

Les mutilations sexuelles féminines : où en sommes-nous ? Enquête prospective en Haute-Normandie auprès de 195 sages-femmes

Juliette Poullain

▶ **To cite this version:**

Juliette Poullain. Les mutilations sexuelles féminines : où en sommes-nous ? Enquête prospective en Haute-Normandie auprès de 195 sages-femmes. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01246579

HAL Id: dumas-01246579

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01246579

Submitted on 18 Dec 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

2015 TISF 698

ECOLE DE SAGES-FEMMES ROUEN

DIPLÔME DE FORMATION APPROFONDIE EN SCIENCES MAÏEUTIQUES

N° 698

LES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES : OÙ EN SOMMES-NOUS ?

Enquête prospective en Haute-Normandie auprès de 195 sages-femmes

MÉMOIRE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME
PROMOTION 2015

MÉMOIRE PRÉSENTÉ PAR : Mademoiselle Juliette POULLAIN, née le 1er Mars 1992

SOUS LA DIRECTION DE : Madame le Docteur Juliette CARIOU

Mes remerciements à :

Madame Juliette CARIOU,

pour ses conseils et ses encouragements

Madame Florence LE GUEN,

pour ses orientations et ses exigences

Ma famille et mes amis,

pour leur soutien aussi bien dans ma vie professionnelle que personnelle

Mes parents,

pour leurs corrections de dernière minute

Marie,

pour son aide précieuse

Et une pensée spéciale à :

Mon arrière grand-père Jacques LELIEVRE,

médecin accoucheur, qui m'a certainement transmis le goût de la maïeutique

Abréviations utilisées

APD : Analgésie PériDurale

ARS : Agence Régionale de Santé

CAMS : Commission pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles

CESC : Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté

CIA : Cultures et conflits

CNCDH : Commission Nationale Consultatives des Droits de l'Homme

CNOM : Conseil de l'Ordre des Médecins

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DE : Diplôme d'Etat

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

FASILD : Fonds d'Action et de Soutien pour l'Intégration et la Lutte contre les Discriminations

FIGO : Fédération Internationale des Gynécologues Obstétriciens

FNUAP : Fonds des Nations Unies pour la Population

GAMS : Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles

GHR : Grossesses à Hauts Risques

GSF : Gynécologie Sans Frontières

HDD : Hémorragie De la Délivrance

HPE : Hôpital Privé de l'Estuaire

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

INED : Institut National d'Etudes Démographique

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Démographiques

IPP : Infection du Post-Partum

MSF : Mutilations Sexuelles Féminines

NN : Néo-Natale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

PEC : Prise En Charge

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

SAP : Système d'Alerte Précoce

SDC : Suites De Couche

SDN : Salle de naissance

SF : Sage-Femme

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

REVUE DE LA LITTERATURE 2

1. Populations concernées par les mutilations sexuelles féminines 2

1.1. Structure de la population en Haute-Normandie 2

1.2. Les populations à risque de mutilations sexuelles féminines 3

2. Les mutilations sexuelles féminines 4

2.1. Raisons & justifications 4

2.2. Classification 5

2.3. Complications & conséquences 6

2.4. Prise en charge 8

2.5. Cas particulier de l'infibulation 10

2.6. Médicalisation 11

2.7. Chirurgie réparatrice 12

3. Législation 12

3.1. Législation Française 12

3.2. Code de déontologie des sages-femmes 15

3.3. Signalement & Déclaration à la PMI 15

3.4. A l'international 16

4. Prévention et Lutte contre les MSF 17

4.1. Formation des professionnels 18

4.2. Méthodes d'action 19

4.3. Lutte contre les MSF 21

MATÉRIEL ET MÉTHODE 24

Objectifs de la recherche 24

Population interrogée 25

Méthodologie 26

Questionnaire (Annexe VI) 27

Statistiques 28

RESULTATS 29

1ère partie : Quelle sage-femme êtes-vous ? 29

2ème partie : Quelles connaissances théoriques avez-vous au sujet des MSF ? 43

3ème partie : Avez-vous connaissance du réseau visant à lutter contre les MSF ? 48

DISCUSSION 53

1. Population interrogée 53

2. Connaissances & Formation 54

3. Compétences 58

4. Réseau 61

5. Investissement & Interrogations 66

CONCLUSION 70

BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE DES ANNEXES

ANNEXES

INTRODUCTION

Les mutilations sexuelles féminines désignent toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes sexuels externes des fillettes et des femmes ou toute autre mutilation de ces organes, pratiquée pour des raisons culturelles ou autres et non à des fins thérapeutiques. La pratique des mutilations sexuelles féminines bien qu'antique perdure encore aujourd'hui. En effet, actuellement, 130 millions de femmes à travers le monde sont concernées et la plupart d'entre elles souffrent de séquelles à la fois physiques, psychiques et obstétricales mettant en jeu leur vie et celle de leurs enfants au moment de l'accouchement.

Depuis les années 1960, les migrations vers la France se sont féminisées et en 2004, les femmes étaient majoritaires chez les nouveaux entrants. Par ailleurs, les mutilations sexuelles féminines sont pour la plupart pratiquées en Afrique. En effet, dans certains pays tels que l'Egypte ou la Guinée, la prévalence de femmes mutilées dépasse 95%. De ce fait, on peut comprendre qu'il y ait des femmes excisées ou à risque de l'être en France. En Haute-Normandie par exemple, 5000 femmes sont dans ce cas. Avec ce chiffre, la Haute-Normandie est la deuxième région française la plus touchée par les MSF après l'Ile-de-France. Par conséquent, il est fréquent que les professionnels médicaux de cette région aient à prendre en charge des femmes excisées. Or, les professionnels médicaux, sages-femmes et médecins, ont le devoir d'aborder le thème des mutilations sexuelles auprès des patientes concernées. En effet, le professionnel confronté à une femme mutilée ou à une fillette à risque de l'être, a un rôle fondamental pour éviter la perpétuation de cette pratique. Dans les services de gynécologie-obstétrique l'occasion peut donc être bonne d'aborder ce sujet. Par ailleurs, pour que les actions de prévention soient efficaces, il est intéressant d'intégrer les hommes et notamment les maris des femmes excisées à cette démarche.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

1. Populations concernées par les mutilations sexuelles féminines

Selon le dernier rapport de l'UNICEF publié en 2013, 125 millions de femmes et de filles sont victimes de MSF à travers le monde(1). Il s'agit d'un rituel douloureux entraînant à vie des séquelles pour la santé aussi bien d'un point de vue médical, sexuel qu'obstétrical. Les raisons qui expliquent cette pratique sont multiples mais elles sont avant tout liées au statut de la femme ainsi qu'à des normes sociales et des tabous(2). Il s'agit d'une pratique ancestrale qui remonte à l'antiquité égyptienne et qui perdure encore aujourd'hui. Bien qu'elle se pratique en majorité sur le continent africain et au Moyen-Orient, l'excision a connu un essor en Europe et donc en France depuis une cinquantaine d'années, notamment par le biais de l'immigration (1)(2).

1.1. Structure de la population en Haute-Normandie

En Haute-Normandie, au début des années 60, l'immigration était en majorité européenne avec les Portugais et les Italiens. A partir des années 70, l'immigration des Maghrébins et des Africains a succédé à celle des Européens. Le nombre d'immigrés venus des pays du Maghreb a doublé depuis ces années là et représente aujourd'hui 35,1% de l'ensemble des immigrés installés en Haute-Normandie, devant ceux originaires d'Europe (24,6%). Parmi les immigrés originaires du Maghreb, ceux issus de l'Algérie sont les plus nombreux (17,7%) devant les marocains (14,1%) et les tunisiens (3,3%). Par ailleurs, depuis le milieu des années 80, le groupe d'immigrés le plus représenté derrière les maghrébins est celui constitué par les africains sub-sahariens. Plus de quinze pays composent ce groupe dont le plus représenté est le Sénégal (6,4%). En parallèle, le flux migratoire s'est féminisé à partir des années 70 dans le cadre du regroupement familial. Ainsi, parmi la population des immigrés, la part des femmes ne cesse de croître : elle est passée de 40% au début des années 60 à 47% au début des années 2000. Au final, il est à noter qu'en 2010 la population immigrée représentait 4,3% de la population totale de Haute-Normandie. A titre comparatif, en France métropolitaine, la proportion de la population immigrée était de 8,6%, ne faisant pas de la Haute-Normandie un territoire d'immigration privilégiée à l'échelle

française (Annexe I). Concernant l'implantation de la population immigrée en Haute-Normandie, celle-ci est liée aux besoins économiques et aux possibilités de logement. En effet, longtemps installés en Ile-de-France, les immigrés issus de l'Afrique subsaharienne ont progressivement gagné la région en raison d'opportunités plus favorables pour se loger. Si on retient comme critère le pourcentage d'étrangers, Vernon (16%), Evreux (12%) et Louviers (11%) se distinguent par les taux de présence de population immigrée les plus importants en Haute-Normandie devant Rouen (9%), le Havre et Elbeuf (7%). En revanche, en termes de valeur absolue, les plus fortes concentrations d'immigrés dans les zones urbaines de Rouen et du Havre représentent respectivement 41% et 17% des immigrés présents en Haute-Normandie en 2010 (Annexe II). Par ailleurs, concernant la structure de la population, le nombre de primo-arrivants recensés en Haute-Normandie en 2009 était de 2302 dont 51.18% de femmes. De plus, ces chiffres laissent apparaître qu'un tiers de ces primo-arrivants était originaire d'Afrique subsaharienne. En 2010, les immigrés originaires d'Afrique subsahariennes représentaient 10% de la population immigrée de Haute-Normandie(3)(4).

1.2. Les populations à risque de mutilations sexuelles féminines

Pour faire le point sur la situation actuelle concernant les mutilations sexuelles dans le monde, l'UNICEF a réalisé une enquête sur vingt ans dont les résultats ont été publiés au mois de Juillet 2013. Cette enquête a eu lieu dans 29 pays d'Afrique et du Moyen-Orient où la pratique de ces mutilations se concentre. Il en ressort une pratique quasi universelle des mutilations sexuelles féminines en Egypte, en Guinée, en Somalie et à Djibouti (98%). Au Ghana et au Togo, les chiffres sont respectivement passés de 60% à 16% et de 28% à 3% entre le début et la fin de l'enquête. En Guinée, en Tanzanie et au Sénégal, les femmes restent favorables à cette pratique en dépit des risques sanitaires encourus sachant qu'en Guinée le taux de femmes mutilées est proche de 90%(5). Au-delà de ces résultats, il est important de savoir que les populations les plus concernées par les MSF et donc à risque de les perpétuer malgré un interdit légal sur le territoire français sont : les Maliens, les Somaliens, les Égyptiens, les Guinéens, les Soudanais et les Éthiopiens(6).

2. Les mutilations sexuelles féminines

2.1. Raisons & justifications

Les mutilations sexuelles féminines trouvent leur origine en Egypte à l'époque pharaonique. Elles représentent une tradition très ancienne et les communautés qui pratiquent les MSF invoquent un ensemble de raisons socioculturelles pour en justifier la poursuite. Les arguments avancés face à la poursuite cette pratique reposent sur la coutume, la religion et la sociologie.

D'un point de vue traditionnel, beaucoup de femmes pensent devoir être mutilées vis-à-vis de leur famille car l'ensemble des femmes les entourant le sont. L'excision est une pratique ancestrale très ancrée dans les mœurs africaines et il est donc inculqué que le clitoris est un vestige masculin malfaisant qu'il faut nécessairement faire disparaître afin que la féminité s'accomplisse. Par ailleurs, pour les femmes immigrées, il existe une peur de ne plus être intégrées à leurs familles ou de ne pas être « épousables » si elles ne sont pas mutilées. Elles se font donc mutiler de leur plein gré lors de retour dans leur pays d'origine. Concernant le moment de la mutilation, cette pratique peut être associée à un rite de passage et elle est donc réalisée à différents moments de la vie : entre la naissance et 10 ans, à la puberté, juste avant le mariage.

L'argument religieux justifiant la pratique de mutilations provient de l'Islam. Il faut cependant noter qu'il s'agit d'une croyance erronée puisqu'il apparaît dans le Coran que les créatures de Dieu doivent garder leurs organes intacts dans la forme qui leur a été donnée. De plus, la sexualité y est présentée comme un don de Dieu et une source d'épanouissement. Il existe simplement une allusion stipulant que lors d'une excision, il faut bien se garder d'enlever tout le clitoris pour que la femme demeure épanouie. Ceci explique les MSF de grade 1 qui consistent en une simple ablation du capuchon clitoridien. Qui plus est, toutes les ethnies ne pratiquent pas les mutilations. Et dans une même ethnie, il y existe des variations. Aucune religion n'impose donc les MSF. Il s'agit d'une très ancienne pratique coutumière distincte des préceptes religieux quels qu'ils soient.

Enfin, d'un point de vue sociologique, il s'agit tout simplement de maîtriser la sexualité des femmes dans le but que celles-ci restent vierges jusqu'au mariage afin de les rendre plus désirables mais aussi plus fidèles. Pour certaines ethnies, les croyances soutiennent que les femmes non excisées, sont impures et incapables de maîtriser leurs pulsions sexuelles, que le clitoris peut empoisonner l'homme ou le bébé à la naissance, que la pénétration est impossible chez les femmes non mutilées ou bien que ces femmes sont moins fécondes. Pour les femmes, le fait de ne pas être mutilée leur fait croire qu'elles ne pourront accéder à la reconnaissance sociale puisqu'elles ne seront pas « épousables » et ne pourront pas devenir mères(7).

2.2. Classification

Les mutilations sexuelles féminines désignent toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre mutilation de ces organes pratiquée pour des raisons culturelles ou autres et non à des fins thérapeutiques(8). La connaissance des différentes populations de femmes africaines vivant en France est importante afin de savoir appréhender la pratique de l'excision dans les pays d'origine de ces femmes. En effet, le type de mutilation génitale ainsi que la manière de l'exercer varie d'un pays à un autre et ce indépendamment de la religion(9). L'OMS classe les mutilations sexuelles féminines selon quatre grades :

- I : circoncision avec excision du prépuce clitoridien sans excision du clitoris.
- II : excision du clitoris avec excision totale ou partielle des petites lèvres
- III : infibulation avec fermeture quasi complète de l'orifice vulvaire
- IV : différents procédés de mutilation comprenant des ponctions, percements, incisions, scarifications, cautérisations(8)(10)... (Annexe III)

Cette classification peut être utile pour faire le diagnostic clinique d'une mutilation sexuelle même si celui-ci est parfois difficile. En cas de doute, le professionnel de santé peut s'aider de l'interrogatoire en demandant à la patiente son pays d'origine ou son pays de naissance. Dans tous les cas, devant une suspicion de mutilation sexuelle il est judicieux de faire une description dans le dossier de la patiente en précisant la présence ou non du capuchon clitoridien, l'aspect du clitoris et des petites lèvres, du méat urétral et de la perméabilité vaginale. Afin d'être plus précis, il est intéressant de réaliser un schéma. Une description de ce type dans le dossier obstétrical d'une patiente a son intérêt pour le suivi de la grossesse, la prise en charge au moment de l'accouchement et pour le suivi en post-partum. En effet, aborder le sujet de l'excision avec les femmes concernées peut s'avérer difficile et il est donc préférable d'attendre le moment propice pour en parler, notamment dans le service de suites de couches plutôt que dans l'urgence(9). Qui plus est, le professionnel prenant en charge une femme en salle de naissances doit pouvoir prendre connaissance d'une éventuelle excision dans la mesure où les mutilations sexuelles ont des conséquences obstétricales. Ces conséquences comprennent entre autres des déchirures périnéales, des dystocies mécaniques, une souffrance fœtale ou encore la nécessité de réaliser une césarienne(11).

2.3. Complications & conséquences

Les complications des mutilations sexuelles féminines sur la santé des femmes sont multiples et variées. Ces complications peuvent être classées en trois catégories :

-complications immédiates

-complications secondaires

-complications à long terme

Les complications immédiates comprennent une douleur suraiguë ainsi qu'une hémorragie pouvant créer un état de choc neurogénique voire un décès. Par ailleurs, les mouvements de défense des fillettes peuvent créer des lésions de l'urètre, du vagin et du périnée postérieur, voisins du clitoris et des petites lèvres.

Enfin, les conditions sanitaires dans lesquelles sont réalisées les mutilations entraînent des infections aiguës ainsi qu'un risque de transmission du VIH et de l'hépatite B.

Parmi les complications secondaires on compte les infections locales à type d'abcès ou de phlegmons, pelvipéritonite ou gangrène gazeuse. Il est possible d'observer une septicémie, liée encore aux conditions d'hygiène et qui peut être mortelle. Les MSF de grade 3 appelées aussi « infibulations » peuvent être à l'origine d'un hématocolpos au moment des règles qui peut lui-même provoquer des douleurs, une endométriose, des infections et une stérilité.

Les complications à long terme sont les douleurs pelviennes chroniques, les dysménorrhées, la frigidité et donc les troubles de la sexualité (dyspareunies, anorgasmie) ainsi que les troubles psychiatriques (anxiété, dépression) pouvant aller jusqu'à des tendances suicidaires(12).

En France, au moment de l'accouchement, on observe un risque important de déchirures périnéales antérieures comme postérieures pouvant être complètes et compliquées avec une atteinte du sphincter anal. D'autres complications du péri-partum existent mais sont retrouvées principalement en Afrique : mort fœtale in utero, rupture utérine, fistules vésico-vaginales et recto-vaginales.

L'OMS répartit les conséquences des MSF en trois catégories :

- conséquences médicales à court terme directement liées à l'évènement
- conséquences médicales à long terme
- conséquences psychologiques, mentales, sociales, sexuelles et psychiatriques.

D'un point de vue obstétrical, les conséquences se déclinent en trois catégories :

- dystocie dynamique par une anomalie de la contractilité utérine
- dystocie d'engagement de la tête fœtale dans le bassin –
- dystocie du dégagement de la tête fœtale en phase terminale de l'accouchement

Cette dystocie dynamique et cette dystocie d'engagement peuvent être à l'origine d'une césarienne en cours de travail. Or cette intervention fait redouter une rupture utérine lors d'une grossesse ultérieure(7)(8).

2.4. Prise en charge

La prise en charge de femmes excisées en France est un phénomène connu depuis près de trente ans du fait des flux migratoires qui se sont féminisés au cours du temps. Par conséquent, les pouvoirs publics ont constaté que les mutilations sexuelles touchent à la fois des migrantes mais aussi des femmes nées en France de parents originaires de pays où l'excision est encore pratiquée. Cependant, depuis la fin des années 80, certaines familles ont abandonné la pratique de l'excision car les générations les plus récentes ont pu bénéficier de campagnes de prévention visant à protéger les petites filles des mutilations sexuelles. Néanmoins, cette pratique perdure et il est difficile d'évaluer le nombre de femmes et de filles concernées, estimé à 50000 en France. En Haute-Normandie, le nombre de femmes et de filles excisées ou à risque de l'être serait de 5000. Cela fait de la Haute-Normandie la deuxième région française la plus concernée par le phénomène des MSF derrière l'Ile-de-France(6).

Concernant la prise en charge obstétricale d'une femme mutilée durant son suivi de grossesse, la sage-femme peut être en première ligne dans la mesure où elle est apte à pratiquer toutes les consultations prénatales dans un cadre physiologique. Le suivi de la grossesse est identique à celui fait pour une grossesse normale mais doit cependant comporter une plus grande attention du professionnel à la survenue d'éventuelles complications plus fréquentes chez ces patientes au moment de

l'accouchement. Après diagnostic d'une MSF sur une patiente, il importe d'aborder ce sujet avec elle pour :

- organiser une prise en charge adaptée aux conséquences médicales, obstétricales, psychologiques ou sexuelles qu'elle peut rencontrer
- prévenir la réalisation d'une excision chez la/les fillette(s) de la famille en informant la femme (le couple) que ces pratiques sont interdites en France, y compris si elles sont réalisées dans un pays étranger.

Dès la première consultation, le professionnel se doit de communiquer avec la femme concernée afin de l'informer à propos des mutilations sexuelles. En effet, certaines de ces femmes ne savent même pas qu'elles ont été mutilées si ce geste a été réalisé dans l'enfance. Il faut alors leur donner des explications quant aux raisons de ces mutilations, des modifications anatomiques qu'elles impliquent et des conséquences liées à ces pratiques. L'interrogatoire permet au professionnel de prendre connaissance de l'état physique et psychologique de la femme par rapport à sa mutilation et à son vécu. Ainsi, la consultation doit être menée de manière à repérer d'éventuelles complications liées à la mutilation. Cette démarche permet d'évaluer en fonction de la situation et des attentes de la femme, les possibilités de prise en charge médicale, chirurgicale, psychologique ou sexuelle et de l'orienter vers une équipe pluridisciplinaire si nécessaire. Quelle que soit la technique envisagée, la prise en charge sera pluridisciplinaire, associant un médecin ou un chirurgien, un psychologue qui évaluera le traumatisme passé et les conséquences potentielles sur les liens avec la famille, un sexologue qui évaluera les attentes sexuelles. Un suivi médical, psychologique et sexuel peut être proposé et mis en œuvre. Cette prise en charge pluridisciplinaire peut être intéressante afin de rassurer la patiente et de soulager ses angoisses. Les cours de préparation à la naissance, généralement animés par des sages-femmes ne sont pas non plus à négliger(9).

Le professionnel de santé joue un rôle particulièrement important dans la prévention de nouvelles excisions. Toute consultation constitue un moment propice pour informer la femme, le couple, que les mutilations sont interdites et que des poursuites peuvent être engagées si une mutilation est commise dans un pays étranger, en particulier à l'occasion des périodes de vacances, sur des fillettes résidant habituellement sur le territoire français. Si une famille demande à être aidée pour

protéger une fillette d'un risque d'excision, il est possible d'établir un certificat de non excision. Il est à noter que ce document ne constitue pas un document juridique(13).

Dans le cadre de la surveillance médicale régulière des enfants, que ce soit en cabinet de ville ou en service de PMI, les visites systématiques sont l'occasion pour le médecin de réaliser un examen clinique complet et de vérifier l'intégrité des organes génitaux. Elles permettent également de rappeler régulièrement les messages de prévention aux parents. Le diagnostic de MSF est le plus souvent facile chez l'enfant. Toutefois, certains diagnostics différentiels peuvent se poser : coalescence des petites lèvres (il existe alors une ouverture antérieure et on peut toujours visualiser le clitoris et son capuchon) ou des petites lèvres minces (le clitoris est retrouvé). En cas de doute, il ne faut pas hésiter à faire appel à une équipe pluridisciplinaire. En présence d'adolescentes issues de pays dans lesquels se pratiquent les MSF, toute consultation, quel qu'en soit le motif, constitue un moment opportun pour aborder le sujet (certificat d'aptitude au sport, demande de contraception...) et proposer un examen clinique(13).

2.5. Cas particulier de l'infibulation

Au cours du suivi de grossesse d'une femme mutilée, une question importante est celle de l'infibulation. Ce type de mutilation, de grade 3, est en effet un sujet qu'il est nécessaire d'aborder dans la mesure où il comprend une contre-indication à un accouchement par les voies naturelles si toutefois une désinfibulation n'a pas été pratiquée pendant le travail ou en amont de ce dernier(8). La sage-femme a l'obligation d'informer la femme sur les conséquences d'une telle mutilation et doit aussi lui proposer une désinfibulation chirurgicale sous anesthésie locale qui peut être réalisée à tout moment de la grossesse. L'OMS conseille par exemple de la réaliser au 2ème trimestre(14). En revanche, il ne faut pas oublier de préciser à la femme le caractère irréversible de cette opération en France car la réinfibulation y est illégale. La patiente peut refuser une désinfibulation et le professionnel de santé n'a aucun droit de la lui imposer. En plus de ces informations, il est nécessaire de préciser aux femmes excisées la possibilité d'une réparation clitoridienne entièrement prise en charge par la sécurité sociale. On comprend donc que pour prendre en charge efficacement les femmes et parturientes concernées par les mutilations sexuelles, les sages-femmes

doivent avoir des connaissances suffisantes sur cette pratique et notamment dans les régions les plus concernées (Haute-Normandie, Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Rhône-Alpes).

2.6. Médicalisation

Etant données les complications nombreuses et dangereuses susmentionnées, il est clair qu'aucun bénéfice médical ne peut être apporté aux MSF. Cependant, depuis plusieurs années, on observe une médicalisation des MSF. Les 27 et 28 janvier 2015, se tenait à Paris la 1ère consultation internationale autour de la prise en charge des femmes excisées. Cette réunion a mis en évidence le rôle non négligeable des médecins et autres professionnels de santé mutilant les femmes au cours d'une opération (18% des cas). Ce taux peut même atteindre 74% (Annexe IV). Les pays les plus concernés par la médicalisation de l'excision sont : l'Egypte, Djibouti, le Kenya, le Soudan, la Guinée et le Nigéria. Le recours croissant aux hôpitaux est souvent justifié par la volonté d'améliorer l'hygiène et d'éviter les infections mais l'acte médical est parfois plus dangereux, les médecins pouvant retirer davantage de tissu. La médecine n'ayant pas pour vocation de mutiler les femmes et jeunes filles sans motif médical, l'OMS, le CIA, le CNOM, la FIGO et la SAP ont formellement dénoncé cette pratique. En Egypte par exemple, la médicalisation de l'excision est interdite depuis 2008, sauf en cas de *"nécessité médicale"*. Pourtant, des professionnels de santé continuent d'opérer des jeunes filles pour des motifs religieux et sous la pression de familles. Or, cet accord tacite entre les médecins et certaines familles fait perdurer la pratique culturelle à l'origine des MSF. Une étude a été réalisée en 2001 quant aux possibles liens entre la médicalisation des MSF et le recul de la pratique. Il a été observé que lorsque l'excision est médicalisée, cela ne la fait pas reculer, ainsi qu'on le constate au Soudan et en Egypte. En Tanzanie, à l'inverse, les mutilations sexuelles déclinent et la médicalisation est faible. C'est pourquoi l'association des deux facteurs n'est pas si évidente. La médicalisation peut faire perdurer l'excision mais le recul de cette pratique n'est pas forcément lié à une médicalisation faible. L'étude révèle aussi que dans les pays où la médicalisation est répandue, le soutien de l'excision est souvent plus élevé(15).

2.7. Chirurgie réparatrice

En France, pour les femmes et les jeunes filles ayant subi des mutilations sexuelles et qui en supportent aujourd'hui les conséquences, une chirurgie réparatrice est désormais remboursée par l'Assurance Maladie(6)(16). Cette avancée médicale ouvre la voie à la réversibilité des lésions qu'entraîne l'excision et permet d'envisager les conséquences des MSF comme un problème de santé publique(6). Il est possible pour les femmes excisées de se faire « réparer » chirurgicalement, au Centre Hospitalier Universitaire de Rouen. En parallèle, des actions sont menées de manière privilégiée sur les villes comprenant une population immigrée africaine forte : certains quartiers du Havre, Canteleu, les Hauts de Rouen, Vernon, Cléon.... Ces actions s'inscrivent dans le schéma régional d'organisation sanitaire et le schéma régional de prévention dans le cadre du Programme Régional de Santé. Les objectifs dans ce domaine sont de:

- continuer la prise en charge des femmes ayant subi une mutilation dans les deux centres hospitaliers
- poursuivre les actions de sensibilisation de la population concernée
- intégrer systématiquement le thème des mutilations sexuelles dans les heures d'éducation sexuelle dispensées par l'Éducation Nationale, pour les élèves du secondaire
- poursuivre la sensibilisation des professionnels de santé avec l'aide du Pôle Libéral de Santé Publique(17).

3. Législation

3.1. Législation Française

Au-delà des questions de cultures et de traditions, les mutilations sexuelles féminines constituent de graves atteintes à l'intégrité physique de la personne. Nul droit à la différence, nul respect d'une identité culturelle ne saurait légitimer des atteintes à l'intégrité de la personne, qui sont des traitements criminels(18). Du point de vue des droits de l'homme, les MSF sont le reflet d'une inégalité entre les sexes profondément enracinée et constituent une forme extrême de discrimination à l'encontre des femmes. Les MSF sont presque toujours pratiquées sur des mineures et

constituent par conséquent une violation des droits de l'enfant. Cette pratique viole également les droits à la santé, à la sécurité et à l'intégrité physique de la personne, le droit à être protégé contre la torture et les traitements cruels, inhumains ou dégradants et le droit à la vie lorsque l'intervention entraîne la mort(19). D'un point de vue légal, en France, l'excision est considérée comme un crime au titre soit :

- violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente
- de violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner(16)(20).

Ce crime est passible de la cour d'Assises, qu'il ait été perpétré ou non sur le territoire national. Selon l'Article 222-9 du Code pénal, son auteur risque dix ans d'emprisonnement et 150000 euros d'amende, voire vingt ans si la victime est mineure ou si la mutilation est perpétrée par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute personne ayant autorité sur le mineur (Article 222-10). De plus, pour une mutilation ayant entrainé la mort sans intention de la donner, trente années de réclusion peuvent être requises (Article 222-8). Depuis la loi du 4 avril 2006, l'Article 222-16-2 étend en outre l'application de la législation française en la matière aux mineurs de nationalité étrangère résidant habituellement en France et victimes à l'étranger d'une mutilation sexuelle. Une action en justice peut également être engagée au titre de violences ayant entraîné une interruption temporaire de travail supérieure à 8 jours (Article 222-12 du code pénal) dont la sanction est de 5 ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende si commise contre une mineure de moins de 15 ans. Pour ces différentes actions, le délai de prescription est de vingt ans et est prévu pour le dépôt de plainte à partir de la majorité de la victime(16).

Il est à noter que les associations de protection de l'enfance et les acteurs engagés dans la lutte contre les mutilations demandent instamment aux professionnels de santé de rappeler « l'interdit légal » édicté par le Code pénal. En parallèle, lorsqu'un professionnel de santé constate une mutilation sexuelle, il est tenu de le signaler à la justice(12)(13). D'après le Code de procédure pénale, selon l'Article 40 « 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 ». De plus, la loi du 5 mars

2007 réformant la protection de l'enfance prévoit que l'obligation de transmettre une information préoccupante concernant un mineur en danger ou risquant de l'être s'applique « aux personnes qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance ainsi qu'à celles qui lui apportent leur concours » (Article L. 226-2-1- du Code de l'action sociale et des familles)(21).

Le Code pénal autorise la levée du secret professionnel puisqu'il précise expressément à l'article 226-14 que le secret professionnel n'est pas applicable « à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ». Les raisons qui expliquent que les professionnels puissent dans le cas des MSF déroger au secret médical sont :

- La nécessité d'empêcher la réalisation d'une mutilation lorsque le professionnel en est informé dans sa pratique, en avertissant les autorités compétentes (Article 223-6 alinéa 1er du Code pénal, réprime l'omission d'empêcher un crime ou un délit contre l'intégrité corporelle)
- Le risque de ne pas porter secours à une personne en danger (Article 223-6 alinéa 2 du même Code, réprime l'omission de porter secours ou la non assistance à personne en danger). En effet, le délit de non-assistance à personne en danger s'applique à chacun, professionnel ou citoyen, qui ne signale pas le danger encouru par une fillette menacée de mutilation sexuelle que ce soit prévu en France ou à l'étranger (Article 223-6)(9).

Plusieurs professionnels sont concernés par l'autorisation de levée du secret professionnel, dont les sages-femmes puisque l'Article R. 4127-316 explique que la sage-femme doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour protéger une femme ou son enfant victime de sévices. Les médecins et infirmiers sont également concernés(22).

3.2. Code de déontologie des sages-femmes

Dans ce contexte, le code de déontologie des sages-femmes comprend trois articles pouvant s'appliquer à la prévention de la perpétuation de telles pratiques. Ainsi, l'Article 2 du code de déontologie rappelle que « La sage-femme exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il est donc de son devoir de prêter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes pour la protection de la santé ». L'Article 15 informe que « Une sage-femme qui se trouve en présence d'une femme enceinte, d'une parturiente, d'une accouchée ou d'un nouveau-né en danger immédiat ou qui est informée d'un tel danger doit lui porter assistance ou s'assurer que les soins nécessaires lui sont donnés. » tandis que l'Article 16 dit que « Lorsqu'une sage-femme discerne qu'une femme auprès de laquelle elle est appelée ou que son enfant est victime de sévices, elle doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour les protéger.»(22).

3.3. Signalement & Déclaration à la PMI

En pratique, en cas de constatation d'une mutilation sexuelle par une sage-femme, il existe un devoir de déclaration. Une sage-femme doit donc faire un signalement à la PMI dans le cas où elle diagnostique une mutilation sexuelle aussi bien chez une patiente ayant donné naissance à une fille que chez une fillette de moins de 15 ans. Le signalement à la PMI permet ensuite de faire un signalement au Procureur de la République ou au parquet des mineurs. Le Procureur a ensuite pour mission de rappeler aux familles l'illégalité de la pratique des mutilations sexuelles aussi bien sur le territoire français qu'à l'étranger et il doit également faire une déclaration à l'aide sociale à l'enfance. Les familles peuvent alors être orientées vers des associations locales ainsi que vers des professionnels de santé qui pourront mettre en place un suivi gynécologique précoce des fillettes issues de la famille. Dans le cas de la découverte d'une mutilation sexuelle chez une fillette de moins de 15 ans, la garde de celle-ci est retirée aux parents. Une information judiciaire est alors ouverte à leur encontre, les associations de lutte contre les mutilations se constituant partie civile. Enfin il est important pour les professionnels d'avoir conscience que c'est désormais à l'occasion d'un voyage dans le pays d'origine de leurs parents que les jeunes filles françaises, ou résidant habituellement en France, sont victimes de mutilation, parfois à l'insu de leurs

parents. Or, depuis la loi du 9 juillet 2010, il y a la possibilité de faire inscrire une mineure au fichier des personnes recherchées, pour une durée de deux ans, afin de prévenir sa sortie du territoire en cas de risques de mutilations sexuelles à l'étranger(8)(12)(13).

3.4. A l'international

Différentes conventions internationales ont été ratifiées au sujet des MSF :

- La Convention internationale sur les droits de l'enfant est entrée en vigueur le 6 septembre 1990. Elle dispose dans son article 24 que : « les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants ». Cette convention a été ratifiée par la France et par de nombreux pays africains comme le Bénin ou le Mali.

- La Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes est entrée en vigueur le 13 janvier 1984. Elle dispose dans son article 2 que : « Les Etats parties s'engagent à prendre toutes les mesures appropriées, y compris les dispositions législatives, pour modifier ou abroger toute loi, disposition réglementaire, coutume ou pratique qui constitue une discrimination à l'égard des femmes ».

- La Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples est elle entrée en vigueur le 21 octobre 1986. Elle dispose dans son article 4 que : « La personne humaine est inviolable. Tout être humain est inviolable. Tout être humain a droit au respect de sa vie et à l'intégrité physique et morale de sa personne. Nul ne peut être privé arbitrairement de ce droit ». Plus de 50 pays africains ont adhéré à cette charte.

- La Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant dispose dans son article 21.1, que : « Les Etats parties à la présente Charte prennent toutes les mesures appropriées pour abolir les coutumes et les pratiques négatives, culturelles et sociales qui sont au détriment du bien-être, de la dignité, de la croissance et du développement de l'enfant, en particulier :

a)les coutumes et pratiques préjudiciables à la santé, voire à la vie de l'enfant

b)les coutumes et pratiques qui constituent une discrimination à l'égard de certains enfants, pour des raisons de sexe ou autres raisons(20).

4. Prévention et Lutte contre les MSF

La lutte contre la pratique des mutilations sexuelles est devenue un grand sujet de préoccupation au sein des organisations internationales gouvernementales et non gouvernementales ces dernières années. En 1997, l'OMS a publié avec l'UNICEF et le FNUAP une déclaration conjointe contre la pratique des mutilations sexuelles féminines. Une autre déclaration plus largement soutenue par les Nations Unies a été publiée en février 2008. Cette déclaration a mis en évidence la reconnaissance des dimensions juridiques des mutilations sexuelles du fait de leur atteinte directe à l'intégrité des Droits de l'Homme. Elle résumait aussi les recherches sur les causes de la persistance de cette pratique, sur les moyens d'y mettre fin et sur ses effets néfastes pour la santé des femmes, des jeunes filles et des nouveau-nés. Par ailleurs, le 20 décembre 2012, lors de la 67ème Assemblée Générale de l'ONU, une résolution sur les mutilations génitales féminines a été adoptée pour la première fois, le but de celle-ci étant d'éliminer cette pratique à un niveau mondial. Grâce à cet engagement, le 22 juillet 2013, l'UNICEF a publié un rapport stipulant que les résultats concernant les mutilations génitales étaient encourageants dans la mesure où ils montrent une nette tendance au recul de ces pratiques même dans les pays où elles sont quasi universelles. Malgré cela, d'énormes progrès restent à accomplir dans la mesure où 30 millions de femmes risquent encore l'excision dans les dix années à venir(2)(23).

4.1. Formation des professionnels

En France, la problématique des mutilations sexuelles touche les différents secteurs que sont la santé, la justice, l'éducation et le social. Elle relève d'interventions de nature variée, de la prévention à la prise en charge des séquelles. Elle concerne également les garçons et les hommes, qui subissent la perte de membres de leur famille ou sont des victimes collatérales de ces pratiques dans leur sexualité. Les professionnels concernés sont donc très nombreux. Les professionnels de la santé, les intervenants des secteurs de l'accueil des migrants, de l'aide à la jeunesse et de l'enfance, les enseignants, les forces de l'ordre et les magistrats sont amenés à rencontrer des filles et des femmes en détresse souffrant de complications physiques et/ou psychiques consécutives à une mutilation ou se trouvant dans des situations où elles risquent d'être mutilées. Il convient de former, de manière spécifique, l'ensemble de ces intervenants sur les mutilations sexuelles féminines afin que chacun ait une connaissance du phénomène et sache quelle conduite tenir en fonction de son rôle(24). Ainsi, les professionnels de santé ont un rôle de première importance à jouer dans le repérage et l'accompagnement des femmes victimes de mutilations sexuelles, la prévention et l'application de la loi. Il convient donc de les former largement à cette problématique. Par conséquent, en 2006, la Direction Générale de la Santé a confié à GSF le soin d'organiser des conférences régionales de sensibilisation sur les MSF. Ces conférences, au nombre de 9, ont aussi été mises en place à un niveau national, en collaboration avec les DRASS (devenues ARS) et le GAMS. L'objectif de ces réunions était d'informer et de former les professionnels de santé ainsi que les acteurs sociaux sur le thème des MSF. Les auditions ont montré que malgré les engagements pris en 2006 par le Ministère de la Santé, très peu de médecins, sages-femmes ou infirmières étaient aujourd'hui formés à la question des mutilations sexuelles féminines. Cette formation doit être à la fois médicale, anthropologique et juridique. Afin d'y remédier, depuis 2007, la DRASS puis l'ARS ont beaucoup œuvré afin d'arrêter cette pratique. Des formations ont été proposées auprès des professionnels de santé (médecins généralistes ; sages-femmes ; gynécologues...), des étudiants sage-femme et des étudiants en médecine(25). Aujourd'hui, l'association GSF participe encore à de nombreuses rencontres sur le sujet, et ce dans le but d'afficher son soutient à l'élimination de cette pratique. D'autre part, la Direction Générale de la Santé, via un

soutient financier du ministère des affaires sociales et de la santé, a confié à GSF le soin de coordonner l'ouvrage « Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines ». Ce guide pratique est destiné aux professionnels de santé ayant pour objectif de dépister, prendre en charge, orienter les femmes victimes ou à risque de MSF ainsi que leurs filles(12).

4.2. Méthodes d'action

Depuis trente ans, des actions de prévention ont été mises en œuvre par l'Etat et les collectivités territoriales dans le but de réduire la pratique des MSF. Ces actions ont été réalisées dans les consultations des services de PMI des régions les plus touchées dont fait partie la Haute-Normandie. Afin de mettre en place ces actions de prévention, des associations nationales et locales de femmes africaines et françaises existent. La Fédération nationale GAMS agit ainsi dans la lutte contre toutes les formes de violences faites aux femmes dont font partie les mutilations sexuelles. Cette association créée en 1982 et basée à Paris est constituée de femmes africaines et françaises ayant des compétences dans les champs de la santé, du social, de l'éducation, et une longue expérience de prévention des MSF. Elle est financée par le Service des Droits des Femmes et de l'Egalité et le Fonds d'action et de soutien pour l'intégration et la lutte contre les discriminations (FASILD). Cette association comprend deux antennes en Seine-Maritime, à Rouen et au Havre, et ce afin d'agir plus activement au niveau local étant donnée la prévalence de femmes excisées ou à risque de l'être en Haute-Normandie. Le GAMS propose des formations à la carte à tous les professionnels via son site internet. Le contenu et la durée de ces formations s'adaptent en fonction du nombre de participants et des besoins et réalités de terrain des professionnels concernés(24). De plus, des formations sont mises en place pour les étudiants et notamment les étudiants sages-femmes puisqu' actuellement un cours traitant des mutilations sexuelles féminines est dispensé à l'Ecole de Sages-Femmes et à l'IFSI de Rouen(26). Forte d'une expérience de près de trente ans dans le domaine de la formation, le GAMS a forgé une démarche pédagogique et une méthodologie interactive en direction des professionnels de santé, de l'action sociale, de l'éducation et de la justice. La démarche pédagogique s'appuie sur des apports théoriques et pratiques qui s'articulent avec la réflexion sur les pratiques professionnelles, l'emploi

de supports pédagogiques, la confrontation des acquis, des expériences des intervenants et des stagiaires et la pluridisciplinarité de ces intervenants. A fortiori, le temps de la formation permet de privilégier les échanges d'expériences autour de thèmes spécifiques, de prendre le recul nécessaire par rapport aux difficultés quotidiennes des pratiques professionnelles et d'acquérir le savoir-faire et les repères culturels indispensables à la qualité de communication avec les populations concernées(24).

D'un point de vue associatif, on trouve également le FIA Normandie qui est une association à but non lucratif ayant pour objet de favoriser l'autonomie des femmes, la maîtrise de l'environnement social et culturel du pays d'accueil, l'accès et l'approche de la diversité culturelle pour tous. Ses actions sont menées auprès des personnes issues des immigrations, des professionnels sanitaires et sociaux, des institutions et associations sur un territoire régional. Cette association avait par ailleurs organisé une journée d'échanges au CHU de Rouen le 14 Octobre 2009 au sujet des MSF(27). (Annexe V)

En dernier lieu, le CAMS se distingue des autres associations travaillant dans le domaine de la prévention et de la lutte contre les MSF car elle mène également un combat sur le terrain judiciaire en se portant partie civile lorsque des cas de mutilations ont été connus en France. Cette association a aussi un but éducatif et dans cette perspective, elle a conçu et produit différents matériels : film « le Pari de Bintou », une cassette audio, affiches et dépliants. Enfin, le CAMS poursuit son action à l'étranger par de nombreux combats, diffusion de matériel, participation à des réunions internationales sur le sujet des MSF(28).

Par ailleurs, un important travail de prévention et de protection doit être mené dans les établissements scolaires. Il convient tout d'abord d'informer les élèves. Les mutilations sexuelles féminines, et plus largement la question des violences faites aux femmes, doivent faire l'objet de séances spécifiques dans les cours d'éducation à la sexualité. Ces séances doivent être articulées avec des actions de sensibilisation et d'information, organisées avec le concours de services chargés de la protection de l'enfance (conseil général, associations habilitées...). Elles peuvent être programmées dans le cadre des actions menées par le CESC pour informer du cadre juridique français

interdisant les mutilations sexuelles féminines, les mariages forcés, le viol conjugal et des personnes ressources que l'élève peut contacter. Un travail de formation doit ensuite être mené auprès des membres de la communauté éducative, enseignants et chefs d'établissement, mais aussi personnels médico-sociaux. La loi du 9 juillet 2010 prévoit que les formations initiale et continue délivrées aux enseignants doivent intégrer des éléments de sensibilisation aux violences faites aux femmes, celles-ci comprenant les MSF(18).

4.3. Lutte contre les MSF

Au titre de la protection des droits fondamentaux des femmes et des fillettes, la CNCDH a été amenée à deux reprises à se prononcer sur la question des MSF. Dans un avis fondateur en 1988, elle interpellait les pouvoirs publics sur la nécessité de s'engager activement dans la lutte contre ces pratiques et la prise en charge des victimes. En 2004, la CNCDH a conduit des travaux plus approfondis sur les mutilations sexuelles féminines en France et dans les pays d'origine des populations immigrées. Elle a formulé un certain nombre de recommandations pour améliorer la protection et la prise en charge des fillettes et des femmes :

- former les professionnels des secteurs médicaux, judiciaires, sociaux, de l'éducation nationale, dans le cadre de la formation initiale et continue. Cette formation devra se faire par la création et l'intégration systématique d'un module sur les mutilations sexuelles féminines dans les programmes de formation. Les professionnels devront être formés sur le contexte géographique, social, familial des femmes et des familles concernées et l'impact des mutilations sexuelles féminines, non seulement sur la santé, mais aussi sur la sexualité et la vie affective. Un guide de ressources conjoint pour tous les professionnels, sur le modèle de ce qui a déjà été fait pour les médecins, devra être diffusé de manière systématique et réactualisé pour compléter la formation continue.

- mieux informer en milieu scolaire en intégrant une sensibilisation aux mutilations sexuelles féminines dans les séances d'éducation à la sexualité et dans les actions de prévention des violences sexuelles.

- lancer une nouvelle campagne nationale d'information et de prévention des mutilations sexuelles féminines.

- améliorer le recueil de données statistiques relatives aux mutilations sexuelles féminines pour pouvoir évaluer l'impact des campagnes de prévention et la formation des professionnels.

- mener à son terme l'instauration d'une coopération internationale dans la lutte contre les mutilations sexuelles féminines.

- agir sur le plan international afin de favoriser l'élimination des mutilations sexuelles féminines dans les pays d'origine des femmes immigrées.

Près de dix ans après la publication de son dernier avis, la CNCDH a pu constater que des progrès avaient été réalisés en France dans la lutte contre les mutilations sexuelles féminines. Pour autant, de nombreuses jeunes filles, dont la grande majorité réside habituellement sur le territoire national, sont toujours en situation de danger(18).

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, a également prévu l'élaboration d'un plan visant à limiter l'impact de la violence sur la santé pour notamment faire disparaître les mutilations sexuelles féminines à l'horizon 2010. A cet effet, il a été identifié en France, 9 régions plus particulièrement concernées: Ile-de-France, Haute-Normandie, Rhône-Alpes, Picardie, PACA, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire, Champagne-Ardenne, Poitou-Charentes. Les retours des médecins de PMI et des gynécologues hospitaliers permettent d'avoir une idée sur l'efficacité des actions menées. Celles-ci sont menées de manière privilégiée sur les villes comprenant une population immigrée africaine forte : certains quartiers du Havre, Canteleu, les Hauts de Rouen, Vernon, Cléon.... Elles s'inscrivent dans le schéma régional d'organisation sanitaire et le schéma régional de prévention, et ce dans le cadre du Programme Régional de Santé. Les objectifs dans ce domaine sont de :

- continuer la prise en charge des femmes ayant subi une mutilation
- poursuivre les actions de sensibilisation de la population concernée, avec l'aide de l'association FIA et des PMI.
- intégrer systématiquement le thème des mutilations sexuelles dans les heures d'éducation sexuelle dispensées par l'Éducation Nationale pour les élèves du secondaire
- poursuivre la sensibilisation des professionnels de santé, avec l'aide du Pôle Libéral de Santé Publique(18).

Les résultats de l'enquête « Excision et handicap (ExH) » publiés en 2009 par l'INED ont permis d'établir une cartographie plus précise des mutilations sexuelles féminines et de leur prévalence sur le territoire national(6)(16). Ces données permettent aussi de mesurer les progrès réalisés en matière de prévention et de prise en charge des victimes. Seules des données objectives pourraient permettre d'évaluer la pertinence des politiques mises en œuvre. La CNCDH déplore que les seules données disponibles pour la France remontent aux années 2004-2007 et qu'il ne soit pas prévu de mettre à jour ces données de manière régulière. La CNCDH demande donc aux pouvoirs publics d'améliorer la collecte de données primaires sur les mutilations sexuelles féminines, mais aussi de conduire des études quantitatives et qualitatives pour mieux estimer les risques de mutilations sexuelles féminines au sein des deuxième et troisième générations de femmes issues de l'immigration(18).

En conclusion, depuis trente ans en France, de nombreux efforts ont été réalisés pour lutter contre les mutilations sexuelles féminines. Ces efforts ont contribué à faire reculer les chiffres de la prévalence des mutilations sexuelles féminines dans le pays, et leur pratique sur le territoire national a quasiment disparu(5). Pour autant, de nombreuses fillettes et jeunes filles sont toujours menacées et risquent de subir des mutilations, notamment lors d'un voyage à l'étranger. La CNCDH a également pu noter un certain essoufflement dans la mobilisation des pouvoirs publics contre les mutilations sexuelles féminines. Il est donc essentiel de rappeler que beaucoup reste encore à faire pour les prévenir, le but de l'OMS étant à terme de faire disparaître cette forme de violence(19).

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Objectifs de la recherche

La Haute-Normandie est la deuxième région française la plus concernée par le phénomène des MSF après l'Ile-de-France. De ce fait, les professionnels médicaux, dont font partie les sages-femmes, ont pour mission de prendre en charge les femmes concernées mais aussi de prévenir la perpétuation de cette pratique. Depuis 2006, il est obligatoire d'être sensibilisé au sujet des MSF lors des études de sages-femmes. D'autre part, en 2007, un colloque s'était tenu au CHU de Rouen à ce propos. Enfin, en 2009, un mémoire d'étudiant sage-femme rouennais intitulé « Les mutilations sexuelles féminines : qu'en savent les sages-femmes ? » s'était notamment intéressé aux besoins des sages-femmes en rapport avec cette pratique.

Aujourd'hui, la question que nous nous sommes posé est la suivante :

Comment les sages-femmes ont-elles investi leur mission de prévention et d'éducation dans le champ de la prévention des MSF ?

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les compétences de l'ensemble des sages-femmes exerçant en Haute-Normandie quant à la prise en charge globale des femmes victimes de mutilations sexuelles.

Les objectifs secondaires sont de :

- déterminer les compétences nécessaires afin de prendre en charge et prévenir la perpétuation des MSF selon la zone géographique d'exercice.

- évaluer les besoins des sages-femmes exerçant en Haute-Normandie concernant les MSF

- faciliter l'accès au réseau de prévention

Les hypothèses envisagées pour répondre à cette problématique sont :

- hypothèse 1 : La prise en charge des femmes atteintes de MSF questionne les sages-femmes exerçant en Haute-Normandie.
- hypothèse 2 : Les réseaux sont des supports d'aide pour les sages-femmes dans leur prise en charge de femmes mutilées ou à risque de l'être.

Population interrogée

L'étude est une enquête prospective multicentrique menée auprès de l'ensemble des sages-femmes exerçant en Haute-Normandie.

Les maternités concernées sont :

- Le Centre Hospitalier et Universitaire de Rouen
- Le Centre Hospitalier du Belvédère à Mont-Saint-Aignan
- La Clinique Mathilde à Rouen
- Le Groupe Hospitalier Jacques Monod à Montivilliers
- Le Centre Hospitalier Intercommunal d'Elbeuf, Louviers et Val de Reuil
- Le Centre Hospitalier de Dieppe
- Le Centre Hospitalier de Lillebonne
- Le Centre Hospitalier de Fécamp
- Le Centre Hospitalier de Bernay
- Le Centre Hospitalier Intercommunal d'Evreux
- Le Centre Hospitalier de Gisors
- Le Centre Hospitalier de Vernon

N'ayant pas eu de réponse de la clinique des Aubépines à Saint-Aubin-sur-Scie, celle-ci n'a pas été incluse dans l'enquête.

L'ensemble des sages-femmes libérales et de PMI sont incluses dans l'enquête.

Méthodologie

La distribution des questionnaires dans les maternités a commencé par un contact avec les cadres supérieures de service par mail ou par téléphone. Une fois l'ensemble des accords donnés, les questionnaires ont été distribués dans les différents services soit de manière personnelle, soit après avoir été envoyés par voie postale.

Concernant la distribution auprès des sages-femmes territoriales, un contact a été établi dans un premier temps avec la sage-femme coordinatrice de PMI au sein du Conseil Général de Seine-Maritime. Une fois son autorisation donnée, un mail a été envoyé à l'ensemble des sages-femmes afin de connaitre leur préférence au sujet du mode d'envoi. Les questionnaires ont enfin été envoyés sous forme papier ou sous forme de google doc via un mail. Pour les sages-femmes territoriales de l'Eure, après contact avec l'une d'entre elles, l'ensemble des adresses mail a été récupéré et le questionnaire a été envoyé via google doc.

Les sages-femmes libérales ont été contactées par mail, afin de connaitre leur préférence quant au mode d'envoi. De la même manière, les questionnaires ont été envoyés par voie postale ou par mail sous forme de google doc.

La récupération des questionnaires remplis a été progressive. Pour les maternités citées ci-dessus, un accord avait été fixé par téléphone avec les sages-femmes cadres de service. Celles-ci ont envoyé les questionnaires remplis par voie postale pour les maternités les plus éloignées. Pour les autres maternités, les questionnaires ont été récupérés au fur et à mesure. Pour les sages-femmes de PMI et les sages-femmes libérales, les réponses ont été obtenues directement par mail via le google doc qui avait été envoyé. La date du dernier questionnaire rempli et récupéré était le 15 Mars 2015.

550 questionnaires ont été distribués ou envoyés entre le 15 Novembre et le 15 Décembre 2014. En effet, on compte actuellement 550 sages-femmes en Haute-Normandie : 450 en Seine-Maritime (390 hospitalières, 35 libérales et 25 territoriales) et 100 dans l'Eure (81 hospitalières, 16 libérales et 3 territoriales).

Il est à noter que pour plusieurs sages-femmes ayant répondu par google doc, la remarque suivante est apparue : il n'y avait pas d'item « ne sait pas » pour les

questions qui traitaient de l'aspect théorique des MSF. De ce fait, certaines n'ont pas pu répondre au questionnaire via le google doc puisqu'il s'agissait d'une question obligatoire.

Au total 201 questionnaires ont été récupérés, le dernier ayant été reçu le 15 Mars 2015. 6 de ces questionnaires ont été exclus de l'enquête pour un taux de réponses insuffisant (moins d'un tiers). Ainsi, 195 questionnaires ont pu être analysés soit 35,4% de réponses. Dans une enquête prospective multicentrique –comme c'est le cas ici- on espère généralement 20 à 30% de réponses. Nous avons donc obtenu plus de réponses que ce que nous espérions.

Questionnaire (Annexe VI)

Le questionnaire comprend 31 questions et est divisé en trois parties.

La première partie intitulée « Quelle sage-femme êtes-vous ? » comprend 16 questions. Les 9 premières questions sont communes et s'intéressent aux renseignements généraux (sexe, année de diplôme), au type d'exercice ainsi qu'à la sensibilisation aux MSF pour les sages-femmes interrogées. Par ailleurs, la 7ème question demande aux sages-femmes de s'auto-évaluer quant à leurs compétences en termes de prise en charge des femmes victimes de MSF. La 9ème question permet ensuite de scinder cette première partie en deux catégories selon la confrontation ou non des sages-femmes à une femme victime de MSF. Les sages-femmes ayant répondu « oui » à cette question doivent remplir les questions 10 à 13 qui s'intéressent à leur prise en charge et à leur exercice dans ce domaine. Les sages-femmes ayant répondu « non » doivent répondre aux questions 14 à 16 qui permettent de connaître leur ressenti quant à une éventuelle prise en charge.

La deuxième partie intitulée « Quelles connaissances théoriques avez-vous au sujet des MSF ? » comprend 8 questions. Il s'agit dans cette partie d'évaluer les connaissances des sages-femmes en termes de MSF à plusieurs niveaux : anatomique, anthropologique, répartition géographique mondiale et française, législatif, obstétrical et médical (conséquences).

La troisième et dernière partie intitulée « Avez-vous connaissance du réseau visant à lutter contre les MSF ? » comprend 7 questions numérotées de 25 à 31. Horsmis la question 27 qui est un QCM, il s'agit uniquement de questions ouvertes visant à évaluer les connaissances des sages-femmes quant au réseau de périnatalité mis en place dans leur région afin de lutter contre les MSF. Enfin, la dernière question s'intéresse aux interrogations qu'a pu susciter ce questionnaire chez les sages-femmes.

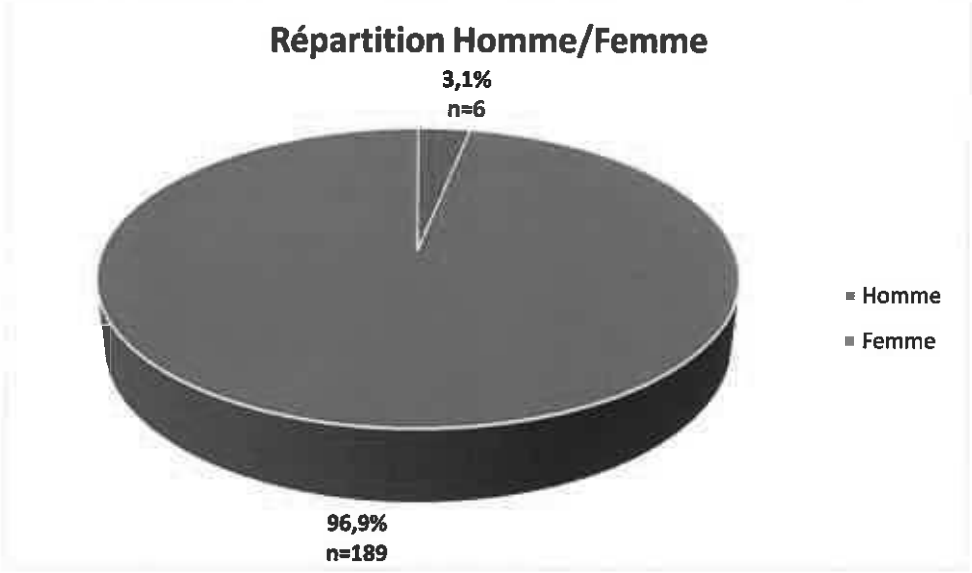
Statistiques

Les statistiques ont été réalisées par l'intermédiaire de deux logiciels : Excel et Stata 7.0. Nous avons utilisés deux sortes de test : celui du Chi 2 pour la comparaison des données quantitatives, et le test de Student pour la comparaison des données qualitatives. Nous noterons que les résultats sont significatifs lorsque « p » est strictement inférieur à 0,05.

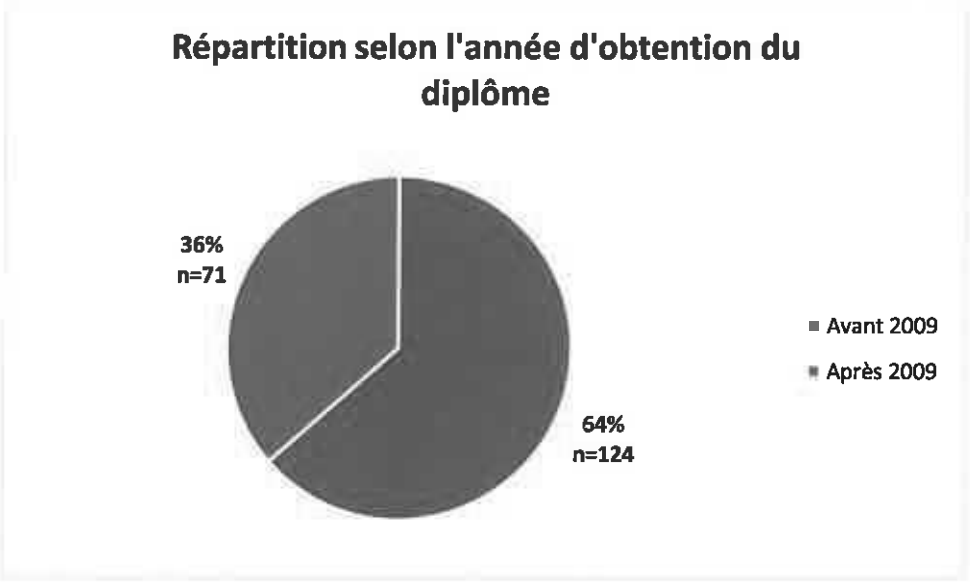
RÉSULTATS

1ère partie : Quelle sage-femme êtes-vous ?

1. Êtes-vous ?



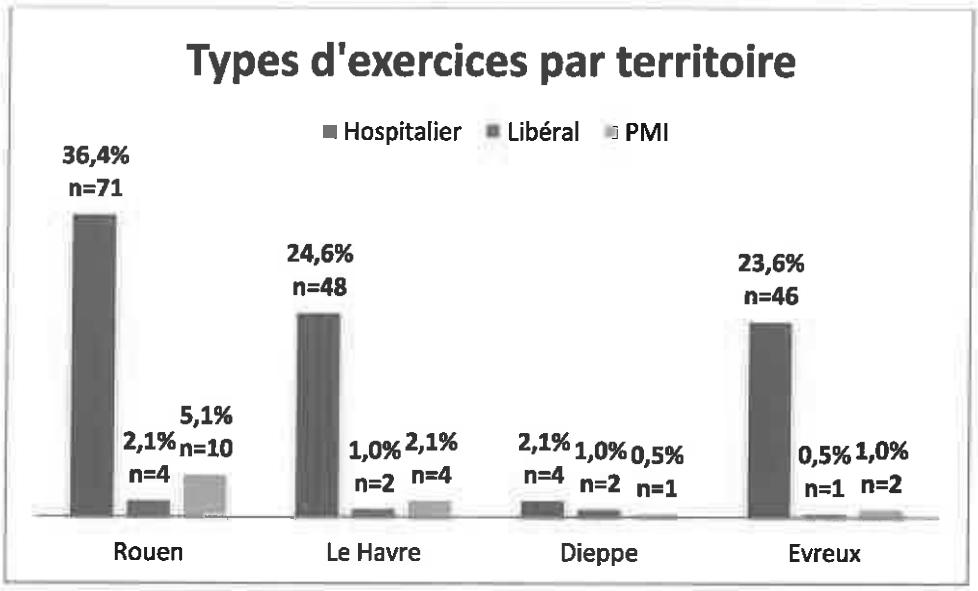
2. En quelle année avez-vous été diplômé(e) ?



La limite de 2009 a été choisie comme date charnière. Les sages-femmes diplômées jusqu'en 2009 n'ont pas reçu de cours théoriques spécifiques au sujet des MSF à l'école de Rouen.

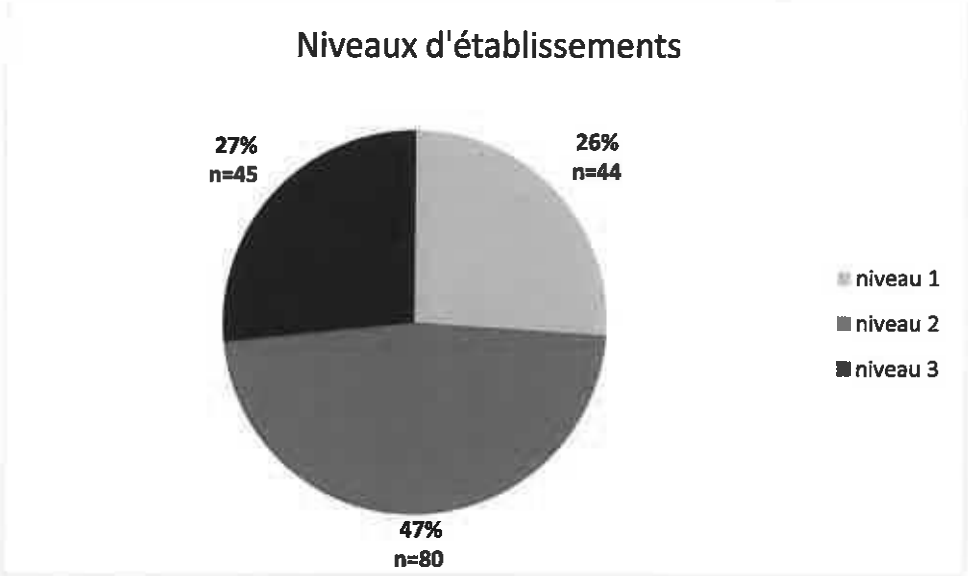
Les diplômes ont été obtenus entre 1973 (n=1) et 2014 (n=17).

3. Où exercez-vous ? Merci de préciser la ville, l'établissement, le type d'exercice.



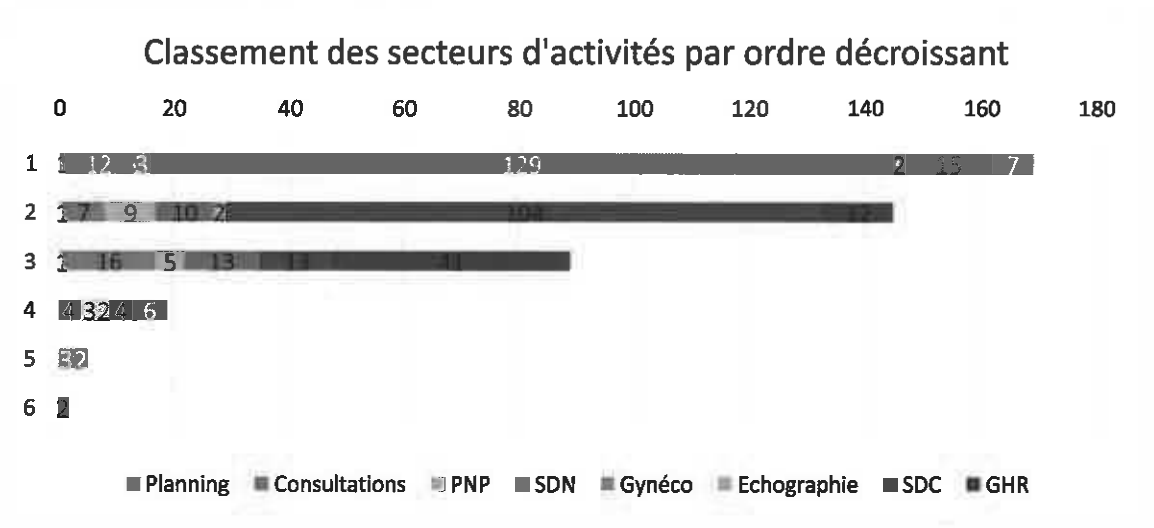
La répartition sur le territoire s'est faite à l'aide de la carte des territoires de santé publiée par l'ARS de Haute-Normandie en 2010. (Annexe VII)

Sur l'ensemble des sages-femmes ayant répondu à cette enquête, 86,7% (n=169) exercent en milieu hospitalier, contre 4,6% (n=9) en libéral et 8,7% (n=17) en PMI.



Il était demandé aux sages-femmes exerçant en milieu hospitalier (n=169), le niveau de la maternité d'exercice.

4. Depuis 2009 ou depuis votre diplôme (si obtenu après 2009), dans quel secteur d'activité exercez-vous principalement ? Si vous exercez dans différents services, vous pouvez classer les propositions par ordre décroissant en fonction du temps passé.

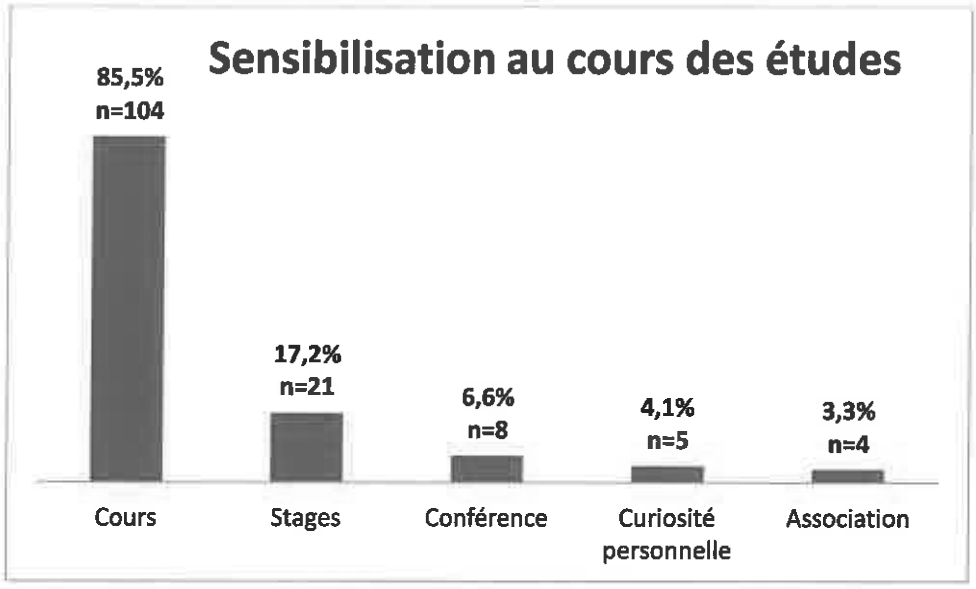


Les chiffres en ordonnée, de 1 à 6, correspondent au classement des services dans lesquels exercent les sages-femmes par ordre décroissant. Il est à noter que la plupart n'ont classé que deux ou trois services différents.

Pour les sages-femmes hospitalières, le secteur d'activité dans lequel elles exercent le plus est la salle de naissance avec 76,3% (n=129). Ensuite, le secteur le plus représenté est les suites de couche avec 61,5% (n=104) puis les unités de grossesses à hauts risques avec 24,3% (n=41).

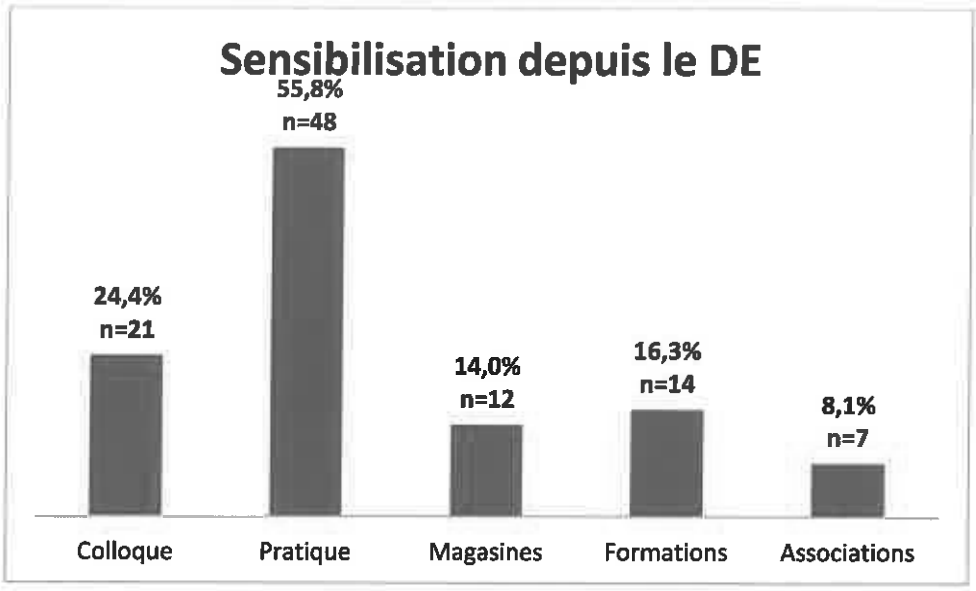
Concernant les sages-femmes libérales et territoriales, toutes n'ont pas précisé leur secteur d'activité. Nous noterons cependant que les sages-femmes de PMI l'ayant précisé exercent principalement en planification, préparation à la naissance et à la parentalité, consultations prénatales et suivi gynécologique. L'unique sage-femme libérale ayant donné des précisions à la réponse de cette question exerce principalement en consultations pré-natales, suivi gynécologique, suivi post-natal, préparation à la naissance et à la parentalité. A titre informatif, nous avons cité les différents secteurs d'exercice selon l'ordre dans lequel les sages-femmes les ont répertoriés.

5. Lors de vos études, avez-vous été sensibilisé(e) au problème que représentent les MSF ? Si oui, comment ?



37,4% (n=73) des sages-femmes n'ont pas été sensibilisées au problème que représentent les MSF au cours de leurs études. 62,6% (n=122) l'ont donc été. Le tableau ci-dessus représente le moyen par lequel ces 122 sages-femmes ont été sensibilisées. Plusieurs réponses étaient possibles pour cette question.

6. Depuis que vous exercez, avez-vous été sensibilisé(e) au problème que représentent les MSF ? Si oui, comment ?



55,9% (n=109) des sages-femmes n'ont pas été sensibilisées au problème que représentent les MSF depuis l'obtention de leur DE. 44,1% (n=86) l'ont donc été. Le tableau ci-dessus représente le moyen par lequel ces 86 sages-femmes ont été sensibilisées. Plusieurs réponses étaient possibles pour cette question.

14,4% (n=28) des sages-femmes n'ont jamais eu de sensibilisation ni pendant leurs études, ni une fois leur diplôme obtenu.

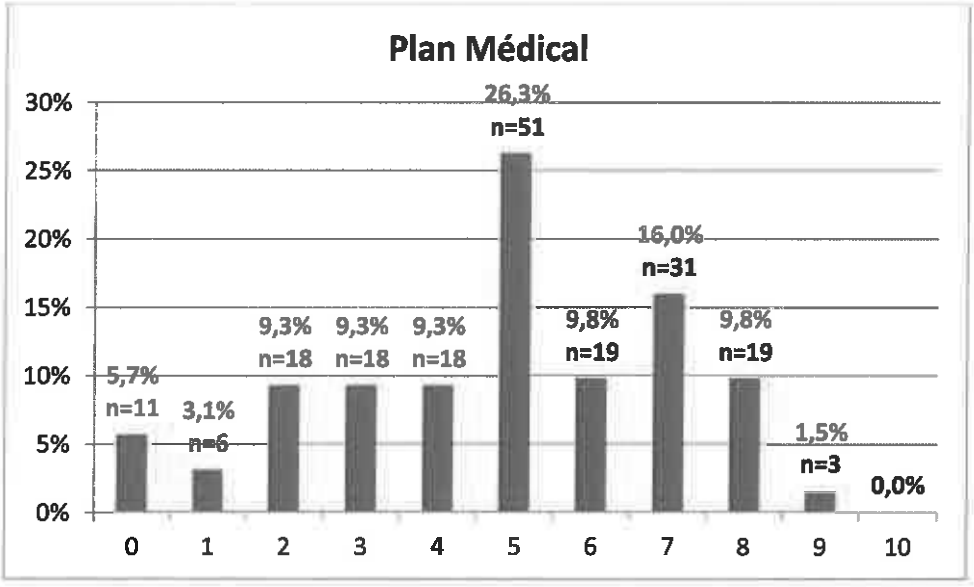
7. Comment évalueriez-vous vos compétences en termes de PEC des femmes victimes de MSF ?

Une personne n'a pas répondu à cette question. De ce fait N=194.

Il fallait répondre à cette question sur différents plans :

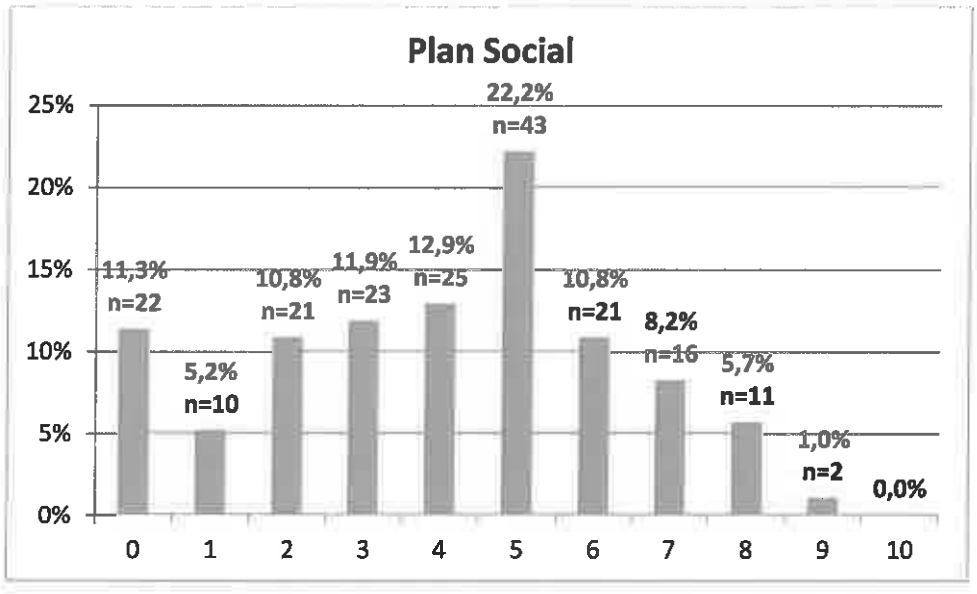
- Médical
- Social
- Juridique
- Psychologique

Plan Médical



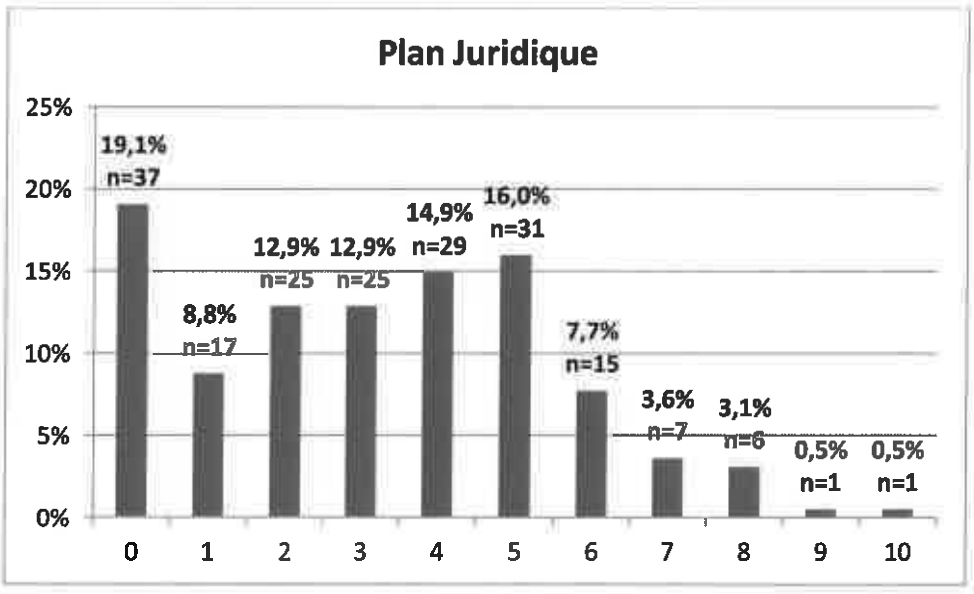
Sur le plan médical, la médiane est à 5. La note la moins bonne, 0, représente 5,7% (n=11) des réponses tandis que la meilleure, 9, représente 1,5% (n=3) des réponses. 62,9% (n=122) des sages-femmes se sont attribué une note inférieure ou égale à 5.

Plan Social



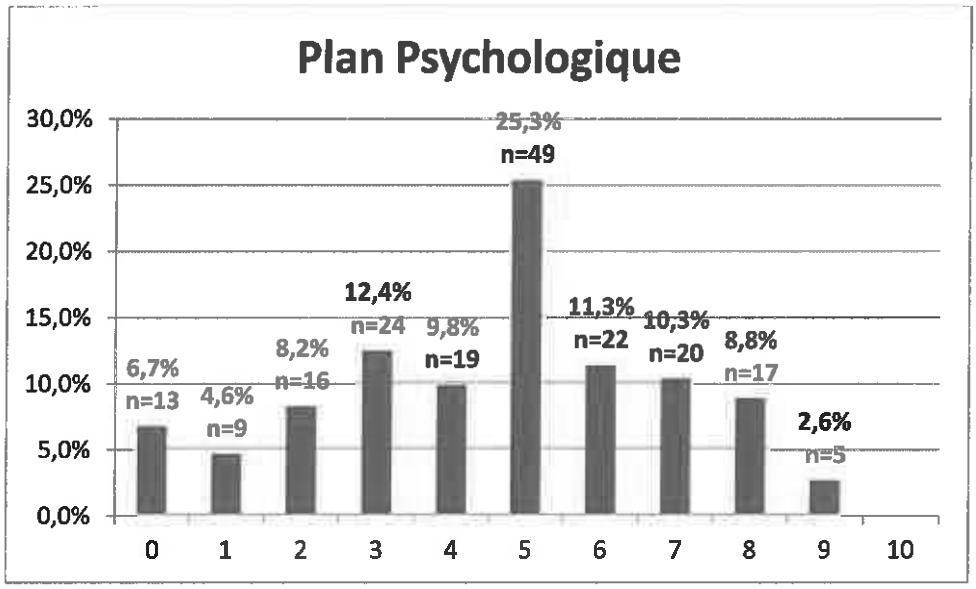
Sur le plan social, la médiane est à 4. La note la moins bonne, 0, représente 11,4% (n=22) des réponses tandis que la meilleure, 9, représente 1,0% (n=2) des réponses. 74,2% (n=144) des sages-femmes se sont attribué une note inférieure ou égale à 5.

Plan Juridique



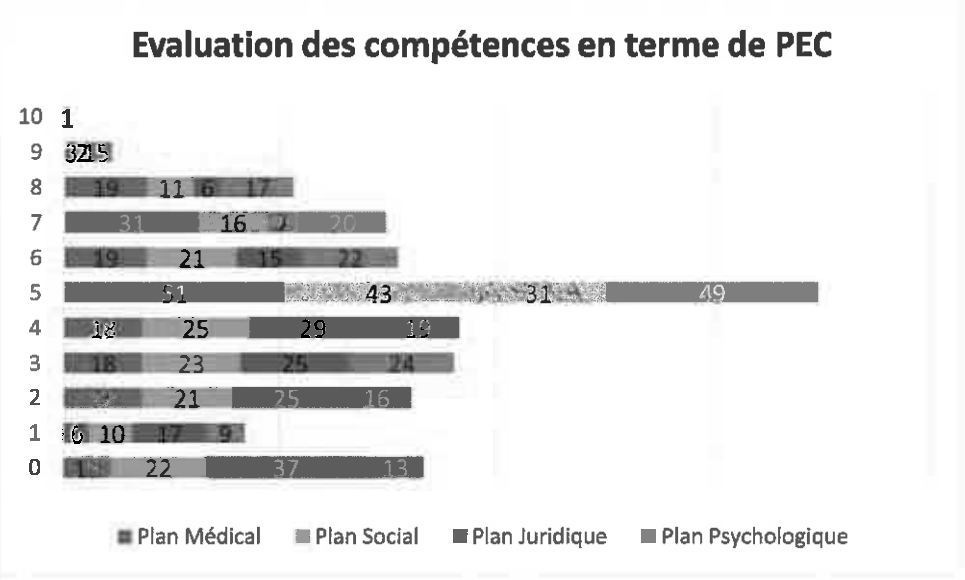
Sur le plan juridique, la médiane est à 3. La note la moins bonne, 0, représente 19,1% (n=37) des réponses tandis que la meilleure, 10, représente 0,5% (n=1) des réponses. 84,5% (n=164) des sages-femmes se sont attribué une note inférieure ou égale à 5.

Plan Psychologique

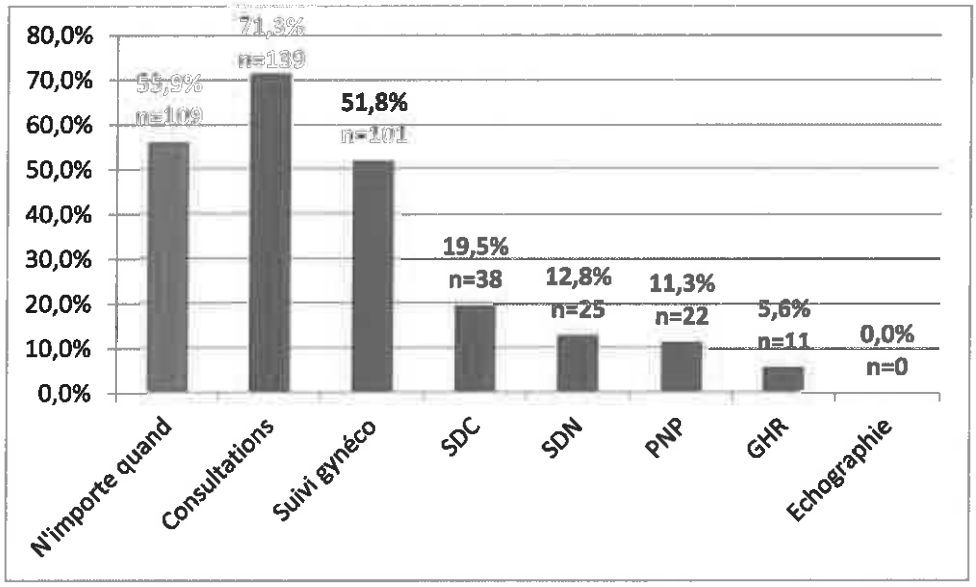


Sur le plan psychologique, la médiane est à 5. La note la moins bonne, 0, représente 6,7% (n=13) des réponses tandis que la meilleure, 9, représente 2,6% (n=5) des réponses. 63,9% (n=124) des sages-femmes se sont attribué une note inférieure ou égale à 5.

Le graphique ci-dessous permet de comparer les notes d'autoévaluation des sages-femmes selon le domaine concerné. Les chiffres de 0 à 10 en ordonnée correspondent aux notes d'auto-évaluation que se sont données les sages-femmes.



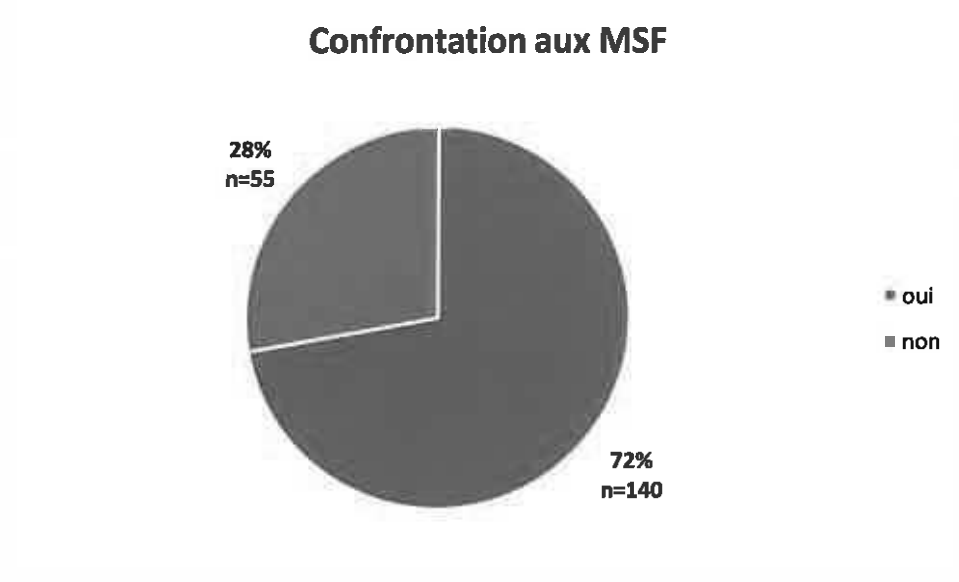
8. Selon vous, à quel moment de la PEC d'une femme est-il le plus judicieux d'aborder le sujet des MSF ?



Il était possible de cocher plusieurs réponses à cette question. Si les sages-femmes ont répondu « n'importe quand, l'essentiel est d'en parler » ainsi que d'autres réponses, celles-ci ont tout de même été comptabilisées dans chaque catégorie.

71,3% (n=139) d'entre elles considèrent que le moment opportun pour aborder le sujet est lors de consultations prénatales.

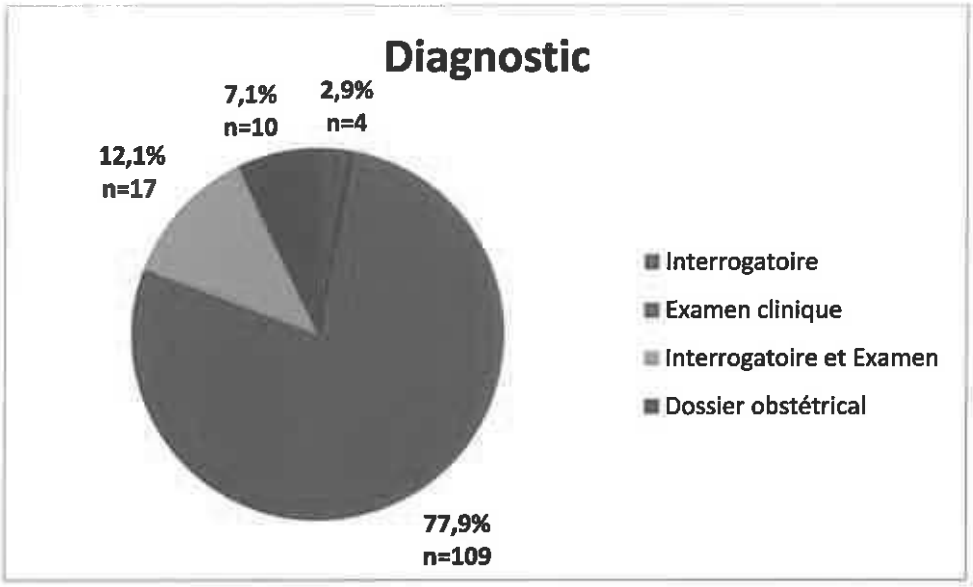
9. Dans votre pratique, avez-vous déjà été confronté(e) à une femme victime de MSF ?



72% (n=140) des sages-femmes interrogées ont déjà été confrontées à une femme victime de MSF au cours de leur pratique professionnelle.

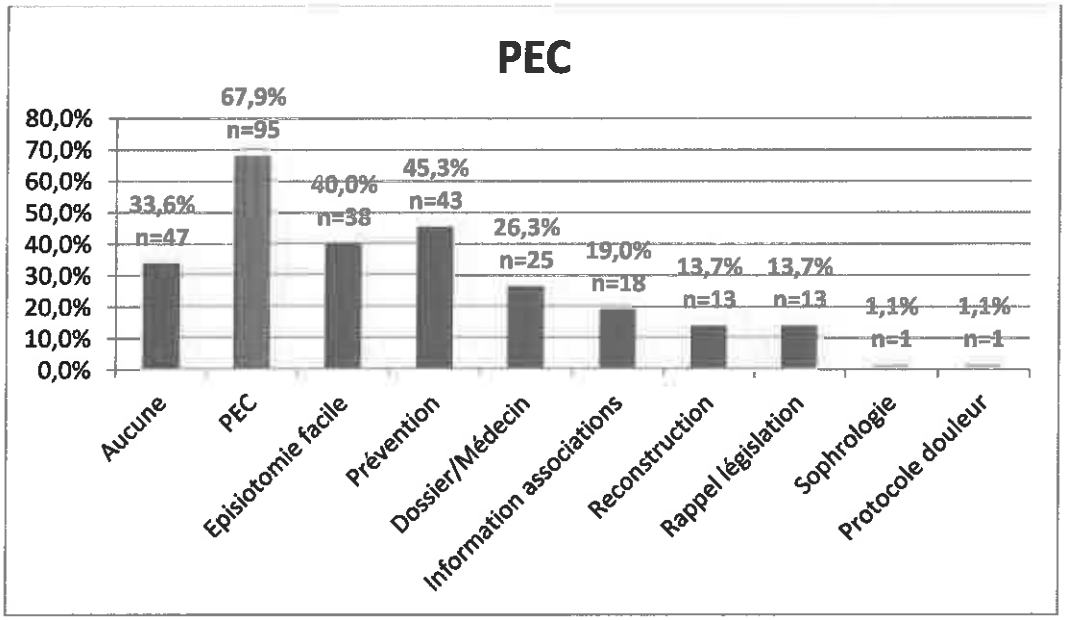
Lorsque la réponse à cette question était « oui », les sages-femmes devaient répondre aux questions 10 à 13. Si la réponse était « non », elles devaient répondre aux questions 14 à 16.

10. Comment en avez-vous fait le diagnostic ?



77,9% (n=109) des sages-femmes ont fait le diagnostic via un examen clinique.

11. Quelle prise en charge avez-vous mis en place ?

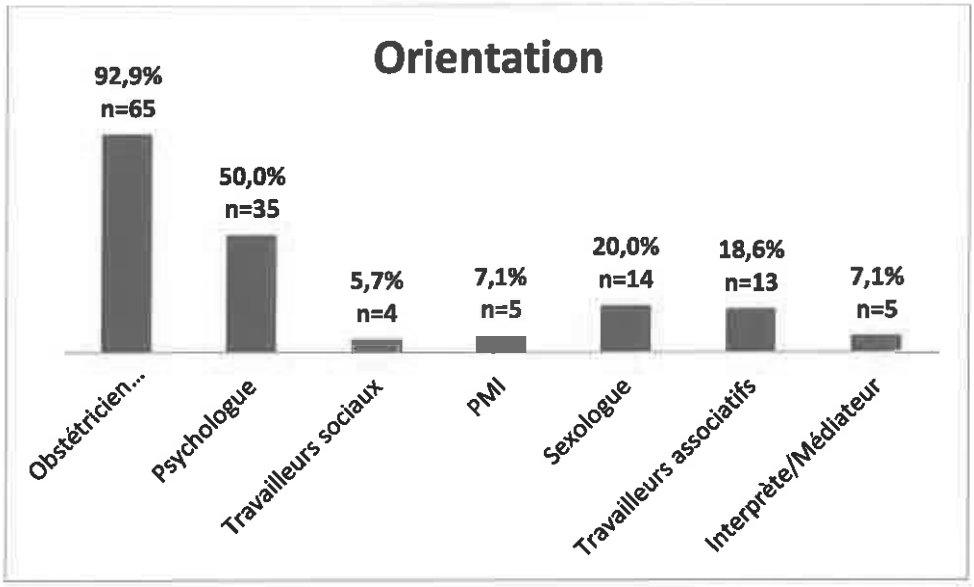


Pour la PEC mise en place, il s'agissait d'une question ouverte.

Il est à noter que 33,6% (n=47) des sages-femmes n'ont mis aucune PEC en place. Pour le reste, les réponses ont été regroupées en différentes catégories :

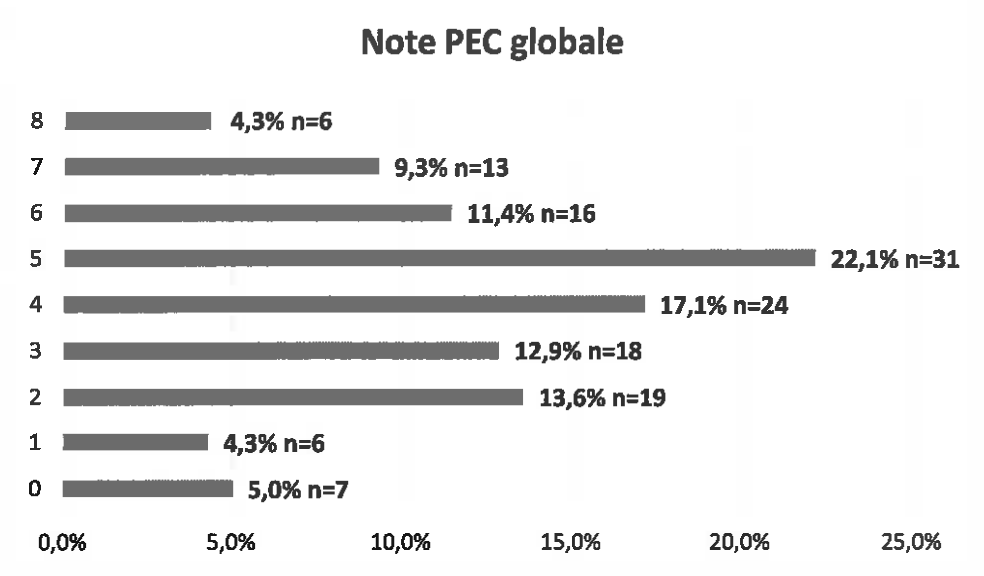
- Épisiotomie facile : cette catégorie comprend les sages-femmes ayant répondu qu'elles font une épisiotomie en systématique. Celles ayant répondu qu'elles ont une vigilance particulière quant à l'aspect et la consistance du périnée ont également été comptabilisées.
- Prévention : cette catégorie comprend les discussions visant à protéger les nouveau-nés de ces femmes en particulier s'il s'agit de filles.
- Dossier/Médecin : cette catégorie comprend les sages-femmes ayant répondu qu'elles notent l'existence d'une mutilation dans le dossier ou bien qui en informent le médecin de garde.
- Informations associations
- Reconstruction
- Rappel législation
- Sophrologie
- Protocole douleur

12. Orientez-vous les patientes concernées vers d'autres professionnels ? Si oui, lesquels ?



50,0% (n=70) des sages-femmes n'orientent pas les patientes concernées par les MSF vers d'autres professionnels. Pour les 50,0% (n=70) de sages-femmes orientant les femmes concernées, le tableau ci-dessus récapitule les professionnels cités. Il s'agissait d'une question ouverte et de ce fait, plusieurs réponses étaient possibles.

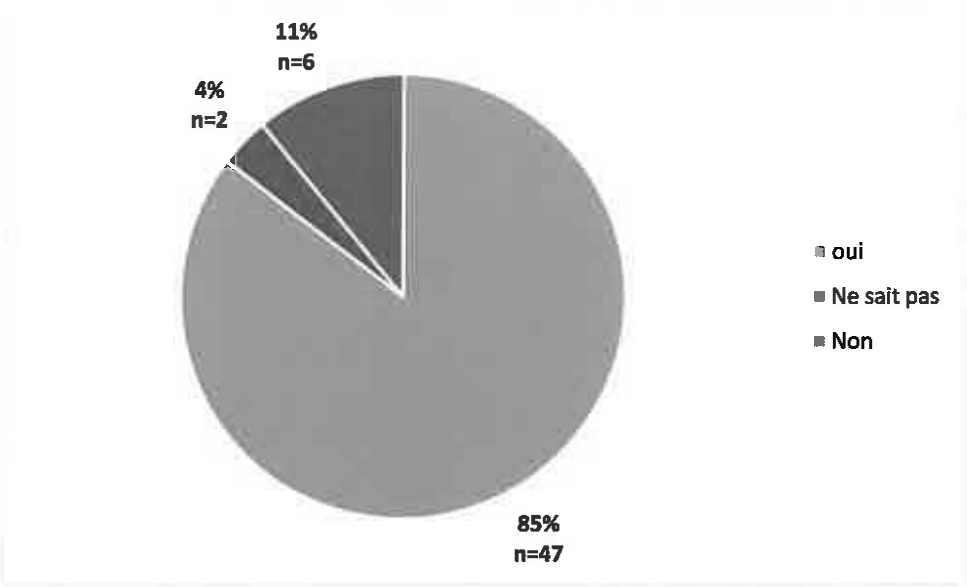
13. Comment qualifieriez-vous votre PEC globale des femmes victimes de MSF



Pour les sages-femmes ayant déjà pris en charge une femme mutilée, 49,9% (n=74) d'entre elles se sont attribué une note inférieure ou égale à 4 quant à la qualité de leur prise en charge.

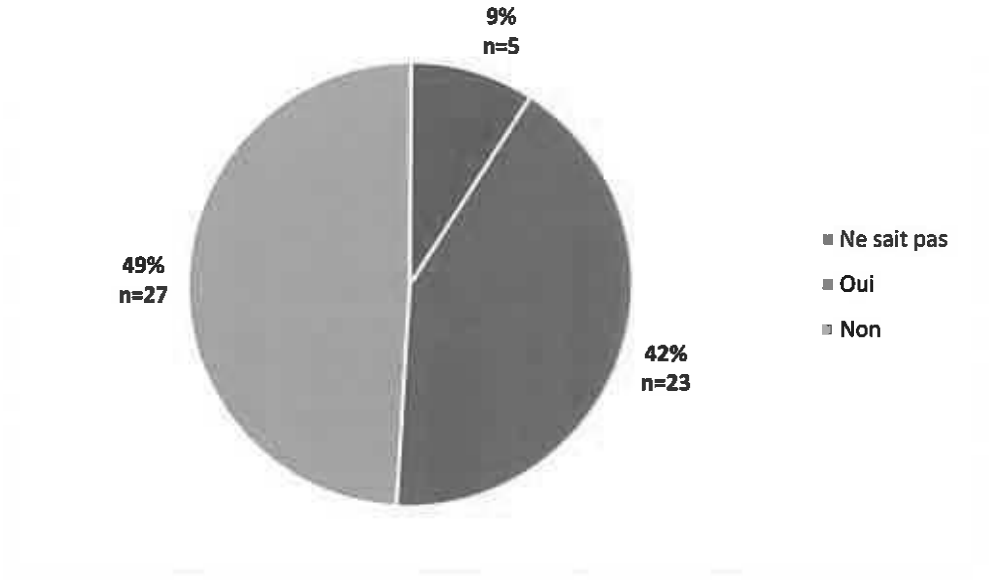
La médiane est à 4 et l'étendue des notes va de 0, pour 5,0% (n=7), à 8 pour 4,3% (n=6).

14. Pensez-vous être capable de diagnostiquer une femme mutilée ?



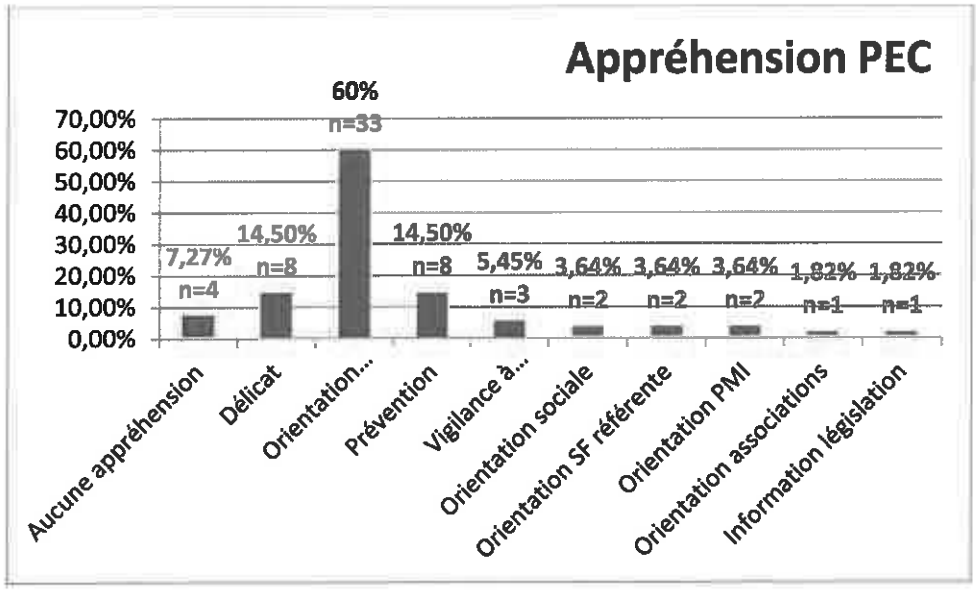
85% (n=47) des sages-femmes n'ayant jamais été confrontées à une femme victime de MSF se sentent capables de diagnostiquer une telle mutilation.

15. Pensez-vous que le diagnostic d'une femme mutilée vous ait déjà échappé ?



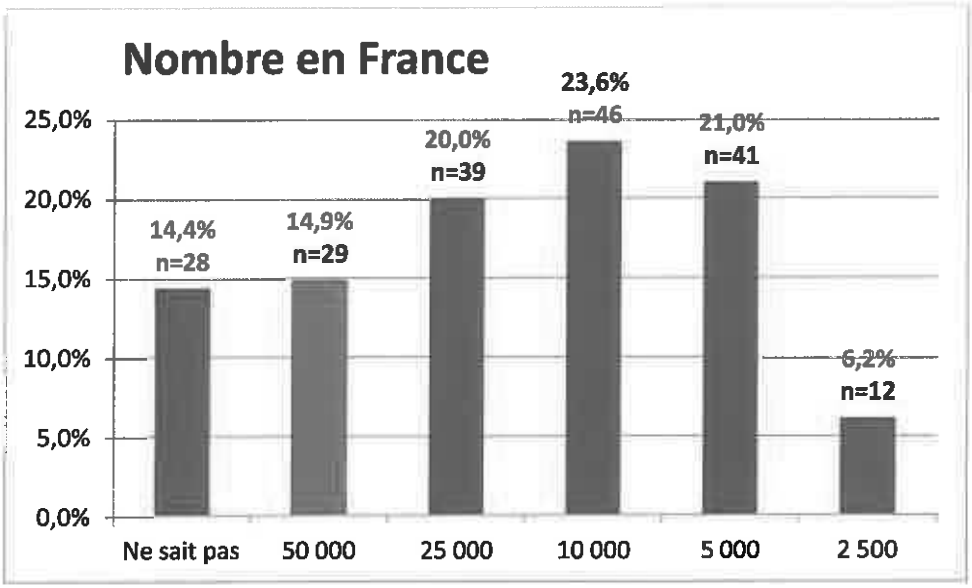
42% (n=23) des sages-femmes n'ayant jamais été confrontées à une femme victime de MGF estiment que le diagnostic d'une telle mutilation a déjà pu leur échapper. D'autre part, 9% (n=5) ne se sont pas prononcées.

16. Comment appréhendez-vous la PEC d'une femme victime de MSF ?



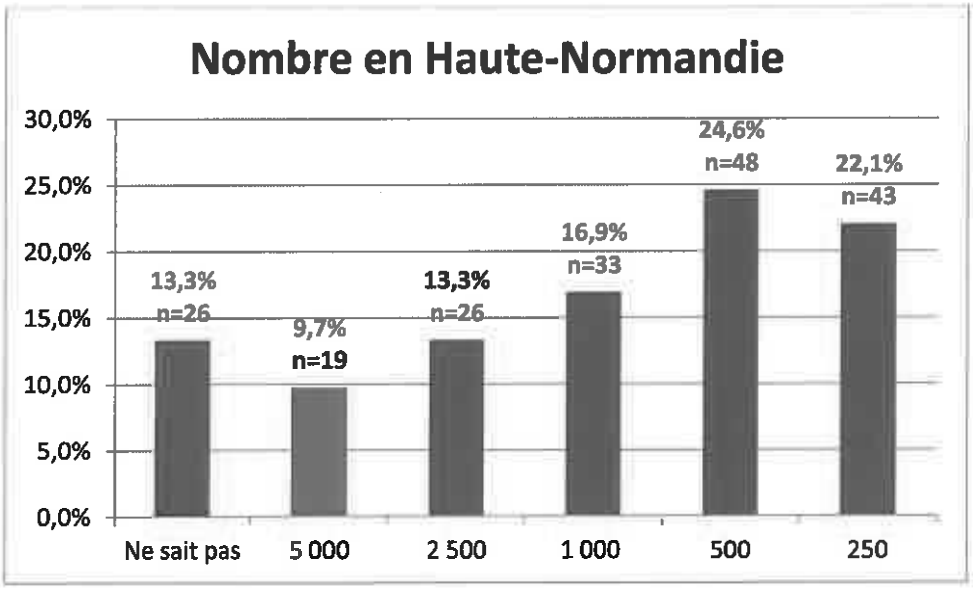
Il s'agissait d'une question ouverte visant à évaluer le ressenti des sages-femmes quant à une éventuelle prise en charge de femme mutilée. D'autre part, il a été évalué par cette question ce que les sages-femmes mettraient en place afin de prendre en charge une femme mutilée si elles y étaient confrontées. 60% (n=33) des interrogés orienteraient ces femmes vers un psychologue.

20. Selon vous, combien y a-t-il de femmes victimes ou à risque de MSF en France ?



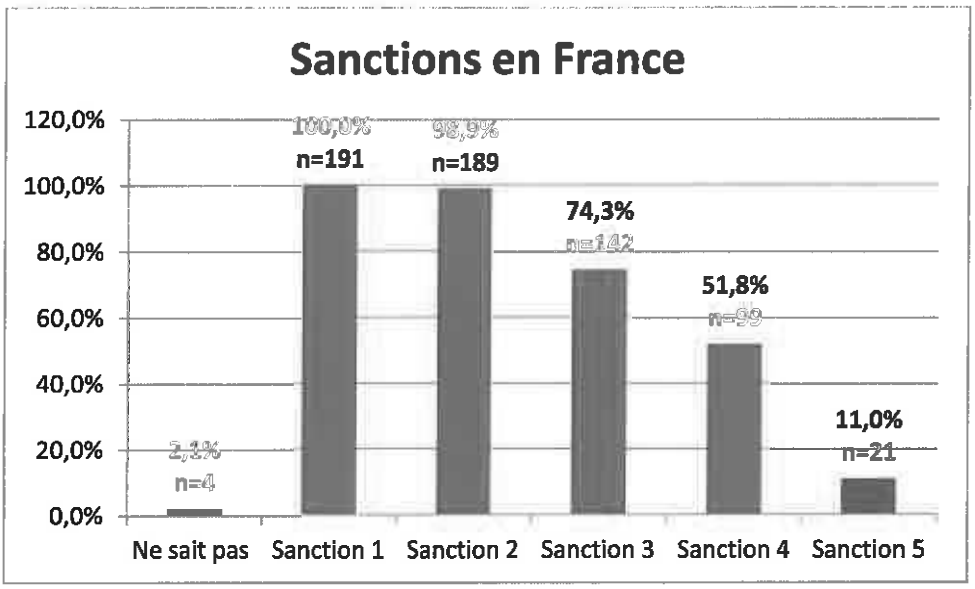
14,9% (n=29) ont répondu correctement à cette question ; la réponse était 50 000. 14,4% (n=28) n'ont pas su répondre à la question. La réponse la plus cochée est « 10 000 » avec 23,6% (n=46).

21. Selon vous, combien y a-t-il de femmes victimes ou à risque de MSF en Haute-Normandie ?



9,7% (n=19) ont répondu correctement à cette question ; la réponse était 5 000. 13,3% (n=26) n'ont pas su répondre à la question. La réponse la plus cochée est « 500 » avec 24,6% (n=48).

22. D'un point de vue légal, la France sanctionne :

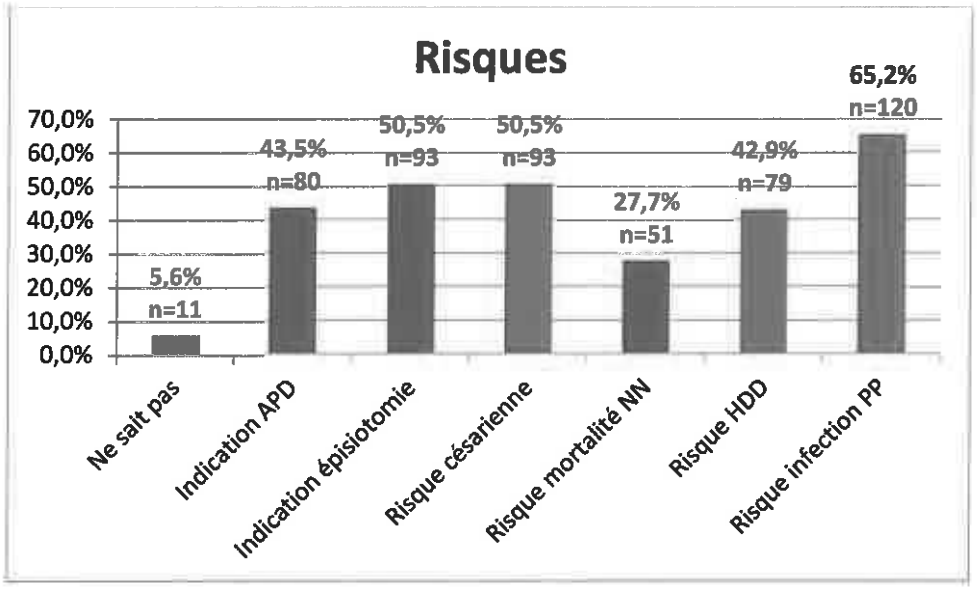


Les items proposés pour cette question étaient les suivants :

- Sanction 1 : La pratique de MSF sur une femme française sur le territoire français.
- Sanction 2 : ... sur une femme étrangère sur le territoire français.
- Sanction 3 : ... sur une femme française à l'étranger.
- Sanction 4 : ... sur une femme étrangère résidant en France à l'étranger.
- Sanction 5 : ... sur une femme étrangère résidant à l'étranger dans un pays étranger.

51,8% (n=99) savent que la France sanctionne la pratique de MSF à l'étranger sur une femme étrangère résidant habituellement en France. 2,1% (n=4) des interrogés n'ont pas répondu à la question. Au total, 44,5% (n=85) ont cité les 4 premières réponses et ont donc répondu correctement.

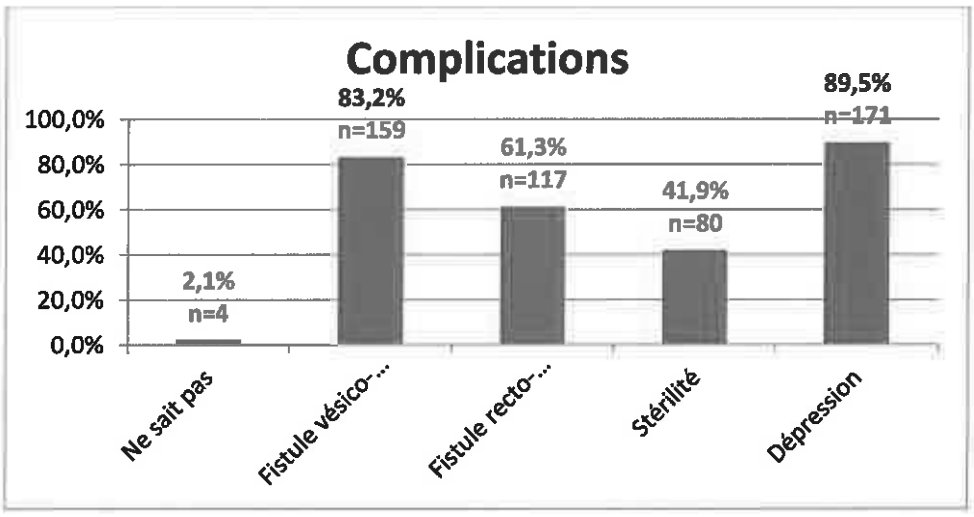
23. Selon vous, l'accouchement d'une femme mutilée comporte :



50,5% (n=93) pensent qu'une MSF représente une indication médicale d'épisiotomie systématique. 42,9% (n=79) pensent qu'une MSF représente un risque majoré d'HDD. 5,6% (n=11) n'ont pas su répondre à la question. Au total, 3,3% (n=6) ont répondu à la fois les items « risque majoré de césarienne », « risque majoré d'HDD » et « risque majoré d'IPP » et ont donc répondu correctement.

Nous noterons cependant que 9 sages-femmes ont écrit en précision que les risques encourus dépendaient du grade de la mutilation.

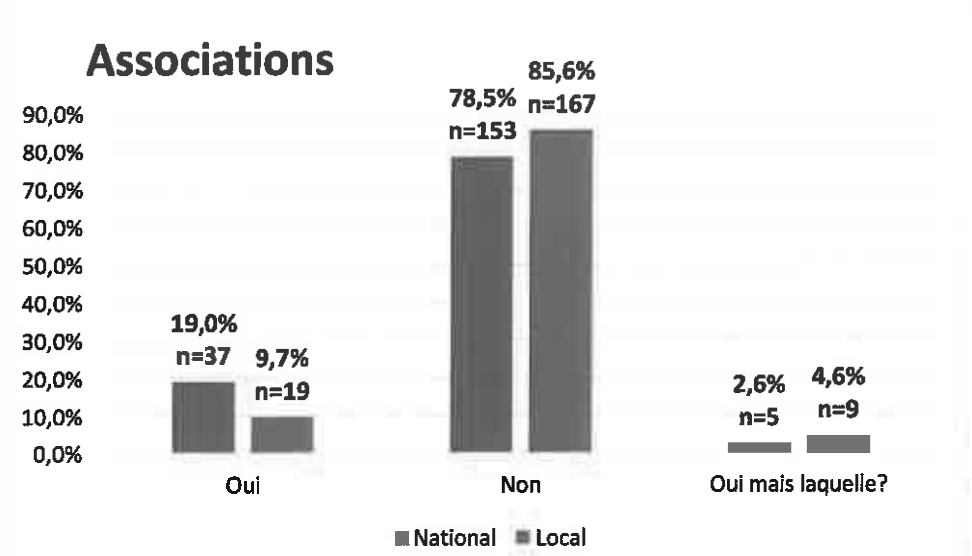
24. Selon vous, quelle est la ou quelles sont les complication(s) à long terme des MSF.



Au total 28,8% (n=55) ont coché les 4 items, ce qui correspondait à la bonne réponse.

3ème partie : Avez-vous connaissance du réseau visant à lutter contre les MSF ?

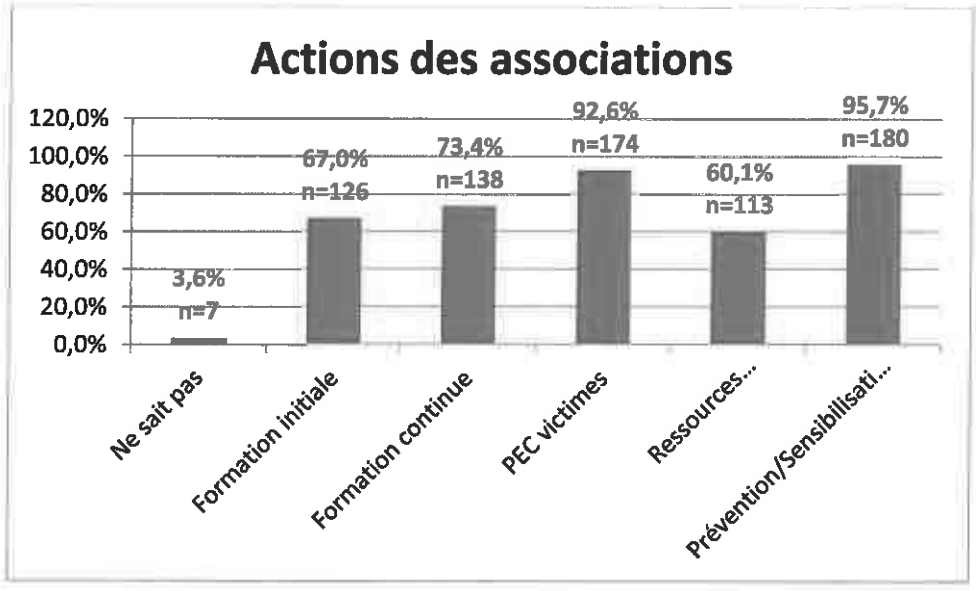
25. Connaissez-vous une association nationale de lutte contre les MSF ? Si oui, laquelle ?
26. Connaissez-vous une association locale de lutte contre les MSF ? Si oui, laquelle ?



78,5% (n=153) ne connaissent pas l'existence d'une association nationale de lutte contre les MSF. 85,6% (n=167) ne connaissent pas l'existence d'une association locale de lutte contre les MSF. Les personnes n'ayant pas répondu à la question ont été comptées parmi les « non ».

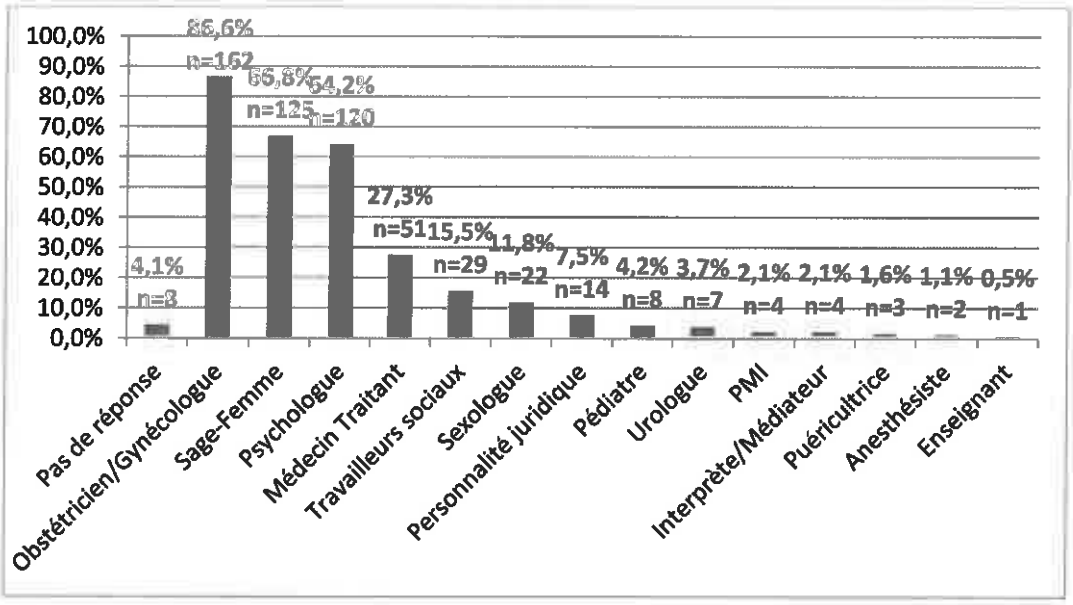
Parmi les personnes connaissant l'existence d'associations nationales (n=42), 88% (n=37) ont su en citer au moins une. Parmi les personnes connaissant l'existence d'associations locales (n=28), 67,9% (n=19) ont su en citer au moins une. Ont été citées comme associations nationales : GAMS (n=22), CAMS (n=3), GSF (n=6), CIDFF (=3), FIA (n=2), Médecins Sans Frontières (n=2), CNCDH (n=1), OMS (n=1), Mama afrika (n=1), Médecins du monde (n=1), Protégeons nos petites filles (n=1), Stop aux Violences Sexuelles (n=1). Ont été citées comme associations locales : GAMS (n=9), CIDFF (n=3), FIA (n=2), GSF (n=1), CAMS (n=1), Œuvre Normande des Mères (n=1), Association Havraise (n=1).

27. Selon vous, que peut proposer une association de ce type ?



3,6% (n=7) n'ont pas su répondre à cette question. L'ensemble des items proposés étaient corrects, 38,3% (n=72) les ont cochés.

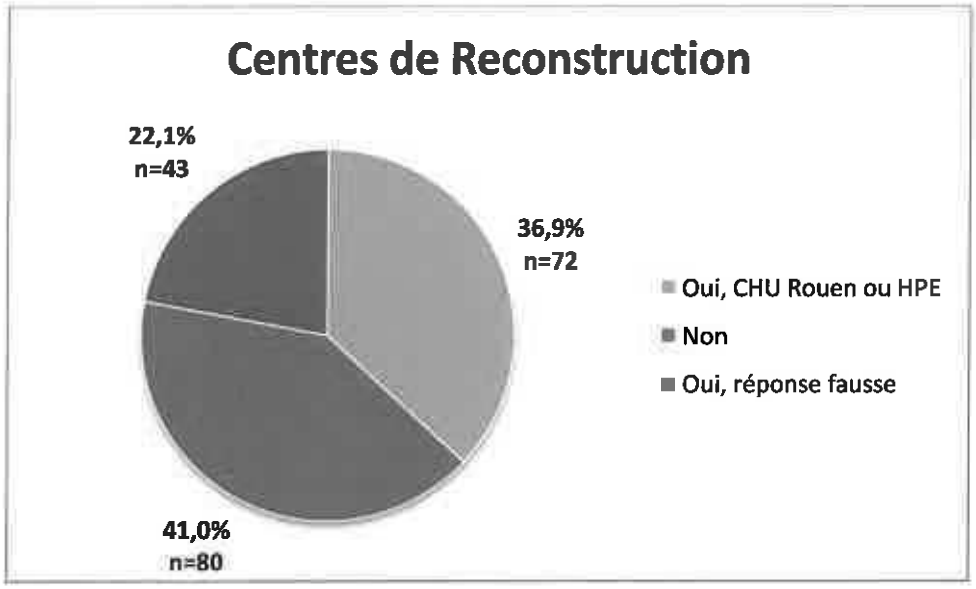
28. Citez trois types de professionnels pouvant être associés à la PEC d'une femme victime de MSF.



4,1% (n=8) n'ont pas répondu à cette question. Les professionnels les plus cités sont :

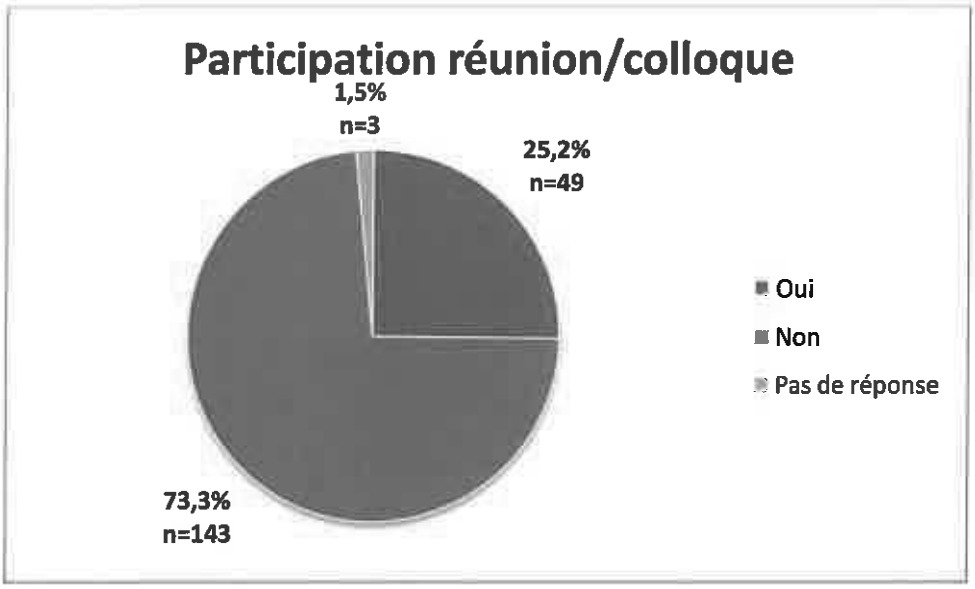
- les obstétriciens gynécologues avec 86,6% (n=162).
- Les sages-femmes avec 66,8% (n=125)
- Les psychologues avec 64,2% (n=120)

29. Savez-vous s'il existe un ou des centre(s) de reconstruction en Haute-Normandie ?



Il existe 2 centres de reconstruction en Haute-Normandie : au CHU de Rouen et à l'HPE du Havre. 36,9% (n=72) ont répondu correctement à la question. Parmi ces réponses, 2,8% (n=2) ont cité l'HPE du Havre. 22,1% (n=43) savent qu'il existe un centre de reconstruction mais n'ont cité ni le CHU ni l'HPE. Les personnes n'ayant pas répondu à cette question ont été comptabilisées parmi les « non ».

30. Avez-vous déjà participé à une réunion ou colloque sur les MSF ? Si oui quand ?

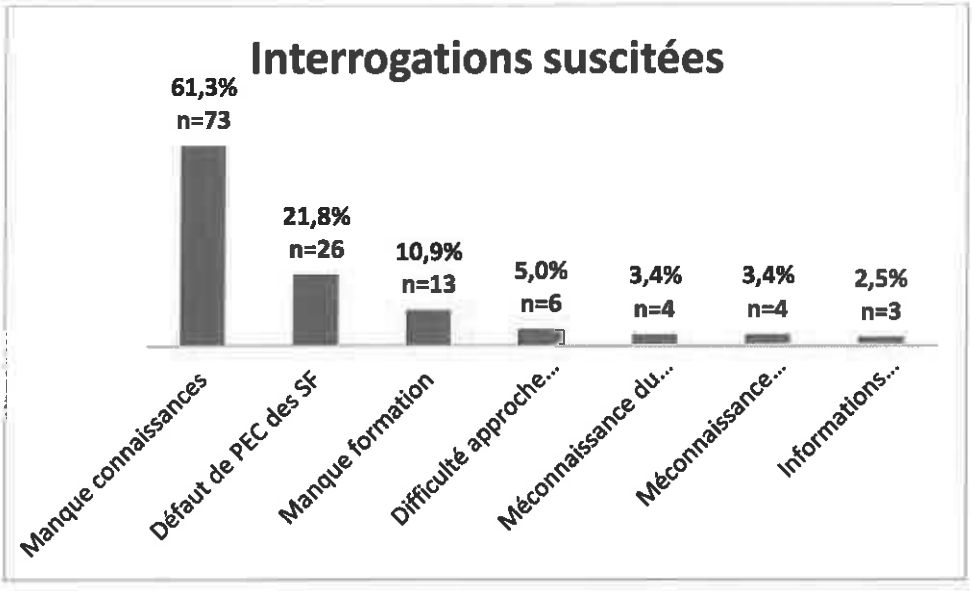


73,3% (n=143) n'ont jamais participé à une réunion ou colloque sur les MSF. 1,5% (n=3) n'ont pas répondu à la question. Parmi les personnes ayant participé à une réunion ou colloque (n=49), 24 ont précisé à quelle occasion. Ont été cités :

- Gypom 2008 (n=3)
- Assises 2013 (n=2)
- Réunion GSF 2010 et/ou 2013 (n=2)
- 2010, sans précision de l'occasion (n=8)
- 2001, sans précision de l'occasion (n=1)
- Congrès Strasbourg 2011 (n=1)
- Journée du conseil de l'ordre, sans précision de l'année (n=4)
- 2007, sans précision de l'occasion (n=1)
- Le Havre 2011, sans précision de l'occasion (n=1)
- Diffusion du film Les Manèges Humains associé à un débat en présence du GAMS à Dieppe en 2014 (n=1).

A titre informatif, nous avions participé à la diffusion du film « Les Manèges Humains » réalisé par Martin Laroche. Nous avions également participé au débat qui suivait la projection du film.

31. Est-ce que ce questionnaire a suscité des interrogations chez vous au sujet des MSF ? Si oui lesquelles ?



Ce questionnaire n'a suscité aucune interrogation chez 39,0% (n=76) des sages-femmes et en a donc suscité chez 61,0% (n=119). Plusieurs réponses étaient possibles et les réponses apportées ont été divisées en différentes catégories :

- Manque de connaissances : 61,3% (n=73) des sages-femmes considèrent ne pas être assez informées au sujet des MSF.
- Défaut de PEC des SF : cette catégorie comprend les sages-femmes qui ne se sentent pas à l'aise pour prendre en charge correctement les femmes victimes de MSF.
- Manque de formation.
- Difficultés lors de l'approche quotidienne : cette catégorie comprend les sages-femmes faisant part de la difficulté à aborder le sujet.
- Méconnaissance du réseau.
- Méconnaissance des statistiques.
- Informations sur la reconstruction.

DISCUSSION

1. Population interrogée

Les mutilations sexuelles féminines sont une pratique ancestrale encore très présente actuellement à l'échelle mondiale puisque 130 millions de femmes ont déjà été victimes de cette pratique. 50 000 femmes sont mutilées ou à risque de l'être en France. En Haute-Normandie, elles sont 5 000 et par ce nombre, il s'agit de la deuxième région la plus concernée par ce phénomène. Malgré un faible taux d'immigration dans cette région (4,3%), c'est la structure de cette population immigrée qui est un facteur de risque à la pratique et à la perpétuation des MSF. En effet, en 2010, 10% de la population immigrée de Haute-Normandie était originaire d'Afrique subsaharienne, principalement du Sénégal (75 000 individus) et du Mali (60 000 individus)(3). Or, la majorité des pays dans lesquels la prévalence des MSF est élevée se trouve en Afrique subsaharienne.

Pour cette étude, nous avons séparé la carte de Haute-Normandie en 4 zones selon les 4 territoires de santé établis par l'ARS en 2010 (Annexe VII) :

- Le territoire de santé comprenant les villes de Rouen, d'Elbeuf et de Louviers
- Le territoire de santé comprenant les villes du Havre et de Lillebonne
- Le territoire de santé comprenant la ville de Dieppe
- Le territoire de santé comprenant les villes d'Evreux, Bernay et de Vernon

Selon le recensement de la population de l'INSEE en 2010, 41% de la population immigrée de Haute-Normandie vivait dans la zone urbaine de Rouen et 17% dans la zone urbaine du Havre(2). Dans cette optique, notre enquête a montré que les sages-femmes, quel que soit leur type d'exercice, étaient significativement plus confrontées à des femmes victimes ou à risque de MSF lorsqu'elles exercent sur le territoire de santé comprenant les villes de Rouen, Elbeuf et Louviers (p=0,025). Nous n'avons pas de résultat significatif concernant un territoire de santé pour lequel les sages-femmes seraient moins confrontées à cette pratique. Cependant, malgré le fait que la confrontation à des femmes mutilées ne soit pas significativement plus importante, les sages-femmes exerçant sur le territoire de santé comprenant les villes du Havre et de Lillebonne s'interrogent moins au sujet des MSF par rapport au reste du territoire

(p=0,003). Nous noterons par ailleurs que 72% des sages-femmes de Haute-Normandie ont déjà été confrontées à une femme victime de MSF. En 2009, l'enquête réalisée pour le mémoire d'étudiant sage-femme sur le sujet recensait que 64% des sages-femmes exerçant en Seine-Maritime y avaient déjà été confrontées.

Parallèlement aux zones d'exercice, nous avions demandé aux sages-femmes interrogées de préciser quel était leur type d'exercice : hospitalier, libéral ou territorial. Comme cité dans les résultats précédemment, 86,7% (n=169) exercent en milieu hospitalier, contre 4,6% (n=9) en libéral et 8,7% (n=17) en PMI.

2. Connaissances & Formation

Pour l'ensemble de ces sages-femmes, les connaissances théoriques sont nécessaires à la bonne prise en charge d'une femme ayant subi ou à risque de subir une MSF. D'un point de vue médical, notre enquête a montré que seules 40,5% (n=79) des sages-femmes connaissent le nombre de grades de MSF, qui est de 4. En comparaison, en 2009, 48% des sages-femmes avaient notion de cette classification. Nous pouvons nous demander si ce chiffre est moins bon du fait qu'un plus grand nombre de sages-femmes aient été intégrées à l'enquête (sages-femmes de Seine-Maritime en 2009 contre celles de Haute-Normandie pour notre enquête). Bien qu'il puisse y avoir des difficultés diagnostiques notamment lorsque les femmes sont mutilées de grade 1, le résultat précédent fait évoquer un manque de connaissance influant sur les compétences des sages-femmes et donc sur leur prise en charge. À ce sujet, 42% (n=23) des sages-femmes n'ayant jamais été confrontées aux MSF pensent qu'un tel diagnostic leur a déjà échappé et 9% (n=5) ne savent pas. Les résultats de l'enquête de 2009 à ce propos sont les suivants : 53,8% pensent que le diagnostic leur a déjà échappé et 29,2% ne savent pas. A posteriori, nous regrettons de ne pas avoir aussi posé cette question aux sages-femmes ayant déjà été confrontées à une femme victime de MSF. Cette question avait en effet été posée en 2009, et le résultat obtenu montrait que 71% des sages-femmes ayant déjà été confrontées aux MSF pensaient tout de même que le diagnostic d'une MSF leur avait déjà échappé. Par ailleurs, 12,3% des sages-femmes ne savaient pas si le diagnostic leur avait déjà échappé.

D'autre part, il est à noter que lorsqu'elles y ont déjà été confrontées, les sages-femmes ont de meilleures connaissances des conséquences que peuvent entraîner les MSF (p=0,025). Bien que peu d'études aient été réalisées sur le sujet, il est clair que les femmes ayant subi une mutilation sexuelle sont à risque de complications obstétricales mais aussi de répercussions néonatales pour leur enfant. Pour exemple, 42,9% (n=79) des sages-femmes interrogées pensent que le risque d'hémorragie de la délivrance est majoré et 65,2% (n=120) pensent qu'il existe un risque d'infection du post-partum. Lors de l'enquête de 2009, les résultats respectifs pour ces deux items étaient de 45,2% et 71,5%. Si ces réponses sont exactes, elles ne sont pas directement liées à la mutilation en elle-même, mais à l'augmentation de la prévalence des déchirures périnéales chez ces femmes. D'autre part, plus de la moitié des sages-femmes (50,5%, n=93) pensent que la présence d'une MSF est une indication médicale d'épisiotomie systématique. Si en pratique les opérateurs réalisent effectivement plus facilement ce geste chirurgical, la seule recommandation d'épisiotomie systématique étiquetée par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français est le périnée court (distance ano-vulvaire strictement inférieure à 3 cm)(8). En 2009, la population de sages-femmes interrogée était plus restreinte et 55% d'entre elles avait répondu qu'une MSF est une indication médicale d'épisiotomie systématique. Si pour notre enquête nous prenons en compte uniquement les sages-femmes exerçant en Seine-Maritime, 44,9% (n=31) pensent qu'une MSF est une indication médicale d'épisiotomie systématique. On observe donc une nette diminution pour ce résultat, qui montre que les sages-femmes ont une meilleure connaissance de ce point de vue. Concernant l'APD, selon les recommandations de l'Académie de Médecine, ses indications obstétricales sont le déclenchement, la présentation du siège, les grossesses gémellaires, les utérus cicatriciels(8). Bien qu'il n'y ait aucune recommandation particulière pour les femmes mutilées, nous devons prendre en compte la dimension émotionnelle et affective de la douleur que peut causer le travail et l'accouchement. Le recours à l'APD pour les femmes mutilées doit donc être facilité. Pour l'enquête de 2009, 40,2% des sages-femmes pensaient qu'une MSF représentait une indication médicale d'APD contre 43,5% aujourd'hui (42% en Seine-Maritime).

D'un point de vue anthropologique, aucune sage-femme n'a coché l'ensemble des pays au sein desquels plus de 80% des femmes sont mutilées. Par exemple, 58,9% ont

coché le Soudan. Or, selon une brochure établie par le GAMS Belgique en 2013, 69,4% des femmes y sont mutilées (Annexe VIII). Nous pouvons penser que les sages-femmes ont coché cette réponse car en 2006, le pourcentage de femmes victimes de MSF au Soudan était effectivement de 90%. Ainsi, la lutte contre la perpétuation des MSF est visible statistiquement pour certains pays et le manque d'information des sages-femmes à ce sujet les prive de mettre leurs connaissances à jour.

Concernant la législation, 44,5% (n=85) des sages-femmes ont répondu correctement à l'ensemble des propositions. La grande majorité est au clair quant au fait que la pratique de mutilations sexuelles soit punie lorsqu'elle est perpétrée sur le territoire français – que la femme soit française (100,0%, n=191) ou étrangère (98,9%, n=189) - et sur une femme française à l'étranger (74,3%, n=142). Concernant le dernier item, en 2009, seules 55,3% des sages-femmes interrogées savaient que la législation française punissait la pratique d'une MSF sur une femme française à l'étranger. On observe donc un net progrès quant à la connaissance de ce point de la législation. Cependant, seul un peu plus de la moitié des sages-femmes (51,8% ; n=99) sait qu'il existe une condamnation lorsqu'une mutilation est commise à l'étranger sur une femme étrangère résidant habituellement en France. Nous noterons que le reste des items n'a pas été comparé entre l'enquête de 2009 et celle de 2014 car ils n'étaient pas identiques.

Depuis 2009, un enseignement théorique sur les mutilations sexuelles féminines est dispensé chaque année à l'école de sages-femmes de Rouen au cours de la dernière année d'étude. Cet enseignement spécifique avait été mis en place suite à un arrêté ministériel en date du 13 Décembre 2006 (circulaire interministérielle DGS/SD n°2006-529 stipulant que les études de sages-femmes doivent comprendre un module sur le sujet). Nous noterons par ailleurs que le thème des MSF était abordé succinctement dès l'année 2007 lors de cours théoriques faute de trouver un enseignant pour un cours spécifique. Actuellement, peu d'écoles de sages-femmes ont encore un enseignement théorique au sujet des MSF. Nous avons séparé notre population d'étude selon l'année d'obtention du diplôme avec comme date charnière l'année 2009. Nous avons choisi cette date afin d'évaluer si oui ou non les sages-femmes avaient pu être sensibilisées au sujet des MSF au cours de leurs études. 85,5% (n=104) des sages-femmes ont eu un cours théorique lors de leurs études. Parallèlement, 36%

d'entre elles ont été diplômées après 2009. Nous pouvons donc noter que malgré l'absence de cours spécifique avant 2009, certaines sages-femmes ont reçu des informations au sujet des MSF lors de cours théoriques. Nous avons ensuite comparé les connaissances théoriques des sages-femmes en fonction de la sensibilisation lors de leurs études. Ainsi, lorsqu'elles ont été sensibilisées, elles ont mieux répondu à la question du nombre de grades de MSF selon la classification de l'OMS (p=0,01). Concernant le reste des questions théoriques, il n'y avait pas de réponses significatives. On peut tout de même noter que sur la connaissance des risques, la comparaison entre les sages-femmes ayant été sensibilisées pendant leurs études et les autres, la différence n'est pas significative avec p=0,057. Nous pouvons nous demander s'il existe un manque de puissance du test : ceci signifierait qu'avec une plus grande population interrogée, le résultat pourrait être significatif. Enfin, le résultat à retenir est que lorsque les sages-femmes ont des connaissances théoriques acquises au cours de leurs études et qu'elles n'ont jamais été confrontées à une femme victime de MSF, elles se sentent tout de même plus aptes à diagnostiquer ce type de mutilation (p=0,001).

En plus de la formation initiale, le métier de sage-femme est caractérisé par une obligation de formation professionnelle continue, énoncée par l'article 4 du Code de Déontologie(22). Il est donc important d'insister sur le fait que les sages-femmes doivent être sensibilisées au problème que représentent les MSF après l'obtention de leur diplôme. Il existe différents moyens de sensibilisation et de formation continue : colloques, réunions, formations, pratique, recherches personnelles... Nous avons pu noter que plus de la moitié des sages-femmes (55,9% ; n=109) n'a reçu aucune sensibilisation à ce sujet en formation professionnelle continue. Il s'agit d'un chiffre bien trop élevé dans la mesure où la Haute-Normandie est la deuxième région la plus concernée par les MSF puisque 5000 femmes y vivant sont mutilées ou à risque de l'être. Ce faible taux de sensibilisation peut expliquer que le questionnaire que nous avons distribué ait suscité des interrogations chez les sages-femmes. En effet 61,0% (n=73) d'entre elles se sont interrogées au sujet des MSF après avoir rempli le questionnaire. On peut d'ailleurs noter que les sages-femmes ayant été sensibilisées depuis leur DE s'interrogent plus que les sages-femmes ne l'ayant pas été (p=0,027). Le fait que les sages-femmes s'interrogent, qu'elles aient déjà été sensibilisées ou non,

nous montre qu'il est important de pousser leur intérêt et leur curiosité sur des sujets qui les concernent. Il semble en effet nécessaire et logique de s'auto-former sur certains sujets en faisant des recherches personnelles à partir du moment où l'on s'interroge.

Etudiants comme professionnels peuvent être sensibilisés au problème que représentent les MSF à tout moment de leur pratique. Ainsi, le 23 janvier 2007, un colloque régional organisé par la DDASS à ce sujet avait réuni plus de 250 professionnels à Rouen (Annexe IX). D'autre part, pour les étudiants, une formation au sujet des MSF est mise en place depuis deux ans lors de la Journée nationale des étudiants sages-femmes. Nous avons d'ailleurs participé à cette formation le 13 Février 2015 à Nantes lors de la 3ème édition de cette Journée. Au final, nous avons pu relever lors de notre enquête que seules 25,2% (n=49) des sages-femmes interrogées avaient participé à une réunion ou un colloque sur les MSF. Il est d'ailleurs intéressant de noter que les sages-femmes de PMI ont plus participé à une réunion de manière significative (p=0) tandis que les sages-femmes hospitalières y ont moins participé (p=0). Ceci est d'autant plus regrettable que les sages-femmes ayant déjà été confrontées à une femme victime de MSF auto-évaluent mieux leur prise en charge lorsqu'elles ont déjà assisté à une réunion (p=0).

3. Compétences

Au-delà des connaissances théoriques, les compétences sont nécessaires à la bonne prise en charge des femmes victimes de MSF. Dans un premier temps, nous avons cherché à savoir quelles sages-femmes se sentent le plus à l'aise au sujet des MSF dans leur pratique. Pour ce faire, nous leur avions demandé d'auto-évaluer leurs compétences avec une note sur 10 sur différents points de vue : médical, social, juridique et psychologique. Les réponses obtenues sont les suivantes :

- D'un point de vue médical, nous n'avons relevé aucun résultat significatif concernant les notes d'auto-évaluation entre les sages-femmes hospitalières, libérales et territoriales. On notera tout de même que la note moyenne est 4,2.

- Les sages-femmes hospitalières se sentent significativement moins à l'aise d'un point de vue social (moyenne=3,8) et d'un point de vue juridique (moyenne=2,9) que les autres sages-femmes (moyennes respectives de 5,4 et 5,0). Ces résultats sont significatifs avec p=0,001 et p=0.
- Les sages-femmes territoriales se sentent significativement plus à l'aise que les autres sages-femmes d'un point de vue social (moyenne=6,1 contre 3,8), juridique (moyenne=6,2 contre 2,9) et psychologique (moyenne=6,3 contre 4,4). Ces résultats sont significatifs avec p=0,0001 ; p=0 et p=0,0011.
- Aucun résultat significatif n'a été obtenu concernant la comparaison entre l'auto-évaluation des sages-femmes libérales et l'auto-évaluation des autres sages-femmes.

Globalement, les sages-femmes ont significativement de meilleures notes dans leur auto-évaluation lorsqu'elles ont déjà été confrontées (72%, n=140) à une femme victime ou à risque de subir une MSF. En effet, concernant les compétences médicales, la moyenne est de 5,2 quand elles y ont déjà été confrontées alors que la moyenne est de 3,8 dans le cas contraire (p=0,0001). Il en est de même pour les compétences juridiques : moyenne de 3,4 contre 2,6 (p=0,0264). Au sujet des compétences psychologiques, il n'y a pas de différence significative car p=0,0525. On peut penser qu'il y a un manque de puissance du test lié à un nombre insuffisant de personnes ayant répondu au questionnaire. Il n'y a pas non plus de différence significative pour les notes d'auto-évaluation des compétences sociales (p=0,0619).

Certains articles de la littérature mentionnent que les patientes mutilées peuvent être mécontentes de la prise en charge qui leur est proposée aussi bien pendant la grossesse qu'au cours de leur accouchement. Elles regrettent notamment le manque d'investissement et d'informations des professionnels de santé à ce sujet. Ceci est regrettable car ces mêmes patientes affirment être rassurées quand elles sont prises en charge par un professionnel de santé maîtrisant le sujet(29). Pour exemple, parmi les sages-femmes ayant déjà été confrontées à une femme victime de MSF, 33,6% (n=47) n'ont mis en place aucune prise en charge particulière. Concernant cette prise en charge globale, les sages-femmes devaient aussi s'auto-évaluer avec une note sur 10 : près de la moitié (49,9%, n=74) s'est attribuée une note inférieure ou égale à 4. On notera aussi qu'en 2009, 93% des sages-femmes ayant déjà pris en charge une femme

mutilée estimaient que leur prise en charge de ces femmes n'était pas optimale. Lors de cette enquête, les sages-femmes devaient par ailleurs s'auto-évaluer avec une note sur 10 concernant leurs compétences vis-à-vis des MSF selon le moment de la prise en charge (consultations pré-natales, salle de naissance, suites de couches). Les résultats obtenus pour cette question étaient les suivants : 72,4% des sages-femmes se sont donné une note inférieure à 4 lors d'une prise en charge en consultation, tout comme 68,7% en salle de naissance et 67,6% en suites de couches. Pour notre enquête, bien que la question n'ait pas été posée de cette manière, nous noterons que les sages-femmes interrogées exercent principalement en salle de naissance (76,3%) puis en suites de couches (61,5%) et en unité de grossesses à hauts risques (24,3%). Pour celles exerçant principalement en salle de naissance, 41,7% se sont données une note inférieure ou égale à 4, tout comme 40,8% de celles exerçant principalement en suites de couches. Les résultats actuels peuvent donc sembler meilleurs concernant l'auto-évaluation qu'ont faite les sages-femmes quant à leur prise en charge globale des femmes victimes de MSF. Nous ne pouvons cependant pas prouver que ces résultats soient significatifs. D'autre part, il est intéressant de noter que les sages-femmes s'attribuent une meilleure note concernant leur prise en charge lorsqu'elles ont réalisé le diagnostic de la MSF cliniquement ou via l'interrogatoire de la patiente (p=0,0342). Certaines d'entre elles n'ont effectivement pas réalisé le diagnostic de la MSF seule puisque la mutilation était déjà mentionnée dans le dossier. Nous noterons en effet que depuis 2006, les MSF sont cotées dans les dossiers obstétricaux du CHU de Rouen et de l'actuel CH Jacques Monod de Montivilliers.

4. Réseau

La 3ème partie du questionnaire s'intéressait aux connaissances des sages-femmes concernant le réseau mis en place visant à lutter contre les MSF et prenant en charge les femmes qui en sont victimes. Si seulement 19,0% (n=37) connaissent une association nationale et 9,7% (n=19) une association locale, on peut tout de même noter que 38,3% (n=72) connaissent l'ensemble des actions proposées par ces associations. Par ailleurs, les sages-femmes ont de meilleures connaissances de l'existence :

- d'associations nationales lorsqu'elles ont été sensibilisées au sujet des MSF pendant leurs études (p=0,024) et/ou après l'obtention de leur DE (p=0)
- d'associations locales lorsqu'elles ont été sensibilisées au sujet des MSF pendant leurs études (p=0,02) et/ou après l'obtention de leur DE (p=0)

De plus, la sensibilisation lors des études apporte de meilleures connaissances aux sages-femmes concernant les actions des associations (p=0,001). Nous noterons à titre de comparaison que pour l'enquête de 2009, 34,1% (n=61) des sages-femmes avaient connaissance de l'existence d'associations de lutte contre les MSF mais 24 d'entre elles n'avaient pas su citer de nom. En termes de résultats nous avons actuellement moins de sages-femmes connaissant une association de lutte contre les MSF par rapport à 2009, bien que la population interrogée soit plus grande. Les sages-femmes étant majoritairement hospitalières et afin de rendre plus connues ces associations, il pourrait être intéressant de laisser visibles et accessibles au sein des hôpitaux, l'ensemble des guides visant à aider les professionnels de santé à prendre en charge les femmes victimes de MSF. Parmi ces guides on trouve : la plaquette « Protégeons nos petites filles de l'excision », le guide « Les praticiens face aux MSF » et la plaquette « Agissons face aux MSF en Haute-Normandie » (Annexes X, XI, XII). Cette dernière plaquette reprend simplement la loi autour de la pratique de MSF et comprend l'ensemble des adresses utiles aussi bien au niveau local que national. Ainsi, on peut comprendre l'intérêt que peut avoir cette plaquette auprès des sages-femmes qui ont à prendre en charge des femmes victimes de MSF et qui doivent aussi prévenir la perpétuation de la pratique chez les filles de leurs patientes.

La connaissance des associations de lutte contre les MSF a son importance aussi bien au niveau national que local. En effet, ces associations prennent en charge les femmes qui en sont victimes et préviennent la perpétuation de cette pratique chez leurs filles(24)(27)(28). De ce fait, il est intéressant que les sages-femmes sachent orienter les femmes concernées vers ces associations. A ce sujet, nous avons noté que les sages-femmes connaissant des associations aussi bien nationales que locales s'auto-évaluent mieux quant à la prise en charge de ces femmes (p=0,0267 lorsqu'elles connaissent une association nationale et p=0,0263 lorsqu'elles connaissent une association locale). D'autre part, concernant les compétences sociales des sages-femmes, celles-ci se sont attribuées une meilleure note lorsqu'elles sont capables de citer une association nationale (p=0,0019) ou une association locale (p=0,0042). Dans le même registre, les sages-femmes se sont données une meilleure note d'un point de vue de leurs compétences juridiques et psychologiques lorsqu'elles connaissent une association nationale (p=0,0005 et p=0,0063) ou locale (p=0 et p=0,0266). Enfin, nous pouvons constater que les sages-femmes hospitalières ont de moins bonnes connaissances des associations locales (p=0) tandis que les sages-femmes de PMI en ont de meilleures (p=0).

Le réseau de prise en charge de Haute-Normandie comprend également deux centres de réparation situés au CHU de Rouen et à l'Hôpital Privé de l'Estuaire (HPE) au Havre. 36,9% (n=72) des sages-femmes ont cité le CHU ou l'HPE et 22,1%(n=43) savent qu'il y a au moins un centre de reconstruction en Haute-Normandie mais n'ont pas cité le bon (CH Jacques Monod au Havre ou clinique Mathilde à Rouen). A ce sujet, les sages-femmes de PMI connaissent mieux les centres de reconstruction que les sages-femmes libérales ou hospitalières (p=0,014). Les sages-femmes connaissent mieux aussi ces centres lorsqu'elles ont été sensibilisées au problème des MSF après l'obtention de leur DE (p=0,001). On comprend de ce fait que la connaissance d'un tel réseau se fait principalement par la pratique et l'exercice. Enfin, les sages-femmes auto-évaluent mieux leur prise en charge globale lorsqu'elles connaissent les centres de reconstruction de Haute-Normandie (p=0,0026). Qui plus est, il existe au CHU de Rouen une unité d'Accueil des victimes de mutilations sexuelles depuis 2009 au sein du service de Gynécologie-Obstétrique situé au Pavillon Mère et Enfants. Celle-ci comprend : un chirurgien, une sage-femme, un psychologue, un sexologue, une

assistante sociale, des médiatrices africaines, des membres du GAMS et de la FIA, chargés de répondre aux besoins des patientes mutilées.

Si 71,3% (n=139) des sages-femmes estiment que le moment opportun pour aborder le sujet des MSF est lors des consultations pré-natales, nous pouvons cependant noter que 51,8% (n=101) estiment que le suivi gynécologique de prévention est aussi une bonne occasion. Or le suivi gynécologique de prévention pouvant être réalisé par les sages-femmes depuis la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, on peut y voir un moyen de prévention supplémentaire(30). En effet, une information donnée dans le calme et sur le long cours permet d'établir une relation de confiance entre le professionnel et le patient. Ceci met en valeur la portée et l'impact des paroles que peut avoir le professionnel, facilitant ainsi la communication et la compréhension, par exemple, des risques encourus liés aux MSF ainsi que de la législation en vigueur. Lors d'un suivi gynécologique de prévention ou du suivi d'une grossesse, il est du devoir de la sage-femme de prendre en compte la patiente dans sa globalité. De ce fait, il est de sa responsabilité d'évaluer la MSF en elle-même, ses potentielles complications ainsi que les risques encourus pour la femme ainsi que pour l'enfant à naître si c'est une fille. Cette évaluation doit faire prendre la décision d'une éventuelle orientation vers les professionnels adaptés. Ainsi, il est indispensable de savoir diagnostiquer les MSF afin d'orienter le mieux possible ces patientes auprès de professionnels compétents pour qu'elles bénéficient d'une prise en charge des plus adéquates. Cette prise en charge doit être globale, spécifique et adaptée à chaque patiente. Ainsi, plusieurs types de professionnels y sont associés aussi bien en maternité, qu'en milieu social et juridique. D'après notre enquête 50,0% (n=70) des sages-femmes ayant déjà été confrontées à une femme victime de MSF n'orientent pas ces femmes vers d'autres professionnels. Parmi celles les orientant, 92,9% (n=65) le font vers un obstétricien-gynécologue ou un médecin spécialisé et 50,0% (n=35) vers un psychologue. En 2009, 58,8% des sages-femmes orientaient leurs patientes victimes de MSF vers un autre professionnel, dont 47,4% vers un gynécologue-obstétricien et 11,4% vers un psychologue. On peut donc noter une progression des sages-femmes quant à l'orientation et à la prise en charge pluridisciplinaire des patientes victimes de MSF. Comme dit précédemment, nous ne pouvons pas savoir si ces résultats sont significatifs. Le chiffre que nous souhaitions relever est que seules 5 sages-femmes orientent les femmes mutilées vers la PMI (une

sage-femme en 2009). Or, nous avons pu voir que les sages-femmes de PMI ont de bien meilleures connaissances du réseau associatif que les sages-femmes hospitalières. Ceci signe un manque de présence des associations au sein des hôpitaux. Il convient donc d'orienter de façon plus importante les femmes mutilées vers la PMI afin de faciliter le lien avec le milieu associatif. De plus, afin que les sages-femmes hospitalières orientent plus spontanément les femmes mutilées vers la PMI, il pourrait être intéressant que ces structures interviennent régulièrement dans les hôpitaux. Il serait par exemple judicieux de présenter les résultats et les bénéfices de la prise en charge en PMI en faisant des retours aux sages-femmes hospitalières, qu'elles aient orienté ou non des femmes mutilées. D'autre part, on peut noter que les sages-femmes sont plus à l'aise pour orienter les femmes mutilées vers d'autres professionnels lorsqu'elles ont été sensibilisées au sujet des MSF au cours de leurs études (p=0,013) ou en formation professionnelle continue (p=0,015). Au-delà de l'orientation vers d'autres professionnels, les sages-femmes peuvent s'aider de certains guides établis afin de faciliter la prise en charge des femmes mutilées. En 2005, une brochure « Protégeons nos petites filles de l'excision » (Annexe XI) a été publiée par le Ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité, le Ministère délégué à la Parité et à l'égalité professionnelle, le Ministère de la Santé et des personnes handicapées, ainsi qu'un guide nommé « Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines » (Annexe XII). Celui-ci, établi par le Ministère de la Santé et des Sports reprend des données théoriques et a pour but d'aider les professionnels à aborder le sujet des MSF afin de mettre en place une prise en charge adaptée. Il y a d'ailleurs dans ce guide une aide pour réaliser un signalement lorsqu'une femme est mutilée ou à risque de l'être.

Dans la culture africaine, les mères ont la responsabilité de préparer leurs filles à devenir adultes ; cela passe par le mariage et le fait d'avoir des enfants. Bien qu'elles ne souhaitent pas que leurs filles endurent les mêmes souffrances qu'elles, les femmes mutilées sont tout de même soumises à la peur de voir leurs filles répudiées du groupe social et acceptent la perpétuation de l'excision. Cependant, elles sont à même de lutter contre cette pratique via l'éducation qu'elles reçoivent dans leurs pays d'accueil en cas d'immigration(7). Cette éducation passe par l'information donnée par les professionnels de santé ainsi que les professionnels éducatifs et sociaux. La

médiatisation de l'interdiction et des conséquences liées aux MSF est aussi un facteur à prendre en compte pour informer les femmes. Par cette médiatisation (procès, films...), on a pu observer un net recul de la pratique de MSF sur le territoire français puisque celles-ci n'y sont plus du tout commises. Toutefois, le risque demeure lors d'un retour au pays d'origine notamment lors de vacances. En effet, selon une étude éthiopienne, les femmes les plus partisanes des MSF sont celles vivant dans leurs pays d'origine, en milieu rural, avec un faible niveau socio-éducatif et non exposées aux médias de masse(7). Ainsi, le retour au pays d'origine, facteur de risque principal de la perpétration de MSF chez les fillettes d'origine étrangère résidant en France, représente-t-il un contexte dans lequel la prévention a son importance. Les médecins de PMI ont notamment leur place car ils sont en mesure d'examiner les vulves des fillettes pour lesquelles il existe un risque de MSF. Nous devons toutefois noter que le suivi PMI s'interrompant à l'âge de 6 ans, il est nécessaire d'élaborer un suivi continu de ces fillettes par les médecins généralistes ou les médecins traitants. Par ailleurs, l'éducation nationale a aussi sa place dans le domaine de la prévention des MSF. En effet, les personnels de l'éducation nationale ont rapidement été sensibilisés dès les années 1990, principalement sur la manière de gérer le risque de mutilations, à l'époque commises à l'étranger lors de vacances scolaires. Les signalements alors réalisés par les instituteurs et les médecins scolaires se sont révélés efficaces car avec l'association d'une modification de la loi, punissant la pratique de MSF à l'étranger sur des femmes résidant habituellement en France, il y a eu un net recul de la pratique de mutilations sexuelles à l'âge de l'école primaire. Cependant, il a été observé dans les années 2000 que les filles de parents immigrés étaient déscolarisées à la fin de l'école primaire pour être renvoyées dans leur pays d'origine où elles sont mutilées et parfois mariées de force. Dans cette optique, la question n°12479 publiée au journal officiel du Sénat le 10/07/2014 s'intéressait à la mise en œuvre de la prévention pour ces jeunes filles en milieu scolaire. La réponse à cette question, publiée au journal officiel du Sénat en date du 05/03/2015 (page 495) stipule que la mise en œuvre de la politique de prévention sur les pratiques de MSF menée par le ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, s'appuie sur la formation des personnels et sur la diffusion de documents d'accompagnement, élaborés par la direction générale de l'enseignement scolaire. Ainsi, un guide d'intervention en éducation à la sexualité, destiné aux équipes éducatives des collèges et des lycées

diffusé en août 2008, propose le module « Loi et sexualité » permettant d'aborder la prévention des situations liées aux pratiques des mutilations sexuelles féminines et de travailler avec les élèves sur l'égalité des sexes. Par ailleurs, la mise en œuvre de la convention interministérielle pour l'égalité entre les filles et les garçons, les femmes et les hommes dans le système éducatif, signée le 7 février 2013 s'appuie sur un guide ressources à destination des professionnels, intitulé « Comportements sexistes et violences sexuelles : prévenir, repérer et agir », mis à jour et diffusé à partir du 25 novembre 2014 (Annexe XIII). De plus, au moins une séance annuelle sur la protection de l'enfance maltraitée (article L. 542-3 du code de l'éducation) doit être systématiquement mise en place dans les écoles, les collèges et les lycées. La loi du 9 juillet 2010, relative notamment aux violences faites aux femmes, prévoit, afin de mieux prévenir ces violences, que les formations initiale et continue délivrées aux enseignants doivent intégrer des éléments portant sur l'égalité entre les femmes et les hommes ainsi que des actions de sensibilisation aux violences faites aux femmes. La loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes prévoit aussi des actions de prévention et de protection permettant de lutter contre les violences faites aux femmes et les atteintes à leur dignité. Enfin, un travail interministériel est actuellement en cours avec le service des droits des femmes et de l'égalité entre les femmes et les hommes de la direction générale de la cohésion sociale sur la mise en œuvre du 4e plan interministériel (2014-2016) de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes. Celui-ci devrait utilement contribuer à lutter contre le phénomène des MSF en milieu scolaire(31).

5. Investissement & Interrogations

Étant donnée la prévalence de femmes mutilées en Haute-Normandie, nous avons cherché à savoir si les sages-femmes exerçant dans cette région avaient déjà participé à un colloque ou une réunion au sujet des MSF. Seules 25,2% (n=49) des sages-femmes avaient déjà participé à un tel rendez-vous. Dans ce cas, nous avions demandé de préciser à quelle occasion et en quelle année. Seules 24 sages-femmes ont su apporter ces précisions, que nous avons déjà détaillées dans les résultats. Nous avons par ailleurs noté que les sages-femmes hospitalières participaient significativement moins

aux réunions sur les MSF par rapport aux autres sages-femmes (p=0). De plus, les sages-femmes de PMI y participent plus, et ce de manière significative (p=0,02). Nous n'avons relevé aucune réponse significative concernant la participation à des réunions en fonction du territoire d'exercice. Etant donné que les populations immigrées se concentrent majoritairement dans les zones urbaines du Havre et de Rouen, il est dommage que les sages-femmes exerçant dans ces villes ne participent pas plus que les autres aux réunions d'information abordant les MSF. En effet, ayant plus de risque d'être confrontées à la prise en charge de ces femmes, les sages-femmes exerçant sur ces territoires devraient avoir des formations plus régulières voire plus approfondies sur le sujet. Nous noterons également qu'il est dommage que les sages-femmes hospitalières participent moins que les autres aux réunions d'information. Comme nous l'avons remarqué précédemment, ces réunions sont notamment l'occasion d'apprendre à connaître le réseau de proximité aidant à prévenir la pratique de MSF et à prendre en charge les femmes qui en sont victimes. Ainsi, nous pouvons regretter le manque de participation des sages-femmes aux réunions traitant des MSF, dans la mesure où il s'agit de la deuxième région française la plus concernée par ce phénomène. Parallèlement à ce manque, nous avons pu voir que le questionnaire distribué avait suscité des interrogations chez 61,0% (n=119) des sages-femmes. Nous avons notamment remarqué que parmi les sages-femmes n'ayant jamais participé à une réunion (n=143), 37,1% (n=53) s'interrogent à ce sujet. Cela montre que malgré un faible taux de participation aux réunions sur le sujet, les sages-femmes ne s'en désintéressent pas et se sentent concernées par les MSF. 61,3% (n=73) estiment par exemple qu'elles manquent de connaissances au sujet des MSF. Afin de leur apporter un minimum de connaissances théoriques, nous avions proposé aux cadres de services et aux sages-femmes libérales et de PMI de leur envoyer les résultats de notre mémoire une fois celui-ci terminé. En effet, la revue de la littérature pourrait représenter pour les sages-femmes une base concernant les connaissances théoriques nécessaire pour prendre en charge une femme victime de MSF de manière efficiente. Qui plus est, les résultats statistiques auraient un intérêt dans la sensibilisation des professionnels à ce phénomène dans la région où ils exercent. A titre informatif, la plupart des sages-femmes cadres avaient répondu favorablement à cette proposition. Pour le reste, aucune réponse n'a été apportée et par conséquent, nous leur enverrons les résultats de principe. D'autre part, 10,9% (n=13) des sages-femmes estiment

manquer de formation vis-à-vis des MSF. Or étant donné la nécessité d'une formation professionnelle continue, on peut penser que les MSF représentent un sujet important qui pourrait être abordé régulièrement auprès des sages-femmes de Haute-Normandie afin de les aider dans leur pratique. Le dernier colloque régional organisé à Rouen date de 2007 (Annexe IX). Il est regrettable qu'aucun autre ne se soit tenu depuis même si les associations interviennent de manière ponctuelle dans les lieux concernés. Du point de vue de la formation, il nous a été proposé d'intervenir lors de l'une des réunions biannuelles de l'association des sages-femmes libérales de Haute-Normandie. L'objectif serait de présenter aux professionnelles concernées les résultats de notre enquête, notre démarche quant à la réalisation de ce mémoire ainsi que la conclusion de notre travail. Nous pouvons voir ici une bonne occasion de former ces sages-femmes afin qu'elles se sentent plus à l'aise et plus efficaces dans leur pratique au sujet des MSF. En effet, nous devons souligner que 21,8% (n=26) des sages-femmes interrogées ont posé des questions concernant le défaut de prise en charge qu'elles estiment avoir vis-à-vis des MSF. Ces questions étaient par exemple : Comment prendre en charge ces femmes ? Comment faire une déclaration pour les femmes à risque ? Faut-il faire une épisiotomie de manière systématique ?... Ces interrogations reflètent une réelle envie de la part des sages-femmes de participer à la lutte contre les MSF. Il semble évident que tant que cette pratique persistera, les professionnels s'interrogeront à ce sujet, toujours dans une volonté de s'améliorer en pratique. D'autres questions ont également été posées et parmi elles, nous avons relevé que 5,0% (n=6) des sages-femmes ont fait part de la difficulté de l'approche quotidienne auprès des femmes victimes de MSF. Certaines sages-femmes disent ne pas avoir les mots, d'autres disent que la barrière de la langue empêche un contact suffisant permettant d'aborder le sujet des mutilations avec les femmes concernées. Afin de surmonter cette barrière de la langue et d'aborder le sujet sensible des MSF, il peut être intéressant de faire appel à un(e) interprète ou un(e) médiateur(trice) culturel(le). Cependant, en pratique, il peut être difficile de prendre le temps de faire appel à ces professionnels alors que cela semble nécessaire. De ce fait, il semble judicieux, afin de prendre le temps nécessaire à une prise en charge efficace, d'envoyer les femmes mutilées vers l'unité de prise en charge pluridisciplinaire du CHU de Rouen. Enfin, 3,4% (n=4) des sages-femmes ont posé des questions concernant le réseau mis en place pour prendre en charge ces femmes, mais aussi dans un but de lutter contre la

perpétuation de cette pratique. Nous avons pu voir précédemment que ce réseau était peu connu des sages-femmes notamment d'un point de vue associatif puisqu'il semble même moins connu actuellement que lors de l'enquête de 2009. Cependant, comme décrit plus tôt, une progression semble s'être dessinée quant à la prise en charge pluridisciplinaire et l'orientation vers d'autres professionnels (médicaux, sociaux et éducatifs) des femmes victimes de MSF. Il convient donc de continuer en ce sens car il apparaît nécessaire que les sages-femmes s'appuient sur le réseau périnatal de leur région dans la perspective d'une prévention efficace des MSF. Les aides pouvant être apportées aux sages-femmes de ce point de vue comprennent une distribution et/ou une accessibilité facile aux guides élaborés par différentes instances (au sein des services de suites de couches, dans les services de consultation et de gynécologie), une présence plus importante des associations notamment au sein des centres hospitaliers ou encore des invitations à l'ensemble des formations proposées aussi bien en région qu'en dehors.

CONCLUSION

Depuis une vingtaine d'années, la lutte contre la pratique des MSF est devenue un sujet de préoccupation au sein des organisations internationales. De ce fait, les professionnels de santé ont su se sentir concernés par ce phénomène puisqu' ils sont à même de rencontrer au quotidien des femmes victimes de MSF. Ainsi ont-ils un rôle clef à jouer en matière de prévention aussi bien auprès des femmes mutilées, que celles à risque de l'être et de leurs familles. Dans cette optique, l'objectif de l'enquête présentée était d'étudier l'investissement des sages-femmes exerçant en Haute-Normandie, dans leur mission de prévention au sujet des MSF.

En premier lieu, la prévention des MSF passe par une éducation aussi bien des sages-femmes que des patientes. Cette éducation commence dès les études par le biais de cours théoriques associés à la pratique. Elle se poursuit ensuite dans l'exercice professionnel notamment par la formation professionnelle continue. Si 72% des sages-femmes exerçant en Haute-Normandie ont déjà été confrontées à une femme victime de MSF, 37,4% n'ont pas été sensibilisées à ce propos au cours de leurs études et 55,9% ne l'ont pas été après l'obtention de leur diplôme d'état. Parallèlement, 73,3% n'ont jamais assisté à une réunion ou à un colloque sur les MSF. En conséquence, les sages-femmes sont nombreuses (61%) à avoir des interrogations tant d'un point de vue théorique que d'un point de vue pratique.

D'autre part, la prévention passe aussi par l'utilisation des réseaux de lutte contre la pratique des MSF. Ce réseau comprend les associations nationales et locales ainsi que les centres de reconstruction et les unités de prise en charge, que les PMI. Il semble intéressant pour les sages-femmes de s'appuyer sur ce réseau car il permet une prise en charge pluridisciplinaire des femmes mutilées et il participe efficacement à la prévention des MSF.

Les sages-femmes sont des professionnels de santé de première ligne dans la prise en charge des femmes victimes de MSF car elles ont l'occasion d'établir des liens privilégiés avec les patientes lors du suivi gynécologique de prévention, du suivi de grossesse ou du séjour en suites de couches. De ce fait il paraît nécessaire de développer et la formation initiale et la formation continue, particulièrement dans les

régions les plus concernées. Ces formations pourraient comprendre des tables rondes avec des psychologues et des médiateurs(trices) culturel(le)s, des groupes de paroles, ou bien des travaux dirigés qui permettraient d'apprendre à communiquer avec les patientes, sur un sujet qui reste sensible et difficile d'accès.

Malgré le travail de prévention mené en France et dans le monde entier, les MSF constituent une pratique encore répandue et dont on ne peut envisager la disparition prochaine car 30 millions de femmes risquent encore d'être mutilées dans les trente années à venir. Il convient donc de continuer les efforts menés, de former les professionnels et d'informer les femmes et les familles ayant l'intention de faire mutiler leurs filles, dans un but de protection de ces dernières.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Le Quotidien du médecin. (page consultée le 15/02/2015). Au-delà de la chirurgie réparatrice, la difficile prise en charge des femmes mutilées, [en ligne]. http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2015/02/05/la-difficile-prise-en-charge-des-femmes-excisees_739131

(2) Journées d'étude de l'UNICEF. Stratégies concrètes pour venir à bout de l'excision. 2008 Fév 21/22.

(3) Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale de Haute-Normandie PJ et CS. (page consultée le 10/03/2014). Programme régional d'intégration des populations immigrées de Haute-Normandie 2010-2012, [en ligne]. http://www.haute-normandie.drjscs.gouv.fr/IMG/pdf/PRIPI_2010-2012.pdf

(4) Insee. (page consultée le 10/01/2015). Insee Dossier Haute-Normandie – Les Immigrés en Normandie, [en ligne]. http://www.insee.fr/fr/insee_regions/haute-normandie/themes/insee-dossier/ind_01/ind_01.pdf

(5) Arsenault C. En recul, les mutilations sexuelles sont encore trop souvent imposées aux filles, déplore l'UNICEF. RFI. 2013 Juil 22.

(6) Andro A., Lesclingand M. Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France. Population & sociétés. 2007 Oct; 483: 1-4.

(7) Cariou J. Mutilations sexuelles féminines : état des lieux et devenir obstétrical dans les maternités de la région rouennaise à propos d'une série multicentrique de 119 patientes [Thèse pour le Doctorat en Médecine]. Rouen : Faculté de Médecine et de Pharmacie; 2010.

(8) Behle AM. Les mutilations sexuelles féminines : qu'en savent les sages-femmes ? Enquête auprès de 179 professionnels de Seine-Maritime [mémoire de fin d'études]. Rouen : département des études de sage-femme; 2009.

(9) Grima S. La sage-femme et les mutilations génitales féminines [mémoire de fin d'études]. Marseille: Ecole universitaire de maïeutique Marseille Méditerranée; 2004.

(10) OMS. (page consultée le 30/09/2013). Mutilations sexuelles féminines, [en ligne]. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/fr/

(11) Deneux-Tharaux C, Philibert M, Bouvier-Colle MH. Surmortalité maternelle des femmes de nationalité étrangère en France et qualité des soins obstétricaux : étude nationale 1996-2001. BEH. 2009 Mar 3; 9: 77-80.

(12) Gynsf. (page consultée le 15/10/13). Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines, [en ligne]. http://www.gynsf.org/MSF/praticienfaceauxmsf2010.pdf

(13) Ministère de la Santé et des Sports. (page consultée le 10/01/2015). Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines, [en ligne]. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/MSF.pdf

(14) OMS Département Santé et recherche génésique. (page consultée le 22/02/2014). Stratégie mondiale visant à empêcher le personnel de santé de pratiquer des mutilations sexuelles féminines, [en ligne]. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/rhr_10_9/fr/

(15) TV5 monde. (page consultée le 05/01/2015). Médicalisation de l'excision : un enjeu éthique, [en ligne]. http://information.tv5monde.com/terriennes/medicalisation-de-l-excision-un-enjeu-ethique-15449

(16) Civard-Racinais A. Excision, la fin d'un tabou ?. Panorama du médecin. 2007 Déc 10; 5082 :24-7.

(17) Préfecture région Haute-Normandie-Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité. (page consultée le 20/09/2013). Mutilations sexuelles, [en ligne]. http://www.haute-normandie.femmes-egalite.pref.gouv.fr/spip.php?article34

(18) Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme. Etude et proposition sur la pratique des mutilations sexuelles féminines en France. 2004 avr.

(19) OMS Département Santé et recherche génésique. (page consultée le 22/02/2014). Eliminer les mutilations sexuelles féminines, [en ligne]. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/9789241596442/fr/

(20) http://www.femmes-egalite.gouv.fr. Les mutilations sexuelles féminines. 2006.

(21) Legifrance. (page consultée le 14/12/2014). Code de l'action sociale et des familles- Article L226-2-1, [en ligne].

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006796907&cidTexte=LEGITEXT000006074069

(22) Ordre des Sages-Femmes. (page consultée le 25/02/2014)Code de déontologie des sages-femmes, [en ligne].www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/2/1431_CodededAontologiedessages-femmes-versionau19juillet2012.pdf

(23) ONU. Adoption d'une résolution sur les mutilations génitales féminines. 2012 Déc 20.

(24) Fédération nationale GAMS. (page consultée le 15/10/13). Pour l'intégrité de toutes les femmes, [en ligne]. http://www.federationgams.org/

(25) DRASS- Haute-Normandie. Actes du colloque régional « Normandie » sur les MSF. Rouen; 2007. p. 36.

(26) Resch Benoît. Mutilations Génitales Féminines. 2013.

(27) Femmes Inter Association Normandie. (page consultée le 30/06/2014). [en ligne]. http://fianormandie.blogspot.fr/

(28) CAMS. (page consultée le 30/06/2014). [en ligne]. http://www.cams-fgm.net/

(29) Chalmers B, Hashi KO. 432 Somali women's birth experiences in Canada after erlier female genital mutilation. Birth. 2000 Dec 27; 227: 34

(30) Legifrance. (page consultée le 12/01/2015). LOI n°2009-879 du 21 Juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé, et aux territoires, [en ligne].
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id

(31) Sénat un site au service des citoyens. (page consultée le 25/03/2015). Prévention des mutilations sexuelles féminines dans le cadre scolaire, [en ligne]. http://www.senat.fr/questions/base/2014/qSEQ140712479.html

SOMMAIRE DES ANNEXES

Annexe I - Carte représentant la part d'immigrés par région en France en 2010

Annexe II - Carte représentant les immigrés vivant en pôle urbain en Haute-Normandie en 2010

Annexe III - Schéma des différents grades de mutilations définis par l'OMS

Annexe IV - Tableau UNICEF illustrant la médicalisation de l'excision

Annexe V - Programme de la journée d'échanges Rouen-Bamako CHU 2009 organisée par la FIA

Annexe VI - Questionnaire distribué aux sages-femmes

Annexe VII - Territoires de santé en Haute-Normandie définis par l'ARS en 2010

Annexe VIII - Carte relevant le pourcentage de femmes mutilées en Afrique GAMS Belgique

Annexe IX - Programme colloque 2007 Rouen

Annexe X - Plaquette « Protégeons nos petites filles de l'excision »

Annexe XI - Plaquette « Agissons face aux MSF en Haute-Normandie »

Annexe XII - Guide « Le praticien face aux MSF »

Annexe XIII - Guide « Comportements sexistes et violences sexuelles : prévenir, repérer, agir »

Annexe I

Carte représentant la part d'immigrés par région en France en 2010



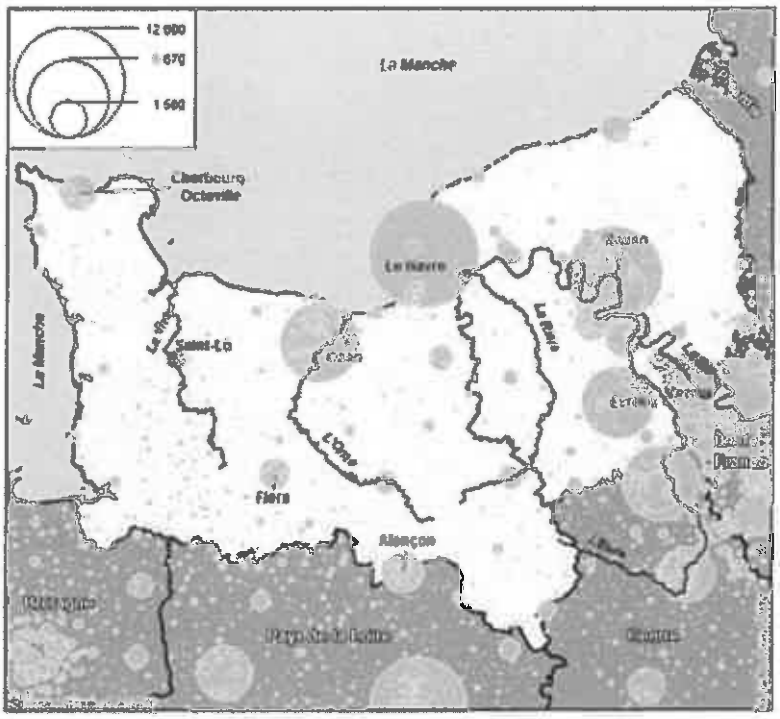
Source : INSEE, Recensement de la population 2010 - exploitation principale

Annexe II

Carte représentant les immigrés vivant en pôle urbain en Haute-Normandie en 2010

Les immigrés vivent dans les pôles urbains

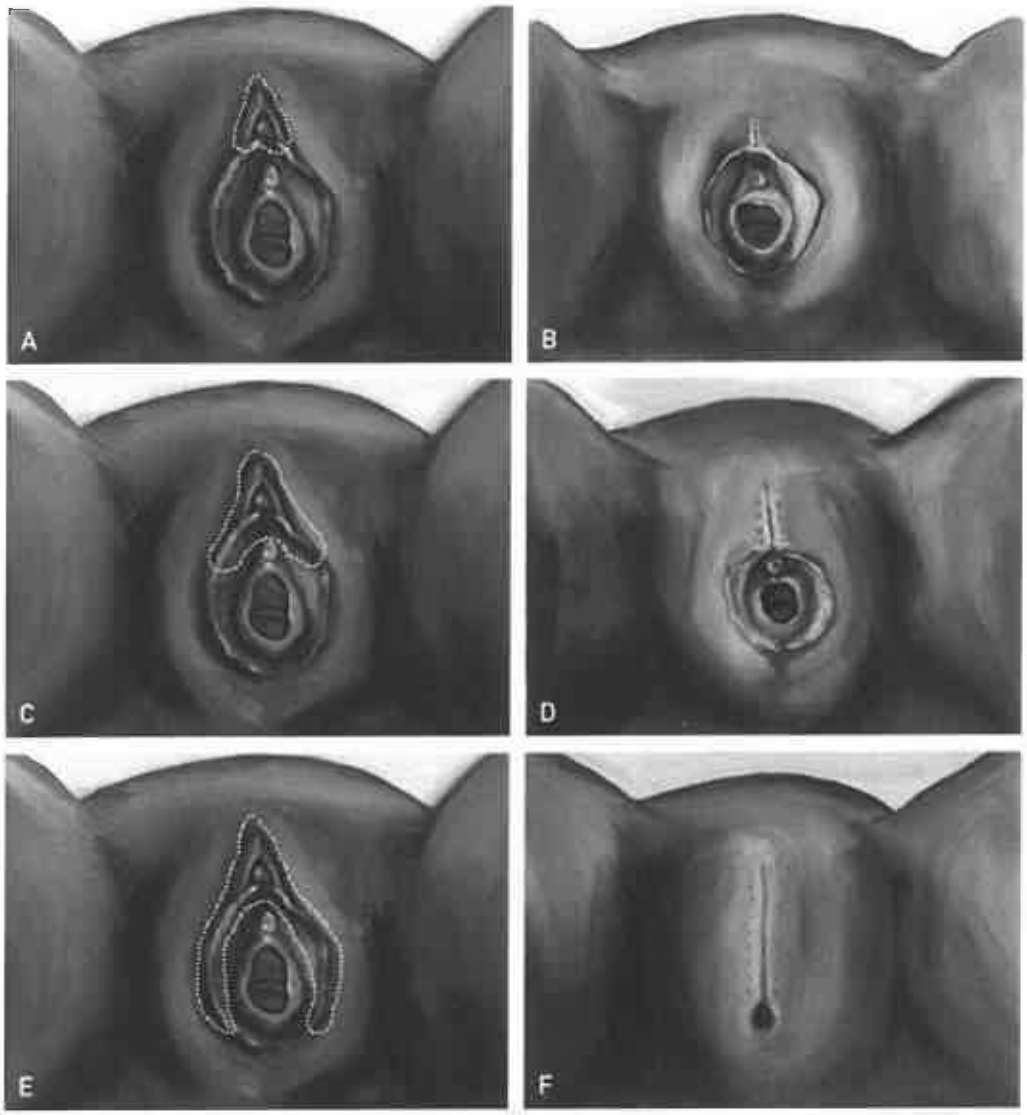
Localisation des immigrés en 2010



Source : INSEE, Recensement de la population de 2010 - exploitation complémentaire

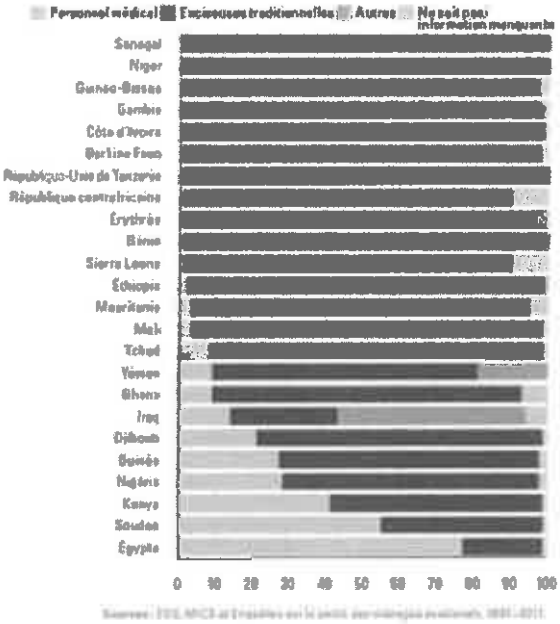
Annexe III

Schéma des différents grades de mutilations définis par l'OMS



Annexe IV

Tableau UNICEF illustrant la médicalisation de l'excision



Annexe V

Programme de la journée d'échanges Rouen-Bamako CHU 2009 organisée par la FIA

Mutilations Génitales Féminines : problème de santé publique à l'échelon mondial

La Haute Normandie est la deuxième région après l'Ile de France la plus touchée par les mutilations sexuelles. On estime à 5000 environ le nombre de femmes et de fillettes excisées ou à risque de l'être, dans notre région. L'OMS évalue à 100-132 millions le nombre de filles et de femmes ayant subi des mutilations sexuelles dans le monde. Chaque année, 2 millions de filles sont susceptibles de connaître le même sort…

Partant de ce constat, la DRASS a organisé un colloque puis des formations destinées à renforcer les connaissances des professionnels de santé sur cette pratique.

Au CHU-Hôpitaux de Rouen, depuis le début de l'année 2009, une unité de prise en charge des femmes victimes de mutilations sexuelles a été mise en place par le Dr RESCH et son équipe (sages-femmes, psychologue, sexothérapeute, médiatrice).

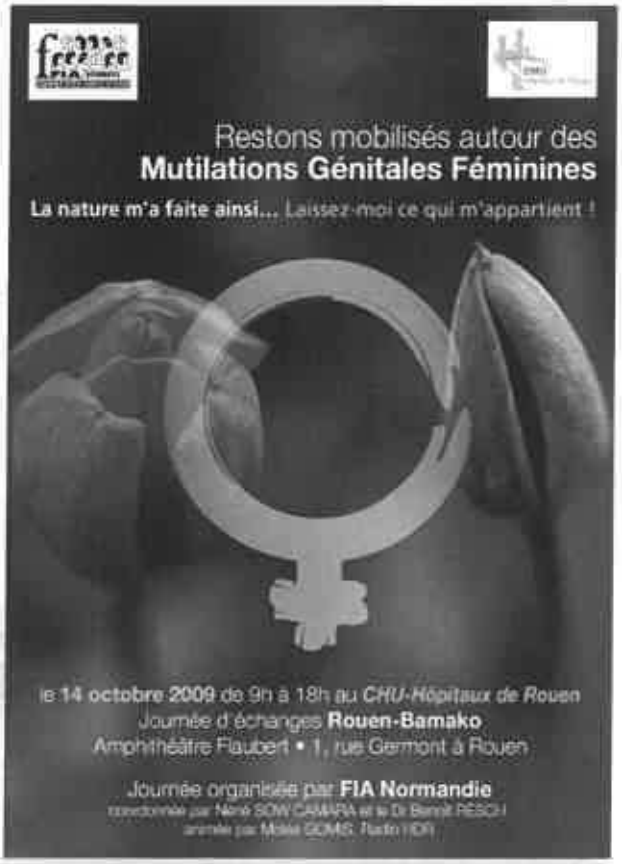
Aujourd'hui, quelles sont les avancées sur la question des mutilations sexuelles ? Les évolutions sur l'interdiction de cette pratique ? Les impacts physiques et psychologiques ? Les réticences à l'arrêt de cette tradition ? Les modalités de prise en charge médicale des femmes ?

Cette journée « Mutilations Génitales Féminines, Rouen-Bamako » est l'occasion d'échanger, de rendre compte des actions partenariales menées dans notre région, et permettre un regard transversal et complémentaire grâce à une visioconférence avec le Mali.

Le CHU-Hôpitaux de Rouen (Service Gynécologie-Obstétrique du Pr MARPEAU), l'association F.I.A. Normandie et son réseau souhaitent que cette journée réponde à vos nombreuses questions.

Le combat continue, par la prévention, les actions de terrain, le relais de l'information et la mobilisation de chacun.

Avec le soutien de nos partenaires :
DRASS, CHU-Hôpitaux de Rouen, DDASS, ACSE, Département de la Seine-Maritime, DRDFE, MINKOWSKA, Dr TOURE PNLE, AMSOPT, Centre DJOLIBA



Programme

9h45 Accueil du public

9h00 **Ouverture** par le Pr Loic MARPEAU chef du service de Gynécologie-Obstétrique et Philippe de LORME, Directeur au CHU-Hôpitaux de Rouen
Introduction par Elise LEMERCIER, Présidente FIA Normandie, Méné SOW-CAMARA, Coordinatrice et Dr Benoît RESCH, Praticien Hospitalier au CHU-Hôpitaux de Rouen

9h20 **Données Epidémiologiques et résultats de l'enquête « Excision Handicap »**, Christelle CIRBEAU, Chargée d'Etudes, Université de Paris I

9h40 **Etat des lieux des actions menées en Haute-Normandie**
Dr Sandra CHARPENTIER, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS)

10h00 **La problématique au Mali, les actions de terrain, les engagements**
Dr Moustapha TOURE, Gynécologue Obstétricien, Médecin-Chef du centre de Référence de la Commune IV du District de Bamako, Maître Assistant à l'Université de Bamako, membre du comité scientifique de PNLE

10h45 Pause

11h00 **« Regard transversal et complémentaire »**
Visio-conférence avec **Bamako**
Kadidia SIDIBE AOUDOU, Présidente de l'AMSOPT (Association Malienne pour le Suivi et l'Orientation des Pratiques Traditionnelles) et Virginie KONE MOUNKORO, formatrice et responsable du volet santé du Centre DJOLIBA
Participation de Christine BELLAS CABANNE, pédiatre-anthropologue, Auteure du livre « la Coupure : l'excision ou les identités douloureuses » Fatoumata COULIBALY, journaliste à l'ORTM, comédienne, actrice principale du film MOOLAADE

12h Débat

12h30 Déjeuner libre

14h00 **Extraits du film MOOLAADE** de Sembene Ousmane
Introduction, animation et débat par Marie-Jo BOURDIN, attachée de Direction au Centre Françoise Minkowska, responsable du Pôle Formation, et Méné SOW-CAMARA, Coordonnatrice FIA Normandie

15h **L'engagement et la place des Associations en France et en Afrique :**
• GAMS Haute-Normandie : « Action d'éducation, de prévention et de formation » par le Dr Annie-Laurence GODEFROY
• FIA Normandie : « Les traditions néfastes : les difficultés de la sensibilisation ici et là-bas. Quelle complémentarité ? »
par Méné SOW-CAMARA
• Centre F. Minkowska : « Comprendre pour se reconstruire : les M.G.F (Mutilations Génitales Féminines) et leurs traumatismes, quel soutien psychosocial ? » par Marie-Jo BOURDIN

15h45 **« Approche multidisciplinaire : un partenariat nécessaire »**
« Chirurgie réparatrice : démarche, accompagnement et suivi »
Docteurs Benoît RESCH et Hubert BUGEL, chirurgiens
Martine BURNY et Patricia LOISEL, Sages-femmes
Françoise JAVOIS, Psychologue
Brigitte FOULON, sexothérapeute
Dieynaba THIONGANE, Médiatrice FIA Normandie
Unité de prise en charge des femmes victimes de MGF,
Service de Gynécologie-Obstétrique du CHU-Hôpitaux de Rouen

16h45 **Débat et échanges**

17h15 **Conclusion** : FIA Normandie, CHU-Hôpitaux de Rouen, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS)

17h40 Pot de clôture

Annexe VI

Questionnaire distribué aux sages-femmes

1ère partie : Quelle sage-femme êtes vous ?

1. Etes-vous ?
   - ☐ Un homme
   - ☐ Une femme

2. En quelle année avez-vous été diplômé(e) ?

   _____

3. Où exercez-vous ? Merci de préciser la ville, l'établissement, le type d'exercice

   _____

   _____

4. Depuis 2009 ou de puis votre diplôme (si obtenu après 2009), dans quel secteur d'activité/type d'activité exercez-vous majoritairement ? Pour répondre à cette question si vous exercez dans différents services, vous pouvez classer les propositions par ordre croissant en fonction du temps passé.
   - ☐ Consultations prénatales
   - ☐ Préparation à la naissance et à la parentalité
   - ☐ Salle de naissance
   - ☐ Suivi gynécologique de prévention
   - ☐ Echographie
   - ☐ Suites de couches
   - ☐ Unité de Grossesses à Hauts Risques
   - ☐ Planning familial

5. Lors de vos études, avez-vous été sensibilisé(e) au problème que représentent les MSF ? Si oui, comment ?

   _____

   _____

6. Depuis que vous exercez, avez-vous été sensibilisé(e) au problème que représentent les MSF ? Si oui, comment ?

   _____

   _____

7. Comment évalueriez-vous vos compétences en terme de prise en charge des femmes victimes de MSF ? (mettez vous une note de 0 à 10)

-sur le plan médical |----------|
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

-sur le plan social |----------|
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

-sur le plan juridique |----------|
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

-sur le plan psychologique |----------|
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Selon vous, à quel moment de la prise en charge d'une femme est-il le plus judicieux d'aborder le sujet des MSF ? (une ou plusieurs réponses possibles)
   - ☐ Consultations prénatales
   - ☐ Préparation à la naissance et à la parentalité
   - ☐ Salle de naissance
   - ☐ Suivi gynécologique de prévention
   - ☐ Echographie
   - ☐ Suites de couches
   - ☐ Unité de Grossesses à Hauts Risques
   - ☐ N'importe quand, l'important est d'en parler

9. Dans votre pratique, avez-vous déjà été confronté(e) à une femme victime de MSF ? (si **oui** répondez aux **questions 10 à 13** et si **non** aux **questions 14 à 16**)
10. Comment en avez-vous fait le diagnostic ?
    - ☐ Interrogatoire
    - ☐ Examen obstétrical
    - ☐ Autre

11. Quelle prise en charge avez-vous mis en place ?

    _____
    _____
    _____
    _____

12. Orientez-vous les patients concernées vers d'autres professionnels ? Si oui, lesquels ?

    _____
    _____
    _____

13. Comment qualifieriez-vous votre prise en charge globale des femmes victimes de MSF ? (mettez vous une note de 0=non satisfaisante à 10=la plus satisfaisante possible)

|----------|
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. Pensez-vous être capable de diagnostiquer une femme mutilée ?
_____

15. Pensez-vous que le diagnostic d'une femme mutilée vous a déjà échappé ?_____

16. Comment appréhendez-vous la prise en charge d'une femme victime de MSF ?
_____
_____
_____

2ème partie : Quelles connaissances théoriques avez-vous au sujet des MSF ?

17. Combien l'OMS décrit-elle de type(s) de MSF ?_____

18. Selon vous, dans quel(s) pays cités ci-dessous plus de 80% des femmes sont-elles victimes de MSF ? (plusieurs réponses possibles)
    - ☐ Algérie
    - ☐ Cambodge
    - ☐ Congo
    - ☐ Djibouti
    - ☐ Ethiopie
    - ☐ Guinée
    - ☐ Mali
    - ☐ Sénégal
    - ☐ Somalie
    - ☐ Soudan
    - ☐ Turquie

19. Citez trois régions françaises où les femmes sont le plus à risque d'avoir subi ou de subir des MSF.
_____
_____

20. Selon-vous, combien y a-t-il de femmes victimes ou à risque de subir des MSF en France ?
    - ☐ 2500
    - ☐ 5000
    - ☐ 10000
    - ☐ 25000
    - ☐ 50000

21. Selon-vous, combien y a-t-il de femmes victimes ou à risque de subir des MSF en Haute-Normandie ?
    - ☐ 250
    - ☐ 500
    - ☐ 1000
    - ☐ 2500
    - ☐ 5000

22. D'un point de vue légal, la France sanctionne (plusieurs réponses possibles) :
    - ☐ La pratique de MSF sur une femme française sur le territoire français
    - ☐ La pratique de MSF sur une femme étrangère sur le territoire français
    - ☐ La pratique de MSF sur une femme française à l'étranger
    - ☐ La pratique de MSF sur une femme étrangère résidant en France à l'étranger
    - ☐ La pratique de MSF sur une femme étrangère résidant à l'étranger dans un pays étranger

23. Selon vous, l'accouchement d'une femme mutilée comporte (plusieurs réponses possibles) :
    - ☐ Une indication médicale d'analgésie péridurale
    - ☐ Une indication médicale d'épisiotomie systématique
    - ☐ Un risque de césarienne majoré
    - ☐ Un risque de mortalité néonatale majoré
    - ☐ Un risque d'Hémorragie de la délivrance majoré
    - ☐ Un risque d'infection du post-partum majoré

24. Selon vous, quelle est la ou quelles sont les complication(s) à long terme des MSF (plusieurs réponses possibles) ?
    - ☐ Fistule vésico-vaginale
    - ☐ Fistule recto-vaginale
    - ☐ Stérilité
    - ☐ Dépression

3ème partie : Avez-vous connaissance du réseau visant à lutter contre les MSF ?

25. Connaissez-vous une association nationale de lutte contre les MSF ? Si oui laquelle ?

    _____

    _____

26. Connaissez-vous une association locale de lutte contre les MSF ? Si oui laquelle ?

    _____

    _____

27. Selon vous, que peut proposer une association de ce type ?
    - ☐ Formation initiale des professionnels au sujet des MSF
    - ☐ Formation continue des professionnels au sujet des MSF
    - ☐ Prise en charge des femmes victimes de MSF
    - ☐ Ressources documentaires
    - ☐ Actions de prévention et de sensibilisation

28. Citez trois types de professionnels pouvant être associés à la prise en charge d'une femme victime de MSF.

    _____

    _____

29. Savez-vous s'il existe un ou des centres de reconstruction en HN ? Si oui, le(s)quel(s) ?

    _____

    _____

30. Avez-vous déjà participé à une réunion d'information ou colloque sur les MSF ? Si oui quand ?

    _____

    _____

31. Est-ce que ce questionnaire a suscité des interrogations chez vous au sujet des MSF ? Si oui, lesquelles ?

    _____

    _____

    _____

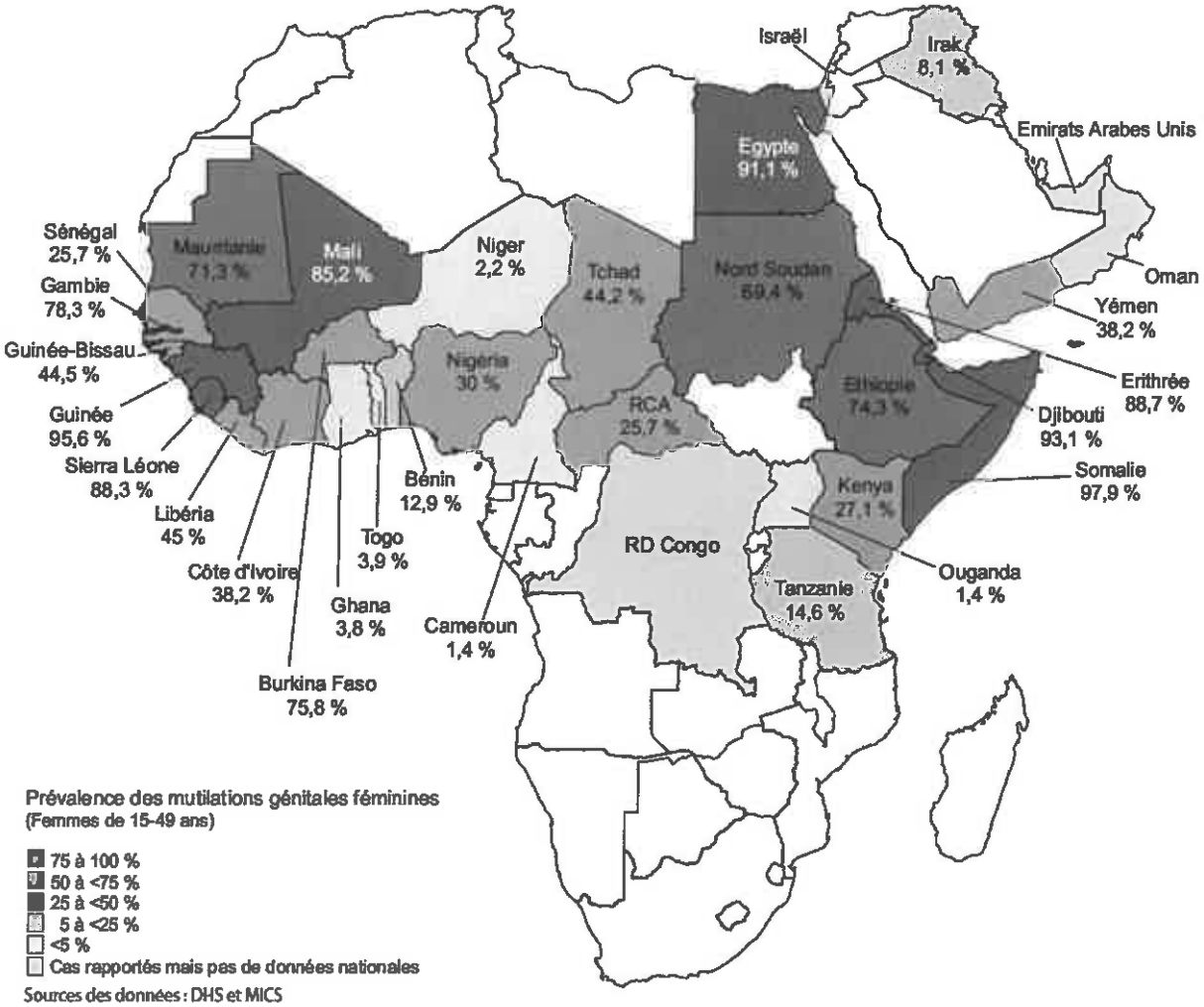
Annexe VII

Territoires de santé en Haute-Normandie définis par l'ARS en 2010



Annexe VIII

Carte relevant le pourcentage de femmes mutilées en Afrique GAMS Belgique



Annexe IX

Programme colloque 2007 Rouen

Les mutilations sexuelles féminines

Ouverture 1
Corinne BOURGEOIS
Directrice Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Haute-Normandie

PREMIERE SESSION : LES TYPES DE MUTATIONS SEXUELLES FEMININES

Données épidémiologiques et régionales 3
Isabelle GILLETTE-FAYE : Sociologue et Directrice du GAMS
Docteur Danièle BUGEON : GAMS de Rouen

Les différents types de mutilations sexuelles féminines 6
Richard BEDDOCK
Gynécologue obstétricien à l'hôpital Foch de Suresnes

Les conséquences psychologiques féminines des MSF 8
Khadija DIARRA
Psychologue clinicienne, Médecins du Monde

Approche socio-culturelle de l'excision 10
Jean-Luc NAHEL
Professeur d'anthropologie, Président de l'Université de Rouen

Expériences de terrain 12
Table Ronde 13

Questions de la salle 16

DEUXIEME SESSION : CONSEQUENCES ET PRISE EN CHARGE DES MSF

Les conséquences juridiques 19
Lucas PAILLARD
Juriste au Centre d'Information sur les Droits des Femmes et de la famille (CIDF) de l'Eure

Les complications médicales des mutilations 22
Serwan KOUTBCHI
Gynécologue obstétricien au CHU de Rouen et médecin légiste

Les techniques chirurgicales de réparation 24
Pierre FOURÉS
Chirurgien urologue, Clinique Louis XIV, Saint Germain-en-Laye

Questions de la salle 27

TROISIEME SESSION : « MAINTENANT QUE NOUS SAVONS, A QUOI NOUS ENGAGEONS-NOUS ? »

Table Ronde 31

Conclusion 35
Marion CAMPER Déléguée régionale aux Droits des Femmes

Rouen, le 22 janvier 2007

Annexe X

Plaquette « Protégeons nos petites filles de l'excision »





Pourquoi ces pratiques ?

ON DIT que les mutilations sexuelles féminines rendent les femmes plus fécondes...

FAUX

Les mutilations sexuelles féminines ne s'opposent pas à la fécondité, peuvent en certains cas la diminuer. Elles peuvent générer des accouchements, des complications majeures qui risquent d'entraîner la mort du nouveau-né et/ou de la mère.

ON DIT que les mutilations sexuelles féminines sont imposées par la religion...

FAUX

Aucune religion n'impose les mutilations sexuelles féminines. C'est une très ancienne pratique coutumière qui ne correspond au précepte d'aucune religion.

ON DIT qu'il faut assurer la pureté et la virginité d'une fille, ainsi que la fidélité d'une épouse...

EN PARTIE

La mutilation ne peut avoir aucune influence positive sur le comportement d'un être humain, qui relève uniquement de ses qualités d'esprit et de cœur.

ON DIT qu'il faut respecter coutumes et traditions...

IL FAUT AVANT TOUT RESPECTER LA VIE.

Certaines coutumes et traditions peuvent être bénéfiques pour la santé, par exemple l'allaitement maternel ou le port des vêtements sur la peau. Elles contribuent à l'épanouissement et doivent être encouragées.

En marche, d'autres coutumes et traditions comme les mutilations sexuelles féminines, ont de graves conséquences sur la santé physique et mentale. Elles entravent à la dignité, à l'intégrité et à la vie d'un être humain et tombent donc sous le coup de la loi.

Quelles sont les conséquences des mutilations sexuelles féminines ?



Les conséquences immédiates :

- une douleur intense, insupportable, accompagnée de peur d'angoisse et parfois d'un grave état de choc
- un saignement, qui peut être hémorragique et entraîner la mort
- des brûlures à l'émission des urines

Les conséquences ultérieures et à tout moment de la vie de la fillette ou de la femme mutilée :

- des infections urinaires, urinaires, gynécologiques, qui peuvent évoluer en septicémies et provoquer la mort ou entraîner une stérilité.
- des accouchements difficiles : une femme excisée ou infibulée est plus souvent qu'une autre en détresse au période, une femme infibulée et l'enfant à naître sont en danger de mort.
- la diminution ou la disparition de la sensibilité des organes génitaux et du simple l'insatisfaction sexuelle.
- des troubles sexuels très douloureux.
- de graves répercussions sur la santé mentale : anxiété, angoisse, dépression pouvant conduire au suicide.



Toutes ces souffrances sont inutiles et doivent être évitées.
En Afrique, des parents se sont aujourd'hui convaincus et refusent ces souffrances pour leurs filles.
Des comités de lutte contre les pratiques néfastes à la santé se sont constitués dans de nombreux pays africains. En France, des femmes et des hommes combattent ces pratiques.

N'hésitez pas à en parler à votre médecin, à votre centre de PMI, au service de planification et d'éducation familiale.

LA LOI FRANÇAISE

En France, la loi protège tous les enfants qui vivent sur son territoire, quelle que soit leur nationalité.

La loi française est applicable à toute personne vivant sur le territoire national.

Les peines prévues pour l'auteur d'une mutilation et pour la/les responsable/s de l'enfant mutilé sont définies par le code pénal, notamment :

- Les auteurs encourent une mutilation ou une infirmité permanente sont punis de dix ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende (article 222-9 ;
- Si la mutilation est commise sur un mineur de moins de quinze ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif, ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur, la peine encourue est de 20 ans de réclusion criminelle (article 222-10).

C'est ainsi que de nombreux parents et des belles-mères ont été condamnés en Cour d'assises, certains à des peines d'emprisonnement ferme.

Une action en justice peut être engagée 20 ans après la majorité de la victime c'est-à-dire jusqu'à ses 38 ans.

La loi française s'applique aussi lorsque la mutilation est commise à l'étranger.

Dans ce cas, l'auteur, qu'il soit français ou étranger, pourra être poursuivi en France à condition que la victime soit de nationalité française ou, si elle est étrangère, qu'elle réside habituellement en France (article 222-12-2 du Code Pénal).

LES LÉGISLATIONS AFRICAINES

En Afrique aussi, des lois interdisent les mutilations sexuelles féminines, notamment dans les pays suivants : Bénin, Burkina Faso, Centre Afrique, Côte d'Ivoire, Djibouti, Égypte, Ghana, Guinée Conakry, Kenya, Liberia, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Togo, Tanzanie...

LES CONVENTIONS INTERNATIONALES

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



- la Convention internationale sur les droits de l'enfant, ratifiée en Algérie le 6 septembre 1993 (article 24) ;
- la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, ratifiée en Algérie le 22 janvier 1984 (article 12) ;



- la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, ratifiée en Algérie le 21 octobre 1988 (article 4), et notamment le Protocole relatif aux droits des femmes en Afrique (Protocole de Maputo) qui en fait partie, déjà ratifié le 28 septembre 2005 par 15 États membres.

QUE FAIRE en cas de menace d'excision de fillettes ou d'adolescentes, en France ou à l'étranger ?

Toute personne, médecin ou simple citoyen, qui a connaissance d'un tel risque a l'obligation de signaler que cette fillette est en danger. L'abstention constitue une infraction pour non-assistance à personne en danger, sanctionnée par l'article 223-6 du Code pénal.

Pour cela, s'adresser soit :

- au procureur de la République du Tribunal de grande instance du lieu de résidence ;
- aux services sociaux et médico-sociaux, notamment le Service départemental de protection maternelle et infantile et le Service départemental de l'aide sociale à l'enfance.

Dans certains cas, le juge aux prestations sociales (aux allocations familiales notamment) pourra être saisi.



Des outils pour en parler

- « Le secret d'Anne. Pour en finir avec les mutilations sexuelles » Agnès Bassange et Elsa Prudhon. 5 mn. 2006. Témoignages et conseils complet. Texte d'accès pour comprendre et pré-venir l'excision. À lire dès 15 ans

- « Nos filles ne seront pas excisées » Ouvrage collectif. Edition GAMS. 2008.

- « Femmes africaines sous la couteau » Documentaire de 26 minutes réalisé par Lauriane Petitjean et sur une idée et avec la participation du GAMS. Un manuel du même titre, destiné aux enseignants des écoliers accompagne le film.

- « Le pari de Binta » Film de 17 minutes réalisé sur une idée et avec la participation de la GAMS Disponible en version française, soninké et anglaise, en cassette vidéo et en DVD.

- « Excision » une cassette audio disponible auprès de la GAMS avec le texte et en français et en quatre langues africaines, mais à la discussion et démontre que l'excision n'est pas une exigence de la religion musulmane

- « L'Afrique accuse? L'excision et les Droits de l'Homme » diaporama 24x24 « Des femmes et des lames » film de 54 minutes, réalisé en 1990.



Adresses utiles

[redacted]

Le GAMS est membre de la section française du Comité international sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants. Il prodigue l'information des femmes et la formation des professionnels sur les effets, notamment en matière de santé, de ces pratiques et les encourage

[redacted]

Le Service téléphonique anonyme et gratuit, ouvert tous les jours de 8 h à 19 h sauf

[redacted]

Le Service téléphonique anonyme et gratuit, 24 h/24 h

[redacted]

• Les délégations régionales et départementales aux droits des femmes et à l'égalité. Toutes les coordonnées sur : www.femmes-egalite.gouv.fr

Pour en savoir plus sur les actions de la mairie de Paris :
la délégation régionale interministérielle aux droits des femmes et à l'égalité
224, rue du Faubourg Saint-Martin - 75010 Paris
Tél. : 01 53 38 52 50 - Site : www.femmes-egalite.gouv.fr

• Permanence par téléphone - Tél. : 01 53 38 52 52 (de 9 h 30 à 12 h 30 et de 14 h à 17 h)

• Information régionale - Tél. : 01 53 38 52 52



Annexe XI

Plaquette « Agissons face aux MSF en Haute-Normandie »



Que faire ?

En cas de menace de mutilation sexuelle (confidence de la fillette, retour imminent ou mariage, dans le pays d'origine...) en France ou à l'étranger :

Signalez immédiatement la situation au Procureur de la République (art. 44 du Code de Déontologie des médecins) par Fax :

Rouen : 02 35 89 0[illegible]
Le Havre : 02 35 42 62 [illegible]
Dieppe : 02 35 84 42 3[illegible]
Évreux : 02 32 29 65 99
Bernay : 02 32 45 80-5[illegible]

En cas de mutilation sexuelle avérée de la fillette :

- Signalez les faits au Procureur de la République.
- Demandez conseil :
  voir les «Adresses utiles» ci-dessous.

SEINE-MARITIME

GAMS Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles
Rouen : 06 78 84 48 27 • Le Havre : 06 30 36 42 42

CIDFF Centre d'information sur les Droits des Femmes et des Familles
Information juridique
33, rue du pré de la bataille - 76000 Rouen
02 35 63 99 99
Point Vigie Violences Accueil et soutien psychologique aux femmes victimes de violences. 02 35 42 62 [illegible]

MFPF Mouvement Français pour le Planning Familial.
Accueil, information, contraception, IVG, violences, conseil conjugal, relations parents-enfants.
41, rue d'Elbeuf - 76000 Rouen • 02 35 70 20 [illegible]

CED Cellule Enfance en Danger (Aide Sociale à l'Enfance).
Hôtel du Département, Cours Clémenceau - 76100 Rouen
02 35 03 51 16

Médecine Préventive Universitaire
Pour les étudiants
Maison de l'Université
7, rue Lavoisier - 76821 Mont Saint Aignan
02 32 76 92 92

AHAM Association Havraise Accueil Médiation et Insertion
17, rue Ambroy - 76600 Le Havre • 02 35 42 32 20

ARIM Association Rouennaise d'Intégration des Migrants
24, rue Henri Dunant - 76000 Rouen • 02 35 60 [illegible]

EURE

CIDFF Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles
Information juridique
2, rue du Général Leclerc - 27000 Evreux
02 32 33 44 56

Cellule de recueil des informations préoccupantes (Aide Sociale à l'Enfance)
Hôtel du Département
Boulevard Georges Chauvin - 27000 Evreux
02 32 31 51 78

Maison de la Médiation et du droit
Médiation interculturelle, conseils juridiques
16, rue de Châteaubriand - 27000 Evreux
02 32 28 92 38

HAUTE-NORMANDIE

DRDFE Délégation Régionale aux Droits des Femmes et à l'Egalité
7, place de la Madeleine - 76000 Rouen • 02 32 76 86 [illegible]

FIA Femmes Inter Association
Interprétariat, médiation, écoute pour les populations immigrées, prévention
18, rue Jarvis - 76100 Rouen • 02 35 88 09 3[illegible]

ANAEM Agence Nationale de l'Accueil des Etrangers et de la migration. Information, prévention, assistance sociale
18, place de la Verrerie - 76100 Rouen • 02 32 18 09 94
et 06 46 57 34 55

Unité de prise en charge des femmes victimes de mutilations génitales
Information, prévention, sexologie, soutien psychologique, chirurgie réparatrice
Centre Hospitalier Universitaire de Rouen
Pavillon Femme, Mère et Enfant : 02 32 88 82 4[illegible]

NATIONAL

GAMS Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles
01 43 48 18 87 et 06 74 16 77 38

N° vert Enfance en Danger 119

La Loi française

Toute personne résidant en France, quelle que soit sa nationalité, est protégée par la loi.

Les mutilations sexuelles féminines sont interdites en France.

Elles constituent un crime.

Les auteurs sont poursuivis, même si l'infraction a lieu hors du territoire français (article 222-16-2 du Code Pénal).

Le médecin ou le simple citoyen a l'obligation de signaler les fillettes en danger
(article 223-6 du Code Pénal).

Les mutilations sexuelles recouvrent toutes les interventions pratiquées sur les organes génitaux féminins, pour des raisons autres que médicales.

Elles sont internationalement considérées comme des violations des Droits de l'Enfant et des Droits de la Femme.

Les mutilations sexuelles ont des conséquences psychologiques et sexuelles graves pour la victime (angoisses, absence de désir et/ou de plaisir sexuel, douleurs pelviennes intenses, rapports sexuels douloureux, infections, hémorragies, accouchement difficile...).

Agissons face aux mutilations sexuelles

en Haute Normandie

DRASS de Haute-Normandie

Annexe XII

Guide « Le praticien face aux MSF »



Ont participé à la rédaction de ce document

- les rédacteurs et rédacteurs du guide « La prise en charge des mutilations sexuelles féminines » (coordination « Gynécologie sans frontières »), à paraître sur ce site.
- la Direction générale de la santé

Ont été invités à relire ce document

- Le ministère de l'Intérieur, de l'Outre-mer et des collectivités territoriales (Délégation aux victimes)
- Le ministère de l'immigration, de l'intégration, de l'identité nationale et du développement solidaire (Direction de l'accueil, de l'intégration et de la citoyenneté)
- Le ministère de la justice (Direction des affaires criminelles et des grâces)
- Le ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville (Direction générale de la cohésion sociale, Service des droits des femmes et de l'égalité)
- Le ministère de l'éducation nationale (Direction générale de l'enseignement scolaire)
- Le ministère de la santé et des sports (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Délégation aux affaires européennes et internationales)
- L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)
- Le Conseil national de l'Ordre des médecins et le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes
- Le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF)
- Les associations : Gynécologie sans frontières (GSF), Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles (GAMS), Equilibres et Populations, Coordination pour l'abolition des mutilations sexuelles (CAMS)

I. Les mutilations sexuelles féminines (MSF)

1. Définition

Les mutilations sexuelles féminines désignent toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes sexuels externes des filles et des femmes ou toute autre mutilation de ces organes, pratiquée pour des raisons culturelles ou à toute autre fin thérapeutique. Les deux formes les plus répandues sont l'excision (avec ablation du clitoris et de la partie antérieure des petites lèvres) qui représente environ 80% des cas, et l'infibulation (excision complétée par la fermeture quasi-complète de l'orifice vaginal).

L'âge d'une mutilation sexuelle varie de la naissance à la puberté. Les MSF provoquent un traumatisme de la zone sexuelle qui peut être à l'origine de douleurs. Elles sont pratiquées essentiellement en Afrique (dans 28 pays), mais également dans certaines parties de l'Asie et du Moyen-Orient. Selon les pays, les mutilations sont réalisées à différents âges, soit avant la naissance et 10 ans, soit à la puberté ou juste avant un mariage. Différentes communautés réalisent ces MSF même dans des pays différents, comme à l'intérieur d'une même région ou entre des pays différents. Les MSF restent dans la plupart des pays africains un tabou et font l'objet de silence.

« Du point de vue des droits de l'homme, les MSF sont le reflet d'une inégalité entre les sexes profondément ancrées, et constituent une forme extrême de discrimination à l'encontre des femmes. Les MSF sont presque toujours pratiquées sur des mineures et constituent par conséquent une violation des droits de l'enfant. Cette pratique viole également les droits à la santé, à la sécurité et à l'intégrité physique de la personne, le droit à être protégé contre la torture et les traitements cruels, inhumains ou dégradants et le droit à la vie lorsque l'intervention entraîne la mort. » (Stopper les MSF – Déclaration non-exhaustive OMS 2008)

On estime à 130 millions le nombre de femmes excisées aujourd'hui dans le monde et chaque année 3 millions de fillettes en sont victimes. En France, entre 42 000 et 61 000 femmes excisées vivraient aujourd'hui. Les différences de prise en charge observées dans les différents pays des communautés excisées migrantes, sont analysées dans le rapport « Excision : Droit à la différence ou différence de droit ? » (Excision and Human Rights : Access and Change) publié par le Haut Commissariat aux Droits de l'Homme des Nations Unies et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en février 2008.

2. Conséquences

Les VSF ont des conséquences négatives sur la santé des femmes qui varient selon le type de VSF et l'âge auquel elle sont réalisées.

- Les conséquences immédiates sont une douleur intense, un choc et une hémorragie pouvant entraîner la mort. Des infections et atteintes musculaires des organes de voisinage (vessie, anus...)
- Les conséquences tardives sont fréquentes dans tous les types de VSF. En particulier en cas d'excision, on trouve par des troubles urinaires, une douleur, une gêne au moment des rapports sexuels. Les conséquences obstétricales sont à type de déchirure périnéale, de fausse couche, d'hémorragie de la délivrance. Il est augmenté le recours à la césarienne. Il est également à craindre de nouvelles excisions.
- Les VSF ont un impact sur la personnalité, se manifestant par des signes dépressifs, une anxiété, voire un syndrome de stress post-traumatique.
- Les conséquences psychologiques sont présentes dès que les âges auxquels ces mutilations sont pratiquées. Il est estimé que l'excision et les mutilations sont pratiquées généralement au moment de la puberté, comprenant, des signes d'anxiété, de dépression, d'irritabilité, une

II. Que dit la loi en France ?

1. Rappel de la loi et des sanctions

Les violences ayant entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de 8 jours sont punies de 3 ans d'emprisonnement (article 222-11 du code pénal) et récidivées jusqu'à 10 ans d'emprisonnement lorsqu'elle sont commises sur un mineur de 15 ans (article 222-12 du code pénal).

Les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente sont punies de 10 ans d'emprisonnement et de 150 000 € d'amende. Cette peine est portée à 15 ans de réclusion criminelle lorsqu'elle est commise sur un mineur de 15 ans et à 20 ans lorsque la mutilation est commise par un ascendant ou par toute personne ayant autorité sur la victime (article 222-9 et 222-10 du code pénal).

Les violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner sont punies de 15 ans de réclusion criminelle (article 222-7 du code pénal) et récidivées jusqu'à 20 ans de réclusion criminelle lorsqu'elle est commise sur un mineur de 15 ans (article 222-7 du même code).

La loi française stipule que l'acte commis à l'étranger à la victime est répréhensible par la, étrangère, et elle doit poursuivre en France. La victime peut porter plainte jusqu'à 20 ans après sa majorité, soit 38 ans, pour condamner des crimes devant la justice française (article 222-16-2 du même code).

2. Le rôle du professionnel de santé

Le professionnel de santé a l'obligation d'intervenir comme tout individu, en cas de risque immédiat, pour empêcher la réalisation d'une VSF et ne peut se retrancher derrière le secret médical :

- pour empêcher la réalisation d'une mutilation lorsqu'il en est informé dans le cadre professionnel, en application des articles conséquences (article 223-6 alinéa 1er du code pénal), décrète l'obligation d'empêcher un crime ou un délit contre l'intégrité corporelle) ;
- pour ne pas porter secours à une personne en danger (article 223-6 alinéa 2 du même code, décrète l'obligation de porter secours ou à non assistance à personne en danger).

3. La levée du secret professionnel

Le code pénal autorise la levée du secret professionnel dans certaines circonstances. Le code pénal précise désormais explicitement, dans un souci de clarification, à l'article 226-14 que le secret professionnel n'est pas applicable « à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris des mutilations sexuelles, dont il a connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ».

Le code de la santé publique précise les circonstances dans lesquelles le secret professionnel doit ou peut être levé. Plusieurs professionnels sont concernés :

- **Médecins :** l'article R. 4127-44 précise qu'un médecin doit mettre en œuvre les moyens dont il dispose les plus adéquats pour protéger une personne mineure de laquelle il est appelé et chez laquelle il constate des sévices ou de privations, lorsque
- **Sages-femmes :** l'article R. 4127-316 détermine les circonstances dans lesquelles il doit être levé (« le sage-femme doit mettre en œuvre les moyens dont il dispose les plus adéquats pour protéger une femme ou son enfant victime de sévices);
- **Infirmiers :** l'article R. 4312-7 détermine les circonstances dans lesquelles il doit être levé (l'infirmier doit mettre en œuvre les moyens dont il dispose les plus adéquats pour protéger un mineur victime de sévices).

4. La protection de l'enfance

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance prévoit que l'obligation de transmettre une information préoccupante concernant un mineur en danger ou risquant de l'être pour lequel a été saisi le président du conseil général (service de protection de l'enfance) ou le procureur de la République (art. L. 226-2-1 du code de l'action sociale et des familles).

Les centres de santé qui ont conclu à cet effet une convention avec le président du conseil général (Centre départemental de santé, Centre départemental d'éducation sanitaire) sont autorisés à déroger à l'obligation précédente au président du conseil général (Centre départemental de santé, Centre départemental d'éducation sanitaire). Ils ont en revanche l'obligation de tout mettre en œuvre pour que la mineure ne soit pas sortie du territoire.

III. Que faire pour le praticien face à une femme susceptible d'être concernée par une mutilation ?

Identifier si la femme a été victime d'une MSF pour améliorer sa prise en charge, lui proposer un accompagnement adapté et prévenir la survenue de cette pratique chez sa/ses fille(s).

1. Identifier une mutilation sexuelle féminine et aborder ce sujet en consultation

Il n'existe aucun signe spécifique à la femme. Au cours de la consultation, son corps et son esprit s'expriment. En France, les femmes excisées sont essentiellement originaires des pays d'Afrique de l'Ouest, d'Afrique de l'Est mais aussi d'Egypte. Il convient d'aborder le sujet avec les femmes ressortissantes de ces régions, même si toutes ne sont pas excisées. Le lieu de naissance de ces personnes n'est pas toujours d'un pays à risque et aucune alerte n'existe à ce jour.

2. Poser le diagnostic de MSF

Le diagnostic repose sur l'examen de la vulve. Les mutilations sexuelles sont définies par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui procède en 2008 à la classification suivante :

- Type 1 : Clitoridectomie : Ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce) ;
- Type 2 : Excision : Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres ;
- Type 3 : Infibulation : Rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par création et accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris ;
- Type 4 : Toutes les autres interventions néfastes pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques (par exemple : piercing, percement, incision, scarification et cautérisation).

3. Pourquoi aborder ce sujet en consultation ?

Il est recommandé d'annoncer que, lors de l'examen que vous venez de mener, vous avez remarqué que la femme est excisée ou a subi une excision (ne pas employer les mots « mutilation » ou « mutilée »)

Vous avez dépisté une MSF sur une de vos patientes. Vous abordez ce sujet avec elle pour :

- organiser une prise en charge adaptée aux conséquences médicales, obstétricales, psychologiques ou sexuelles qu'elle peut rencontrer ;
- prévenir la réalisation d'une excision chez la/les fille(s) de la femme en informant la femme (la mère) que ces pratiques sont interdites en France, y compris si elles sont réalisées dans un pays étranger.

Deux types de situations peuvent se présenter :

- vous avez suivi la femme régulièrement ou régulièrement (ex. suivi de grossesse) ; dans ce cas, il peut être préférable d'aborder le sujet au cours d'une prochaine consultation, après avoir établi une relation de confiance ;
- il n'est pas certain que vous la revoyez : dans ce cas, le sujet doit être abordé au cours de cette consultation, quel qu'en soit le motif.

Vous pouvez demander à la femme de préciser les conditions dans lesquelles la mutilation a été réalisée afin de lui proposer un accompagnement adapté.

4. Quel accompagnement et quel traitement proposer ?

Vous mettez à disposition de manière à rédiger d'éventuels certificats établis à la suite de : l'examen des lésions et de leur nature, des déclarations de la mineure concernée ? Vous pouvez à la fois évaluer la situation de la mineure et des actions de la famille, les possibilités de prise en charge médicale, chirurgicale, psychologique du mineur et l'orienter vers une équipe pluridisciplinaire si nécessaire. (*cf. « Pour en savoir plus »*).

Sachez que dans tous ces cas vous pouvez recourir à des techniques chirurgicales (plastie de vulve) de déstockage, désobstruction, désadhérences en cas de dyschésie ou de troubles mictionnels).

Quelle que soit la technique envisagée, la prise en charge sera pluridisciplinaire associant un médecin ou un chirurgien, un psychologue qui évaluera le traumatisme passé et les conséquences possibles sur la vie avec la famille, un psychologue qui évaluera les actions éducatives, un travailleur social et un juriste.

5. Comment prévenir les risques de MSF ?

Le médecin traitant de famille joue un rôle particulièrement important dans la prévention de nouveaux excès. Toute consultation constitue un moment propice pour informer la famille, le couple que les mutilations sont interdites et que des poursuites peuvent être engagées à une mutilation est commise dans un pays étranger, en particulier à l'occasion des périodes de vacances.

Sur des affiches médicales vous pouvez sur la salle d'attente.
N'hésitez pas à regarder régulièrement les messages de prévention, à remettre des documents d'information à orienter vers les associations spécialisées présentes au sein tissu du vaccins, à informer de nouvelles organisées sur ces sujets et en aviser dans votre région.

Cas particulier
Si une famille demande à être aidée pour protéger une fillette d'un risque d'excision (notamment à l'occasion d'un voyage dans leur pays d'origine), il est possible d'établir un certificat de non excision (ce document ne constitue pas un document juridique).

IV. Quelle conduite à tenir face à une mineure victime ou menacée de MSF ?

Dans le cadre de la surveillance médicale régulière des enfants, que ce soit en service de suivi ou en service de protection maternelle et infantile, les visites systématiques sont l'occasion pour le médecin de réaliser un examen clinique complet et de vérifier l'intégrité des organes génitaux. Elles permettent également de rappeler régulièrement les messages de prévention aux parents.

Le diagnostic de MSF est le plus souvent fait chez l'enfant. Toutefois, certains diagnostics d'élimination peuvent se poser : malformations des petites lèvres (*cf. annexe*) une cicatrice précédente et on doit toujours vérifier si il s'agit d'un excision) ou des lésions dues à un viol (*cf. annexe*). En cas de doute, il faut faire appel à une équipe pluridisciplinaire.

En présence d'adolescentes issues de pays dans lesquels se pratiquent les MSF, toute consultation, quel qu'en soit le motif, constitue un moment opportun pour aborder le sujet (certificat d'excision au besoin, demande de consultation...) et proposer un examen clinique.

1. Vous découvrez qu'une mineure a été mutilée

Vous devez informer le plus rapidement possible le Procureur de la République du tribunal de grande instance du lieu de résidence habituel du mineur ou tout moyen : télécopie (conservez le reçu de votre télécopie) ou courrier en recommandé avec accusé de réception du contenu (secret professionnel partagé).

Certaines techniques, comme la ré-infibulation, sont réalisées pendant l'accouchement.

Quelle que soit la technique envisagée, la prise en charge sera pluridisciplinaire associant un médecin ou un chirurgien, un psychologue qui évaluera le traumatisme passé et les conséquences possibles sur la vie avec la famille, un psychologue qui évaluera les actions éducatives, un travailleur social et un juriste.

En pratique
Il est recommandé d'effectuer le signalement sous forme d'un document écrit, éventuellement faxé, de garder un double de ce document.
http://www.conseil-national.medecin.fr

Vous pouvez adresser une copie du signalement au président du conseil général (médecin de la Cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation. L'information de cette dernière doit être faite par tout moyen : téléphone (conservez le nom de votre interlocuteur et la date de l'appel), fax...

En pratique
Il est recommandé de transmettre les éléments concernant la/les information(s) préoccupante(s) sous forme d'un document écrit, éventuellement faxé, et d'en garder un double.
http://www.travail-solidarite.sante.fr > Guide pratique Protection de l'enfance : la cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation.

2. Vous recueillez une information susceptible de laisser craindre qu'une enfant se trouve en situation de risque de mutilation.

- La situation nécessite une protection judiciaire sans délai.
  Vous devez informer sans délai le Procureur de la République du tribunal de grande instance du lieu de résidence habituel du mineur.
- La risque existe mais n'est pas imminent (un voyage est prévu dans quelques mois dans le pays d'origine des parents et de futures victimes sont visées).
  Vous devez informer sans délai la Cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation. Celle-ci réalisera une évaluation de la situation puis prendra une décision (classement sans suite, protection administrative ou saisine du parquet). Vous pouvez aussi en informer directement le Procureur de la République du tribunal de grande instance du lieu de résidence habituel du mineur.

En pratique
Il est recommandé d'effectuer le signalement et/ou de transmettre les éléments concernant la/les information(s) préoccupante(s) sous forme d'un document écrit, éventuellement faxé, et d'en garder un double.
http://www.conseil-national.medecin.fr > rubrique Déontologie
http://www.travail-solidarite.sante.fr > Guide pratique Protection de l'enfance : la cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation)

V. Quelle conduite à tenir face à une femme majeure victime ou menacée de MGF ?

Le signalement peut être fait à l'autorité judiciaire dans le cadre d'une consultation avec une femme majeure qu'avec le consentement de celle-ci.

En pratique
Le signalement doit être adressé au Procureur de la République du tribunal de grande instance du lieu de résidence habituel de la personne par tout moyen : téléphone (dans ce cas, conservez le nom de votre interlocuteur et la date de l'appel), fax, etc.

Il est indispensable que vous puissiez constituer votre propre annuaire de ressources au niveau local pour pouvoir intervenir rapidement devant une situation d'urgence en indiquant les coordonnées (téléphone, fax, adresse mél...)

Téléphone, fax, mél

Du tribunal de grande instance (numéro de permanence) permettant de joindre en urgence le Parquet (Procureur ou substitut du procureur)

De la cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation du Conseil général (ou, à défaut, du médecin du service de PMI)

Du commissariat de police ou de la brigade de gendarmerie (au moins de la liste des magistrats de permanence et de leurs coordonnées téléphoniques)

Du conseil départemental de l'ordre des médecins (ou des sages femmes)

Des Associations (GAMS, CAMS, MFPF...) implantées dans votre département, votre région ou au niveau national

Autres coordonnées utiles...

Pour en savoir +

Sites institutionnels

Ministère chargé de la santé
- www.sante.gouv.fr
  > Les dossiers de A à Z > Droits des femmes > Mutilations sexuelles féminines

Ministère chargé du travail et de la solidarité
- www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/femmes-egalite/femmes-immigration
- www.travail-solidarite.gouv.fr/
  > Publications > Documentation
- www.stop-violences-femmes.gouv.fr/

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)
- www.inpes.sante.fr/guides_carnets/guide_carnets.asp

Site de prévention pour la santé des migrants en France
- www.ilsemaprouteux.com
  > Pages 235 et suivantes

Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances
- www.acsee.fr

Organisation mondiale de la santé (OMS)
- www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/fr/index.html

Numéros et adresses utiles

Numéro d'appel national destiné aux victimes et aux témoins de violences conjugales
- 3919

Observatoire de l'enfance en danger » (ONED)
- www.oned.gouv.fr

Allo Enfance en danger
- 119

Conseil national de l'Ordre des médecins
- www.conseil-national.medecin.fr > Espace « Code de déontologie »

Associations

Groupe femmes pour l'abolition des mutilations sexuelles (GAMS)
- http://pagesperso-orange.fr/.assoc.gams/

Gynécologie sans frontières (GSF)
- www.gynsf.org

Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles (CAMS)
- www.cams-ffpf.org

Mouvement français pour le planning familial (MFPF)
- www.planning-familial.org

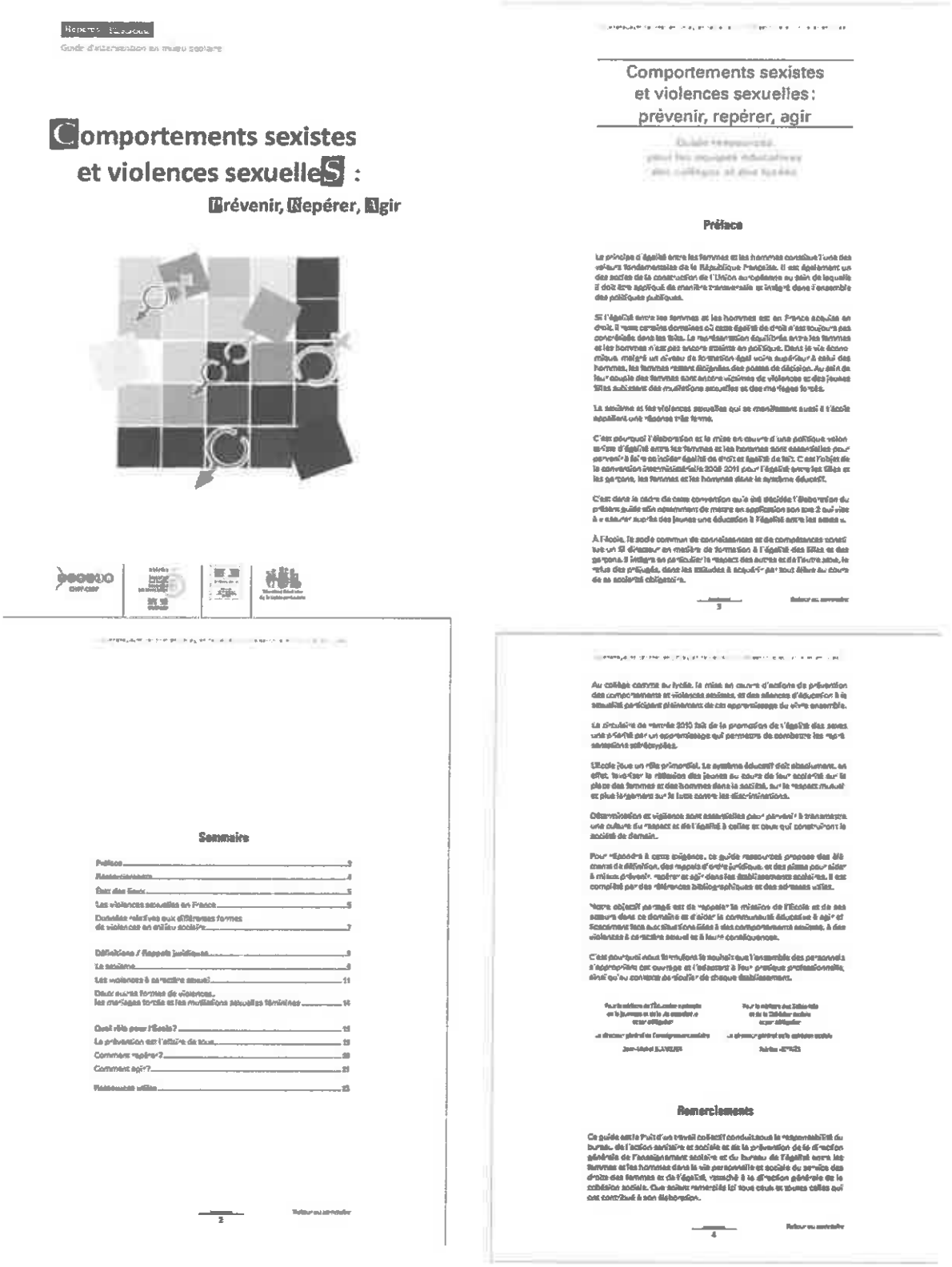
Equilibres et Populations
- www.equipop.org

Sociétés savantes

Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF)
- www.cngof.asso.fr

Annexe XIII

Guide « Comportements sexistes et violences sexuelles : prévenir, repérer, agir »



Comportements sexistes et violences sexuelleS :

Prévenir, Repérer, Agir

Comportements sexistes et violences sexuelles : prévenir, repérer, agir

Préface

Sommaire

Remerciements

État des lieux

Les violences sexuelles en France

La proportion de personnes ayant subi des agressions sexuelles au cours de leur vie est mieux connue depuis quelques années grâce à plusieurs enquêtes scientifiques menées auprès d'échantillons représentatifs de la population. De l'enquête Enveff menée en 2000 à l'enquête conjointe de la sexualité en France (CSF, menée en 2006), les déclarations de violences sexuelles ont évolué. Nathalie Bajos et Michel Bozon nous en expliquent les raisons qui tiennent principalement dans le fait que ces violences sont de moins en moins tues.

Dans l'enquête CSF, 18 % des femmes et 5 % des hommes déclarent avoir subi des rapports forcés ou des tentatives de rapports forcés au cours de leur vie (8,8 % des femmes déclarent des rapports forcés et 9,1 %, des tentatives, et respectivement 1,5 % et 3 % des hommes). Les femmes de 25 à 49 ans et les hommes de 40 à 49 ans sont plus nombreux que les autres à en déclarer (tableau 1). Une question était posée sur l'âge au moment de l'agression. Dans toutes les générations, les personnes indiquent des premiers rapports forcés ou tentatives qui se produisent majoritairement avant 18 ans.

Tableau 1 – Taux d'agressions sexuelles au cours de la vie par âge et par sexe (en %)

	Femmes		Hommes	
	Rapports forcés	Rapports forcés ou tentatives	Rapports forcés	Rapports forcés ou tentatives
18-24	2,6	4,0	0,4	1,2
25-29	3,5	5,7	0,2	1,0
30-34	1,8	2,4	0,4	1,0
35-39	1,2	2,8	1,1	1,6
40-49	2,2	4,1	2,1	2,1
50-59	1,0	2,2	0,6	1,0
60-69	0,5	1,8	0,2	1,3
Total	1,1	2,2	0,8	1,2

Lire : 1 726 femmes et 1 697 hommes de 18 à 69 ans ont déclaré avoir subi un rapport forcé au cours de leur vie, soit 2,6 % et 2,5 % de ces deux groupes de sexe. Source : Nathalie Bajos, Michel Bozon, et al., Enquête sur la sexualité en France : pratiques sexuelles et santé, 2008, p. 445.

Les rapports forcés avant 18 ans sont davantage liés aux valeurs de société. Relation familiale, école, premiers flirts, alors que ceux qui se produisent plus tard sont assez logiquement marqués par l'univers du couple et du

Retour au sommaire

travail (tableau 2). Ainsi les femmes de plus de 40 ans qui ont eu un premier rapport forcé après 18 ans déclarent dans 35 % des cas que l'auteur de l'agression était un conjoint ou un partenaire. Celles qui ont connu un épisode de violence sexuelle avant 18 ans désignent principalement leur père, beau-père ou une personne de la famille (27 % des cas), voire des personnes connues d'elles (31 %). À signaler que les agresseurs inconnus restent toujours une minorité (17 %), et que leur proportion décroît dans les générations les plus récentes.

Tout à l'âge adulte que pendant l'adolescence, la violence sexuelle est distincte par des personnes de toutes les catégories sociales.

En réponse à la question « En avez-vous parlé à quelqu'un ? », 46 % des femmes et 62 % des hommes ayant subi l'un de ces actes disent n'en avoir parlé à personne avant l'enquête. C'est dans la génération la plus ancienne (les femmes de 50 à 69 ans, et les hommes de 50 à 69 ans) que les personnes en ont le moins parlé à quelqu'un (respectivement 33 % et 39 %). En revanche, dans les plus jeunes générations, par exemple chez les femmes de 18 à 24 ans, 71 % en ont déjà parlé, ce qui indique une modification de la sensibilité, sans doute liée aux campagnes d'information et à l'inscription de la violence contre les femmes dans l'agenda politique.

Tableau 2 – Auteur de la première agression sexuelle dans l'enquête de 2006 et augmentations des déclarations par rapport à 2000.

	Femmes		Hommes ayant	
	Répartition des auteurs	Augmentation par rapport à 2000	Répartition des auteurs	Augmentation par rapport à 2000
Conjoint, partenaire	17	1,4	26	2,1
Père, beau-père, autre parent	8	0,8	8	4,1
Autre membre de la famille	19	2,5	12	3,9
Autre personne connue	32	1,7	35	2,5
Personne de l'institution	5	1,2	2	1
Inconnu	24	1,2	12	3,1
Ensemble	100	1,7	100	2,6
Effectif	320		415	

Lire : parmi les 25 à 69 ans ayant eu des rapports forcés au cours de leur vie, 17 % des femmes de 25 à 69 ans qui déclarent avoir subi des rapports forcés dans l'enquête de 2006, 1,4 % de ces agressions sont le fait de leur conjoint, et les agressions de ce type ont été déclarées 2,5 fois plus en 2006 qu'en 2000. Source : Nathalie Bajos, Michel Bozon, et al., Enquête sur la sexualité en France : pratiques sexuelles et santé, 2008, p. 446.

Retour au sommaire

La comparaison entre l'enquête CSF de 2006 et l'enquête Enveff de 2000 fait apparaître que la hausse des faits déclarés ne correspond pas une augmentation de la fréquence des agressions, mais à une plus grande propension à les déclarer. Parmi les femmes ayant entre 20 et 24 ans en 2000, 5,3 % en avaient déclaré avoir subi des tentatives de rapports forcés ou des rapports forcés, contre 12,4 % en 2006 et 1,4 % en avaient déclaré avoir subi des rapports sexuels forcés, contre 7,8 % en 2006. L'évolution spectaculaire des déclarations d'agressions sexuelles enregistrées ces dernières années dans les enquêtes scientifiques auprès de la population traduit l'amplification du rejet de cette forme démesurée de violence interpersonnelle et sa mise en banalisation.

La reconnaissance sociale de ces violences contribue à une modification du seuil de rejet à l'égard des agressions sexuelles. Les femmes tendent aujourd'hui à appréhender comme des agressions des événements qu'elles n'auraient pas considérés auparavant comme tels. Par ailleurs elles ont plus de facilité à en parler.

Quelques pistages aux différentes formes de violences en milieu scolaire[1]

L'enquête SNVS concernant les différentes formes de violences subies par les élèves en milieu scolaire, quels que soient leurs auteurs. Une analyse statistique permet sur les données annuelles fait apparaître les résultats suivants.

La violence en milieu scolaire est un phénomène mixte, qui se déroule majoritairement entre personnes de même sexe. 60 % des incidents graves enregistrés dans l'enquête SNVS sont commis entre garçons uniquement (tableau 3). Près d'un acte sur cinq a pour auteur(s) un ou plusieurs garçons et chaque victime[2] une ou plusieurs filles[3]. Enfin, 12,5 % des incidents graves impliquent uniquement des personnes de sexe féminin.

Au total, les trois quarts des violences déclarées par les élèves sont le fait exclusivement des garçons et sont victimes dans 68,7 % des actes enregistrés. Les filles sont les auteures exclusives de 13 % des violences, mais elles sont victimes dans un tiers des actes.

1 – Les résultats présentés à cette page de l'enquête SNVS, système d'information et de pilotage sur la sécurité scolaire, ont été produits à la rentrée 2007 dans un guide à destination des chefs d'établissements publics du second degré.

Retour au sommaire

Tableau 3 – Incidents graves déclarés selon le sexe des auteurs et des victimes (en %)

Sexe des auteurs / Sexe des victimes	Garçons	Filles	Personnes mixtes	Inconnu	Total
Garçons	59,9	10,7	2,5	0,7	73
Filles	2,7	12,5	0,7	0	16
Mixte	1,8	1,8	0,5	0	4
Inconnu	2,1	1,1	0,4	0,3	4
Total	68,7	26,6	3,9	1,0	100

Source : DEPP – enquête SNVS, année scolaire 2006-2007.
Champ : ensemble des établissements publics du second degré, métropole et DOM.

Les violences graves subies par les élèves sont très majoritairement des agressions physiques (tableau 4). Cela est particulièrement vrai pour les garçons (les trois quarts des incidents graves dont ils sont victimes sont physiques). Pour les filles victimes, cette proportion est un peu moindre (57,7 %). En revanche, celles-ci sont relativement plus souvent concernées par des violences à caractère sexuel (11,7 % des actes déclarés contre moins de 1 % pour les garçons) et des violences verbales (12 % contre 6 %).

Les élèves victimes de violences graves subissent essentiellement des agressions de leurs pairs. 82 % des incidents graves déclarés ayant pour victime un ou plusieurs élèves ont été commis par des élèves aux mêmes. Environ 17 % de ces violences mêlent d'autres personnes, extérieures à l'établissement ou inconnues. Le reste, soit 1 % des actes commis sur des élèves, a été le fait des adultes travaillant dans l'établissement.

Tableau 4 – Nature des incidents graves subis par les élèves (en %)

	Violences physiques sans arme	Violences physiques avec arme	Violences verbales	Vols avec violence	Autres	Total
Garçons	72,6	2,8	6,1	14,0	4,5	100
Filles	57,7	1,8	12,1	6,8	11,5	100

Lire : parmi les actes « happy slapping » déclarés par les garçons victimes, 72,6 % ne font pas intervenir d'arme et 2,8 % font intervenir une arme blanche.
Source : DEPP – enquête SNVS, année scolaire 2006-2007.
Champ : ensemble des établissements publics du second degré, métropole et DOM.

Retour au sommaire

Définitions/Rappels juridiques

Le sexisme

Qu'est ce que le sexisme?

« Le sexisme est l'acte de discrimination fondé sur le sexe et mettant comme équivalent au machisme, à la phallocratie, à la misogynie et à la misandrie. » (Paul Robert)

Ce terme recouvre donc des traditions culturelles, des comportements et des représentations mais aussi des idéologies qui posent une différence de sexe et de dignité entre l'homme et la femme.

Le sexisme désigne un rapport social de domination basé sur le sexe et mettant en œuvre des mécanismes de hiérarchisation sociale, morale, politique, religieuse, philosophique, économique, qui impose des normes de comportements aux deux sexes, et dont les deux sexes peuvent également souffrir.

Autrement dit le sexisme se caractérise par le fait d'être discriminé en fonction de son sexe. La base est une différence biologique. Le concept de genre, par opposition au sexe, renvoie à la construction sociale des différences entre hommes et femmes. Il se réfère à la répartition des rôles masculins et féminins dans une société donnée, à un moment donné.

La notion de sexisme recouvre toutes les expressions et les comportements qui intègrent, différencient et discriminent le plus souvent les femmes. La forme la plus courante est celle plaisantine, commerciale sexiste, langage sexiste ou visuelle (publicité, vidéo clips, pornographie). Perçue comme certaines formes sont répandues et quotidiennes, on ne les perçoit plus comme du sexisme.

Le sexisme est une discrimination qui met à mal le principe d'égalité. Des inégalités et discriminations sexistes subsistent malgré des avancées importantes, tant au niveau national qu'international.

> Jouer sexiste est basé sur le respect de soi et des autres, il est dangereux de laisser passer une blague des comportements sexistes, y compris des petites qui paraissent inoffensives parce qu'elles sont passées dans le langage courant. Dire à son fils que l'on perd de vaut, chercher à la chaîne, à s'habiller en respect de fond, ce sont des exemples qui peut amener à rester, un jour ou l'autre, à d'autres formes plus graves de violences.

Ainsi les articles 225-1 et 225-2 du code pénal soulignent que « constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes à raison de leur origine, leur sexe, de leur situation de famille, de leur grossesse, de leur état de santé, de leur orientation sexuelle... »

Les violences à caractère sexuel

Qu'appelle-t-on violences à caractère sexuel?

Les violences à caractère sexuel recouvrent toutes les situations où une personne cherche à imposer à autrui un comportement sexuel, réduisant l'autre à l'état d'objet. Ces violences peuvent prendre diverses formes. Les propos sexistes, les frôlements trop insistants, le harcèlement, l'exhibitionnisme, le chantage, les menaces, la chantage affectif ou même l'utilisation de la force pour parvenir à ses fins, du baiser forcé aux viols jusqu'au viol.

Ces comportements sont inacceptables et réprimés par la loi, car ce sont des rapports de pouvoir et de domination qui vont à l'encontre de l'égalité et du respect de l'intégrité physique et psychique des personnes, bases fondamentales de tout rapport humain.

Quel que soit le mode de ces agressions ou agressions (attouchements, caresses, exhibition, pornographie, tentative de viol, viol...), aucune n'est anodine, et des faits qui peuvent être considérés comme mineurs par les adultes sont vécus de façon dramatique par les enfants ou les adolescents. Ces violences sont inacceptables qu'elles ne sont pas tolérables et traitées, d'entraîner des conséquences dramatiques, quel que soit l'âge de la victime.

Pour les personnes qui les subissent au delà des conséquences physiques graves sur le développement et l'état général de la santé, elles entraînent des ravages psychologiques plus ou moins importants avec tendance à la dévalorisation de soi, à la culpabilité, à l'inhibition, à la perte de confiance de soi et dans les autres, pouvant mener jusqu'à la dépression voire au suicide.

C'est pourquoi les lois établissent des règles de vie entre les individus, y compris dans le domaine de la sexualité, on les retrouve dans le code civil.

Le code pénal sanctionne et réprime les violences sexuelles. Il concerne en particulier la protection des mineurs, les violences et l'exploitation sexuelles, l'atteinte à la pudeur...

Que dit la loi?

En 1989, la Convention internationale des droits de l'enfant, adoptée sous l'égide de l'ONU, reconnaît dans son article 34 le droit des enfants à être protégés contre toutes les formes d'exploitation et de violence sexuelles.

3 – La terme « viol » correspond aux « actes de [illegible]

Que dit la loi?

Depuis quelques décennies d'années, dans de nombreux pays du monde, la perception de l'égalité des sexes a fortement évolué.

Le 10 décembre 1948, l'article 1 de la Déclaration universelle des droits de l'homme rappelle que « tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits » et confirme, dans l'article 2, que « chacun peut se prévaloir de tous les droits et toutes les libertés sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion ... »

En 1979, la convention CEDEF (CEDAW en anglais, plus connue sous ce terme) - convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, est adoptée par les Nations unies et ratifiée par la France. Elle est le premier traité international à définir la discrimination à l'égard des femmes. Elle envisage la promotion de l'égalité dans l'ensemble des droits humains, civils, politiques, sociaux, économiques et de nationalité, en autorisant des mesures temporaires d'actions positives en faveur des femmes qui permettent de dépasser les inégalités de fait.

En France, les textes officiels reconnaissent les principes fondateurs de l'égalité entre les sexes.

Ordonnance du 21 avril 1944, accorde le droit de vote aux femmes (en clair, qu'elles soutiennent pour la première fois le 29 avril 1945).

À partir de 1965, la loi réformant le régime matrimonial de 1804 permet à la femme de gérer ses biens, d'ouvrir un compte en banque et d'exercer une profession sans l'autorisation de son mari.

Au sein de la cellule familiale, instituant en 1970 la première réforme importante faisant avancer l'égalité des sexes, pendant la durée du mariage, les deux parents exercent en commun l'autorité parentale.

En 1987, puis en 2002, la loi réformant l'autorité parentale prévoit une même disposition en cas de séparation, voire de divorce. Les parents doivent bénéficier des mêmes informations de la part de l'institution scolaire.

Dans le domaine du travail, en particulier depuis la loi du 23 mars 2006 relative à l'égalité professionnelle entre les sexes, les mesures législatives appellent l'interdiction de la discrimination en matière d'embauche, l'obligation faite aux employeurs de l'égalité de traitement et de rémunération de carrière et la prévention du harcèlement sexuel.

Dans la vie politique, la loi du 6 juin 2000 est votée pour favoriser l'égal accès des femmes et des hommes aux mandats électoraux et fonctions électives.

Depuis la loi du 30 décembre 2004, sont désormais sanctionnées de la même manière les injures racistes et les injures proférées envers une personne ou un groupe de personnes en raison de leur sexe ou de leur orientation sexuelle.

Les actes relatifs à l'inceste avec un(e) mineur(e), à la pédophilie et à toutes les formes de violence sexuelle constituent des crimes et des délits très sévèrement réprimés par le code pénal.

« Toute atteinte sexuelle commise par une personne de sexe féminin ou masculin avec violence, contrainte, menace ou surprise constitue une agression sexuelle (article 222-22).

« L'agression sexuelle la plus grave est le viol.

Le viol est un acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit (pénétration vaginale, anale, au moyen d'un organe sexuel, d'un doigt ou d'un objet ou encore un acte de pénétration buccale par un organe sexuel) commis sur la personne d'autrui, sans son consentement (article 222-23).

« Le viol est un crime qui fait encourir à son auteur 15 ans, voire 20 ans de réclusion criminelle dès lors qu'une circonstance aggravante est retenue. 30 ans lorsqu'il a entraîné la mort de la victime. Il est puni de réclusion criminelle à perpétuité lorsqu'il est précédé, accompagné ou suivi d'actes de torture ou de barbarie (articles 222-24 à 222-26).

« Les autres violences sexuelles sont [illegible]

Elles concernent les agressions sexuelles sans acte de pénétration, mais imposées par la force, la menace, la contrainte, la surprise (article 222-27).

Les agressions sexuelles sans violence, commises, menace ou surprise commises par un(e) majeur(e) sur un(e) mineur(e) de moins de 15 ans ou par un majeur ayant la qualité d'ascendant ou de personne ayant autorité sur un mineur de moins de 18 ans constituent également un délit (articles 227-25 à 227-27).

C'est aussi le cas de l'exhibition sexuelle imposée à la vue d'autrui dans un lieu accessible aux regards du public et le fait de fréquenter habituellement ou de fait de harceler autrui dans le but d'obtenir des faveurs de nature sexuelle (articles 222-32 et 222-33).

La loi n° 2018-703 du 3 août 2018, adoptée le 31 mai 2018, prévoit que le consentement sexuel requiert de la différence d'âge entre une mineure et majeur, et de l'autorité qui l'accompagne. Le viol et l'atteinte sexuelle sont ainsi mieux punis lorsqu'ils sont commis sur des mineurs de 15 ans.

De plus, les peines encourues [illegible] sexuelles, atteintes sexuelles [illegible] d'exhibitionnisme [illegible] sont aggravées, notamment lorsqu'elles sont commises au sein de la famille ou par personne ayant autorité sur la victime, ou par toute autre personne, y compris s'il s'agit d'un concubin, d'un membre de la famille ayant sur la victime une autorité de fait ou de droit.

La loi prévoit même un délit de viol et d'agression sexuelle sur mineur de 15 ans commis par un majeur de moins de 5 ans d'écart, si cet écart n'est pas apparent.

Par ailleurs, le législateur a également prévu les cas dans lesquels les agressions sexuelles constituent :

- des actes commis contre un mineur de 15 ans en utilisant un moyen de communication électronique (article 227-22-1) ;
- le fait, en vue de sa diffusion, de fixer, d'enregistrer ou de transmettre l'image ou la représentation d'un mineur lorsque cette image ou cette représentation présente un caractère pornographique (article 227-23) ;
- le fait, soit de fabriquer, de transporter, de diffuser par quelque moyen que ce soit un quelconque message à caractère violent ou pornographique ou de nature à porter gravement atteinte à la dignité humaine, soit de faire commerce d'un tel message lorsque ce message est susceptible d'être vu ou perçu par un mineur (article 227-24).

La « loi Schiappa » du 3 août 2018 renforce la répression des violences sexuelles, en créant notamment l'outrage sexiste (article 222-33-1).

Les tentatives d'agressions sexuelles sont punissables des mêmes peines que les agressions sexuelles (article 222-31).

À savoir

Une personne victime de viol agravé durant sa minorité peut porter plainte jusqu'à l'âge de 38 ans, les délais de prescription étant ces plus longs étant de 30 ans à compter de la majorité. Ces délais sont de 12 ans à compter de la majorité pour les autres agressions sexuelles aggravées. Ils sont de 3 ans à compter des faits lorsque la victime est majeure au moment des faits.

En raison du silence qui entoure ce phénomène, il est difficile de chiffrer de manière précise. Selon les estimations de certaines associations spécialisées, 70 000 jeunes filles âgées de 10 à 18 ans seraient menacées de mariages forcés en France et dans six départements du Nord, l'Oise, la Seine-Maritime, l'Eure, le Rhône et les Bouches-du-Rhône.

Les mariages forcés portent atteinte à plusieurs libertés, mais ceux qui les subissent ou sont susceptibles de les subir bénéficient également d'une protection spécifique. Depuis 2010, le législateur a pour objectif de protéger les plus fragiles des comportements contraires à la dignité de la personne humaine. Rappelons enfin l'action menée par la législation en ce sens, puisque depuis 2006, les jeunes femmes et les jeunes hommes qui ne peuvent contracter mariage avant dix-huit ans révolus.

Que dit la loi?

En France, le mariage exige le consentement mutuel, libre et volontaire des futurs époux. Seul le mariage civil, célébré par un officier de l'état civil, est légalement reconnu. Il doit obligatoirement intervenir avant un éventuel mariage religieux ou traditionnel. S'il est prouvé que l'un ou les époux ont été contraints à se marier, le mariage peut être annulé.

L'âge légal du mariage

La loi du 4 avril 2006 a mis fin à une différence existant depuis 1804 entre les hommes et les femmes, en portant l'âge minimal légal du mariage pour les femmes de 15 à 18 ans, comme il était déjà le cas pour les hommes. L'article 144 du code civil prévoit désormais que « l'homme et la femme ne peuvent contracter mariage avant dix-huit ans révolus ».

Ce alignement de l'âge légal du mariage pour les filles sur celui de la majorité civile, comme pour les garçons, n'a pas pour seul but de rétablir l'égalité entre les deux devant le mariage. Il vise surtout à lutter plus efficacement contre les mariages contraints d'enfants mineurs.

La loi adoptée le 9 juillet 2010, relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants, fait de la contrainte à conclure un mariage ou une union une circonstance aggravante des violences commises dans ce but. Cette loi instaure par ailleurs une ordonnance de protection que le juge aux affaires familiales peut délivrer en urgence lorsque des violences sont exercées au sein du couple, ou par des personnes menaçant de mariage forcé.

---

1 – Selon le Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de la lutte contre les discriminations, 70 000 jeunes filles âgées de 10 à 18 ans seraient menacées de mariages forcés en France et dans six départements du Nord, l'Oise, la Seine-Maritime, l'Eure, le Rhône et les Bouches-du-Rhône.

2 – Loi n° 2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs.

Deux autres formes de violences : les mariages forcés et les mutilations sexuelles féminines

Le principe de la dignité de la personne humaine inclut l'intégrité physique interdit de combattre toutes les formes de violences. Une politique de lutte contre les violences ne peut en oublier aucune. Si la tradition et la coutume ne peuvent justifier que des personnes ne soient plus considérées comme des sujets de droit et qu'elles puissent être privées de leurs droits fondamentaux.

Qu'appelle-t-on mariages forcés?

Les mariages forcés se caractérisent par une union imposée par l'un ou l'autre, la famille ou la communauté. Ces mariages peuvent prendre la forme d'une union coutumière, parfois avec des jeunes âgées d'une dizaine d'années, donc avant l'âge nubile. Ce constat étant que le filiation ou l'adolescence est soumise à des rapports sexuels forcés.

Les unions forcées peuvent aussi prendre la forme de mariages célébrés civilement (cf. infra « Que dit la loi? »).

Sans doute parce qu'ils estiment que les mariages forcés jouent un rôle dans la cohésion communautaire et la conservation du patrimoine familial. Les parents peuvent mettre en place des stratégies pour que leurs enfants épousent des personnes de même religion, même origine ou même ethnie. Ces comportements ne sont pas toujours décryptés par les adolescents qui n'imaginent pas être concernés. Ces jeunes se laissent imposer le mariage par respect des traditions ou parce qu'ils sont dans l'incapacité de s'opposer à la volonté familiale ou communautaire, pour des raisons aussi bien affectives que matérielles. Ils ne peuvent prendre le "risque d'une rupture familiale. Ces mariages forcés constituent de véritables violences. Ils peuvent s'accompagner aussi de multiples agressions sur les victimes dès lors que celles-ci manifestent leur désaccord. Elles subissent la confiscation des papiers, une surveillance incessante, un harcèlement, un départ forcé pour l'étranger, des violences physiques, etc.

Le mariage fait partie des choix fondamentaux du citoyen puisqu'il détermine de vie future dans les aspects affectif, économique, social, religieux, géographique... Plus qu'un contrat, il est une institution qui concerne pour beaucoup la volonté de fonder une famille. Refuser l'exercice de cette liberté par intérêt ou pour des motifs communautaires ou religieux constitue une violence inacceptable parce qu'elle remet en cause la capacité de chacun à gérer sa vie. Les atteintes à la liberté de choisir le célibat ou le mariage, à la liberté de choisir son époux, sont des entraves qui doivent être clairement condamnées au nom des valeurs républicaines.

---

4 – Avis sur la délivrance « précoce » par Roger-Gérard Schwartzenberg, membre de l'Académie nationale de médecine, et rapporteur d'un rapport en préparation.
Propos issus du rapport du 7 mars 2006 d'information : mariage de plus contraint de la délivrance à part entière, à peine égale, donnant lieu à cette d'un groupe de travail « mariage précoce et mutilations sexuelles féminines » et chargé des droits des femmes et de l'égalité.

À savoir

S'agissant des dérogations permettant aux mineurs de contracter un mariage, deux éléments clefs, d'une part, une dispense d'âge délivrée par le procureur de la République pour motifs graves, tel que le prévoit l'article 145 du code civil, et d'autre part, le consentement de leurs père et mère prévu à l'article 148 du code civil. "Mineures, c'est-à-dire de seulement entre le père et la mère, ce partage emporte consentement » de sorte que le consentement d'un seul parent est suffisant. Ainsi, un des parents voulant s'opposer au mariage de son enfant mineur n'a aucun moyen de l'empêcher si le procureur de la République a délivré une dispense d'âge et si l'autre parent y consent. Inversement, celui des parents qui n'a pas consenti au mariage de son enfant mineur (de même que celui qui y a consenti) a, conformément à l'article 173 du code civil, la possibilité de faire opposition au mariage jusqu'à sa célébration.

Une réglementation protectrice

La loi française prévoit un certain nombre de règles destinées à empêcher les mariages forcés et à protéger leurs personnes qui en seraient menacés. Ainsi à titre d'exemple, la publication des bans doit être précédée, entre autres, de l'audition obligatoire des deux futurs époux par un officier de l'état civil. Cette audition doit permettre à l'officier, qui peut les entendre ensemble ou séparément, de s'assurer que les deux futurs époux consentent en bien l'intention de se marier librement. Si doute est avéré, il même des indices sérieux permettant de douter du consentement de l'un ou des deux futurs époux, l'officier de l'état civil peut saisir le procureur de la République qui, une fois saisi, le procureur dispose de quinze jours pour prendre une décision, soit autoriser le mariage, soit décider de la suspendre pour une durée d'un mois renouvelable une fois), soit n'y opposer en l'interdisant.

Après l'audition, le mariage ne pourra avoir lieu que si :
- les deux époux sont présents au mariage. Il n'existe pas en France de mariage par procuration ;
- le consentement a été donné par les deux époux, et non par un tiers.

Il est également possible pour les personnes dont le consentement n'aurait pas été libre de demander à pouvoir l'annulation de leur mariage en saisissant le juge aux affaires familiales du tribunal de grande instance de leur lieu de résidence. Le procureur de la République peut aussi décider d'engager une action en nullité contre un mariage célébré sans le consentement des personnes concernées. Ces procédures peuvent être engagées dans les cinq ans qui suivent la date du mariage.

La loi française protège également les personnes de nationalité française victimes d'un mariage forcé célébré à l'étranger. En effet, un mariage célébré dans un autre pays sans le consentement de l'un ou des deux époux peut être déclaré nul en France. Annulée cependant pour les personnes ayant une double nationalité, une protection des autorités françaises n'est valable que sur le territoire français ou dans tout pays autre que celui dont la personne a également la nationalité.

Enfin, la loi du 9 juillet 2010 confie au juge des enfants la possibilité de faire interdire un mineur ou bien des personnes recherchées afin de prévenir toute sortie du territoire en cas notamment de menace de mutilations sexuelles.

Enfin, le code pénal autorise, par dérogation à l'article 226-13, la levée du secret professionnel. En cas d'anciennes sexuelles infligées dont les mutilations sexuelles féminines. Il est donc possible à toute personne ayant pris connaissance de ce privilège en raison de son état ou de son intégrité physique ou psychique. Il s'agit là d'une possibilité de levée du secret professionnel, afin de protéger les victimes.

Si Afrique subsaharienne les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées par différentes ethnies dans de nombreux pays africains. Elles concernent une femme sur trois sur le continent africain soit environ 130 millions de femmes, avec 3 millions de nouveaux cas par an. Ces pratiques sont également observées dans la péninsule arabique, notamment au Yémen et à Oman ainsi qu'en Malaisie et en Indonésie.

En France, les mutilations sexuelles féminines (MSF) ont été découvertes lors de l'arrivée de femmes africaines sur le sol national au titre du regroupement familial. La première décision d'une cour d'assises a eu lieu en 1979. Les centres de protection maternelle et infantile ont rapporté des cas d'excision à partir de 1982. Des actions de prévention ont été mises en place avec le concours d'associations et d'enseignants, puis, selon de la jeunesse de ces pratiques, des signalements ont été faits auprès du procureur de la République pour la plupart suivis de procès.

Malgré une prise de conscience progressive, cette pratique n'a pas disparu même si elle est en nette régression depuis la publicité donnée à la répression judiciaire et les actions de prévention menées notamment par les services publics et les associations.

En France, on estime que 35 000 femmes sont mutilées. Elles sont souvent originaires de la Côte d'Ivoire, de l'Égypte, de la Gambie, de la Guinée Conakry, du Mali, de la Mauritanie, du Sénégal et de la Somalie.

2 - Selon l'Institut national d'études démographiques (INED), une femme sur trois est victime d'excision dans le monde. Il y a environ 130 millions de femmes excisées dans le monde, dont 3 millions de nouveaux cas par an. Environ 500 000 femmes excisées vivent en France, dont 125 000 filles de moins de 18 ans. Source : Institut national d'études démographiques (INED), Excision et mutilations sexuelles féminines, 2019.

Les mutilations sexuelles féminines sont le plus souvent pratiquées par des personnes qui se revendiquent de la religion musulmane. Elles semblent de plus en plus antérieures à la puberté. Elles peuvent avoir des conséquences graves sur la santé physique et psychique des victimes. Elles peuvent entraîner des douleurs, des infections, des troubles urinaires, des complications lors des accouchements ... et la mort.

Que dit la loi ?

Il n'existe pas en droit français de qualification juridique spécifique pour les faits d'excision ou d'une tentative de mutilation sexuelle. Ces pratiques sont actuellement poursuivies et sanctionnées de manière pénale au titre soit :

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

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

La loi française est applicable à toute personne vivant sur le territoire national quelle que soit sa nationalité.

Une action en justice peut être engagée 20 ans après la majorité de la victime.

La loi française s'applique aussi lorsque la mutilation est commise à l'étranger. Dans ce cas, l'auteur, qu'il soit français ou étranger, pourra être poursuivi en France, à condition que la victime soit de nationalité française ou, si elle est étrangère, qu'elle réside habituellement en France (article 222-16-2 du code pénal).

Comme pour le mariage forcé, la loi du 9 juillet 2010 confie au juge des enfants la possibilité de faire interdire un mineur ou bien des personnes recherchées afin de prévenir toute sortie du territoire en cas notamment de menace de mutilations sexuelles.

Enfin, le code pénal autorise, par dérogation à l'article 226-13, la levée du secret professionnel. En cas d'anciennes sexuelles infligées dont les mutilations sexuelles féminines. Il est donc possible à toute personne ayant pris connaissance de ce privilège en raison de son état ou de son intégrité physique ou psychique. Il s'agit là d'une possibilité de levée du secret professionnel, afin de protéger les victimes.

Quel rôle pour l'École ?

Dans les établissements scolaires, les relations entre filles et garçons, mais aussi au sein d'un groupe de même sexe, peuvent être génératrices de tensions et d'agressivité. Elles sont très souvent dues aux transformations liées à la puberté, à la construction de son identité, à la découverte de l'autre et aux « appels de séduction » mais aussi à l'influence des images véhiculées et parfois banalisées par les médias. Les violences à caractère sexuel n'en sont que trop souvent une suite.

Ces violences peuvent aussi être commises par des adultes qu'il s'agisse de l'encadrement ou non. L'école dans ce cas doit permettre à l'élève de se confier et doit intervenir pour assurer sa protection.

Personne ne doit accepter de subir, de laisser subir à quelqu'un, une forme quelconque de violence à caractère sexuel, qu'elle provienne d'enfants, de copains, de copines, d'amoureux, de membres de sa famille ou de toute autre personne ayant autorité. Il doit être possible pour l'élève d'en parler à un adulte de confiance au sein de l'établissement scolaire ou à l'extérieur.

La prévention est l'affaire de tous

En toutes circonstances, dans les différents espaces des établissements, tout adulte de la communauté éducative contribue à régler les relations entre les jeunes. Il se doit d'intervenir, à la fois dans l'écoute et dans la fermeté pour réagir face à ces situations, afin que s'installe des relations de dignité, d'égalité et de respect mutuel. Chacun doit être le même de pouvoir aux élèves de se confier, demander de l'aide, se défendre et se protéger.

Au delà de ces situations quotidiennes, un travail éducatif doit être conduit au niveau :

- des programmes d'enseignement ;

- des séances obligatoires d'éducation à la sexualité planifiées en début d'année scolaire et prévues dans l'horaire global annuel des élèves ;

- des séances et actions de prévention de la maltraitance et des violences sexuelles.

En mise en œuvre s'appuie sur les compétences des différents personnels et s'inscrit dans le parcours de l'établissement.

À noter que la loi du 9 juillet 2010, visant notamment à la violences faites spécifiquement aux femmes, a prévu, afin de mieux prévenir ces violences, que les formations initiale et continue délivrées aux enseignants doivent intégrer des éléments portant sur l'égalité entre les femmes et les hommes ainsi que des actions de sensibilisation aux violences faites aux femmes.

Au collège et au lycée, l'éducation à la sexualité s'inscrit dans une continuité éducative. La programmation des séances est définie par le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) et présentée au conseil d'administration. Une équipe pilote du projet est constituée pour cela parer le contenu et le déroulement des séances avec, si nécessaire, le concours des personnes extérieures ayant reçu l'agrément national ou académique.

Des séances d'éducation à la sexualité pour :
- dire le sur les relations entre filles et garçons, l'égalité, les préjugés sexistes, les violences faites aux femmes, les dégâts de la pornographie, le sens et le respect de la loi ;
- informer sur les structures d'accueil, d'écoute et de soutien ;
- donner des connaissances et les aider à prendre.

Ces séances sont préparées avec des séances d'information et de sensibilisation sur l'enfance maltraitée prévues à l'intérieur du temps des écoles des collèges et des lycées.

Elles sont organisées avec le concours des services chargés de la protection de l'enfance (conseil général, protection judiciaire de la jeunesse et associations habilitées...), dans le cadre des actions programmées par le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté.

Des séances et actions de prévention pour :
- éduquer les différentes formes de maltraitance, dans les violences à caractère sexuel, sur ces enfants les mariages forcés, les mutilations sexuelles féminines,
- connaître la loi, les dispositifs de protection et les personnes ressources, à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement.

Comment réagir ?

Quel que soit le type d'agression ou de situation à laquelle il est confronté, l'élève peut soit ne rien dire, mais manifester des troubles et des signes de souffrance, soit se confier et révéler les faits.

En cas de préoccupations fondées sur des troubles et signes de souffrance

Selon l'âge, les manifestations de souffrance peuvent être différentes. Elles ne signifient pas forcément que l'élève a été victime d'agression sexuelle, un mariage forcé ou encore une mutilation sexuelle mais, quelle que soit la cause de ce mal-être, elles constituent des signaux dont il faut tenir compte.

Un signe isolé ne constitue pas un élément déterminant. Cependant, un faisceau d'indices doit retenir l'attention de l'adulte. Quelques signes d'alerte :
- attitudes très craintives ou provocantes,
- comportement exagérément érotisé ou provocateur,
- propos excessifs, de langage de mots, de comportement,

changement soudain de caractère ou de comportement
chute brutale des résultats scolaires
absentéisme scolaire inhabituel ou injustifié,
dépression avec parfois menaces de suicide,
propos, comportements violents ou agressifs envers autrui,
exclusion, isolement de l'auteur,
fugue, toxicomanie, prostitution, troubles alimentaires, boulimie, anorexie, automutilations, malaises.

Attention aux démarches, à la stigmatisation de l'élève qui risque d'être signalé par à l'élève, l'encourage à dire ce qu'il ne peut pas dire et crée si possible un climat de confiance avec les personnes compétentes.

Quels personnels sont susceptibles de repérer ?

Toute personne de la communauté éducative est en capacité de repérer ces signes. Chacun a un rôle à jouer, différent selon les fonctions

Ressources spécifiques de l'établissement scolaire

Les personnels sociaux et de santé de l'établissement scolaire, par la formation et leurs missions, sont bien sûr les plus susceptibles de détecter de tels phénomènes scolaires. Les élèves ont ainsi la possibilité de s'adresser de façon privilégiée à l'un de ces professionnels en fonction de leur choix, de la relation de confiance.

- les infirmier(ère)s accueillent l'élève et l'informent de son droit à bénéficier d'une écoute et des mesures nécessaires à sa protection ;
- les assistant(e)s de service social accompagnent l'élève et éventuellement sa famille, évaluent la situation et leur font les interventions nécessaires pour mettre en place les mesures de protection qui s'imposent ;
- les médecins évaluent la situation dans laquelle l'élève et son entourage se trouvent et mettent en place les mesures de prise en charge nécessaires.

Comment agir ?

Face à ces situations, la règle majeure est de ne pas rester seul. Il est recommandé d'échanger en toute confiance avec les personnels sociaux ou de santé, les conseillers techniques sociaux auprès des inspecteurs d'académie, personnes ressources au sein de l'institution.

En cas de doute ou de situation jugée préoccupante, sans qu'aucun fait de violences sexuelles ne soit révélé, tout personnel de l'Éducation nationale doit :

- adresser les informations préoccupantes à la cellule départementale du conseil général, créée dans chacun des départements par la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, afin de mettre en place une évaluation et d'éventuelles mesures de protection (voir fiche annexe 4) ;
- informer le chef d'établissement de la démarche.

À savoir

Les personnes habilitées à la transmission des informations relatives à la cellule départementale du conseil général et au signalement au procureur de la République, sauf si les violences sont commises par un membre de la famille ou si le fait de les informer est contraire à l'intérêt de l'élève.

Il est utile d'informer les familles de : aide qui peut leur être apportée dans les centres médico-psychologiques (CMP) ou médico-psycho-pédagogiques (CMPP) ou dans toute autre structure d'aide ou de soutien telle que les maisons des adolescents, les services sociaux éducatifs, les associations habilitées.

La création d'une cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes

La loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance prévoit dans chaque département d'une cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes, placée sous la responsabilité du président du conseil général, qui agit en lien avec le parquet de l'Etat et de l'autorité judiciaire. D'autres personnes peuvent également être associées.

La cellule départementale procède à une analyse des informations préoccupantes concernant des enfants en danger ou en risque de l'être (v. p. 6 des fiches), afin notamment de déterminer si le procureur de la République ou le président du conseil général de la famille, lorsqu'elle peut apporter une évaluation du service social.

À savoir

Le président du conseil général saisit également l'autorité judiciaire :

- lorsque les actions menées dans le cadre de la protection sociale n'ont pas permis de remédier à la situation de danger ;
- lorsque ces actions ne peuvent être mises en place en raison du refus de la famille d'accepter l'intervention du service de l'aide sociale à l'enfance (ASE) et de l'impossibilité dans laquelle elle se trouve de collaborer avec ce service.
- quand il est impossible d'évaluer la situation et dès lors que le mineur est présumé être en danger.

En cas de révélation par l'élève ou un tiers, du fait de faits constatés

Il est essentiel que l'adulte reçoive les informations avec bienveillance : l'élève doit se sentir écouté sans être jugé. Le premier à qui l'élève se confie n'a pas à rechercher des preuves mais elle est un relais essentiel pour l'accompagner dans les démarches qui devront être entreprises pour l'aider.

Un enseignant, mais aussi personne occupant une fonction dans l'école ou le lieu, dépositaire d'une information de violences sexuelles, a obligation de porter secours et de signaler la situation à des fins de protection.
Tout membre constitué, 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 sans délai au procureur de la République (article 40 du code de procédure pénale).

Dans cette situation, tout personnel de l'Éducation nationale doit :

- saisir sans délai le procureur de la République, dès lors qu'un fait susceptible d'être qualifié crime ou délit sur mineur lui est révélé ;
- adresser un double de ce signalement à la cellule départementale du conseil général ;
- informer le chef d'établissement de la démarche.

Ressources utiles

Textes

- Loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants.
- Loi n° 2010-121 du 8 février 2010 tendant à inscrire l'inceste commis sur les mineurs dans le Code pénal.
- Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.
- Loi n° 2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs.
- Code de l'éducation : article L. 121-1 relatif à la mission d'information des écoles, collèges et lycées sur les violences et à l'éducation à la sexualité.
- Code de l'éducation : article L. 312-16 relatif aux séances obligatoires d'éducation à la sexualité.
- Code de l'éducation : articles L. 312-17-1 et L. 721-1 relatifs notamment à la lutte contre les préjugés sexistes et à la lutte contre les violences faites aux femmes.
- Code de l'éducation : articles R. 421-46 et R. 421-47 relatifs au comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC).
- Code de l'éducation : articles L. 542-1, L. 542-2 et L. 542-3 relatifs à la prévention des mauvais traitements.
- Décret n° 2006-830 du 11 juillet 2006 relatif au socle commun de connaissances et de compétences (cf. pilier 6 : compétences sociales et civiques).
- Circulaire n° 2003-027 du 30 novembre 2003 relative au comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté.
- Circulaire n° 2003-027 du 17 février 2003 relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées.
- Circulaire n° 97-175 du 26 août 1997 de mêmes instructions concernant les violences sexuelles.
- Convention interministérielle pour l'égalité entre les filles et les garçons, les femmes et les hommes dans le système éducatif, signée le 29 juin 2006 pour la période 2006-2011 (BO n° 5 du 1er février 2007).
- Convention éducation nationale - PLAVEM n° 98-084 du 5 mars 1998, relative à la mise en place d'un dispositif de prise en charge et de suivi des victimes de violences au sein du système scolaire.

- Violences sexistes, éduquer les jeunes au respect mutuel, Académie de Rennes, mai 2008.
Actes du colloque du 23 novembre 2007 à l'IUFM de Bretagne à Rennes.
http://www.ac-rennes.fr/pedagog/egalite/webdoc/actes2colloque/RECTORAT_COM_Tous_public_prevention_agir%C3%A9.pdf (page consultée le 12 mai 2011)

Numéros verts

- Allô Enfance en danger : 119 ou 24/24 n'apparaît pas sur le décompte de téléphone

- Fil Santé Jeunes : 32 24 (7j/7 de 9h à 24h

- Jeunes Violences Écoute : 0 800 20 22 23.

Numéros Azur

- l'AVEM (VICTIMES) : 08 842 846 37 (Fédération nationale d'aide aux victimes et de médiation).
Les associations de la Fédération nationale d'aide aux victimes et de médiation (l'AVEM) peuvent apporter soutien de nature juridique et psychologique. Les coordonnées de ces associations peuvent être transmises aux élèves victimes en tant que de besoin. Une convention nationale a été signée en ce sens entre le ministère de l'Éducation nationale et l'AVEM.

Contacts utiles

- Les délégations régionales et départementales aux droits des femmes et à l'égalité
Retrouvez la délégation la plus proche de votre établissement sur le site du ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, rubrique « Femmes Égalité » puis sélectionner « Les adresses des services en région » dans les « informations pratiques ». www.travail.solidarite.gouv.fr

- Des associations spécialisées dans la prévention et la lutte contre les mariages forcés et les mutilations sexuelles féminines

La Fédération nationale groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines et des mariages forcés (GAMS)
62, rue des Maraîchers 75020 Paris
Tél. : 01 43 48 10 87
Mél. : association.gams@wanadoo.fr
http://perso.wanadoo.fr/.../association/gams_pages_presentation.html

Le Mouvement français pour le planning familial (MFPF)
4, square Saint-Irénée 75011 Paris
Tél. : 01 48 07 21 10
Mél. : mfpf@planning-familial.org
Site : www.planning-familial.org

ECOLE DE SAGES-FEMMES ROUEN

DIPLÔME DE FORMATION APPROFONDIE EN SCIENCES MAÏEUTIQUES

TITRE : **LES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES : OÙ EN SOMMES-NOUS ? Enquête prospective en Haute-Normandie auprès de 195 sages-femmes**

RÉSUMÉ/ABSTRACT :

Les mutilations sexuelles féminines, encore largement perpétrées aujourd'hui, représentent une atteinte à l'intégrité physique et morale des femmes. Avec 130 millions de femmes concernées et 30 millions de femmes à risque d'être mutilées à l'horizon 2050, les pouvoirs publics et les instances internationales en ont fait un sujet prioritaire de santé publique en matière de prévention. Doivent être intégrés à cette démarche de prévention l'ensemble des professionnels juridiques, de l'éducation, associatifs mais aussi de santé, dont font partie les sages-femmes. La Haute-Normandie étant la deuxième région française la plus concernée par les MSF, cette enquête s'intéressait à l'investissement des sages-femmes de cette région d'un point de vue de la prise en charge et de la prévention. L'intérêt était ainsi de déterminer les moyens mis en place dans la lutte contre cette pratique ainsi que l'utilisation de ces moyens par les sages-femmes. 550 questionnaires ont été envoyés pour 201 questionnaires reçus (195 analysables, 6 exclus), ce qui représente un taux de réponses de 35,4%. Si 72% des sages-femmes ont déjà été confrontées aux MSF, plus du tiers d'entre elles (33,6%) n'ont pas adapté leur prise en charge. 55,9% n'ont reçu aucune sensibilisation à ce sujet en formation professionnelle continue malgré leur exercice sur un territoire exposé et 81% ne connaissent aucune association nationale de lutte. De nombreux efforts restent encore à fournir afin de prévenir cette pratique.

Widely perpetrated, female genital mutilation is a violation of the physical and moral integrity of women. With 130 million women concerned and 30 million women who face a risk of being mutilated by 2050, governments and international authorities have deemed it a major topic of public health in terms of prevention. The whole professionals of law, education, and association must be a part of this prevention process. This is also the case for health professionals, including midwives. As Upper Normandy is France's second most affected region, this survey dealt with midwives' investment in this region, from a point of view of management and prevention of female genital mutilation. The interest was to determine the means used to fight this practice, and then the use of such means by midwives. 550 questionnaires were sent for 201 questionnaires received (195 analyzable, 6 excluded), ending up with a response rate of 35.4%. If 72% of midwives have already been confronted with female genital mutilation, over a third of them (33.6%) have not adapted their management. 55.9% have not received any previous information about it during their continuing vocational training in spite of their work on an exposed area, and 81% do not know any national association dedicated to fight the phenomenon. A lot of efforts still need to be made to prevent this practice.

MOTS CLEFS : Mutilations sexuelles féminines / sage-femme / prévention / réseau