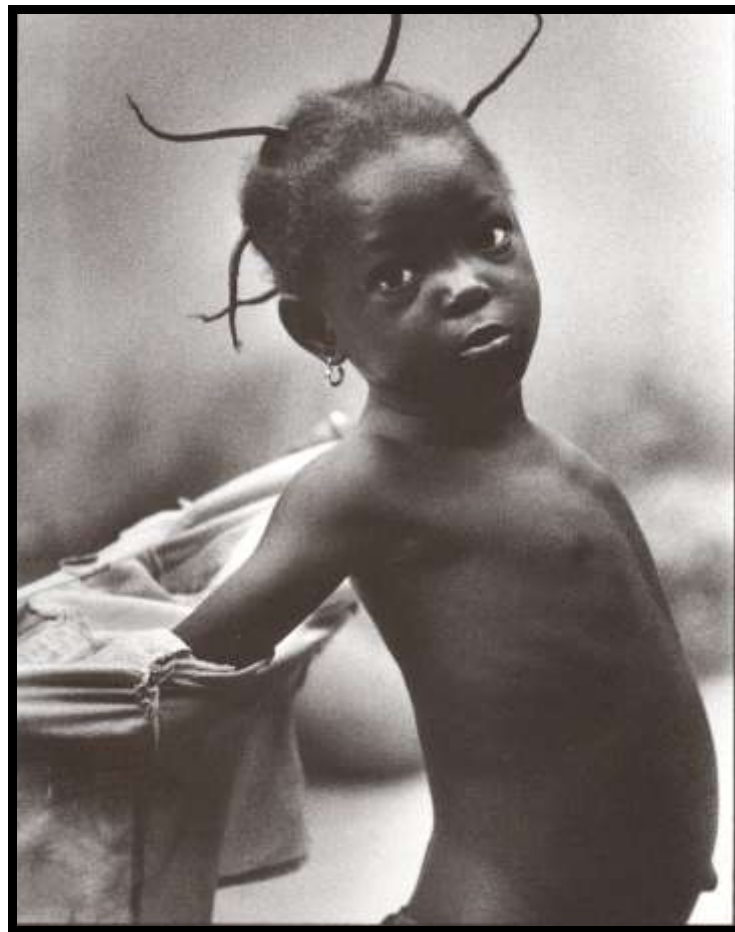


**UNIVERSITE DE NANTES
UFR DE MEDECINE
ECOLE DE SAGES-FEMMES**

Diplôme d'Etat de Sage-femme

**LES MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES :
Quelle prise en charge en maternité ?**



Manuella GONCALVES

Née le 7 août 1982

Directeur de mémoire : Professeur Henri-Jean Philippe

Promotion 2002-2007

**Depuis la nuit des temps,
L'époque néolithique, puis pharaonique,
Jusqu'au 3ème millénaire,
Une pratique inimaginable a été créée par
l'homme
Et réalisée par les femmes contre les
femmes :**

LES MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES

« Lorsqu'une coutume traverse les ethnies, les classes sociales, les formations économiques les religions, les continents... ce n'est plus une coutume, c'est une politique. Admettons qu'une coutume ne se juge pas, du moins de l'extérieur, une politique inversement se juge et se combat de l' « extérieur » comme de l' « intérieur ».

SOMMAIRE

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

1ère partie: Les Mutilations sexuelles féminines, De quoi parle t-on?

1.1.LE CONTEXTE HISTORIQUE	2
1.2. LES DIFFERENTS TYPES DE MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES	3
1.2.1. Les repères morphologiques	3
1.2.2. Classification	4
1.3. DESCRIPTION DES OPERATIONS	7
1.3.1. En Afrique	7
1.3.2. En France.....	11
1.4. POUR QUELLES RAISONS LES MUTILATIONS .SEXUELLES .FEMININES SONT-ELLES PRATIQUEES ?	12
1.4.1. Raisons psycho-sexuelles	12
1.4.2. Raisons sociologiques.....	13
1.4.3. Raisons religieuses	13
1.4.4. Raisons d'ordre esthétique et hygiénique	14
1.4.5. Rôle sur la fécondité.....	14
1.4.6. Raisons économiques	14
1.4.7. Raisons mythiques	15
1.5. UN VERITABLE PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE	15
1.5.1. Répartition géographique et prévalence	15
1.5.2. Les complications des M.S.F.....	19
1.5.3. Le cadre législatif	27
1.5.4. La lutte contre les MSF, en France et dans le monde.....	31
1.6. L'HOMME ET LES MSF	34

2ème partie: Prise en charge actuelle des MSF en maternité

2.1. INTRODUCTION.....	36
2.2. ETUDE DESCRIPTIVE SUR LES CONNAISSANCES DES SAGES-FEMMES ET LA PRISE EN CHARGE ACTUELLE DES MSF DANS LES MATERNITES DE LOIRE-ATLANTIQUE	37
2.2.1. Objectif.....	37
2.2.2. Matériel et méthode.....	37
2.2.3. Descriptif de l'échantillon.....	37
2.2.4. Résultats	39
2.2.5. Discussion.....	44
2.3. PRISE EN CHARGE DES MSF AU CHU DE NANTES.....	48
2.3.1. Introduction	48
2.3.2. Mise au point effectuée par le groupe de travail	49
2.3.3. La réparation chirurgicale des MSF au CHU de Nantes	53
2.4. LA SAGE-FEMME ET LES MSF : MISE AU POINT ET PROPOSITIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DES FEMMES MUTILEES SEXUELLEMENT EN MATERNITE	56
2.4.1. Introduction	56
2.4.2. La formation des sages-femmes	56
2.4.3. La grossesse : moment privilégié pour le dépistage et la prévention des MSF	57
2.4.4. Le travail et l'accouchement	59
2.4.5. Le post-partum	60
2.4.6. Actions d'information, de prévention et de sensibilisation des familles	62
CONCLUSION	64

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

- 1.-Répartition des MSF dans le monde
- 2.-Les conventions internationales
- 3.-La désinfibulation chirurgicale et la réfection du clitoris
- 4.-Questionnaire destiné aux sages-femmes des maternités de Loire-Atlantique
- 5.-Entretien avec Mme X.
- 6.-Entretien avec la psychologue du CHU de Nantes (participant à la prise en charge des femmes mutilées sexuellement) au sujet d'une patiente demandant une réfection du clitoris.
- 7.-Recommandations de l'Académie nationale de médecine visant à l'éradication des MSF
- 8.-Document mis à la disposition des patientes dans les salles d'attente d'Ile de France

9-Plaquette d'informations réalisée dans le cadre du mémoire

Introduction

Aujourd'hui en 2006, alors que la technologie et la médecine ont fait d'immenses progrès, il nous faut encore lutter contre toutes sortes de violences. Depuis des décennies, la violence faite aux femmes n'a pas cessé, et elle existe dans toutes les sociétés et toutes les couches sociales.

En Afrique, terre de traditions et de cultures qui méritent d'être reconnues et appréciés, les droits de la personne humaine, sa dignité et l'intégrité de son corps sont bafoués par la pratique des **MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES**.

Même si certaines associations luttent depuis de nombreuses années en France et en Afrique (continent le plus touché) pour mettre fin à cette pratique traditionnelle violente et dégradante, en ce moment même, des millions de femmes, d'enfants et de jeunes filles sont encore dans la souffrance, violentées, mutilées et humiliées au plus profond d'elles-mêmes. La prise de conscience récente par le milieu médical de la pratique de ces mutilations sexuelles féminines en France a permis la mise en place d'actions d'information, de prévention et de prise en charge des complications.

Dans un premier temps, après une description des mutilations sexuelles féminines, des raisons invoquées pour leur pratique et des complications provoquées, nous aborderons l'aspect législatif qui encadre cette pratique en France

Dans un second temps, après un état des lieux sur les connaissances des sages-femmes en terme de mutilations sexuelles et sur la prise en charge de ces femmes mutilées en Loire-Atlantique, nous ferons une mise au point, à travers la pratique du CHU de Nantes, sur les actions à mettre en place pour optimiser la prévention et la prise en charge des mutilations sexuelles féminines en maternité.

1^{ère} partie : Les mutilations sexuelles féminines : De quoi parle t-on ?

1.1.Le contexte historique

Les mutilations sexuelles féminines (MSF) pourraient remonter à **plus de six mille ans**. Elles auraient pour origine la région du Haut-Nil et auraient été largement pratiquées à l'époque des pharaons. L'archéologie en apporte un témoignage à travers la découverte, dans les années 1920, de deux cadavres féminins datant du Néolithique inférieur dans les tourbières de l'Allemagne du Nord, en Westphalie. Les corps en bon état de conservation, ont pu être identifiés comme ceux de deux femmes provenant d'Égypte à l'époque pharaonique, qui se trouvaient en Europe pour des raisons inconnues. [4, 22]

Déjà, en l'an 700 avant J.C., Hérodote mentionne l'excision, et c'est de là que proviendrait le nom « excision pharaonique » ou « circoncision pharaonique » pour évoquer l'infibulation pratiquée en Afrique de l'Est. [55, 61]

La première mention écrite de l'excision, également égyptienne, se trouve dans le quinzième papyrus grec du British Muséum, datant de 163 avant J.C. [4]

D'origine païenne, l'excision s'est donc développée bien avant l'apparition des religions monothéistes (chrétienne, juive ou musulmane).

La clitoridectomie n'est **pas un phénomène purement africain**. Elle a fait partie intégrante de la médecine en Europe et aux États Unis. Bien que l'histoire ait retenu surtout le nom du docteur Isaac Baker Brown (1812-1873), gynécologue de renom à Londres, nombreux furent les médecins qui soignèrent les cas d'hystérie, de migraine, d'épilepsie ou de nymphomanie. Aux États-Unis, on plaidait pour la suppression de ces organes car « le diable y logeait ». L'excision fut ainsi pratiquée jusqu'en 1925 de façon officielle, mais le dernier cas recensé date de 1948 sur une fillette de cinq ans en Angleterre. [13, 55]

L'histoire de l'excision devient ensuite aussi celle de sa dénonciation, et du conflit culturel qui allait en naître. C'est en Afrique du sud, en 1920, que, pour la première fois, des voix s'élèvent contre elle.

Avec l'immigration noire africaine en Europe, les mutilations sexuelles féminines se sont donc développées en France depuis les années 1970-1980. [15]

1.2. Les différents types de mutilations sexuelles féminines

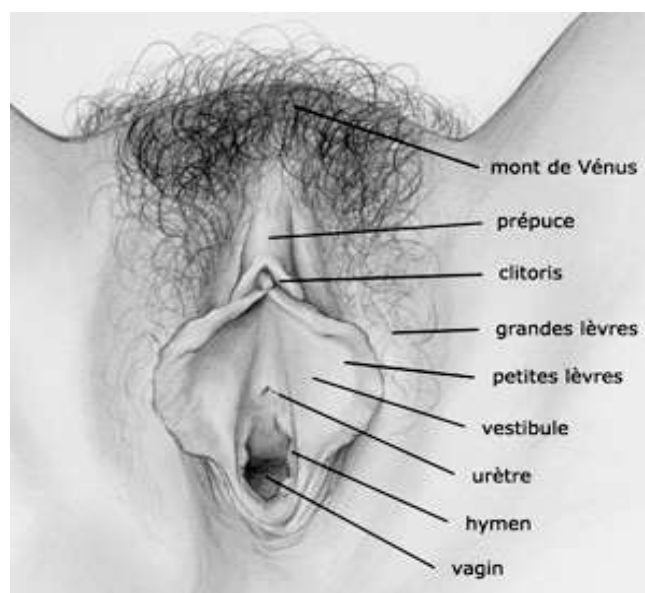
1.2.1. Les repères morphologiques

Un bref rappel descriptif de l'appareil génital externe féminin paraît nécessaire à une bonne compréhension des mutilations évoquées.

Les structures anatomiques sur lesquelles portent ces opérations forment les parties constitutives de la vulve. Trois aires anatomiques peuvent être isolées :

- les formations labiales qui comprennent les grandes et petites lèvres (ou nymphes),
- la fente vulvaire, qui comprend respectivement d'avant en arrière le vestibule, le méat urétral et l'orifice vaginal,
- l'appareil érectile : il est composé du clitoris et des bulbes vaginaux constitués de deux formations comprenant les corps caverneux enfouis à la base des petites lèvres. Le clitoris, petit organe vaguement cylindrique est situé au sommet du vestibule. Il est partiellement recouvert par le capuchon ou prépuce clitoridien, repli cutanéomuqueux développé aux dépens des petites lèvres, et se termine par le gland, arrondi et légèrement renflé.

Figure n°1 : La vulve



Source : www.groupeelva.org/HTML/anato;html

La vulve est particulièrement riche en vaisseaux sanguins et est remarquablement innervée. Il existe à son niveau des récepteurs sensitifs, ceux-ci sont très nombreux sur les petites lèvres et d'autant plus qu'on s'approche du clitoris. Ils permettent la sensibilité à la pression, au froid et au contact léger. Les corpuscules de Krause-Finger, dits de la volupté, sont retrouvés au niveau du gland clitoridien et font de celui-ci un véritable organe sensoriel

génital malgré sa petite taille. **Le système clitoridien dans son ensemble, a un rôle important dans la réponse sexuelle de la femme.** [8, 15]

1.2.2. Classification

Les mutilations sexuelles féminines sont diverses. Elles ont en commun **l'altération irréversible**, la destruction des organes génitaux externes féminins.

Depuis 1996, l'Organisation Mondiale de la santé (O.M.S.) les classe en quatre types :

- Type I : La Circoncision féminine

Appelée de façon erronée « SUNNA » (arabe = tradition), elle consiste en **la résection du seul capuchon ou prépuce clitoridien.**

Selon l'Académie nationale de médecine, elle pourrait être exclue du cadre des M.S.F. En effet, si la résection est limitée au capuchon clitoridien, elle ne modifie en rien les capacités sexuelles ou reproductives de la femme et comme la circoncision masculine, ne peut être considérée comme une mutilation. [1]

En fait, il existe bien peu de circoncisions vraies. L'acte étant pratiqué chez un bébé ou une fillette impubère, la petitesse des organes génitaux fait que le gland voire la hampe du clitoris sont presque toujours sectionnés. On observe alors le type II des M.S.F.

Photo n°1 : Excision de type 1 (pratiquée chirurgicalement)



Source : P. Foldès, Supplément au Bull. Acad. Natle Méd., 2004, 188, n°6 : 23. [1]

- Type II : L'excision ou la clitoridectomie

Dans ce cas, il y a **résection plus ou moins importante de la hampe du clitoris et des petites lèvres**. Très répandue en Afrique noire, c'est la forme la plus courante puisqu'elle représente **plus de 80% des M.S.F.** [1, 3, 4, 8, 15]

D'un point de vue scientifique, l'expression souvent employée de la « circoncision féminine » (pour parler d'excision), est impropre. Il s'agit dans le cas de la femme de couper non pas l'équivalent du prépuce mais du pénis. En effet, la circoncision, chez les hommes consiste à sectionner le prépuce afin de mieux libérer le gland. Elle n'altère aucun organe, aucune fonction du corps et notamment pas la vie sexuelle et le plaisir sexuel. Au contraire, le clitoris est l'organe essentiel de la sexualité. [13]

Photo n°2 : Excision de type 2



Source : P. Foldès, Supplément au Bull. Acad. Natle Méd., 2004, 188, n°6 : 24. [1]

- Type III : L'Infibulation

Encore appelée « circoncision pharaonique » ou « mutilation soudanaise », il s'agit de **la forme la plus radicale**, la plus extrême des M.S.F. Elle comporte **la section de la hampe du clitoris, l'ablation partielle ou totale des petites lèvres** (comme lors d'une excision) ainsi que **l'avivement ou l'incision des grandes lèvres puis leur suture** (par des épines d'acacias...) **ou leur accolement** en liant les membres inférieurs juxtaposés, pendant 15 à 20 jours, jusqu'à cicatrisation de la plaie. Ceci entraîne une fermeture, **une occlusion quasi-totale de la fente vulvaire**; seul un petit pertuis à l'extrémité postérieure de la vulve, obtenu par l'insertion d'un bout de bois dans la plaie, est préservé pour permettre l'écoulement des urines et du sang menstruel.

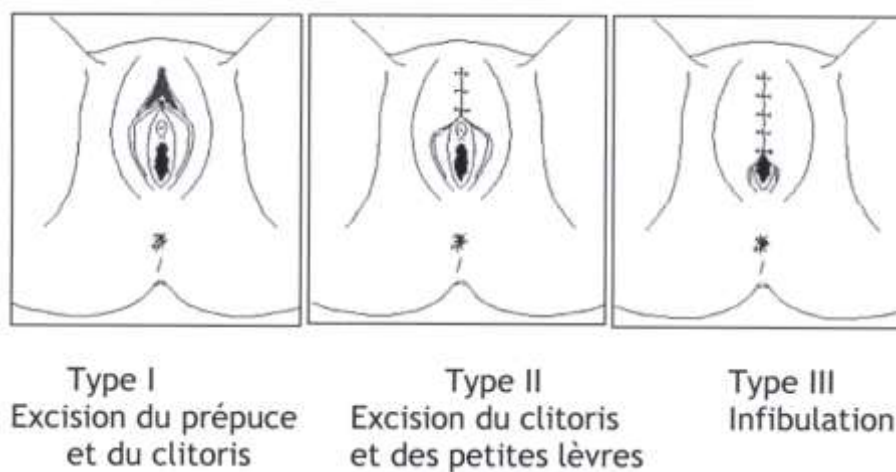
Elle représente 15% des M.S.F. [1, 3, 4, 8, 13, 21, 26, 32, 61]

Photo n°3 : Excision de type 3



Source : P. Foldès, Supplément au Bull. Acad. Natle Mèd., 2004, 188, n°6 : 33. [1]

Figure n°2 : Comparaison des trois types de mutilations sexuelles féminines



Source : Huston P. Rapport compilé pour le groupe de travail fédéral interministériel sur les mutilations des organes génitaux féminins. Bureau pour la santé des femmes, Santé Canada, Automne 2000.

- Type IV : Autres procédés

Il regroupe toute une série de variantes :

- scarification par piqûres,
- perforations ou incisions du clitoris et/ou des petites lèvres et des grandes lèvres,

- carbonisation du clitoris et des tissus environnants à l'aide de braises provenant d'un arbre sacré (au Kenya),
- grattage de l'orifice vaginal ou incision du vagin,
- introduction de substances corrosives ou de plantes dans le vagin, pour provoquer des saignements ou pour le resserrer,
- introcision ou épisiotomie coutumière pratiquée par certains aborigènes d'Australie,
- étirement du clitoris et/ des lèvres... [1, 4, 8, 13]

1.3. Description des opérations

1.3.1. En Afrique

- **Quel est l'âge de la future excisée ?**

L'excision peut avoir lieu à différents âges. Traditionnellement, elle avait lieu à la puberté, lors des cérémonies rituelles, mais **elle a perdu progressivement son caractère collectif pour devenir une pratique individuelle réalisée en privé, sur des filles de plus en plus jeunes, parfois âgées de quelques jours**. Cependant, plus l'enfant est jeune plus les parties à exciser sont petites et plus le risque de dégâts anatomiques est important. Chez certaines ethnies, l'excision peut avoir lieu juste avant la puberté (au Kenya chez les Kikuyu, au Mali et en Côte d'Ivoire chez les Malinké, au Burkina Faso chez les Mossi...). Elle peut enfin être réalisée sur des adultes, juste avant le mariage (au Nigeria chez les Ibibio), pendant la grossesse (au Nigeria chez les Igbo Ogbaru) ou même après la naissance du premier enfant. [4, 9]

- **Qui pratique les MSF ?**

Dans la grande majorité des cas, ces opérations sont pratiquées **par une matrone ou une accoucheuse tradipraticienne** (pratiquant la médecine traditionnelle), ou par une femme du village âgée et sage, appartenant à la lignée des exciseuses. Au Sénégal ou au Mali, l'exciseuse fait partie le plus souvent de **la caste des forgeronnes**, traditionnellement rattachée au travail du fer.

Plus rarement, il arrive qu'elles soient pratiquées par des hommes exerçant la profession de barbier, en général sur des bébés, en Afrique Anglophone.

L'excision d'une fillette nécessite la présence de plusieurs personnes, pour la maintenir les jambes écartées, lui tenir les bras et l'empêcher de s'enfuir quand elle a l'âge de marcher. La matrone est donc entourée d'une **assistance exclusivement féminine**. Il s'agit en général

de femmes appartenant à la famille de la future excisée, mais très rarement de sa mère, souvent effrayée à l'idée de voir sa propre fille souffrir.

La mère n'est pas maîtresse de la situation. La famille possède (en particulier pour l'excision), des droits sur l'enfant. Il n'y a pas d'autonomie de la famille conjugale par rapport au lignage : **il est moins l'enfant du couple que celui du lignage.**

L'opératrice est dans la majorité des cas rémunérée. La rémunération « autrefois symbolique », a augmenté de manière significative à cause de la faiblesse des revenus. La rémunération est plus importante dans les grandes villes, et s'accompagne de cadeaux (savons, parfums, nourriture ...). [4, 8, 9, 13]

- **Où sont -elles pratiquées ?**

Le choix du lieu de l'excision dépend principalement du caractère individuel ou collectif de cette dernière

Dans le premier cas, le lieu est habituellement le domicile familial ou celui du fiancé.

Dans le second, il existe une chronologie parfois très stricte en fonction de critères socioculturels précis. Il s'agit là en effet de séances regroupant toutes les futures excisées d'un même village, nécessitant le choix d'un lieu spécialement affecté à cet effet : au village, dans la maison de l'exciseuse ou hors du village, à la lisière d'un bois, dans une clairière, à l'extrémité d'un point d'eau sacré... [8]

- **Quels sont les instruments utilisés ?**

Lorsqu'il existe un contexte rituel, on peut retrouver un couteau spécialement réservé à l'excision. En dehors des couteaux, **les lames de rasoirs** sont fréquemment utilisées, notamment en Egypte et au Soudan. D'autres moyens plus primitifs peuvent être utilisés : pierres tranchantes, morceau de coquillages ou encore tesson de verre. L'exciseuse réalise parfois la mutilation avec ses ongles, comme chez les Amhara d'Ethiopie. [8]



Source : Photo de J. Sundby [65]

- **La phase préliminaire**

Dans la plupart des sociétés africaines, il existe des prescriptions rituelles d'autant plus élaborées, qu'elles s'inscrivent dans un processus initiatique de passage de l'enfance à l'âge adulte ou d'intégration dans un groupe social restreint.

Ainsi, la phase opératoire est souvent accompagnée dans les jours ou les heures précédant l'opération, d'une **préparation rituelle** comprenant des mesures médicinales à visée homéostatique et parfois anesthésiante comme le bain froid. Une alimentation constipante et une diète hydrique sont également prescrites dans bon nombre de cas. Dans certaines ethnies, comme chez les Dogons d'Afrique occidentale, les futures excisées sont réunies en un lieu souvent inconnu, sous la responsabilité de l'exciseuse, où elles sont soumises à toute une série de prescriptions alimentaires, vestimentaires cosmétiques et sociales (dont l'évitement des hommes).[8, 9]

- **L'opération en elle-même**

Ces interventions ont généralement lieu **à vif, sans anesthésie ni aucune condition d'hygiène**. Selon les ethnies, la façon de procéder n'est pas tout à fait la même.

L'enfant est souvent assise par terre (ou sur un tabouret bas), et une femme robuste s'assied derrière elle pour lui tenir les bras. Deux femmes tiennent chacune une jambe de l'enfant. Après avoir écarté les grandes et les petites lèvres de l'enfant, la matrone les fixe dans la chair, de chaque côté des cuisses, au moyen de grosses épines. Avec son instrument qui, dans la majorité des cas a déjà été utilisé sans être désinfecté, elle fend le capuchon, puis le coupe. Tandis qu'une autre femme éponge le sang avec un chiffon, la matrone creuse de l'ongle un trou tout le long du clitoris, afin de décortiquer cet organe. Tandis que la fillette pousse des cris épouvantables, la matrone finit par déraciner le clitoris

qu'elle dégage et extirpe à la pointe de son instrument. Les voisines, parfois invitées à contrôler l'opération, plongent l'une après l'autre l'index dans la plaie de façon à s'assurer que le clitoris a été intégralement enlevé. Puis la matrone reprend son instrument et tranche les petites lèvres. Elle peut également mettre à vif la bordure des grandes lèvres en les écorchant du bout de sa lame.

Certaines ont de la chance (on n'ose écrire le mot...) que l'opération se termine là. Dans certaines contrées, ce n'est qu'un début, car suit ce que l'on appelle l'infibulation. La matrone enlève alors la paroi interne des grandes lèvres puis commence la couture. Les grandes lèvres sont rapprochées et fixées bout à bout avec des épines d'acacia nain (qui mesurent près de deux centimètres). Entre les épines est passé un lien qui ferme la plaie à la manière d'un corset. Seule une minuscule ouverture est ménagée à l'arrière pour le passage des urines et du sang menstruel. Pour éviter une soudure totale, la matrone place dans ce petit orifice une allumette ou un petit morceau de bambou. Elle répand ensuite sur la plaie un mélange de sucre et de gomme arabique, ce qui forme une colle hermétique. Ensuite, les jambes de l'enfant sont attachées l'une à l'autre, jusqu'aux chevilles pour qu'elle ne puisse, par ces mouvements, empêcher la cicatrisation. A ce stade, la petite fille, épuisée, a cessé de hurler. Elle est placée sur une natte où l'on attend qu'elle urine, ce qui prouvera que l'orifice n'est pas bloqué...

Dans certains pays comme en Egypte, les MSF sont de plus en plus réalisées sous anesthésie en milieu hospitalier. Cela tend à diminuer la gravité de ces mutilations auprès de la population. [4, 5, 7, 8, 13]

Par ailleurs, le rituel de l'excision connaît du fait de l'immigration certaines modifications dans son mode opératoire. Pour de nombreux parents, il semblerait que l'important n'est pas que le rituel soit respecté, mais que l'excision ait lieu. Ainsi, comme le souligne Isabelle Gillette-Faye : « l'essence même de cette pratique serait alors de maintenir la cohésion au sein du groupe en perpétuant le marquage des sexes, qui institue la femme dans son rôle de future épouse soumise. » [9]

« *L'excision et l'infibulation : c'est l'abattoir.* » Coumba Touré, représentante du GAMS [15]

- **La phase post opératoire**

L'excision est suivie d'un traitement médico-rituel ou purement médical, comprenant des pansements locaux et des prescriptions diétético-hygiéniques et sociales (ségrégation, évitement des hommes...) d'autant plus élaborées qu'elles se situent dans un contexte animiste. [8]

- **Quel est le sort des parties excisées ?**

Le sort des parties excisées ne concerne que certaines sociétés animistes, dans lesquelles la partie sectionnée peut être soumise, dans un contexte rituel, à un traitement particulier (conservateur ou destructeur). Par exemple, les Oubi de Côte d'Ivoire recueillent les clitoris et les enterrent en lieu tenu secret dans la forêt, ou les font porter, dans un petit sac suspendu à la taille des excisées. [8]

1.3.2. En France

En France, les mères veulent faire exciser leurs filles le plus tôt possible, tout d'abord pour qu'elles n'aient aucun souvenir sur ce qu'elles ont subi, mais aussi pour qu'il n'y ait aucune résistance de leur part surtout lorsqu'elles sont scolarisées. Elles sont ainsi réticentes à attendre le retour en Afrique pour l'excision de leurs filles qui sont alors excisées très jeunes, de quelques jours à un an. Parfois les excisions ont lieu plus tardivement car les fillettes d'une même fratrie sont souvent opérées le même jour. Comme il s'agit d'une décision collective, elles peuvent être excisées en Afrique (lors d'un voyage pendant les vacances scolaires par exemple), parfois avec la désapprobation d'un ou des deux parents biologiques. [9]

Par ailleurs, **en France, il n'y a pas de processus initiatique**. Ainsi, il ne s'agit plus tant de passer de l'état de fillette qu'à celui de femme, mais plus d'être marquée dès la naissance comme étant du sexe féminin. Cette généralisation de l'abaissement de l'âge (qui se produit également en Afrique), assimile l'excision à une « simple formalité de naissance ».

Comme nous l'avons dit précédemment, la souffrance entraînée par l'excision est telle qu'il est souvent inconcevable pour une mère d'exciser sa fille.

Les mutilations sont donc réalisées par des exciseuses spécialisées dont les familles se transmettent les adresses. Il s'agit parfois d'une personne « non qualifiée » (au sens coutumier) pour pratiquer l'excision, mais d'une femme qui pour gagner de l'argent s'improvise exciseuse. De plus, ces exciseuses n'habitent pas toujours en France et ce sont dans ce cas les familles qui se cotisent pour les faire venir d'Afrique. Les parents ne se préoccupent pas du type d'excision pratiquée par l'exciseuse, beaucoup ignorant l'existence de plusieurs types de M.S.F.

L'opération se déroule habituellement au domicile familial. Elle peut également être réalisée au domicile de l'exciseuse ou dans un foyer d'hébergement de travailleurs migrants. [9, 13]

1.4. Pour quelles raisons les M.SF. sont-elles pratiquées ?

Nous ferons ici un répertoire non exhaustif des raisons, retrouvées dans la littérature, qui font que l'excision et l'infibulation sont pratiquées. Les motivations qui poussent à pratiquer l'excision sont également valables pour l'infibulation, puisque cette dernière comprend une excision ; ce n'est pas le cas à l'inverse.

Aucun jugement de valeur ne sera porté sur les raisons qui justifient cette pratique.

1.4.1. Raisons psycho-sexuelles

Si la suppression du clitoris équivaut à la suppression de la partie virile de la femme (le clitoris étant associé à la verge), elle signifie également **la suppression du pouvoir et de l'autorité** dont il est le siège. Laisser à une femme son clitoris, c'est lui permettre d'exercer un pouvoir rival face au mari dans le contexte matrimonial. Dans cette conception, il faut donc réduire ce qui, chez la femme, est conçu comme l'équivalent du sexe viril, afin de créer des conditions (physiques) d'une **domination (sociale) de l'homme sur la femme**. [15, Sylvie Fainzang, ethnologue]

La virginité des femmes est très importante, puisque le mari peut répudier sa jeune épouse si elle n'est pas vierge, et réclamer la restitution de sa dot. L'excision permettrait ainsi de **sauvegarder la chasteté avant le mariage par inhibition du plaisir sexuel**.

Par ailleurs, l'excision prétend réduire les pulsions sexuelles des femmes, notamment dans le cadre du mariage polygame. L'épouse accepterait plus volontiers de partager son mari avec une autre si le plaisir sexuel n'est pas présent, et serait moins jalouse.

L'excision, également par diminution du plaisir sexuel permettrait de **prévenir l'adultère chez la femme mariée**.

Au contraire, pour certains peuples, elle permet **d'augmenter le plaisir sexuel de l'homme** en rendant l'orifice vaginal plus étroit.

En ce qui concerne l'infibulation, elle serait **une protection contre le viol** pour les fillettes qui, isolées à distance du campement avec les troupeaux, se retrouve souvent face à des rôdeurs étrangers à la tribu. [4, 32]

1.4.2. Raisons sociologiques

Le poids des coutumes est souvent invoqué : « cela c'est toujours fait, ma mère, ma grand-mère l'ont fait, donc mes enfants seront excisés ». Le conditionnement culturel des femmes tend à perpétuer ces pratiques et certaines vont même jusqu'à réclamer l'excision. Condition indispensable pour prendre part à la vie sociale, c'est **un facteur d'appartenance sociale dans le sens d'une intégration et du maintien de la cohésion sociale**.

L'excision est une condition essentielle au mariage : une femme non excisée est considérée comme étant une prostituée et ne peut pas se marier. L'excision est en quelque sorte « **un permis de mariage** ».

Pour de nombreuses ethnies, l'excision est associée à un rite de passage à l'âge adulte, lors d'une cérémonie initiatique. Elle est associée à une **transmission d'expérience et de savoir** de la part des femmes plus âgées. A l'issue de cette cérémonie, la jeune fille prend le statut de femme et peut se marier.

Lors de l'excision, il y a une séparation avec la parenté biologique, mais aussi une alliance du lignage d'origine avec le lignage de mariage. On remarque donc une analogie entre la coupure du cordon ombilical à la naissance et celle du clitoris au moment de l'excision. En effet, la coupure du cordon ombilical correspond à une rupture avec la matrice au moment de la naissance, tout comme l'est la séparation d'avec les parents au moment du mariage, coupure corporellement éprouvée dans l'excision.

De plus, l'excision permettrait **d'éloigner le mauvais sort** par la perpétuation d'une coutume qui rattache la petite fille à sa lignée, aux ancêtres. Elle protégerait de la maladie et de la folie. [4, 9,13, 15, 21, 32]

1.4.3. Raisons religieuses

L'excision est une **coutume païenne antérieure à l'apparition des grandes religions monothéistes**. Elle est ou a été pratiquée aussi bien par des chrétiens, des juifs, des musulmans et des animistes. Aucune religion n'interdit ni ne proscriit l'excision. Il n'est fait mention de l'excision ni dans la bible, ni dans le Coran, ni dans la Torah. Les Hadiths, paroles de sagesse du prophète Mahomet, indiquent que Mahomet aurait conseillé à une exciseuse de « ne pas trop couper » ; encore, s'agit-il d'un Hadith très controversé.

Par ailleurs, **les femmes non-excisées n'auraient pas le droit de prier**.

Les musulmans qui pratiquent l'excision en font un rite de « purification » nécessaire.

Cependant, en France, le recteur de la Mosquée de Paris, Dalil Boubakeur, a dénoncé officiellement cette coutume, en s'appuyant sur les textes religieux. [4, 32]

1.4.4. Raisons d'ordre esthétique et hygiénique

Les peuples qui pratiquent l'excision ont associé cette intervention sur le sexe de la femme à une recherche esthétique. Cette préoccupation esthétique est souvent justifiée dans les récits par une **hypertrophie anormale des organes génitaux** et en particulier du clitoris chez les Africaines.

On rapporterait que chez les Hottentotes, peuple d'Afrique australe, les femmes auraient un clitoris et des lèvres tellement grands, qu'ils se rejoindraient et tomberaient en drapage sur les cuisses. Il s'agit de la fameuse « fable du tablier des Hottentotes ».

L'apparence d'un sexe féminin excisé répond ainsi pour certains à des critères de beauté : une surface lisse, sans plis et sans polis.

Le clitoris apparaît comme **un organe laid et impur**. Il est supposé renfermer des vers nuisibles, malpropres et doit subir une toilette pour rendre la vulve plus présentable. Pour certains musulmans, les recommandations du Prophète sur la purification des corps ont été interprétées comme la nécessité d'exciser et de circoncire afin de rendre les sexes « propres » au sens hygiénique du terme.

Au Mali, l'excision se justifie afin d'éviter l'accumulation du sperme et des restes des menstrues dans les replis du sexe féminin. [3, 4, 32]

1.4.5. Rôle sur la fécondité

L'excision aurait pour conséquence d'orienter le désir de la femme vers le vagin, c'est-à-dire vers **une sexualité « reproductive »**, uniquement dans le but d'avoir des enfants.

De plus, les sécrétions du clitoris sont supposées tuer le sperme. [4]

1.4.6. Raisons économiques

Une femme non excisée ne peut se marier et donc la famille de la jeune fille ne perçoit pas de dot. Or, cette dot doit normalement permettre aux fils de la famille de se marier et de garantir ainsi la continuité de la famille.

Par ailleurs, l'excision est devenue une **source de revenus importante pour les exciseuses**, qui reçoivent non seulement des cadeaux mais aussi de l'argent. En France, les exciseuses peuvent recevoir jusqu'à cinq cent euros pour une excision, et même peut être plus. [4,9]

1.4.7. Raisons mythiques

Plusieurs mythes se rattachent à l'excision. Ces histoires fabuleuses qui expliquent l'origine du monde ou la condition humaine, sont présentes dans toutes les sociétés.

Chez les Dogons, peuple du Mali, la pratique de l'excision a d'abord un sens symbolique de différenciation sexuelle. Selon cette croyance, pour pouvoir devenir des adultes complets et féconds, les hommes doivent perdre leur partie féminine (par la circoncision), représentée par le prépuce, et les femmes doivent perdre leur partie masculine (par l'excision), cet élément phallique rappelant la dualité originelle et représenté par le clitoris.

Chez les Bambaras, le clitoris est considéré comme un dard qui peut blesser, voire tuer l'homme, au moment des rapports sexuels. Ce dard est appelé « Wanzo »

De plus, certains imaginent qu'il pourrait obstruer les narines du bébé à la naissance et donc le tuer.

Chez les Buna Lulua, une ethnie du Congo, l'excision se justifie par le mythe du « vagin denté ». Selon ce mythe, qui est en train de disparaître, le clitoris serait la dernière dent à supprimer. [4, 9, 22]

« En réalité, et cela apparaît très clairement à partir des mythes et des croyances, l'excision a un fondement idéologique, c'est le contrôle par les hommes de la sexualité féminine. »
(Jean -Pierre M'Barga [16])

1.5. Un véritable problème de santé publique

1.5.1. Répartition géographique et prévalence

- **Dans le monde**

Selon les chiffres de l'UNICEF en février 2006, le nombre de femmes mutilées s'élève à **130 000 000 dans le monde**, et chaque année, **3 000 000 de nouvelles fillettes subissent ces pratiques, c'est-à-dire une toutes les quatre à six minutes.**

Les MSF sont essentiellement pratiquées en Afrique Subsaharienne pour l'excision et du Nord-est pour l'infibulation. (Cf. annexe1)

Ces pratiques existent également en Asie (Indonésie, Malaisie, Inde), dans la péninsule arabique (Yémen, Oman, Syrie, Emirats, Arabie Saoudite), en Amérique du sud (Pérou, Brésil), en Europe occidentale et en Amérique du Nord.

En Afrique, on ne dispose pas toujours de données précises pour évaluer la proportion de femmes qui subissent ces MSF. On sait cependant qu'au **Burkina-Faso**, selon l'Etude Démographique et Santé, **on est passé d'un taux de 70% d'excision (étude de 1998) au taux de 45% (étude de 2004)** en l'espace de six ans, grâce à une campagne gouvernementale très résolue. En effet, dans ce pays on applique la loi sur l'interdiction des MSF. Des agents de santé mais aussi des groupes de religieux luttent contre ces pratiques. De plus, un numéro vert et des campagnes d'information à la radio depuis 1975 ont permis une forte diminution du taux des MSF.

Au Mali, on est passé de 99% à 91,2%, en l'espace de dix ans grâce aux associations locales et aux cérémonies de dépôt des couteaux de l'excision.

En Guinée, malgré une loi qui condamne l'excision depuis 1998, on sait que **99% des femmes continuent d'être excisées**.

En Afrique de l'Est, les chiffres sont toujours aussi alarmants : 99% des femmes vivant à Djibouti et 97% des femmes vivant en Egypte sont excisées ou infibulées. [4]

Le tableau suivant est une estimation (à partir des données recueillies dans la littérature), de la prévalence des MSF dans les 28 pays africains où elles se pratiquent. [1, 31, 50, 54, 64]

Tableau n°1 : Prévalence des MSF en Afrique

Pays	Type de MSF	Prévalence	Officiellement contre les MSF	Loi contre les MSF
Bénin	I et II	17%*	Oui	Oui (2003)
Burkina-Faso	I et II	45%*	Oui	Oui (1996)
Cameroun	I et II	20%	Oui	Non
Côte d'Ivoire	I et II	45%*	Oui	Oui (1998)
Djibouti	I, II et III	99%	Oui	Oui (1995)
Egypte	I, II et III	97%*	Oui	Oui (1997)
Erythrée	I, II et III	89%*	Oui	Non
Ethiopie	I, II et III	80%*	Oui	Non
Gambie	I et II	90%	Oui	Non
Ghana	I et II	30%	Oui	Oui (1994)
Guinée	I, II et III	99%*	Oui	Oui (1989)
Guinée-Bissau	I et II	50%	Oui	Non
Kenya	I, II et III	38%*	Oui	Oui (2001)
Libéria	I et II	60%	Oui	Non
Mali	I, II et III	91,2%*	Oui	Non
Mauritanie	I et II	71%*	Oui	Non
Niger	I et II	5%*	Oui	Non
Nigeria	I, II et III	25%*	Oui	Non
Ouganda	I et II	5%	Oui	Oui (1995)
République Centrafricaine	I et II	50%	Oui	Oui (1996)
Rép. Dém. du Congo	I et II	5%	Oui	Non
Sénégal	I et II	20%	Oui	Oui (1999)
Sierra Léone	I et II	90%	Oui	Non
Somalie	III	100%*	Oui	Non
Soudan	III	89%*	Oui	Oui (1946)
Tanzanie	II et III	18%*	Oui	Oui (1998)
Tchad	II et III	60%	Oui	Non
Togo	II	12%*	Oui	Oui (1998)
Yémen	II	23%*	Oui	Non

* : estimations fiables provenant d'études nationales

- **En France**

En France, on estime entre 45 000 et 60 000, le nombre de femmes et fillettes mutilées ou menacées de l'être. [46]

A partir des années 1970 de nombreux migrants d'Afrique viennent s'installer en France. Il s'agissait d'une immigration essentiellement masculine pour des raisons économiques de survie (période de grande sécheresse en Afrique).

Les premières femmes immigrées sont celles qui sont arrivées dans le cadre du regroupement familial à partir de 1976, et qui avaient été excisées dans leur pays d'origine. Leurs filles sont nées en France ou y sont arrivées très jeunes : certaines avaient été excisées avant de quitter leur pays d'origine, mais un grand nombre d'entre elles ont été excisées après leur arrivée (soit en France, soit même à l'occasion de vacances au pays).

La France découvre donc l'excision au début des années 1980. [65]

L'immigration africaine est surtout représentée par les travailleurs originaires de la partie Ouest du continent : Malien (50%), Sénégalais (30%), et Mauritaniens (20%). En réalité, la répartition est plus ethnique que politique. On retrouve ainsi surtout les ethnies Mandés (Bambara, Soninké, Malinké...) et Halpulaar (Peul et Toucouleur), installés aux confins des trois états riverains du fleuve Sénégal. On rencontre aussi d'autres ethnies, notamment les Wolof (qui n'excisent pas) et les Diolas.

Actuellement, on retrouve de plus en plus de migrants originaires de Gambie ou de Guinée Conakry. Bien entendu, toutes les autres nationalités de l'Afrique francophone sont représentées à des degrés divers. [16]

Toutes les régions ne sont pas concernées avec la même acuité par la problématique des MSF en France.

Neuf régions ont été identifiées comme prioritaires : Nord Pas de Calais, Rhône Alpes, **Pays de la Loire**, Poitou-Charentes, Picardie, Ile de France, Champagne Ardennes, Haute Normandie et Provence Alpes Côte d'Azur (PACA). Le nombre de MSF n'est pas égal dans ces différentes régions : **il augmente en Pays de Loire**, en Poitou-Charentes et en Champagne Ardennes, alors qu'il diminue en Ile de France et en PACA. Dans la région des Pays de Loire, la présence des MSF n'est pas égale : on les retrouve essentiellement en **Loire atlantique, en Maine et Loire et en Mayenne.** [46]

En 1993, Marie-Line Arçon et Dorah Essola ont réalisé une enquête dans le cadre de leur mémoire de fin d'études de sage-femme, pour **évaluer le risque d'excision dans la région parisienne.** Leurs terrains d'enquête étaient : le centre hospitalier Ballanger à Villepinte (93),

le centre hospitalier Robert Debré à Paris, le centre hospitalier Jean Rostand à Sèvres (92), la Maison de Nanterre (92) et Notre Dame du Bon Secours à Paris. Leur étude s'est basée sur l'exploitation de 52 questionnaires donnés à des femmes en majorité d'origine sénégalaise ou malienne et d'ethnie Toucouleur, Soninké et Bambara. 51 d'entre elles étaient excisées et une seule infibulée. En ce qui concerne l'excision de leurs propres enfants, pour 11 d'entre elles, elle était déjà faite, 16 autres attendaient l'occasion d'un retour en Afrique. Cependant, 16 autres femmes hésitaient et 9 s'y refusaient. Ainsi, pour la population considérée, **le risque d'excision pour les fillettes était de 21%**. [9]

1.5.2. Les complications des M.S.F.

Les MSF sont responsables d'une **morbidity et d'une mortalité féminine mais également néonatale importante**. La gravité de ces complications est proportionnelle à l'importance de la mutilation initiale, à la dextérité de l'opérateur, à l'état de propreté des instruments mais aussi à l'état de santé de l'enfant.

Bien que de graves complications soient possibles dans tous les types de mutilations, **dans les types II et III, elles sont généralement plus fréquentes, plus graves et plus durables**.

Cependant, la mise en relation entre les mutilations sexuelles et les complications sur le plan de la santé n'est presque jamais faite. En effet, la mortalité infantile est considérable dans les pays où sont pratiquées ces mutilations. Ainsi, la mort d'un enfant s'inscrit presque dans une sorte de quotidien. Elle fait partie intégrante du destin possible de l'enfant.

- **Les complications médicales**

- immédiates

La douleur suraiguë provoquée par la section d'un organe aussi richement innervé est d'une intensité indescriptible, insupportable avec parfois des chocs neurogéniques.

Waris Dirie [7] : « *Il m'est tout à fait impossible de vous expliquer ce que je ressentais. C'était comme si on vous tranchait à vif la chair de la cuisse ou du bras, sauf qu'il s'agissait de la partie la plus sensible du corps... La douleur que j'éprouvais était si terrible que j'aurais voulu mourir.* »

Khady Koita [10] : « *C'est une douleur inexplicable, qui ne ressemble à aucune autre. Comme si on m'attachait les boyaux...En quelques minutes, je ne sens plus la douleur à*

l'endroit précis, mais dans tout mon corps, soudain habité par un rat affamé ou une armée de fourmis. La douleur est entière de la tête aux pieds, en passant par le ventre. »

Pour la majorité des femmes, la souffrance de l'excision est plus encore qu'à l'opération, liée aux soins qui la suivent. C'est donc pendant plusieurs jours qu'elles ressentent la douleur qui s'inscrit définitivement dans leur souvenir.

Waris Dirie [7] : « *Je croyais que le supplice était terminé jusqu'à ce que j'aie eu besoin de faire pipi...La première goutte d'urine m'a brûlée comme si ma peau avait été attaquée par un acide. »*

De nombreuses sociétés africaines traditionnelles valorisent la douleur qui a une vertu pédagogique. Celle qui arrive à « supporter » la douleur de l'excision, de l'accouchement...fait la fierté de sa famille.

Madame N. (peul du Mali) [15] : « *Avant, quand une fille de quinze ans pleurait, c'était la honte pour la famille : elle n'a pas été courageuse. Alors pour pallier à cette honte, on a préféré le faire quand la fille est innocente [plus jeune]. Elle pleure comme un bébé. »*

Les complications hémorragiques ne sont pas rares et peuvent entraîner la mort par choc hémorragique. Elles sont expliquées par la riche vascularisation de la région périnéale et du clitoris.

On peut ainsi observer des anémies sévères nécessitant une transfusion et dont les répercussions sur une fillette dénutrie peuvent être importantes.

Les lésions des organes de voisinage comme l'urètre, le vagin, le périnée ou le rectum peuvent s'observer. En effet, les mutilations étant réalisées sans anesthésie, la fillette hurle, se débat et l'opératrice peut facilement léser les organes les plus proches. Ces plaies sont source de fistules urétéro-vaginales et/ou recto-vaginales mais aussi de rétentions aiguës d'urine.

Les infections aiguës viennent au second plan ; celles-ci sont locales mais peuvent se généraliser secondairement et être responsables de décès. Les complications peuvent être causées par l'utilisation d'instruments non stériles, par les pansements traditionnellement utilisés et par l'immobilisation qui sont des facteurs de surinfection de la plaie. Parmi les complications possibles, on peut citer les adénites, les abcès, les phlegmons, le tétanos, la gangrène gazeuse ou encore la septicémie.

De plus, on ne peut négliger le risque important de transmission du VIH, de l'hépatite B, de l'hépatite C et des autres maladies hématogènes. [1, 2, 4, 5, 13, 26, 27, 40, 51]

- tardives

L'absence de cicatrisation due à l'infection de la plaie, la présence d'urine ou de matières fécales en cas de fistules n'est pas rare.

On retrouve souvent des cicatrices chéloïdes. Les chéloïdes vulvaires sont des bourrelets cicatriciels, d'aspect très inesthétique. Leur ablation est suivie en général d'une nouvelle prolifération. Cette absence de cicatrisation est source d'algies pelviennes chroniques.

Les infections génitales basses sont fréquentes : vulvo-vaginites et cervicites. Il y a donc un risque important d'infections génitales hautes : salpingites, endométrites pouvant entraîner une stérilité à long terme.

Les névromes cicatriciels sont formés par l'emprisonnement du nerf clitoridien dans un point de suture ou dans un tissu cicatriciel. Ils entraînent des algies pelviennes chroniques.

La pseudo-infibulation peut se créer après une excision de type II excessive qui provoque la formation d'adhérences vulvaires lors de la cicatrisation.

Le kyste dermoïde est la complication à long terme la plus courante. Ce type de kyste résulte de l'inclusion de tissus cutanés dans la cicatrice. Ils sont dus à l'obstruction de glandes cutanées ou de follicules pileux. Ces kystes sont de taille variable, pouvant atteindre celle d'une orange. Il s'agit d'une pathologie bénigne, mais qui peut être très invalidante, de part la taille, la localisation du kyste ou des douleurs qu'il entraîne. Il peut également s'infecter et entraîner une suppuration locale. [1, 4, 26, 51]

- Complications spécifiques des MSF de type III

La sténose de l'orifice vaginal : l'orifice artificiel du vagin peut être si petit qu'il se referme complètement au bout d'un certain temps.

L'hématocolpos (rétention du sang menstruel) est dû à une sténose de l'orifice vaginal. Il survient donc dès la puberté entraînant une dysménorrhée.

En plus des **troubles de la miction, les infections urinaires** sont très fréquentes. En effet, la vulve étant quasiment refermée, l'évacuation des urines est longue et difficile entraînant des rétentions d'urines aiguës ou chroniques. Cela favorise la pullulation microbienne et les infections urinaires chroniques peuvent évoluer vers l'insuffisance rénale chronique sans traitement

Les prolapsus de la paroi antérieure du vagin ou cystocèles peuvent résulter des efforts permanents de pousser que doit faire la femme infibulée pour favoriser l'évacuation des urines. [5, 8, 9, 32, 60]

- **Les complications obstétricales, maternelles et fœtales pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum**

La majorité des complications obstétricales sont dues aux types II et III, car la mutilation est beaucoup plus importante au départ (que le type I) et modifie significativement la morphologie vulvaire.

*

Tableau n°2 : Complications rencontrées pendant la grossesse (en l'absence de prise en charge médicale).

<u>Etiologies maternelles</u>	<u>Complications obstétricales</u>	<u>Risques fœtaux</u>
Antécédents d'infections génitales hautes → synéchies corporéales et tubaires	- Grossesse extra-utérine - Fausse couche spontanée (FCS) précoce ou tardive - Menace d'accouchement prématuré (MAP)	
Infections sexuellement transmissibles	- Aggravation de la maladie	- Contamination fœto-maternelle
Infections urinaires et vulvo-vaginites chroniques	- FCS précoce - Rupture prématurée des membranes → FCS tardive ou MAP <hr/> - Infection ovulaire → septicémie	- Prématurité <hr/> - Souffrance fœtale aiguë → Mort fœtale in utéro (MFIU)
Insuffisance rénale chronique	- Hypertension artérielle gravidique → risque pré-éclampsie, hématome rétroplacentaire...	- Retard de croissance intra-utérin - Prématurité induite - MFIU
- Mauvaises conditions socio-économiques - Etat psychologique : stress, anxiété...	- MAP	- Prématurité

-Difficultés et complications rencontrées pendant le travail

Les touchers vaginaux (TV) difficiles voire impossibles entraînent des difficultés pour suivre le travail dans de bonnes conditions, travail qui est souvent prolongé dans sa deuxième partie.

Sous l'effet des contractions, on peut observer des déchirures du périnée antérieur fibreux qui peuvent être la conséquence de lésions au niveau des organes de voisinage.

Le travail peut parfois être très **douloureux**. En effet la vulve étant très sensible, les TV répétés (quand ils sont possibles) sont souvent très difficiles à vivre.

Par ailleurs, **l'état psychologique maternel est fragile**. L'angoisse de la douleur est très présente et accentuée par le souvenir plus présent que jamais du jour où elle a été mutilée. [21, 22, 24, 26]

- Difficultés et complications rencontrées pendant l'accouchement

La mauvaise qualité des tissus due aux MSF entraîne beaucoup plus de **dystocies des parties molles** et donc de dystocies de dégagement. En effet, la présentation reste bloquée dans l'excavation pelvienne, par l'anneau vulvaire rigide. Le risque **d'hypoxie fœtale** est ainsi plus élevé aboutissant à des **séquelles neurologiques voire à la mort fœtale** (en l'absence de prise en charge).

La rétention prolongée du fœtus dans la filière génitale peut être responsable d'ischémie et de nécrose des cloisons vésico-vaginales ou recto-vaginales, source de **fistules vésico ou recto-vaginales** s'exprimant par **une incontinence urinaire ou fécale**, cause parfois de répudiation ultérieure.

En raison d'un manque d'élasticité des tissus cicatriciels, le risque de **déchirures périnéales postérieures** est plus important. Ces déchirures peuvent atteindre la cloison recto-vaginale et la paroi antérieure du canal anal et/ou du rectum

Le risque de déchirures périnéales antérieures est également présent et n'est pas prévenu par la pratique d'une épisiotomie. Elles peuvent créer exceptionnellement des traumatismes de l'appareil urinaire, allant jusqu'à l'avulsion de l'urètre, qui est arraché de la vessie. [21, 22, 24, 26]

- Difficultés et complications rencontrées dans le post-partum

La fragilité psychologique de la femme mutilée peut s'accroître dans le post-partum. Les douleurs vulvaires mais aussi la peur d'être réinfibulée (dans le type III) accentue souvent le baby-blues.

Une cystocèle peut devenir apparente suite aux efforts de poussée de l'accouchement. De plus de nouvelles infections peuvent survenir suite à une éventuelle réinfibulation, réalisée le plus souvent dans de très mauvaises conditions d'hygiène.

- **Impact des M.S.F sur la santé psychologique des femmes**

En plus du traumatisme immédiat, des conséquences sur la santé physique de la fillette et de sa vie sexuelle future, la mutilation peut affecter, de manière insidieuse, la perception que la jeune fille a d'elle-même et l'estime qu'elle se porte.

Il est aisé d'imaginer que l'infibulation, en suturant l'orifice vaginal suscite **la terreur de la défloration, la détestation des rapports conjugaux, la hantise de l'accouchement** et de ses déchirures. Un bon nombre d'entre elles arrive plus ou moins à compenser mais pour les autres, **anxiété, dépression et névroses** demeureront.

Le risque de dépressions et de psychoses puerpérales est ainsi plus important chez ces femmes.

Les effets à long terme des traumatismes sur le bien-être physique, psychique et social des humains sont de mieux en mieux connus. L'un d'entre eux est le **désordre du stress après un traumatisme ou DSAT**. Les composantes caractéristiques de l'évènement traumatisant à l'origine du DSAT sont : l'angoisse, la douleur, la peur de mourir, la sensation d'impuissance, l'absence d'espoir...C'est le vécu de l'évènement par la personne et non l'évènement en lui-même qui est à l'origine du traumatisme. Les manifestations du DSAT sont : cauchemars ou troubles du sommeil, flash-back de l'évènement, peur que ça se reproduise, évitement de tout objet ou pensée rappelant l'évènement initial...L'état psychologique de ces patientes peut être défini comme **un stress chronique**.

En cours de grossesse ou pendant l'accouchement, chez une femme mutilée, le stress augmente exagérément la circulation des catécholamines, ce qui peut diminuer l'énergie disponible pour le travail ou l'afflux d'oxygène au placenta. [1, 32]

- **Impact sur la sexualité**

Aussi invraisemblable que cela puisse paraître, **beaucoup de femmes excisées ne font pas le lien entre excision et sexualité**. Elles peuvent par contre le faire entre excision et courage, ou excision et propreté.

Rappelons que la première relation sexuelle, notamment quand la femme est infibulée, s'avère fort pénible et douloureuse car l'homme doit ouvrir la couture par la seule force de l'érection de son membre. Cette désinfibulation traditionnelle peut être préparée par l'exciseuse qui, d'un coup de rasoir ou de couteau, agrandit l'orifice résiduel.

Sur la nature et l'intensité du plaisir sexuel, certaines femmes ont répondu qu'on ne saurait jamais la vérité : une femme excisée ne peut se mettre à la place d'une non-excisée et vice-versa.

Les propos des femmes à ce sujet sont divergents. Si quelques unes reconnaissent une correspondance entre frigidité et excision, les autres (en grande majorité) rejettent avec plus ou moins de véhémence l'idée que l'excision pourrait avoir brisé leur sexualité

Adama (Diola de Côte d'Ivoire) : « *Les femmes plus âgées expliquent que si on n'enlève pas ça, la fille va vite faire des bêtises avec les garçons. Elle sera tellement sensible qu'elle fera vite des bêtises. Mais des fois, ça ne sert à rien, il y en a qui font des bêtises quand même. Ca ne change rien du tout.* »

Concernant la sensibilité clitoridienne, certaines femmes se déclarent « toujours sensibles ». S'agit t-il de femmes dont l'excision aurait été partielle, comme le soutiennent certaines opinions médicales ? La cicatrice de l'excision resterait t-elle sensible et sexuellement excitable, comme en soutiennent d'autres ? La zone d'excitabilité déborde t-elle largement corps et gland du clitoris et concerne t-elle toute la région du mont de Vénus et le périnée comme d'autres le suggèrent ? [15]

Pour répondre à ces questions, on peut s'appuyer sur les connaissances relatives à l'anatomie sexuelle féminine concernée par l'orgasme. La structure de l'appareil génito-sexuel des femmes comporte une partie érectile composée du clitoris (gland, corps et racines) du plexus intermédiaire de Kobelt, et des bulbes vestibulaires situés de part et d'autre de l'orifice vaginal. L'orgasme a été décrit comme résultant d'un mécanisme réflexe de contractures des muscles circumvaginaux chassant le sang qui congestionne à ce moment là les bulbes vestibulaires et le plexus de Kobelt (équivalent des bulbes et du corps spongieux chez l'homme)

Lorsqu'elles se masturbent, les femmes stimulent en général toute la zone du mont de Vénus. La manipulation du mont de Vénus produit une expérience sexuelle qui est, au moment de l'orgasme, aussi satisfaisante que celle résultant d'un massage direct du corps clitoridien. Ainsi, **l'observation clinique a montré qu'après une clitoridectomie, la masturbation pouvait être un moyen de stimulation aussi efficace qu'avant l'intervention.** [15]

Selon C. Solano, sexologue, et P. Foldès, chirurgien urologue, le clitoris est l'organe du plaisir sexuel féminin. Quand il est abîmé, il peut réduire les capacités de plaisir sexuel. Mais, **il peut rester un plaisir clitoridien même après l'excision, car le clitoris tout entier contient des capteurs de plaisir et il en reste une partie intacte lors de l'excision.** En effet, le clitoris mesure environ onze centimètres si l'on compte sa partie enfouie.

Cependant, une forme apparemment minime d'excision peut annuler la capacité orgasmique. **Il n'y a pas de parallélisme entre l'importance de l'excision et les symptômes.** Même une toute petite cicatrice peut entraîner de graves séquelles sur le plan sexuel.

Par ailleurs, il faut rassurer les femmes sur le fait que même les femmes au clitoris intact ont parfois des difficultés à atteindre l'orgasme. [43]

Une jeune femme malienne de 26 ans interrogée par S Auffret déclare: « *J'ai été dans mon enfance excisée...Aujourd'hui, je m'estime satisfaite de cette opération que l'on m'a fait subir...Voilà quatre ans que je suis divorcée, et pas une seule fois, je n'ai ressenti le désir de courir après un homme ou tout simplement l'absence de rapports sexuels comme un manque, un manque vital....Elle [l'excision] permet à la femme d'être maîtresse de son corps.* » [3]

Pour S. Auffret: « *que signifie maîtriser son corps lorsqu'il n'y a plus rien à maîtriser ?* »

1.5.3. Le cadre législatif

- **La législation française**

- **Excision et infibulation relèvent de la cours d'assises**

De 1978 à 1982, on apprend par la presse que trois fillettes africaines sont mortes en France à la suite d'une excision.

Le premier procès d'excision a eu lieu en 1979. La petite Doua, âgée de 3 ans et demi, décède des suites de son excision. La VIème chambre du tribunal correctionnel de Paris condamne l'exciseuse à 1 an de prison avec sursis pour homicide involontaire. Les parents n'ont pas été inculpés. [9]

Ces « affaires d'excision » ont été jugées en correctionnelle jusqu'en 1983. Cependant, la jurisprudence de la cour de cassation établit en août 1983 que **l'ablation du clitoris est une mutilation au sens du Code pénal français** (Code pénal : Chapitre II, Section première, Paragraphe2, article 222-9 et 222-10) **passible de la cours d'assises.** Cette **criminalisation** de l'excision résulte d'un arrêt de la chambre criminelle de Cassation rendu le 20 août 1983 dans une affaire ne concernant pas une mutilation de caractère éthique. En effet, une mère française avait procédé à l'ablation du clitoris ainsi que des petites lèvres de sa fille. Il s'agit là d'un acte de folie. [6]

Le terme de « barbarie », parfois utilisé pour qualifier les MSF, n'est pas adapté. Ce n'est pas une qualification juridique. De plus, un acte est barbare quand il y a une intention de nuire ; ce qui est rarement le cas pour les MSF.

L'article 222-9 du code pénal (Chapitre II, Section première, Paragraphe2) énonce que « les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité sont punies de dix ans d'emprisonnement et de 150 000 E d'amende ».

L'article 222-10 du même code prévoit que « l'infraction définie à l'article 222-9 » est punie de 15 ans de réclusion criminelle lorsqu'elle est commise :

- Sur un mineur de quinze ans ;
- Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur.

La peine encourue est portée à vingt ans de réclusion criminelle lorsque l'infraction est commise par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur. [40, 61]

Près de quarante procès d'assises ont eu lieu depuis 1983, concernant **quatre vingt petites filles**. Quatre d'entre elles sont mortes d'une hémorragie consécutive à leur excision. Les peines de prison prononcées ont été le plus souvent assorties de sursis. Cependant, en mars 1991, une exciseuse a été condamnée à une peine de cinq ans de réclusion criminelle pour avoir excisé six petites filles d'une même famille. En 1993, elle a été de nouveau condamnée à cinq ans d'emprisonnement, dont un an ferme, pour avoir excisé dix-sept fillettes dont une petite fille âgée de 3 mois, morte à la suite de sa mutilation. En 1993, un père a été lui aussi condamné à une peine de prison ferme, ainsi que le mari d'une exciseuse, un mois pour le premier, six mois pour le second. [4]

Pour des actes identiques, des pères sont acquittés, d'autres incarcérés ; des mères condamnées à des peines symboliques alors que d'autres sont en prison...Le procès est-il dissuasif ? A t-il une valeur pédagogique ?

- Poursuite possible pour non-assistance à personne en danger

Selon l'article 223-6 du code pénal (Chapitre III, Section 3), quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire, est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 E d'amende. Sera puni des mêmes peines

quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril, l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours.

Les professionnels (comme tout citoyen) peuvent être poursuivis pour non-assistance à personne en danger, si, connaissant l'imminence d'une mutilation, ils ne saisissent pas les autorités administratives, médicales ou judiciaires chargées de la protection de l'enfance.

Lorsqu'une fillette vient d'être excisée, les professionnels doivent de la même façon, en référer aux mêmes autorités. [40, 51, 61]

- La levée du secret professionnel

Le Code pénal (article 226-14) autorise la transgression du secret au professionnel « qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou de privations dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur de moins de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique ».

Le secret professionnel ne peut être invoqué lorsqu'une fillette est menacée de mutilation.

Le Code de Déontologie médicale (article 43) va dans le même sens : « Le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage ». [40, 61]

- La loi française s'applique t-elle à l'étranger ?

Selon l'article 113-7 du code pénal, la loi pénale française est applicable à tout crime ainsi qu'à tout délit puni d'emprisonnement commis par un français ou par un étranger hors du territoire de la République lorsque la victime est de nationalité française au moment de l'infraction. [51]

Ainsi toutes les fillettes qui retournent au pays pour les vacances sont protégées par la loi française.

- La loi du 04/04/2006 sur la violence faite aux femmes

Cette loi modifie le **délai de prescription** pour les mutilations sexuelles féminines. En effet, il passe de dix à **vingt ans après la majorité**, comme pour tous les crimes sexuels.

De plus, depuis le mois d'avril 2006, **la loi s'applique à toutes les fillettes qui vivent en France, quelle que soit leur nationalité ou celle de leurs parents.** [65]

- **Les conventions internationales**

L'article 5 de la **Déclaration universelle des droits de l'homme** dispose que nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. **La résolution 2035**, adoptée par le Parlement européen le 26 février 2001 dispose que toutes les formes de mutilations sexuelles constituent à l'égard des femmes une violation de leurs droits fondamentaux, qui sont les droits à l'intégrité de la personne et à la santé physique et mentale, et que de telles violations ne sauraient être justifiées par le respect de traditions culturelles ou de cérémonies initiatiques. [40, 45, 51]

Différentes conventions internationales dénoncent les pratiques discriminantes à l'égard des femmes et des enfants :

- **La Convention internationale des Nations unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes,**
- **La Convention internationale sur les droits de l'enfant,**
- **La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples,**
- **La Charte africaine des droits et du bien être de l'enfant.** (Cf. annexe 2)

- **Législations étrangères sur la pratique des MSF**

Dix sept états africains sur les vingt huit concernés ont adopté une législation pour réprimer les MSF. Il s'agit du Burkina-Faso, de la Côte d'Ivoire, de Djibouti, de l'Egypte, de l'Erythrée, du Ghana, de la Guinée, du Kenya, du Libéria, du Nigeria, de la République centrafricaine, du Sénégal, de la Somalie, de la Tanzanie, du Tchad et du Togo. Au Soudan, seule l'infibulation est interdite. Cependant, selon les pays, **ces lois sont peu ou pas appliquées et la pratique reste souvent très répandue.** C'est pourquoi, en 2003, une rencontre d'experts de ces vingt-huit pays, a eu lieu au Caire, en Egypte, dans l'espoir que des lois soient adoptées et respectées dans chaque pays où les MSF sont pratiquées. Certains pays occidentaux ont également pris des mesures pour interdire les mutilations sexuelles. En Europe, l'Autriche, la Belgique, le Danemark, l'Espagne, la Finlande, la Grèce, l'Irlande, le Luxembourg, la Norvège, les Pays-Bas, le Portugal, le Royaume-Uni, la Suède et la Suisse ont une loi spécifique contre les MSF.

L'Australie interdit l'infibulation et les Etats-Unis l'excision depuis 1996. [4]

1.5.4. La lutte contre les MSF, en France et dans le monde

- **Les différents organismes de lutte et de soutien**

La lutte contre l'excision a commencé avec l'engagement des femmes en Afrique, dans les années 1960. Il s'agissait de mouvements très politisés, dans la foulée de la décolonisation, à une époque de l'histoire où les étudiants étaient en pleine ébullition partout dans le monde. Les femmes se sont emparées des problèmes qui les concernaient, comme l'excision et les ont exposés sur la place publique. Le Cameroun a commencé dans les années 1960. Dans les années 1970, ce fut le Sénégal, puis dans les années 1975, le Burkina-faso et le Mali.

Depuis les années 1980, des campagnes de lutte contre les MSF sont organisées à travers le monde par les autorités locales mais surtout par les associations non gouvernementales (ONG), notamment le **Comité Inter-Africain (CIAF)**.

En France, les principales associations et ONG luttant contre la pratique des MSF sont le **Groupe de femmes pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (GAMS)**, la Commission pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (CAMS), le Mouvement français pour le planning Familial (MFPF), la Délégation Régionale aux droits des Femmes et à l'Égalité et Amnesty International.

Certaines de ces campagnes de lutte contre les MSF ont parfois abouti au résultat opposé à celui attendu. En effet, dans un premier temps, les populations n'ont pas compris les raisons véritables de la nécessité d'arrêter ces pratiques et se sont senties jugées. Mais petit à petit, l'adoption de nouvelles stratégies pour mener des campagnes de prévention toujours plus efficaces, a permis de diminuer parfois de façon considérable la pratique de ces mutilations.

La campagne de lutte menée par Tostan, une ONG internationale qui travaille en collaboration avec l'UNICEF a permis une nette diminution de la pratique de l'excision au Sénégal : à la fin de l'année 2004, soit un peu moins de sept ans après le début de cette campagne, 1527 communautés avaient abandonné la pratique des MSF, soit 30% de la population sénégalaise pratiquant les MSF. [4, 21]

- **La réparation chirurgicale**

- **La technique du Docteur Pierre Foldès**

Depuis 2000, **le docteur Pierre Foldès a mis au point une technique de chirurgie réparatrice qui permet de reconstruire le clitoris.** (Cf. annexe 3).

Avant lui, aucun scientifique ne s'était intéressé à cet organe. C'est en opérant des femmes souffrant de fistules, lors de missions humanitaires en Afrique, que ce médecin urologue a mis au point cette opération. Elle consiste à **faire ressortir la partie interne du clitoris, d'une longueur de six à huit centimètres sous la cicatrice, et de lui redonner une sensibilité nerveuse.**

Après l'intervention (qui n'est pas pratiquée sur la femme enceinte), le délai minimum pour un accouchement par voie basse est de trois à six mois et les rapports sexuels ne sont pas conseillés avant la quatrième semaine.

Des publications témoignent de la restauration sensorielle après cette chirurgie plastique : elle permet une ré acquisition de la sensibilité superficielle au bout de quelques semaines grâce à l'obtention d'un gland à peine abaissé et doté d'une protusion anatomiquement normale. [1]

Plusieurs centaines de femmes en France en ont déjà bénéficié pour retrouver leur intégrité physique. Une dizaine de chirurgiens pratiquent actuellement la chirurgie en France et en Afrique, dont un au Burkina-Faso et un autre au Sénégal. Récemment, une première consultation spécialisée a été créée dans les hôpitaux Rothschild et Bichat à Paris ainsi qu'à l'Hôpital Mère et Enfant (HME) du CHU de Nantes, pour assurer un suivi des patientes avant, pendant et après la réparation. (Cf. **2.3.3. La réparation chirurgicale des MSF au CHU de Nantes**)

En France, cette intervention est aujourd'hui **remboursée par la sécurité sociale.** [4]

Isabelle Gillette-Faye, sociologue et directrice du GAMS, ne conseille pas systématiquement la réparation chirurgicale aux fillettes qui s'adressent à elle (et aux différents intervenants du GAMS) pour comprendre ce qui leur est arrivé: *« elles veulent être « comme avant », et éventuellement, dans les sociétés d'accueil, elles veulent être « comme les autres ». Ensuite, elles pensent aussi au plaisir sexuel, le leur ou celui de leur partenaire, qui se plaint parfois de leur manque de réceptivité, mais ce n'est pas ce qu'elles mettent d'abord en avant. Nous, nous tentons de les accompagner de façon plus générale, pour les aider à comprendre ce qui leur est arrivé, et à reprendre courage et force. Une opération chirurgicale n'est pas un acte banal, surtout quand il s'agit de personnes mineures. Au-delà de supprimer les séquelles douloureuses pour certaines d'entre elles, la possibilité d'une reconstruction chirurgicale du clitoris offre à toutes un immense espoir et représente une revanche sur la vie. Il n'en reste pas moins que la solution serait l'abandon de l'excision ! »* [4]

-Les autres techniques chirurgicales

Plusieurs chirurgies peuvent être envisagées en fonction des complications provoquées par la mutilation sexuelle :

-Kystes épidermiques, kystes d'inclusion → résection

-Névromes → libération nerveuse

-Désinfibulation → repérage de l'urètre, incision médiane, suture.

La désinfibulation peut être réalisée en dehors de l'accouchement pour traiter des infections urinaires à répétition, des dyspareunies voire une impossibilité aux rapports sexuels... ou **au cours de l'accouchement** (si elle n'a pas été réalisée avant la grossesse) pour ouvrir la vulve et faciliter le dégagement du nouveau-né. Elle est indiquée en cas de MSF de type II (avec pseudo-infibulation) ou III. (Cf. annexe 3)

Une étude américaine publiée en 2006 a évalué la satisfaction de 40 femmes ayant subi une désinfibulation chirurgicale dans deux hôpitaux de Boston entre 1995 et 2003.

95% de ces femmes étaient originaire de Somalie. Les principales indications de cette intervention étaient : être enceinte et souhaiter accoucher par voie basse (30%), dysménorrhées (30%), impossibilité de rapports sexuels (20%) et dyspareunies (15%).

48% de ces femmes avaient un clitoris intact caché sous la cicatrice, 36% ont eu des démangeaisons postopératoires sur la cicatrice mais qui ont disparu après deux semaines et 12% ont démarré une grossesse rapidement après la désinfibulation. 100% des femmes ont été satisfaites de l'intervention, 95% ont eu des rapports sexuels améliorés et 94% la recommandent aux autres femmes. [37, 65]

- **La médicalisation des MSF: une solution culturelle ?**

La circoncision effectuée en milieu hospitalier est devenue une banalité. Pourrait-il en être de même pour l'excision ?

En effet, il semblerait qu'actuellement, dans certains milieux aisés de grandes villes africaines, comme Bamako, l'excision soit pratiquée en milieu hospitalier, sous anesthésie.

L'excision pratiquée à l'hôpital par des infirmiers ou des sages-femmes est en hausse en Egypte, en Guinée et au Mali.

A Djibouti, les femmes vont à l'hôpital militaire pour se faire désinfibuler avant le mariage. Après l'accouchement, la femme est recousue « à la taille du sexe du mari », c'est-à-dire avec un orifice plus large que lors de l'infibulation initiale, mais plus étroit qu'une ouverture non mutilée. De la sorte, les relations sexuelles sont plus confortables pour l'homme, qui fait

façonner le sexe de son épouse « à ses mesures », mais restent souvent pénibles pour la femme. [4]

Aujourd'hui en France, l'excision ne peut être pratiquée sans violation de la déontologie médicale. De plus, **la médicalisation prônée par certains banaliserait la pratique excisionnelle, la perpétuerait plus qu'elle ne l'aiderait à disparaître**. Même si elle rassure sur les risques médicaux immédiats, et notamment les risques de mortalité, la médicalisation est « **une façon confortable de se débarrasser du problème** ». [16]

1.6. L'homme et les MSF

L'excision pratiquée par les femmes, souvent défendues par elles, n'est-elle qu' « une affaire de femmes » ?

Il est en effet difficile de répondre à cette question. Nous nous trouvons au cœur du débat mené au sein de la communauté africaine où s'affrontent les gardiens de la tradition et les progressistes.

Pour savoir ce qu'en pensent les femmes elles-mêmes, dans son livre « Tu ne couperas point », Marie-José Bourdain nous retransmet leurs paroles.

- Plusieurs d'entre elles restent convaincues que c'est une affaire de femmes :

« Ce sont les mamans excisées elles aussi qui décident...les femmes sont excisées pour les hommes... ».

- Au contraire, certaines pensent que les hommes ont une part de responsabilité :

« L'excision, une affaire de femmes ? Oui et non. Oui, parce que tout ce qui entoure les pratiques de l'excision, les rites, les fêtes, ce sont les femmes qui le font, et non, parce que si les hommes ne le veulent plus, les femmes ne le feront plus. Ce sont les hommes qui « détiennent les clés pour arrêter ». [59]

Dans la littérature, il n'est pratiquement jamais question de l'appréciation globale de ces pratiques par les hommes appartenant aux sociétés concernées.

Dans son livre « La femme blessée », Michel Erlich nous présente les témoignages de quelques hommes de Djibouti interrogés à ce sujet. Certains déclaraient **préférer les « femmes intacts »** en raison de leur plus grande jouissance sexuelle, et se montraient **plutôt favorables à l'abandon des MSF** (tout en restant attachés à la circoncision). D'autres manifestaient un attachement plus net à l'excision et même à l'infibulation. Cette dernière, constamment associée à la protection de la virginité, n'était jamais présentée par

les hommes interrogés comme un moyen d'accroître la jouissance sexuelle masculine (notion fréquemment invoquée par les femmes), faisant valoir les avantages érotiques de l'étroitesse de l'orifice vaginal.

Selon C. Quiminal : « *C'est vrai que se sont les femmes qui pratiquent les excisions... mais c'est l'expression de l'intériorisation par les femmes de la domination des hommes et ce sont les vieilles femmes qui imposent aux jeunes, la reproduction de l'ordre villageois. C'est à l'intérieur d'un système de domination extrêmement fort que les femmes pratiquent ces coutumes.* » [9]

Selon R. Saurel, le rôle la parenté féminine (tantes, belles-mères...) dans l'excision, son caractère social exclusivement féminin, la revendication des femmes à la considérer comme « leur chose » montre que « **le pouvoir mâle a réussi à faire de la sanglante mutilation une affaire de femmes.** » Le caractère de l'aliénation féminine est absolu : toute la hiérarchie sociale des femmes vient servir la suprématie masculine. [15]



Source : Photographie de MANSERA K., *Le jour où Khady perdit une partie de sa vie.* [14]

2^{ème} partie : Prise en charge actuelle des M.S.F. en maternité

2.1. Introduction

Depuis quelques années, le nombre de migrants originaires d'Afrique de l'Ouest, et notamment de Guinée Conakry, ne cesse d'augmenter dans les Pays de la Loire.

Les sages-femmes et autres professionnels de santé se trouvent ainsi de plus en plus confrontés à la problématique des mutilations sexuelles féminines.

De plus, suite au colloque national sur les MSF du 04/12/06, M. Bertrand Xavier, ministre de la Santé et de la Solidarité a annoncé : « *notre objectif [est] de mettre fin aux mutilations sexuelles féminines d'ici 2010 au plus tard* ». Grâce à ce colloque mais surtout aux professionnels de santé et associatifs qui depuis 25 ans se mobilisent contre l'excision, des pistes d'actions se sont dessinées pour lutter contre ces pratiques. [46]

Nous avons souhaité, dans un premier temps, déterminer le niveau de connaissance des sages-femmes et les pratiques des maternités de Loire-Atlantique en terme de prise en charge des MSF. Dans un second temps, nous nous sommes intéressés plus particulièrement à la prise en charge de ces femmes mutilées à la maternité du CHU de Nantes, sur le modèle de la prise en charge effectuée à l'hôpital Rothschild à Paris. Pour finir, nous avons fait une mise au point sur les différentes actions possibles de la sage-femme et de l'ensemble des professionnels de santé afin de mieux accompagner ces femmes dans le per-partum.

2.2. Etude descriptive sur les connaissances des sages-femmes et la prise en charge actuelle des MSF dans les maternités de Loire-Atlantique

2.2.1. Objectif

Les sages-femmes des maternités des Pays de Loire, qui prennent en charge ces femmes africaines susceptibles d'être mutilées, ont besoin de connaissances précises sur les MSF. Nous avons voulu savoir, dans le département de Loire Atlantique plus précisément, si elles estimaient que leurs connaissances étaient suffisantes pour s'occuper au mieux de ces femmes ayant besoin de soins particuliers. De plus, à travers leurs expériences, nous avons essayé d'analyser leurs pratiques pour en déduire les difficultés rencontrées qui empêchent une prise en charge optimale d'une femme ayant subi une MSF.

2.2.2. Matériel et méthode

Pour atteindre notre objectif, nous avons réalisé **un questionnaire anonyme qui a été distribué aux sages-femmes des huit maternités de Loire Atlantique.** (cf. annexe 4) L'objectif était d'envoyer ce questionnaire à 30% des sages-femmes de ces maternités, pour espérer en recueillir au moins les deux tiers, c'est à dire représenter au minimum 20% des sages-femmes.

Ces questionnaires ont été envoyés aux sages-femmes cadres, qui les ont ensuite distribués aux sages-femmes exerçant dans tous les services de la maternité, sans aucune condition exclusive.

Cependant, au CHU de Nantes, pour des raisons pratiques de retour des questionnaires et sachant la mobilité des sages-femmes entre les différents services, ceux-ci ont tous été déposés dans le service des suites de couches.

2.2.3. Descriptif de l'échantillon

Période : Les questionnaires ont été envoyés (ou déposés) le 20 septembre et ont été recueillis jusqu'au 15 novembre 2006.

Maternités concernées :

- CHU de Nantes
- Polyclinique de l'Atlantique (PCA) à Saint Herblain
- Clinique Jules Verne de Nantes
- Clinique Brétéché de Nantes
- Hôpital de Saint Nazaire
- Clinique du Jardin des Plantes (JDP) de Saint Nazaire
- Hôpital d'Ancenis
- Hôpital de Châteaubriant

Dans la suite de notre étude, pour garder l'anonymat des établissements, ils seront dénommés de façon aléatoire par une lettre de B à H. (hormis pour le CHU de Nantes qui est représenté par la lettre A).

Professionnels participants : Les sages-femmes (SF) de bloc obstétrical, de suites de couches, de consultations prénatales, de préparation à l'accouchement, ainsi que les SF des services de gynécologie, de grossesses pathologiques et d'orthogénie.

Tableau n°3 : Construction de l'échantillon :

	A	B	C	D	E	F	G	H	<u>TOTAL</u>
Nombre de SF dans l'établissement au 01/09/06	83	50	30	14	29	20	14	11	251
Nombre de questionnaires envoyés	25	15	9	5	9	6	4	4	77
Nombre de questionnaires reçus	18	11	7	4	0	3	4	4	51
Taux de réponses	72%	73.3%	77.7%	80%	0%	50%	100%	100%	69.1%

Les sages-femmes de la maternité **E** ont refusé de répondre à notre questionnaire pour deux raisons : **elles rencontrent peu de femmes mutilées** dans leur maternité et **elles déclarent ne pas avoir assez de connaissances** sur les MSF.

2.2.4. Résultats

Le nombre de questionnaires analysé est de 51.

- **Les sages-femmes**

Les sages femmes interrogées ont en moyenne 39.8 ans (de 25 et 59 ans) et ont respectivement entre 1 et 38 années d'exercice.

Sur 51 sages-femmes, 23 ont déjà travaillé en consultations prénatales (45.1%), 50 au bloc obstétrical (98%), et 42 en suites de couches (82.4%).

Actuellement, 15 travaillent en consultations prénatales (29.4%), 29 au bloc obstétrical (56.9%), 27 en suites de couches (52.9%), 1 en grossesses pathologiques, 1 au service de Diagnostic Anténatal (DAN), 1 au planning familial, et 2 ont un poste de sage-femme libérale. En effet, certaines sages-femmes occupent plusieurs postes à la fois.

Dans notre étude, les sages-femmes proviennent de divers services et ont ainsi pu prendre en charge des femmes mutilées à des moments différents (grossesse, accouchement...).

Une seule sage-femme a déjà travaillé en Afrique (au Congo) ; **nous ne pouvons donc pas savoir si le fait d'avoir travaillé en Afrique permet aux sages-femmes d'être plus à l'aise pour la prise en charge des MSF.**

- **Risque de confrontation aux MSF**

15 sages-femmes (29.4%) rencontrent souvent, dans l'exercice de leur profession, des femmes originaires d'Afrique, 30 en rencontrent de temps en temps (58.8%) et 6 en rencontrent rarement (11.8%).

La majorité des sages-femmes de Loire-Atlantique se trouvent ainsi confrontées à des femmes susceptibles d'être mutilées.

Parmi les 15 sages-femmes qui rencontrent souvent ces femmes originaires d'Afrique, 13 travaillent au CHU de Nantes (86.7%) et 2 à la PCA de St Herblain (16.7%). **Ce sont surtout les sages-femmes du CHU de Nantes qui prennent en charges ces femmes dans le département de Loire-Atlantique.**

Pour 11 d'entre elles (78.6 %), il s'agit souvent de **femmes d'Afrique de l'Ouest** (pratiquant surtout l'excision) et pour 2 d'entre elles, il s'agit souvent de femmes d'Afrique de l'Est (pratiquant surtout l'infibulation).

Au cours de ces trois dernières années, 20 sages-femmes (39.2%) déclarent avoir rencontré et examiné entre 1 et 10 femmes mutilées, 5 (9.8%) en ont examiné entre 10 et 20, 2 (3.9%) en ont examiné plus de 20 (soit un total de 27 sages-femmes) et 24 (47.1%) n'en ont pas rencontré.

2 sages-femmes, sur les 25 qui ont rencontré des femmes mutilées au cours de ces trois dernières années (et qui ont répondu à la deuxième partie du questionnaire), **ont constaté des MSF réalisées sur le territoire français.**

- **Connaissances des sages-femmes**

Durant leurs études, 43 sages-femmes sur 51 (**84.3%**) **n'ont pas eu de cours sur les MSF**. Pour les 7 sages-femmes qui en ont eu, elles considèrent toutes que **leurs connaissances sont insuffisantes**.

Une des raisons évoquées par les sages-femmes de la maternité **E** pour ne pas répondre au questionnaire est bien « un manque de connaissances sur le sujet ».

Seulement 5 sages-femmes (9,8%) ont assisté à une formation continue sur les MSF et **95.6% des sages-femmes qui n'ont pas eu de formation souhaiteraient en faire une.**

50 sages-femmes (98%) sont en faveur d'une formation systématique des étudiantes sages-femmes sur la prise en charge des MSF.

- **Qualité du dépistage des MSF**

12 sages-femmes sur 49 (2 n'ayant pas répondu à la question), vérifient à chaque fois l'intégrité des organes génitaux externes (OGE) des femmes lors du premier examen clinique (en particulier pour celles issues de pays à risques), soit 24.5%. 9 vérifient souvent leur intégrité (18.4%), 18 le font rarement (36.7%) et 10 ne le font jamais (20.4%).

Moins d'une sage-femme sur deux vérifie l'intégrité des OGE des femmes les plus à risques de MSF.

5 sages-femmes savent reconnaître facilement une MSF (9.8%), 41 savent la reconnaître seulement si celle-ci est évidente (80.4%), 2 les reconnaissent difficilement (3.9%) et 3 n'ont jamais vu de MSF.

Toutes les mutilations ne sont pas faciles à reconnaître, surtout lorsqu'il s'agit d'une excision de type I où « seul le clitoris » a été enlevé. D'où **la nécessité d'une formation des sages-femmes** à la reconnaissance des mutilations sexuelles.

Parmi les sages-femmes qui vérifient à chaque fois l'intégrité des organes génitaux externes, une seule sait reconnaître facilement une MSF.

5 sages-femmes sur les 35 qui travaillent depuis plus de dix ans (soit 14.3%) savent reconnaître facilement une MSF. Aucune sage-femme, sur les 16 qui travaillent depuis moins de dix ans, ne sait reconnaître facilement une MSF. **L'expérience permettrait peut-être aux sages-femmes un meilleur dépistage des MSF.**

2 sages-femmes, sur les 15 qui rencontrent souvent des femmes originaires d'Afrique, soit 13.3%, savent reconnaître facilement une MSF.

- **Prise en charge des MSF**

Sur 50 réponses (1 n'ayant pas répondu à la question), 45 sages-femmes (**93.8%**) **ne connaissent aucun organisme de lutte ou de soutien** vers lesquels orienter les femmes victimes de MSF. Les 5 qui en connaissent citent : le GAMS, le MFPF, et les associations Ni putes, ni soumises, S.O.S femmes et Non à l'excision (à Limoges).

Parmi les 15 sages-femmes qui rencontrent souvent des femmes africaines, 1 seule connaît au moins un organisme de soutien vers lequel orienter ces femmes.

3 sages-femmes sur 48 affirment qu'il existe un protocole de prise en charge de ces femmes mutilées dans leur maternité. Elles travaillent toutes les trois au CHU de Nantes. En effet, un début de prise en charge se met en place au CHU de Nantes, pour les femmes mutilées qui souhaitent une réparation chirurgicale. 3 autres sages-femmes ignorent la présence ou non d'un protocole dans leur maternité.

Parmi les 27 sages-femmes concernées, 25 ont répondu à la deuxième partie du questionnaire réservée à celles qui ont rencontré des femmes mutilées au cours de ces trois dernières années.

Après découverte d'une mutilation, 6 sages-femmes sur 25 (24%) ont déjà annoncé (pas à chaque fois) à une femme qu'elle était mutilée et **19 (76%) n'ont jamais annoncé à une femme l'existence de sa mutilation.**

Suite à cette annonce, les femmes ont surtout réagit (pour 4 sages-femmes sur 6) en leur disant **qu'elles le savaient déjà et qu'elles ne souhaitaient pas en parler davantage.** La deuxième réaction la plus souvent rencontrée est celle où **les femmes nient (ou ignorent) la réalité** (pour 2 sages-femmes sur 6).

Après constatation d'une mutilation lors d'un examen, 3 sages-femmes sur 25 déclarent n'avoir jamais discuté de cette mutilation à leur patiente et 12 leur en ont rarement parlé. Ces **15 sages-femmes ont donné comme raisons principales à leur silence** :

- **femme parlant une langue différente** : 3 sur 15 sages-femmes
- **manque de connaissances sur les MSF** : 3 sur 15 sages-femmes
- **peur de sa réaction** : 3 sur 15 sages-femmes

3 sages-femmes sur 25 ont déjà parlé, avec les femmes mutilées qu'elles ont rencontrées, des complications de leur MSF.

La principale complication évoquée par les femmes (pour 2 sages-femmes sur 3) **est obstétricale** (déchirure périnéale...). **La deuxième complication la plus rencontrée est sexuelle** (dyspareunies...).

Les sages-femmes ne sont pas à l'aise et ont du mal à aborder le sujet avec leurs patientes; d'autant plus que la majorité de ces femmes parlent difficilement de leur mutilation.

1 sage-femme sur 25 a déjà rencontré des femmes mutilées qui ont eu une césarienne préventive de lésions périnéales.

2 sages-femmes sur 25 ont rencontré une (des) femme(s) infibulée(s) avant l'accouchement et qui ont demandé à être réinfibulée(s) en post-partum. **Seule 1 des 2 sages-femmes a vu cette réinfibulation se réaliser.**

A la question : « que pensez-vous de la réinfibulation par le personnel médical en post-partum d'une femme qui a été désinfibulée pour faciliter l'accouchement ? », 32 sages-femmes sur 51 ont répondu:

- **25 (soit 78.1%) pensent que c'est interdit par la loi et sont contre la réinfibulation,**

- 2 pensent que c'est interdit par la loi mais sont pour,
- 3 pensent que c'est autorisé par la loi et sont pour,
- 2 pensent que c'est autorisé par la loi mais sont contre.

3 sages-femmes pensent que la loi doit s'adapter au cas par cas et 11 sages-femmes n'ont pas répondu parce qu'elles ne savent pas.

5 sages-femmes ont abordé le sujet d'une **réparation chirurgicale** de l'excision avec leurs patientes.

A la question : « quels peuvent être les bénéfices d'une réparation chirurgicale de l'excision ? », 41 sages-femmes sur 51 ont répondu :

- diminution des troubles sexuels, avoir une sexualité plus épanouie (13 sages-femmes),
- retrouver son intégrité physique (9),
- reconstruction psychologique (5),
- retrouver des sensations de femmes (5),
- réduire les risques obstétricaux (3),
- retrouver une meilleure hygiène (2)
- être comme tout le monde (1),
- dépasser le cauchemar de la mutilation (1),
- diminution des algies pelviennes (1),
- reconnaissance de la liberté de la femme et non de sa soumission (1).

17 sages-femmes sur 25 ont déjà suivi une femme mutilée en cours de travail.

Parmi ces 17 sages-femmes, 15 ont répondu aux questions relatives au travail et à l'accouchement d'une femme mutilée.

Lorsque les femmes ont accouché par voie basse, 4 sages-femmes ont réalisé une **épisiotomie à chaque fois (26.7%)**, 5 sages-femmes l'ont réalisée dans la majorité des cas (33.3%), 6 l'ont réalisée seulement dans certains cas (40%) et 1 sage-femme a réalisé à la fois une épisiotomie et une périnéotomie antérieure pour certaines patientes.

11 sages-femmes sur 15 (73.3%) ont déclaré que lorsqu'elles avaient pratiqué une épisiotomie, elles ont souvent constaté en plus des déchirures simples du périnée.

Notre étude montre que l'épisiotomie ne prévient pas toutes les déchirures périnéales lorsque la femme a été mutilée.

5 sages-femmes sur 15 (22.7%) ont déjà été confronté à une **hémorragie** d'origine vulvaire ou vaginale suite aux lésions périnéales de l'accouchement.

- **Information et prévention**

6 sages-femmes, sur les 25 ayant rencontré des femmes mutilées (24%), ont déjà **rappelé aux femmes et/ou à leur conjoint, l'interdiction** (par la loi) de reproduire cette mutilation sur leur enfant si celui-ci était une fille.

Aucune sage-femme n'a fait un signalement lorsque l'enfant né d'une femme mutilée était une fille.

1 sage-femme, sur les deux qui ont constaté une MSF réalisée sur le territoire français, a alerté les autorités judiciaires, médicales ou administratives pour atteinte à l'intégrité corporelle de la personne.

A la question : « **Comment qualifiez-vous le rôle de la sage-femme dans la prévention et la prise en charge des MSF ?** », 22 sages-femmes (43.1%) le qualifient de primordial et 29 (56.9%) le qualifie d 'important.

2.2.5. Discussion

- **Limite de l'étude**

- **Faible effectif**

Nous avons envoyé un questionnaire à 30% des sages-femmes des maternités de Loire-Atlantique, ce qui correspond à 77 questionnaires. Nous avons reçu 51 questionnaires et notre **taux de réponse est donc de 69.1%**.

Nous ne pouvons donc présenter qu'une analyse descriptive.

- **Choix de la région pour effectuer l'étude**

Nous n'avons reçu aucun questionnaire de la maternité **E**. Les sages-femmes n'ont pas voulu y répondre par « manque de connaissances sur le sujet », mais aussi parce « qu'elles rencontrent peu de femmes ayant subi des MSF » (paroles de Madame la surveillante du service de la maternité **E**).

En effet, en Loire Atlantique, même si nous n'avons pas de chiffres précis, les populations immigrées africaines susceptibles de pratiquer les MSF sont surtout **localisées dans la région nantaise** : dans notre étude, 86.7% des sages-femmes qui rencontrent souvent des femmes originaires d'Afrique (surtout de l'Afrique de l'Ouest : 78.6%) travaillent à la maternité du CHU de Nantes On en retrouve beaucoup moins à Ancenis, Châteaubriant ou Saint-Nazaire. Cependant, **les sages-femmes de ces villes peuvent également être concernées par ces pratiques car les populations en question sont en augmentation dans toute la région des Pays de Loire et surtout en Mayenne, Maine et Loire et Loire Atlantique.** [46]

Même si cela n'a pas été réalisable pour des raisons pratiques et économiques, notre étude aurait eu plus de valeur statistique si elle avait été réalisée en région parisienne, région française où le taux de MSF est le plus élevé.

- **Connaissances des sages-femmes en terme de MSF**

Notre étude montre qu'il existe **une demande importante des sages-femmes d'être formées sur le sujet des MSF (95.6%), mais aussi de former les étudiantes pendant leurs études (98%).**

Une enquête a été réalisée en France, par une étudiante sage-femme (Pauline Higgins) de l'école de Reims, de septembre à décembre 2002. Un échantillon de 89 sages-femmes exerçant dans « les départements à risque » a répondu au questionnaire envoyé. Les résultats de cette enquête sont très significatifs : très peu de sages-femmes sont formées à la prise en charge des femmes sexuellement mutilées (27%), alors qu'une majorité d'entre elles (66%) a été confrontée une ou plusieurs fois à ce type de patientes. [32]

Une autre enquête a été réalisée en 2006 par une étudiante sage-femme de Paris (Julie Vase Bris) dans six maternités de la région parisienne : 80% des sages-femmes considèrent leurs connaissances comme insuffisantes et 92.6% souhaitent recevoir des informations pour mieux prendre en charge ces femmes. [21]

Il y a une réelle nécessité de formation des sages-femmes pour la prise en charge des femmes mutilées. Et il ne faut pas oublier que, d'après l'article 4 du code de déontologie des sages-femmes : « **Les sages-femmes ont le devoir d'entretenir et de perfectionner leurs connaissances** ». [49]

- **Qualité du dépistage des MSF**

Notre étude montre que **moins d'une sage-femme sur deux vérifie l'intégrité des organes génitaux chez les femmes à risque de MSF.**

Dans son enquête, Julie Vaysse Britys montre que seulement 50% des sages-femmes vérifient systématiquement l'intégrité des OGE à l'examen gynécologique. [21]

Il faut donc sensibiliser les sages-femmes sur la nécessité de l'inspection minutieuse de la vulve chez ces femmes africaines pour le dépistage des MSF mais aussi pour leur prévention chez les filles de ces femmes.

- **Prise en charge des MSF**

- L'annonce

Pour pouvoir prendre en charge au mieux ces femmes ayant subi une MSF, il faut tout d'abord pouvoir aborder le sujet avec elles. Dans notre étude, 76% des sages-femmes qui ont découvert une MSF lors d'un examen clinique ne l'ont jamais évoqué avec leur patiente. Dans son étude, Julie Vaysse Britys montre que seulement 41.8% des sages-femmes abordent le sujet avec les femmes. [21]

Les sages-femmes qui n'abordent pas le sujet manquent souvent de connaissances et ont peur de ne pas pouvoir répondre aux éventuelles questions de la femme. Certaines doutent parfois de la réalité de la mutilation ou ne préfèrent pas en parler par « respect de leur culture ».

Les spécialistes considèrent qu'il est important d'aborder le sujet car les femmes parlent facilement de leur mutilation. [65]

Cependant, dans notre étude, quand on aborde le sujet avec elles, les femmes nient souvent la réalité (par ignorance) et ne souhaite pas en parler. **Il paraît donc nécessaire d'installer une relation de confiance avec la femme** : elle doit se sentir à l'aise pour pouvoir exprimer ce qu'elle ressent.

La langue peut parfois être une barrière à la communication entre le professionnel de santé et la femme. **L'intervention d'un interprète médiateur** peut alors faciliter la mise en place d'une relation de confiance et améliorer la compréhension.

- L'accouchement et la désinfibulation

Dans notre étude, 60% des sages-femmes réalisent dans la majorité des cas une épisiotomie lors de l'accouchement de ces femmes mutilées. Cependant, 73.3% d'entre elles ont observé des déchirures périnéales malgré l'épisiotomie. **En effet, l'épisiotomie ne protège pas des déchirures et surtout de celles du périnée antérieur.** [1]

Une périnéotomie antérieure ou désinfibulation (pour les femmes infibulées ou pseudo-infibulées) peut alors s'avérer indispensable. Cette désinfibulation peut également être réalisée en dehors de la grossesse pour diminuer certaines complications.

Une étude a été réalisée dans deux hôpitaux de Boston entre 1995 et 2003 : 40 femmes ayant subi une MSF de type III ont été désinfibulées parce qu'elles étaient enceintes et voulaient accoucher par voie basse (30%), pour cause de dyspareunies (15%), pour troubles urinaires (12.5%)... 100% des patientes et leurs conjoints ont été satisfaits des

résultats tant sur le plan physique que sexuel. 94% des femmes le recommandent aux autres femmes qui ont des complications à long terme. [37]

- Les complications

L'information et la prise en charge de ces femmes passent également par une connaissance des complications entraînées par les MSF. Dans notre étude, ce sont les **complications obstétricales et sexuelles** qui sont les plus souvent évoquées par les femmes.

Une équipe de chercheurs de l'OMS a mis en place une étude sur 28 393 femmes qui ont donné naissance à un enfant unique entre le mois de novembre 2001 et celui de mars 2003 dans l'un des 28 centres obstétricaux retenus pour l'étude et situés dans six pays africains (Burkina-Faso, Ghana, Kenya, Nigeria, Sénégal et Soudan). Comparées aux femmes n'ayant pas subi de MSF, les femmes mutilées avaient un **risque de césarienne majoré** (3%, 29% et 31% pour respectivement les femmes ayant subi une MSF de type I, de type II et de type III), ainsi que **d'hémorragies du post-partum** (3%, 21% et 69%), **de séjour maternel prolongé à l'hôpital** (15%, 28%, et 66%), **de naissance prématurée et de décès** (15%, 32% et 55%). [36]

Même si dans la littérature on retrouve souvent **la notion de travail prolongé** chez les femmes mutilées sexuellement [42], selon une étude réalisée en Suède, il ne semble pas y avoir de relation entre une durée de travail prolongée et la présence d'une MSF dans les pays où les soins obstétricaux sont de bonne qualité. Entre 1990 et 1996, dans un hôpital universitaire de Suède, 68 nullipares mutilées originaires de la corne de l'Afrique ont été comparées, durant le travail, à un groupe de 2486 nullipares non mutilées. La seconde partie du travail des femmes mutilées a été significativement plus courte que celles des femmes non mutilées (35 minutes contre 53 minutes avec $p \leq 0.001$).

On retrouve bien sûr de nombreuses autres complications : algies pelviennes chroniques, infections génitales, infections urinaires, troubles psychologiques...

Une étude réalisée au Soudan (à Khartoum) entre mars 2003 et juin 2004 a montré une **association entre les formes sévères de MSF et l'infertilité primaire**. Cette étude englobe 99 femmes ayant une infertilité primaire non causée par des facteurs iatrogènes ou hormonaux (ou par des facteurs d'infertilité masculine). Elles ont été comparées avec 180 primigestes. Sur ces 99 femmes, 48 ont eu une inflammation antérieure au niveau des

annexes, et il s'est révélé que ces femmes avaient dans 95% des cas subi une forme étendue de MSF. [23]

- **Information et prévention**

L'information est la première étape indispensable à la prévention.

En effet, nous devons informer les femmes sur l'interdiction de la pratique en France, sur les conséquences... Dans notre étude, seulement 24% des sages-femmes ont rappelé aux couples l'interdiction de faire mutiler leur fille et 93.8% des sages-femmes ne connaissent aucun organisme de lutte ou de soutien. Julie Vaysse Britys montre que 88.8% des sages-femmes ne connaissent aucune démarche de signalement et que 91% d'entre elles ne connaissent aucun organisme luttant contre la pratique des MSF. [21]

La mise à disposition des coordonnées nécessaires à la prise en charge de ces femmes permettrait aux professionnels de santé de combler ce manque de connaissances et de favoriser la collaboration entre les associations, le personnel médical et les autorités judiciaires.

2.3. Prise en charge des MSF au CHU de Nantes

2.3.1. Introduction

Depuis le mois d'octobre 2006, dans le service de l'UGOMPS (Unité Gynécologique et Obstétricale Médico-Psychosociale) de la maternité du CHU de Nantes, **un groupe de travail (auquel j'ai participé) essaie de réfléchir sur la mise en place d'un protocole approprié à la prise en charge de ces femmes ayant subi une MSF.** Sous la direction du chef de service de l'hôpital Mère-Enfant, Professeur Henri-Jean Philippe, ce groupe de travail réunit des gynécologues, des sages-femmes, une sexologue, un médecin généraliste, une psychologue, une infirmière, une assistante sociale, une interprète de l'ASAMLA (Association Santé Migrants Loire-Atlantique) pour l'Afrique sub-saharienne et des secrétaires. Lors des réunions organisées une fois par mois au sein de groupes multidisciplinaires (juristes, membres d'associations...), des questions ont été soulevées par certains dossiers :

- Quelle légitimité avons-nous, soignants de culture occidentale, pour condamner de telles pratiques, inscrites dans les rites et dans la chair, depuis la nuit des temps ?
- Comment aborder le sujet avec une patiente qui consulte pour toute autre raison ?

- Comment réagir face au déni ?
- Quelles sont les lois qui encadrent la pratique des professionnels de santé face aux MSF ? (Cf. **Le cadre législatif** page 33)
- Dans quelles circonstances faut-il rédiger un certificat médical ?
- Quelle prise en charge adopter lors d'une demande de réparation chirurgicale ?
- Pour ou contre la réinfibulation en post-partum d'une femme qui a été désinfibulée pour l'accouchement?

2.3.2. Mise au point effectuée par le groupe de travail

- **Quelle légitimité avons-nous, soignants de culture occidentale, pour condamner de telles pratiques ?**

On peut se demander pourquoi depuis presque 30 ans maintenant, les gynécologues, les médecins généralistes et les sages-femmes ont « gardé le silence » sur ce sujet. En effet, il y a eu un certain manque de légitimité (pour nous femmes blanches ou hommes blancs) à interpeller les femmes sur cette pratique : elles se seraient sûrement senties violées ou jugées. Certaines de celles qui se battent aujourd'hui contre les MSF se sont fait parfois reprocher de « s'être vendues aux valeurs des blancs ». [65]

On peut avancer d'autres raisons à ce silence :

- le « respect des cultures »
- la « compassion vraie »: puisqu'on n'y peut rien, pourquoi retourner le couteau dans la plaie ?
- l'« absence de regard » : l'examen du clitoris est généralement « zappé », ce qui fait qu'effectivement, il nous arrive de ne pas « remarquer » qu'une femme a été excisée.

Cependant, cette approche oublie que d'une part **il existe des valeurs transculturelles comme le respect de l'intégrité du corps et que d'autre part aucune culture n'est statique.**

- **Comment aborder le sujet avec une patiente qui consulte pour toute autre raison ?**

Les professionnels de santé présents dans ce groupe de travail ont tous exprimé leur **difficulté à aborder le sujet avec les patientes** (peur de leur réaction, peur de ne pas pouvoir répondre à toutes leurs questions...). Pour beaucoup, **la grossesse paraît être le**

moment idéal pour aborder la question de l'excision : la grossesse est un moment privilégié où toutes les femmes se font suivre par une sage-femme ou un gynécologue et pendant laquelle un climat de confiance est créé avec le professionnel. **La discussion s'engage plus favorablement si le sujet est abordé progressivement** et sans utiliser de termes violents comme « barbarie »...qui peuvent être difficiles à accepter.

Après l'examen gynécologique, si nous constatons une MSF, nous pouvons aborder le sujet de manière indirecte en leur demandant : « Pratique t-on l'excision dans votre pays d'origine ? »

Cependant, dans certains cas de traumatismes importants, la femme peut parfois refuser tout examen gynécologique. Dans ce cas, on peut lui demander :

- « Est-ce que vous savez pourquoi vous avez peur d'être touchée ? »

- « Voulez-vous savoir ce qui s'est passé ? »

Les schémas anatomiques de la vulve peuvent être un support important pour bien expliquer aux femmes ce qui s'est passé et quelle partie a été mutilée. **Un miroir** peut également être donné à celles qui se sentent à l'aise pour « regarder leur mutilation ».

Selon les professionnels du groupe de travail, lorsque l'on pose la question habituelle : « Avez-vous déjà subi des violences ? », elles répondent dans la majorité des cas de façon négative. Pour elles il ne s'agit pas d'un acte violent mais d'une tradition réalisée dans leur intérêt.

« Nous devons être habités par un respect infini vis-à-vis de ces femmes que nous écoutons et prenons en charge » (Dr Carton, gynécologue à l'UGOMPS). En effet, nous devons les respecter et valoriser certaines de leurs traditions (comme l'allaitement ou le portage des nouveaux-nés) pour les mettre en confiance. Il est important de ne pas se fixer que sur la mutilation mais de **prendre en compte la femme dans sa globalité**.

- **Comment réagir face au déni ?**

Parfois, quand le sujet est abordé, les femmes nient la réalité. Ce qui a été inscrit dans le corps, c'est que « là il n'y a rien ». Elles doivent donc construire leur identité de femme sur ce « rien », sur ce silence inscrit dans le corps. Ainsi, on a souvent ce même « blanc » lorsqu'on essaie de les faire parler de leur corps. Il est vrai que si elles ont été excisées très jeunes, il n'est pas rare que personne ne leur en ait jamais parlé par la suite et qu'elles ignorent avoir été mutilées.

Cependant, **lorsqu'on marque ainsi le corps, on y inscrit la douleur de façon indélébile** même si elle n'est pas consciente ; et bien souvent, alors que la femme nie la réalité de sa

mutilation, le corps « s'en souviendra » en particulier à l'occasion d'évènements touchant la sphère génitale : premières relations sexuelles... [66]

Le professionnel doit donc être vigilant lors de l'examen gynécologique et surtout du premier toucher vaginal : il peut être vécu comme traumatique et peut « replonger » la patiente dans la douleur physique et psychologique de sa mutilation.

Il ne faut pas essayer (à tout prix) de faire comprendre à une patiente qu'elle a été mutilée si elle refuse catégoriquement d'accepter cette réalité. Il est important d'installer un climat de confiance avec elle pour qu'elle puisse en reparler à un autre moment, si elle en ressent le besoin.

- **Dans quelles circonstances faut-il rédiger un certificat médical ?**

Qu'il s'agisse d'un constat de MSF ou de violences conjugales (chez une femme majeure), tout professionnel médical peut rédiger un certificat dans lequel il décrit les lésions constatées (exemple : clitoridectomie totale avec exérèse partielle des petites lèvres), les retentissements psychologiques observés et retranscrit les paroles de la patiente sans les interpréter (exemple : « elle dit craindre pour sa fille »). **Ce certificat peut être conservé dans le dossier sous enveloppe cachetée ou bien remis en main propre.** Un double est conservé dans le dossier médical. **La femme est alors informée qu'elle dispose d'un délai de deux ans pour effectuer les démarches juridiques si elle le souhaite.** (Zozan Oztekin de SOS Femmes)

Ce certificat médical peut être délivré à la patiente **si elle demande le droit d'asile pour protéger sa fille d'une éventuelle excision lors d'un retour au pays.** Ce droit d'asile reste encore limité à un petit nombre de femmes étant donné la politique restrictive actuelle sur l'immigration.

Il faut cependant rester prudent face au **risque de dérives** possibles lié à la délivrance abusive de certificats médicaux qui n'auraient pas pour but premier une protection de l'enfant mais une régularisation des parents.

On peut également rédiger **un certificat de non-excision** ou délivrer un document écrit aux femmes qui retournent au pays lors des vacances scolaires avec leur fille. Ce document peut rappeler la loi, informer le reste de la famille qu'un examen gynécologique sera effectué au retour en France et donc la dissuader de ne pas exciser la fillette.

- **Pour ou contre la réinfibulation en post partum d'une femme qui a été désinfibulée pour l'accouchement ?**

La réinfibulation est interdite en France et le comité d'éthique s'est prononcé contre cette pratique.

Cependant, certaines femmes, qui ont toujours vécu avec une vulve dont l'orifice était rétréci, expriment le besoin d'être réinfibulées car elle supporte mal leur nouvelle apparence « avec une vulve désinfibulée ». De plus, en France on réalise certaines chirurgies lorsque des femmes après plusieurs accouchements... se plaignent de béance vulvaire.

Une question s'est alors posée au sein du groupe de travail :

- Pourquoi ne pas répondre, sous certaines conditions (par exemple ne pas réinfibuler totalement mais rétrécir un peu l'orifice vulvaire), à la demande de ces femmes qui souhaitent retrouver le corps qu'elles ont toujours connu ?

Une approche éthique (à travers quatre grands principes) nous a permis de réfléchir à cette question :

- le principe de bienfaisance : la réinfibulation permettrait à la femme de se sentir mieux dans son corps **mais** si elle apprenait à « vivre avec une vulve désinfibulée », n'en verrait-elle pas les bénéfices ?

- le principe de non-malfaisance : la réinfibulation est un acte qui n'est pas dangereux sur le plan chirurgical **mais** elle est source de complications surtout si la réinfibulation est complète.

- Le principe de justice serait respecté si la pratique était accessible à toutes les femmes de façon équitable (condition d'hygiène...).

- Le principe d'autonomie est souvent **difficile à vérifier**. En effet, on peut supposer que les femmes qui font cette demande de réinfibulation soient parfois sous contrainte familiale.

Une étude réalisée en 2001 dans un centre hospitalier en Angleterre (Guy's and St Thomas's Hospital) montre que sur 89 femmes ayant subi une MSF de type III, 100% sont contre la réinfibulation. [65]

Une telle pratique ne peut bien sûr pas être autorisée à partir du moment où elle n'est pas éthique.

Dans l'urgence, après l'accouchement, il faut refuser la demande de réinfibulation d'une femme. Cependant, il est important d'en rediscuter avec elle plus tard, par exemple à la visite post-natale.

2.3.3. La réparation chirurgicale des MSF au CHU de Nantes

- **L'expérience de l'hôpital Rothschild à Paris**

Depuis le mois de septembre 2005, les professionnels de santé de l'hôpital Rothschild à Paris ont mis en place un protocole de prise en charge pour les femmes qui souhaitent une réparation clitoridienne. [66]

Une équipe pluridisciplinaire les accompagne tout au long de la réparation et dans leur nouvelle vie de femme après l'intervention.

Cette équipe pluridisciplinaire est composée d'une sage-femme, d'une psychologue, d'une sexologue, d'une ethno-psychothérapeute, d'une infirmière du centre antidouleur et d'un chirurgien.

Selon les professionnels, les principales motivations des ces femmes mutilées à la réparation sont :

- redevenir une femme à part entière
- être comme les autres
- retrouver des sensations sexuelles

La première demande est souvent identitaire et non sexologique.

Avant d'accepter la demande de réparation chirurgicale d'une femme ayant subi une MSF, il faut :

- une information sur le rôle des organes érectiles,
- une préparation psychologique sur les changements du corps après la réparation : réappropriation de son corps, changement de la sexualité...,
- une information sur la technique chirurgicale, sur les suites opératoires, sur les rares incidents possibles et les résultats espérés,
- une enquête préalable sur la sexualité de la femme,
- un suivi psychologique si nécessaire.

La première consultation est effectuée par une sage-femme.

La sage-femme écoute leur histoire, leurs désirs, leurs peurs... Elle les informe sur la prise en charge par les différents professionnels, sur l'intervention, sur la douleur et les soins. La sage-femme oriente la patiente vers la psychologue si nécessaire.

La patiente a deux autres consultations systématiques avec la sexologue et le chirurgien.

Il faut parfois plusieurs consultations avant que les femmes puissent parler ouvertement de leur mutilation et qu'elles expriment les raisons de leur demande de réparation. Elles sont souvent très fragiles psychologiquement, se déplacent dans le secret pour la majorité, mais trouvent quand même la force de venir consulter.

Pour l'intervention (Cf. annexe 3), la femme est hospitalisée pendant 24 heures. L'anesthésie est générale car elle ne doit pas revivre la douleur de son excision. Des soins sont effectués après l'intervention et les femmes rentrent chez elles avec une prescription de morphiniques. Elles reviennent consulter 15 jours après l'intervention puis au bout d'un mois, trois mois, six mois, un an... **Le suivi au long terme de ces femmes par les différents professionnels est primordial.** Des photos peuvent être réalisées avant et après l'intervention pour leur expliquer les changements, leur permettre de se réapproprier leur corps...

Une évaluation des pratiques et de l'accompagnement, indispensable pour une meilleure prise en charge, est réalisée grâce à la distribution de questionnaires, à la réalisation d'examens électrophysiologiques...

Un staff mensuel permet à l'équipe pluridisciplinaire de partager des informations sur les patientes, de réadapter l'accompagnement si besoin, de fixer une date opératoire...

- **Le début d'une prise en charge à la maternité du CHU de Nantes**

Depuis le mois de septembre 2006, (parallèlement au groupe de travail qui réfléchit sur l'accompagnement global des femmes ayant subi une MSF) dans le service de l'UGOMPS, des femmes mutilées en **demande de réparation chirurgicale** sont prises en charge par **une équipe pluridisciplinaire** : un chirurgien, une sage-femme sexologue, une psychologue (qui ont été interrogés lors d'entretiens) ainsi qu'une infirmière.

M. le professeur Henri-Jean Philippe, chirurgien gynécologue au CHU de Nantes pratique cette intervention : « *L'acte chirurgical de réparation du clitoris est simple, et c'est un espoir pour des jeunes femmes. Mais comme elles ont toujours vécu sans clitoris, il faut les préparer psychologiquement, les accompagner avant et après l'opération. Ces femmes*

veulent être comme les Françaises et retrouver leur intégrité physique, même si elles ne souffrent pas forcément de troubles de la sexualité. » [31]

Chaque professionnel a un rôle important lors de la prise en charge de ses femmes :

- Le chirurgien, en plus de son rôle de technicien dans la réparation chirurgicale, rassure la femme sur les conditions de l'intervention (sous anesthésie générale, durée de 20 minutes environ...), la prise en charge de la douleur (adaptée à chaque patiente) et la reprise des rapports sexuels (un mois après l'intervention).

Après une première consultation avec le chirurgien, la patiente est orientée vers la sage-femme sexologue et/ou la psychologue.

- La psychologue qui évalue le traumatisme, aide la femme à exprimer les raisons de sa demande de réparation à travers le récit de son histoire. (Cf. annexe 6 : entretien de la psychologue avec Melle F.)

Cependant, la psychologue n'a pas accès au corps.

- La sage-femme sexologue va pouvoir examiner la patiente et évaluer ses attentes sexuelles. Elle va permettre à la femme de lever le tabou (quand il existe) sur sa sexualité pour qu'elle ose « toucher ses organes génitaux externes » et apprenne à mieux connaître son corps...Elle a un rôle très important après l'intervention pour que la femme se réapproprie son nouveau corps et qu'elle puisse si besoin envisager une sexothérapie de couple.

- L'infirmière, qui revoit la femme en post-opératoire pour les soins, recueille les premières sensations de la femme après l'intervention et peut la rassurer sur la cicatrisation et le nouvel aspect de ses organes génitaux externes.

Il est important de rappeler aux femmes qu'on ne peut pas leur promettre de leur rendre un plaisir sexuel si elles n'en avaient pas auparavant. La sexologie ne se réduit pas à un clitoris fonctionnel : le cerveau est l'organe sexologique essentiel.

2.4. La sage-femme et les MSF : Mise au point et propositions pour une prise en charge optimale des femmes mutilées sexuellement en maternité

2.4.1. Introduction

La lutte contre les MSF passe avant tout par l'information et la prévention.

Les femmes migrantes d'Afrique sont généralement peu suivies sur le plan gynécologique. **La grossesse devient alors le moment idéal** pour le dépistage et la prévention des MSF ; **et les sages-femmes**, qui suivent de manière rapprochée les femmes enceintes pendant neuf mois, **les interlocuteurs privilégiés** de ces femmes mutilées.

2.4.2. La formation des sages-femmes

Comme nous le montre notre étude, les sages-femmes sont souvent mal à l'aise devant le problème de l'excision. **La formation initiale et continue est indispensable** pour la prévention et la prise en charge médicale et psychologique de ces femmes.

Le tableau ci-dessous récapitule les thèmes essentiels à aborder au cours de cette formation pour permettre aux sages-femmes une prise en charge optimale de ces femmes :

Tableau n°4 : Thèmes de l'enseignement théorique

<u>Thèmes à aborder</u>	<u>Objectifs</u> Permettre aux sages-femmes de :
Définition et description des différents types de MSF (photos et schémas)	Poser un diagnostic précis du type de MSF
Raisons invoquées qui expliquent les pratiques	Saisir les enjeux socioculturels
Populations concernées (carte géographique)	Evaluer les patientes à risque sans stigmatisation
Complications engendrées par la mutilation	Prévenir les complications et les prendre en charge
Cadre de la loi française qui fonde notre mission de prévention et de protection	Informers Signaler à la PMI /judiciaire
Exposer les exigences médico-légales	Interdire la réinfibulation
Prise en charge obstétricale	Prévenir au mieux les complications et optimiser la prise en charge

Au « colloque Mutilations Sexuelles Féminines » dans le cadre du plan « violences et santé », M. Xavier Bertrand, ministre de la Santé et des Solidarités, a mis en place une circulaire qui a été adressée aux doyens des facultés 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. [46]

Des formations continues sont organisées (avec le soutien du GAMS) dans différentes régions de France et notamment en Pays de la Loire par le CID (Centre Interculturel de Documentation).

Par ailleurs, **un guide pratique pour les professionnels** « Le praticien face aux Mutilations sexuelles Féminines » va être rédigé au cours de l'année 2007.

2.4.3. La grossesse : moment privilégié pour le dépistage et la prévention des MSF

Au cours de la grossesse, **une relation de confiance** se crée entre la sage-femme et la femme qui peut alors se confier sur un évènement douloureux, traumatique dont elle n'a, en général jamais eu la possibilité de parler.

Les sages-femmes justifient parfois le fait qu'elles n'abordent pas le sujet parce qu'elles ont peur de heurter les patientes. Le risque est en effet de réactiver des souvenirs traumatisants enfouis dans leur mémoire. Cependant, il est important de leur montrer qu'elles ont la possibilité d'en parler si elles le souhaitent.

Le dialogue est essentiel dans la prévention des MSF :

- « *C'est le silence qui tue.* » M. Bertrand Xavier [46]
- « *Le silence est la forme civilisée du génocide.* » Régis Debray [15]

La grossesse d'une femme mutilée doit être suivie comme une grossesse normale, en étant bien évidemment plus attentif à la survenue de complications fréquentes chez ces patientes (Cf. **1.5.2. Les complications des MSF**).

Il faut souligner **l'importance des cours de préparation à l'accouchement** (et/ou des consultations avec un psychologue) afin d'aider la patiente à mieux gérer ces angoisses. [32]

La prévention doit devenir systématique lors des consultations prénatales, dès l'entretien du quatrième mois de grossesse. En effet, cet entretien plus psychologique que médical est un moment idéal pour la prévention des MSF, dès lors que la sage-femme connaît les populations à risques.

Après avoir abordé le sujet de manière progressive et non traumatisante, **il faut informer ces femmes et leurs conjoints**. Il faut leur expliquer les complications possibles au cours de la grossesse et l'accouchement ; et leur proposer un soutien plus important avec une psychologue...si des angoisses resurgissent.

Si la patiente a subi une MSF de type II (avec pseudo-infibulation) ou de type III, la question de **la désinfibulation chirurgicale au cours de l'accouchement doit être abordée** (si elle n'a pas été réalisée avant la grossesse).

Un échange devra avoir lieu sur **l'intention de faire pratiquer ou non la mutilation sur l'enfant** à venir si c'est une fille. Il est alors important de :

-**Signifier le danger** : parler des complications immédiates, du risque d'hémorragie, de mort, de blessure des organes voisins...

-**Parler de la douleur**, des traces épouvantables qu'elles laissent dans la mémoire...

-Parler aussi de la douleur permanente lors de pressions, parler de la difficulté future des rapports sexuels,

-**Signifier l'interdit** de l'excision en France, des peines encourues... [1]

La présence du mari peut parfois empêcher la femme de s'exprimer. Dans ce cas, on peut lui demander de s'absenter quelques instants pour l'examen gynécologique et profiter de ce moment pour s'enquérir de son opinion auprès de la femme.

Cependant, il serait intéressant d'en discuter avec les hommes qui ne sont **pas toujours conscients de la réalité des choses**.

Il est important de noter sur le dossier obstétrical que la patiente est mutilée, le type de mutilation, l'information donnée, la faisabilité des touchers vaginaux et la difficulté du sondage urinaire.

Il faut également **établir l'étendue des dommages et le degré de la barrière physique** :

- Si le méat urinaire est bien visible, ou si un toucher vaginal réalisé avec deux doigts est non douloureux, il y a peu de risques que la mutilation entraîne des problèmes physiques importants au moment de l'accouchement.

- Un orifice vaginal étroit ≤ 1 cm doit être considéré comme un facteur de risque majeur surtout si la cicatrice est épaisse. [24]

Si la sage-femme pense qu'un accouchement par voie basse est impossible chez une de ces patientes sans une désinfibulation chirurgicale, ou **si elle a le moindre doute sur sa faisabilité, elle doit travailler en collaboration avec l'obstétricien**. De plus, la

désinfibulation chirurgicale ne fait pas partie des compétences de la sage-femme. Donc si celle-ci est nécessaire, il est important que la patiente rencontre l'obstétricien au cours de sa grossesse.

La sage-femme ne doit pas hésiter à faire appel à **une interprète ou une personne relais** si la langue devient une barrière à la communication, à l'information. Elle peut également **orienter ces femmes vers des associations** (comme l'ASAMLA à Nantes) qui luttent contre les MSF.

2.4.4. Le travail et l'accouchement

Les femmes mutilées ont pour la plupart été traumatisées et **un état d'anxiété peut apparaître ou s'aggraver** pendant la grossesse, mais encore plus au moment de l'accouchement. La patiente sait qu'elle va devoir revivre des moments douloureux tant sur le plan physique (périnéotomie antérieure, épisiotomie...), que psychologique (flash-back du jour où elle a été mutilée).

La présence de la sage-femme est donc très importante tout au long du travail. La femme doit pouvoir parler de ses angoisses avec une personne attentive. Il faut expliquer à la patiente tous les actes que l'on va pratiquer, lui demander la permission de faire le toucher vaginal...

N'oublions jamais que cette femme a beaucoup souffert. [32]

Les touchers vaginaux peuvent parfois être douloureux pour suivre l'évolution du travail. On peut alors essayer de faire des **touchers vaginaux avec un seul doigt.**

L'analgésie péridurale est bien sûr conseillée pour éviter à la patiente de revivre la douleur de sa mutilation surtout au moment de l'expulsion.

L'épisiotomie est plus souvent nécessaire que dans la population générale féminine (à cause de la perte d'élasticité des tissus cicatriciels). Mais elle ne protège pas du risque de déchirures médianes antérieures. [26]

Ainsi, au moment de l'expulsion, **au grand couronnement de la tête et avant l'épisiotomie** (si celle-ci s'avère nécessaire), **il faut réaliser la périnéotomie antérieure** quand elle n'a pas été réalisée avant la grossesse et qu'elle est indispensable pour l'accouchement (Cf. annexe 3).

L'obstétricien ne peut pratiquer la désinfibulation chirurgicale sans le consentement de la patiente. Ainsi, si la patiente pendant le travail est formelle quant à son refus de la

désinfibulation et que sans cette intervention l'accouchement par voie basse est jugé à risque pour la mère et l'enfant, il n'y a pas d'autres alternatives que de pratiquer **la césarienne**.

Une révision sous valves de la filière génitale peut parfois être nécessaire lorsque des déchirures périnéales se sont produites malgré l'épisiotomie et la périnéotomie antérieure. (Cf. annexe 5 : exemple de prise en charge d'une patiente mutilée au CHU de Nantes)

2.4.5. Le post-partum

- **Prise en charge maternelle**

En suites de couches, la sage-femme doit veiller à la bonne cicatrisation du périnée. La femme doit être informée sur **la rééducation périnéale** qui s'avère capitale, mais aussi sur les différentes associations et les derniers progrès sur la reconstruction clitoridienne. Par ailleurs, il ne faut pas oublier qu'il y a un risque, si l'on a désinfibulé la patiente à l'accouchement, que sa famille l'oblige à être réinfibulée. Il faut alors lui expliquer que **cette pratique est interdite en France**.

Lors de la visite post-natale, il est important de rediscuter avec la femme du vécu de son accouchement. Si la sage-femme (ou le médecin) le juge nécessaire, **une consultation avec une psychologue ou une sexologue doit être proposée**.

- **Prise en charge du nouveau-né puis de l'enfant**

Si le nouveau-né est de sexe masculin, même si le danger de la mutilation sexuelle n'existe pas pour lui, la sage-femme peut essayer de se renseigner si cet enfant a des sœurs mineures qui sont potentiellement en danger. Dans ce cas, il est toujours possible d'en discuter avec les parents et de leur rappeler la loi.

Si le nouveau-né est de sexe féminin, la prévention doit se faire **dès l'examen du nouveau-né en suites de couches** (dit examen du huitième jour). Ce premier examen par le pédiatre (après l'examen par la sage-femme au bloc obstétrical) est un bilan complet vérifiant l'ensemble des organes de l'enfant. L'examen des organes génitaux est très important. Il serait souhaitable que le médecin montre et explique les fonctions des différentes parties et organes de ce sexe à la mère (le clitoris, les petites lèvres, les grandes lèvres, l'urètre, l'orifice vaginal) mais aussi au père s'il est présent. La méconnaissance des femmes sur leur anatomie est énorme ; nombreuses sont celles qui ignorent la fonction du clitoris, qui ne

savent pas qu'elles n'urinent pas par le vagin, mais par l'urètre (et cette ignorance n'est pas réservée aux femmes des ethnies pratiquant l'excision !). On doit informer de l'interdit, de la nécessité du respect de l'intégrité du corps humain.

La prévention peut se faire lors de chaque consultation de l'enfant chez un médecin. A chaque examen, il faut montrer aux parents que l'on s'intéresse à ce sexe, que l'on remarquera si quelque chose se produit, si quelque chose manque. Ceci est très important et peut être dissuasif.

Les médecins concernés sont les **généralistes et pédiatres de ville, les médecins de crèche, les sages-femmes et médecins de PMI, de santé scolaire et les médecins et sages-femmes des hôpitaux.** [1]

Dans quelles circonstances faut-il faire un signalement ?

(Intervention de Mme Benoit Cattin, juriste, au sein du groupe de travail sur les MSF au CHU de Nantes)

Selon l'article 226-14 du code pénal, **la loi autorise la levée du secret professionnel** lorsqu'un médecin (ou tout autre professionnel de santé) **constate qu'une mutilation sexuelle a été commise (ou va être commise) sur un mineur.**

Il exclut les professionnels de la dénonciation d'un crime, mais ils peuvent être condamnés pour **non-assistance à personne en danger** (article 223-6 du code pénal).

Le professionnel de santé a donc une **obligation de signalement lorsque le péril de la mutilation est imminent, ou lorsqu'il constate qu'une fillette vivant sur le territoire français a été mutilée.**

Avant de faire un signalement, il faut informer les parents. Certains diront avec fermeté qu'ils ne feront jamais mutiler leur fillette ; ce qu'il ne faut bien évidemment pas remettre en cause. Mais, ils subissent parfois des pressions familiales importantes.

Donc si on soupçonne le moindre risque pour une fillette de se faire mutiler, il faut impérativement en faire **le signalement à la Protection Maternelle et Infantile (PMI)** qui suivra l'enfant jusqu'à l'âge de six ans. Si le risque de mutilation paraît important, il faut également faire **un signalement judiciaire.**

Le signalement peut être effectué auprès du juge pour enfants, du procureur de la République, du tribunal de grande instance, du service départemental d'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), de la DDASS.

Il est important **d'expliquer aux parents que ce signalement n'a pas un objectif de répression mais de prévention et de soutien.**

Pour les femmes majeures, il faut obtenir leur accord pour effectuer un signalement auprès de la justice.

Quand ces fillettes ont dépassé l'âge du suivi en PMI, le travail de prévention auprès des familles et des petites filles doit se poursuivre au niveau des médecins de ville et des médecins scolaires qui doivent eux aussi être formés pour la prévention des MSF et la prise en charge des fillettes concernées.

2.4.6. Actions d'information, de prévention et de sensibilisation des familles

La prévention devrait se faire lors de l'arrivée en France ou bien même **dans le pays d'origine** lors de la demande d'immigration.

Une information sur la législation française interdisant la pratique de l'excision sur le sol français devrait être faite **dans les ambassades et les consulats** des pays concernés, dans la langue de chacune des ethnies concernées, par des interprètes formés à cet effet. Car la majorité des migrants, surtout les femmes, est handicapée par l'illettrisme ou l'analphabétisme même dans leur langue maternelle. Cette information devrait être faite lors de la remise de tous les visas, même touristiques.

Pour les familles résidant en France, l'information sur l'interdit et les conséquences de l'excision doit se poursuivre tant auprès des hommes que des femmes concernées, notamment grâce au travail des collectivités locales et des associations qui participent aux Commissions départementales d'action contre les violences faites aux femmes.

- **L'Académie nationale de médecine** a établi en 2004, une liste de **recommandations** visant à l'éradication des MSF. (Cf. annexe 7)

- **Des plaquettes d'informations** (Cf. annexe 8) ont été déposées dans les salles d'attentes d'Ile de France afin de prévenir cette pratique. [67, 68]

Dans la région des Pays de Loire, la brochure « Protégeons nos petites filles de l'excision », déjà disponible en Ile de France, va être éditée et mise à disposition dans les salles d'attentes. [67]

Par ailleurs, en Loire-Atlantique, une carte petit format en trois volets « Agir face aux mutilations sexuelles », **contenant les adresses départementales nécessaires** pour la prise en charge de ces femmes, va également être éditée au cours de l'année 2007.

- **Des séances d'information collectives** peuvent avoir lieu dans des temps privilégiés, lors des périodes de retour au pays pour les vacances...Des supports existent (cassettes, films, vidéos), et peuvent être très utiles.

- L'ignorance ou la connaissance imparfaite du français nécessitent des **interprètes culturels ou des « femmes-relais »** pour faciliter la compréhension de l'information.

A Paris, « Interservice migrants interprétariat » rassemble des interprètes médiateurs qui, sur demande des parents, peuvent accompagner les fillettes lors de retour au pays pour les vacances. Leur rôle est de convaincre le reste de la famille de ne pas faire exciser les fillettes, mais aussi de les surveiller pendant le séjour au pays.

- **La télévision et la radio** sont aussi des moyens de diffuser l'information.

Il est important **de travailler en réseau avec les différents partenaires** médicaux, sociaux et associatifs afin d'optimiser l'accompagnement des familles.

Il faut que des actions d'informations continuent d'être menées **en parallèle en Afrique** avec notamment le Comité Inter-Africain (CIAF), qui est l'équivalent du GAMS en France. [9]

Action mise en place à Nantes :

Dans le cadre du volet Santé « Les mutilations génitales féminines » du PRIPI (Programme Régional d'Insertion des Populations Immigrées), **un poste d'adulte relais** a été créé à Nantes. Ce poste est occupé par une interprète-médiatrice (Afrique de l'Ouest) de l'ASAMLA. Ces missions sont :

- interprétariat et médiation dans les quartiers, dans le champ scolaire, les CMS (Centres Médico-sociaux), la PMI.

- mise en place d'actions dans les quartiers de Nantes et de sa périphérie en faveur de la prévention des MSF, en lien avec les partenaires médicaux, sociaux et associatifs (organisations de séances d'informations collectives auprès des familles africaines...)

- information individuelle des femmes qui viennent consulter à l'UGOMPS (CHU Nantes)

Dans le cadre de la réalisation de ce mémoire, **nous avons réalisé une plaquette d'informations générales sur les MSF en format de poche** qui indiquent **les centres de références du département de Loire-Atlantique où peuvent s'adresser les femmes.** (Cf. annexe 9)

Cette plaquette a été présentée au groupe « Mutilations sexuelles féminines » mis en place dans le cadre du PRIPI en tant que modèle éventuel pour la réalisation de la plaquette définitive.

Conclusion

Les mutilations sexuelles féminines, véritable problème de santé publique, doivent être bannies, que ce soit sous la forme qu'elles revêtent traditionnellement ou dans le cadre d'une « médicalisation » qui, en évitant les effets immédiats, aboutirait à pérenniser la sujétion de la femme.

En France, on estime entre 45 000 et 60 000, le nombre de femmes et fillettes mutilées ou menacées de l'être.

Pour faire une réelle prévention de ces mutilations sur le territoire français, mais aussi pour toutes les fillettes vivant en France et susceptibles d'être mutilées au pays, une mobilisation générale de l'ensemble des professionnels de santé et des professions judiciaires est nécessaire.

De plus, la prise en charge des femmes qui souffrent de leur mutilation va se poser de plus en plus. Il est donc important de savoir accompagner ces femmes et si besoin de leur proposer une reconstruction.

Agir contre les mutilations sexuelles féminines, c'est connaître, accompagner, prévenir et réparer.

Il faut donc :

- Sensibiliser et former les professionnels de santé (formation initiale et continue),
- Former les professionnels du secteur social et associatif,
- Informer les femmes pour elles et leurs enfants et encourager le dialogue (rôle des femmes relais),
- Créer des centres experts pluridisciplinaires à disposition des professionnels, des associations et pour la prise en charge chirurgicale,
- Collaborer étroitement avec les associations et les médias.

« 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. » M. Bertrand Xavier, [46]

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES publiés

(1) ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE,
Les mutilations sexuelles féminines. Un autre crime contre l'humanité : connaître, agir, prévenir,

Supplément au bulletin de l'Académie nationale de médecine, séance du 10 juin 2004
Paris : Académie de Médecine, 2004, 122 p.

(2) AMNESTY INTERNATIONAL,
Les violences faites aux femmes en France : une affaire d'Etat,
Paris : Ed. Autrement, 2006, 202 p. (Collection « Mutations »)

(3) AUFFRET S.,
Des couteaux contre les femmes, Préface de Benoîte Groult
Paris : Ed. Des femmes, 1982, 297 p.

(4) BOUSSUGE A., THIEBAUT E.,
Le Pacte d'Awa : pour en finir avec les mutilations sexuelles,
Ed. Syros, en partenariat avec le GAMS, 2006, 127 p. (Collection « J'accuse! »)

(5) COUCHARD F.,
L'excision,
Ed. Presse universitaires de France, 2003. (Collection « Que sais-je ? »)

(6) DEOTTE-LEFEUVRE M.,
L'excision en procès, un différent culturel ?
Paris : Ed. L'Harmattan, 1997, 337 p. (Collection « Logiques Sociales »)

(7) DIRIE W. et MILLER C.,
Fleur du désert : le combat d'un top model contre l'excision,
Paris : Ed. J'ai lu, 1998, 280 p.

(8) ERLICH M.,

La femme blessée : essai sur les mutilations sexuelles féminines,

Paris : Ed. L'Harmattan, 1986, 321 p.

(9) GILLETTE I.,

La polygamie et l'excision dans l'immigration africaine en France, analysées sous l'angle de la souffrance sociale des femmes,

Thèse de Doctorat en sociologie, février 1997

Presses Universitaires du Septentrion, 1998, 352 p.

(10) KOITA Khady (avec la collaboration de CUNY M.T.),

Mutilée,

Paris : Ed. Oh !, 2005, 231 p.

(11) LUTZ-FUCHS D.,

Psychothérapie de femmes africaines (Mali),

Paris : Ed. L'Harmattan, 1994, 255 p.

(12) MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE,

Le praticien face aux violences sexuelles,

Paris : Ed. Exercices de style, 2000, 102 p.

(13) PROLONGEAU H.,

Victoire sur l'excision ; Pierre Foldès, le chirurgien qui redonne l'espoir aux femmes mutilées.

Paris : Ed. Albin Michel, 2006, 233 p.

(14) RAMOS RIOJA I., et photographies de MANSERA K.,

Le jour où Khady perdit une partie de sa vie,

Ed. Actes Sud, 1999

(15) RAULIN A.,

Femme en cause, Mutilations sexuelles des fillettes africaines en France aujourd'hui,

Paris : Ed. Du Centre Fédéral (FEN), 1987, 231 p. (Collection « Recherches »).

(16) RUDE-ANTOINE E.,
L'immigration face aux lois de la République,
Paris : Ed Karthala, 1992, 207 p.

OUVRAGES non publiés

(17) CENTRE EUROPEEN DE SANTE HUMANITAIRE et GYNECOLOGIE SANS FRONTIERES,
Gynécologie- Obstétrique en situation de crise,
Module du Diplôme de Santé Humanitaire, Paris, Mai 2002.

(18) LE BIHANNIC S.,
Les victimes d'agressions sexuelles intra et extrafamiliales : entre justice divine et culpabilité honteuse,
Mémoire D.E. : Psychopathologie et champs cliniques, Université de Rennes, 2005, 87 p.

(19) HUET L.,
Les femmes migrantes et la maternité : aspects culturels,
Certificat de Médecine et société : année DCEM1, UFR de Médecine de Nantes, 1996.

(20) VALADE I.,
Violences conjugales : Quel dépistage en maternité ?,
Mémoire D.E. Sage-femme, Ecole de Sages-femmes de Nantes, 2006, 63 p.

(21) VAYSSE BRITYS J.,
Le rôle de la sage-femme dans la prévention des mutilations génitales féminines,
Mémoire D.E. Sage-femme, Ecole Baudelocque à Paris, 2006, 68 p.

ARTICLES de REVUES, PERIODIQUES

(22) ALLAG F., ABOUD P., MANSOUR M. et al.,
Mutilations génitales rituelles féminines,
Gynécol. Obstét. Fertil., 2001; 29: 824-828.

- (23) ALMROTH L., ELMUSHARAF S., ABDELRAHIM O. et al.,
Primary infertility after genital mutilation in girlhood in Sudan: a case-control study,
The Lancet, 2005; 366: 385-391.
- (24) BADRELDEEN A., MANDY A.,
Female genital mutilation and childbirth,
Saudi Med. J., 2005; 26: 376-378
- (25) CAMPBELL CC.,
Care of women with female circumcision,
Journal of Midwifery and women's Health, 2004; 49: 364.
- (26) CARCOPINO X., SHOJAI R., BOUBLI L.,
Les mutilations génitales féminines : généralités, complications et prise en charge obstétricale,
J Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 2004; 33: 378-383.
- (27) COLLINET P., SABBAN F., LUCOT J.P. et al.,
Prise en charge des mutilations génitales féminines de type 3,
J Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 2004; 33: 720-724.
- (28) DAUSSY L.,
Il « répare » les excisions au CHU d'Angers,
Ouest France, 19 août 2006
- (29) DEOTTE-LEFEUVRE M.,
Le forgeron, le corps, la mémoire,
Champ Psychosomatique, 1996; 37: 99-115.
- (30) ESSEN B., SJOBERG N.O., GUDMUNDSSON S. et al.,
No association between female circumcision and prolonged labour: a case control study of migrant woman giving birth in Sweden.
J Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 2005; 121: 182-185.

(31) GESLIN E.,

L'équipe médicale « répare » les femmes excisées (à Nantes),

Ouest France, 10 août 2006

(32) GRIMA S.

La sage-femme et les mutilations génitales féminines (extrait du Mémoire D.E. Sage-femme, Ecole de Sages femmes de Marseille, 2004),

Profession Sage-femme, 2005; 117: 18-35.

(33) HAMMAMI F.,

Episiotomie,

Les Dossiers de l'Obstétrique, 2001; 295: 19.

(34) MORBOIS C.,

Les mutilations sexuelles féminines : Des pratiques à abolir,

L'école des parents, 2001: 40-41.

(35) MOUVEMENT FRANÇAIS POUR LE PLANNING FAMILIAL,

Le MFPF contre les Mutilations Sexuelles Féminines,

Paris, 2004; 1, 4 p.

(36) NATIONAL CENTRE FOR EPIDEMIOLOGY AND POPULATION HEALTH

Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries,

The Lancet, 2006; 367: 1835-1841.

(37) NOUR N.M., MICHELS K.B., BRYANT A.E.,

Defibulation to treat female genital cutting: effect on symptoms and sexual function,

Obstetrics and Gynecology, 2006; 108: 55-60.

(38) OUANGO J., KARFO F., LAMIZANA M. et al.,

Excision : une violence sociale. L'exemple du Burkina-Faso,

La revue française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, 2001; 5: 42-46.

(39) OUEDRAOGO A.,

La pratique de l'excision ou l'angoisse collective face au danger du clitoris : exemple de la société Mossi du Burkina-Faso,

Nervure Journal de psychiatrie, 2002; 15: 26-29.

(40) PIET E.,

Des mutilations sexuelles féminines en France,

Gynécologie Internationale, 1999; 8: 97-101.

(41) RAULIN A.,

L'excision rituelle,

Psynergie, 1992, 2ème trimestre: 27-28.

(42) RUSHWAN H.,

Female genital mutilation management during pregnancy, childbirth and postpartum period,

International Journal of Gynecology and Obstetric, 2000; 70: 99-104.

(43) SOLANO C. et FOLDES P.,

Excision,

Réalités en Gynécologie-Obstétrique, 2006; 109: 23-26.

BIBLIOGRAPHIE ELECTRONIQUE

(44) ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE,

Recommandations de l'Académie nationale de médecine visant à l'éradication des mutilations sexuelles féminines,

Voté par L'Académie le 15 juin 2004,

Disponible sur : <http://www.equipop.org/index.php?rel=11&typ=0&art=374>

(45) AMNESTY INTERNATIONAL,

Octobre 1997

- *Mutilations génitales féminines : Une question qui relève des droits de la personne humaine,*

Disponible sur : <http://www.amnesty.fr/var/amnesty/storage/fckeditor/File/act7701297.doc>

- *Mutilations génitales féminines et droit d'asile,*

Disponible sur : <http://www.amnesty.fr/var/amnesty/storage/fckeditor/File/act7701397.doc>

- *Mutilations génitales féminines et les normes internationales relatives aux droits de l'homme,*

Disponible sur : <http://www.amnesty.fr/var/amnesty/storage/fckeditor/File/act7701497.doc>

- *Mutilations génitales féminines : Les initiatives des Nations unies,*

Disponible sur : <http://www.amnesty.fr/var/amnesty/storage/fckeditor/File/act7701597.doc>

- *Mutilations génitales féminines : Les stratégies à adopter pour que les choses changent,*

Disponible sur : <http://www.amnesty.fr/var/amnesty/storage/fckeditor/File/act7701697.doc>

(46) BERTRAND XAVIER, Ministre de la Santé et des Solidarités

Pour en finir avec les mutilations sexuelles

« Colloque Mutilations sexuelles féminines » le 4 décembre 2006 à l'Institut Pasteur

Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/33_061204bxb.pdf

(47) CERBONESCHI I.,

Un chirurgien répare les femmes excisées,

Mars 2005,

Disponible sur : <http://www.letemps.ch/template/print.asp?article=150711>

(48) CODE PENAL FRANCAIS,

Disponible sur : <http://www.foruminternet.org/documents/codes/lire.phtml?id=49>

(49) CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES,

Les compétences de la sage-femme – Déontologie et responsabilité,

Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/pro/compet/procompetintro.htm>

(50) EQUILIBRES ET POPULATIONS en partenariat avec le GAMS sous le haut patronage de L'ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE,

Synthèse du colloque d'information et de sensibilisation : Comment lutter contre les mutilations génitales féminines ici et là-bas ?,

Le 14 juin 2006,

Disponible sur : <http://www.equipop.org>

(51) GAMS,

Les mutilations génitales et la santé des femmes et des enfants,

Disponible sur : <http://perso.orange.fr/..associationgams/pages/mgf.html>

(52) HABIBOU BANGRE et FOLDES P.,

Le clitoris retrouvé, Le Dr Pierre Foldès répare l'excision

Le 13 janvier 2004,

Disponible sur : <http://www.afrik.com/article6941.html>

(53) HABIBOU BANGRE et ABULKADIR O.,

L'aiguille contre le couteau ? Polémique autour d'une alternative à l'excision,

Le 6 février 2004,

Disponible sur : <http://www.afrik.com/article7029.html>

(54) HAENDAHL S.,

Le Dr Pierre Foldès, Un bouclier contre les excisions,

Le Quotidien du Médecin, le 26 août 2004,

Disponible

sur : <http://www.quotimed.com/journal/index.cfm?fuseaction=viewarticle&DArtIdx=189449&news=83175&Newsid=20040825&Print=1>

(55) HERZBERGER-FOFANA P.,

Les mutilations génitales féminines,

Université Erlangen, Nuremberg, Juillet 2000,

Disponible sur : <http://www.afrology.com/soc/mutilation.html>

(56) OMS,

Une nouvelle étude montre que la mutilation génitale féminine expose les mères et les bébés à des risques majeurs à l'accouchement,

Le 2 juin 2006,

Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr30/fr/>

(57) OMS,

Les accords internationaux relatifs à la non-discrimination et le droit à l'intégrité de la personne et celui de jouir du niveau de santé physique et mentale le plus élevé possible,
1997,

Disponible sur :

http://www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/termes/MSF_classification_OMS_accords

(58) OUEDRAOGO D.E.,

Lutte contre la pratique de l'excision : Des médecins formés à la réparation,
2005,

Disponible sur : http://www.lefaso.net/impression.php?id_article=11276&id_rubrique

(59) PAPE C. et BOURDIN M.J.,

L'excision, une coutume à l'épreuve de la loi (titre du livre de Bourdin M.J.),

Disponible sur : <http://www.grioo.com/pinfo5349.html>

(60) PHILIPPE H.J.,

Fistules obstétricales,

Disponible sur : <http://www.emcconsulte.com/articleFrame.jsp?pe=1&item=7970/5imp>

(61) PHILIPPE H.J. et SAFAI K.,

Mutilations génitales féminines,

Disponible sur : <http://www.emcconsulte.com/articleFram.jsp?pe=1&item=15701/5imp>

(62) SOTTO F.,

L'Unicef veut lutter contre l'excision,

Le 6 décembre 2006,

Disponible sur : <http://www.afrik.com/article9145.html>

(63) Portail de L'UNION EUROPEENNE,

Daphnée II : Programme Européen visant à combattre la violence envers les enfants, les adolescents, les femmes,

Disponible sur : <http://www.daphne-toolkit.org>

(64) WIKIPEDIA, l'encyclopédie libre,

Mutilations génitales féminines,

Disponible sur : http://fr.wikipedia.org/wiki/Mutilations_g%C3%A9nitaes_f%C3%A9minines

AUTRES SOURCES

(65) CENTRE INTERCULTUREL DE DOCUMENTATION, avec la participation de Mme Gillette-Faye I., sociologue et directrice du GAMS, et M. Philippe Henri-Jean, responsable du service de Gynécologie du CHU de Nantes et président de Gynécologues sans Frontières.

Formation : *Comprendre et prévenir les mutilations génitales féminines.*

Le 30 novembre 2006 au CID de Nantes

(66) GYNECOLOGIE SANS FRONTIERES (avec PHILIPPE H.J.) DANS LE CADRE DU PRIPI, mis en œuvre par la DRASS des Pays de Loire,

Conférence : *Les Mutilations Sexuelles Féminines,*

Le 15 juin 2006 au CHU de Nantes.

(67) MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPES,

Protégeons nos petites filles de l'excision,

Document mis à la disposition des patients dans les salles d'attentes d'Ile de France, 2004.

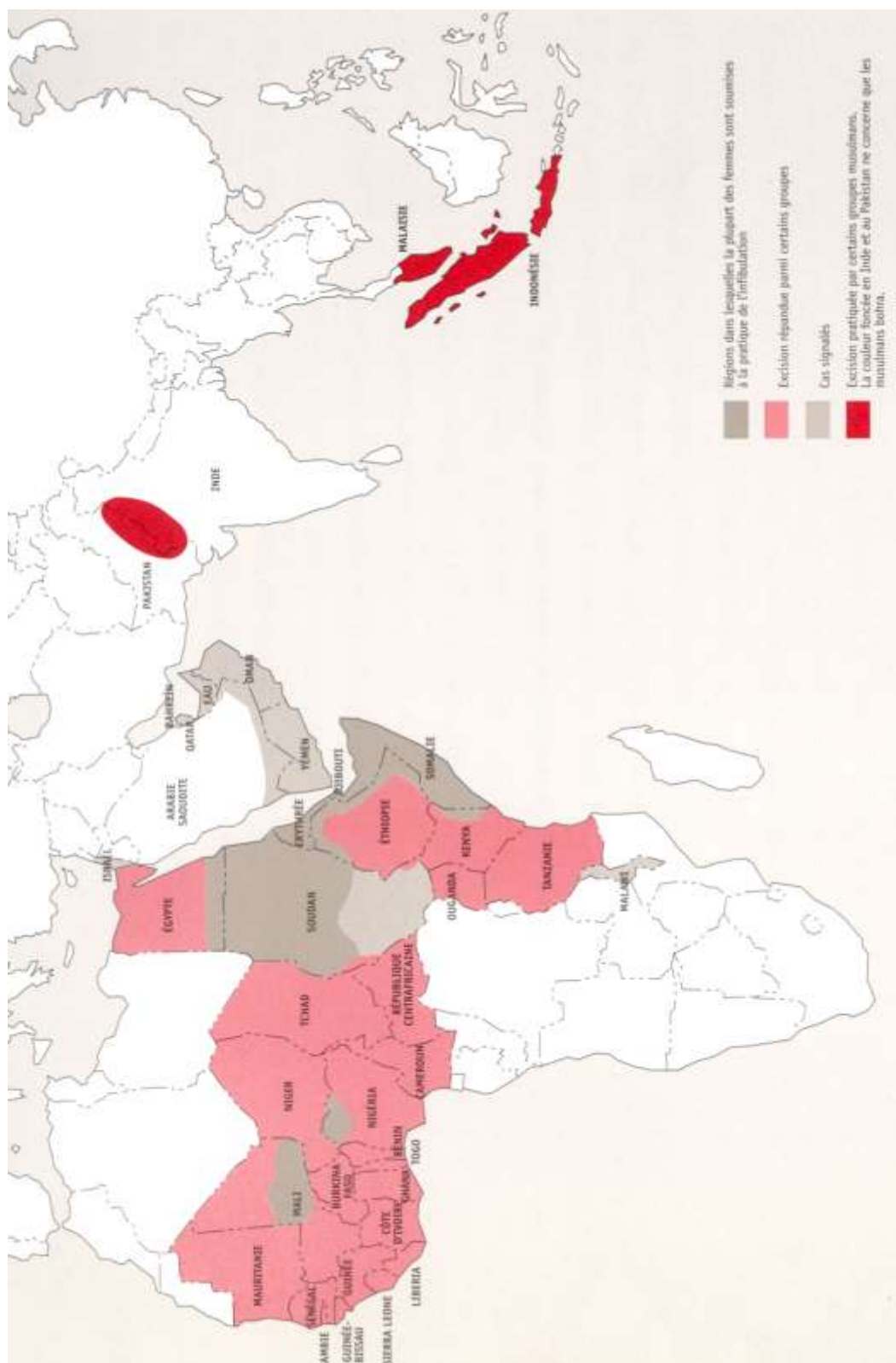
(68) PREFECTURE DE LA REGION D'ILE DE FRANCE ? DELEGATION REGIONALE AUX DROITS DES FEMMES ET A L'EGALITE,

Agir face aux Mutilations Sexuelles Féminines,

Document mis à la disposition des patients dans les salles d'attentes d'Ile de France, 2002.

ANNEXE 1

La répartition des MSF dans le monde



ANNEXE 2

Les conventions internationales

- **La Convention internationale des Nations unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes**, entrée en vigueur le 13 janvier 1984 (article 12), définit la « violence contre les femmes » comme englobant notamment « les mutilations génitales et autres pratiques traditionnelles préjudiciables à la femme ». L'article 5 dispose que les Etats doivent œuvrer à « l'élimination des préjugés et des pratiques coutumières, ou de tout autre type, qui sont fondés sur l'idée de l'infériorité ou de la supériorité de l'un ou l'autre sexe ». Cette convention a été ratifiée par la France et de nombreux pays africains dont : le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, Djibouti, l'Ethiopie, la Gambie, le Ghana, la Guinée, le Kenya, le Mali, le Sénégal...

- **La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples**, entrée en vigueur le 21 octobre 1986 (article 4), pose le principe que le sexe est un motif de discrimination illicite.

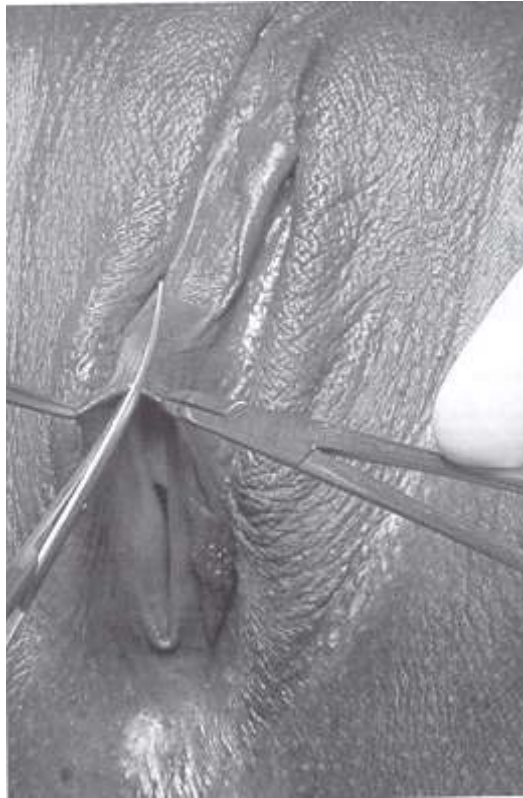
Plusieurs traités adoptés par les Nations unies et l'Organisation de l'unité africaine, dont **la Convention internationale sur les droits de l'enfant**, entrée en vigueur le 6 septembre 1990 (article 24), reconnaissent la mutilation génitale féminine comme une atteinte aux droits de l'enfant. Cette convention a également été ratifiée par la France et par de nombreux pays africains.

- **La Charte africaine des droits et du bien être de l'enfant**, entrée en vigueur le 29 novembre 1999 (article 21), précise que les Etats parties sont tenus de prendre toutes les mesures nécessaires pour éliminer les pratiques sociales et culturelles « qui sont au détriment du bien être, de la croissance et du développement normal de l'enfant, en particulier les coutumes et pratiques préjudiciables à la santé, voire à la vie de l'enfant ».

[40, 45, 51, 61 66, 67]

ANNEXE 3

1. La désinfibulation chirurgicale (ou périnéotomie antérieure)



Source : P. Foldès, Supplément au Bull. Acad. Natle Méd., 2004, 188, n°6 : 84. [1]

Technique

Elle peut être réalisée par un obstétricien ou un urologue sous péridurale ou anesthésie locale, soit à l'accouchement au moment de l'expulsion, soit avant la grossesse. Pendant la grossesse, il existe une augmentation de la vascularisation vulvaire qui augmente le risque hémorragique et incite à déconseiller tout geste chirurgical vulvaire non indispensable.

Après avoir réalisé une désinfection locale des tissus,

-soulever le tissu cicatriciel antérieur des tissus sous-jacents avec l'index de la main gauche (ou une pince Kocher) en direction du pubis,

- en utilisant une paire de ciseaux, inciser la cicatrice au milieu de façon longitudinale pour exposer le méat urétral, (ne pas inciser au-delà du méat urétral : risque d'hémorragie difficile à contrôler),

- suturer chaque berge avec du fil résorbable pour une bonne hémostase et prévenir une éventuelle adhésion (une sonde urinaire peut être posée pour bien individualiser le méat urétral pendant la suture).

La cicatrisation s'effectue en une semaine. [37]

Indications

- **prévention des complications lors d'une grossesse et d'un accouchement par voie basse :**
 - *maternelles* (déchirures périnéales, hémorragies...)
 - *Fœtales* (souffrance fœtale aiguë...)

- **traitement des complications à long terme** : dysménorrhées, dyspareunies, infections urinaires chroniques...

2. LA REFECTION DU CLITORIS

(Technique du Dr Pierre Foldès)

Elle peut être envisagée dans pratiquement tous les cas d'excision rituelle. Elle consiste en une chirurgie plastique reconstructrice de l'organe lui-même sans transposition d'autres tissus.

Le premier temps consiste en une **reprise de la cicatrice de la mutilation**, qui va retrouver en profondeur le moignon clitoridien. Celui-ci est, dans la grande majorité des cas, refoulé en haut et en arrière, parfois adhérent au périoste pré-pubien. C'est cette situation qui l'enferme dans une gangue scléreuse et le rend inaccessible à toute stimulation orgasmique.

L'adhérence intime au périoste est souvent à l'origine de douleurs permanentes très invalidantes et souvent méconnues. Ailleurs, ce sera l'origine de dyspareunies orificielles classiquement reconnues.

Il faut donc **libérer le moignon**, en restant près de l'os, par la **libération des genoux clitoridiens**. Plus bas, la **section des ligaments des corps clitoridiens** peut-être complétée si nécessaire. Il faut ensuite **disséquer l'apex du moignon d'amputation** et recouper la couche cicatricielle, porteuse de névromes.

On recoupe ainsi une tranche saine du corps érectile, normalement innervée et vascularisée.

Un néo gland peut alors être reconstitué. Il sera réimplanté en position anatomique.

Comme dans la chirurgie de la verge, une interposition dorsale des tissus graisseux ou caverneux va prévenir une remontée du gland lors de la cicatrisation. [1]



Juste après la réparation de l'excision.

Après cicatrisation.

Source : P. Foldès, Supplément au Bull. Acad. Natle Méd., 2004, 188, 6 : 92-93. [1]

ANNEXE 4

LES MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES

Questionnaire destiné aux sages-femmes des maternités de Loire- Atlantique.

Je suis étudiante sage femme en début de 4^{ème} année à l'école de Nantes. Je réalise mon mémoire de fin d'étude sur le thème des mutilations sexuelles féminines (MSF) : **Les Mutilations sexuelles féminines : quelle prise en charge en maternité ?**

Ce questionnaire anonyme a pour but d'apprécier les connaissances actuelles des sages-femmes en matière de mutilations sexuelles et s'il en existe une, le type de prise en charge mis en place pour ces femmes dans les différentes maternités de Loire-Atlantique.

Les MSF sont responsables de nombreuses complications pendant la grossesse et l'accouchement.

Ainsi, mon étude a pour objectif de faire une mise au point sur les différents moyens de prévention et de prise en charge de ces femmes en maternité.

- Quel est votre âge ? _____ ans

- Depuis combien d'années êtes-vous diplômé(e) ? _____ ans

- Depuis combien d'années exercez-vous votre métier de sage-femme ? _____ ans

- Actuellement, dans quelle maternité exercez-vous ? _____

- Dans quel(s) service(s) avez-vous déjà travaillé ?

Service de gynécologie Bloc obstétrical

Consultations prénatales Suites de couches

Autre(s) : _____

- Avez-vous travaillé en Afrique ?

1. Oui 2. Non

• **Si oui**, dans quel(s) pays ? _____

- Dans quel service travaillez-vous aujourd'hui ?

- Consultations prénatales
- Bloc obstétrical
- Suites de couches
- Autre : _____

- Rencontrez-vous dans votre maternité des femmes originaires d'Afrique ?

1. Oui, souvent 2. Oui, de temps en temps 3. Non, rarement 4. Non, jamais

• **Si oui :**

- S'agit-il des femmes des pays d'Afrique de l'Est ? (Somalie, Ethiopie...)
1. Oui, souvent 2. Oui, de temps en temps 3. Non, rarement 4. Non, jamais
- S'agit-il des femmes des pays d'Afrique de l'Ouest ? (Sénégal, Mali, Guinée...)
1. Oui, souvent 2. Oui, de temps en temps 3. Non, rarement 4. Non, jamais

- Vérifiez-vous l'intégrité des organes génitaux externes des femmes lors du premier examen clinique (en particulier pour celles issues de pays pratiquants les MSF) ?

1. Oui, à chaque fois 2. Oui, souvent 3. Non, rarement 4. Non, jamais

- Pensez-vous savoir reconnaître une mutilation sexuelle féminine? (MSF)

1. Oui, facilement 2. Oui, seulement quand celle-ci est évidente
3. Non, difficilement 4. Sans objet (je n'ai jamais vu de MSF)

- Connaissez-vous des organismes de lutte et de soutien vers lesquels orienter ces femmes ?

1. Oui 2. Non

• **Si oui, citez-les :** _____

- Dans votre maternité, existe-t-il un protocole de prise en charge de ces femmes mutilées pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum ?

1. Oui 2. Non

- Ces trois dernières années, avez-vous rencontré et examiné des femmes mutilées sexuellement ?

1. Oui Entre 1 et 10 femmes 2. Non jamais
 Entre 10 et 20 femmes

Plus de 20 femmes

De façon régulière

Si vous avez répondu *oui* à la question ci-dessus, vous pouvez continuer le questionnaire.

Si non, passez directement à la question sous le trait au milieu de la page 4

- Lors d'un examen, vous est t-il arrivé (après découverte d'une mutilation) d'annoncer à une femme qu'elle était mutilée ?

1. Oui, souvent 2. Oui, parfois 3. Non, jamais

- **Si oui**, indiquez de 1 (pour la réaction la plus fréquente) à 7 (pour la réaction la plus rare), les principales réactions rencontrées :

___ Elle a nié la réalité et n'a pas souhaité en parler

___ Elle ne le savait pas mais n'a pas souhaité en parler plus longuement

___ Elle ne le savait pas et a demandé plus d'explications

___ Elle le savait déjà et n'a pas souhaité en parler

___ Elle le savait déjà et a demandé plus d'explications

___ Elle le savait déjà, a demandé plus d'explications et si une réparation était possible

___ Autre(s) _____

- Lors d'un examen, vous est t-il arrivé de constater une mutilation et de ne pas en parler à la patiente ?

1. Oui, à chaque fois 2. Oui, souvent 3. Non, rarement 4. Non, jamais

- **Si oui**, indiquez de 1 (pour la raison la plus fréquente) à 7 (pour la raison la plus rare), les principales raisons qui vous ont empêchées de lui en parler :

___ Femme parlant une langue différente

___ Femme fragile psychologiquement

___ Manque de connaissances sur les MSF

___ Peur de ne pas pouvoir répondre à toutes ses interrogations

___ Peur de sa réaction

___ Respect de la culture

___ Doute sur la réalité de la mutilation

___ Autre(s) : _____

- Est -ce qu'une femme vous a déjà parlé des complications de sa mutilation ?

1. Oui 2. Non

- **Si oui**, indiquez de 1 (pour la complication la plus fréquente) à 7 (pour la complication la plus rare), les principales complications évoquées.

___ Algies pelviennes chroniques

___ Infections génitales

___ Infections urinaires chroniques

___ Problèmes obstétricaux (déchirure périnéale...)

___ Troubles sexuels (dyspareunies, absence de plaisir sexuel...)

___ Troubles psychologiques (stress, anxiété...)

___ Autre(s) : _____

- Avez-vous déjà constaté une mutilation sexuelle qui a été réalisée sur le territoire français ?

1. Oui 2. Non

- **Si oui**, avez vous alerté les autorités judiciaires, médicales ou administratives pour atteinte à l'intégrité corporelle de la personne ?

1. Oui 2. Non

- Avez-vous suivi des femmes mutilées pendant leur travail ?

1. Oui 2. Non

- **Si oui**, et si elles ont accouché par voie basse y a-t-il eu :

Épisiotomie dans tous les cas

Épisiotomie dans la majorité des cas

Épisiotomie seulement pour certaines

Épisiotomie et périnéotomie antérieure pour certaines

Périnéotomie antérieure seule pour certaines

- Pour celles qui ont eu une épisiotomie, y a-t-il eu en plus

- Déchirure simple du périnée

1. Toujours 2. Souvent 3. Parfois 4. Jamais

- Périnée complet

1. Toujours 2. Souvent 3. Parfois 4. Jamais

- Périnée complet compliqué

1. Toujours 2. Souvent 3. Parfois 4. Jamais

- Avez vous déjà été confronté à une hémorragie d'origine vulvaire ou vaginale suite aux lésions périnéales de l'accouchement d'une femme mutilée ?

1. Oui, souvent 2. Oui, de temps en temps 3. Non, rarement 4. Non, jamais

➤ **Si oui**, la patiente a-t-elle été transfusée ?

1. Oui 2. Non

- - Avez-vous rencontré des femmes mutilées qui ont eu une césarienne préventive de lésions périnéales ?

1. Oui 2. Non

- Si vous êtes (ou avez été) sage-femme de suites de couches, vous est-il arrivé de faire un signalement lorsque l'enfant né d'une femme mutilée était une fille ?

1. Oui 2. Non

- **Si oui**, à quel(s) organisme(s) ? _____

- Vous est t-il arrivé de rappeler aux femmes mutilées et/ou à leur conjoint, l'interdiction (par la loi) de reproduire cette mutilation sur leur enfant si celui ci était une fille ?

1. Oui 2. Non

- Avez-vous déjà abordé le sujet d'une réparation chirurgicale de l'excision avec une de vos patientes mutilées ?

1. Oui 2. Non

- Avez-vous rencontré une (des) femme(s) infibulée(s) avant l'accouchement qui a (ont) demandé à être réinfibulée(s) en post-partum ?

1. Oui 2. Non

- **Si oui**, est-ce que la réinfibulation a été réalisée ?

1. Oui 2. Non

➤ **Si non**, pourquoi ? _____

Pour toutes les sages-femmes

- Que pensez-vous de la réinfibulation par le personnel médical en post-partum, d'une femme qui a été désinfibulée pour faciliter l'accouchement ?

- C'est interdit par la loi mais je suis pour la réinfibulation
- C'est interdit par la loi et je suis contre la réinfibulation
- C'est autorisé par la loi et je suis pour la réinfibulation

C'est autorisé par la loi mais je suis contre la réinfibulation

- D'après vous, quels peuvent être les bénéfices d'une réparation chirurgicale de l'excision ?

- Durant vos études de sage-femme, avez-vous eu des cours sur les mutilations sexuelles féminines ?

1. Oui 2. Non 3. Pas de souvenir

• **Si oui**, vos connaissances vous paraissent-elles suffisantes ?

1. Oui 2. Non

- Avez-vous déjà assisté à une formation continue sur les MSF ?

1. Oui 2. Non

• **Si non**, souhaiteriez-vous avoir une formation ?

1. Oui 2. Non

- Etes-vous en faveur d'une formation systématique des étudiantes sages- femmes sur la prise en charge de ces femmes pendant la grossesse et l'accouchement ?

1. Oui 2. Non

- Comment qualifiez-vous le rôle de la sage- femme dans la prévention et la prise en charge des mutilations sexuelles féminines ?

1. Primordial 2. Important 3. Mineure 4. Sans importance

Je vous remercie d'avoir participé à l'élaboration de mon mémoire.

GONCALVES Manuella ESF4

ANNEXE 5

Entretien avec Mme X

Mme X. 3^{ème} geste, 3^{ème} pare de 36 ans est d'origine sénégalaise (partie Ouest) et porteuse d'une **MSF de type II avec pseudo-infibulation**.

Son premier accouchement a eu lieu en 1997 à Dakar au Sénégal. Elle a accouché par voie basse à terme d'un garçon de 3500g. Il y a eu **plusieurs déchirures périnéales antérieures et postérieures** suivies d'une **grave hémorragie** qui a nécessité une **transfusion**.

Son deuxième accouchement a eu lieu en 2001 au CHU de Nantes à 39SA et 5 jours. L'accouchement a été déclenché pour rupture prématurée des membranes supérieure à 48 heures et conditions locales favorables. Elle a accouché par voie basse avec **forceps de Suzor** pour **défaut d'effort expulsifs et anomalies du rythme cardiaque fœtal**. Elle a donné naissance à un garçon de 3000g d'apgar 10 et 10 à 1 et 5 minutes de vie. Elle a eu une **épisiotomie, une délivrance artificielle et une révision utérine** pour non-décollement placentaire ainsi qu'une **hémorragie légère de la délivrance**. Le PH dans l'artère ombilicale était de 7.13.

Un mois avant le début de sa troisième grossesse, elle a consulté son gynécologue car elle désirait une « ouverture chirurgicale de l'orifice vaginal ». En effet elle évoquait des douleurs importantes au moment des rapports sexuels (depuis plusieurs années) et a exprimé sa peur d'accoucher une troisième fois. Une désinfibulation avait été envisagée, cependant elle a débuté sa troisième grossesse.

Une conduite à tenir a donc été établie pour l'accouchement : **incision au bistouri froid sur 15mm au-dessus du méat urinaire puis suture berge contre berge pour éviter à nouveau leurs accolements (désinfibulation)**.

Son troisième accouchement a eu lieu en 2006 au CHU de Nantes à 39SA et 1 jour. Elle a accouché par voie basse sous péridurale d'un troisième garçon nommé T. de 3305g, d'apgar 10 et 10 à 1 et 5 minutes de vie. Elle a eu une **épisiotomie préventive de lésions périnéales** ainsi que **la désinfibulation** qui était prévue. Le PH dans l'artère ombilicale était de 7.29. Son examen clinique de sortie de suites de couches a montré une bonne cicatrisation du périnée mais un léger rapprochement des deux berges. Des soins locaux ont été conseillés.

Elle a consulté aux urgences gynécologiques un mois et demi après son accouchement pour douleurs périnéales. L'examen clinique a montré **une cicatrice sus méatique inflammatoire et sensible**, mais pas d'accolement des deux berges. Un prélèvement bactériologique a été réalisé sur la cicatrice et n'a montré aucune infection. On lui a prescrit de la Colpotrophine® (crème) pour effectuer des massages sur la cicatrice.

Ayant assisté à son suivi de fin de grossesse et participé à son accouchement, Mme X. a accepté de me revoir deux mois après son accouchement pour me parler plus longuement de son excision.

-Bonjour Mme X., comment allez-vous depuis votre consultation aux urgences gynécologiques ?

Je vais bien, ça va beaucoup mieux. Je mets toujours la crème sur ma cicatrice.

-Et votre accouchement, quel souvenir en gardez vous ?

Un très bon souvenir. Je suis très contente. Cet accouchement a été plus facile pour moi car on m'a beaucoup aidé et je connaissais bien l'équipe qui m'a accouché. T. n'est pas un enfant comme les autres !

-Avez-vous, pendant votre accouchement, revécu la peur, la douleur de votre excision ?

Non ! Pas pour cet accouchement. Mais pour les deux autres, c'était très dur... J'avais toujours « ça » dans la tête, « ça » me revenait tout le temps. Mes enfants ont tous cinq ans de différence car j'ai attendu, j'avais peur de l'accouchement. Mon mari ne voulait pas trop avoir un troisième enfant car il savait que « ça » me faisait souffrir, mais je voulais un troisième enfant pour avoir une fille. Finalement c'était un garçon. Moi, je n'aurais jamais fait « ça » à ma fille. D'ailleurs je crois que « ça » ne se fait plus là- bas [au Sénégal].

-Mme X., pouvez vous me raconter votre excision ?

J'avais 16 ans, presque 17 ans. Après je suis devenue très faible, j'ai perdu tout mon sang. On m'a emmené à l'hôpital. Mes parents ont dû faire trois hôpitaux avant d'en trouver un qui voulait bien me soigner. Les autres hôpitaux disaient que c'était de notre faute, que si je mourais, ils ne nous plaindraient pas. Ils étaient contre « ça ». Je suis restée un mois à l'hôpital. On m'a mis du sang mais on ne m'a jamais soigné « en bas ». Ce n'était pas leur problème.

Après, je suis restée un mois chez ma tante, la petite sœur de mon père. Elle m'a soignée jusqu'à ce que « ça » cicatrise.

-L'excision a-t-elle eu lieu chez votre tante ?

Non. Elle nous a emmenées, moi et ma petite sœur, chez une femme qui faisait « ça » dans une petite pièce. Mais ma mère ne voulait pas, c'est mon père qui voulait « ça ». Moi je savais ce qui allait se passer. J'étais déjà grande, j'avais compris. Et en plus, je suis allée faire ma piqûre contre le tétanos juste avant.

J'ai eu une douleur horrible, je ne sais pas comment dire ...

C'était très dur. Quand on m'a « coupé la chair », je bougeais beaucoup car je suis très nerveuse. Quatre « gorilles » sont venus me tenir, deux aux bras, deux aux jambes.

-Les « gorilles », ce sont des hommes ?

Non, ce sont des femmes, très fortes. On m'a même mis quelque chose dans la bouche pour ne pas que les autres m'entendent crier; « ça » devait rester secret. Je ne devais pas aller me plaindre dehors.

Je lui explique à nouveau par un dessin ce qui a été enlevé au moment de son excision, à savoir le clitoris, la petite lèvre gauche et les trois quarts de la petite lèvre droite. Puis il y a eu accollement des deux berges en avant du méat urinaire et ainsi rétrécissement de l'orifice vaginal.

Je n'ai jamais vraiment compris pourquoi on m'a enlevé tout ça. Normalement on devait me couper que « le milieu » (le *clitoris*).

-Et votre petite sœur ?

Pour elle, « ça » s'est bien passé.

-Savez vous pourquoi on vous a fait cette excision ?

Chez nous les peuls, une fille qui n'est pas excisée n'est pas bonne à marier. Si par exemple les grands-parents du futur mari savent que la future épouse n'a pas eu « la circoncision », le mariage ne se fera pas. Il faut qu'une femme Peule se marie avec un homme Peul, car lui comprendra pourquoi sa femme est comme « ça ». C'est l'habitude là-bas, la grand-mère, la mère... doivent avoir la « circoncision ».

En plus, je suis restée seule pendant trois ans au Sénégal avant de rejoindre mon mari en France. Alors comme ça tout le monde était sûr que je n'allais pas aller voir un autre homme. Et c'est vrai, je n'ai pas eu envie de voir d'autres hommes. Vous savez, quand on est excisé, on peut rester très longtemps comme ça [sans avoir de rapports sexuels], ça ne nous

manque pas du tout. Moi, c'est mon mari qui veut. Je le fais pour lui faire plaisir, et puis une femme doit faire ça pour son mari.

-Vous n'avez jamais ressenti de plaisir pendant les rapports sexuels ?

Si mais... comment dire... parfois ça va, c'est agréable, et parfois c'est plus douloureux. Mais les hommes chez nous savent cela, et pour me donner plus de plaisir, mon mari met son pouce au milieu...

-A l'endroit où se trouvait le clitoris ?

Oui, c'est ça. Et alors là, c'est beaucoup plus agréable pour moi. Mais je n'ai pas du plaisir à chaque fois.

-Avez-vous repris les rapports sexuels ?

Oui, depuis deux semaines. Mais c'est encore douloureux. Je pense que je dois encore attendre un peu avant de ressentir du plaisir.

Je lui explique alors le but de la périnéotomie antérieure qui lui a été faite au moment de l'accouchement, qui n'était pas celui (comme elle semblait le penser) de lui redonner du plaisir au moment des rapports sexuels mais de diminuer la douleur qu'elle ressentait en élargissant l'ouverture vaginale.

Je l'ai également informée de la possibilité d'une réparation chirurgicale de l'excision qui se réalise depuis peu au CHU de Nantes. Elle m'a semblé être attirée par la technique et m'a dit quelle voulait en discuter avec son mari pour peut être y avoir recours dans quelques années.

-J'espère que cet entretien n'a pas été trop difficile pour vous.

Non, pas du tout. Depuis mon accouchement, je me sens beaucoup mieux avec « ça », et puis sinon j'aurais refusé d'en parler.

-Je vous remercie Mme X.

ANNEXE 6

Entretien avec la psychologue du CHU de Nantes (participant à la prise en charge des femmes mutilées sexuellement) au sujet d'une patiente demandant une réfection du clitoris.

Mademoiselle F, 22ans, d'origine sénégalaise et porteuse d'une mutilation sexuelle, consulte au CHU de Nantes chez son gynécologue en vue d'une réparation chirurgicale.

Elle explique à son gynécologue qu'elle aimerait retrouver une vulve d'aspect normal . Elle n'a pas eu de relations sexuelles jusque-là. Le médecin lui explique alors qu'il n'est pas obligatoire que « l'anomalie » qu'elle avait entraîné des conséquences sur le plan sexuel. Il lui a également expliqué les modalités d'intervention et lui a proposé de rencontrer une psychologue du CHU pour faire le point sur sa demande d'intervention chirurgicale.

Peu de temps après, elle rencontre la psychologue.

N'ayant pu y assister, la psychologue m'a fait un rapport détaillé de cette rencontre.

Durant cet entretien, elle a pu parler de l'histoire de son excision : elle a été réalisée avant ses deux ans, au Sénégal par la grand-mère paternelle (ou par son intermédiaire ?). Ses parents n'étaient pas au courant. Elle ne s'en souvient pas. Elle est arrivée en France peu de temps après son excision. Sa petite sœur, qui a quatre ans de moins qu'elle, a été excisée à l'âge de neuf ans et n'en garde pas un souvenir traumatique. Selon Melle F., sa sœur aurait « tout gardé » malgré son excision. (Excision incomplète ?)

Elle a pris conscience qu'il lui manquait quelque chose lorsque qu'elle a découvert son corps à l'adolescence, et surtout grâce aux apprentissages scolaires relatifs à l'appareil génital féminin.

Concernant la reconstruction, cela fait quatre ans qu'elle y pense, qu'elle chemine, et deux ans qu'elle la souhaite pour elle. Elle semble avoir beaucoup réfléchi. Elle a conscience des douleurs postopératoires possibles... Malgré ces quelques inquiétudes, elle souhaite vivement l'opération de reconstruction.

Elle veut retrouver tout son corps, dans son intégrité ; retrouver ce qu'elle a perdu, ce qu'on lui a enlevé sans lui donner le choix.

L'important pour elle semble être la maîtrise de sa vie, de son corps, indépendamment du poids des traditions. Traditions dont elle paraît largement détachée, rappelant le caractère illégal des mutilations sexuelles. Ayant pratiquement toujours vécu ici, elle se sent « occidentale avant tout » et veut être comme les autres françaises.

Sa mère est au courant de son souhait et ne semble pas s'y opposer pour le moment. Cependant, si sa mère refuse, elle ne fera pas de reconstruction car cela pourrait apporter une malédiction à sa famille, ce serait très grave. En ce qui concerne son père, elle ne lui parle plus depuis « qu'elle a des seins » !

On peut noter une certaine ambivalence (tout à fait compréhensible) chez cette jeune fille par rapport au poids des traditions : elle semble à la fois très détachée de celles-ci mais ne souhaite pas faire quelque chose en contradiction avec sa culture.

De plus à l'issue de l'entretien, elle semble vouloir se donner encore un délai de réflexion. Ce à quoi la psychologue l'encourage en l'invitant à revenir la voir soit avant, soit après l'intervention si elle décide de la faire.

Finalement, en plus de tout ce qu'il a pu lui apporter, cet entretien aura au moins eu pour effet de lui faire prendre conscience que cette réparation n'est pas anodine tant sur le plan physique que psychologique ; et qu'il est nécessaire de bien réfléchir, de bien être au clair avec sa décision.

Après trois consultations, la patiente a refusé l'intervention.

ANNEXE 7

Recommandations de l'Académie nationale de médecine visant à l'éradication des MSF

Améliorer les connaissances

- Sur l'ampleur et les caractéristiques des mutilations sexuelles féminines (MSF) constatées en France (observations 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 (CIM).
- Inscrire les conséquences des MSF au programme des études médicales, de la FMC 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 mutilation sexuelle féminine quelle 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, troubles 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.
- À 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 (articles 434.3, 113.7, 226.14 du Code pénal).

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 8

Document mis à la disposition des patientes dans les salles d'attentes d'Ile de France. [68]

Que dit la loi ?

La loi condamne et sanctionne toutes les pratiques de mutilation sexuelle féminine : excision du clitoris, infibulation ...

La loi s'applique à toute personne vivant en France quelle que soit sa nationalité.

Les récentes ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente sont punies de dix ans d'emprisonnement et de 1 000 000 F d'amende." Article 222-9 du Code pénal.

"L'infraction définie à l'article 222-9 est punie de quinze ans de réclusion criminelle lorsqu'elle est commise sur un mineur de quinze ans." Article 222-10 du Code pénal.

Quand il constate une excision ou une autre forme de mutilation, le professionnel est tenu de le signaler à la justice :

"Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs." Article 40 du Code de procédure pénale.

Le secret professionnel est levé pour :

"Celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de crimes ou délits dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur de quinze ans." Article 226-14 du Code pénal.

La loi française s'applique à l'étranger si la victime est de nationalité française :

"La loi pénale française est applicable à tout crime (...) commis par un français ou un étranger hors du territoire de la République lorsque la victime est de nationalité française au moment de l'infraction." Article 113-7 du Code pénal.

Le délit de non-assistance à personne en danger s'applique à toute personne, professionnelle ou simple citoyen, qui ne signale pas le danger qu'encourt une fillette menacée de mutilation sexuelle, que celle-ci soit prévue en France ou à l'étranger.

Articles 226-14 et 223-6 du Code pénal.

En Afrique ainsi, notamment au Burkina Faso, Centrafrique, Côte d'Ivoire, Égypte, Éthiopie, Gabon, Guinée-Conakry, Nigeria, Libéria, Nigeria (État d'Ébho), Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan, République centrafricaine, des lois interdisent les mutilations sexuelles féminines. Des journaux et des exciseuses ont été criminalisés et emprisonnés.

Qui contacter ?

EN FRANCE

Permanences téléphoniques nationales
ALLO ENFANCE MALTRAITÉE 119
 Numéro d'urgence gratuit 24h/24
FIL SANTÉ JEUNES 0 800 235 236

Institutions de protection de l'enfance

Services départementaux de l'Aide sociale à l'enfance (ASE)

Paris	01 53 43 85 89	Essonne	01 68 91 91 91	Val de Marne	01 42 99 79 00
Seine-Saint-Denis	01 44 14 71 71	Haute-Saône	0 800 30 92 92	Val d'Oise	01 30 30 31 31
Yvelines	01 39 82 71 23	Seine-et-Marne	01 43 93 93 93		

Tribunal des mineurs

Paris	01 44 32 44 65	Yvelines	01 39 82 71 23	Seine-et-Marne	01 46 95 13 93
Seine-Saint-Denis	01 40 91 71 80	Essonne	01 68 76 76 00	Val de Marne	01 49 61 18 79
Haute-Saône	01 40 91 71 80	Haute-Saône	01 46 95 13 93	Val d'Oise	01 30 30 31 31

Services départementaux de protection maternelle et infantile (PMI)

Paris	01 42 71 22 72	Essonne	01 68 91 91 91	Val de Marne	01 42 99 77 82
Seine-Saint-Denis	01 44 14 77 38	Haute-Saône	01 47 29 28 21	Val d'Oise	01 34 25 25 64
Yvelines	01 39 07 76 16	Seine-et-Marne	01 43 93 93 93		

ASSOCIATIONS LUTANT CONTRE LES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES

Groupes femmes pour l'abolition des mutilations sexuelles (GFMS)

At. des Femmes Océans 0920 9409 - 01 43 43 13 17 Fax : 02 09 52 94
 Le GFMS est la section française de Caritas Internationalis. Caritas est regroupée des femmes africaines et françaises. Le GFMS privilégie l'information des femmes et des professionnels de santé, l'éducation sexuelle et émotionnelle. Le GFMS propose des journées de formation.

Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles (COMS)

A. Jean Stéphanie des Prés 0606 9405 - 01 45 49 00 00 Fax : 01 45 49 14 71
 L'association créée en 1992 par une Sénégalaise Aux Trains Aériens de "La justice aux régions" est une action sur l'impact juridique des mutilations sexuelles féminines. L'association se porte partie civile dans les procès de mutilation sexuelle.

Mouvement français pour le planning familial (MFPF)

Mouvement français d'éducation sexuelle, le MFPF accueille et organise le public, notamment les femmes et les jeunes sur les questions de sexualité. Il est agréé comme organisme formateur des personnes concernées par ces crimes. Il lutte aux niveaux mondial, européen et national pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines.

Paris	01 42 66 93 20	Haute-Saône	01 47 98 44 13
Val de Marne	01 43 74 65 87	Essonne	01 68 95 05 99
Seine-Saint-Denis	01 43 83 83 00	Val d'Oise	01 30 30 23 94

Pour les professionnels qui souhaitent faire appel à des entreprises médianes

INTER SERVICE MURMURS
 12, rue Guy de la Brosse 75005 - Paris 01 45 35 53 57

En Afrique : Caritas Internationalis de l'Afrique centrale les journaux ayant été sur le terrain des femmes et des enfants.

0029 79 - 0025 2002

AGIR

FACE AUX

MUTILATIONS

SEXUELLES

FÉMININES

LE MINISTRE DE LA SANTÉ SOLIDARITÉ ET DU DÉVELOPPEMENT DURABLE
LE MINISTRE DE LA JUSTICE

PRÉFECTURE DE LA RÉGION D'ÎLE-DE-FRANCE
DÉLÉGATION RÉGIONALE
AUX DROITS DES FEMMES ET À L'ÉGALITÉ

Préfecture de la Seine-Saint-Denis
 Mission politique de la ville.

AGISSONS POUR PROTÉGER LES PETITES FILLES MENACÉES D'EXCISION ET AUTRES PRATIQUES DE MUTILATION SEXUELLE

Que sont les mutilations sexuelles féminines ?

L'EXCISION

C'est l'ablation d'une partie plus ou moins importante du clitoris et des petites lèvres. Cette mutilation est surtout le fait d'éthnies vivant en Afrique de l'Ouest. On peut la comparer à la section du pénis chez le garçon.

L'INFIBULATION

L'excision du clitoris et des petites lèvres est complétée par la section des grandes lèvres dont les deux moignons sont rapprochés, bord à bord de telle façon qu'il ne reste qu'une minuscule ouverture pour l'écoulement des urines et des règles. La vulve a disparu et une cicatrice très dure la remplace, qu'il faudra couper au moment du mariage et de la naissance d'un enfant. L'infibulation est surtout pratiquée en Afrique de l'Est.

Un type particulier d'infibulation peut être observé en Afrique de l'Ouest : les grandes lèvres sont laissées intactes mais les petites lèvres sectionnées sont rapprochées l'une de l'autre pour former presque complètement le vagin.

Quelles sont les raisons

des mutilations sexuelles féminines ?

- **ON DIT** que les mutilations sexuelles rendent les femmes plus fécondes...
- **EN RÉALITÉ** les mutilations sexuelles féminines n'augmentent pas la fécondité et elles peuvent au contraire rendre stérile. L'accouchement peut être plus difficile et même, parfois, entraîner la mort du nouveau-né et de sa mère.
- **ON DIT** que les mutilations sexuelles sont imposées par la religion...
- **EN RÉALITÉ** aucune religion n'impose les mutilations sexuelles féminines. Leur origine relève de coutumes pré-existantes aux religions. Le Coran n'en parle pas.

- **ON DIT** qu'il faut assurer la pureté et la virginité d'une fille, ainsi que la fidélité d'une épouse.
- **EN RÉALITÉ** la conduite d'un être humain relève de ses qualités d'esprit et de cœur et non pas d'une blessure.

- **ON DIT** qu'il faut respecter coutumes et traditions.
- **EN RÉALITÉ** : il existe des coutumes et des traditions bénéfiques pour la santé (par exemple l'allaitement maternel ou le port des nourisseries sur le dos). Il en existe d'autres qui sont très dangereuses comme les mutilations sexuelles féminines.

LES TRADITIONS OU COUTUMES QUI CONTRIBUENT À L'ENFANÇOISEMENT DOIVENT ÊTRE ENCOURAGÉES CEUX QUI ATTENDENT À LA VIE ET À L'INTÉGRITÉ D'UN ÊTRE HUMAIN DOIVENT DÉPARAÎTRE.

En France la loi interdit les mutilations sexuelles féminines. Des pères, des mères, des excisateurs ont été condamnés à de la prison.

Vous vous trouvez face au risque d'une excision ou d'une autre mutilation sexuelle qu'il s'agit :

- de vous-même
- de votre voisine
- de votre fille
- de votre élève
- de votre sœur
- de votre patiente
- de votre cousine
- d'une amie...

VOUS POUVEZ AGIR POUR PRÉVENIR CETTE VIOLENCE

Quand il s'agit d'un risque, d'une menace, d'une probabilité liée à l'origine de la famille

Dans un premier temps

CHERCHEZ DE L'AIDE ET DU SOUTIEN auprès des personnes qui agissent pour prévenir les mutilations sexuelles en Afrique et en France (voir adresses au dos)

- Elles pourront vous aider à convaincre les familles qui colent encore à la nécessité de ces pratiques. Elles peuvent aussi vous aider dans d'autres circonstances comme les mariages forcés.
- Elles renforceraient la famille concernée et lui expliqueraient le danger de ces pratiques pour la fille et le risque de sanction pénale pour ses deux parents et l'excisatrice.

Si la démarche de persuasion ne suffit pas

AYEZ RECOURS À LA LOI

- elle interdit et sanctionne les mutilations sexuelles
- elle protège les enfants
- elle soutient les pères et les mères qui refusent d'infliger cette blessure à leurs fillettes et s'opposent à la perpétuation d'une coutume néfaste.

QUE FAIRE SI ON REDOUTE QU'UNE FILLETTE SOIT PROCHAINEMENT MUTILÉE ?

Tout(e) personne, médecin ou simple citoyen, qui a connaissance d'un tel risque est contraint(e) de signaler que cette fillette est en danger. Pour cela appeler soit :

- le procureur de la République au tribunal de grande instance
- le service départemental d'aide à l'enfance

Dans ce cas le décret professionnel est levé pour les personnels qui y sont par ailleurs soumis.

QUE FAIRE SI ON SAIT QU'UNE FILLETTE DOIT ÊTRE EMMENÉE EN AFRIQUE OÙ ELLE RISQUE D'ÊTRE MUTILÉE ?

Fillettes ou adolescentes peuvent d'ailleurs à cette occasion être données en mariage contre leur gré.

Dans un premier temps

CHERCHEZ DE L'AIDE ET DU SOUTIEN auprès des personnes qui luttent pour prévenir les mutilations sexuelles (voir adresses au dos)

- Elles tenteront de dissuader les parents d'accomplir ce projet. Les amnisties du GAMS (Groupe Femmes pour l'abolition des mutilations sexuelles) travaillent en relation avec les Comités de lutte agissant dans les pays africains.

- Elles mettront les parents en contact avec des organismes qui, au pays d'origine, aideront à faire respecter leur décision de ne pas mutiler leur fille.

- Si la fillette part sans son père, ce dernier peut mettre en garde la famille au village par un message écrit ou oral sur une cassette audio-phonique.

Si la démarche de persuasion ne suffit pas

AYEZ RECOURS À LA LOI

- Faites appel soit :
 - au tribunal du parquet des mineurs
 - au service départemental de l'Aide sociale à l'enfance (ASE)

Ces instances sauront le juge des enfants, celui-ci est compétent dès lors que la santé et la sécurité du mineur sont en danger.

Article 375 du Code Civil

Ce juge convoquera les parents et leur expliquera que l'excision comme toute autre mutilation, est un crime passible de la cour d'assises.

Si la fillette doit être envoyée à l'étranger pour subir la mutilation, pour la protéger le juge peut interdire sa sortie du territoire. Le recours au juge des enfants peut être précécuté dans ce cas.

QUE FAIRE SI ON CONSTATE UNE EXCISION OU TOUTE AUTRE MUTILATION SEXUELLE ?

Il n'y a pas d'alternative : médecins et autres professionnels, comme tout citoyen, sont contraints par la loi à signaler qu'une mutilation a été pratiquée. Le silence serait incriminé et nuisait à la sécurité et à la protection d'autres fillettes de la même famille ou du même groupe social.

La loi protège tous les enfants résidant en France quel que soit le pays d'origine de leurs parents.

ANNEXE 9

Plaquette d'informations réalisée dans le cadre de ce mémoire

<p>BRISEZ LE SILENCE</p> <p>FACE AUX MUTILATIONS SEXUELLES FEMMINES</p>  <p>PROTEGEZ VOS PETITES FILLES DE L'EXCISION</p>	<p>ST NAZAIRE CEDIFF-CIDF (Informations juridiques sur le droit des femmes et des familles), 11 Bd René Coty, Tél : 02-40-66-53-08 MFPF (Mouvement Français pour le Planning Familial) 18 rue des Haïles, Tél : 02-40-66-45-91</p> <p>CHATEAUBRIANT SOS FEMMES TE ENFANTS MALTRAITES 8 rue Anna de Noailles, Tél : 02-40-28-07-11</p> <p>ANCENIS CPEF, Hôpital ROBERT, 160 rue du Verger, Tél : 02-40-09-46-44</p>	<p>CPEF, au CHU ; Tél : 02-40-06-04-48 SOS FEMMES, 3 rue Vauban, Tél : 02-40-12-12-40 MFPF (Mouvement Français pour le planning familial) 16 rue Paul Bellamy, Tél : 02-40-20-41-51 ESPACE SIMONE DE BEAUVOIR, 25 quai de Versailles, Tél : 02-40-12-15-18 ASAMLA (Association Santé Migrants de Loire-Atlantique) 49-51 Chaussée de la Madeleine, Tél : 02-40-48-51-99 CIDF (Informations juridiques sur le droit des femmes et des familles) 5 rue Maurice Duval, Tél : 02-40-48-13-83 DELEGATIONS REGIONALES ET DEPARTEMENTALES AUX DROITS DES FEMMES ET A L'EGALITE, 6 quai Ceimery (Préfecture), Tél : 02-40-08-64-65</p>
<p>En France, la loi interdit les mutilations sexuelles féminines (excision, infibulation...) La loi protège tous les enfants résidents en France, quelque soit la nationalité de leurs parents. Des parents et des exciseuses ont été condamnés à de la prison. Ces mutilations entraînent des souffrances immédiates : douleurs intenses, hémorragies pouvant entraîner la mort... Elles entraînent des souffrances pour la vie future de ces petites filles : accouchements difficiles, infections génitales, douleurs lors des rapports sexuels, insatisfaction sexuelle, dépression, angoisse...</p>	<p>En Afrique, de nombreux pays interdisent ces pratiques.</p> <p>VOUS POUVEZ AGIR POUR PREVENIR CETTE VIOLENCE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cherchez de l'aide et du soutien (Voir adresses et numéros de téléphones au dos) - Ayez recours à la loi <p>Si elles le souhaitent, les femmes ayant été excisées peuvent bénéficier d'une réparation chirurgicale.</p>	<p>GAMS (Groupe de femmes pour l'abolition des mutilations sexuelles), Paris, Tél : 01-43-48-10-87 ; E-mail : association.gams@wanadoo.fr CAMS (Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles), Paris, Tél : 01-45-49-04-00 ; www.cams.fam.org GYNECOLOGIE SANS FRONTIERES www.gynsf.org ALLO ENFANCE MALTRAITEE : 119 FIL SANTE JEUNES : 0-800-235-236</p> <p>NANTES UGOMPS, Centre de référence au CHU pour la lutte contre les mutilations sexuelles ; Tél : 02-40-408-30-32</p>

Nom : **GONCALVES**

Prénom : **Manuella**

Titre de mémoire :

**LES MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES :
Quelle prise en charge en maternité ?**

Chaque année dans le monde, 3 000 000 de nouvelles fillettes sont mutilées, c'est-à-dire une toutes les quatre à six minutes.

Aujourd'hui en France, ce sont entre 45 000 et 60 000 femmes et fillettes qui sont excisées ou menacées de l'être. Outre que les mutilations sexuelles féminines portent gravement atteinte à leur intégrité corporelle, elles constituent, par leurs conséquences physiologiques et psychologiques, un véritable problème de santé publique.

Même si cette prise de conscience par les professionnels de santé est récente, une dynamique de prévention et de prise en charge de ces femmes commence à se mettre en place, non seulement en Loire-Atlantique (sur le modèle de la maternité du CHU de Nantes), mais dans toute la France.

La prévention des mutilations sexuelles, qui passe avant tout par l'information, est essentielle pendant la grossesse pour éviter la reproduction de la mutilation sur l'enfant à venir si c'est une fille. La sage-femme devient alors l'interlocuteur privilégié de ces femmes mutilées et permettra peut-être, avec l'ensemble des professionnels de santé, des partenaires associatifs..., d'atteindre l'objectif national de mettre fin à ces pratiques d'ici 2010.

Mots clés : mutilations sexuelles féminines, maternité, formation, prévention, information, prise en charge.