HAL
open science

Préventions des mutilations sexuelles féminines en suites de naissances

Pauline Bountham

To cite this version:

Pauline Bountham. Préventions des mutilations sexuelles féminines en suites de naissances. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01366345

HAL Id: dumas-01366345

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01366345v1

Submitted on 19 Jan 2017

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.

UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET MAÏEUTIQUE

FILIÈRE MAÏEUTIQUE

PRÉVENTION DES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES EN SUITES DE NAISSANCES

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme

Présenté et soutenu par

Pauline BOUNTHAM

Sous la direction de

Mme Isabelle VAAST – Sage-femme enseignante

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2015-2016

UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET MAÏEUTIQUE

FILIÈRE MAÏEUTIQUE

PRÉVENTION DES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES EN SUITES DE NAISSANCES

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme

Présenté et soutenu par

Pauline BOUNTHAM

Sous la direction de

Mme Isabelle VAAST – Sage-femme enseignante

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2015-2016

Remerciements :

Je tiens à remercier,

Tous les professionnels qui ont acceptés de répondre à mes questions, de me consacrer un peu de leur temps lors de mes appels téléphoniques ou en face à face : les sages-femmes, les cadres du service de suites de naissance et les pédiatres ; mais également,

Anne-France SERGEANT (pédiatre de PMI[1]), et Julie QUIQUEMPOIS (psychologue, ayant travaillée au sein du CRMSF[2])

Ma Directrice de mémoire, et référente, Isabelle VAAST, pour ses corrections, son aide, et ses idées.

Olivier RAPPASSE, pour son aide et ses connaissances informatiques, sa gentillesse et sa patience.

Mes parents, pour leur patience et leur soutien. Particulièrement à ma mère pour ses corrections, son aide et son implication, et mon père pour son aide en informatique et ses corrections.

[1] Protection maternelle et infantile
[2] Centre Régional d'accueil et de prise en charge des Mutilations Sexuelles Féminines

SOMMAIRE

I. Introduction 2
II. Matériel et Méthode 4
II.1 Description de l'étude 4
II.2 Terrain et population 4
II.3 Outils 4
II.4 Critères de jugement 5
II.5 Méthode d'analyse 6
III. Résultats 6
III.1 Description de la population et du terrain 6
III.1.1 Définition de l'échantillon 6
III.1.2 Présentation des caractéristiques de la population 6
III.2 Résultats concernant les cadres 9
III.3 Résultats concernant les sages-femmes 11
III.4 Résultats concernant les pédiatres 15
IV. Analyse et discussion 23
IV.1 Analyse critique de l'étude 23
IV.1.1 Points forts de l'étude 23
IV.1.2 Points faibles de l'étude 24
IV.1.3 Limites et difficultés de l'étude 24
IV.1.4 Ouvertures à d'autres professionnels 25
IV.2 Discussion 25
IV.2.1 Intérêts et ressentis en fonction des différentes professions 25
IV.2.2 Propositions et faisabilité 30
V. Conclusion 36
VI. Références bibliographiques 39
VII. Annexes 42

I. Introduction

Aujourd'hui dans le monde, cent trente millions de femmes seraient mutilées sexuellement, dont deux millions de petites filles ou adolescentes chaque année. En France, entre quarante-cinq et soixante-cinq mille femmes et petites filles seraient excisées, ou menacées de l'être. Dans le Nord-Pas-de-Calais, qui est l'une des neuf régions de France les plus touchées par ce fléau, on estime ce chiffre à trois mille [1]. Ces mutilations sexuelles féminines désignent plusieurs pratiques traditionnelles consistant en l'ablation d'une partie ou de la totalité des organes génitaux externes féminins [2]. Le poids de la coutume, mélange de religions et de pression sociale, justifieraient ces actes rituels. *« C'est l'honneur de la famille qui est en jeu, non excisée on ne trouverait pas de mari* » [3].

Les MSF[3] se définissent en plusieurs types :

1. Excision « à minima » : ablation du capuchon clitoridien.
2. Excision ou clitoridectomie : ablation totale du clitoris et ablation partielle ou totale des petites lèvres.
3. Infibulation : rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris.
4. Toutes autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques : étirement du clitoris et/ou des lèvres, cautérisation du clitoris par brûlure du clitoris et du tissu avoisinant, … [4], [5]

Près de 90% des cas de MSF sont des cas de types I ou II ; et environ 10% sont des MSF de type III [6]. Elles se rencontrent essentiellement dans les régions de l'Afrique de l'Ouest, plus particulièrement dans la région du fleuve du Sénégal, et aussi en Égypte et en Indonésie. À contrario, l'infibulation est essentiellement pratiquée dans les régions d'Afrique de l'Est, plus particulièrement dans celle de la « Corne de l'Afrique » [4**],** [Annexe I], [Annexe I bis].

Les mutilations génitales féminines constituent selon l'OMS[4] la tradition actuelle la plus dangereuse en matière de santé publique [3]. Par ailleurs, c'est à la fin des années soixante dix, que l'expression « mutilations sexuelles féminines » fut soutenue. Le mot mutilation révèle « une distinction linguistique claire par rapport à la circoncision masculine, et met l'accent sur la gravité du caractère néfaste de l'acte » [6]. L'utilisation du mot « mutilation » souligne le fait

[3] Mutilations sexuelles féminines
[4] Organisation mondiale de la santé

que cette pratique est une violation des droits des filles et des femmes, et cela permet ainsi de défendre au niveau national et international son abandon. Il convient également de préciser que le terme « mutilation sexuelle féminine » est aussi utilisé pour souligner une ablation ou une détérioration de la fonction sexuelle féminine. En revanche, en ce qui concerne la circoncision, pour les garçons, il n'y a pas d'altération de la fonction sexuelle masculine, il est donc difficile de parler de mutilation sexuelle masculine.

Il est vrai qu'il existe de nombreuses associations comme le GAMS[5] venant en aide aux femmes mutilées sexuellement, et menant des colloques régionaux permettant une prise de conscience sur la prévention et la prise en charge des mutilations sexuelles féminines. De plus, la loi française, comme dans beaucoup d'autres pays, condamne et sanctionne toutes les pratiques de mutilations, y compris celles commises à l'étranger [1].

De nombreuses études ont été réalisées sur le sujet des mutilations sexuelles féminines ; mais aucune ne s'intéressent plus particulièrement à la prévention des générations à venir, notamment en service de suites de naissances. La littérature reste également pauvre en ce qui concerne ce sujet. Or l'information reste avant tout une lutte efficace contre les pratiques des mutilations sexuelles féminines [7].

Selon l'OMS, *« la prévention primaire comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie ou d'un problème de santé dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de nouveaux cas dans une population saine par la diminution des causes et des facteurs de risques. Elle fait appel à des mesures de préventions individuelles et collectives. Cela engendre donc un programme très vaste d'amélioration de la qualité de vie et de réforme des institutions sociales. Elle utilise l'éducation pour la santé, la promotion de la santé, et l'information auprès de la population »* [8]. La prévention des mutilations sexuelles féminines ne concerne donc plus les femmes mutilées sexuellement et leur prise en charge, mais bien les jeunes filles, les générations à venir, menacées de mutilations sexuelles féminines.

La naissance serait le moment idéal pour faire la prévention des mutilations génitales féminines. La sage-femme est donc entièrement concernée dans cette prévention [9]. Les professionnels de santé de maternité étant en contact direct avec ces femmes, ils ont donc un rôle et une implication primordiale.

Lors de mes précédents stages en service de suites de naissances, je me suis aperçue que la vigilance sur la prévention des mutilations sexuelles féminines concernant les générations à venir reste une problématique essentielle. Je me suis donc posée la question suivante :

[5] Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles

Quelle est la place de la prévention des mutilations sexuelles féminines en suites de naissances, auprès des « couples » mères-filles ?

L'objectif principal qui découle de cette étude est de faire un état des lieux des actions de préventions des mutilations sexuelles féminines en post-partum auprès des « couples » mères-filles. Puis l'objectif secondaire serait d'identifier le rôle de différents professionnels de santé en suites de naissances.

II. Matériel et Méthode

II.1 Description de l'étude

Il s'agissait d'une étude multicentrique d'une analyse des pratiques professionnelles. Cette étude concernait tous les professionnels de santé pouvant agir dans la prévention des mutilations sexuelles féminines en service de suites de naissances, face aux « couples » mères-filles, de mères mutilées sexuellement.

II.2 Terrain et population

Cette étude concernait toutes les maternités de la région Nord-Pas-de-Calais (37 établissements). Seuls les services de suites de naissances étaient concernés. Les professionnels impliqués dans cette étude étaient les cadres du service de suites de naissances, ainsi que les sages-femmes et les pédiatres travaillant dans ce service de façon régulière. En étaient donc exclus les étudiants, et les professionnels remplaçants. Deux entretiens téléphoniques plus spécifiques ont été réalisés : avec un pédiatre de PMI et une psychologue qui a travaillée au CRMSF.

II.3 Outils

La première partie de cette étude consistait à obtenir les autorisations des cadres de chaque service de suites de naissances afin de mener cette enquête [Annexe II]. Une fois les autorisations obtenues ; des entretiens téléphoniques ont pu être débutés, en commençant par les entretiens téléphoniques auprès des cadres de service de suites de naissances. Ces entretiens s'appuyaient sur une grille directive, composées de onze questions, à réponses fermées [Annexe III]. Ils duraient en moyenne dix à quinze minutes. Etaient ensuite réalisés, les entretiens téléphoniques auprès des sages-femmes et des pédiatres, exerçant en service de suites de naissances. C'était également des grilles directives à réponses fermées. Celles destinées aux sages-femmes comportaient dix questions [Annexe IV], et l'entretien téléphonique durait en moyenne cinq minutes. Enfin les grilles directives destinées aux pédiatres comportaient six questions [Annexe V] et l'entretien durait environ cinq minutes.

Il s'agissait de questions à réponses fermées ou propositions de réponses, pour une analyse des résultats, à regroupement sémantique. Les entretiens téléphoniques permettaient une

approche plus directe avec le professionnel de santé, qui ne peut que répondre de manière rapide et instinctuelle.

II.4 Critères de jugement

- ***Grille directive pour les entretiens téléphoniques auprès des cadres de service de suites de naissance :***

  Il s'agissait de connaître :

  - Leur perception sur l'incidence des MSF au sein de leur service (Q1[6]),
  - S'il existait déjà un protocole au sein de leur service (Q2),
  - Et s'il a était mis en place une traçabilité des MSF dans le dossier de suites de naissances (Q3),
  - S'il existait au sein de leur service des référents et/ou des aides à consulter (Q4),
  - L'intérêt que les cadres de ce service pouvaient porter au sujet de la prévention des mutilations sexuelles féminines au couple « mère-fille », de mères mutilées sexuellement (Q5).
  - Et comment se manifestait cet intérêt (Q6 et Q8),
  - Ou comment pourrait-il éventuellement se manifester (Q9 et Q10).
  - S'il leur semblait approprié d'aborder cette prévention en période de suites de naissance (Q7).

- ***Grille directive pour les entretiens téléphoniques auprès des sages-femmes du service de suites de naissances :***

  Il s'agissait de connaître :

  - Les ressources de la sage-femme face à cette prévention (Q4),
  - Et si celle-ci reconnaissait le caractère important à prendre en compte, de cette prévention au couple « mère-fille » au sein de ce service (Q5 et Q6),
  - Et comment en tenir compte et comment se manifestait-il ? (Q7 et Q8),
  - S'il leur semblait important d'établir un protocole d'aide au sein de leur service et quelles idées proposer (Q9 et Q10),
  - Leur perception sur l'incidence des MSF (Q1),
  - Et si elles sont systématiquement au courant avant d'entrer dans une chambre, s'il s'agit d'une patiente ayant subie une MSF (Q2).

[6] Question n°1

- ***Grille directive pour les entretiens téléphoniques auprès des pédiatres du service de suites de naissances :***

Il s'agissait essentiellement de connaître :

- Les points de vue de différents pédiatres face à leur implication dans la prévention des mutilations sexuelles féminines au couple « mère-fille », de mères mutilées sexuellement (Q2 et Q3),
- S'ils étaient systématiquement informés lorsqu'une mère était mutilée sexuellement (Q1),
- S'ils pensaient qu'une prévention était possible (Q3),
- Et quelles étaient leurs ressources afin de venir en aide, à une mère mutilées sexuellement en demande (Q4),
- Et enfin s'il leur semblait approprié d'établir un protocole d'aide au sein du service de suites de naissances, et comment ils envisageaient ce dernier (Q9 et Q10)

II.5 Méthode d'analyse

L'ensemble des réponses récupérées auprès des entretiens téléphoniques grâce aux grilles directives, étaient retranscrites sur le logiciel Microsoft Excel, et regroupées de manière sémantique, afin de connaître l'importance quantitative et qualitative de chaque réponse aux différentes questions, ceci permettant de répondre de manière mesurée à la problématique de cette étude.

III. Résultats

III.1 Description de la population et du terrain

III.1.1 Définition de l'échantillon

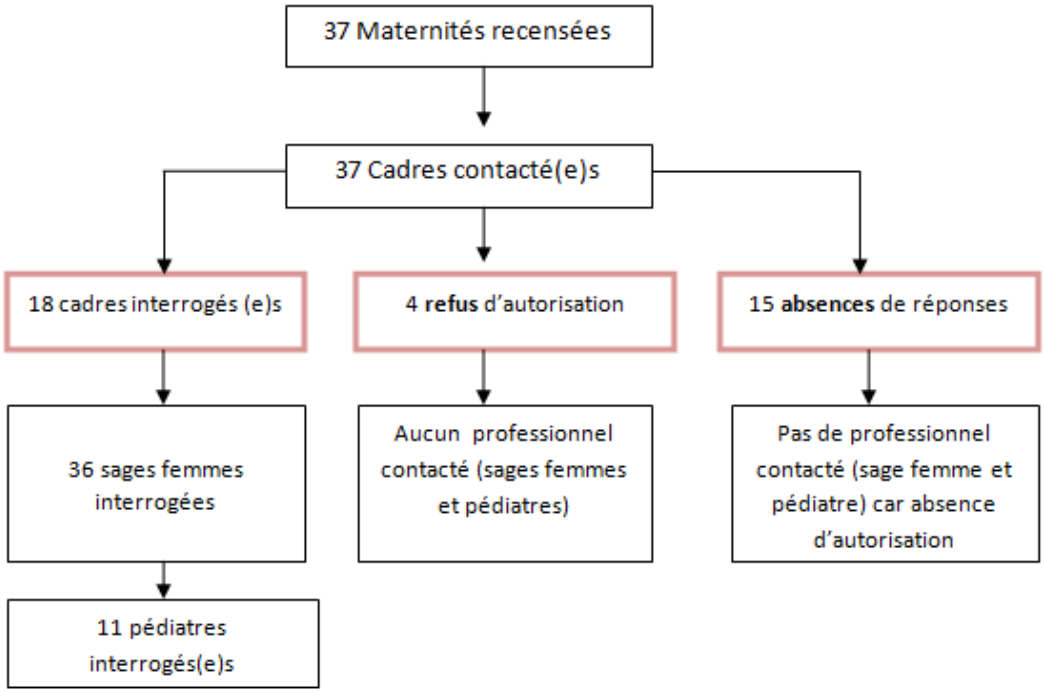
Les trente-sept maternités de la région Nord-Pas-de-Calais définissent l'échantillon de la population sur laquelle se porte l'étude. Plus précisément, il s'agit de chaque service de suites de naissance, au sein desquels trois différents professionnels de santé ont intéressés l'étude ; les cadres du service de suites de naissances, les sages-femmes et les pédiatres également travaillants dans ce service. Il n'y a pas eu de sélection à savoir si les maternités étaient des cliniques privées ou des hôpitaux publics, afin d'avoir un effectif plus important, de sorte que l'étude soit plus significative.

III.1.2 Présentation des caractéristiques de la population

Les professionnels de santé qui ont été interrogés sont ceux pouvant agir sur la prévention des mutilations sexuelles féminines des générations à venir (en service de suites de naissances).

L'important était de connaître l'intérêt que ces différents professionnels avaient pour la prévention des MSF des générations à venir au sein de ce service. Et s'ils avaient les moyens nécessaires pour y faire face, ou s'ils souhaitaient en avoir. Egalement de parvenir à connaître leur prise en charge d'une patiente mutilée sexuellement venant d'accoucher d'une fille, et qui serait éventuellement en demande d'aide. (Existait-il des transmissions entre professionnels ? Et à quels professionnels ? Avaient-ils des ressources et/ou des aides à fournir à ces femmes ? Souhaitaient-ils voir établir un protocole pour leur venir en aide ? Et quelle sorte de protocole d'aide ? Comment qualifiaient-ils l'incidence des MSF dans leur service ?)

L'effectif de la population peut s'expliquer via ce schéma ci-dessous :



Les résultats obtenus suite aux appels téléphoniques sont les suivants :

Tableau N°I : les effectifs de l'étude.

	Intérrogés	Refus ou absence d'autorisation	Absence de réponses
Cadres	18	4	15
Sages-femmes	36	3 maternités	15 maternités
Pédiatres	11	3 maternités	23

La population interrogée se définit donc par les pourcentages suivants : 48,6% de cadres, 97,3% de sages-femmes, et 29,7% de pédiatres ayant acceptés de répondre aux questions. L'effectif restant représente les refus ou absence de réponses, qui sont également considérés comme des données importantes à l'étude, et qui seront donc analysés.

Pour chaque professionnel interrogé, une qualification de la population a été demandée. La première question était de savoir si la personne était une femme ou un homme. Pour les 18 cadres interrogés, il y a eu un seul homme. De même que pour les 11 pédiatres interrogés, il n'y a que 3 hommes. En revanche, pour les sages-femmes, seules des femmes ont répondu aux questions.

- ✓ Tout d'abord les cadres de service de suites de naissance, on été sollicités car ce sont eux qui gèrent le service. Un cadre par maternité pouvait être interrogé. Le niveau de la maternité leur a également été demandé :

Tableau N°II : Le nombre de réponse des cadres en fonction du niveau de maternité.

Niveau de la maternité	I	IIa	IIb	III
Nombre de réponses	7	6	4	1

- ✓ Ensuite les sages-femmes travaillant dans le service de suites de naissances ont également été sollicitées. L'autorisation des cadres de ce service était nécessaire afin de pouvoir effectuer les entretiens téléphoniques auprès de celles-ci. Plusieurs sages-femmes par maternité pouvaient donc être interrogées. Il leur a été demandé, depuis combien de temps elles exerçaient en service de suites de naissance, et si elles avaient une activité professionnelle autre qu'hospitalière.

Tableau N°III : Le nombre de sages-femmes interrogées en fonctions de leur temps d'exercice dans le service de suites de naissance.

Temps d'exercice	moins d'1 an	entre 1 et 5 ans	plus de 5 ans
Nombre de réponses	5	14	17

Tableau N°IV : Le nombre de sages-femmes interrogées en fonction de leur implication dans une autre activité professionnelle qu'hospitalière.

Autre activité qu'hospitalière	oui	non
Nombre de réponses	5	31

- ✓ Enfin les pédiatres travaillant en service de suites de naissances, ont intéressés cette étude, car ce sont les professionnels de santé principaux de l'enfant. Leur temps d'exercice dans le service de suites de naissance leur a été demandé, ainsi que l'existence ou non d'une activité professionnelle autre qu'hospitalière.

Tableau N°V : Le nombre de pédiatres interrogé(e)s en fonction de leur temps d'exercice au sein du service de suites de naissances.

Temps d'exercice	moins d'1 an	entre 1 et 5 ans	plus de 5 ans
Nombre de réponses	1	5	5

Tableau N°VI : Le nombre de pédiatres interrogé(e)s en fonction de leur implication dans une autre activité professionnelle qu'hospitalière.

Autre activité qu'hospitalière	oui	non
Nombre de réponses	2	9

III.2 Résultats concernant les cadres

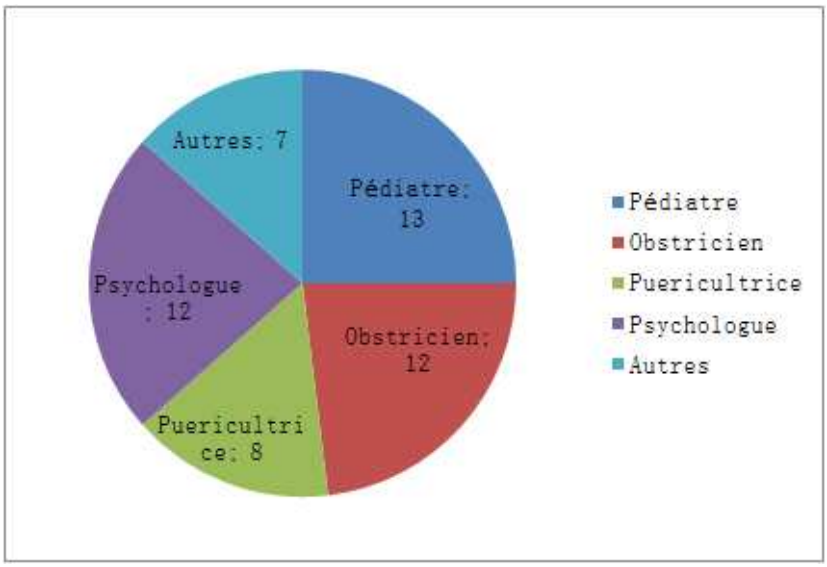
Seuls 18 cadres sur 37 ont acceptés de répondre aux questions pour un entretien téléphonique. 4 ont manifestés leur refus. Et les 15 autres n'ont pas donnés de réponse.

Parmi les cadres interrogés, 100% qualifient l'incidence de mères mutilées sexuellement, dans leur service de suites de naissance, comme rare. Et dans aucun de leur service, un protocole écrit concernant les patientes mutilées sexuellement n'existe.

En revanche, dans la moitié de ces services il existe une traçabilité des mutilations sexuelles féminines. Dans la majorité des cas, elle est présente au sein du dossier obstétrical, et plus rarement elle est notée dans les cibles du dossier de suites de naissances. Beaucoup ont évoqués également l'utilisation de transmissions orales à ce sujet.

61,11% des cadres interrogés n'ont pas de ressources pour aider les mères mutilées sexuellement qui sont en demande. Contrairement à ceux-ci, d'autres ont à leurs dispositions des psychologues ou pédopsychiatres au sein de l'hôpital, des référents ayant eu une formation, ou se dirigeront vers le réseau Ombrel, ou mentionnent des associations comme Gynécologues Sans Frontières (GSF).

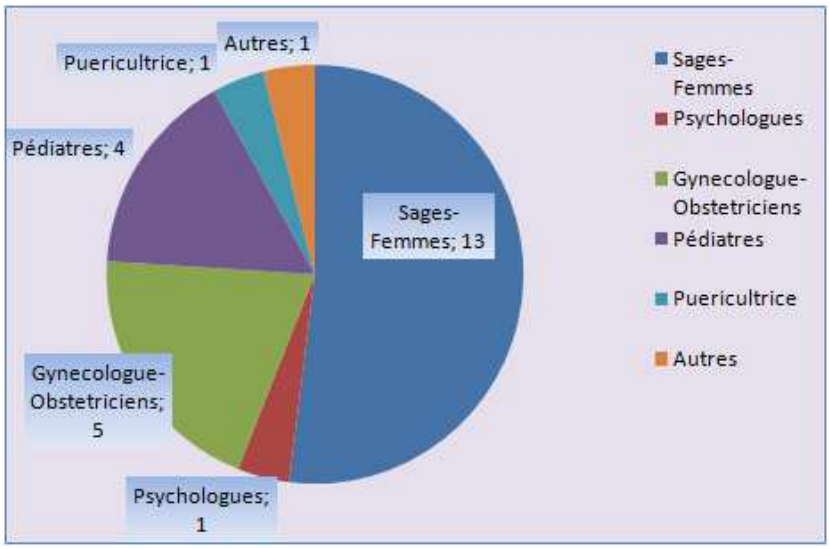
Les petites filles nées de mères mutilées sexuellement, bénéficient d'une attention particulière dans un peu plus de 27% des services de suites de naissance, selon les cadres interrogés. Mais 100% de ceux-ci pensent qu'il s'agit d'une information importante à transmettre entre professionnels de santé. La majorité pense aux pédiatres et aux psychologues. Alors que 7 cadres sur 18 pensent à d'autres professionnels que ceux proposés dans la question ; parmi lesquels on retrouve la PMI, les sages-femmes libérales, le pédopsychiatre, le médecin traitant, ou encore l'infirmière pour une cadre.



Graphique N°1 : La transmission entre professionnels de santé (Q6).

Selon la moitié des cadres interrogés, la période des suites de naissance reste la période la plus favorable pour aborder cette prévention. Car selon ces derniers, c'est la période où on a plus de temps pour communiquer avec la patiente, et établir un moment plus intime, et où la mutilation est visible par les soignants. Le contact serait donc plus facile. Les autres cadres pensent que la période la plus favorable est celle des visites post-natales (5/9), ainsi que la période prénatale (7/9).

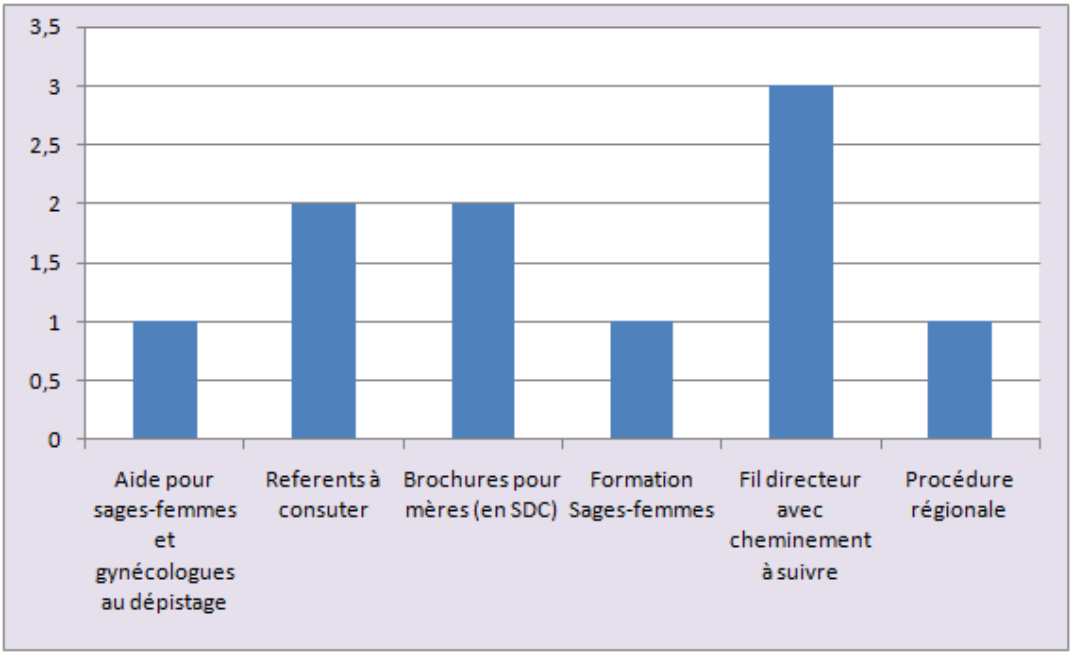
A savoir si les professionnels de santé, travaillant dans ce service, doivent parler de cette prévention, au couple mère-fille de mères mutilées sexuellement, 17 cadres sur 18 ont répondu oui. Parmi ces professionnels de santé on retrouve :



Graphique N°2 : Les professionnels qui doivent parler de cette prévention (Q8).

Une sage-femme a répondu « autre », en précisant : « *uniquement les professionnels qui sont formés aux mutilations sexuelles féminines.* »

Un protocole d'aide à cette démarche de prévention serait pertinent d'être établi au sein du service de suites de naissances pour 11 cadres interrogés sur 18. Des idées ont été proposées pour ce dernier :



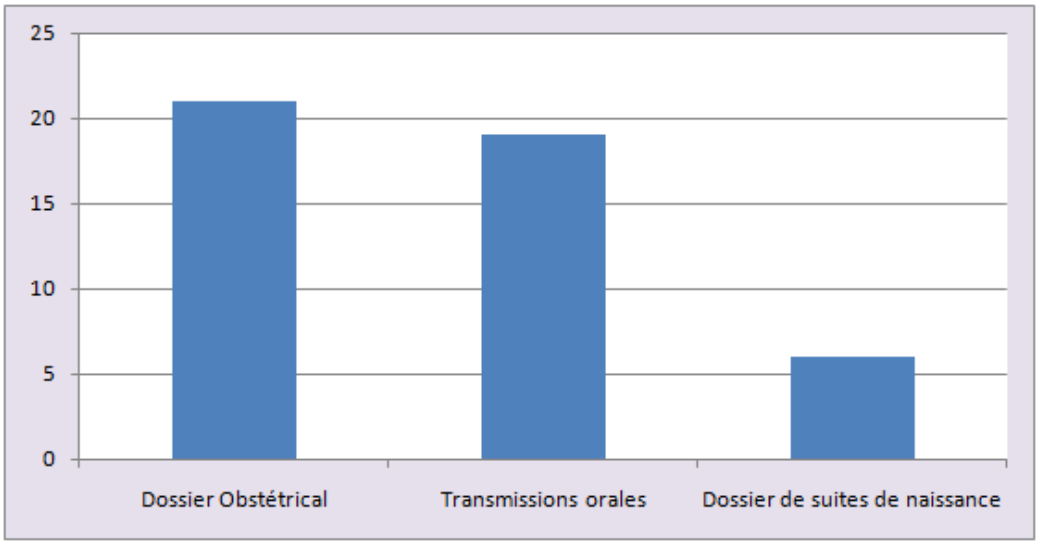
Histogramme N°1 : Les remarques des cadres de service de suites de naissances concernant un protocole d'aide (Q10).

III.3 Résultats concernant les sages-femmes

Ces résultats concernent les réponses de 36 sages-femmes interrogées.

Selon les ¾ des sages-femmes (25/36), l'incidence des mutilations sexuelles féminines au sein de leur maternité reste rare. Sur les 11 sages-femmes restantes, 10 pensent que c'est peu fréquent, et une que ça reste fréquent.

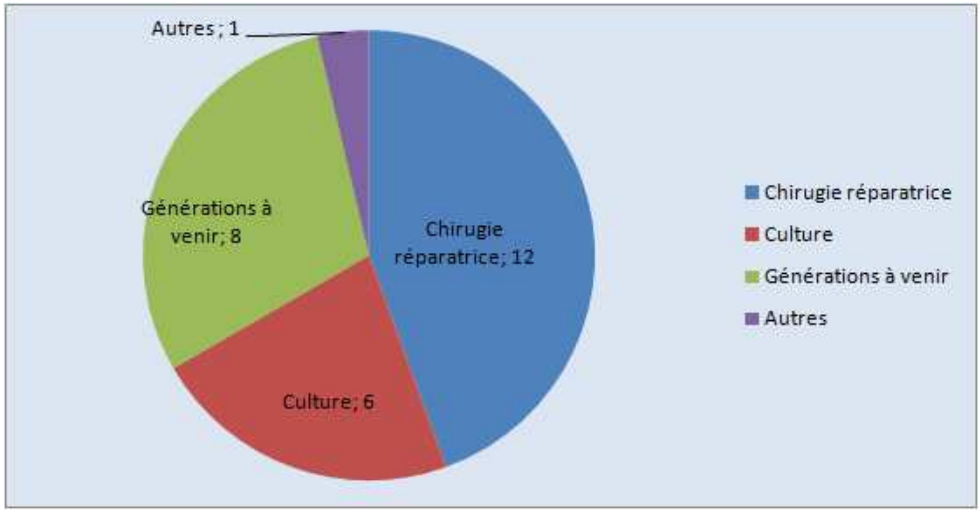
Avant d'entrer dans la chambre des patientes, seulement 80,56% des sages-femmes interrogées savent si une femme est mutilée sexuellement ; grâce en majorité des cas, à la transmission dans le dossier obstétrical, figurant en deuxième page au niveau des antécédents de la patiente.



Histogramme N°2 : Les modalités de transmission d'une MSF en suites de naissances (Q2).

Seulement 6 sages-femmes sur 29 déclarent que des transmissions ciblées dans le dossier de suites de naissance sont écrites lorsque le cas se présente.

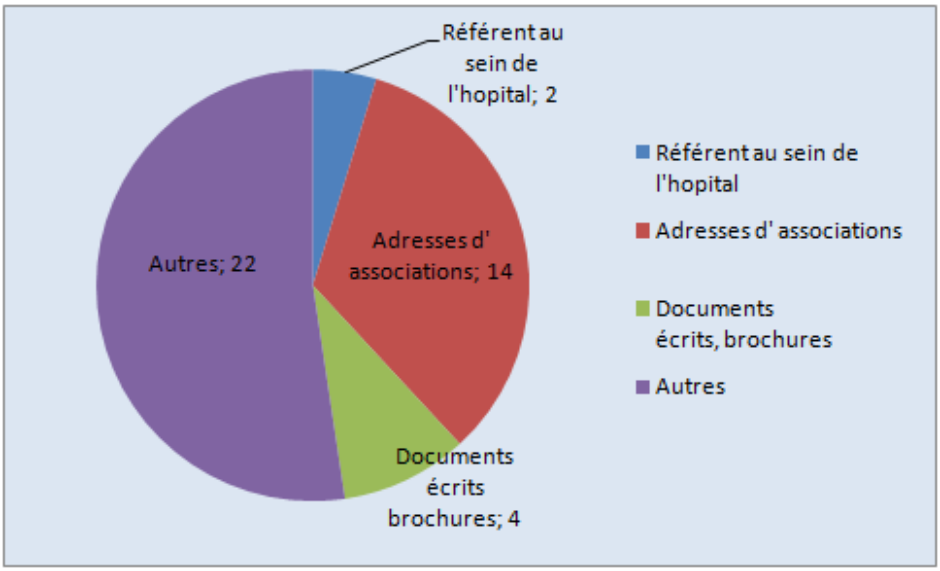
Un peu plus de 41% des sages-femmes ont déjà abordées le sujet des mutilations sexuelles féminines avec des patientes mutilées sexuellement au sein du service de suites de naissance. Le sujet le plus fréquemment abordé reste celui de la chirurgie réparatrice, la prévention des générations à venir n'est abordée que par 53,3% des sages-femmes.



Graphique N°3 : Les thèmes abordés par les sages-femmes qui ont déjà parlées de MSF à des patientes mutilées sexuellement (Q3).

Une seule sage-femme à penser à parler d'un autre sujet, qui est celui de la rééducation du périnée.

Si la patiente aborde la problématique des mutilations sexuelles féminines, les sages-femmes présentent différentes ressources afin de l'aider.



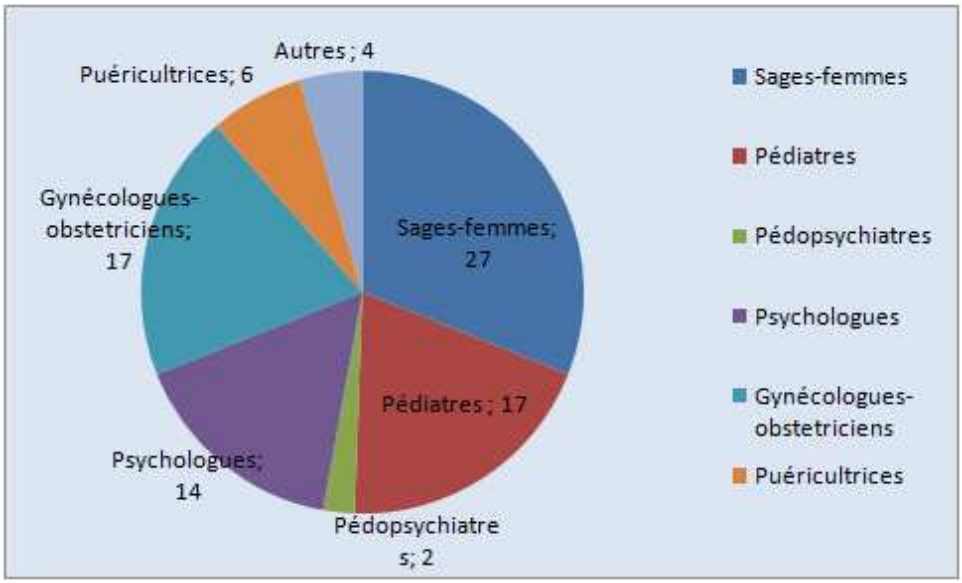
Graphique N°4 : Les ressources qu'ont les sages-femmes pour aider les patientes mutilées sexuellement qui sont en demande (Q4).

Mais la majorité (22 sur 36) d'entre elles ont répondu « autres » à cette question ; et pour 17 d'entre elles, elles n'ont aucune ressource pour leur venir en aide. Pour les 5 autres, elles peuvent compter sur les psychologues et pédiatres au sein de l'hôpital, ou alors s'informer auprès de la cadre du service de suites de naissances, ou via internet ; d'autres encore proposent les coordonnées d'un chirurgien spécialisé, ou encore le numéro pour les violences faites aux femmes (le numéro communiqué par cette sage-femme était erroné : « 3929 », au lieu de 3919).

Malgré cela, 9 sages-femmes sur 10 pensent qu'il est tout de même important de parler de ce sujet à une patiente mutilée sexuellement, si elle vient d'accoucher d'une petite fille, afin de connaître sa position sur le sujet. La majorité pense qu'il est surtout important d'en parler pour éviter les récidives et sensibiliser la mère ainsi que la famille et les proches. D'autres pensent qu'il est judicieux de connaître l'influence du mari ou des proches, et de leur expliquer l'interdiction formelle et punitive de cette pratique en France. Certaines, évoquent plutôt les possibilités d'aides qui existent en France, et l'importance d'expliquer les conséquences graves sur la santé. Mais également de pouvoir parler du vécu de la patiente si elle le souhaite, et d'essayer de comprendre sa culture et les raisons pour lesquelles cette pratique existe encore aujourd'hui.

Au total, 97,22% des sages-femmes considèrent qu'une prévention est possible ; une seule sage-femme n'est pas de cet avis, mais ne donne pas de raison à cette négation.

D'après les sages-femmes interrogées, le professionnel de santé le plus apte pour aborder cette prévention reste, la sage-femme, au premier plan.

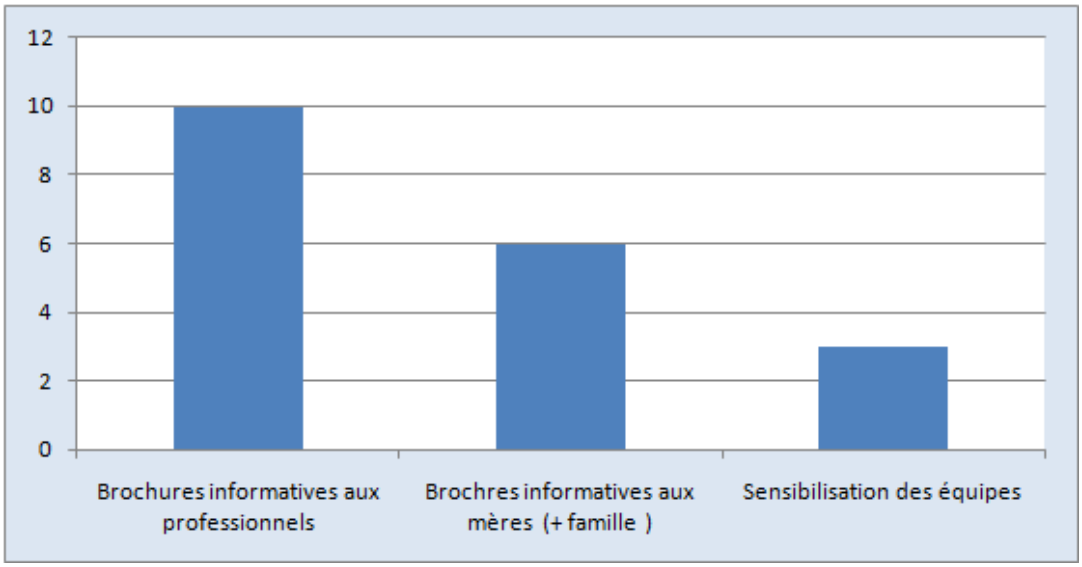


Graphique N°5 : Le professionnel de santé le plus apte à aborder la prévention des MSF en service de suites de naissances selon les sages-femmes (Q7).

Parmi les autres professionnels cités, il y a les professionnels formés sur le sujet, la PMI, et le médecin traitant.

Dans le cas d'une MSF, il est déjà arrivé à 44,44% des sages-femmes qui travaillent en service de suites de naissances, de faire la transmission au pédiatre si la patiente venait d'accoucher d'une petite fille, afin qu'il évoque le sujet avec la patiente. Pour les 55,56% autres, soit elles préfèrent évoquer le sujet elle-même avec la patiente, soit elles n'y ont pas pensé, soit elles transmettent plutôt l'information au psychologue, ou alors le pédiatre est déjà au courant, grâce à des transmissions écrites.

86,11% des sages-femmes interrogées pensent qu'il serait judicieux d'établir un protocole d'aide sur la prévention des mutilations sexuelles féminines chez les couples mères-filles, de mères mutilées sexuellement ; certaines ont proposé divers outils :



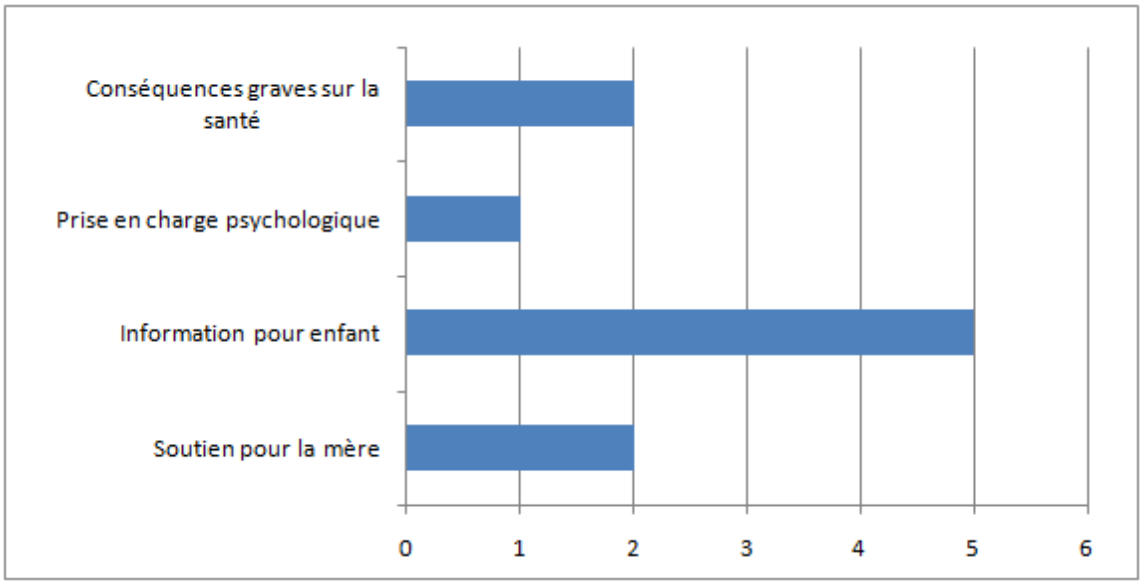
Histogramme N°3 : Les idées des sages-femmes concernant L'établissement d'un protocole d'aide (Q10).

III.4 Résultats concernant les pédiatres

Un à deux pédiatres par maternité a été interrogé. Et finalement, 11 pédiatres ont acceptés de répondre aux questions.

Actuellement, seulement un peu plus d'1/4 des pédiatres est informé lorsqu'une patiente est mutilée sexuellement et qu'elle a accouché d'une petite fille.

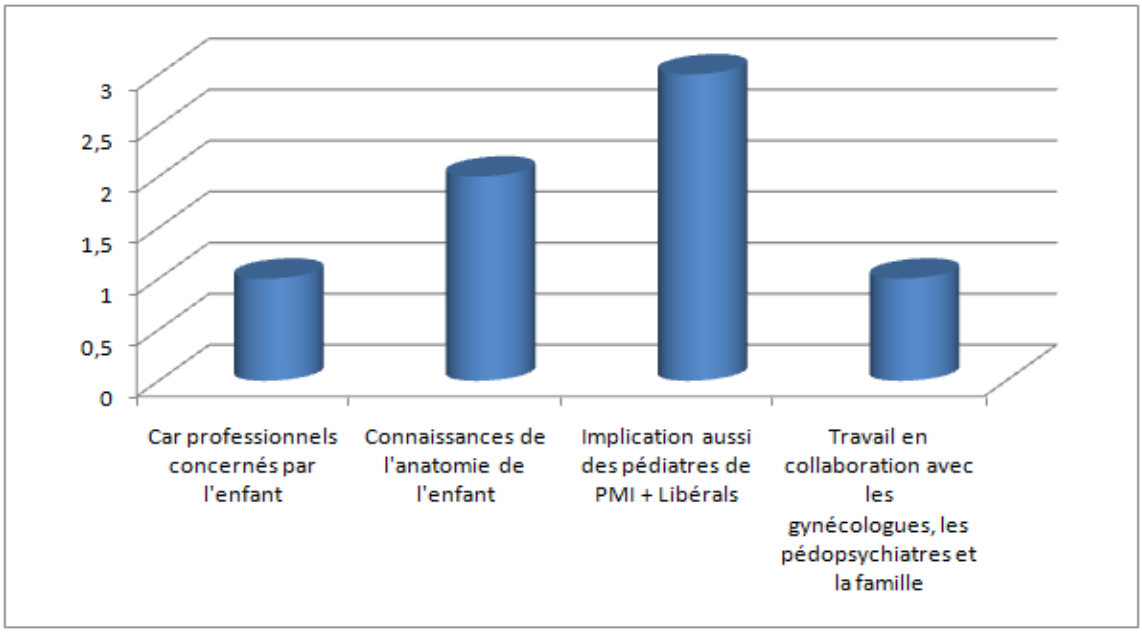
Mais 10 pédiatres sur 11 pensent qu'il s'agit d'une information importante à leur transmettre, et le justifie par les raisons suivantes :



Histogramme N° 4: Justification des pédiatres concernant la transmission de mères mutilées sexuellement (Q2).

Le pédiatre qui ne pense pas qu'il s'agit d'une information importante à lui transmettre, se justifie comme suit : « Nous ne sommes pas à un moment idéal pour en discuter ».

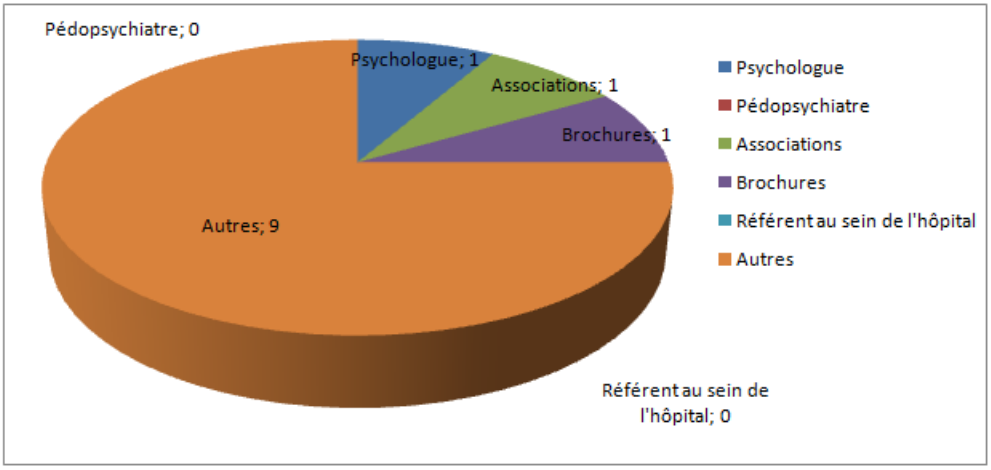
Les 10 pédiatres sur 11 interrogés pensent qu'une prévention est possible, et qu'un pédiatre doit être impliqué dans cette prévention. Ils l'argumentent de la manière suivante :



Histogramme N°5 : Arguments des pédiatres sur l'implication de celui-ci dans la prévention des MSF en service de suites de naissance (Q3).

Un seul pédiatre a répondu qu'une prévention n'est pas possible, et il a ajouté qu' « *on ne peut pas juger la culture de ces patientes.* »

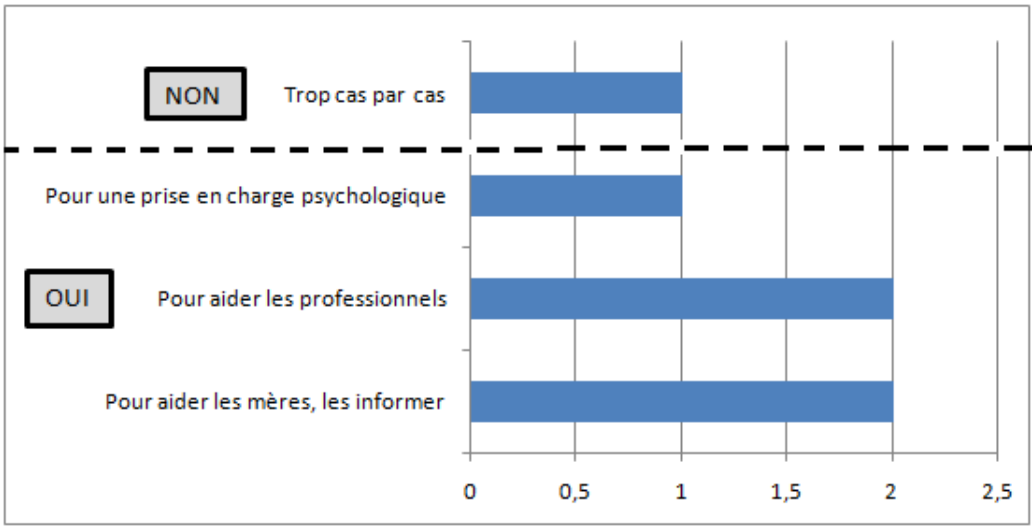
Si une patiente décide de parler au pédiatre, du service de suites de naissances, de mutilations sexuelles féminines concernant sa petite fille, ceux-ci ont très peu de ressources pour l'aider :



Graphique N°6 : Ressources des pédiatres face à une patiente mutilée sexuellement en demande (Q4).

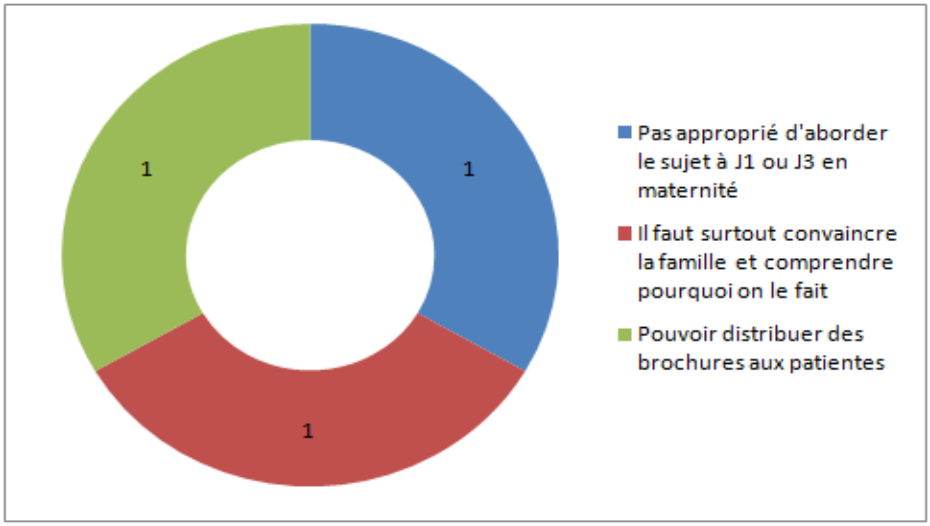
En effet, parmi la catégorie « autres », la réponse est « aucune ressource » en grande majorité, ou alors le pédiatre demande aux sages-femmes du service, et un pédiatre a répondu avoir des connaissances à l'OMS ainsi qu'à Paris.

Pour la proposition d'établir un protocole d'aide sur la prévention des mutilations sexuelles féminines chez le couple mère-fille, de mères mutilées sexuellement, les réponses restent mitigées avec 5 pédiatres interrogés sur 11 qui sont favorables et 6 qui sont plutôt contre. Leurs raisons sont les suivantes :



Histogramme N°6 : Les raisons des pédiatres concernant l'établissement d'un protocole d'aide au sein du service de suites de naissances (Q5).

Très peu ont proposé des idées concernant ce protocole (3 sur 11).



Graphique N°7 : Les idées proposées par les pédiatres concernant l'établissement d'un protocole d'aide en service de suites de naissance (Q6)

III.5 Croisement des données

Pour chaque professionnel interrogé, une qualification de la population a été demandée. La première question était de savoir si la personne était une femme ou un homme. Pour les 18 cadres interrogés, il y a eu un seul homme. De même que pour les 11 pédiatres interrogés, il n'y a que 3 hommes. En revanche, pour les sages-femmes, seules des femmes ont répondues aux questions.

- Concernant les cadres :

On peut s'intéresser quant à une éventuelle influence sur les réponses, du niveau de maternité. Et notamment sur ce qui est mis en œuvre au sein du service de suites de naissances, ou ce qui ne l'ai pas, ou encore ce qui serait intéressant de mettre en œuvre.

Dans chaque niveau de maternité, l'incidence est qualifiée de rare à 100%, et il n'existe pas non plus de protocole écrit en suites de naissances ou en maternité, concernant les patientes mutilées sexuellement.

Concernant l'existence d'une traçabilité des mutilations sexuelles féminines dans les dossiers de suites de naissances ; elles sont écrites pour environ 86% des maternités de niveau I, et ¾ des maternités de niveau IIb. À contrario, aucune maternité de niveau IIa pratique cette traçabilité, ainsi que pour la maternité de niveau III interrogée.

Les référents et/ou les aides à proposer aux mères mutilées sexuellement qui sont en demande, n'existe pas pour environ 57% des maternités de niveau I, 2/3 des maternités de niveau IIa, et ¾ des maternités de niveau IIb. Pour la maternité de niveau III interrogée, la cadre précise que les coordonnées d'associations peuvent être données, ainsi que celles de Gynécologues sans frontières.

Il n'existe pas d'attention particulière, dans le service de suites de naissances, pour les petites filles nées de mères mutilées sexuellement, pour 2 cadres de maternités de niveau I sur 7, 1 cadre de maternités de niveau IIa sur 6, et la moitié des maternités de niveau IIb. Pour la maternité de niveau III, la réponse est non à cette question.

Le fait d'établir un protocole d'aide semblerait plus judicieux pour les cadres exerçant en maternité de plus faible niveau.

Tableau N°VII : Taux de réponse des cadres sur l'importance d'établir un protocole d'aide, en fonction du niveau de la maternité

Niveau de la maternité	I	IIa	IIb	III
Nombre de réponses	5 cadres sur 7	3 cadres sur 6	1 cadre sur 4	la cadre interrogée a répondu oui

La présence de référents et/ou d'aides au sein des différentes maternités semble importante pour les maternités de plus haut niveau. L'établissement d'un protocole d'aide est plus facilement demandé dans la maternité de niveau I, que dans les autres.

- Concernant les sages-femmes :

Il semble pertinent de comparer le temps d'exercice avec l'incidence citée des mutilations sexuelles féminines par la sage-femme, mais également avec le fait d'aborder ou non ce sujet avec la patiente, son positionnement par rapport aux transmissions et son avis sur un éventuel protocole.

L'incidence des mutilations sexuelles féminines semble plus rare pour les sages-femmes exerçant depuis plus longtemps. En effet, pour les sages-femmes qui exercent depuis plus de cinq ans l'incidence semble rare pour 14 d'entre elles sur 17 interrogées ; pour celles exerçant depuis un à cinq ans l'incidence semble rare pour 8 d'entre elles sur 14 ; et 3 sages-femmes sur 5, qui exercent depuis moins d'un an.

Pour les sages-femmes qui exercent depuis un à cinq ans, il est déjà arrivé de parler de mutilations sexuelles féminines à une patiente mutilée sexuellement au sein du service de suites de naissances pour la moitié d'entre elles. Seulement 2 sages-femmes sur 5, pour celles qui exercent depuis moins d'un an, et 6 sages-femmes sur 17, qui exercent depuis plus de 5 ans. Les sages-femmes qui décident d'en parler sont donc celles qui exercent depuis moins longtemps.

3 sages-femmes sur 5 qui exercent depuis moins d'un an, déclarent avoir des ressources au sein de l'hôpital pour aider une patiente mutilée sexuellement qui décide de lui parler de ce sujet ; Et 12 sages-femmes sur 14 qui exercent depuis un à cinq ans. En revanche, 12 sages-femmes sur 17 qui exercent depuis plus de cinq ans affirment qu'elles n'ont aucune ressource au sein de leur hôpital pour venir en aide à ces patientes. Parmi ceux qui déclarent avoir des ressources, le sujet de la chirurgie réparatrice semble celui le plus abordé, ensuite vient celui des générations à venir, de la culture et enfin une sage-femme a abordé le sujet de la rééducation

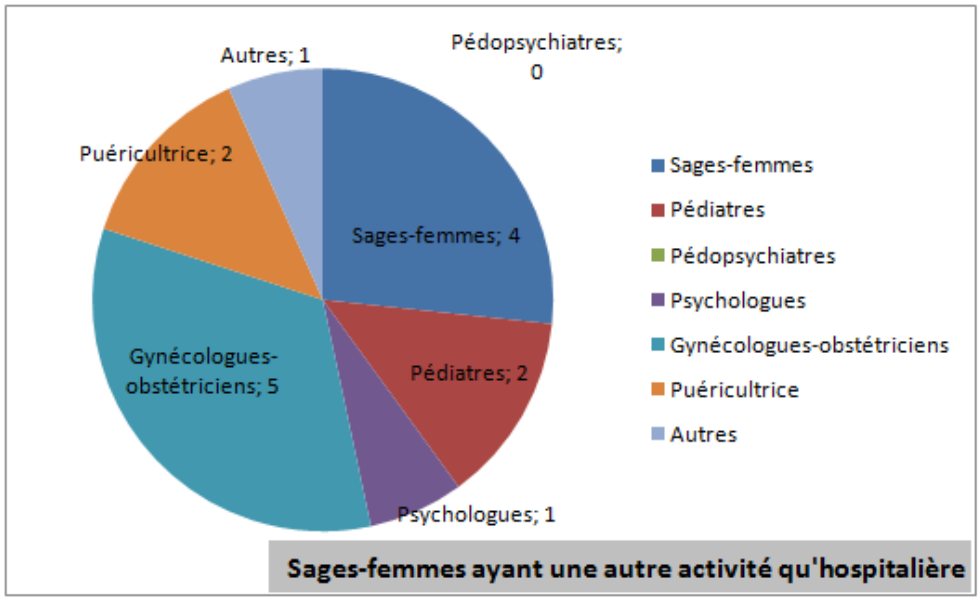
du périnée. Finalement, celles qui déclarent avoir le moins de ressources sont les sages-femmes qui exercent depuis moins longtemps que les autres.

Concernant la transmission au pédiatre afin qu'il évoque le sujet à la patiente si celle-ci vient d'accoucher d'une petite fille, 100% des sages-femmes exerçant depuis moins d'un an, et celles exerçant depuis plus de cinq ans, n'ont jamais eu recours à cette transmission. Et seulement 4 sages-femmes sur 14 exerçant depuis un à cinq ont déjà fait cette transmission. Les sages-femmes les plus jeunes diplômées et les plus anciennes sont donc celles qui pensent le moins à faire cette transmission au pédiatre.

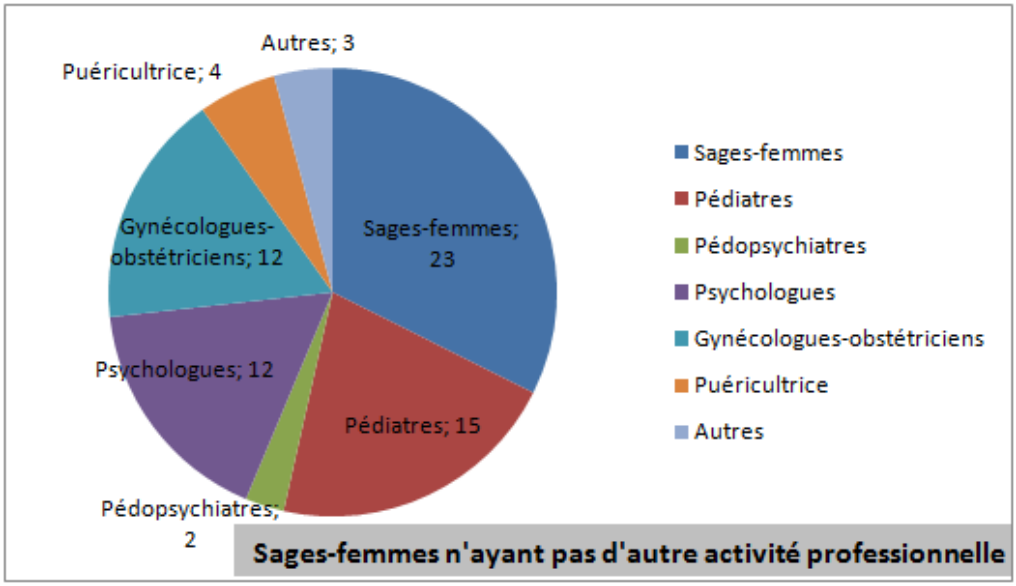
Le fait d'établir un protocole d'aide sur la prévention des mutilations sexuelles féminines chez les couples mères-filles de mères mutilées sexuellement, semble plus judicieux pour les sages-femmes exerçant depuis plus longtemps. En effet, il intéresse 4 sages-femmes sur 5 exerçant depuis moins d'un an, 11 sages-femmes sur 14 exerçant depuis un à cinq ans, et 16 sages-femmes sur 17 qui exercent depuis plus de cinq ans. La réalisation de ce protocole d'aide est plus plébiscitée par les sages-femmes les plus expérimentées.

Parmi les sages-femmes qui exercent une activité professionnelle autre qu'hospitalière, il semble adéquat de comparer les réponses, avec les autres sages-femmes, relatif à la question n°7 : « *D'après vous, quel professionnel de santé est le plus apte pour aborder cette prévention ?* ».

Les réponses ont été regroupées en deux schémas :



Graphique N°8 : Le professionnel le plus apte à aborder la prévention des MSF en service de suites de naissances, selon les sages-femmes ayant une autre activité professionnelle qu'hospitalière.



Graphique N°9 : Le professionnel le plus apte à aborder la prévention des MSF en service de suites de naissances, selon les sages-femmes n'ayant pas d'autre activité professionnelle qu'hospitalière.

La sage-femme serait donc prioritaire selon ces deux schémas, mais arrive en deuxième position le gynécologue-obstétricien, pour les sages-femmes pratiquant une autre activité, alors que pour les sages-femmes qui ne travaillent qu'à l'hôpital, il s'agirait plutôt des pédiatres.

- Concernant les pédiatres :

Il semble pertinent de confronter le temps d'exercice des pédiatres interrogés avec leurs connaissances sur les ressources qu'ils peuvent éventuellement apporter aux patientes mutilées sexuellement, qui décide de leur parler de ce sujet concernant leurs petites filles ; ainsi que sur leur avis concernant l'établissement d'un protocole d'aide sur cette prévention.

Également la comparaison entre le fait qu'un pédiatre ait une autre activité que celle hospitalière ou non, et leur opinion sur le fait qu'un pédiatre doit être impliqué dans cette prévention ou non.

Il n'y a qu'un seul pédiatre interrogé qui exerce depuis moins d'un an ; d'après lui ce ne serait pas pertinent d'établir un protocole d'aide sur la prévention des MSF chez le « couple » mère-fille, de mères mutilées sexuellement, car il s'agit d'une situation à prendre en charge au cas par cas en fonction des demandes de la mère. De plus, il évoque des ressources pouvant aider la patiente en demande, dont un psychologue et des liens avec des associations.

Concernant les pédiatres exerçant depuis un à cinq ans, sur 5 seulement 2, déclarent avoir des ressources à leurs dispositions : ils évoquent le fait de se renseigner auprès des sages-femmes du service de suites de naissances. 4 pensent qu'un protocole d'aide serait pertinent d'être mis en place, et 2 proposent quelques idées : la création de brochures destinées aux mères, et l'idée de créer un protocole mais en dehors de la période de suites de naissances qui ne serait pas un moment suffisamment adéquat.

5 pédiatres interrogés ont plus de cinq ans de temps d'exercice, ils déclarent tous n'avoir aucune ressource pouvant aider ces patientes. Mais un seul pense qu'il serait judicieux d'établir un protocole d'aide face à cette prévention, et propose surtout d'aider les professionnels à comprendre les raisons pour lesquelles ces pratiques sont encore présentes de nos jours, et réussir à convaincre avant tout le mari et la famille de cette patiente.

D'après ce faible effectif de pédiatres interrogés, ce sont les plus anciens qui déclarent ne pas avoir de ressources pour aider ces patientes.

Sur les 2 pédiatres ayant une autre activité professionnelle que celle hospitalière, se sentent impliqués dans cette prévention.

Sur les 9 pédiatres n'ayant pas d'autres activités professionnelles qu'hospitalière, 6 déclarent que leur implication est importante dans cette prévention, car ce sont les professionnels de santé concernés par l'enfant, et qu'ils ont les connaissances anatomiques de celui-ci ; un pédiatre à rajouté qu'il s'agit d'un travail en collaboration avec le gynécologue, le pédopsychiatre et la famille, et un autre qu'il ne s'agit pas spécifiquement du pédiatre de maternité.

- <u>Au total :</u>

L'incidence des MSF au sein du service de suites de naissances semble rare, selon la totalité des cadres interrogés, et la grande majorité des sages-femmes.

Seulement 50% des cadres affirment qu'il existe une traçabilité des MSF au sein de leur service. Et pourtant c'est 80,56% des sages-femmes qui déclarent savoir si une femme est mutilée sexuellement avant d'entrer dans sa chambre.

La majorité des différents professionnels, souligne le manque de ressources à proposer à une patiente qui serait en demande sur le sujet.

D'après les cadres, la transmission des MSF entre professionnels de santé est importante, et la majorité d'entre eux pensent en premier au pédiatre (13 sur 18). Or seulement 16 sages-femmes sur les 36 interrogées, auraient déjà pratiquées cette transmission. Et c'est ¼

des pédiatres qui déclarent être informés si une patiente est mutilée sexuellement. Donc à priori, l'avis des cadres n'est pas entièrement suivi par les sages-femmes, ni par les pédiatres.

Tous les professionnels s'accordent à dire qu'une prévention est possible et est du ressort de la sage-femme pour les cadres et les sages-femmes elles mêmes.

Les cadres et les sages-femmes trouvent judicieux la création d'un protocole et proposent des pistes de réflexion. Par contre les pédiatres n'en voient pas l'utilité.

IV. Analyse et discussion

IV.1 Analyse critique de l'étude

IV.1.1 Points forts de l'étude

La prévention des mutilations sexuelles féminines a souvent été abordée ; cependant en s'y intéressant de plus près, on parle de chirurgie réparatrice, de prise en charge multidisciplinaire au sein d'associations, de traitement médical concernant les complications, … La question des générations à venir étant très peu évoquée dans la littérature. Or c'est par là que commence la prévention des mutilations sexuelles féminines. Cette étude est donc innovante dans son approche d'un sujet souvent traité.

L'étude se base donc sur une bibliographie peu riche sur le sujet, ce qui montre l'importance de mener celle-ci. Une enquête auprès des professionnels de santé a donc été réalisée afin de répondre en partie à la problématique de l'étude. C'est au moyen d'entretiens téléphoniques que cette enquête a pu en très grande majorité être menée. Cela facilite des réponses plus spontanées. En effet, le but était d'établir un état des lieux des pratiques professionnelles, et par conséquent, les professionnels ont répondu de manière spontanée aux questions, sans pouvoir se renseigner auprès de collègues, ou d'une autre manière.

De plus, il s'agissait de questions courtes, à propositions de réponses, qui permettaient d'obtenir des réponses claires, et ainsi une interprétation plus efficace et sûre. Mais les questions renvoyaient parfois à des sous questions ouvertes (« Si non, pourquoi ? », « Si oui, lesquelles ? »), ce qui permettaient aux professionnels interrogés d'exprimer plus librement leurs opinions, sans cette fois, leur imposer des modalités de réponse purement arbitraires, sans toutefois proposer des questions ouvertes.

J'ai choisi de réaliser deux entretiens plus spécifiques, pour m'aider dans ma recherche, de façon à aborder les choses de différents points de vu. Il s'agit d'un entretien téléphonique auprès d'un pédiatre travaillant en service de PMI, et également d'une psychologue clinicienne, ayant travaillé au sein du CRMSF.

IV.1.2 Points faibles de l'étude

Malgré des résultats intéressants de par leurs multitudes de réponses spontanées, le point faible de cette étude reste l'effectif. L'étude est donc de faible puissance. Avec un taux de réponses sur les 37 maternités du Nord-Pas-de-Calais :

- Cadres : 18 interrogés
- Sages-femmes : 36 interrogés
- Pédiatres : 11 interrogés

Malheureusement, l'échantillon de la population interrogée n'est pas à la hauteur des attendus escomptés. En effet, parmi tous les professionnels, soit soixante cinq personnes interrogées au total, seulement quatre hommes font partis de cette population. Et parmi les sages-femmes et les pédiatres, peu d'entre eux ont une activité professionnelle autre qu'hospitalière. Effectivement, sur quarante sept de ces professionnels (sages-femmes et pédiatres), seuls sept pratiquent une autre activité professionnelle. De plus, il n'y a qu'une seule cadre de service de suites de naissances interrogée, pour les maternités de niveau III.

Suite à la demande de certains cadres en raison de l'organisation du service, des questionnaires ont été déposés dans les services de suites de naissances afin que les professionnels puissent y répondre, quand leur charge de travail l'y permettait ; et également des rendez-vous en face à face ont eu lieu. Malheureusement ces modes de recueil de données, n'étaient pas un choix de ma part, mais les grilles directives ont été légèrement modifiées dans leur mise en page, afin d'en faciliter les interprétations. Les questions étant courtes, à propositions de réponses, la parole restait donc limitée.

IV.1.3 Limites et difficultés de l'étude

Les difficultés rencontrées ont été les nombreux refus ou absences de réponses constatées. En effet, sur les trente sept maternités du Nord-Pas-de-Calais, quatre cadres ont manifestés leur refus catégorique de répondre aux questions. Une grande majorité n'a jamais répondu aux appels renouvelés mainte et mainte fois. D'autres encore souhaitaient demander l'autorisation auprès de la direction de l'hôpital, via un mail de ma part, mais beaucoup n'ont pas donné suite à ces mails.

Pour les pédiatres, une autre difficulté à été rencontrée. Beaucoup de maternités travaillent avec des pédiatres uniquement vacataires, ils sont donc dans le service de suites de naissances uniquement pour faire « leurs tours », et sont indisponibles à ce moment. Or en dehors de ces moments ils ne sont plus au sein de la maternité, et beaucoup d'entre eux ne souhaitaient pas laisser de coordonnées pour les rappeler.

IV.1.4 Ouvertures à d'autres professionnels

Les gynécologues-obstétriciens n'ont pas été interrogés dans cette étude, car le choix se portait plus sur des professionnels travaillant au sein du service de suites de naissances de manière plus régulière et plus spécifiquement concernés par l'enfant (objet de la prévention). Les pédiatres et les sages-femmes étaient par contre de fait impliqués [10] ; *« La sage-femme doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour protéger une femme ou son enfant victime de sévices* » [5].

IV.2 Discussion

IV.2.1 Intérêts et ressentis en fonction des différentes professions

Tout d'abord, de part les nombreuses absences de réponses il semble indiqué d'élaborer plusieurs hypothèses de refus.

La première, qui semble commune aux trois différentes professions est celle de l'indisponibilité dû à une charge de travail trop importante. De plus j'ai eu certaines remarques de la part des cadres et des sages-femmes, vis-à-vis selon eux d'une incidence trop peu importante au sein de leur maternité, qui fait qu'elles affirmaient ne pas pouvoir répondre aux questions.

Les pédiatres et les sages-femmes ont évoqués également une même raison ; en effet, ils considèrent avoir peu de connaissance sur le sujet, et ne seraient donc pas aptes à répondre aux questions. Il y a également le fait qu'ils ne se sentent pas à l'aise avec le sujet, de peur de « *dire une bêtise* ».

Certains cadres contactés n'étaient pas eux même des sages-femmes, et donc ne souhaitaient pas répondre aux questions. D'autres encore ont manifesté le manque d'intérêt face à cette prévention pour leur service de suite de naissance. *« Les femmes ne souhaitent pas en parler en général, alors on en parle pas.* », *« Il y a d'autres priorités au sein de notre service à davantage mettre en avant.* », « *Je ne comprends pas l'intérêt de votre mémoire. La prévention des MSF ? Prévention ?* ».

Un manque d'intérêt pour cette prévention a également été constaté chez certains pédiatres, qui ne se considèrent pas comme un acteur de celle-ci.

« *Ce n'est pas aux pédiatres de la maternité, à aborder le sujet, mais plutôt les pédiatres de PMI ou libéraux* », « *Une prévention n'est pas vraiment possible, car on n'est pas là pour se permettre de juger leur culture* », « *Il y a déjà en Afrique beaucoup de choses qui sont faites, donc ce n'est pas en France que l'on peut faire quelque chose [face à cette prévention], surtout si on ne connaît pas bien le sujet.* »

Les professionnels de suites de naissances se sentent-ils concernés par la prévention des MSF ?

La très grande majorité des professionnels qui ont été interrogés, considèrent les MSF comme bien trop rares au sein de leur hôpital, et n'osent pas toujours aborder le sujet avec les patientes, de peur que celles-ci ne veuillent pas en parler. La « rareté » mentionnée des MSF par les professionnels, notamment dans la région Nord-Pas-de-Calais, peut-être aussi mise en lien avec un dépistage faible. Ces professionnels ont bien souvent peur d'être mal à l'aise avec la situation, ou de mettre la patiente elle-même mal à l'aise. Certains d'entre eux considèrent ne pas avoir assez de connaissances pour pouvoir susciter et alimenter la discussion avec la patiente [11].

D'après une étude menée en 2006 sur : Le rôle de la sage-femme dans la prévention des mutilations génitales féminines [10], seulement « *43,7% des sages-femmes* [considèrent avoir] *des connaissances suffisantes lors de la prise en charge de femmes mutilées, mais que 80% estiment leurs connaissances encore insuffisantes.* » , « *87,5% considèrent avoir un rôle à jouer* » dans cette prévention, mais « *seulement 41,8% des sages-femmes interrogées abordent le sujet, faute de connaissances ou par peur de choquer les femmes.* » ; « *Les entretiens* [avec des spécialistes luttant contre les MGF[7]] *ont montré que, globalement, toutes les personnes originaires de ces pays étaient à risque de mutiler leurs enfants. Les sages-femmes occupent une place déterminante dans la prévention des mutilations des fillettes.* »

Une prévention des MSF est-elle toujours possible ?

La quasi-totalité de ces professionnels interrogés pensent qu'une prévention est possible. Et ceux-ci se sentent eux-mêmes impliqués dans cette prévention. Ils leur manquent donc des supports informatifs leur permettant d'acquérir plus de connaissances à ce sujet. Il reste en effet beaucoup de professionnels se trouvant avec aucune ressource au sein de leur hôpital pour pouvoir aider les patientes mutilées sexuellement qui sont en demande. Les professionnels les plus démunis semblent être les sages-femmes les plus anciennes :

[7] Mutilations Génitales Féminines

l'introduction d'enseignement sur le sujet en formation initiale relativement récente peut être une explication.

Les petites filles nées de mères mutilées sexuellement suscitent-elles un intérêt aux professionnels en service de suites de naissances ?

13 cadres sur les 18 interrogés affirment qu'il n'y a pas d'attention particulière dans le service de suites de naissances pour ces petites filles. Or la transmission entre professionnels de santé semble importante, et la majorité pense aux pédiatres (13 sur 18), mais très peu aux puéricultrices (seulement 8 cadres sur 18). Tous les services de suites de naissances, n'ont pas forcément de puéricultrices, et les professionnels ont peut-être peur de stigmatiser la patiente.

Quel est le professionnel le plus apte à aborder cette prévention ?

D'après les sages-femmes interrogées, le professionnel le plus apte reste la sage-femme (pour 27 sages-femmes sur 36), et arrive en deuxième position le pédiatre (pour 17 sages-femmes sur 36) en égalité avec le gynécologue-obstétricien. Les pédiatres eux-mêmes pensent qu'ils doivent être impliqués dans cette prévention. (10 pédiatres sur 11).

D'après une étude menée en 2008 [12], « *Les pédiatres doivent être sensibilisés à ce procédé impliquant l'ablation totale ou partielle des organes génitaux féminins pour des raisons culturelles, car il est le plus souvent pratiqué chez des fillettes âgées entre 5 et 12 ans.* » ; *« Les pédiatres doivent être prêts à argumenter, non seulement au niveau médical, mais également à un niveau légal, socioculturel et éthique.* »

La prévention des MSF en service de suites de naissances, pour les générations à venir doit avant tout se faire en collaboration. Les sages-femmes sont en contact direct avec ces patientes mutilées sexuellement venant d'accoucher d'une petite fille. De plus, elles ont des connaissances grâce à des enseignements spécifiques au cours de leurs études. « *Les obstétriciens et les sages-femmes sont les premiers acteurs de cette prévention. Au cours des consultations prénatales, ils aideront la femme à faire le lien entre des complications qu'elle a pu avoir avant ou pendant la grossesse et la mutilation qu'elle a subi (difficultés à uriner, infections urinaires à répétitions, …) Progressivement, le devenir de la petite fille à naître et de ses aînées sera abordé.* » [13], telles sont les préconisations faites par Jean-Jacques Amy (professeur émérite à la VUB ; Rédacteur en chef, European Journal of Contraception And Reproductive Health Care), et Fabienne Richard (sage-femme, MSc, Département de Santé Publique, Institut de Médecine Tropicale, Anvers).

Mais le professionnel le plus apte pourrait être aussi tout simplement, celui qui se sent le plus à l'aise, ou le plus compétent concernant ce sujet, quelque soit son poste.

Faut-il protocoliser ?

11 cadres sur 18 pensent qu'il serait judicieux d'établir un protocole d'aide à cette prévention (soit environ 61%). 31 sages-femmes sur 36 sont du même avis (soit environ 86%), et seulement 5 pédiatres sur 11 le pensent également (soit un peu plus de 45%).

Finalement, ce sont les sages-femmes qui se sentent le plus concernées par cette prévention, (Cf *Graphique N°5 : Le professionnel de santé le plus apte à aborder la prévention des MSF en service de suites de naissances selon les sages-femmes (Q7).)* , et ce sont elles qui, en majorité, souhaitent voir un protocole pouvant les aider au sein de leur service.

Le post-partum en maternité est-il la période idéale ?

La question du moment idéal pour aborder le phénomène trans-générationnel se pose nécessairement. Le post-partum en maternité est plébiscité pour seulement 50% des cadres. Ce faible pourcentage est-il le reflet de considérations argumentées ou bien la traduction d'un sujet délicat à aborder dans une période parfois émotionnellement difficile.

En revanche, un suivi peut également être proposé à ce sujet. La question d'une attention particulière décalée dans les premiers mois de l'enfant est à prendre en compte. Un entretien avec un pédiatre de PMI[8] montre que la période de suites de naissances semble propice, mais la PMI aurait un rôle plus préventif dans la protection de l'enfant, du fait du suivi de celui-ci jusqu'à ces six ans. De plus, un examen systématique des organes sexuels génitaux est réalisé à chaque consultation.

En revanche, il ne semble pas y avoir de formation d'après ce pédiatre, sur les MSF, mais il en existe sur l'apprentissage des différentes cultures. L'établissement d'un protocole d'aide lui semble donc important, avec comme idées :

- La façon d'aborder le sujet
- Les rappels de la loi
- Les conséquences pour la santé des petites filles

Elle précise également qu'il s'agit d'un travail en collaboration avec la sage-femme et la puéricultrice de PMI. L'aide apportée contient un versant médical mais pas seulement, car le poids culturel et familial est important ; dans ce domaine, le travail avec les associations peut-être pertinent.

[8] Il s'agit d'Anne-France SERGEANT, exerçant en PMI depuis 1980.

D'après celle-ci, les refus concernant les pédiatres à cette étude, se traduiraient par un manque d'assurance à ce sujet, et qu'ils ne penseraient pas forcément à cette prévention dans le cadre de leurs consultations ou suivi en service de suites de naissances.

Dans l'intérêt de répondre à la problématique de cette étude, un entretien téléphonique auprès d'une psychologue a également été réalisé.[9]

D'après celle-ci, la fréquence des MSF n'a pas du tout diminuée, car il y a dans la région une communauté de femmes originaires d'Afrique subsaharienne toujours importante. Il s'agit surtout de femmes venant de Guinée, du Mali, de la Mauritanie, du Soudan, de l'Erythrée, patientes le plus souvent francophones.

Pour elle, il est indispensable de mettre en place des formations sur les MSF au sein des maternités. Mais il n'y a pas vraiment de période plus appropriée qu'une autre, car cela « *dépend du lien tissé avec la patiente* ». Le service de suite de naissances est donc aussi une période où la prévention peut être effectuée, car « *elle fait partie de la prise en charge standard de la femme* ». La relation de confiance établie est primordiale pour un échange sur le sujet des MSF. Et « *si le dialogue n'est pas ouvert, alors c'est la porte ouverte à toutes sortes de dérives* ».

Contrairement à ce que beaucoup peuvent penser, il est important d'aborder le sujet des MSF, et les femmes mutilées sexuellement, ont-elles-même envie qu'on leur en parle. Elle a précisée que des femmes mutilées sexuellement qu'elle a rencontrées, lui ont déjà dit : « *j'aurais aimé que ce soit abordé* ».

Et d'après cette psychologue, *« si on en parle pas, on peut être sûr à 95% que c'est pas les femmes qui en parleront. Les 5% restants aborderont le sujet notamment au cours d'une consultation pour expliquer les douleurs, les gênes, …* ». On peut juste engager la discussion, mais toujours sans la forcer, les femmes n'ont « *pas forcément envie de s'étendre sur ce sujet* ».

Il est donc important de pouvoir aborder le sujet, et c'est le rôle des professionnels de santé, notamment ceux qui travaillent en maternité. Pour cela, il est important selon elle d'avoir en tête la carte des pays d'origines des MSF. Et de savoir poser des questions qui généralisent, du type : « *est ce que ce n'est pas un pays où on pratique l'excision ?* » (Car on demande toujours en consultation le pays d'origine de la patiente). Ou alors si la MSF est découverte au cours de l'examen clinique : « *J'observe que vous présentez une mutilation. Savez-vous ce que c'est ? Étiez-vous au courant ?* »

[9] . Il s'agit de Julie QUIQUEMPOIS, qui a travaillé pour le C.R.M.S.F resté ouvert durant six ans. (Mais aujourd'hui malheureusement fermé depuis un an et demi).

Il n'y a pas forcément de professionnel de santé plus apte à aborder cette prévention, d'après cette psychologue ; « *du moment qu'il est formé* ». Il y a *« plusieurs professionnels qui jalonnent le parcours de la maman* ». Et notamment la PMI ; mais même les professionnels de PMI peuvent ne pas être formés aux MSF. L'implication d'un pédiatre dans la prévention des générations à venir lui semble également importante. Et l'importance du nombre de refus ou d'absence de réponses constatées dans l'étude, est justifiée selon elle : « *C'est surtout la méconnaissance qui parle* ».

IV.2.2 Propositions et faisabilité

[1], [4], [5], [6], [9], [11], [12],[13],[14], [15], [16], [17], [18], [19], [20], [21],[22], [23], [24], [28], [29], [30], [31], [33], [35],[40]

Faut-il faire de la prévention ?

Tout d'abord, le rythme général de la diminution de la prévalence des MSF reste lent, malgré certains succès, selon l'OMS. Il y aurait parmi les femmes excisées, qui ont des filles, 11% qui sont elles-mêmes excisées [14]. « *La prévention de l'excision chez les fillettes et les jeunes filles vivant en France reste essentielle, et doit continuer à être soutenue par les pouvoirs publics.* » La France compterait en 2004, environ 50 000 femmes adultes excisées, vivant en France [15].

De plus, la scolarisation et l'instruction des femmes qui devient de plus en plus fréquente, a un certain effet protecteur ; c'est grâce à l'éducation à la santé. On constate dans tous les pays, le risque de MSF qui décroît avec une augmentation du niveau d'instruction [15].

« J'ai arrêté d'exciser à cause des méfaits de cette pratique. J'ai vu des photos qui témoignaient des séquelles. Il y avait des films qui montraient de graves hémorragies, sur des petites filles excisées. Souvent, ces fillettes perdent tout leur sang. Après l'excision, il y a d'énormes saignements. Au point que l'enfant ne peut même plus se lever. On nous a également montré des photos d'accouchements compliqués. Le bébé ne parvient pas à sortir. Il reste coincé. La mère et son bébé meurent tous les deux. Nous, nous pratiquions l'excision sans connaître toutes ces conséquences. Depuis que l'on sait, nous avons choisi d'arrêter et d'abandonner le couteau. »[10]

[10] Paroles extraites d'une vidéo : « Nsere, témoignages contre l'excision ». Il s'agit d'Aminata BALLO, une ancienne exciseuse ; à Ségou, au Mali, en 2009. C'est une série de vidéos témoignages, tournées à l'occasion d'une tournée nationale de lutte contre l'excision pilotée par l'UNICEF en lien avec diverses ONG et organisations maliennes, le Cinéma Numérique Ambulant (CNA Mali).

Il semble donc primordial de faire de la prévention aujourd'hui. Mais alors d'autres questions subsistent.

Quand doit-on mettre en place cette prévention ?

En réalité, la prévention des MSF doit ou peut être abordée tout au long de la grossesse [9]. D'abord, le dépistage devrait avoir lieu durant la période prénatale, donc soit par une sage-femme, soit par un gynécologue obstétricien. Une traçabilité écrite devrait alors exister ; non pas seulement sous forme d'une case cochée dans le dossier obstétrical (à la page des antécédents), mais également en précisant les démarches entreprises avec la patiente, qui lui auront été proposées (comme le fait d'en reparler à la prochaine consultation ou de prévoir un nouveau rendez-vous entre deux consultations.)

Durant cette période prénatale, on pourra aborder les conséquences qu'ont les MSF sur la santé, et notamment lors de l'accouchement. On peut également informer et orienter la patiente vers les services spécifiques pour une prise en charge et un accompagnement psycho-médicosocial adéquat.

Pour ce qui concerne la prévention des MSF pour les générations à venir, en revanche la période post-natale semble la plus appropriée. Lors de la période au sein du service suites de naissance, les sages-femmes et pédiatres pourront aborder cette prévention. La sage-femme ainsi que le pédiatre pourront aborder le sujet afin de connaître la position des parents par rapport à leur fille, avec éventuellement un support informatif.

La période de suites de naissance permet en effet d'aborder cette prévention, plus facilement ; car c'est un moment où le professionnel a plus de temps pour aborder le sujet (qu'au sein d'une consultation au milieu de tant d'autres, ou que lors de l'accouchement où la femme n'est pas tout à fait ouverte à un dialogue aussi important). C'est également un moment où on peut parler de ce sujet avec la génération à venir, soit le nouveau-né, présent physiquement et non plus simplement un être imagé et idéalisé lors de la grossesse. Un moment plus intime peut aussi être plus facilement instauré au sein de la chambre que la mère s'est appropriée au fil du séjour. De plus, en suites de naissances, il n'y a pas seulement la sage-femme ou le gynécologue-obstétricien (présents au moment des consultations ou lors de l'accouchement), qui est présent pour aborder le sujet ; il y a également le pédiatre qui joue un rôle important et impliqué dans cette prévention. (Cf *Histogramme N°5 : Arguments des pédiatres sur l'implication de celui-ci dans la prévention des MSF en service de suites de naissance (Q3).*)

Les MSF devraient être dépistées lors des consultations prénatales et notées systématiquement dans le dossier obstétrical de la patiente. Puis cette transmission écrite se

prolongerait en salle de naissance, et enfin des transmissions écrites et à la fois orales devraient être réalisées après l'accouchement, notamment s'il y a eu des difficultés lors de celui-ci dues aux MSF (à types de déchirures notamment). Il serait donc notifié dans le dossier de suites de naissance de la patiente et également noté sur la fiche de l'enfant lors de l'examen par le pédiatre si la maman est excisée ou non.

Qui doit se charger de la prévention ?

Il semble « *primordial que le personnel obstétrical, en particulier les sages-femmes, possèdent des connaissances suffisantes sur le sujet lors de la prise en charge de ces femmes [mutilées sexuellement] et réalisent des mesures de prévention pour protéger les enfants à venir.* » [7]. Mais il y a également un autre professionnel de santé impliqué dans cette prévention, prouvé dans l'étude suivante: *« Une information et une formation de tous les pédiatres est nécessaire, car leur position de médecins de premier recours leur donne un rôle-clé en matière de prévention des mgF*[11]*.* » [12].

Ce sont les professionnels de santé, capables de fournir ses informations, qui doivent faire le premier pas vers la patiente, et laisser une porte ouverte au dialogue. Le professionnel établira un dialogue non forcé, ne jugera pas la personne en face de lui, respectera ses croyances et sa culture. Il n'est pas là pour imposer ses idées, mais pour les suggérer afin de donner accès à un dialogue plus ouvert. L'un des piliers principaux de la prévention est l'accès à l'information. Le professionnel est là pour fournir cet accès à l'information.

Lors de l'examen clinique du pédiatre, celui-ci observe les organes génitaux de la petite fille, et c'est à ce moment ci qu'il peut aborder le sujet des MSF avec la mère et/ou le père. Il peut expliquer l'anatomie des organes génitaux féminins « intactes » et ainsi parler de l'excision. Et sensibiliser en expliquant les conséquences qui peuvent être causées par l'excision, …

Certains pays ont adoptés une position très claire quant ce sujet. Ainsi en Belgique, des pédiatres font signer à la mère ou aux parents avant la sortie de l'enfant, une attestation sur l'honneur marquant leur engagement à ne pas faire exciser leur(s) fille(s) [9].

Le pédiatre peut consigner les constats dans le dossier médical de l'enfant et/ou le carnet de santé (ex : la mère / les sœurs sont excisées/infibulées, les organes génitaux de l'enfant sont intactes) lors de la sortie de la maternité.

[11] Mutilations génitales féminines

Une transmission de ces informations devrait être faite à la PMI (sages-femmes, puéricultrices et pédiatres), à la fois pour la mère mais aussi pour la petite fille, pour s'assurer d'une protection et sensibilisation à moyen et long terme.

Comment mettre en place cette prévention ?

Ce qui paraît assez flagrant dans les réponses des différents professionnels interrogés, est le manque de ressources qu'ils auraient à apporter aux mères mutilées sexuellement et qui sont en demande. J'ai donc pensé réaliser trois sortes de brochures :

- Deux destinées uniquement aux professionnels de santé qui en ressentiraient le besoin [Annexes VI et VII].
- Et une destinée aux mères mutilées sexuellement et qui viennent d'accoucher d'une petite fille, ainsi qu'à leur famille [Annexe VIII].

La première brochure destinée aux professionnels de santé, aborde toutes les informations nécessaires au bagage du professionnel qui doit agir dans la prévention des mutilations sexuelles féminines. En effet, elle débute par la définition des différents types de MSF, puis de quelques chiffres, dont bien souvent les professionnels n'ont pas conscience. De plus, ils ignorent la plupart du temps, se trouver dans une des régions les plus touchées par ce fléau [9]. Pour pouvoir aborder cette prévention des MSF, il faut avant tout savoir de quoi on parle ; il était donc également important d'y ajouter les conséquences causées par la pratique des MSF, ainsi que les justifications des MSF. Il y a aussi les informations utiles concernant les rappels de la loi, et des contacts pouvant éventuellement être utilisés.

La deuxième brochure destinée aux professionnels de santé, serait plutôt un guide sur lequel s'appuyer lorsqu'un professionnel décide d'agir dans cette prévention. Elle aborde le dépistage des MSF (et informe sur les pays d'origines), la façon dont il faudrait aborder le sujet avec ces mères, et pourquoi il est important d'aborder le sujet. Et enfin la conduite à tenir face à une victime des MSF, ou menacée de MSF.

Les deux brochures se complètent, et je pense qu'il est nécessaire de lire la première avant de pouvoir aborder cette prévention à l'aide de la deuxième brochure.

Concernant la troisième et dernière brochure destinée aux mères mutilées sexuellement (et venant d'accoucher d'une petite fille) et à leur famille, il s'agit de donner des informations claires et simplifiées sur les MSF : entre autre une définition avec des schémas et des termes simplifiés. Elle permet également d'informer sur les conséquences que les MSF peuvent avoir sur la santé des femmes, et également d'éclairer sur les croyances qui ne sont pas toujours justifiées. Elle donne aussi quelques rappels importants de la loi en France. L'ajout de quelques témoignages de personnes pratiquant ou ayant subi les MSF, qui aujourd'hui ont changé d'avis les concernant, semblent pertinent.

Cette brochure est une idée de ce qui pourrait être éventuellement réalisé. Une telle brochure devrait pouvoir être créée à l'aide des personnes concernées, comme les femmes mutilées elles-mêmes, des associations, des psychologues, … Il s'agit d'une ébauche permettant de mieux comprendre son intérêt, et d'imager les explications.

Ce genre de brochure devrait être donnée aux mères mutilées sexuellement venant d'accoucher d'une petite fille, mais elle doit être accompagnée d'un certain dialogue et quelques explications en plus par le professionnel de santé. Elle sert avant tout d'une aide aux professionnels qui abordent le sujet avec la patiente. Le professionnel peut commencer à parler avec la mère et/ou le père, en lui demandant comment s'est déroulé son accouchement, ainsi que son/leur propre vécu de celui-ci. Mais également l'informer ou lui expliquer les éventuelles déchirures ou épisiotomie causées. Et éventuellement en profiter pour lui expliquer son anatomie féminine intime. En effet, souvent, très peu de ces femmes connaissent leur anatomie.

Et tout cela peut être aidé d'un support. Celui-ci peut éventuellement lui être remis si elle le souhaite. On peut également lui proposer de la montrer à des femmes de sa famille, des sœurs, des cousines, …, selon son envie.

Puis un accompagnement plus spécifique peut également lui être proposé : voir un psychologue, si elle a besoin de plus se confier sur son vécu par exemple ; voir un sexologue, si elle dit avoir des problèmes lors des rapports sexuels et qu'elle souhaite en parler, ou réussir à les soigner ; voir un chirurgien, si elle a évoqué l'envie d'une chirurgie réparatrice, …

Mais attention à ne pas stigmatiser : « les occidentaux pensent que les femmes excisées ne jouissent pas mais c'est faux. » [3] , une enquête réalisée en décembre 2009 « montre que les femmes concernées sont en demande d'écoute et d'informations sur ces questions, même si parler de sa sexualité, et a fortiori de ses difficultés sexuelles, reste un sujet intime et délicat à aborder, particulièrement pour des femmes migrantes originaires de sociétés dans lesquelles la parole sur le sujet est rare. » [14]

De nombreuses études ont prouvées l'importance de l'instruction des filles dans l'abandon des MSF [15]. En effet, une éducation à la santé permet une prise de conscience de la dangerosité que peut engendrer les MSF.

La sensibilisation paraît un moyen clé dans cette prévention.

« Je m'appelle Ibou SANE, je viens de Diégoune, voici ma femme Aminata BADJI, elle est de Tobor mais originaire de Balingore, voici mes enfants, Diaratou SANE [une fille], Malick SANE [un garçon], et Souleymane SANE [un garçon], c'est ma famille. La chose que je détestais le plus quand j'étais jeune, c'est l'excision, parce que ça apporte le malheur, alors je me suis dis, une fois marié, je ne laisserai pas pratiquer l'excision dans ma famille. Et avec ma femme, nous avons décidé de ne pas le faire. Ma fille ici n'est pas excisée. Et avec l'arrivée du

programme de Tostan, j'ai demandé à Aminata d'aller améliorer ses connaissances pour qu'on en sache plus.

[Sa femme prend la parole] Je suis allée à l'école DIOLA, j'ai appris beaucoup de choses grâce à la facilitatrice[12] *de Tostan, je rends grâce à Dieu, je pensais que l'abandon de l'excision allait prendre du temps, grâce à Dieu aujourd'hui c'est pour toujours.*

[Ibou SANE reprend le dialogue] J'ai sensibilisé beaucoup de gens, finalement mes amis n'ont pas excisés leurs filles. C'est une décision qui se négocie pour que les gens puissent savoir où se trouve la vérité, mais personne ne peut forcer, il faut toujours négocier comme l'Iman l'a dit hier. Nous les habitants de Diégoune, nous sommes tombés d'accord pour abandonner l'excision. »[13]

Quelle est l'évolution de cette prévention ?

Certaines personnalités publiques se font les « avocats » de l'abandon des mutilations sexuelles féminines et relayent les informations et les messages qui concernent cette pratique.

Ce sont de nombreux porte-paroles en matière de lutte contre l'excision comme les mannequins originaires de ces pays pratiquant les MSF, et elles-mêmes ayant subies cette pratique, qui font connaître leur avis à travers l'écriture de livres, ou encore la réalisation de films. (Il y a notamment « *Fleur du désert* », tiré du livre écrit par Waris DIRIE).

De plus, de nombreux pays d'Afrique ont adopté des lois visant à éradiquer les MSF. Mais les sanctions pénales restent rares, car malheureusement souvent ces lois ont été créées pour satisfaire des obligations exigées par les conventions internationales et ne sont pas le reflet d'une volonté de lutte contre les mutilations. Mais le fait d'imposer des sanctions, a actualisé la tendance à un abaissement très marqué de l'âge de l'excision dans ces pays ; en effet plus la fille est jeune, plus il est facile de cacher cette pratique sur elle, et elle serait moins réticente.

[12] Facilitatrice = Qui est chargé de faciliter le déroulement d'une action, d'un processus
[13] Paroles extraites d'une vidéo : « L'appel de Diégoune », tourné entre mai et octobre 2008. Réalisé par l'ONG Tostan France en partenariat avec la Délégation Régionale aux Droits des femmes et à l'Egalité (DRDFE) de la région Ile-de-France.

V.Conclusion

La prévention des MSF tient une place importante encore aujourd'hui, dans la région Nord-Pas-de-Calais, mais aussi dans toute la France. Cette pratique est reconnue comme dégradante mais surtout, il s'agit d'une discrimination reposant sur le sexe [6]. Les flux migratoires étant de plus en plus fréquent, cela amène à une augmentation du nombre de filles et de femmes vivant en dehors de leur pays d'origine qui ont subi des MSF, ou qui risquent de subir de telles pratiques [6]. Les migrants sont essentiellement originaires du Sénégal, du Mali, de la Mauritanie et plus récemment de Côte d'Ivoire, de Gambie et de Guinée-Conakry [11].

Selon l'OMS, « *il est vital que les efforts déployés pour lutter contre les mutilations sexuelles féminines soient renforcées pour contrecarrer de manière plus efficace les raisons sur lesquelles reposent la poursuite de cette pratique.* », « *L'éducation visant à une responsabilisation permet aux populations d'examiner leurs propres croyances et valeurs relatives à la pratique d'une manière dynamique et ouverte, qui ne soit pas ressentie ou perçue comme menaçante.* » [6].

Cette étude a permis de faire un état des lieux des actions de prévention des MSF en post-partum, malheureusement très peu présentes.

En effet, les professionnels interrogés en service de suites de naissances, semblent bien trop souvent démunis face à une patiente qui souhaiterait bénéficier de leur aide à ce sujet. Un manque de connaissances et donc d'assurance est défavorable à l'égard de ces patientes. Pour la majorité de ces professionnels (cadres et sages-femmes surtout) il est opportun de réaliser un protocole d'aide pour faire face à cette prévention, si difficile à aborder.

En effet, le sujet des MSF reste aujourd'hui un sujet délicat. Ils s'accordent tous à dire qu'une prévention est possible, mais ne savent pas vraiment vers qui se tourner pour mettre en place cette prévention. Des transmissions entre professionnels sont importantes selon eux (aux pédiatres et aux gynécologues obstétriciens surtout), mais elles ne sont pas souvent réalisées. L'absence de référents et/ ou d'aides pouvant les appuyer face à cette prévention est bien trop marquante dans toutes les maternités du Nord-Pas-de-Calais.

Quelques questions restent et persistent encore, et pourraient être approfondies : Pourquoi les professionnels n'osent-ils pas aborder le sujet des MSF avec les patientes ? Et comment les aider au mieux dans cette démarche ?

[34] : « *Je ne connais pas les cultures africaines, je crains d'être intrusive et de mettre le doigt sur des traumatismes enfouis. Je me dis qu'en parler alors qu'elles veulent oublier n'est peut-être pas très bien indiqué, à moins de choisir son moment, et d'avoir la psy derrière.* »[14]

Cette étude a également permis d'identifier le rôle de différents professionnels de santé en suites de naissances, avec en première ligne, les sages-femmes et les pédiatres, et secondairement les professionnels travaillant en PMI (sages-femmes, pédiatres, et puéricultrices).

Le but de cette étude était de savoir quelle est la place de la prévention des MSF en suites de naissances, auprès des « couples »mères-filles ?

La place de cette prévention est donc importante en suites de naissances, mais il faut savoir tout de même qu'elle fait suite à une prévention en secteur prénatal. Elle permet surtout de laisser la porte ouverte à un dialogue si la patiente le souhaite, et de lui fournir des informations sur la sensibilisation des MSF (qui peuvent notamment être accompagnées d'une brochure). Mais aussi de montrer l'importance de l'examen des organes génitaux intacts de la petite fille, réalisé par le pédiatre, et permettant de connaître éventuellement leur position sur le sujet par rapport à celle-ci. Cette prévention en suite de naissances, vient en amont d'un suivi permettant d'assurer la protection de l'enfant grâce aux professionnels travaillant en PMI. Il semble donc important de retenir que la prévention des MSF en suites de naissances ne doit pas se faire seule, mais en collaboration avec plusieurs professionnels, et l'accord de la patiente elle-même ; Et elle ne doit pas se faire qu'à cette période du suivi. La prévention doit aboutir d'une relation de confiance élaborée entre la patiente et le professionnel de santé, et doit pouvoir s'aborder petit à petit, tout au long du suivi de celle-ci.

Il semblerait donc aussi intéressant, d'obtenir des avis de mères mutilées sexuellement sur le sujet. Connaître leurs positions et celles de leur mari, et famille. Savoir comment elles préfèreraient que l'on aborde le sujet avec elle ; Et pour quelles raisons il est nécessaire de le faire. Approfondir avec quel professionnel, ces femmes sont le plus à l'aise pour discuter de ce sujet, et quelles sortes d'aides les professionnels de santé peuvent leur proposer.

Nous nous sommes attachés à recueillir des avis de professionnels de périnatalité sur les modalités d'une prévention des MSF en suites de naissances ; il serait pertinent de s'intéresser à

[14] Paroles d'une sage-femme qui craint d'être maladroite ou intrusive, et qui sont bien trop souvent fréquentes. (Questionnaires dédiées aux sages-femmes, dans le cadre d'un mémoire pour obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme, en 2014)

l’opinion des mères concernées par le sujet, certainement en collaboration avec les associations, afin d’être en mesure de proposer un accompagnement accepté et efficace vis-à-vis des générations à venir.

VI. Références bibliographiques

[1] Prévention et prise en charge des mutilations sexuelles féminines en région Nord-Pas-De-Calais, Brochure, GHICL Hôpital Saint-Philibert C.R.M.S.F , 2p

[2] Hauthuille.AC, Les mutilations sexuelles féminines : les pratiques professionnelles dans les maternités de Seine-Saint-Denis, Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine de la faculté de médecine de Créteil, 2007, 73p

[3] Allag.F, Abboud.P. Mansour.G, Zanardi.M, Quéreux.C, Mutilations génitales rituelles féminines. La parole aux femmes, Gynécologie Obstétrique & fertilité, Volume 29, Issue 11, Novembre 2001, Pages 824-828

[4] GAMS, Mutilations sexuelles féminines. Protocole de sensibilisation Niveau 1, consultable à l'URL : http://www.federationgams.org/pdf/msf_niveau1.pdf , juin 2010, 8p

[5] Les rédactrices et rédacteurs du guide « Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines », la direction générale de la santé, Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines, Ministère de la santé et des sports, Juillet 2010, 10p

[6] Organisation mondiale de la santé, Eliminer les mutilations sexuelles féminines : Déclaration interinstitutions (HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM), Editions de l'OMS, 2008, 46p

[7] Hédon.F. Pour en finir avec les mutilations sexuelles féminines, Sexologies, Volume 16, Issue 1, Janvier-Mars 2007, Page 64

[8] Définition prévention primaire selon l'OMS, 20 janvier 2016

[9] Stratégies concertées MGF, INTACT, GAMS, Guide de bonnes pratiques améliorant la prévention et la protection des filles et des femmes victimes ou à risque d'excision, Novembre 2015, 64p

[10] Vaysse.J, Le rôle de la sage-femme dans la prévention des mutilations génitales féminines, La Revue Sage-Femme, Volume 5, Issue 4, Octobre 2006, Pages171-181

[11] Remy.M, Le rôle de la sage-femme pratiquant l'entretien prénatal individuel dans la prévention des mutilations sexuelles féminines, Mémoire-Ecole de sages-femmes Albert Fruhinsholz, Université Henri Poincaré de Nancy, 2008, 184p

[12] Mirabaud.M, Caflisch.M, SFP-41 Pédiatrie générale et sociale – Mutilations génitales féminines (MGF) : le rôle du pédiatre, Archives de pédiatrie, Volume 15, Issue 5, Janvier 2008, Pages 935-936

[13] Amy.J-J, Richard.F, Mutilations génitales féminines : les reconnaître, les prendre en charge (2ème partie), Gunaikeia, Vol 14 n°5, 2009, Pages 136-140

[14] Andro.A, Lesclingand.M, Cambois.E, Les mutilations sexuelles féminines en France : premiers résultats de l'enquête Excision et Handicap (ExH), INED Fiche d'actualité – Fiche N°10, Décembre 2009, 3p

[15] Andro.A, Lesclingand.M, Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France, Bulletin mensuel d'information de l'institut national d'études démographiques, Populations & Sociétés n°438, Octobre 2007, 4p

[16] Rey-Salmon.C, Vazquez.P, Do Quang.L.D, Les mutilations sexuelles féminines, Archives de pédiatrie, Volume 12, Issue 3, Mars 2005, Pages 347-350

[17] BPEV (Bureau de la promotion de l'égalité entre femmes et hommes et de prévention des violences domestiques), l'association Camarada, la bibliothèque Filigrane, Osons parler d'excision !, édité dans le cadre du projet de prévention des mutilations sexuelles féminines du canton de Genève, 2014, 50p

[18] Philippe.H-J, Carton.V, Lebihannic.S, Bossis.M, Jarrousse.N, Rivet.B, Prise en charge pluridisciplinaire des mutilations sexuelles féminines, Archives de pédiatrie, Volume 15, Issue 5, Janvier 2008, Page 824

[19] Franjou.M-H, Gillette.I, Femmes assises sous le couteau, Editions GAMS, 2010, 15p

[20] Y.-M.D, Prévention des mutilations sexuelles féminines (suite), Option/Bio, Volume 26, Issue 525, Avril 2015, Page 5

[21] Grunvald.S, Lorvellec.S, Mutilations sexuelles féminines : dimensions juridiques, Archives de pédiatrie, Volume 15, Issue 5, Janvier 2008, Pages 822-823

[22] Boussuge.A,.Thiebaut.E,en partenariat avec le GAMS, Le pacte d'Awa; Pour en finir avec les mutilations sexuelles, Syros, Paris, 2006, 127p

[23] Equipe de rédaction (9 personnes), Mutilations génitales féminines : Guide à l'usage des professions concernées, édité par le SPF santé publique, sécurité de la Chaîne alimentaire er Environnement, et GAMS, Bruxelles, 2011, 164p

[24] SC-MGF, Guide d'entretien pour aborder la question de l'excision lors des entretiens avec les filles et/ou leur famille, Bruxelles, 24p

[25] Carbonne.N. Les mutilations sexuelles féminines, Berg Internationnal, Paris, 2011, 184p

[26] Délégation Régionales Aux Droits des Femmes et à l'Egalité d'Ile-de-France, Actes de la 3ème journée d'information et de sensibilisation: L'adolescence face aux mutilations sexuelles féminines, Colloque retranscrit par Chloé Chambraud de la journée internationale contre les mutilations sexuelles féminines du 3 février 2012, Université d'Evry – Evry – 2012 – 42 p

[27] La Fédération nationale des écoles de parents et des éducateurs (FNEPE) - le Mouvement français pour le planning familial (MFPF), La prévention des violences faites aux femmes, spécifiquement des mutilations sexuelles, CSIS (conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale), Rapport de travail n°1, janvier 2011, 27p

[28] Art L 222-7 du Code pénal
[29] Art L 222-8 du Code pénal
[30] Art L 222-9 du Code pénal
[31] Art L 222-10 du Code pénal

[32] Parpaite-Clain.M,. La formation des sages-femmes face aux mutilations sexuelles féminines. Evaluation des pratiques professionnelles et propositions d'amélioration des prises en charge, Mémoire-Ecole de sages-femmes Baudelocque de la faculté de médecine de Paris Descartes, 2014, 73p

[33] Carton.V, Philippe.H.-J, Conséquences médicales, psychologiques et sexuelles des mutilations sexuelles féminines, Archives de pédiatrie, Volume 15, Issue 5, Janvier 2008, Pages 820-821

[34] INTACT, CL-MGF, GAMS, SC-MGF, Kit de prévention des mutilations génitales féminines, 2014

[35] SPF, Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et GAMS Belgique, Mutilations génitales féminines. Guide à l'usage des professionnels concernés, Bruxelles, 2011, 64p

[36] Y.-M.D, Mutilations sexuelles : former les professionnels de santé, Option/Bio, Volume 26, Issue 524, Avril 2015, Page 4

[37] Riva-Gapany.P, Cent trente millions de femmes concernées, Le Nouvelliste, Janvier 2010, Page 19

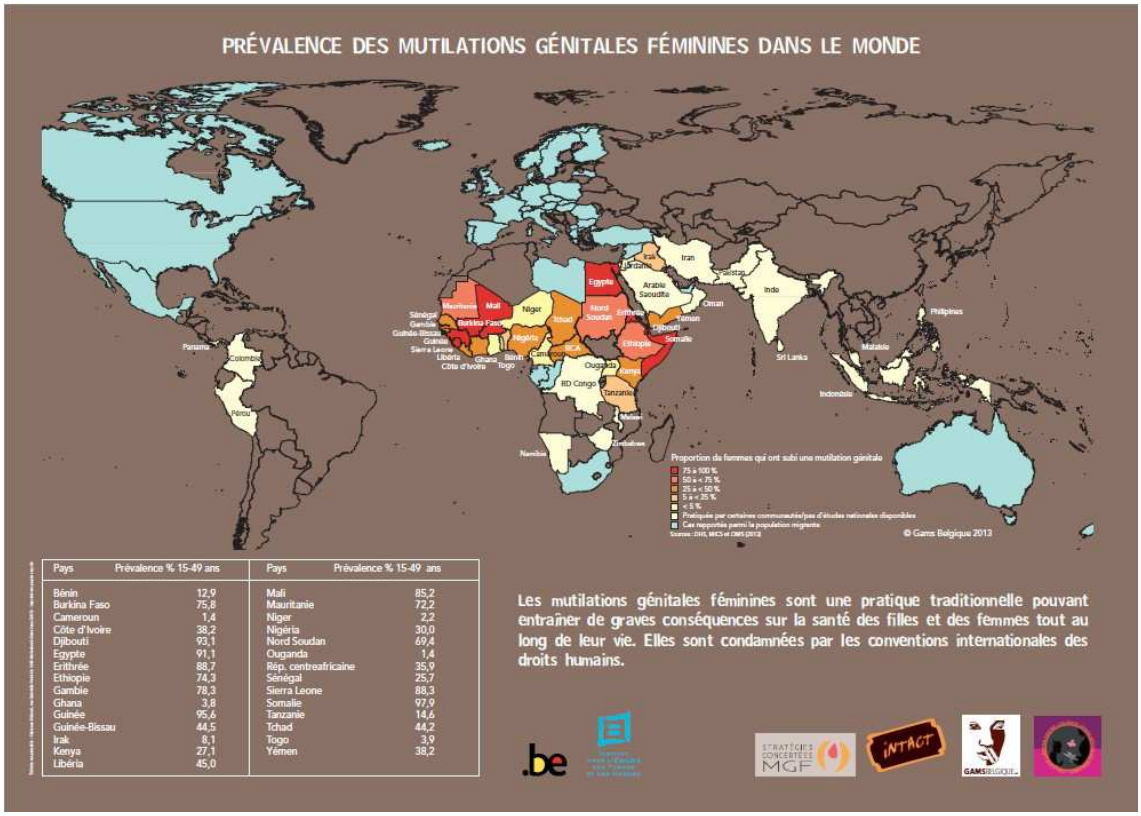
[38] Conteh.S, Messager.M, Les mutilations génitales féminines en périnatalité, Mémoire-Haute école de santé Vaud - Filière sage-femme, 2012, 87p

[39] SC-MGF, Présentation du « kit de prévention des mutilations génitales féminines », 12p

[40] Boujahma.D, Les mutilations sexuelles féminines : état des lieux et prise en charge, Mémoire-Ecole de sages-femmes de la faculté libre de médecine de Lille, 2007, 97p

VII. Annexes

ANNEXE I



Pays	Prévalence % 15-49 ans	Pays	Prévalence % 15-49 ans
Bénin	12,9	Mali	85,2
Burkina Faso	75,8	Mauritanie	72,2
Cameroun	1,4	Niger	2,2
Côte d'Ivoire	38,2	Nigéria	30,0
Djibouti	93,1	Nord Soudan	69,4
Egypte	91,1	Ouganda	1,4
Erithrée	88,7	Rép. centreafricaine	35,9
Ethiopie	74,3	Sénégal	25,7
Gambie	78,3	Sierra Leone	88,3
Ghana	3,8	Somalie	97,9
Guinée	95,6	Tanzanie	14,6
Guinée-Bissau	44,5	Tchad	44,2
Irak	8,1	Togo	3,9
Kenya	27,1	Yémen	38,2
Libéria	45,0		

PREVALENCE ET TYPE DE MSF PRATIQUES EN AFRIQUE

Pays	Prévalence	Type de MSF	Source
Bénin	17%	II	EDS 2001
Burkina Faso	77 %	II	EDS 2003
Cameroun	20 %	I et II	OMS 1999
Congo ex Zaïre	5%	II	OMS 1999
Côte d'ivoire	45 %	II	EDS 1998-99
Djibouti	90->8%	II et III	OMS 1999
Égypte *	97%	II et III	EDS 2003
Érythrée	89%	I, II et III	EDS 2002
Éthiopie	80%	I, II et III	EDS 2000
Gambie	60-90%	II et III	OMS 1999
Ghana	5 %	II	EDS 2003
Guinée	99 %	I, II et III	EDS 1999
Guinée-Bissau	50%	I et II	OMS 1999
Kenya	32 %	I, II et III	EDS 2003
Libéria	50%	II	OMS 1999
Mali	92%	I, II et III	EDS 2001
Mauritanie	71 %	I et II	EDS 2000-2001
Niger	5 %	I et II	EDS 1998
Nigeria	19 %	I, II, III, IV	EDS 2003
Ouganda	5 %	I et II	OMS 1999
Rép.Centre Africaine	43%	I et II	EDS 1994-95
Sénégal	20 %	II	OMS 1999
Sierra Leone	80-90 %	II	OMS 1999
Somalie	98 %	III	OMS 1999
Soudan *	90 %	I et III	EDS 1990
Tanzanie	18 %	II et III	EDS 1996
Tchad	45 %	II et III	EDS 2004
Togo	12 %	II	OMS 1999

*Echantillon de femmes ayant été mariées au moins une fois

EDS : prévalences des MSF par pays chez les femmes de 15 à 49 ans [66, 69]

OMS : l'âge de la population étudiée n'est pas précisé [47]

ANNEXE II

FACULTE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE
Filière Maieutique
56 rue du Port - 59046 LILLE Cedex
Tél. : 03-20-13-47-36
fm-maieutique@univ-catholille.fr

DEMANDE D'AUTORISATION

pour mener une étude dans le cadre du mémoire de fin d'études

ETUDIANT NOM - Prénom : BOUNTHAN Pauline	Date de la demande : 05/11/15

DEMANDE

Sujet de la recherche : prévention des mutilations sexuelles féminines en suites de naissance

Description de l'étude : (joindre le protocole de recherche et l'outil d'étude)

Étude multicentrique auprès des professionnels de santé pouvant agir dans la prévention des mutilations sexuelles féminines, face aux "couples" mère-fille

Lieu	
Service	Suites de naissance
Période de l'étude	
Modalités de l'étude	Questionnaire ☐ Entretiens ☑ Recueil de données ☐ Autres (précisez)

Signatures :

	DIRECTEUR DE MEMOIRE	RESPONSABLE DE LA FILIERE MAIEUTIQUE
Nom :	MAST Isabelle	Roux Christiane
Qualité :	Enseignante Maieutique	Assesseur Maieutique
Signature :		

AUTORISATION

Nom :		
Qualité :		
Signature :		

Remarques :

ANNEXE III

Grille directive pour entretiens téléphoniques

CADRES du service de suites de naissances:

Questions :	Propositions de réponses :
1) Comment qualifierez-vous l'incidence de mères mutilées sexuellement dans votre service?	Très fréquent / fréquent / peu fréquent / rare
2) Existe-il un protocole écrit en suites de naissances ou en maternité, concernant les patientes mutilées sexuellement ? Si oui, lequel ?	Oui / Non
3) Existe-il une traçabilité concernant les mutilations sexuelles féminines dans les dossiers, de suites de naissances ?	Oui / Non
4) Existe-il un référent à consulter et/ou des aides pouvant être proposées aux mères qui sont en demande, pour les mères mutilées sexuellement ? Si oui, lequel ?	Oui / Non
5) Pensez-vous qu'il existe une attention particulière dans le service de suites de naissances pour les petites filles nées de mères mutilées sexuellement ?	Oui / Non
6) Le fait qu'une mère soit mutilée sexuellement et qu'elle vient d'accoucher d'une fille ; est-ce une information à transmettre entre professionnels de santé ? Si oui, à quel(s) professionnel(s) ? - Pédiatre - Obstétricien - Puéricultrice - Psychologue - autres	Oui / Non
7) La période des suites de naissances est-elle la plus favorable pour aborder la prévention des mutilations sexuelles féminines ? Et pourquoi ?	Oui / Non

8) Pensez-vous que les professionnels de santé travaillant dans le service de suites de naissances doivent parler de la prévention des mutilations sexuelles féminines, au couple mère-fille de mères mutilées sexuellement ? Si oui, quels sont ces professionnels ?	Oui / Non
9) Pensez-vous qu'il serait pertinent d'établir un protocole d'aide cette prévention, dans le service de suites de naissances ? Si oui, pensez-vous que ce serait possible ?	Oui / Non
10) Avez-vous des idées à proposer concernant ce protocole ? Si oui, lesquelles ?	Oui / Non
11) Donnez-vous votre autorisation pour que je puisse interroger des sages-femmes et des pédiatres de votre service, en entretiens téléphoniques ? Oui / Non	*Qualification de la population :* - *Homme / Femme* - *De quel niveau est la maternité ? Ia / Ib / IIa / IIb / III* - *Nombre de sages-femmes et pédiatres intervenants dans ce service ? SF ☐ Ped ☐* - *Nombre d'accouchements par an dans cette maternité ?* _____ - *Quels sont les professionnels de santé présents dans ce service ? SF / Puer / Psycho / Infirmières / Obstétriciens / ESF / Auxi*

ANNEXE IV

Grille directive pour entretiens téléphoniques

SAGES-FEMMES du service de suites de naissances :

Questions :	Propositions de réponses :
1) Comment qualifierez-vous l'incidence de meres mutilees sexuellement dans le service de suites de naissances ?	Très fréquent / Fréquent / Peu fréquent / Rare
2) Savez-vous si une femme est mutilee sexuellement avant d'entrer dans sa chambre ? Si oui, comment ?	Oui / Non
3) Vous est-il deja arrive de parler a une patiente mutilee sexuellement, de mutilations sexuelles feminines, au sein du service de suites de naissances ? Si oui, a quel propos ? - Chirurgie reparatrice - Culture - Generations a venir - autres	Oui / Non
4) Si une patiente mutilee sexuellement decide de vous parler de ce sujet, quelles ressources avez-vous pour l'aider ?	Référent au sein de l'hôpital / Adresses associations / Documents écrits, brochures / Autres
5) Lorsqu'une patiente est mutilee sexuellement et vient d'accoucher d'une fille, pensez-vous qu'il est important de lui parler de ce sujet afin de connaitre sa position par rapport a sa fille ? Et pourquoi ?	Oui / Non
6) Pensez-vous qu'une prévention soit possible ?	Oui / Non

7) D'après vous, quel professionnel de sante est le plus apte pour aborder cette prevention?	Sages-femmes / Pédiatres / Pédopsychiatres / Psychologues / Gynécologues obstétriciens / Puéricultrice / Autres
8) Pour cette même patiente, vous est-il deja arrive de faire la transmission au pediatre, afin qu'il evoque le sujet a la patiente, si celle-ci vient d'accoucher d'une fille ? Et pourquoi ?	Oui / Non
9) Pensez-vous qu'il serait judicieux qu'un protocole sur la prevention des mutilations sexuelles féminines chez les couples meres-filles de meres mutilees sexuellement, puisse être etabli ? Et pourquoi ?	Oui / Non
10) Auriez-vous des idees a proposer concernant ce protocole ? Si oui, lesquelles ?	Oui / Non

Qualification de la population :

- *Homme / Femme*
- *Depuis combien de temps exercez-vous dans le secteur de suites de naissances ?*
- *Avez-vous une activité professionnelle autre qu'hospitalière ? Oui / Non*

ANNEXE V

Grille directive pour entretiens téléphoniques

PEDIATRES du service de suites de naissances :

Questions :	Propositions de réponses :
1) Etes-vous informe lorsqu'une patiente est mutilee sexuellement et qu'elle a accouchée d'une fille ?	Oui / Non
2) Pensez-vous qu'il s'agisse d'une transmission importante ? Et pourquoi ?	Oui / Non
3) Pensez-vous qu'une prevention soit possible? Si non, pourquoi ?	Oui / Non

Si oui, pensez-vous qu'un pédiatre doit être impliqué dans cette prévention ? Et pourquoi ?

4) Si une patiente vous parle de mutilations sexuelles feminines concernant sa fille, quels sont vos ressources pour l'aider et l'orienter ?	Psychologue / Pédopsychiatre / Associations / Brochures / Référent au sein de l'hôpital / Autres
5) Pensez-vous qu'il serait judicieux qu'un protocole sur la prevention des mutilations sexuelles feminines chez le couple mere-fille, de meres mutilees sexuellement, puisse être etabli ? Et pourquoi ?	Oui / Non
6) Auriez-vous des idees a proposer concernant ce protocole ? Si oui, lesquelles ?	Oui / Non

Qualification de la population :

- *Homme / Femme*
- *Depuis combien de temps exercez-vous dans le service de suites de naissances ?*
- *Avez-vous une activité professionnelle autre qu'hospitalière ? Oui / Non*

ANNEXE VI

Contacts utiles:

- ***RIFEN*** *(Rencontres Internationales de Femmes Noires)*

17, allée des Saltimbanques, 59650 Villeneuve-d'Ascq
Permanences à Lille, Roubaix et Villeneuve d'Ascq
Tél: 03.20.05.17.69

- ***GAMS*** *(Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles) Nord-Pas-de-Calais/RIFEN*

Tél: 06.87.71.67.64

- ***Fédération nationale GAMS***

(à contacter si vous souhaitez animer une Délégation dans la région)
51, Avenue Gambetta 75020 Paris
Tél: 01.43.48.10.87
Mail: contact@federationgams.org

- ***CIMADE*** *(Association d'aide aux migrants)*

68, rue du Marché 59000 Lille
Tél: 03.20.54.35.14
Mail: lille@lacimade.org
16, rue Victor Hugo 62000 Arras
Tél: 06.78.61.54.13
Mail: marise.douchet@wanadoo.fr

- ***CIDFF*** *(Centre d'Information sur les Droits de Femmes et des Familles)*

www.cidff.lille.online.fr
96, rue Nationale 59000 Lille
Tél: 03.20.54.27.66
Mail: cidf.lille59@wanadoo.fr
16, rue Aristide Briand 62000 Arras
Tél: 03.21.23.27.53
Mail: cidfarras@wanadoo.fr

- ***CAMS*** *(Commission pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles)*

6, place Saint-Germain des Prés 75006 Paris
Tél: 01.45.49.04.00
Mail: contact@cams-fgm.com

- ***SAFFIA*** *(Solidarité Aux Femmes et Familles d'Ici et d'Ailleurs)*

11, rue de Châteaudun 59000 Lille
Tél: 03.20.34.06.10

- ***C.R.M.S.F*** *(Centre Régional d'accueil et de prise en charge des Mutilations Sexuelles Féminines)*

Hôpital Saint-Philibert, rue du Grand But, BP 249, 59462 Lomme Cedex
Tél: 03.20.22.52.87
Mail: crmsf@ghicl.net

- ***ASBL INTACT*** *(lutte contre les MSF sur le plan juridique)*

Rue du Progres 333, 1030 Bruxelles
Tél: +32(0)2.539.02.04
Mail contact français: charlotte.chevalier@intact-association.org
Mail contact anglais: sophie.forrez@intact-association.org

- ***Interlocuteurs spécialisés***

Contactez l'association RIFEN (voir première page Contacts utiles)

Les professionnels de santé face aux MSF.

Prévention des mutilations sexuelles féminines en suites de naissances dans la région Nord-Pas-de-Calais.

Brochure réalisée par Pauline BOUNTHAM dans le cadre de son mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme.

« Prévention des mutilations sexuelles féminines en suites de naissances» Promotion 2016 (Université catholique de Lille, Faculté de Médecine filière maïeutique)

Définition:

Selon l'OMS, il s'agit de toute intervention consistant à enlever tout ou une partie des organes génitaux externes féminins pour des motifs culturels ou tout autre motif non thérapeutique.
Il existe 4 types de MSF:

1. **Clitoridectomie:** ablation partielle ou totale du capuchon et/ou du clitoris
2. **Excision**: ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres
3. **Infibulation**: rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris
4. **Autres formes non classées**: incision, cautérisation, piqûre, étirement du clitoris et/ou des lèvres, …

2 formes sont les plus fréquentes: l'excision (80% des cas) et l'infibulation

Les chiffres:

Aujourd'hui, **dans le monde,** 130 millions de femmes seraient mutilées sexuellement, dont 2 millions de petites filles ou adolescentes chaque année.
En France, entre 45 000 et 65 000 femmes et petites filles seraient excisées, ou menacées de l'être.
Dans le Nord-Pas-de-Calais, qui est l'une des 9 régions de France les plus touchées, on estime ce chiffre à 3 000.

Les MSF touchent des **migrantes** mais aussi des femmes nées en France de parents originaires des pays où l'excision est encore pratiquée. La France compterait en 2004, autour de 50 000 femmes adultes excisées vivant en France.

Les conséquences:

- **Immédiates:** douleur intense, choc, hémorragie pouvant entrainer le décès, des infections (urinaires et/ou génitales) et des lésions traumatiques des organes voisins (vessie, anus, …)
- **Tardives:** troubles urinaires, douleur ou gêne au moment des rapports sexuels
- **Obstétricales:** déchirures périnéales, fistules vésico-vaginales, hémorragie de la délivrance. Elles augmentent le recours à la césarienne et sont également à l'origine de souffrance fœtale.
- **Psychologiques:** troubles du comportement, signes d'anxiété, de dépression, d'irritabilité chronique.

Rappel de la loi:

Les violences ayant entraînées une mutilation ou une infirmité permanente sont punies de **10 ans d'emprisonnement** et de **150 000€ d'amende**.

La loi française s'applique à l'acte commis à l'étranger si la victime est française ou si, étrangère, elle réside habituellement en France.
Les femmes ayant subi une MSF peuvent porter plainte jusqu'à 20 ans après leur majorité (soit 38 ans).

S'il a connaissance d'un risque imminent d'excision, le professionnel n'est plus tenu au secret professionnel et pourrait être poursuivi pour « non assistance à per-

Les justifications des MSF:

- **L'argument religieux**: certains pensent qu'ils s'agit d'une obligation religieuse musulmane; Or nulle part dans le Coran il n'est mentionné de « couper » les femmes. De plus, les MSF se rencontrent aussi dans les communautés non musulmanes, chez certains catholiques, protestants, animistes, ou encore chez les juifs Falashas d'Ethiopie.
- **L'argument hygiénique et/ou esthétique**: certaines croyances affirment que les femmes mutilées sont totalement pures pour s'adonner à la prière; que le clitoris non-coupé grandirait jusqu'à atteindre des dimensions gigantesques (celle du pénis d'un homme); que le clitoris est sale, qu'il sent mauvais, ou qu'il est dangereux lors des rapports sexuels ou de l'accouchement; que le sexe d'une femme non-excisée est laid, et qu'on les excise ou les infibule pour les rendre plus belles et désirables.
- **L'argument du « rite de passage »**: les MSF sont parfois considérées comme des rites initiatiques, où la jeune fille doit montrer son courage et sa résistance face à la douleur., pour accéder au statut de femme.
- **L'argument identitaire**: et celui de la perpétuation de la tradition. Il s'agit pour certaines femmes d'un marquage corporel leur faisant appartenir à une communauté.
- **L'argument sexuel**: pour certains, la zone érogène primaire qu'est le clitoris représente un danger pour la société où de telles sensations sont interdites aux femmes. Les femmes non-excisées ne seraient pas « se tenir » et auraient un appétit sexuel débordant; les MSF seraient donc un moyen de « calmer » les femmes, et un véritable outil de contrôle social de la sexualité féminines.

Les complication obstétricales:

Les MSF ont pour conséquences de nombreuse complications obstétricales, mettant en jeu la vie même de la mère et de l'enfant.

- **Pour les MSF de type I ou II:** Risque important de déchirures périnéales antérieures. D'où la nécessité d'un bon maintien de la tête au moment de l'expulsion. Les tissus cicatriciels manquent d'élasticité, il peut donc y avoir aussi des déchirures périnéales postérieures, pouvant entraîner des périnées complets compliqués. Néanmoins l'épisiotomie ne doit pas être systématique.

L'analgésie péridurale est recommandée du fait des risques importants de déchirures (ou d'une éventuelle épisiotomie). De plus, les douleurs associées peuvent rappeler à ces patientes le traumatisme physique et psychologique dont elles ont été victimes dans leur enfance ou leur adolescence.

- **Pour les MSF de type III ou infibulation:** La réalisation d'une césarienne systématique n'est pas nécessaire. En revanche, la désinfibulation doit être pratiquée. Dans de nombreuses études, elle est recommandée au moment de l'expulsion; plus aisée lorsque la vulve est ampliée. Il est important d'expliquer à la patiente que le réinfibulation est interdite en France.

Les deux principaux risques sont:

1. Déchirures périnéales sévères
2. Souffrance fœtale liée à l'arrêt de progression du fœtus dans la filière génitale (le périnée étant complètement fermé).

Les touchers vaginaux et les réalisations de sondages urinaires doivent être particulièrement doux et prudents, car la cicatrice reste très sensible.

En cas d'infibulation, la pose d'un spéculum et le sondage évacuateur peuvent s'avérer difficiles voire impossible.

« Selon une étude de l'OMS en 2007, les MSF sont à l'origine d'une augmentation du nombre de césariennes, d'hémorragies de la délivrance, de réanimations néonatales, le taux de morbidité et de mortalité néonatales seraient également augmentés. »

- **En post-partum:** Les fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales, se révèlent vers le 10ème ou 12ème jour des suites de couches, par une incontinence urinaire et/ou anale, favorisant des infections urinaires et vaginales très fréquentes.

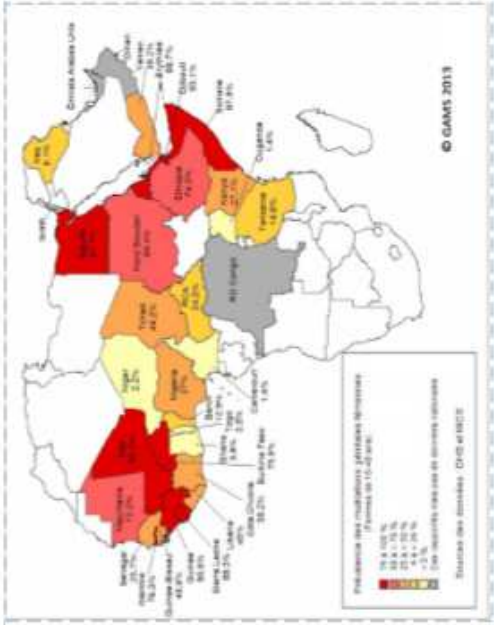
uniquement avec le consentement de celle-ci, le signalement doit être adressé au Procureur de la République du tribunal de grande instance du lieu de résidence habituel de la personne par tout moyen (téléphone, fax, ...)

- **En cas de doute ou de situation jugée préoccupante; (pour une fille mineure)** tout personnel doit adresser les informations préoccupantes à la cellule départementale du Conseil général (Protection de l'enfance), afin de mettre en place une évaluation et des mesures de protection éventuelles.

Les pays d'origines:

- Les MSF sont pratiquées **essentiellement en Afrique** (28 pays), notamment: le Mali, Burkina Faso, Sierra Leone, Gambie, Guinée Bissau, Guinée Conakry, ... , **mais également dans certaines parties de l'Asie et du Moyen Orient.** (Egypte, Yémen, Emirats Arabes Unis, Oman, Malaisie, Inde, Pakistan, Indonésie, Singapour, Sri Lanka)
- Selon les pays, les MSF sont réalisées **soit entre la naissance et 10 ans**, soit à la puberté ou juste avant le mariage.
- **L'excision ou clitoridectomie** se rencontre essentiellement dans les régions de l'Afrique de l'Ouest, plus particulièrement dans la région du fleuve Sénégal (Mali, Mauritanie, Sénégal, ...) Et aussi en Egypte et en Indonésie.

- **L'infibulation** est essentiellement pratiquée dans les régions d'Afrique de l'Est, plus particulièrement dans celle de la « Corne de l'Afrique» (Somalie, Soudan, Djibouti, Ethiopie, Kenya, ...) Et aussi l'Egypte.



Guide pratique pour les professionnels de santé face aux MSF

Prévention des mutilations sexuelles féminines dans la région Nord-Pas-de-Calais.

Brochure réalisée par Pauline BOUNTHAM dans le cadre de son mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme

« Prévention des mutilations sexuelles féminines en suites de naissances »
Promotion 2016 (Université catholique de Lille, Faculté de Médecine filière maïeutique)

ANNEXE VII

Dépistage des MSF:

- Se fait dès la 1ère consultation prénatale généralement
(basée sur le pays d'origine et l'examen clinique).
Il est préférable d'aborder le sujet au cours d'une prochaine consultation, après avoir établi une relation de confiance.

- **Dans l'excision,** les petites lèvres, le méat urétral, le gland et le capuchon du clitoris peuvent avoir été enlevés.
- **Dans l'infibulation,** l'orifice vaginal est fermé dans sa plus grande partie, un seul petit orifice étant le plus souvent visible à la partie postérieure de la vulve.

- À noter dans le dossier de la patiente

Comment aborder le sujet :

- Ne pas aborder de suite ce sujet. Essayez d'établir une **relation de confiance** petit à petit.
- Ne pas employer les mots « mutilation » ou « mutilée », mais plutôt **« excisée »** ou **« coupée »**. (La femme dira qu'elle est « fermée » ou « cousue »)
- Avoir une écoute attentive et active, mais **ne pas juger**.
- Un dialogue confiant et respectueux doit être instauré, mais **pas forcé** (contacter un interprète si nécessaire)
- Il est important **d'inclure les hommes** dans la discussion, si possible.
- **Prendre le temps** pour cette discussion, cibler les besoins et les attentes de la patientes.
- Un travail de **reformulation** permet d'aborder des questions intimes.
- Il est primordial de créer la discussion en évitant tout jugement de valeur et tout stéréotype de genre et de culture.
- **Dire la vérité**, et ne pas blesser
- Rappeler succinctement l'**anatomie humaine**, et en particulier du corps de la femme à l'aide de **schémas**.

Pourquoi aborder le sujet?

- Vous pouvez demander à la femme de ***préciser les conditions*** dans lesquelles la mutilation a été réalisée afin de lui proposer un **accompagnement adapté**.
- Donner des **explications sur les conséquences** possibles sur la santé
- Discuter du **rôle des parents et des proches** ainsi que des raisons qui font qu'ils sont responsables du bien-être des enfants.
- Continuer la discussion en **diffusant la documentation**, en orientant la patiente vers les institutions psychosociales, médicales ou juridiques appropriées. Ou encore vers un chirurgien, psychologue, ou sexologue.

Conduite à tenir face à une victime de MSF ou menacée de MSF:

- **Si une famille demande a être aidée pour protéger une fillette d'un risque d'excision** (voyage dans leur pays d'origine), il est possible d'établir un certificat de non-excision.
- **En cas de risque important imminent**: la situation nécessite une protection judiciaire sans délai. Vous devez informer les autorités judiciaires par un signalement au Procureur de la République du tribunal de grande instance du lieu de résidence habituel du mineur.
- **Si vous découvrez qu'une mineure est mutilée**: il est recommandé d'effectuer le signalement sous forme d'un document écrit, éventuellement faxé, et garder un double. (www.conseil-national.medecin.fr)
- **S'il s'agit d'une femme majeure victime ou menacée de MSF:**

Contacts utiles:

- **RIFEN** (Rencontres Internationales de Femmes Noires)
17, allée des Saltimbanques, 59650 Villeneuve-d'Ascq
Permanences à Lille, Roubaix et Villeneuve d'Ascq
Tél: 03.20.05.17.69

- **GAMS** (Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles) Nord-Pas-de-Calais/RIFEN
Tél: 06.87.71.67.64

- **CIMADE** (Association d'aide aux migrants)
68, rue du Marché 59000 Lille
Tél: 03.20.54.35.14
Mail: lille@lacimade.org
16, rue Victor Hugo 62000 Arras
Tél: 06.78.61.54.13
Mail: marise.douchet@wanadoo.fr

- **CIDFF** (Centre d'Information sur les Droits de Femmes et des Familles)
www.cidff.lille.online.fr
96, rue Nationale 59000 Lille
Tél: 03.20.54.27.66
Mail: cidf.lille59@wanadoo.fr
16, rue Aristide Briand 62000 Arras
Tél: 03.21.23.27.53
Mail: cidfarras@wanadoo.fr

- **CAMS** (Commission pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles)
6, place Saint-Germain des Prés 75006 Paris
Tél: 01.45.49.04.00
Mail: contact@cams-fgm.com

- **SAFFIA** (Solidarité Aux Femmes et Familles d'Ici et d'Ailleurs)
11, rue de Châteaudun 59000 Lille
Tél: 03.20.34.06.10

- **C.R.M.S.F** (Centre Régional d'accueil et de prise en charge des Mutilations Sexuelles Féminines)
Hôpital Saint-Philibert, rue du Grand But, BP 249, 59462 Lomme Cedex
Tél: 03.20.22.52.87
Mail: crmsf@ghicl.net

- **ASBL INTACT** (lutte contre les MSF sur le plan juridique)
Rue du Progres 333, 1030 Bruxelles
Tél: +32(0)2.539.02.04
Mail contact français: charlotte.chevalier@intact-association.org
Mail contact anglais: sophie.forrez@intact-association.org

- **Chirurgie réparatrice**
Clinique Louis XIV: Docteur FOLDES
4, place Louis XIV 78100 Saint Germain en Laye
Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil: Professeur PANIEL et son équipe
40, avenue de Verdun 94010 Créteil
Tél: 01.40.19.30.00
Hôpital Rothschild: Service de Gynécologie Obstétrique; Professeur BENIFLA et son équipe
33, Boulevard Picpus 75571 Paris
Tél: 01.40.19.30.00

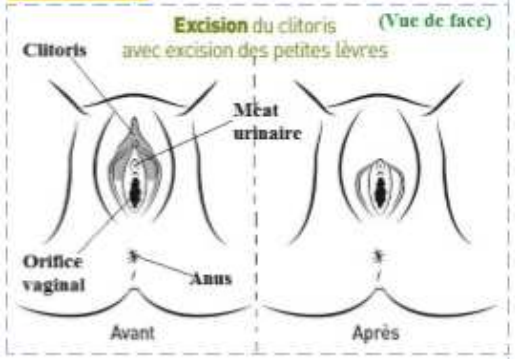
Brochure crée par Pauline BOUNTHAM dans le cadre de son mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme.

« Nos filles grandiront i ntactes! »

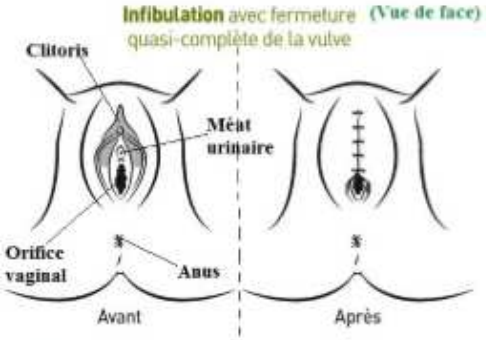
Paroles d'une mère, elle-même excisée, extraite d'une vidéo témoignage pilotée par l'UNICEF.

Informations concernant l'excision.

Définition:



- Excision: C'est une pratique essentiellement africaine qui consiste à trancher/couper le clitoris et les petites lèvres du sexe féminin. (Il ne faut pas la confondre avec la circoncision car la pratique équivalente sur le sexe masculin conduirait à sectionner le pénis au lieu de seulement retirer la peau qui recouvre le gland).



- Infibulation: C'est une forme aggravée de l'excision, puisqu'après avoir coupé le clitoris et les lèvres, la matrone rapproche les moignons pour qu'ils cicatrisent et ferment l'accès au vagin à l'exception d'un trou minuscule pour les urines et les règles.

Quelques vérités:

- **Cette pratique serait imposée par la religion.** En réalité aucune religion n'impose les mutilations sexuelles féminines (excision). Nulle part dans le Coran il n'est mentionné l'obligation de « couper » les femmes/filles.
- **Elle permettrait d'assurer la pureté et la virginité d'une fille ainsi que la fidélité d'une épouse.** La conduite d'un être humain relève de ses qualités d'esprit et de cœur et non pas d'une blessure.
- **Cette pratique serait une coutume permettant aux femmes de garder un lien avec leur pays d'origine.** En réalité elle affecte surtout la santé physique et mentale des femmes et mettent à mal leur intégrité physique, ainsi que leur dignité. En revanche certaines coutumes et pratiques traditionnelles sont bénéfiques pour la santé et l'épanouissement personnel (l'allaitement maternel, le portage des nourrissons sur le dos, les massages bébé, ...)
- **Cette pratique permettrait de rendre les femmes plus fécondes et favoriserait leur santé.** En réalité, elle augmente la stérilité et peuvent au contraire rendre stérile. Elle augmente les difficultés à l'accouchement, et les conséquences sur la santé sont nombreuses et peuvent être très graves.

Les conséquences sur la santé:

- Immédiates: Douleur intolérable pouvant aller jusqu'à la crise cardiaque et la mort, hémorragie massive pouvant entrainer la mort, lésions traumatiques des organes voisins.
- Tardives: Anémie due aux importants saignements, troubles urinaires, douleur ou gêne lors des rapports sexuels, douleurs lors des règles, infections génitales, fistules vésico-vaginales, ...
- Complications à l'accouchement: déchirures du périnée plus fréquentes, et épisiotomie réalisée plus souvent pouvant faciliter le passage de la tête du bébé.

Rappel de la loi:

En France, la loi condamne et sanctionne toutes les pratiques de mutilations (excision) y compris celles commises à l'étranger.

Depuis 1979, il y a eu en France plus de 40 procès qui ont condamné les exciseuses mais aussi les parents des fillettes mutilées, «coupées».

☆ **Si vous souhaitez être aidé pour protéger votre (ou une) fille d'un risque d'excision** (notamment à l'occasion d'un voyage dans son pays d'origine), vous pouvez vous rendre chez un médecin ou une sage-femme, qui pourra réaliser un certificat de non-excision. Si le risque existe et qu'il est imminent, dans ce cas, la situation peut nécessiter une protection judiciaire sans délai.

Les femmes ayant subi une mutilation sexuelle (excision) peuvent porter plainte jusqu'à 20 ans après leur majorité (soit 38 ans).

Quelques témoignages:

- **Aminata BALLO (ancienne exciseuse à Ségou au Mali)**: *«A tous ceux qui écouteront ce message, je veux leur demander d'arrêter l'excision. Que celles qui tiennent le couteau le lâchent. Je ne veux pas que mes arrières petits enfants en souffrent. S'ils souffrent, c'est aussi moi qui ai mal. Il faut regarder la vérité en face, c'est une mauvaise pratique. Nous devons l'abandonner. »*

- **Khadou, éthiopienne (Livre: Le pacte d'Awa en partenariat avec le GAMS)**: *« On peut renoncer à des pratiques sans perdre sa culture. Je parlerai toujours ma langue maternelle. J'aurais toujours le goût du désert sur le bout de la langue. Et mes filles, qui ne sont pas excisées, seront toujours mes filles. Même si elles épousent un jour un martien. »*

- **Sadia, 23 ans**: *« J'ai été excisée à 16 ans, j'étais déjà une adolescente, à cet âge-là, on n'oublie pas. Je ne veux pas faire vivre ça à ma fille. »*

- **Ali, 17 ans**: *« Je ne comprends pas comment un homme peut aimer avoir une femme qui souffre dans son lit. »*

- **Mustapha, 48 ans**: *« Nous avons d'autres valeurs à transmettre à nos enfants. L'excision n'est pas la culture, c'est la torture. »*

- **John, pasteur depuis bientôt 5 ans**: *« L'excision? C'est une abomination, madame. Je n'en dirais pas plus. Comprenez-moi. »*

Nos droits:

- **Déclaration universelle des Droits de l'Homme (1948)**: *« Nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. »*

- **La Charte Africaine des Droits et du Bien Etre des Enfants (1999)**: *« 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 normal de l'enfant [...] . »*

Les mutilations sexuelles féminines / excision, sont une violation des droits humains.

Les instruments juridiques visant à la protection des droits des enfants appellent clairement à l'abolition des pratiques traditionnelles préjudiciables à leur santé et à leur vie.

De plus, les droit humains des filles soulignent également les différences de traitements entre garçons et filles pour ce qui est de leurs rôles dans la société en général, et en particulier en ce qui concerne les mutilations sexuelle féminines / excisions.

MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

ANNEE :

TITRE :

Prévention des mutilations sexuelles féminines en service de suites de naissances.

AUTEUR : Pauline Bountham

Sous la Direction de : Isabelle Vaast, sage-femme enseignante

MOTS-CLES : Mutilations sexuelles féminines, excision, prévention, sage-femme, pédiatre, Brochures, PMI, suites de naissances

RESUME :

Aujourd'hui le Nord-Pas-De-Calais reste l'une des neuf régions de France les plus touchées par le fléau que sont les mutilations sexuelles féminines. De plus, la littérarture concernant le sujet de la prévention des MSF des générations à venir reste pauvre.

Ce mémoire repose donc surtout sur une étude multicentrique d'une analyse des pratiques professionnelles. Le but était de faire un état des lieux des actions de prévention des MSF en post-partum, auprès des "couples" mères-filles, de mères mutilées sexuellement. Et également d'identifier le rôle de différents professionnels de santé en suites de naissances. Pour cela, des cadres du service de suites de naissances, ainsi que des sages-femmes et des pédiatres travaillant dans ce service, de toutes les maternités du Nord-Pas-De-Calais, ont été interrogés, par entretiens téléphoniques, en très grande majorité.

Ce mémoire repose aussi en grande partie sur une étude bibliographique qui a notamment permis la réalisation de 3 brochures à type informatif (2 destinées aux professionnels de santé, travaillant en maternité, et 1 ébauche destinée aux mères mutilées sexuellement et à leur famille.)

Les résultats montrent globalement, que ces profesionnels manquent de ressources pour agir dans cette prévention, malgré leur volonté d'implication. La période des suites de naissances, doit faire partie du parcours de cette prévention, permettant d'impliquer à la fois les sages-femmes et les pédiatres. Mais celle-ci doit être abordée en prénatale,et se poursuivre en post-natale, notamment avec l'aide des professionnels de PMI (sages-femmes, pédiatres, puéricultrices.). En conséquence, la prévalence reste aujourd'hui d'actualité, et il est primodial d'accentuer l'intérêt vis-à-vis des petites filles, nées de mères mutilées sexuellement, dans ces services.

Mémoire disponible et consultable à :

BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE VAUBAN
60 rue du Port - 59040 Lille Cedex
Téléphone : 03-59-56-69-79
Email : contact-bibliotheque@univ-catholille.fr