet avec la patiente
 - l'examen gynécologique
 - les informations données
 - la présence d'une médiatrice culturelle
 - l'orientation vers un autre professionnel
 - le moment pour aborder le sujet
 - la prise en charge

- D'autre part, cette partie s'intéresse aux sages-femmes n'ayant jamais été confrontées à une patiente mutilée :
 - l'appréhension d'être confronté à une femme mutilée
 - l'examen clinique
 - le diagnostic
 - le moment pour aborder le sujet

La quatrième partie concerne les besoins éventuels des sages-femmes dans leur pratique professionnelle :

- l'auto-évaluation
- les propositions pour l'amélioration de la prise en charge des patientes ayant subi des mutilations sexuelles

1.3 Les tests statistiques

Les statistiques ont été obtenues grâce aux logiciels Excel et Stata 7.0. Nous avons eu recours au test statistique du chi² pour l'analyse des comparaisons quantitatives. Les tests statistiques utilisés pour les comparaisons de valeurs qualitatives sont le test non paramétrique de Mann et Whitney et celui de Student. Les résultats sont significatifs pour « p » inférieur à 0,05.

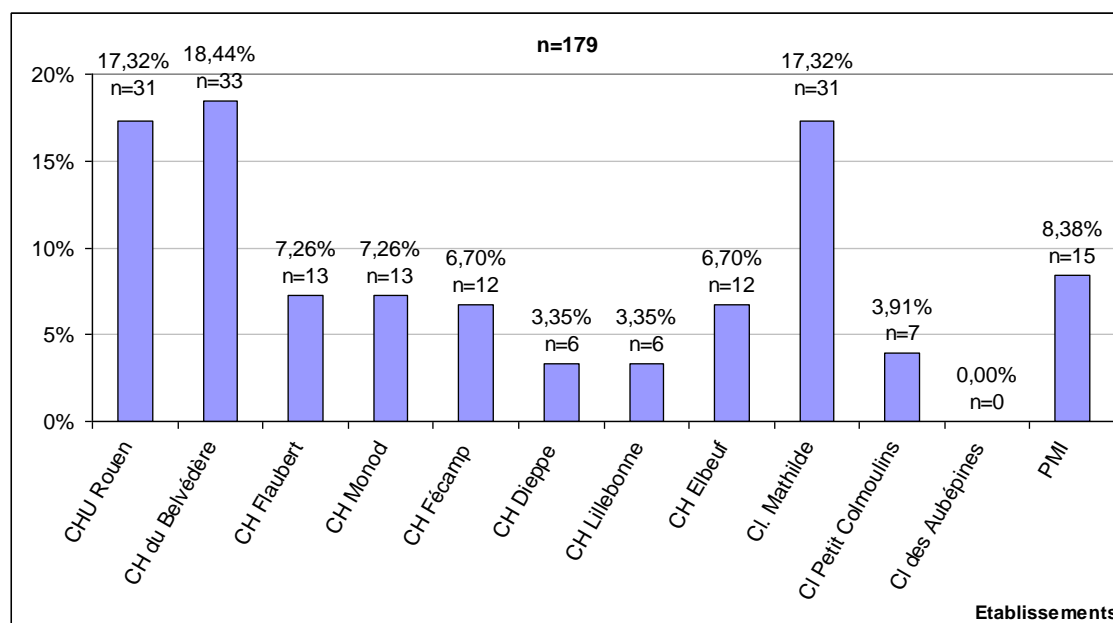
2 LES RESULTATS

La première partie expose les résultats bruts des questionnaires, quant à la deuxième, elle présente certains résultats croisés qui nous semblent intéressants de développer.

PREMIERE PARTIE

2.1 La population d'étude

- 179 sages-femmes ont été interrogées. « n » représente le nombre de réponses obtenues pour chaque question.
- *Q 1. Dans quel établissement exercez-vous ?*



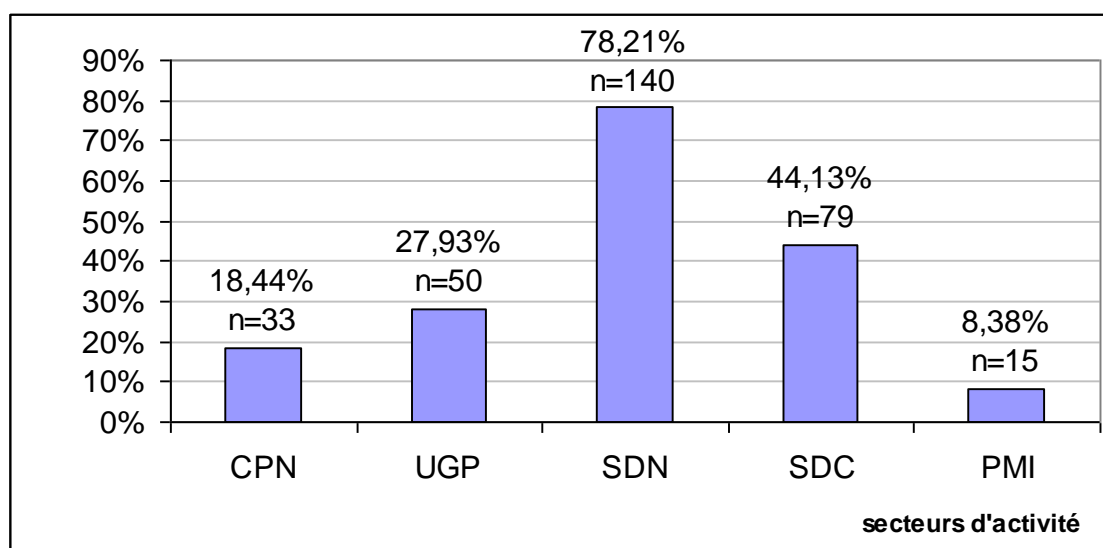
- *Q 2. Depuis combien d'années exercez-vous en tant que sage-femme ?*

L'ancienneté va de 4 mois à 37 ans. La moyenne d'exercice est de 10,6 ans.

50% des sages-femmes (n=89) exercent depuis moins de 6 ans.

Une personne n'a pas répondu à cette question.

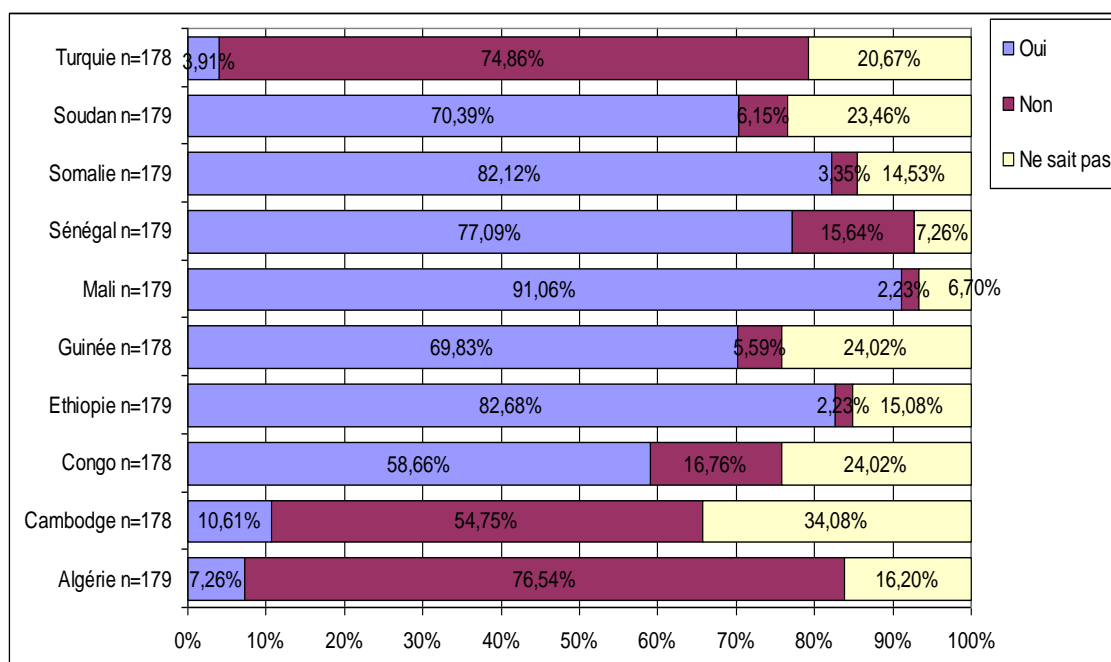
- Q3. Dans quel(s) secteur(s) d'activité(s) travaillez-vous principalement ?
(Plusieurs réponses possibles.)



Les sages-femmes de l'enquête exercent majoritairement dans les secteurs de salle de naissance et de suites de couches.

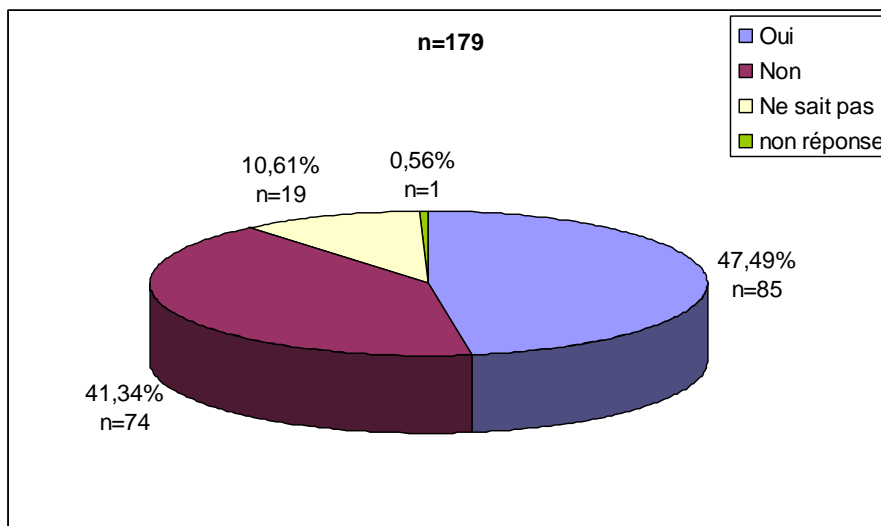
2.2 Les connaissances

- Q4. Selon vous, dans les pays cités ci-dessous, la majorité des femmes sont-elles soumises à la pratique de mutilations sexuelles ?



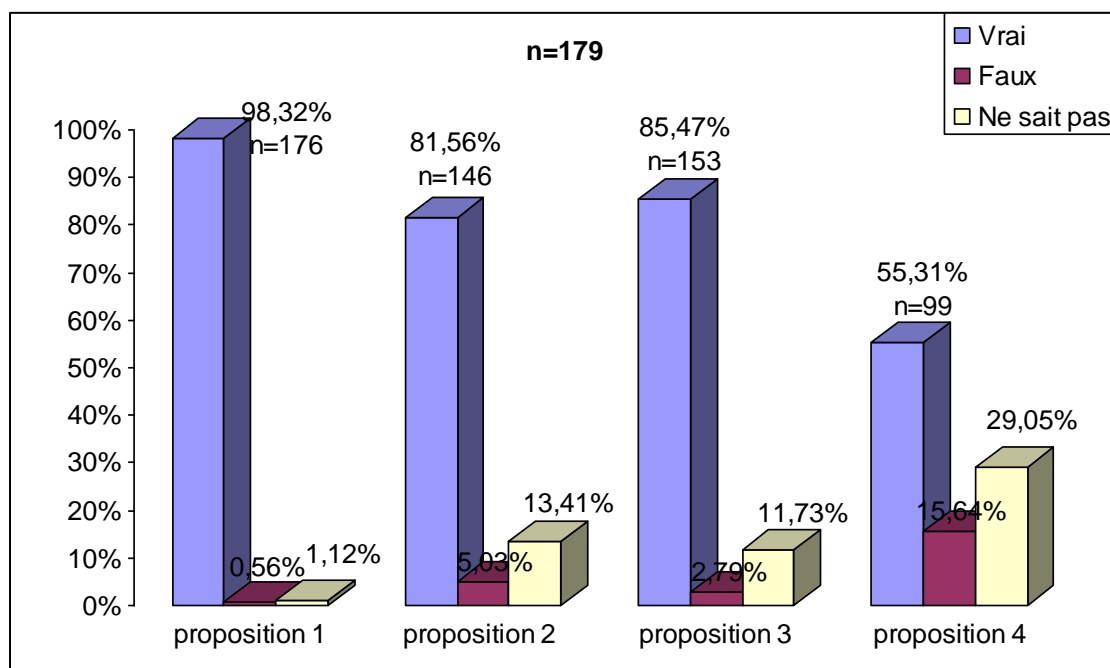
Les réponses des sages-femmes sont correctes pour huit pays (Turquie, Soudan, Somalie, Mali, Guinée, Ethiopie, Cambodge, Algérie) et fausses pour le Sénégal et le Congo.

- *Q5. Selon vous, les femmes musulmanes sont-elles plus à risque de MSF ?*



Pratiquement la moitié des sages-femmes pense que les femmes musulmanes sont plus à risque de mutilations sexuelles.

- *Q6. Selon vous, la France condamne et sanctionne toutes les pratiques de MSF commises :*

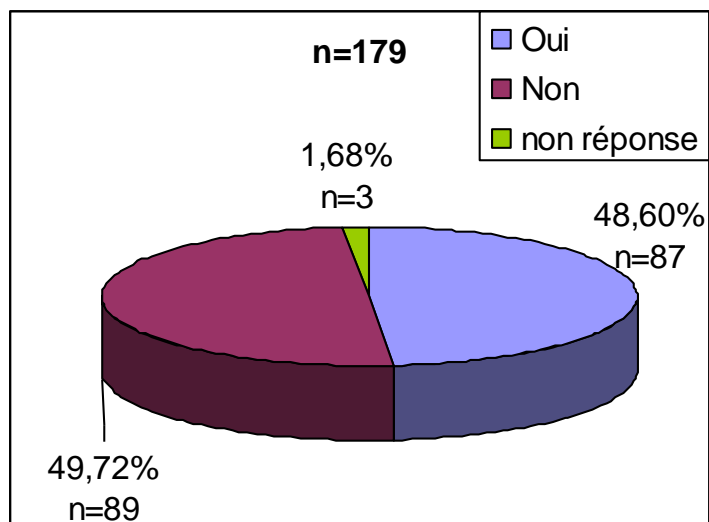


Les propositions sont les suivantes :

1. ...sur le territoire français, pour les mineures de nationalité française.
2. ...sur le territoire français, pour les majeures de nationalité française.
3. ...sur des mineures de nationalité étrangère résidant en France.
4. ...dans un pays étranger chez une femme de nationalité française.

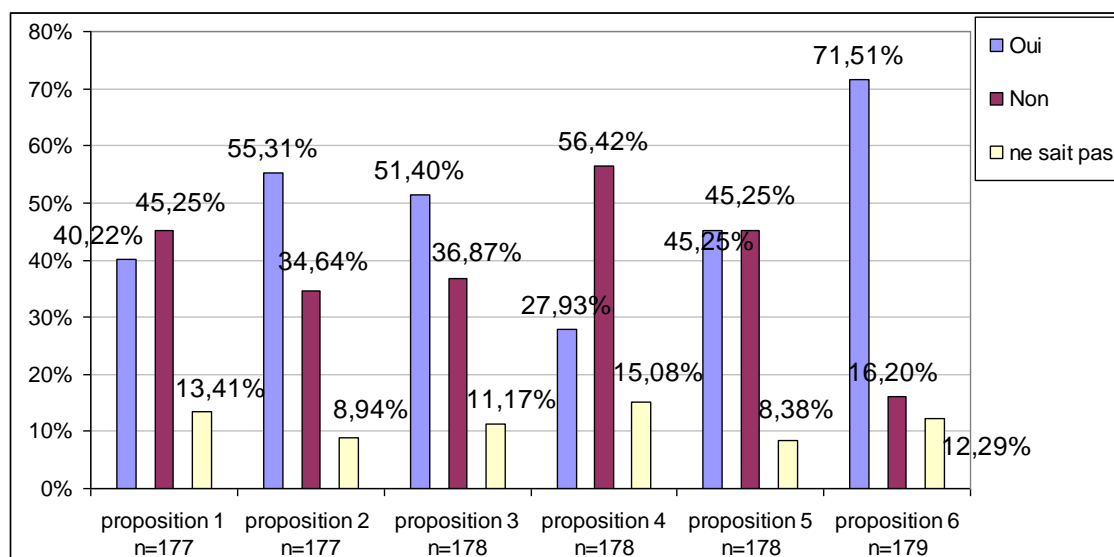
La majorité des réponses des sages-femmes pour chaque proposition est juste.

- Q7. L'OMS décrit quatre types de mutilations sexuelles, les connaissez-vous ?



La moitié des sages-femmes ne connaît pas les quatre types de mutilations sexuelles.

- Q8. Selon vous, l'accouchement d'une femme mutilée présente-t-il :

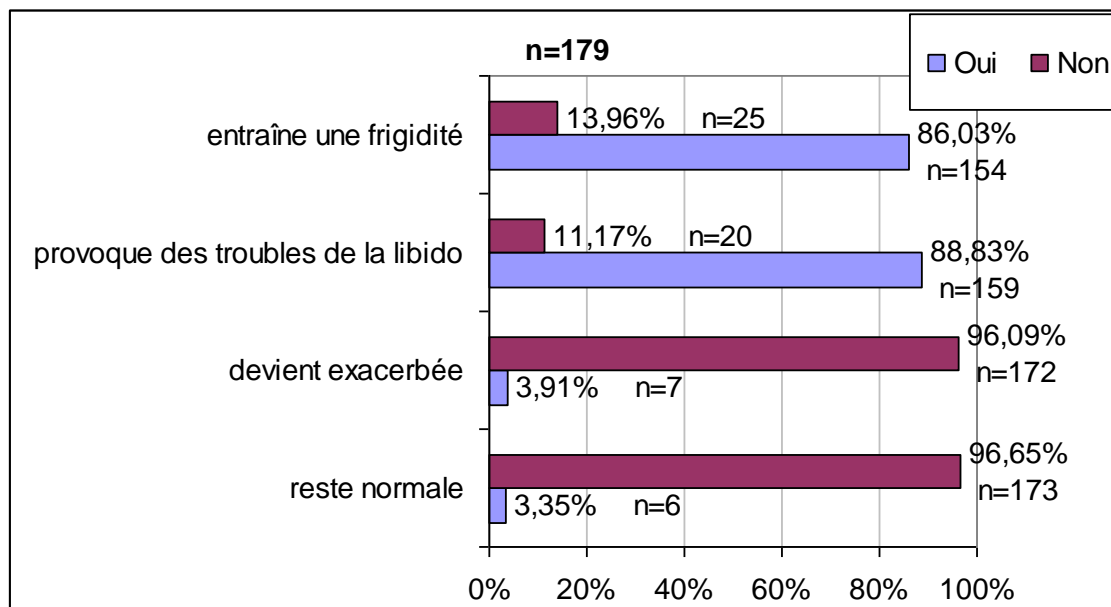


Les propositions sont les suivantes :

1. une indication médicale d'analgésie péridurale
2. une indication médicale d'épisiotomie systématique
3. un risque plus élevé de césarienne
4. un risque plus élevé de mortalité néonatale
5. un risque plus élevé d'hémorragie de la délivrance
6. un risque plus élevé d'infection du post-partum

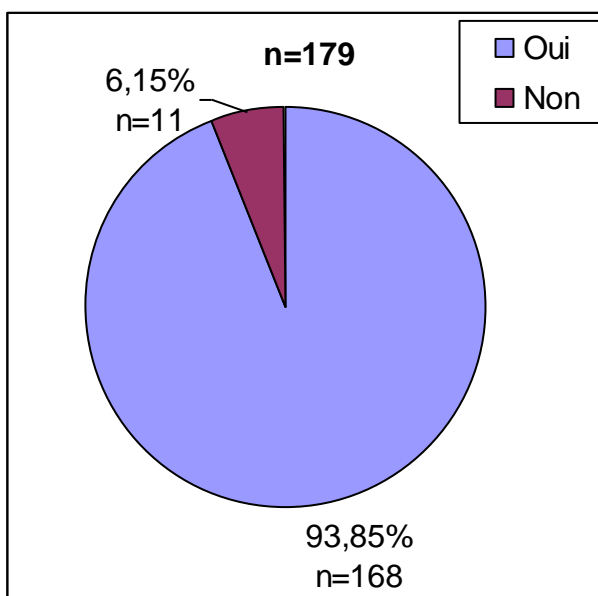
Le type de mutilation n'étant pas précisé : 15 personnes interrogées ont signalé que les réponses dépendaient du type de mutilation.

- *Q10. Dans la plupart des cas, pensez-vous que la sexualité de ces femmes : (plusieurs réponses possibles)*



Les sages-femmes ont conscience des répercussions néfastes que peuvent avoir les MSF sur la sexualité.

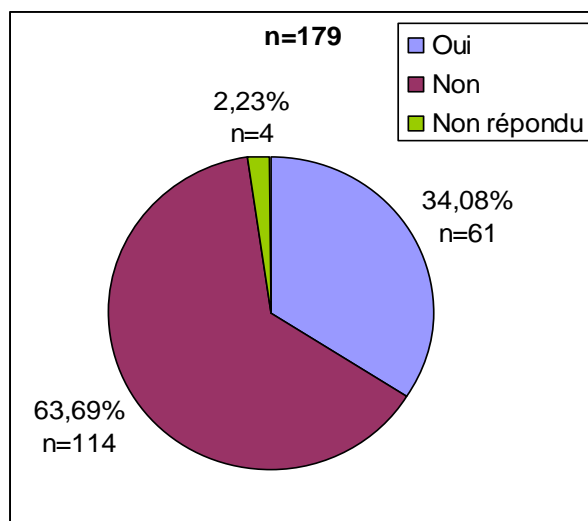
- *Q11. Savez-vous qu'une réparation chirurgicale des organes génitaux externes peut- être effectuée pour ces patientes?*



La majorité des sages-femmes savent qu'une réparation chirurgicale des OGE est réalisable.

- Q12. Connaissez-vous une association de lutte contre les mutilations sexuelles ?

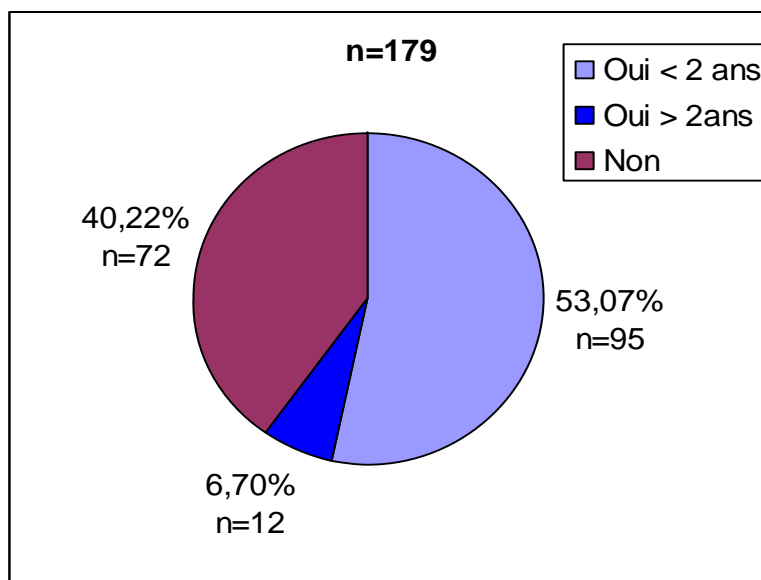
Si oui, laquelle ?



NOM DE L'ASSOCIATION	N
GAMS	27
CAMS	3
CIDFF	3
GSF	1
MFPF	1
AMNESTY INTERNATIONAL	1
ONU SIDA	1
UNICEF	1
Oubli du nom	24

Peu de sages-femmes (n= 38) connaissent et citent un nom d'association de lutte contre les mutilations sexuelles.

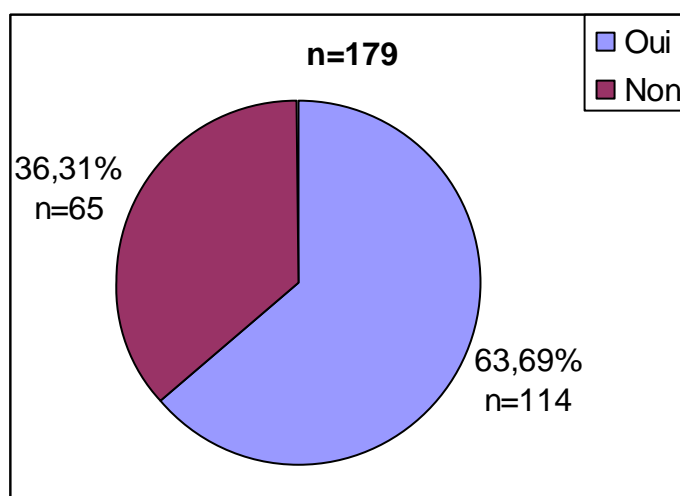
- Q13. Avez-vous déjà participé à une réunion d'information ou colloque sur les mutilations sexuelles ?



Plus de la moitié des sages-femmes a déjà participé à une réunion d'information sur les MSF.

2.3 La pratique

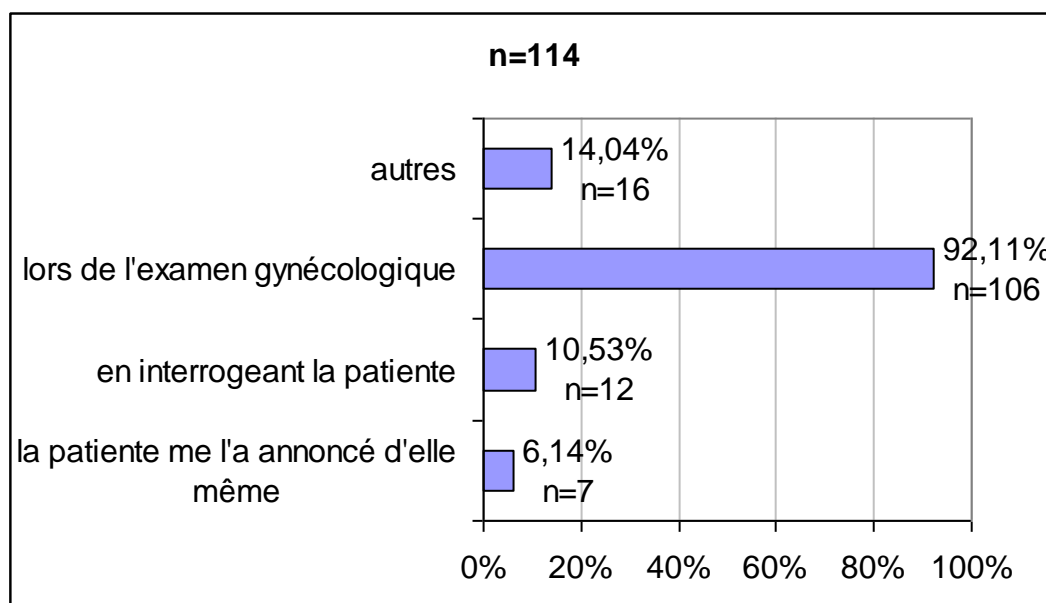
- Q14. Avez-vous déjà été confrontée à une patiente mutilée dans votre pratique ?



64 % des sages-femmes ont déjà été confrontées à une femme mutilée dans leur exercice professionnel.

Les sages-femmes confrontées à une patiente mutilée répondent aux questions de 15 à 23 et les sages-femmes non confrontées aux questions de 24 à 27.

- 15. Comment avez-vous fait le diagnostic ?



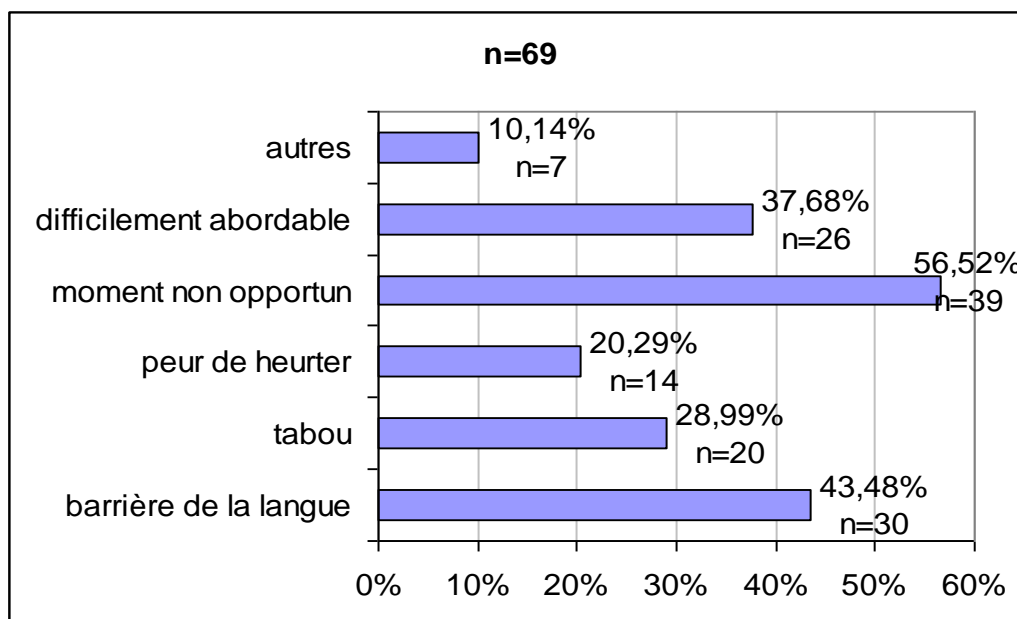
Pour l'essentiel des sages-femmes, le diagnostic de MSF s'est effectué lors de l'examen clinique.

Les 16 personnes (14,04%) ayant répondu « Autres » ont signalé que l'information était déjà inscrite sur le dossier de suivi obstétrical.

- *Q16. Abordez-vous de façon systématique le sujet des mutilations sexuelles avec une femme excisée ?*

	%	N total
Oui	35,96	41
Non	64,03	73
Total	100	114

Si non, pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles.)



69 réponses ont été cochées au total par les 73 personnes ayant répondu « Non » à la Q16. Les 7 propositions « autres » sont : la présence du conjoint est gênante (3), les femmes sont dans le déni (2), il faut trouver le bon moment (1), pas d'information au moment ou j'étais confrontée (1).

- *Q17. Lors d'un examen clinique, faites vous une inspection systématique des organes génitaux externes ?*

	%	N
Oui	78,95	90
Non	19,3	22
Non répondu	1,75	2
Total	100	114

La majorité des sages-femmes effectue une inspection systématique des OGE lors d'un examen clinique.

- *Q18. Selon vous, se pourrait-il que vous n'ayez pas diagnostiqué une femme mutilée lors d'un examen obstétrical ?*

	%	N
Oui	71,05	81
Non	14,91	17
Ne sait pas	12,28	14
Non répondu	1,75	2
Total	100	114

Plus de deux tiers des sages-femmes pensent qu'elles pourraient ne pas avoir diagnostiqué une patiente mutilée.

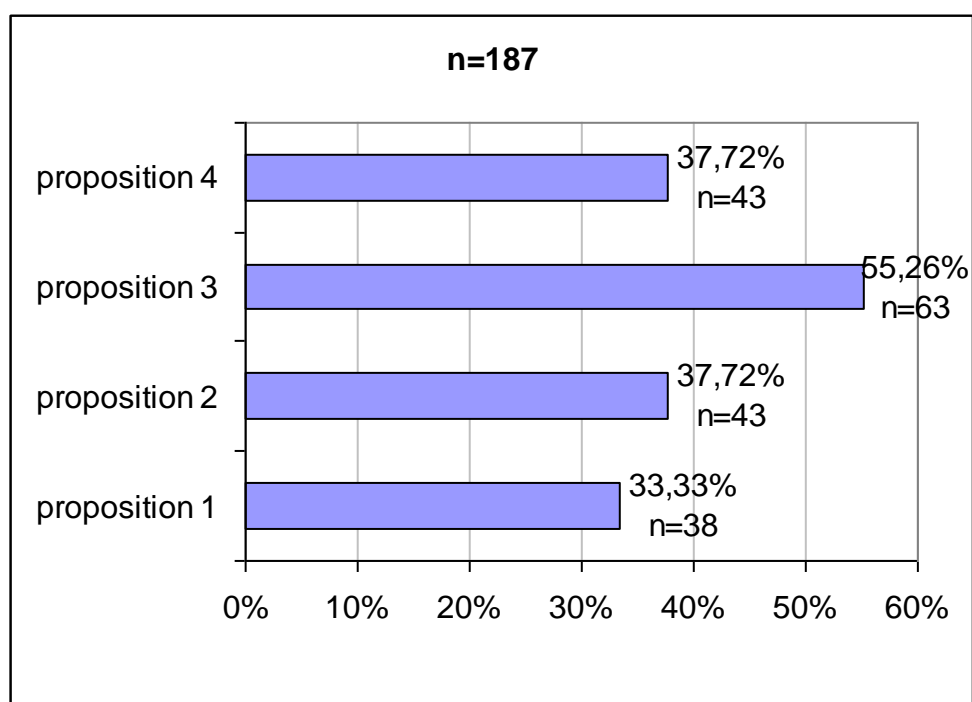
- *Q19. Informez-vous les patientes diagnostiquées :*

Proposition 1 : de l'existence d'une association de lutte contre les mutilations sexuelles

Proposition 2 : du cadre législatif concernant l'interdiction des pratiques de mutilations sexuelles

Proposition 3 : d'une possibilité de réparation chirurgicale

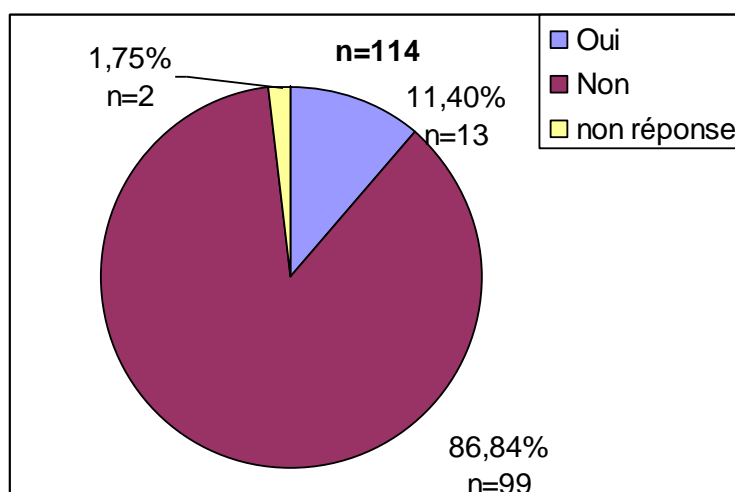
Proposition 4 : des risques, encourus au moment de l'accouchement



8 personnes (7,02%) donnent les quatre informations aux patientes diagnostiquées.

24 personnes (18,42%) ne donnent aucunes de ces informations.

- Q20. Avez-vous déjà eu recours à une médiatrice culturelle pour aborder le sujet avec la patiente ?

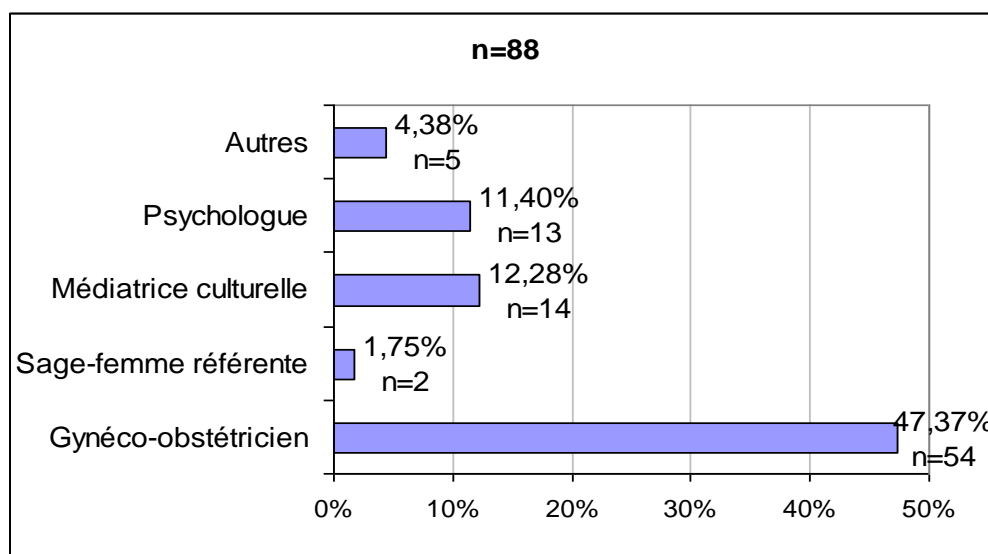


Seules 11 % des sages-femmes ont déjà eu recours à une médiatrice culturelle.

- Q21. Orientez-vous ces patientes vers d'autres professionnels ?

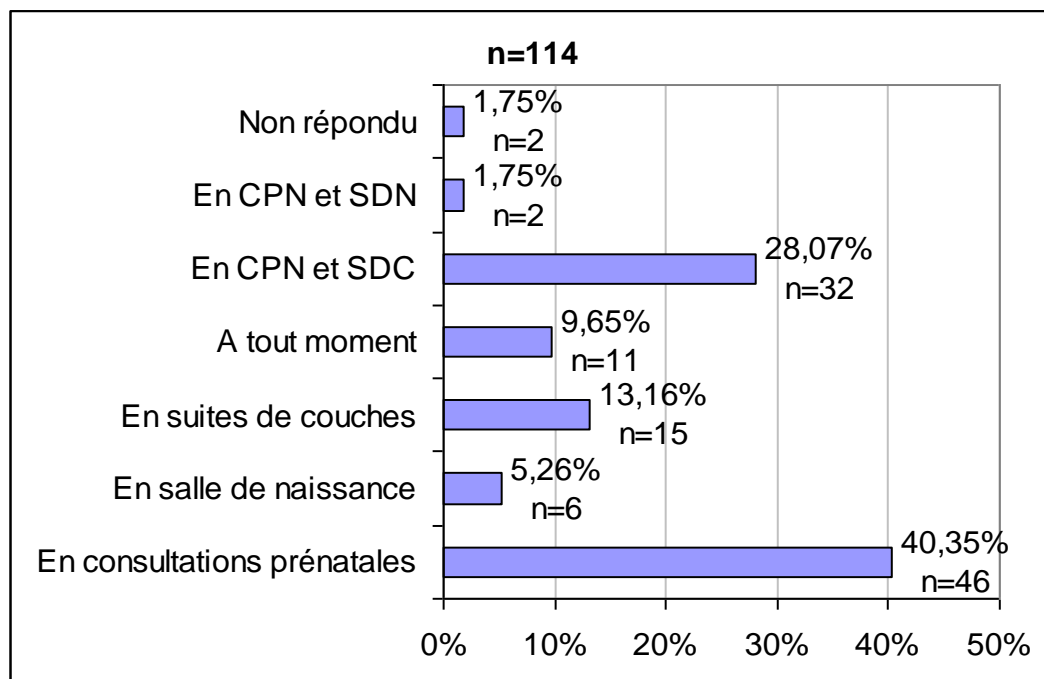
	%	N
Oui	58,77	67
Non	39,47	45
Non répondu	1,75	2
Total	100	114

Si oui, le(s)quel(s) ? (Plusieurs réponses possibles.)



La moitié des sages-femmes oriente ces patientes vers un médecin obstétricien-gynécologue. Les propositions « autres » sont : les associations (3), la PMI (1), l'assistance sociale (1).

- Q22. Selon vous, quel est le moment le plus opportun pour aborder le sujet de mutilations sexuelles avec la patiente ? (Plusieurs réponses possibles.)



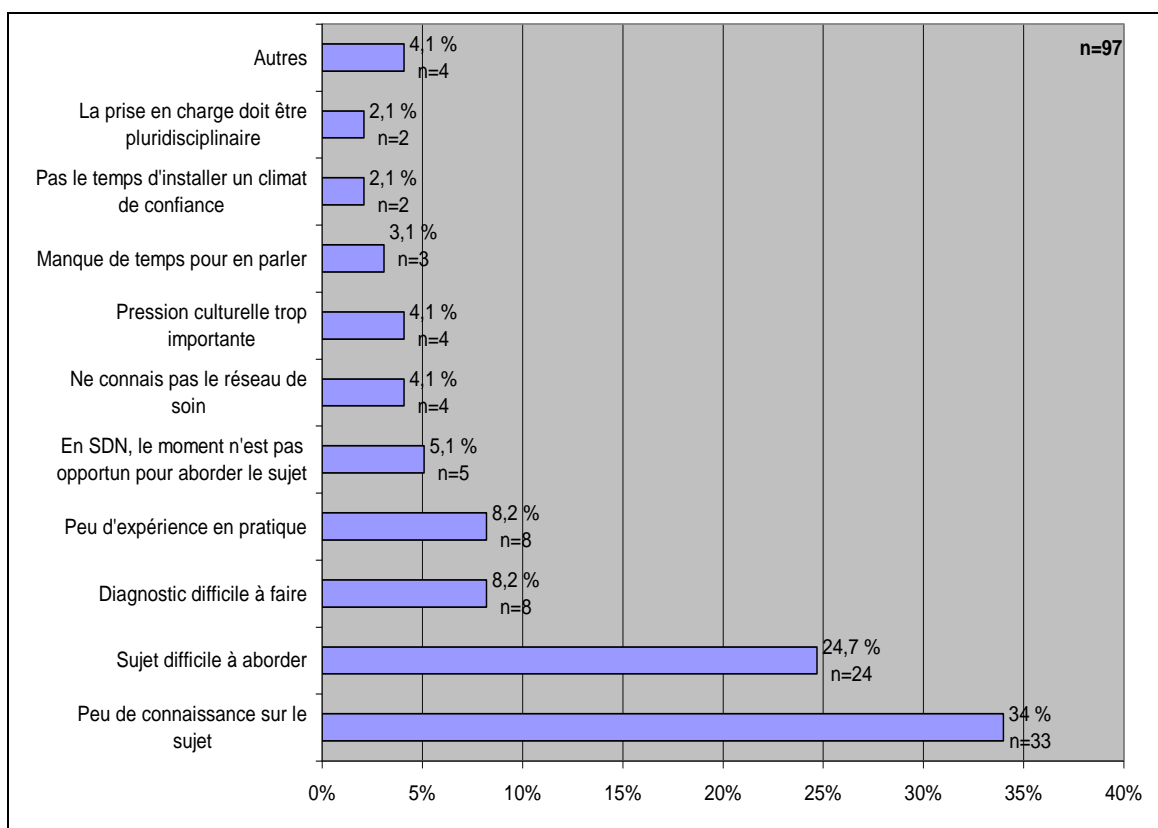
La majorité des sages-femmes estime que le moment le plus opportun pour aborder le sujet est en consultation prénatale.

11 personnes ont ajouté une ou plusieurs autres propositions : en consultation gynécologique (7), l'entretien du 4^{ème} mois (3), en PMI (2), en milieu scolaire (1), au cours de la visite post-natale (1).

- Q 23. Pensez-vous que votre prise en charge des femmes mutilées est optimale ?

92,98% (n=106) des sages-femmes ont répondu « Non ». Sept personnes n'ont pas répondu à cette question (6,14%). Une personne a répondu « Oui » (0,88%).

Pourquoi ? Les dix raisons les plus invoquées sont :

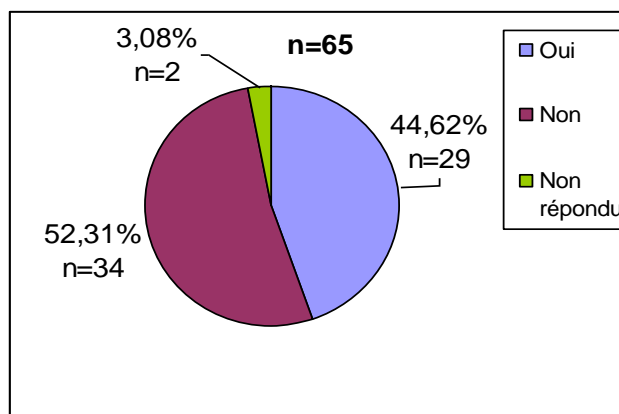


Les autres raisons sont : la présence du mari est gênante (1), je ne parle pas des associations (1), je n'ai pas le réflexe d'en parler (1), je n'ai pas connaissance des associations (1).

88 personnes (77,19 %) se sont prononcées sur cette question. 97 réponses ont été formulées au total.

Les quatre questions suivantes s'adressent aux professionnels n'ayant jamais été confrontés dans sa pratique à une patiente mutilée.

- *Q24. Appréhendez-vous la prise en charge d'une patiente ayant subi des mutilations génitales ?*



La moitié des sages-femmes n'appréhende pas cette prise en charge.

- Q25. Lors d'un examen clinique, faites-vous une inspection systématique des OGE ?

	%	N
Oui	66,15	43
Non	32,31	21
Non répondu	1,54	1
Total	100	65

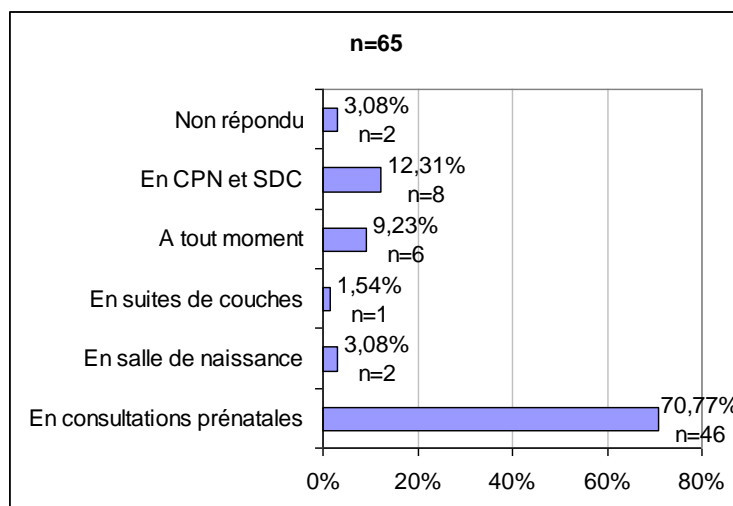
Les deux tiers des sages-femmes réalisent un examen systématique des OGE lors d'un examen clinique.

- Q26. Selon vous, se pourrait-il que vous n'avez pas diagnostiqué une femme mutilée lors de l'examen obstétrical ?

	%	N
Oui	53,85	35
Non	15,38	10
Ne sait pas	29,23	19
Non répondu	1,54	1
Total	100	65

La moitié des sages-femmes pense qu'elles pourraient ne pas avoir diagnostiqué une patiente mutilée.

- Q27. Selon vous, quel est le moment le plus opportun pour aborder le sujet des mutilations sexuelles avec la patiente ? (Plusieurs réponses possibles.)



La majorité des sages-femmes estime que le moment le plus opportun pour aborder le sujet est en consultation prénatale.

12 personnes ont ajouté une ou plusieurs autres propositions : l'entretien du 4^{ème} mois (5), en consultation gynécologique (4), en consultation avec un psychologue (1), en visite post-natale (1), en PMI (1), en consultation de planification familiale (1), en préparation à la naissance (1).

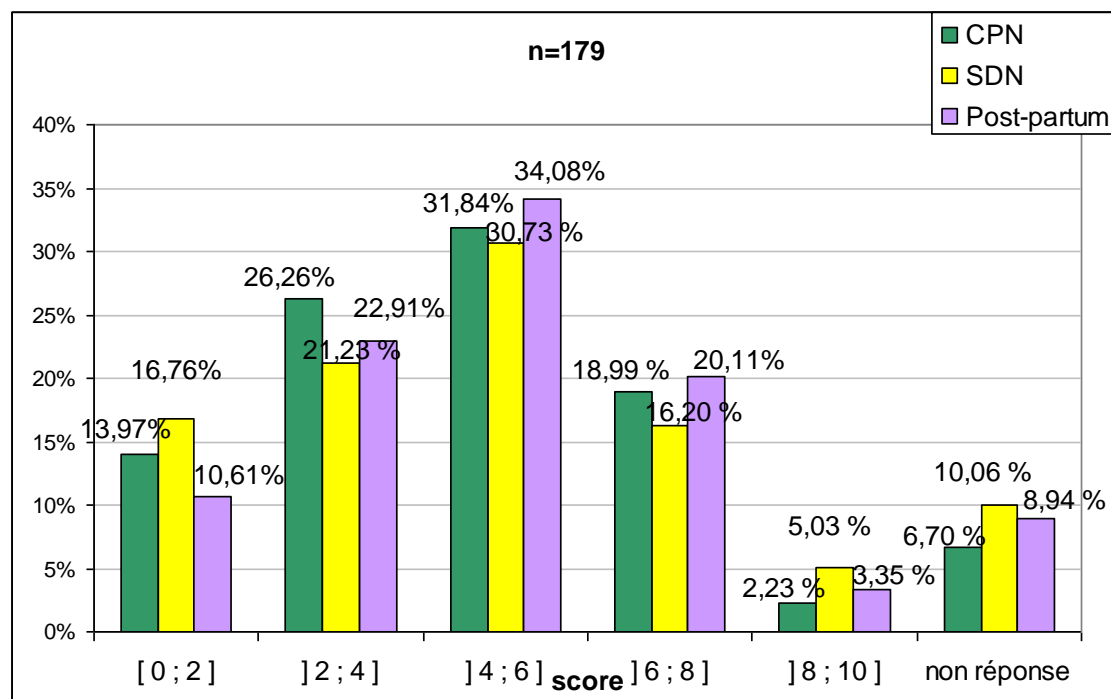
2.4 Vos besoins

- Q28. Comment évalueriez-vous de 0 à 10 vos compétences pour prendre en charge une patiente mutilée ?

0 : je ne me sens pas capable

10 : je me sens capable

Les scores donnés par les sages-femmes ont été regroupés par tranche de deux points.



- Q29. Avez-vous des propositions ou besoins pour améliorer la prise en charge des patientes ayant subi des mutilations sexuelles ?

82 personnes ont répondu « oui » à cette question et 101 propositions (= n) ou besoins ont été évoqués.

Le besoin en formation : 43 sages-femmes ont émis le besoin d'avoir d'avantage de connaissances sur le sujet grâce à une formation ou colloque sur les mutilations sexuelles. Elles souhaitent avoir plus d'informations sur le diagnostic des différents types de mutilations sexuelles (n=14), les associations existantes (n=9), la réparation chirurgicale (n=7), le réseau de soin pour la prise en charge de ces patientes (n=7), le rôle d'une médiatrice culturelle (n=2), les raisons de ces pratiques (n=1).

Un référent médical : 12 sages-femmes souhaitent avoir un professionnel médical référent du sujet pour pouvoir le solliciter en cas de besoin. Celui-ci peut être un médecin (n=7) ou une sage-femme (n=3).

Une brochure pour les patientes : 11 sages-femmes voudraient pouvoir remettre une brochure explicative aux patientes lors de consultations ou d'hospitalisations. Ce prospectus doit fournir des informations concernant le rôle des associations (n=7), les coordonnées d'un centre de soin d'aide aux femmes mutilées (n=4), le droit au recours judiciaire pour les patientes victimes (n=3), l'interdiction de pratiquer les mutilations sexuelles sur le territoire français (n=1).

Une brochure pour les professionnelles : 8 sages-femmes souhaiteraient avoir une brochure destinée aux professionnels. Celle-ci doit comporter des schémas pour aider à différencier les différents types de mutilations sexuelles (n=6), les conduites à tenir pendant la grossesse et l'accouchement (n=5), les coordonnées d'un professionnel référent (n=4), les coordonnées d'associations venant en aide aux femmes mutilées (n=3).

L'enseignement : 4 sages-femmes voudraient que des modules d'enseignement soient systématiquement dispensés dans les écoles de sages-femmes et 3 proposent d'aborder le sujet dans les collèges ou les lycées lors des cours d'éducation sexuelle.

La PMI : 4 personnes ont mis en avant la nécessité d'avoir un suivi de ces patientes en collaboration avec la PMI.

Du temps supplémentaire : 4 sages-femmes ont proposé instaurer une consultation supplémentaire pendant la grossesse pour prendre le temps d'en discuter avec les patientes et 2 souhaiteraient que ce temps de parole ait lieu lors de la visite post-natale.

DEUXIEME PARTIE

2.5 Population confrontée /population non confrontée

Deux groupes ont été définis dans la population d'étude : le **groupe A** représente l'ensemble des sages-femmes ayant été confrontées à une patiente mutilée (n=114) et le **groupe B** représente l'ensemble des sages-femmes n'ayant jamais pris en charge de patiente mutilée (n=65).

Le but est de comparer les réponses apportées par ces deux groupes de population.

- **La Sage-femme**

Q1 : lieu d'exercice :

Les différences observées sont significatives entre le groupe A et B : $p < 0.001$.

Les sages-femmes des établissements suivants : le CH de Monod et Flaubert, le CHU de Rouen, le centre hospitalier d'Elbeuf et la Clinique Mathilde sont significativement plus confrontées aux mutilations sexuelles que celles du CH du Belvédère, de Lillebonne, de Fécamp, de Dieppe, et de la clinique du Petit Colmoulins.

Etablissement	Sages-femmes confrontées aux mutilations sexuelles
CHU de Rouen	87,09 %
CH Belvédère	51,51 %
CH Flaubert	92,31 %
CH Monod	100 %
CH Fécamp	0 %
CH Dieppe	0 %
CH Lillebonne	50 %
CH Elbeuf	83,33 %
Cl. Mathilde	67,74 %
Cl. du Petit Colmoulins	57,14 %
PMI	46,67 %

- **Les connaissances**

Q4 : les pays soumis aux mutilations sexuelles :

Un point est attribué en cas de bonne réponse, un point soustrait en cas de mauvaise réponse. Aucun point attribué ou retiré en cas de non réponse. Une note sur 10 est donnée pour cette question. La moyenne du groupe A est de 4,67/10 et celle du groupe B de 4,45/10. La médiane est calculée pour chaque groupe et permet d'affirmer qu'il n'existe pas de différence significative entre les réponses des groupes A (médiane=5) et B (médiane=4) : $p=0,49$.

Q5 : les patientes musulmanes et les mutilations sexuelles :

Il existe une différence significative entre le groupe A et B : $p<0,001$.

48,24% du groupe A estiment que les patientes musulmanes ne sont pas plus à risque de mutilation sexuelle que les patientes non musulmanes contre 29,68 % du groupe B.

Q6 : législation

Un point est attribué en cas de bonne réponse, un point soustrait en cas de mauvaise réponse. Aucun point attribué ou retiré en cas de non réponse. Une note sur 4 est donnée pour cette question. La moyenne du groupe A est de 3,11/4 versus 2,66/4 pour le groupe B. Il n'existe pas de différence significative entre les réponses apportées par le groupe A et B : $p = 0,23$.

Q7 : Les quatre types de mutilations sexuelles

Il y a une différence significative entre le groupe A et B : $p=0,004$. 57,52 % du groupe A connaît les quatre types de mutilations sexuelles contre 34,92 % pour le groupe B.

Q10 : La sexualité des patientes mutilées

- reste normale : la différence observée n'est pas significative entre les réponses du groupe A et B ($p = 0,88$).

- devient exacerbée : la différence observée n'est pas significative entre les réponses du groupe A et B ($p=0,24$).

- provoque des troubles de la libido: la différence observée n'est pas significative entre les réponses du groupe A et B ($p = 0,39$).

- entraîne une frigidité : la différence observée n'est pas significative entre les réponses du groupe A et B ($p = 0,34$).

Q11 : la réparation chirurgicale des organes génitaux

Il n'y pas de différence significative entre les réponses des groupes A et B : $p = 0,052$.

Q12 : connaissance d'une association de lutte contre les mutilations sexuelles

Il existe une différence significative entre le groupe A et B : $p=0,009$.

41,96 % du groupe A connaît une association de lutte contre les mutilations sexuelles versus 22,2 % du groupe B.

Q13 : participation à une réunion d'information ou colloque sur les mutilations sexuelles

Il existe une différence significative entre le groupe A et B : $p=0,03$.

65,78 % du groupe A y ont déjà participé contre 49,23 % du groupe B.

Q17 et 25 : réalisation d'une inspection systématique des organes génitaux lors d'un examen clinique.

Il existe une différence significative entre le groupe A et B : $p=0,03$.

80,70 % du groupe A réalisent cette inspection systématiquement versus 66,15 % du groupe B.

Q18 et 26 : doute sur le diagnostic d'une femme mutilée

Il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes : $p=0,49$.

83,00 % du groupe A estiment avoir pu ne pas diagnostiquer une patiente mutilée et 78,26 % du groupe B.

Q28 : évaluation des compétences pour prendre en charge une patiente mutilée
- en consultation prénatale

La moyenne du groupe A est de 5,42/10 et celle du groupe B de 4,45/10.

Il existe une différence significative entre la médiane du groupe A (=6) et celle du groupe B (=4) : $p=0,007$.

- en salle de naissance

La moyenne du groupe A est de 5,39/10 et celle du groupe B de 4,23/10.

Il existe une différence significative entre la médiane du groupe A (=6) et celle du groupe B (=4) : $p=0,002$.

- en postpartum :

La moyenne du groupe A est de 5,78/10 et celle du groupe B de 4,63/10.

Il existe une différence significative entre la médiane du groupe A (=6) et celle du groupe B (=4) : $p=0,001$.

2.6 Population ayant assisté à un colloque / population n'ayant pas assisté à un colloque

Deux groupes ont été définis dans la population d'étude : le **groupe A** représente l'ensemble des sages-femmes ayant assisté à une réunion d'information ou colloque sur les mutilations sexuelles ($n=107$) et le **groupe B** représente les sages-femmes n'ayant jamais participé à ce type de réunion ($n=72$).

Le but est de comparer les réponses apportées par ces 2 groupes de population.

Q4 : les pays soumis aux mutilations sexuelles :

Un point est attribué en cas de bonne réponse, un point soustrait en cas de mauvaise réponse. Aucun point attribué ou retiré en cas de non réponse. Une note sur 10 est donnée pour cette question. La moyenne du groupe A est de 4,60/10 et celle du groupe B de 4,55/10. La médiane a été calculé pour chaque groupe et permet d'affirmer qu'il n'existe pas de différence significative entre les réponses des groupes A (médiane=4) et B (médiane=5) : $p=0,97$.

Q5 : les patientes musulmanes et les mutilations sexuelles :

Il existe une différence significative entre le groupe A et B : $p=0,002$

49,05% du groupe A estiment que les femmes musulmanes ne sont pas plus à risque de mutilations sexuelles contre 30,55% du groupe B.

Q6 : législation

Un point a été attribué en cas de bonne réponse, un point soustrait en cas de mauvaise réponse. Aucun point attribué ou retiré en cas de non réponse. Une note sur 4 a été donnée pour cette question. La moyenne du groupe A est de 3,40/4 versus 2,46/4 pour le groupe B. Il existe une différence significative entre les réponses du groupe A et celles du groupe B : $p < 0,001$.

Q7 : les quatre types de mutilations sexuelles

Il existe une différence significative entre le groupe A et B : $p < 0,001$.

69,81% du groupe A connaissent les 4 types de mutilations sexuelles versus 18,57 % du groupe B.

Q10 : la sexualité des patientes mutilées

- ...reste normale : il existe une différence significative entre les deux groupes ($p=0,04$).
5,60 % du groupe A ont répondu que la sexualité des femmes mutilées peut rester normale contre 0 % du groupe B.

- ...devient exacerbée : il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,09$).

- ...provoque des troubles de la libido : il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,15$)

- ...entraîne une frigidité : il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,53$)

Q11 : La réparation chirurgicale des organes génitaux

Il existe une différence significative entre les deux groupes : $p=0,04$.

98,13% des sages-femmes du groupe A savent qu'une réparation chirurgicale est réalisable versus 87,5% de celles du groupe B.

Q12 : connaissance d'une association de lutte contre les mutilations sexuelles

Il existe une différence significative entre les deux groupes : $p=0,04$

42,45 % du groupe A versus 23,18% du groupe B connaissent une association de lutte contre les mutilations sexuelles.

Q16 : aborder le sujet de façon systématique

Il existe une différence significative entre les deux groupes : $p=0,003$.

45,94 % du groupe A versus 17,97 % du groupe B abordent le sujet de façon systématique avec une patiente mutilée.

Q17 : réalisation d'une inspection systématique des OGE lors d'un examen clinique.

Il n'existe pas de différence significative entre les groupes A et B : $p=0,94$.

79,45 % du groupe A réalisent cette inspection systématiquement versus 80,00 % du groupe B.

Q18 et 26 : doute sur le diagnostic d'une femme mutilée

Il existe une différence significative entre les deux groupes : $p=0,02$.

80,82 % du groupe A versus 57,50 % du groupe B estiment avoir pu ne pas diagnostiquer une patiente mutilée.

Q9 : informations délivrées aux patientes

Il n'existe pas de différence significative entre les groupes A et B en ce qui concerne le nombre d'informations délivrées aux patientes : $p = 0,53$.

Q21 : orientation vers un autre professionnel

Il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes : $p=0,14$.

64,38% du groupe A orientent vers un autre professionnel versus 50 % du groupe B.

Q28 : évaluation des compétences pour prendre en charge une patiente mutilée

- en consultation prénatale

La moyenne du groupe A est de 5,69/10 et celle du groupe B de 4,06/10.

Il existe une différence significative entre la médiane du groupe A (=6) et celle du groupe B (=4) : $p<0,001$

- en salle de naissance :

La moyenne du groupe A est de 5,43/10 et celle du groupe B de 4,38/10.

Il existe une différence significative entre la médiane du groupe A (=6) et celle du groupe B (=4) : $p=0,03$.

- en postpartum :

La moyenne du groupe A est de 5,85/10 et celle du groupe B de 4,62/10.

Il existe une différence significative entre la médiane du groupe A (=6) et celle du groupe B (=4) : $p<0,001$.

3. DISCUSSION

Cette enquête avait pour but de faire un état des lieux des connaissances des sages-femmes de Seine-Maritime sur les mutilations sexuelles, de connaître leur prise en charge lorsqu'elles sont confrontées à une patiente mutilée et également de définir certains besoins éventuels dans le but d'améliorer le suivi de ces femmes pendant la grossesse.

❖ La population d'étude

Au 1^{er} janvier 2007, 431 sages-femmes exerçant à titre salarié ou libéral en Seine-Maritime sont recensées par la DREES. Le nombre de sages-femmes travaillant actuellement dans le domaine hospitalier est estimé à 320 et 22 en PMI. 179 témoignages ont été obtenus soit 52,34% de participation : ce qui représente un taux important de réponses pour ce type d'enquête.

Cette étude s'est efforcée d'être la plus représentative possible : c'est pour cette raison qu'elle repose sur l'ensemble des onze maternités du département, publiques et privées, de niveaux I, II et III. Elle permet également de faire un état des lieux sur les établissements plus ou moins confrontés aux mutilations sexuelles en Seine-Maritime. En ce qui concerne l'ancienneté d'exercice des sages-femmes, elle va de 4 mois à 37 ans. Seules les activités principales hospitalières et de PMI exercées par cette profession sont représentées.

L'échantillon d'étude est un bon reflet de la population globale de sages-femmes exerçant dans le département.

❖ Les connaissances

Les connaissances anthropologiques

Concernant les pays où plus de 50% des femmes sont soumises à la pratique de mutilations sexuelles, les sages-femmes ont répondu majoritairement juste pour huit pays sur les dix présentés.

Le pays cité le plus représentatif de mutilations sexuelles pour les sages-femmes est le Mali : 91,06 % des sages-femmes savent qu'on y pratique de façon importante les mutilations sexuelles. A l'inverse, deux pays cités ont une évaluation fautive de cette pratique : il s'agit du Congo et du Sénégal.

Seulement 16,76 % des sages-femmes interrogées savent qu'au Congo, la pratique de mutilations sexuelles reste minoritaire (5% de la population pratique cette tradition). 77,09 % des sages-femmes pensent qu'au Sénégal, les mutilations sexuelles sont pratiquées par la majorité de la population alors que l'OMS estime que cette pratique concerne environ 20 % des femmes du pays. Ce dernier résultat peut s'expliquer d'une part par le fait que la pratique de l'excision est fonction de l'ethnie au Sénégal. Les MSF ne sont presque pas pratiquées chez les Wolofs qui représentent l'ethnie majoritaire du Sénégal (43%) mais peu présente en France, alors qu'elle est très répandue chez les Peuls qui ne constituent que 10 % de la population sénégalaise (46) mais qui est l'ethnie la plus représentée en Seine Maritime. D'autre part, ce pays a participé à la médiatisation de la lutte contre les MSF par le biais du film Moolaadé que certains cinémas de la région ont diffusé en 2007 et remis à l'affiche en décembre 2008. Le Sénégal est un des pays pionniers en matière de lutte contre l'excision. 141 villages ont fait une déclaration commune d'abandon de cette pratique en octobre 2001 avec la participation des associations Tostan et UNICEF et celle du gouvernement sénégalais.

Les sages-femmes estimant que les patientes musulmanes sont plus à risque de mutilations sexuelles sont légèrement plus nombreuses que celles ne l'estimant pas (47,49 % versus 41,34 %). Ce résultat est difficile à interpréter car il faut tenir compte de plusieurs éléments importants :

- d'une part, ces chiffres peuvent surprendre car les mutilations sexuelles sont des pratiques traditionnelles présentes dans les trois religions monothéistes mais non préconisées par celles-ci. Par exemple, au Mali elles sont pratiquées chez 94 % de musulmans et 85 % de catholiques. Cependant, certains leaders religieux mélangent tradition et religion dans le but de maintenir cette pratique alors que le Coran ne prescrit pas les MSF. Amnesty International s'est intéressé à cette question complexe dans un rapport intitulé « Mutilations sexuelles Féminines : les religions sont-elles impliquées ? » publié en 2005.

- d'autre part, les réponses obtenues peuvent être influencées par le fait que quelques pays et plus particulièrement l'Egypte et la Libye, dont la population est majoritairement musulmane, ne condamnent pas les MSF dans le protocole de Maputo (4) et laissent par conséquent véhiculer dans l'opinion publique l'idée fausse que l'abolition des MSF n'est pas conforme à la Charia, le droit islamique. Deux faits particulièrement manifestes dans les justifications données aux réponses apportées concernant cette question. Nous nous apercevons cependant, que lorsque les sages-

femmes sont confrontées à une patiente mutilée ou lorsqu'elles ont assisté à un colloque sur le sujet, le lien entre la religion musulmane et la pratique de mutilations sexuelles devient moins évident.

Les connaissances législatives

Concernant les connaissances des sages-femmes sur l'aspect législatif des mutilations sexuelles, les résultats sont très positifs. Dès les années 80, la médiatisation des procès ayant eu lieu à l'encontre d'exciseuses ou de parents jugés responsables de mutilations sexuelles a permis de diffuser largement l'information sur la position de la France face à ce problème. En effet, plus de huit sages-femmes sur dix savent que la France condamne et sanctionne toutes les pratiques de mutilations sexuelles commises sur le territoire français, pour les mineures et majeures de nationalité française et les mineures de nationalité étrangère résidant en France. Cependant, seules 55,31% des sages-femmes savent que cela est également le cas pour une femme française qui a subi une mutilation sexuelle dans un pays étranger. Cela peut s'expliquer par le fait que cette quatrième proposition amène une réflexion supplémentaire par rapport aux trois précédentes car elle permet de s'interroger sur le droit d'ingérence de la France sur la pratique d'actes mutilants commis dans un autre Etat.

Les connaissances médicales

Il est indéniable que le nombre de patientes mutilées suivies dans le cadre de leur grossesse et/ou accouchement est faible par rapport à la population générale. Pour exemple, en 2008 moins de 2% de l'ensemble des patientes ayant accouché au CHU de Rouen sont mutilées. Cependant, la moitié des sages-femmes (49,72%) interrogées ne connaissent pas les quatre types de mutilations sexuelles. Ce chiffre élevé doit être corrélé avec le fait qu'avant le 13 décembre 2006, aucun module d'enseignement n'était prévu sur le sujet pendant la formation des étudiants sages-femmes (circulaire interministérielle DGS/SD n° 2006-529). L'Ecole du CHU de Rouen dispense cet enseignement depuis 2007 en deuxième phase des études de sage-femme. La mise en place de recommandations de l'Académie de médecine en 2005 a accentué la prise de conscience de la dimension médicale du sujet. Dès septembre 2006, les mutilations sexuelles sont cotées sur les dossiers obstétricaux au CHU de Rouen. Il en est de même dans les deux centres hospitaliers du Havre. En effet, il est indispensable de cibler ces patientes pour leur proposer une prise en

charge adéquate. S'ajoute à cela la présence de formations plus fréquentes sur le sujet depuis quelques années.

➤ L'accouchement d'une femme ayant subi des mutilations sexuelles

Peu d'informations sont connues sur les risques obstétricaux et pédiatriques liés aux mutilations sexuelles en France. C'est pourquoi un travail de recherche sur le sujet est en cours de réalisation par l'INED-Université de Paris I, intitulé « Excision et handicap ». Les résultats seront publiés courant 2009. Les réponses apportées par les sages-femmes seront donc corrélées avec des résultats d'études réalisées en Afrique. Il est important de tenir compte de cet élément dans la mesure où les moyens et conditions de prises en charge médicales diffèrent entre ces deux territoires.

Une étude réalisée au Burkina Faso est parue en 2006 sur les complications maternelles périnéales et fœtales causées par l'excision (23). A noter que les propositions faites aux sages-femmes dans le questionnaire ne précisent pas le type de mutilation alors que l'étude burkinabaise indique qu'il s'agit de mutilation de type II. Cette enquête comparative cas témoin, impliquant 277 parturientes excisées à la maternité du CHU Yo de Ouagadougou montre que les complications maternelles étaient dominées par une durée d'expulsion supérieure à 30 minutes pour 34,56 % des accouchements des femmes excisées soit 9 fois plus fréquemment que chez les femmes non excisées. ($p=0,001$). La fréquence des déchirures périnéales était de 10,13 % dans le groupe des femmes excisées contre 5,73 % dans le groupe des non excisées ($p=0,008$).

45,25 % des sages-femmes interrogées estiment qu'il existe un risque plus important d'hémorragie de la délivrance chez les patientes mutilées et 71,51 % estiment que ce risque supplémentaire existe également pour les infections du post-partum. Ces deux complications sont à mettre en lien avec l'augmentation des déchirures périnéales lors de l'accouchement.

L'étude comparative cas témoin au Burkina-Faso montre que la souffrance néonatale affectait 4,4 % des nouveau-nés de mères excisées contre 0,2 % chez les non excisées ($RR=5,18$ et $p=0,006$). Quant au taux de mortalité néonatale, il était de 22,03 % pour 1000 naissances contre 8,81 % pour 1000 naissances dans le groupe non excisées ($p=0,22$). Moins d'un tiers des sages-femmes interrogées (27,93 %) pensent que les risques de mortalité néonatale sont majorés chez les femmes mutilées. Aucune étude sur le sujet n'a été retrouvée concernant la mortalité néonatale : nous ne pouvons pas conclure sur le sujet actuellement.

Peu d'études fiables sont retrouvées concernant le risque plus élevé ou non de césarienne chez ces patientes : 51,40 % des sages-femmes estiment que le risque de cette complication est plus fréquent chez les femmes mutilées. Nous ne pouvons pas conclure sur ce sujet pour le moment.

55,31 % des personnes interrogées pensent que la réalisation d'une épisiotomie de façon systématique chez une femme mutilée doit être réalisée. D'après les recommandations pour la pratique clinique du Collège Nationale des Gynécologues et Obstétriciens Français, la seule indication systématique de l'épisiotomie est le périnée court qui se définit par une distance strictement inférieure à 3 centimes entre le bord inférieur de la fourchette vulvaire et le centre de l'anus. A noter cependant que les conclusions de l'étude faite à Ouagadougou stipulent que : « *La prévention de ces complications chez la femme excisée repose essentiellement sur l'épisiotomie et l'extraction instrumentale, en particulier pour les MGF de type III.* » En pratique, au CHU de Rouen, le recours à l'épisiotomie en cas de mutilation de type II est fortement recommandé pour diminuer les risques de complications précédemment évoqués mais l'expertise clinique de l'opérateur prime sur la systématisation du recours à ce geste chirurgical.

40,22 % des sages-femmes estiment que l'analgésie péridurale est une indication médicale chez les femmes mutilées. Les recommandations de l'Académie de médecine sur l'APD concernant les indications obstétricales sont : l'accouchement sans douleur, particulièrement si le travail est déclenché, la présentation du siège, les grossesses gémellaires et les utérus cicatriciels. Il n'existe pas de stipulation précise concernant les femmes mutilées. Cependant, si on part du constat que le fait d'avoir subi une mutilation sexuelle augmente le risque de lésions périnéales, de souffrance fœtale et de manœuvres obstétricales (ventouse, forceps, césarienne) lors de l'expulsion, le recours à l'APD doit être facilité. De plus, il faut tenir compte de la dimension affective-émotionnelle de la douleur. En effet, l'évaluation d'une douleur est également fonction de ce qu'on y associe. Vivre un accouchement peut entraîner une remémoration de la mutilation, générer de l'angoisse et accentuer la sensation douloureuse de la parturiente.

Concernant la sexualité des femmes mutilées, plus de 8 sages-femmes sur 10 estiment qu'avoir été mutilée provoque des troubles de la libido et entraîne une frigidité. Le manque d'études dans la littérature sur ce sujet s'explique par la difficulté à aborder ce thème dans les pays concernés. Les centres de soins médicaux et de prise en charge chirurgicale des mutilations sexuelles mettent en place un suivi sensoriel génital des patientes mutilées puis opérées ; ces informations permettront bientôt d'obtenir des informations complémentaires sur le sujet.

93,85 % des sages-femmes savent qu'une réparation chirurgicale des organes génitaux peut être effectuée. Toutes les sages-femmes travaillant au CHU de Rouen sont informées de cette possibilité ; ce qui est rassurant dans la mesure où l'unité d'Accueil des victimes de mutilations sexuelles est située dans les locaux du pavillon mère et enfant du CHU. Nous constatons également que les trois centres hospitaliers où l'ensemble des sages-femmes sont informées de cette prise en charge sont ceux où la proportion des sages-femmes confrontées aux mutilations sexuelles est la plus importante c'est-à-dire les CH Monod et Flaubert du Havre et le CHU de Rouen.

En ce qui concerne la connaissance d'une association de lutte contre les mutilations sexuelles, 63,69 % des sages-femmes déclarent en connaître une mais seulement 21,23 % d'entre elles se souviennent du nom de celle-ci. Ce résultat est faible et révèle le peu de présence de ces associations au sein du milieu hospitalier. L'académie nationale de médecine visant à l'éradication des mutilations sexuelles a inscrit dans ses recommandations la nécessité de : « *faire connaître les structures sociales et associatives menant une action dans le domaine* ».

A l'opposé, toutes les sages-femmes de PMI interrogées (n=15) connaissent au moins une association de lutte contre les mutilations sexuelles et principalement le GAMS. Par conséquent, cela laisse penser que l'orientation de ces patientes vers la PMI faciliterait le lien entre les femmes mutilées et le milieu associatif.

La participation à un colloque sur les mutilations sexuelles :

Les résultats de l'enquête montrent que plus de la moitié des sages-femmes a déjà au moins une fois participé à ce type de réunion d'informations. Le 23 janvier 2007, plus de 250 professionnels de la santé se sont réunis à Rouen pour participer à un colloque régional sur les mutilations sexuelles organisé par la DDASS.

Des réunions ont également eu lieu sur le sujet au sein de certains établissements comme celle présentée par le Dr Resch au CHU de Rouen en 2007 et celle organisée par le AHAM au CH Flaubert le 11 octobre de la même année.

Cette étude permet de mettre en avant les intérêts de ces formations. En effet, en ce qui concerne certaines réponses énoncées par les sages-femmes, celles ayant assisté à ce type de réunions ont de meilleures connaissances théoriques sur le sujet, notamment en ce qui concerne :

- les quatre types de mutilations sexuelles
- les associations de lutte contre les mutilations sexuelles
- la possibilité de recours à une réparation chirurgicale

❖ **La pratique**

63,69 % des sages-femmes interrogées ont déjà été confrontées à une patiente mutilée. Nous avons précédemment vu que ce chiffre brut n'a pas une répartition homogène au sein des établissements de Seine-Maritime ce qui peut s'expliquer par différents critères :

- la répartition géographique des populations concernées par les MSF se situe principalement au Havre (quartier de Caucriauville) et à Rouen alors qu'elle est moins présente sur le bassin dieppois. Au Havre 90% de la population noire africaine est originaire de la région du Fleuve Sénégal qui parcourt le pays du même nom, la Mauritanie, le Mali et s'étend jusqu'à la Guinée Conakry. Leur migration s'est effectuée dans les années 60 après un recrutement massif des usines Renault dans la région (39).
- les critères socio-économiques. Les trois maternités où les sages-femmes sont les plus confrontées aux MSF sont des établissements publics (CHU-Flaubert-Monod). Sachant que la majorité de la population en difficulté financière effectue son suivi dans le secteur public, nous pouvons nous demander si la précarité des patientes mutilées est plus élevée que celle de la population générale? A Rouen, lorsqu'une femme étrangère est prise en charge par un organisme humanitaire comme Médecin Sans Frontières ou France Terre d'Asile, celui-ci l'oriente vers l'UMAS (Unité Mobile d'Action Sociale) située aux urgences DEVE. Le CHU de Rouen remplit donc pleinement sa mission d'accueil public des populations en grandes difficultés sociales et économiques. Il est cependant nécessaire de préciser que seule une minorité des femmes confrontées aux MSF en France est de nationalité étrangère (44).

Difficulté diagnostic et besoin de formation

Dans la grande majorité des cas, le diagnostic de mutilations sexuelles est effectué par la sage-femme lors de l'examen gynécologique. 8 sages-femmes sur 10 effectuent une inspection systématique des organes génitaux externes mais 7 sur 10 estiment qu'il se pourrait qu'elles n'aient pas diagnostiqué une femme mutilée lors d'un examen obstétrical. Ces résultats mettent en lumière la difficulté de diagnostiquer un type de mutilation sexuelle. Nous nous apercevons également que le fait d'avoir été confronté à une patiente mutilée ne réduit pas significativement l'impression de passer à côté du diagnostic. De même, les sages-femmes ayant assisté à une réunion d'information sont également plus nombreuses à avoir ce sentiment de ne pas avoir diagnostiqué une patiente mutilée. Ces résultats peuvent sembler contradictoires dans un premier temps mais ils permettent de se rendre compte qu'être confronté ou informé permet de prendre conscience de la difficulté parfois présente à porter un diagnostic précis.

Les sages-femmes ont conscience de la complexité du sujet puisqu'elles sont 92,98 % à estimer que leur prise en charge n'est pas optimale. La première raison évoquée pour justifier cela est le manque de connaissance sur le sujet pour un tiers d'entre elles. 8,2 % ont précisé que leur défaut de prise en charge est dû à la difficulté de faire un diagnostic fiable de mutilation sexuelle. Ceci se retrouve dans les besoins énoncés par les sages-femmes. En effet, le premier élément souhaité par celles-ci pour améliorer la prise en charge des patientes mutilées est le recours à une formation qui permette d'avoir plus de précisions sur le diagnostic des différents types de mutilations sexuelles, les associations existantes, la réparation chirurgicale, le réseau de soin pour la prise en charge de ces patientes...

Si plus de 9 sages-femmes sur 10 doutent de leur prise en charge, il est important dans chaque centre hospitalier d'avoir les coordonnées d'un professionnel référent qui serait une aide aux professionnels en cas de questionnement sur les démarches à suivre. Il ne faut cependant pas négliger l'importance de l'auto-formation et la formation médicale continue qui sont de la responsabilité de chaque professionnel qui souhaite améliorer ses pratiques et que l'article 4 du Code de Déontologie de la sage-femme énonce.

L'information délivrée aux patientes et le dialogue sage-femme/patiente :

Pour renforcer et améliorer les pratiques médicales, les recommandations de l'Académie nationale de médecine visant à l'éradication des MSF stipulent qu'il faut informer les patientes : « *de l'existence de la mutilation et en évoquer avec elle les divers aspects : risques, interdit légal, protection des enfants à naître, évolution dans les pays d'origine vers l'abolition(...), la possibilité d'envisager une réparation chirurgicale.* » L'information délivrée aux patients est un enjeu majeur actuel c'est pourquoi la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients a renforcé le cadre législatif sur le sujet.

18,42 % des sages-femmes ne donnent aucune des informations recommandées lorsqu'elles sont confrontées à une patiente mutilée. Parmi les quatre propositions citées, c'est celle informant sur la possibilité d'une réparation chirurgicale qui est la plus délivrée. En ce qui concerne l'existence d'associations, le cadre législatif et les risques médicaux, moins de 4 sages-femmes sur 10 fournissent ces informations aux patientes confrontées.

Parallèlement à ce résultat, le dialogue entre la sage-femme et la patiente ne révèle le diagnostic de mutilation sexuelle que dans 16,67 % des cas. Ces deux chiffres sont renforcés par le fait que plus de 60 % des sages-femmes n'abordent pas le sujet systématiquement avec les femmes excisées.

Ces constatations mettent en lumière la difficulté de dialogue entre la sage-femme et la patiente sur le sujet. En ce qui concerne la difficulté à l'aborder avec les patientes, la première raison est celle du moment jugé inopportun. Un quart des sages-femmes a évoqué cette raison, qu'elles exercent en CPN (24,24 %), à l'UGP (26%), en SDN (25 %) ou en SDC (24,05 %). Ce résultat est très intéressant dans la mesure où il reflète que le lieu d'activité de la sage-femme n'a pas de lien avec le fait d'aborder le sujet ou non. Cependant, lorsqu'on interroge les sages-femmes sur le moment qu'elles trouvent le plus opportun pour aborder le sujet, 70,17 % d'entre elles répondent en CPN (associée ou non à une autre réponse) et 41,23 % en SDC (associée ou non à une autre réponse). Il s'agit des deux domaines où le dialogue est facilité dans la mesure où ces services sont moins soumis aux activités d'urgences à la différence de l'UGP ou SDN.

En effet, une information donnée dans le calme permet d'instaurer une relation de confiance entre le professionnel et la patiente : cet élément est un enjeu majeur pour l'amélioration du suivi de ces patientes pendant et en dehors de la grossesse.

Quatre sages-femmes ont émis le souhait d'instaurer un temps de parole supplémentaire au cours de la grossesse ou en post-partum avec ces patientes. L'entretien du quatrième mois pourrait également être un moment privilégié pour installer un dialogue et informer la patiente sur le sujet. La collaboration avec les services de PMI peut apporter un autre élément de réponse à ce problème dans la mesure où la prise en charge multidisciplinaire peut se faire sur du long terme et non de façon ponctuelle comme cela peut être le cas lors d'hospitalisations de courte durée. A noter qu'aucune sage-femme de PMI n'a répondu qu'elle jugeait le moment inopportun pour aborder le sujet.

11 sages-femmes de l'enquête ont proposé la mise en place d'une plaquette d'information destinée aux patientes concernées. Cependant, le GAMS et la CI-AF ont déjà édité un prospectus explicatif définissant les mutilations sexuelles et abordant le sujet des mariages forcés chez les adolescents (annexe XIII). Une brochure a également été élaborée par l'Etat en 2005 (Ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité - Ministère délégué à la Parité et à l'égalité professionnelle - Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées) intitulée : « *Protégeons nos petites filles de l'excision* ». Elle présente les mutilations sexuelles, renseigne sur les complications, expose le cadre légal et aide les femmes touchées à s'orienter vers des professionnels sensibilisés au problème. Au vue des propositions faites par les sages-femmes, ces brochures d'informations doivent être plus largement diffusées aux patientes concernées et donc disponibles dans toutes les maternités du département. Les autres raisons évoquées pour ne pas aborder le sujet sont toutes d'ordre culturel. Cumulées entre elles, elles constituent la raison majeure de ce refus : barrière de la langue, sujet difficilement abordable ou tabou, peur de heurter la femme et/ou présence du mari...

Une des solutions possibles à ce problème est la présence d'une médiatrice culturelle au sein des établissements de soins les plus confrontés aux mutilations sexuelles. Seule 1 sage-femme sur 10 y a déjà eu recours. Au Havre, Nafissatou Fall travaille depuis de nombreuses années pour améliorer la communication au sein des centres hospitaliers de Flaubert et Monod entre les patientes mutilées et les professionnels de santé, ce qui explique que plus d'une sage-femme sur 4 travaillant au Havre ait déjà fait appel à ses services. Le CHU de Rouen grâce à la création du centre d'accueil des victimes de mutilations sexuelles en janvier 2009, propose la rencontre avec une médiatrice culturelle tous les 1^{er} jeudi de chaque mois ou sur rendez-vous.

Il est cependant important que chaque sage-femme arrive à aborder le sujet sans avoir le sentiment de juger négativement une culture. Il peut par exemple être mis en avant certains apports bénéfiques de la culture africaine en France dans le domaine de la maternité, comme le recours important à l'allaitement maternel, le massage du nouveau-né ou le contact par le portage entre la mère et l'enfant. La rencontre avec le professionnel peut aider la patiente à sortir d'un non-dit qui entoure souvent le sujet de mutilation sexuelle au sein de sa famille ou de ses proches. Mettre en place un dialogue permet de replacer les conséquences des mutilations sexuelles dans le domaine médical. Les questions concernant les possibles complications urinaires et sexuelles doivent être abordées. Il est néanmoins important de dédramatiser le problème et donc de proposer une prise en charge lorsque l'on pose le diagnostic.

Une majorité des sages-femmes oriente ces patientes vers un autre professionnel et en premier lieu : le médecin gynéco-obstétricien. Il n'existe pas de recommandation de l'Académie de médecine sur ce point particulier. Au cours de la grossesse, il est de la responsabilité de chaque sage-femme confrontée à une patiente mutilée d'évaluer les risques ou complications gynécologiques et obstétricales afin de prendre ou non la décision d'orienter la patiente vers un médecin. Cependant, si l'information concernant la réparation chirurgicale est généralisée comme le recommande l'Académie nationale de médecine, une consultation avec un médecin spécialiste doit être mise en place. De même, il est essentiel pour améliorer le suivi de ces patientes qu'elles reçoivent au cours de leur suivi de grossesse les coordonnées du centre d'accueil des victimes de mutilations sexuelles, d'une médiatrice culturelle et qu'on les renseigne sur la possibilité de rendez-vous avec un psychologue. Seule une sage-femme de l'enquête a précisé qu'elle orientait ces patientes vers la PMI. Ce résultat met à jour le travail à effectuer dans le milieu hospitalier pour améliorer la collaboration avec la PMI en ce qui concerne la prise en charge des patientes mutilées.

Les sages-femmes non confrontées à une patiente mutilée

Dans notre enquête, les sages-femmes n'ayant jamais été confrontées à une patiente mutilée sont minoritaires. Leurs connaissances concernant la législation et les pays où on pratique cette tradition sont similaires à celles des autres sages-femmes.

En revanche, elles sont proportionnellement moins informées :

- des différents types de mutilations sexuelles
- de la possibilité de réparation chirurgicale des organes génitaux

- de la présence d'associations de lutte contre les mutilations sexuelles

Cela s'explique également par le fait qu'elles soient beaucoup moins nombreuses à avoir déjà participé à un colloque ou réunion d'information sur les mutilations sexuelles.

Plus de la moitié d'entre elles n'appréhendent pas la prise en charge d'une patiente ayant subi des mutilations sexuelles. Parmi les 44,62 % des sages-femmes appréhendant cette prise en charge, plus de deux tiers (68,96 %) n'ont jamais participé à une réunion d'information. Outre son rôle d'enseignement, la formation permet également de réduire significativement l'appréhension des sages-femmes non confrontées.

❖ **Evaluation des compétences**

Dans chacun des trois secteurs d'activités principaux (CPN, SDN, SDC), les sages-femmes qui s'estiment les plus compétentes pour prendre en charge une patiente mutilée sont :

- celles déjà confrontées à une patiente mutilée
- celles ayant déjà assisté à une réunion d'information.

Il est évident qu'on ne peut pas agir sur le premier de ces deux items. A l'opposé, cette enquête permet de faire un bilan très positif des différentes formations qui ont eu lieu dans le département ces dernières années et justifie le besoin premier des sages-femmes à souhaiter qu'elles se renouvellent.

Conclusion

Depuis quelques années, la lutte contre la pratique des mutilations sexuelles se développe fortement en France grâce à la mobilisation conjointe des responsables politiques et du corps médical.

Les sages-femmes de Seine-Maritime sont majoritairement confrontées à ce problème. Comme le montre cette étude, celles-ci ont certaines connaissances sur le sujet et ont la volonté d'améliorer la prise en charge des patientes ayant subi des mutilations sexuelles. Elles ont compris le rôle majeur qu'elles doivent jouer pour dépister ces pratiques et sont prêtes à améliorer leurs acquis par le biais de formations, de brochures explicatives et par la mise en place de professionnels référents.

Cette enquête a également mis en avant la difficulté pour la sage-femme d'aborder le sujet avec une patiente concernée. La conséquence directe de ce problème est le manque d'information délivrée aux patientes. Or pour lutter efficacement contre les mutilations sexuelles il faut certes, prendre en compte l'aspect médical du problème mais tâcher d'y incorporer la dimension culturelle et épidémiologique. L'une des solutions proposées est le recours plus généralisé à une médiatrice culturelle, l'orientation des patientes concernées vers une unité d'accueil médicale, le suivi en PMI ainsi qu'un temps de parole supplémentaire qui pourrait avoir lieu lors de l'entretien du quatrième mois.

Ce travail a également mis en avant la présence trop faible des associations de lutte contre les mutilations sexuelles dans les centres hospitaliers. Il faut par conséquent augmenter la diffusion de plaquettes d'information comme celle du GAMS et les rendre plus disponibles auprès des patientes concernées.

En effet, l'éradication de ces pratiques passe par le développement de la prévention. Preuve en est leur recul observé en Afrique depuis quelques années et plus sensiblement dans les pays où la volonté politique se lie avec les mouvements associatifs. Phénomène encourageant qui doit inciter les sages-femmes à continuer le travail effectué ces dernières années pour améliorer la prise en charge des patientes victimes de mutilations sexuelles.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

1. CHEVALLIER JM. - Anatomie tronc - Paris - Flammarion - 1998 - 468 pages
2. COUCHARD F. - L'excision - Paris - Puf - 2003 - 123 pages - Que sais-je?
3. ERLICH M. - La femme blessée - Paris - L'Harmattan - 1996 - 134 pages
4. GAMS - Nos filles ne seront pas excisées - France - 2006 - 95 pages
5. HOSKEN F. - Le livre d'images universel de la naissance - GAMS - 1991- 87 pages
6. MAYAUD Y., ALLAIN E., GAYET C. - Le Code pénal - Paris - Dalloz-Sirey - 2008 - 2777 pages
7. QUEVAULIERS J., FINGERHUT A. - Dictionnaire médical - Paris - Masson - 2001 - 1589 pages
8. ROUVIERE H., DELMAS A. - Anatomie humaine - Masson - Paris
9. SAADAOUI N. - La face cachée d'Eve : les femmes dans le monde arabe - Paris - Editions des femmes / Femmes poche - 1982 - 415 pages
10. THOMASSET C., JACQUART D - Sexualité et savoir médical au Moyen Age - Paris - Puf - 1985 - page 64
11. TURSZ A. - Violence et santé rapport préparatoire au plan national - Paris - La Documentation Française - 250 pages - Rapport officiel
12. WARIS DIRIE - Fleur du désert - Paris - Albin Michel - 1998 - 328 pages
13. ZWANG - Histoire des peines de sexes - Maloine - Paris - 1994

Articles :

14. BERARDI J.C., TEILLET J.F., GODARD J. - Conséquences obstétricales de l'excision féminine, étude chez 71 femmes africaines excisées - Journal de gynécologie et d'obstétrique et de biologie de reproduction - Paris - vol 14 - 1985 - 746 pages
15. BRADY M. - Female genital mutilation : complication and risk of VIH transmission - in AIDS Patient Care and STDS - 2000 - vol 13 - n°12 - pages 709 à 713

16. CARCOPINO X., SHOJAI R., BOUBLI L. - Les mutilations génitales féminines : généralités complications et prise en charge obstétricale - Journal de gynéco-obstétrique et biologie de la reproduction - vol 33, n°5 - 2004 - pages 378/383
17. DURRIEU-DIEBOLT C., - Le point juridique sur les mutilations sexuelles féminines - Bulletin juridique de la santé publique - 2007 - n°105 - page 7
18. ELCHALAL U., BEN-AMI., BREZESIONSKI A. - Female circumcision : the peril remains - Bju International - 1999 - vol.83 - 108 pages
19. FOLDES P., LOUIS-SYLVESTRE C. - Résultat de la réparation chirurgicale de clitoris après mutilation sexuelle : 453 cas - Gynécologie obstétrique et fertilité - 01/12/2006 - vol 36 - n°12 - pages 1137 à 1141
20. FRANCILLON F. - Les mutilations sexuelles - Vocation sage-femme - n°64 - Juillet/aout 2008 - page 40
21. KO-KIVOK-YUN P., ANDRITSAKIS S., BRACKMAN JP., GAUTIE L. - Les femmes africaines particularités lors de la grossesse et l'accouchement - Les dossiers de l'obstétrique - 01/10/1996 - vol 23 - n°243 - pages 4/39
22. LESCLINGAND M., ANDRO A., - Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France - Population et sociétés - 10/2007 - n°438 - pages 1 à 4
23. MILLOGO-TRAORE F., KABA S., THIEBA B. - Pronostic maternel et fœtal au cours de l'accouchement chez une femme excisée - Journal de gynéco-obstétrique et biologie de la reproduction - 01/06/2007 - vol 36 - n°4 - p393
24. OUAHRANI C., - Mutilations sexuelles féminines : 50 000 filles et femmes concernées en France - Profession sage-femme - 04/2008 - n°144 - pages 12/13
25. Paris Normandie - Agir contre les mutilations - publié le 10/01/2009
26. PEYROT M. - Devant la cour d'assises de Paris l'excision, crime coutumier - Le monde - publié le 08/03/1991
27. PEYROT M. - A la cour d'assises de la Seine-Saint-Denis Cinq ans de prison avec sursis pour une excision - Le monde - publié le 19/01/1993
28. YAPNINE L. - Les professions de santé contre les mutilations sexuelles féminines - La revue du soignant en santé publique - 01/05/2007 - n°19 - p 9/10

Textes officiels :

29. Atlas des populations immigrées - Haute Normandie - statistiques de l'INSEE - Recensement de la population de 1999 - INSEE - dépôt légal avril 2004
30. Charte africaine des droits de l'homme et des peuples du 27 juin 1981 relative aux droits et devoirs de l'Homme
31. Circulaire interministérielle DGS/SD n° 2006-529 du 13 décembre 2006 relative à la formation des professionnels de santé dans le cadre du plan de lutte contre les mutilations sexuelles féminines - Bulletin officiel - 2007
32. Code de Déontologie des sages-femmes - Articles R.4127-302 / R.4127-315 / R.4127-316 du code de la santé publique
33. Code de déontologie des médecins - Articles R.4127-10 / R.4127-43 / R.4127-44 du code de la santé publique
34. LEBAS J. - Commission « Genre et violence » : travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 - La documentation française - 2005 - 40 pages
35. Loi n°2006-399 du 4 avril 2006 relative à la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs

Documents non publiés :

- Mémoires
- 36. BENOIT A. - Maternité chez la femme africaine noire - Ecole de sages-femmes de Rouen - 2005
- 37. BOUJAHMA D. - Les mutilations sexuelles féminines : état des lieux et prise en charge - Ecole de sages-femmes de Lille - 2007
- 38. BWANGI G. - Les mutilations sexuelles féminines en Afrique - Mémoire de licence de gestion du développement - Université de Liège - 1996
- 39. GRIMA S. - La sage-femme et les mutilations sexuelles féminines - Ecole de sages-femmes de Marseille - 2004

40. NURET L. - Le Rôle de la Sage-femme face aux mutilations sexuelles féminines - Ecole de sages-femmes de Tours – 2006

• Thèse

41. GONZALEZ C. - Circoncision et excision des mineurs : de la politique criminelle à la prévention sociale - Thèse de droit - Université de Nice - 1998

Sites internet :

42. <http://www.academie-medecine.fr> - consulté le 15 décembre 2008

43. <http://www.chu-rouen.fr/cismef> - consulté le 10 octobre 2008

44. <http://www.commission-refugies.fr> - consulté le 22 décembre 2008

45. <http://www.gams.com> - consulté le 8 janvier 2009

46. <http://www.gouv.sn/senegal/index.html> - consulté le 22 février 2009

47. <http://www.gynsf.org/msf.php> - consulté le 15 janvier 2009

48. <http://haute-normandie.sante.gouv.fr> - consulté le 28 décembre 2008

49. http://www.laicite-educateurs.org/IMG/pdf/amnesty_mutilations.pdf - consulté le 14 février 2008

50. <http://www.legifrance.gouv.fr> - consulté le 12 décembre 2008

51. <http://www.sante.gouv.fr> - consulté le 11 février 2009

52. <http://www.unicef.org> - consulté le 22 novembre 2008

53. <http://www.urofrance.org> - consulté le 15 décembre 2008

54. <http://www.who.int/fr> - consulté le 20 décembre 2008

Conférences :

55. Les mutilations sexuelles féminines - Colloque du 23 janvier 2007 organisé par la DRASS Haute Normandie - Rouen
56. Réparation chirurgicale des mutilations - 1ère journée humanitaire sur la santé des femmes dans le monde le 8 mars 2006 organisé par Gynéco sans Frontière - Paris
57. Les pratiques culturelles en milieu hospitalier - Conférence du 11 novembre 2007 organisée par l'AHAM, présentée par Nafiffatou Fall - Hôpital Flaubert Le Havre

Documents Audiovisuels :

58. BRENDHECKE D., MULLER BELECKE A., *Mutilations rituelles : des africaines contre l'excision* - Allemagne - 1999 - 57 min
59. JONHSON K., *Le pari de Bintou* - Production CAMS - 1995 - 26 min
60. OUSMANE S., *Moolaadé* - Sénégal - 2004 - prix «Un certain regard» à Cannes en 2004 - 1h57
61. PETIT JOUVET L., *Femmes assises sur un couteau* - Paris - Production AMIP-TLT et GAMS - 1995 - 26 min
62. THURN V., *Pas ma fille ! L'Excision en Europe* - Emission diffusée sur France 5 le 7 février 2007 - 40 min

SOMMAIRE D'ANNEXE

ANNEXE I - Statistiques concernant les patientes mutilées ayant accouché au CHU en 2008

ANNEXE II - Pays où les mutilations sexuelles féminines de types I, II, III et IV ont été constatées

ANNEXE III - Les organes génitaux externes féminins

ANNEXE IV - Les différents types de mutilations sexuelles

ANNEXE V - La chirurgie plastique reconstructrice du clitoris après mutilation sexuelle

ANNEXE VI - Articles du Code de déontologie des Sages-femmes

ANNEXE VII - Coordonnées d'associations luttant contre les mutilations sexuelles

ANNEXE VIII - Discours de Xavier Bertrand : Ministre de la Santé et des Solidarités

ANNEXE IX - Articles 2 et 5 de protocole de Maputo

ANNEXE X - Recommandations de l'académie nationale de médecine visant à l'éradication des mutilations sexuelles féminines

ANNEXE XI - Le signalement au procureur de la république

ANNEXE XII - Questionnaire destiné aux sages-femmes de l'enquête

ANNEXE XIII - Brochure d'informations du GAMS

ANNEXE I

Statistiques concernant les patientes mutilées ayant accouché au CHU en 2008

- Le nombre d'accouchement

	Accouchement	
	N	%
Patientes mutilées	40	1,43
Ensemble des patientes (non mutilées et mutilées)	2791	100

- Le type de mutilation

Grade (type) de mutilation	N
I	15
II	13
III	7
Non défini	5
Total	40

- Le mode d'accouchement

	AVB		Extraction instrumentale		Césarienne	
	N	%	N	%	n	%
Patientes mutilées	29	72,5	4	10	11	27,5
Ensemble des patientes (non mutilées et mutilées)	2073	74,27	316	11,32	713	25,54

- L'analgésie au cours de l'accouchement

	Analgésie loco-régionale		Analgésie péridurale		Rachianesthésie	
	N	%	n	%	n	%
Patientes mutilées	23	57,5	17	42,5	6	15
Ensemble des patientes (non mutilées et mutilées)	2100	75,24	1771	63,45	304	10,89

- Les lésions périnéales

	Episiotomie		Déchirure spontanée		N1		N2		N3	N4
	N	%	N	%	n	%	n	%	N	%
Patientes mutilées	19	47,5	5	12,5	4	10	1	2,5	0	0
Ensemble des patientes (non mutilées et mutilées)	924	33,1	509	18,24	381	13,65	118	4,23	9	1

ANNEXE II

Pays où les mutilations sexuelles féminines de types I, II, III et IV ont été constatées

PAYS	ANNEE	PREVALENCE estimée des mutilations sexuelles féminines chez les filles et femmes âgées de 15 à 49 ans (%)	TYPES de mutilations
BENIN	2001	16,8	I et II
BURKINA FASO	2005	72,5	I et II
CAMEROUN	2004	1,4	I et II
COTE D'IVOIRE	2005	41,7	I et II
DJIBOUTI	2006	93,1	I, II et III
EGYPTE	2005	95,8	I, II et III
ERYTHREE	2002	88,7	I, II et III
ETHIOPIE	2005	74,3	I, II et III
GAMBIE	2005	78,3	I et II
GHANA	2005	3,8	I et II
GUINEE CONAKRY	2005	95,6	I, II et III
GUINEE-BISSAU	2005	44,5	I et II
KENYA	2003	32,2	I, II et III
LIBERIA*	2007	45,0	I et II
MALI	2001	91,6	I, II et III
MAURITANIE	2001	71,3	I et II
NIGER	2006	2,2	I et II
NIGERIA	2003	19,0	I, II et III
OUGANDA	2006	0,6	I et II
REP.CENTRE-AFRICAINE	2005	25,7	I et II
REP. TANZANIE	2004	14,6	II et III
SENEGAL	2005	28,2***	I et II
SIERRA LEONE	2005	94,0	I et II
SOMALIE	2005	97,9	III
SOUDAN, NORD	2006	90	III
TCHAD**	2004	44,9	II et III
TOGO**	2005	5,8	II
YEMEN**	1997	22,6	-

L'estimation de la prévalence découle des données issues des enquêtes nationales (enquêtes sur la démographie et la santé – Demographic Health Survey) publiées par Macro-International ou des enquêtes à indicateurs multiples (MICS) publiées par l'UNICEF.

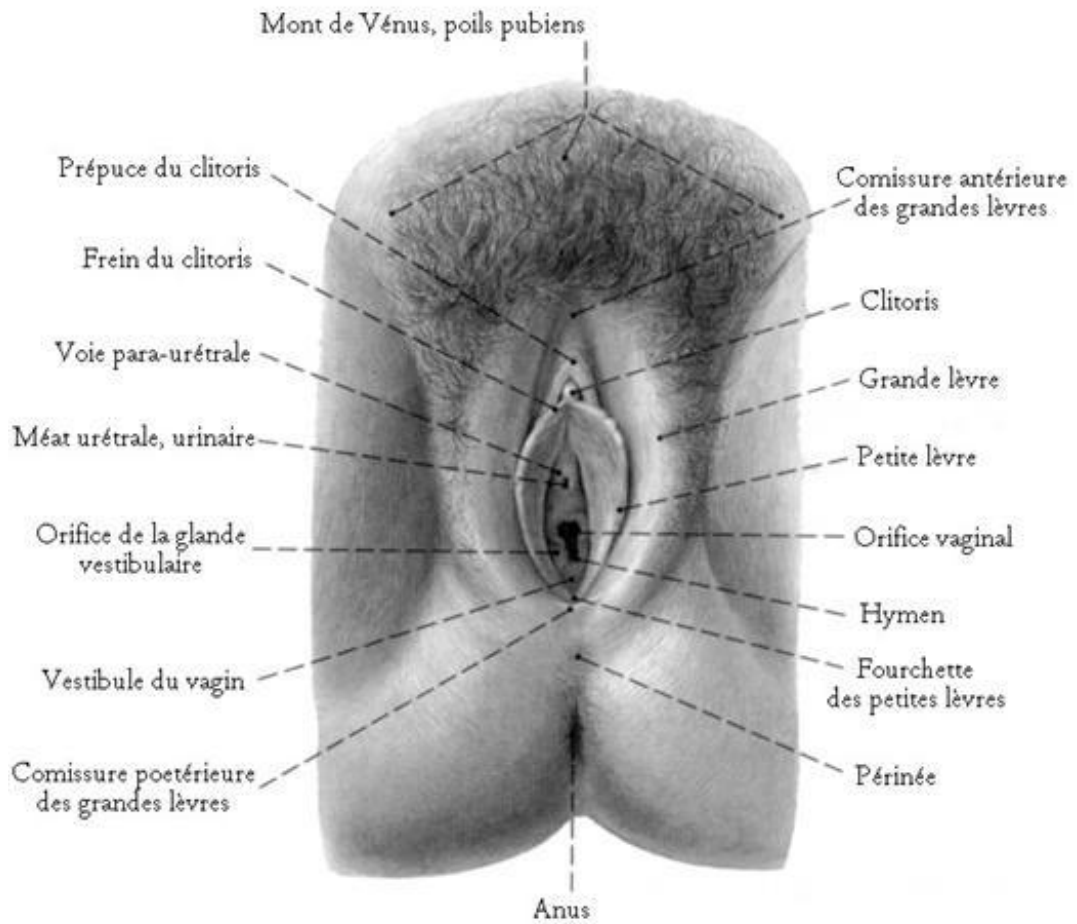
* Etude de S.Yoder et S Khan de l'United States Agency for International Development

** Environ 80% de la population totale faisant l'objet de l'étude

***Les MSF ne sont pratiquement pas présentes chez les Wolofs et les Sérères mais très répandue parmi les ethnies de la Casamance notamment les Peuls, les Mandingues, les Malinkés

ANNEXE III

Les organes génitaux externes féminins



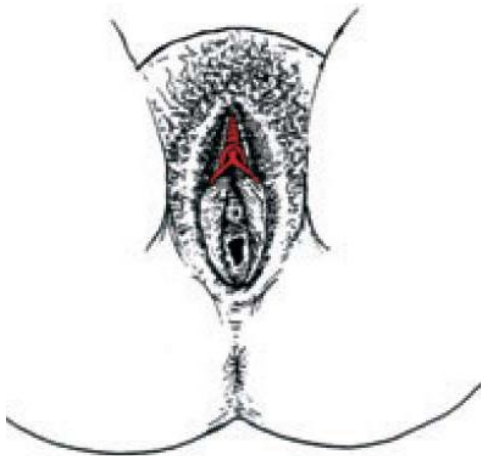
ANNEXE IV

Les différents types de mutilations sexuelles



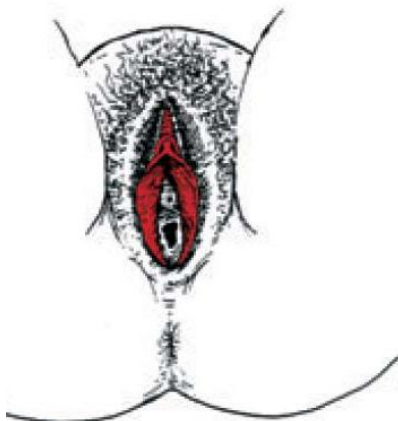
Type I:

Clitoridectomie : ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce.



Type II:

Excision : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres.



Type III:

Infibulation : rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par ablation et accolement des petites lèvres et/ou grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris.

ANNEXE V

La chirurgie plastique reconstructrice du clitoris après mutilation sexuelle

La région excisée se présente parfois comme une paroi lisse et dépourvue de saillie, mais plus souvent porteuse d'une cicatrice irrégulière, voire chéloïde, stigmate d'un geste réalisé sans asepsie ni hémostase.

Incision pré pubienne

La nécessité d'aborder les corps clitoridiens et d'en respecter l'innervation conduit à une incision plus large, longeant le bord de l'ogive pubienne, de manière à dégager le triangle vulvaire antérieur à distance de la région cicatricielle. On dégage ainsi le bord supérieur du genou clitoridien, en restant près du périoste. Le ligament suspenseur est ainsi isolé.

Section du ligament suspenseur

C'est le premier temps fondamental de l'allongement. Le pédicule vasculo-nerveux est solidaire de l'albuginée de la partie dorsale de l'organe, et chemine loin de l'implantation médiane du ligament. La section se fait donc au ras de l'os, ainsi loin que nécessaire.

Libération du genou clitoridien

Elle se pratique également très près du périoste, et suit une bifurcation divergente qui amène aux corps clitoridiens, lesquels descendent le long des branches ischio-pubiennes. Ce triangle de dissection os/ligament/genou est avasculaire et loin des branches nerveuses. Ce geste permet de compléter la libération de l'organe et de gagner une longueur suffisante à sa reconstitution.

Libération du corps clitoridien

Une résection importante ou une perte de substance plus grande peut rendre nécessaire une libération plus complète encore. On l'obtient par une poursuite de la dissection le long de la branche ischio-pubienne en dégageant progressivement le corps, qui mesure huit bons centimètres.

Résection cicatriciel

Deuxième point-clé de la technique, ce temps va supprimer les tissus cicatriciels et retrouver en arrière une recoupe saine de corps caverneux normalement innervés et vascularisés de façon à reconstituer un néo-gland fonctionnel. La recoupe se fait en zone saine et laisse apparaître les corps caverneux adossés au raphé médian. Le tissu alvéolaire saigne normalement.

Reconstitution du gland

On peut commencer par reprendre finement la section initiale, de manière à obtenir deux joues externes d'albuginée souple et une section centrale uniforme. Les tranches de section obtenues sont des recoupes directement innervées et vascularisées par le pédicule dorsal intact. On reconstitue un néo-gland à point séparés de fils à résorption rapide quatre ou cinq zéros en adossant de façon étanche les deux albuginées.

Réimplantation

Il reste à repositionner le gland reconstitué dans sa situation normale, un peu en dessous de l'horizontale passant par le bord inférieur de la symphyse pubienne et marquant une saillie nette d'au moins cinq millimètres en avant du plan vulvaire. L'importance de la libération permet d'arriver à ce résultat sans tension, même en cas de recoupe sévère.

La couverture

Celle-ci dépend de l'état initial. Parfois, une loge faite de peau fine peut être respectée, non sans avoir pris soin d'en vérifier la sensibilité en préopératoire. Le plus souvent, on réimplante l'extérieur de l'albuginée sans couverture supplémentaire.

Fermeture cutanée

Comme dans le cas des plasties de la verge, il est utile de rapprocher les pannicules adipeux sous-cutanés latéraux, pour éviter une adhérence dermique. L'abaissement de la région peut être accompagné d'une plastie Y-V. Elle est réalisée à points séparés à résorption lente sans drainage.

ANNEXE VI

Articles du Code de déontologie des Sages-femmes

Article 2

La sage-femme exerce sa mission dans le respect de la vie de la personne humaine. Il est de son devoir de prêter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes pour la protection de la santé.

Article 15

Une sage-femme qui se trouve en présence d'une femme enceinte, d'une parturiente, d'une accouchée ou d'un nouveau-né en danger immédiat ou qui est informée d'un tel danger doit lui porter assistance ou s'assurer que les soins nécessaires sont donnés.

Article 16

Lorsqu'une sage-femme discerne qu'une femme auprès de laquelle elle est appelée ou son enfant est victime de sévices, elle doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour les protéger.

ANNEXE VII

Coordonnées d'associations luttant contre les mutilations sexuelles

GAMS – Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles

66, rue des Grands Champs

75020 PARIS

tél : 01 43 48 10 87

E-mail : association.gams@wanadoo.fr

Antennes - Le Havre : 06 30 36 42 42

Rouen : 06 32 22 79 99

CAMS – Commission pour l'abolition des Mutilations sexuelles

6 place Saint-Germain des Près

75006 PARIS

tél : 01 45 49 04 00

E-mail : www.cams-fgm.org

(L'association se porte partie civile dans les procès de mutilations sexuelles.)

MFPF - Mouvement français pour le planning familial

4, square Saint-Irénée

75011 PARIS

tél : 01 48 07 29 10

E-mail : www.planning-familial.org

(L'association accueille, informe et propose des consultations sur la sexualité)

GSF – Gynéco Sans Frontières

Faculté de Médecine de Nantes

1, rue Gaston Veil - BP 53508

44053 Nantes cedex 1

tél / Fax : 02 40 41 29 92

E-mail : www.gynsf.org

Amnesty international France

76, boulevard de la Villette

75019 PARIS

tél : 01 53 38 65 65

E-mail : webmestre@amnesty.fr

**CI-AF - Comité Inter-Africain sur les pratiques traditionnelles affectant la santé
des femmes et des enfants**

Bureau de liaison Europe Rue de Lausanne, 145 1202 Genève – Suisse

tél : 00 41 22 71 24 20

E-mail : cominter@prolink.ch

(Regroupe 28 pays en Afrique et 9 groupes en Europe dont le GAMS)

ANNEXE VIII

Discours de Xavier Bertrand : Ministre de la Santé et des Solidarités(50)

Sous réserve du prononcé

« Colloque Mutilations sexuelles féminines »

Lundi 4 décembre 2006 – Institut Pasteur

« J'ai voulu ce colloque sur les mutilations sexuelles féminines et je tenais tout particulièrement à être présent, parce qu'il s'agit d'une pratique intolérable et que ces actes sont non seulement dangereux pour la santé physique de la femme, mais qu'ils portent aussi gravement atteinte à son intégrité psychologique. Qui sait qu'aujourd'hui en France, on estime à près de 60 000 femmes et fillettes qui sont excisées ou menacées de l'être, et que dans le monde, ce sont 150 millions qui le sont. Je veux que toute personne professionnel de terrain, de santé, enseignant ou tout proche, qui voit une personne menacée sache à qui s'adresser pour protéger la jeune fille de l'excision. Je veux que toute personne qui a subi une excision puisse être prise en charge de manière adéquate : elle doit pouvoir recevoir une aide psychologique et si elle le souhaite, bénéficier de la réparation physique. Ces lieux de prise en charge doivent être facilement accessibles.

La première des choses, c'est que la parole doit totalement se libérer. C'est le silence qui tue. La vocation première de ce colloque est de lever le tabou qui entoure cette violence faite aux femmes. En parler, c'est déjà avancer et agir. Je veux tout particulièrement remercier les femmes qui ont accepté et qui ont eu le courage de témoigner aujourd'hui, et rendre un hommage particulier à Madame Khadi Koita qui n'a malheureusement pas pu être là aujourd'hui. Je souhaite rendre hommage aux professionnels de santé (notamment des centres de Protection Maternelle et Infantile), et associatifs (Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles, Commission pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles, le Mouvement français pour le planning familial) qui depuis 25 ans se mobilisent contre l'excision, ainsi qu'à Gynécologues sans frontières qui a rejoint cette dynamique. Je souhaite également remercier les services ministériels, les Conseils Nationaux de l'Ordre des médecins et des sages femmes, et l'ensemble des intervenants qui ont permis que se tienne ce colloque. Car c'est une véritable mobilisation sociétale que nous voulons provoquer. Cette mobilisation va se poursuivre à l'échelle régionale, et je m'en félicite.

I- Je souhaite revenir sur le contenu du colloque lui-même, sur les points qu'il a permis de préciser et sur les besoins qu'il a permis de mettre en évidence :

la pratique de l'excision sur le territoire a sans nul doute régressé, mais elle n'a toutefois pas disparu. Il semble même que si nous devons rester vigilants sur notre territoire, elle est aujourd'hui surtout pratiquée lors de retours au pays, notamment pour les vacances. Aujourd'hui les leviers législatifs existent, mais ils doivent être mieux connus notamment des professionnels.

Nous avons pu voir également que toutes les régions ne sont pas concernées avec la même acuité par la problématique des mutilations sexuelles en France. Nous devons donc nous adapter à ces réalités de terrain. Neuf régions ont été identifiées comme prioritaires : Nord Pas de Calais, Rhône Alpes, Pays de Loire, Poitou-Charentes, Picardie, Ile de France, Champagne Ardennes, Haute Normandie, PACA). Je veux saluer d'ailleurs, toutes les initiatives menées au niveau régional comme en région Pays de Loire dans la lutte contre ces pratiques. Ces expériences doivent être mutualisées dans les régions où le besoin s'en fait sentir.

L'acte de chirurgie réparatrice, mis au point et pratiqué avec succès depuis près de 10 ans par le docteur Pierre Foldès, constitue pour bon nombre de femmes excisées la promesse d'une vie meilleure et d'une intégrité retrouvée pour 2500 femmes. Il nous appartient d'ouvrir cette possibilité à toutes celles qui souhaiteraient en bénéficier. Il nous appartient également de prendre toute la mesure des bouleversements qu'entraîne ce geste réparateur, de ses bénéfices sur l'état de santé, mais aussi de ses limites et de ses éventuels inconvénients.

La France n'est pas le seul pays européen confronté à ces pratiques, le témoignage de nos partenaires espagnols, norvégiens et britanniques en atteste. Je souhaite que ces échanges s'inscrivent à l'avenir dans une dynamique d'échanges de bonnes pratiques entre les pays européens confrontés à ces pratiques.

Enfin il a été question de chiffres : nous devons nous appuyer sur des données actualisées, car ici il s'agit d'être certain que notre objectif de mettre fin aux mutilations sexuelles féminines d'ici 2010 au plus tard soit atteint.

II- Grâce à ce colloque, des pistes d'action se sont dessinées ; j'ai décidé de les insérer dans un Plan national d'action pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines qui trouvera toute sa place dans le plan national « Violence et Santé » que je présenterai dans les prochaines semaines. Il nous faut d'abord « mieux connaître pour mieux agir ». Il est indispensable de disposer de données actualisées pour :

- mieux estimer la population susceptible d'être concernée par les mutilations en France, mieux comprendre les fondements qui font que malgré la Loi ces pratiques persistent, alors même que parfois elles ont été abolies dans les pays d'origine, mais que ces avancées ne sont pas connues de ceux qui ont quitté le pays depuis longtemps.

- évaluer le nombre de femmes qui pourraient relever d'une prise en charge chirurgicale. C'est ainsi que l'étude sur « Excision et handicap » menée à l'Université Paris I par l'INED et l'INSERM a pour objectif de mieux connaître la situation en France (et bénéficiera d'un cofinancement de 60 000 € de la DGS en 2007). Les résultats seront publiés en 2008 * et nous permettront de vérifier que notre objectif qui est d'éradiquer toute mutilation sexuelle féminine en France d'ici 2010 est bien atteint. Ensuite, il nous faut « prévenir toute nouvelle mutilation sexuelle chez les jeunes filles vivant en France, en informant les personnes potentiellement concernées par l'excision sur son caractère illégal et criminel et en donnant aux professionnels de terrain les outils et les moyens pour repérer et protéger les jeunes filles menacées d'excision ». Tout d'abord, grâce aux plates-formes de l'Agence Nationale de l'Accueil des Etrangers et des Migrations (ANAEM) qui sont un passage incontournable pour tous les nouveaux migrants sur le territoire (200 000 visites par an) qui doivent devenir un relais pour la prévention de ces actes. Le contrat d'accueil et d'intégration sera également l'occasion de rappeler la loi en la matière. Une brochure comportant les coordonnées locales des points de recours sera également distribuée.

Ensuite en aidant les enseignants à repérer dans leur classe des jeunes filles qui risquent d'être mutilées à l'occasion d'un retour au pays ou d'un voyage, afin qu'ils puissent en parler avec les parents et orienter vers les professionnels ou associations en capacité d'agir. Un outil d'aide aux enseignants pour le repérage et l'orientation des jeunes filles à risque de MSF a ainsi été élaboré. Il sera disponible à la rentrée 2007 et élaboré en concertation avec les associations, ainsi que des enseignants. En permettant à toute personne qui a repéré une fillette menacée de se faire exciser de trouver un contact facilement repérable et accessible.

Ainsi un dossier thématique spécifique sera disponible sur le site internet du ministère de la santé dans lequel notamment toutes les coordonnées des permanences associatives seront disponibles. Car elles jouent à cet égard un rôle fondamental. Les soutiens financiers aux associations sont ainsi augmentés pour organiser un accueil et une écoute de proximité (y compris téléphonique) au niveau des régions concernées.

Le GAMS est déjà financé par le ministère de la santé via une convention avec la DGS (60 000 € en 2006, 50 000€ en 2007) pour la formation de relais dans 9 régions. En 2007, une subvention supplémentaire d'un montant de 100 000 euros (soit un doublement de la subvention) permettra de créer une permanence « accueil et écoute » dans 5 nouvelles régions (Nord Pas de Calais et Rhône Alpes au cours du 1er trimestre 2007, Pays de Loire, Poitou Charentes et Picardie dans le courant de l'année). Actuellement, cet accueil est effectif dans 4 régions (Ile de France, Champagne Ardennes, Haute Normandie et PACA). 50 professionnels de terrain seront formés en 2007 par région. A l'issue de ce cycle de formation, ce sont 450 personnes qui auront été sensibilisées au repérage des fillettes en danger. En formant davantage l'ensemble des professionnels de santé susceptibles d'être en contact avec des fillettes menacées d'excision ou des personnes susceptibles de commettre dans leur famille des excisions. S'agissant de la formation initiale : les professionnels de santé doivent bénéficier d'un enseignement sur ce thème lors de leurs études. Une circulaire sera adressée aux doyens de faculté de médecine ainsi qu'aux écoles de sages-femmes, d'infirmières et de puéricultrices pour les informer de la nécessité de dispenser des formations sur l'excision. Elle sera cosignée par mon collègue Gilles de Robien et moi-même d'ici mi-décembre 2006. Gynéco Sans Frontières qui appuie les services déconcentrés dans l'organisation des mobilisations régionales recevra également 50 000 euros pour coordonner l'édition d'un guide pour les praticiens : Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines qui sera disponible à la fin de l'année 2007.

Que toute femme qui se sente menacée ou qui a subi une mutilation puisse être prise en charge de manière adéquate.

Il est indispensable d'organiser une offre de soins de qualité pour répondre aux besoins des femmes dans toutes les régions concernées avec une équipe pluridisciplinaire (chirurgie, psychologue, sexologue) référente par région.

Cette question sera inscrite à l'ordre du jour de la prochaine réunion des Agences Régionales d' Hospitalisation, le 21 décembre. Les actes de réparation clitoridienne sont déjà remboursés. Mais ce que nous voulons c'est qu'ils soient inscrits en tant que tels dans la CCAM afin d'être reconnus comme actes de santé à part entière. J'ai saisi pour cela l'UNCAM qui doit me faire des propositions. Enfin, il faut sur ce sujet développer les coopérations internationales

Europe : il nous faut porter le défi d'éradication des MSF en Europe à l'horizon 2015 en marquant que la France compte être en première ligne de ce combat, en saisissant le

Conseil de l'Europe. Je souhaite que cette question soit proposée comme une priorité de santé portée par la France à l'occasion de la présidence de l'Union Européenne au second semestre 2008.

International : nous nous appuyerons sur le tissu associatif en France pour favoriser la coopération avec les pays dans lesquels se pratiquent encore ses tortures. Il s'agit principalement d'assurer le lien entre les associations, ici et là bas, afin de prévenir des MSF chez des fillettes qui rentreraient dans le pays d'origine de leur parents.

Au moment où certains pays en Afrique luttent drastiquement contre les excisions, au même moment où d'autres pays commencent à voir apparaître d'autres formes de mutilations sexuelles comme le repassage des seins, c'est maintenant même qu'il nous faut agir, au niveau international, national et régional.

Au niveau international pour que la France porte devant l'OMS la lutte contre l'excision comme un combat prioritaire. Au niveau national pour que le silence assourdissant dans lequel les mutilations sexuelles féminines ont été tenues soit rompu. Au niveau régional pour que les femmes qui ont subi une excision sachent vers quelle association de terrain se tourner pour être prise en charge et que pour toute personne voyant une fillette menacée d'excision sache vers qui se tourner pour prévenir cet acte intolérable.

Nous avons aujourd'hui un combat commun, il n'y a pas de fatalité, il n'y a qu'une seule évidence, il n'y a qu'un seul enjeu : sauvons ces fillettes du poids du silence, sauvons ces fillettes du poids de traditions qui sont d'un autre temps. »

* Les premiers résultats ont été publiés en août 2008 et sont disponibles sur internet : www-aidelf.ined.fr/colloques/Quebec/aidelf-2008/IMG/pdf/Lesclingand_T.pdf

ANNEXE IX

Articles 2 et 5 de protocole de Maputo*

Article 2 : Élimination de la discrimination à l'égard des femmes

1. Les États combattent la discrimination à l'égard des femmes, sous toutes ses formes, en adoptant les mesures appropriées aux plans législatif, institutionnel et autre.

A cet égard, ils s'engagent à :

- a) inscrire dans leur Constitution et autres instruments législatifs, si cela n'est pas encore fait, le principe de l'égalité entre les hommes et les femmes, et à en assurer l'application effective;
- b) adopter et mettre en œuvre effectivement les mesures législatives et réglementaires appropriées, y compris celles interdisant et réprimant toutes les formes de discrimination et de pratiques néfastes qui compromettent la santé et le bien-être général des femmes;
- c) intégrer les préoccupations des femmes dans leurs décisions politiques, législations, plans, programmes et activités de développement ainsi que dans tous les autres domaines de la vie;
- d) prendre des mesures correctives et positives dans les domaines où des discriminations de droit et de fait à l'égard des femmes continuent d'exister;
- e) appuyer les initiatives locales, nationales, régionales et continentales visant à éradiquer toutes les formes de discrimination à l'égard de la femme.

2. Les États s'engagent à modifier les schémas et modèles de comportement socioculturels de la femme et de l'homme, par l'éducation du public, par le biais des stratégies d'information, d'éducation et de communication, en vue de parvenir à l'élimination de toutes les pratiques culturelles et traditionnelles néfastes et de toutes autres pratiques fondées sur l'idée d'infériorité ou de supériorité de l'un ou l'autre sexe, ou sur les rôles stéréotypés de la femme et de l'homme.

Article 5 : Élimination des pratiques néfastes

Les États interdisent et condamnent toutes les formes de pratiques néfastes qui affectent négativement les droits humains des femmes et qui sont contraires aux normes internationales. Les États prennent toutes les mesures législatives et autres mesures afin d'éradiquer ces pratiques et notamment :

a) sensibiliser tous les secteurs de la société sur les pratiques néfastes par des campagnes et programmes d'information, d'éducation formelle et informelle et de communication.

b) interdire par des mesures législatives assorties de sanctions, toutes formes de mutilation génitale féminine, la scarification, la médicalisation et la paramédicalisation des mutilations génitales féminines et toutes les autres pratiques néfastes.

c) apporter le soutien nécessaire aux victimes des pratiques néfastes en leur assurant les services de base, tels que les services de santé, l'assistance juridique et judiciaire, les conseils, l'encadrement adéquat ainsi que la formation professionnelle pour leur permettre de se prendre en charge.

d) protéger les femmes qui courent le risque de subir les pratiques néfastes ou toutes autres formes de violence, d'abus et d'intolérance.

* Ratifié par 15 États africains en 2005 : le Mali, le Nigeria, le Sénégal, la Libye, les Comores, Djibouti, le Rwanda, le Lesotho, l'Afrique du sud, le Cap Vert, la Gambie, le Malawi, la Namibie, le Togo, le Benin.

ANNEXE X

*Recommandations de l'académie nationale de médecine visant à l'éradication des mutilations sexuelles féminines**

Améliorer les connaissances

Sur l'ampleur et les caractéristiques des MSF constatées en France (observances médicales, sociales, judiciaires.)

Favoriser les recherches et enquêtes dans les différents pays sur les MSF.

Inscrire les MSF dans la nomenclature internationale des maladies de l'OMS.

Inscrire les conséquences des MSF au programme des études médicales, de la formation médicale continue et, plus généralement, de l'enseignement de tous les personnels de santé.

Favoriser la diffusion des connaissances au sein du corps social

Notamment auprès des professionnels appartenant aux secteurs concernés : santé, éducation, action sociale, justice, médias.

- Développer la publicité autour des décisions de justice : sanctions pénales et dommages et intérêts.
- Faire connaître les mesures éducatives et répressives prises dans les pays d'origine pour éradiquer les MSF.
- Impliquer dans cette lutte les personnalités influentes au sein des communautés.
- Faire connaître les structures sociales et associatives menant une action dans ce domaine.

Renforcer et améliorer les pratiques médicales

- Conformément aux directives de l’OMS aucun professionnel de santé ne doit pratiquer une forme de mutilations sexuelles féminines qu’elle soit.
- Toujours penser à la possibilité d’une MSF lors d’une consultation pour troubles urinaires ou gynécologiques lorsque la patiente est originaire d’un pays à risque.
- Lors de la consultation d’une femme ayant subi une mutilation :
 - l’informer de l’existence de la mutilation et en évoquer avec elle les divers aspects (risques, interdit légal, protection des enfants à naître, évolution dans les pays d’origine vers l’abolition).
 - Rechercher les séquelles : douleurs, infection, trouble de la sexualité.
 - L’informer sur la possibilité d’envisager une réparation chirurgicale.

Lorsque la consultante est enceinte ou vient d’accoucher d’une fille rappeler les dispositions légales concernant les MSF.

- A l’occasion de tout examen médical dans une famille exposée à ce risque, informer
- les parents des procédures de protection de l’enfant (signalement à la justice) en insistant sur les risques et les séquelles des MSF.
 - Ne pas omettre l’examen de la vulve.
 - Rappeler aux parents l’interdiction légale et les conséquences judiciaires de la mutilation.
 - Rappeler ses effets délétères sur la santé.
- La constatation d’une MSF chez une mineure doit faire l’objet d’un signalement auprès du Procureur de la République.

Améliorer les conditions de prise en charge des femmes excisées et/ou infibulées

- En renforçant la recherche et la promotion des connaissances anatomiques et des techniques chirurgicales de réparation.
- En obtenant l’inscription à la nomenclature CCAM de tous les actes de correction des MSF.

Inciter les autorités nationales à mettre en œuvre des politiques efficaces de prévention

- Rappeler aux pouvoirs publics qu'ils doivent informer les migrants à l'arrivée et à la sortie du territoire national, en particulier sur l'interdit et les conséquences judiciaires des MSF.
- Obtenir une harmonisation européenne en matière d'information et de prévention des MSF.

** Projet mis au point par la Commission IX le 5 mai 2004, accepté par le Conseil d'administration le 7 juin 2004. L'Académie, saisie dans sa séance du 15 juin 2004, a adopté ce texte à l'unanimité.*

ANNEXE XI

Le signalement au procureur de la république

QUE FAIRE FACE A UNE VICTIME DE MUTILATION SEXUELLE ?

LE SIGNALEMENT JUDICIAIRE

- **Si la victime est majeure :**

Signalement avec son accord.

Autorisation de lever le secret professionnel.

- **Si la victime est mineure ou incapable de se protéger :**

Signalement, même en l'absence de son accord ou de celui de ses parents.

Obligation de lever le secret professionnel.

A QUI LE SIGNALER ?

Au procureur de la république dans un tribunal de grande Instance (TGI), ou un Tribunal pour enfant.

TGI de Rouen : place du Maréchal Foch 76 000 Rouen ; tél : 02-35-52-88-70

TGI du Havre : 133, bld de Strasbourg 76 600 Le Havre ; tél : 02-32-92-57-70

Tribunal pour enfants : 125 bis, bld de Strasbourg 76 000 Le Havre ; tél 02-32-92-57-40

TGI de Dieppe : rue Claude Groulard 76 200 ; tél : 02-32-14-64-00

TGI d'Evreux : 30 rue Joséphine 27 000 Evreux ; tél : 02-32-29-55-00

TGI de Bernay : Place Gustave Héon 27 300 Bernay ; tél : 02-32-47-52-30

COMMENT SIGNALER ?

Coordonnées du signalant

Identité de l'enfant en danger

Faits constatés (j'ai vu...)

Faits rapportés (X m'a dit : « ... »)

Le plus fidèlement possible, sans interprétation.

- **Si une victime majeure ne désire pas porter plainte ou si elle souhaite garder l'anonymat :**

Lui donner les coordonnées des différentes associations (CAMS, GAMS, GSF).

Lui donner les coordonnées des Centres où une réparation chirurgicale est possible (Dr Foldès, Clinique Louis XIV à St Germain en Laye).

Mettre en place une prise en charge psychologique.

ANNEXE XII

Questionnaire destiné aux sages-femmes de l'enquête

I. Vous

1. Dans quel établissement exercez-vous?

- CHU Rouen
- CH du Belvédère Rouen
- CH Flaubert Le Havre
- CH Monod Le Havre
- CH Fécamp
- CH Dieppe
- CH Lillebonne
- CH Elbeuf
- Clinique Mathilde Rouen
- Clinique du petit Colmoulins Harfleur
- Clinique des Aubépines Dieppe
- PMI. De quelle circonscription ?.....

2. Depuis combien d'années exercez-vous en tant que sage femme?

.....

3. Dans quel(s) secteur(s) d'activité(s) travaillez-vous principalement?
(Plusieurs réponses possibles)

- Consultations prénatales (et/ou PPO)
- Hospitalisation grossesses pathologiques
- Salle de naissance
- Suites de couches
- PMI (consultations prénatales, visites à domicile, consultation postnatal...)

II. Vos connaissances

4. Selon vous, dans les pays cités ci-dessous, la majorité des femmes sont-elles soumises à la pratique de mutilations sexuelles?

	Oui	Non	Ne sais pas
Algérie			
Cambodge			
Congo			
Éthiopie			
Guinée			
Mali			
Sénégal			
Somalie			
Soudan			
Turquie			

5. Selon vous, les femmes musulmanes sont-elles plus à risque de mutilations génitales féminines?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

6. Selon vous, la France condamne et sanctionne toutes les pratiques de mutilations sexuelles commises :

	Oui	Non	Ne sais pas
Sur le territoire français, pour les mineurs de nationalité française			
Sur le territoire français, pour les majeures de nationalité française			
Sur des mineurs de nationalité étrangère résidant en France			
Dans un pays étranger chez une femme de nationalité française			

7. L'OMS décrit quatre types de mutilations sexuelles, les connaissez-vous?

- Oui
- Non

8. Selon vous, l'accouchement d'une femme mutilée présente-t-il :

	Oui	Non	Ne sais pas
Une indication médicale d'analgésie péridurale			
Une indication médicale d'épisiotomie systématique			
Un risque plus élevé de césarienne			
Un risque plus élevé de mortalité néonatale			
Un risque plus élevé d'hémorragie de la délivrance			
Un risque plus élevé d'infection du post-partum			

9. Selon vous, quelles sont les complications à long terme des Mutilations génitales féminines?

- Fistules vésico-vaginales
- Fistules recto-vaginales
- Stérilité
- Problème psychologique (dépression...)

10. Dans la plupart des cas, pensez-vous que la sexualité de ces femmes :
(Plusieurs réponses possibles)

- reste normale
- devient exacerbée
- provoque des troubles de la libido
- entraîne une frigidity

11. Savez-vous qu'une réparation chirurgicale des organes génitaux peut être effectuée pour ces patientes?

- Oui
- Non

12. Connaissez-vous une association de lutte contre les mutilations sexuelles?

- Oui si oui, laquelle?.....
- Non

13. Avez-vous déjà participé à une réunion d'information ou colloque sur les mutilations sexuelles?

- Oui
 - Il y a moins de deux ans
 - Il y a plus de deux ans
- Non

III. Votre pratique

14. Avez-vous déjà été confronté à une patiente mutilée dans votre pratique?

- Oui **(répondre aux questions de 15 à 23 puis partie IV)**
- Non **(répondre aux questions de 24 à 27 puis partie IV)**

15. Comment avez-vous fait le diagnostic?

- La patiente me l'a annoncé elle-même
- En interrogeant la patiente
- Lors de l'examen gynécologique
- Autres

16. Abordez-vous de façon systématique le sujet des mutilations sexuelles avec une femme excisée?

- Oui
- Non

Si non, pour quelle(s) raison(s)?

- La barrière de la langue est souvent un problème
- La dimension culturelle du sujet en fait un tabou
- La peur de heurter la femme
- Le moment n'est pas opportun
- Le sujet est difficilement abordable
- Autres
-

17. Lors d'un examen clinique, faites-vous une inspection systématique des organes génitaux externes?

- Oui
- Non

18. Selon vous, se pourrait il que vous n'ayez pas diagnostiqué une femme mutilée lors d'un examen obstétrical?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

19. Informez-vous les patientes diagnostiquées :

- de l'existence d'une association de lutte contre les mutilations sexuelles
- du cadre législatif concernant l'interdiction des pratiques de mutilations sexuelles
- d'une possibilité de réparation chirurgicale
- des risques majorés, encourus au moment de l'accouchement

20. Avez-vous déjà eu recours à une médiatrice culturelle pour aborder le sujet avec la patiente?

- Oui
- Non

21. Orientez-vous ces patientes vers un autre professionnel?

- Oui
- Non

Si oui, le(s) quel(s) :

- gynécologue-obstétricien
- sage femme référente des mutilations sexuelles
- médiatrice culturelle
- psychologue
- autres :

22. Selon vous, quel est le moment le plus opportun pour aborder le sujet de mutilation sexuelle avec la patiente?

- En consultations prénatales
 - En salle de naissance
 - En suites de couche
 - Autres
-

23. Pensez-vous que votre prise en charge des femmes mutilées est optimale ?

- Oui
- Non

Pourquoi?.....
.....
.....

Si vous n'avez jamais été confronté dans votre pratique à une patiente mutilée : répondre aux questions 24 à 27 puis partie IV.

24. Appréhendez-vous la prise en charge d'une patiente ayant subi des mutilations génitales?

- Oui
- Non

25. Lors d'un examen clinique, faites vous une inspection systématique des organes génitaux externes?

- Oui
- Non

26. Selon vous, se pourrait-il que vous n'ayez pas diagnostiqué une femme mutilée lors d'un examen obstétrical?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

27. Selon vous, quel est le moment le plus opportun pour aborder le sujet de mutilation sexuelle avec la patiente?

- En consultations prénatales
- En salle de naissance
- En suites de couche
- Autres

IV. Vos besoins

28. Comment évalueriez-vous de 0 à 10 vos compétences pour prendre en charge une patiente mutilée?

0 : je ne me sens pas capable

10 : je me sens capable

◆ En consultation prénatale :

0 2 4 6 8 10

◆ En salle de naissance :

0 2 4 6 8 10

◆ En postpartum :

0 2 4 6 8 10

29. Avez-vous des propositions ou besoins pour améliorer la prise en charge des patientes ayant subi des mutilations sexuelles?

.....

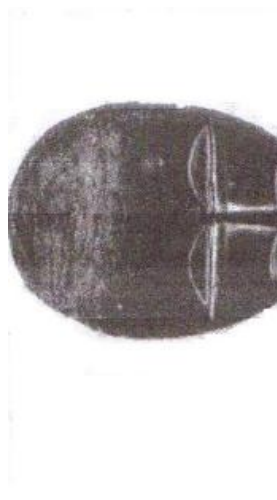
.....

.....

Je vous remercie de votre participation

ANNEXE XIII

Brochure d'informations du GAMS (recto)



Le G.A.M.S.
(Groupe Femmes pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles et autres Pratiques Traditionnelles affectant la Santé des Femmes et des Enfants.)

Est une association Loi 1901. Elle est constituée de **femmes africaines** et de **femmes françaises** ayant des compétences dans les champs de la santé, du social et une longue expérience de prévention des mutilations génitales féminines.

Le G.A.M.S. vous apporte son concours pour :

- Mieux connaître ces pratiques et les prévenir ;
- Obtenir un soutien pour mieux faire face à une situation d'excision, de polygamie, de mariage précoce ou forcé ;
- Organiser des actions de prévention et de sensibilisation ;
- Insérer dans votre programme de formation professionnelle une étude sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants ;
- Faire une recherche dans le cadre d'un mémoire ou d'une thèse.

Le G.A.M.S. est à votre écoute lors de ses permanences ou 24h/24h sur son répondeur.

Quelques actions du G.A.M.S.

- Prévention auprès des populations africaines immigrées en France ;
- Sensibilisation et information des professionnels sociaux et médico-sociaux ;
- Journées de réflexion, séminaires ;
- Émissions radiophoniques et télévisuelles ;
- Ressources documentaires : thèses, matériel pédagogique, films, bibliographie...

G A M S

Groupe femmes pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles
et autres pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants

Section Française du Comité Inter-Africain
66 rue des Grands-Champs
75020 PARIS

Tél. : (33) 01 43 48 10 87 Fax : (33) 01 43 48 00
e-mail : association@gams@wanadoo.fr
site internet : <http://www.wanadoo.fr/~association/>

RÉSULTATS IMMÉDIATS DES OPÉRATIONS GÉNITALES

Extrait du livre d'images universel de la Naissance par Fran HOSKEN, dessins de Marcia L. WILLIAMS Editions G.A.M.S. 1991

Des conséquences physiques, psychologiques et sociales dont certaines à vie, entre autres :

- douleurs extrêmes ;
- hémorragies, choc, décès ;
- infections locales, télanos, sida, hépatite B, septicémies fréquentes, etc. ;
- stérilités ;
- accouchements difficiles parfois fatals pour la mère et l'enfant ;
- fistules recto-vaginales ou vésico-vaginales ;
- dépressions, suicides.

PRATIQUES MUTILATOIRES, MARIAGES PRÉCOCES OU FORCÉS, GROSSESSES RAPPROCHÉES SONT RESPONSABLES DE GRANDES SOUFFRANCES, ET CHAQUE ANNÉE DES CENTAINES DE MILLIERS DE JEUNES FEMMES MEURENT EN COUCHES DE LEUR FAIT.

Le G.A.M.S. édition 02/2001

LES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES

«L'excision»
C'est l'ablation d'une partie plus ou moins importante du clitoris et des petites lèvres.

«L'infibulation»
C'est une «excision» complétée par l'ablation des grandes lèvres dont les deux moignons sont suturés bord à bord. La vulve est alors remplacée par une cicatrice fibreuse, l'ouverture vaginale disparaît pour laisser la place à un minuscule orifice pour l'écoulement des règles et des urines.

Toute intervention sur les organes génitaux féminins pratiquée à des fins non médicales est désormais considérée comme une mutilation sexuelle.

LE «MARIAGE» FORCÉ D'ADOLESCENTES.

Des adolescentes sont contraintes d'accepter pour partenaire sexuel l'homme choisi par leur famille.

Lors d'un simulacre de «mariage», aucun enregistrement officiel n'est effectué, la famille de la jeune «épousée» reçoit du «mari» une somme importante.

Les mutilations sexuelles féminines et le mariage forcé d'adolescentes sont des atteintes graves aux droits fondamentaux des femmes et des enfants à la vie, à la santé et à la dignité.

Ces pratiques sont dénoncées dans les pays d'origine et par les conventions internationales : elles doivent disparaître.

«La personne humaine est inviolable. Tout être humain a droit au respect de sa vie et à l'intégrité physique et morale de sa personne. Nul ne peut être privé arbitrairement de ce droit». **Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples, 1990 (art.4).**

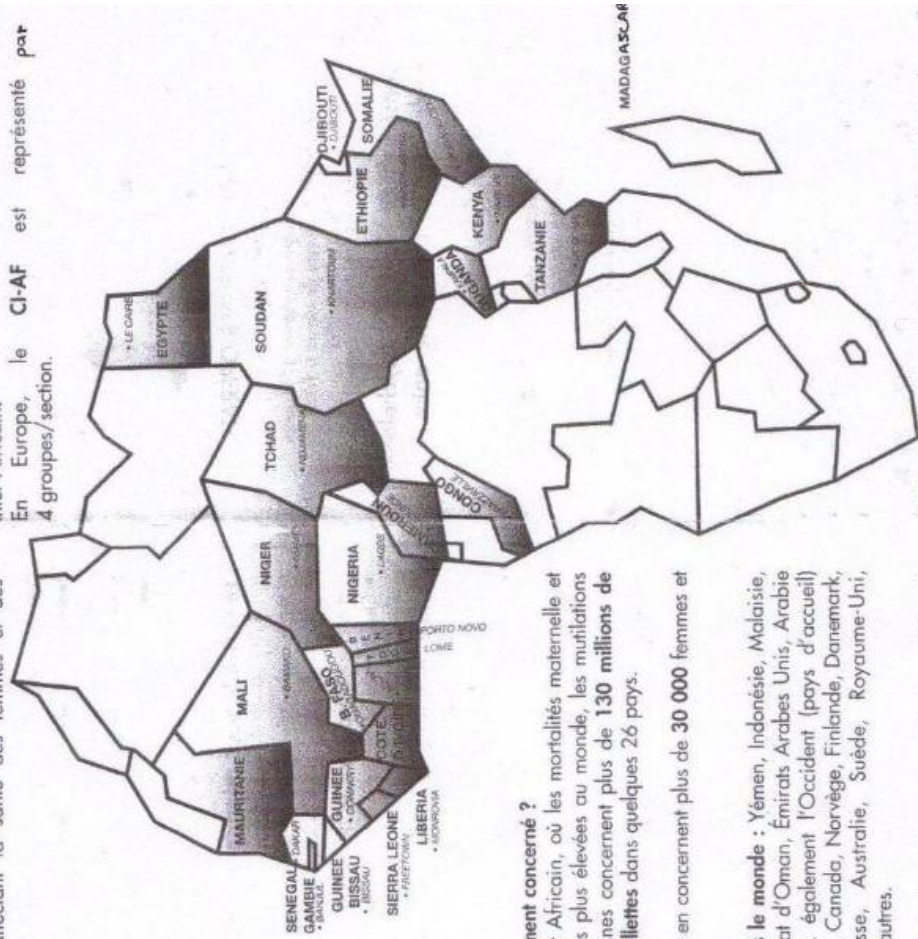
«Les états parties prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé de l'enfant». **Convention des Nations Unies sur les Droits de l'Enfant (art.24-3).**

En Afrique, le COMITE INTER-AFRICAIN

Le CI-AF a été créé à Dakar en 1984.
Il regroupe 26 comités nationaux sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants.

EN FRANCE, le G.A.M.S.

Le G.A.M.S. a été créé à Paris en 1982.
Il est reconnu comme la section française du Comité Inter-Africain.
En Europe, le CI-AF est représenté par 4 groupes/section.



Qui est directement concerné ?

Sur le continent Africain, où les mortalités maternelle et infantile sont les plus élevées au monde, les mutilations génitales féminines concernent plus de 130 millions de femmes et de fillettes dans quelques 26 pays.

En France, elles en concernent plus de 30 000 femmes et fillettes ;

et ailleurs dans le monde : Yémen, Indonésie, Malaisie, Bahreïn, Sultanat d'Oman, Émirats Arabes Unis, Arabie Saoudite, Inde, également l'Occident (pays d'accueil avec États-Unis, Canada, Norvège, Finlande, Danemark, Pays-Bas, Suisse, Australie, Suède, Royaume-Uni, Belgique entre autres.

En Afrique, au Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Djibouti, Égypte, Ghana, Sénégal, Togo, des lois interdisent ces pratiques.

En France la loi condamne et sanctionne toutes les pratiques de mutilation (article 222.9 et article 222.1 du code pénal).