



**HAL**  
open science

# Mutilations sexuelles féminines : connaissances, dépistage et prise en charge : état des lieux auprès des sages-femmes de l'agglomération de Grenoble

Jeanne Cohendet

## ► To cite this version:

Jeanne Cohendet. Mutilations sexuelles féminines : connaissances, dépistage et prise en charge : état des lieux auprès des sages-femmes de l'agglomération de Grenoble. Gynécologie et obstétrique. 2017. dumas-01556865

**HAL Id: dumas-01556865**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01556865v1>**

Submitted on 6 Jul 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.

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :  
[bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4  
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES  
U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

**DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE**

**MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES :  
CONNAISSANCES, DÉPISTAGE ET PRISE EN CHARGE.**

**Etat des lieux auprès des sages-femmes de l'agglomération de Grenoble**

Mémoire soutenu le : 23 juin 2017

Par Jeanne COHENDET  
*[Données à caractère personnel]*

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme  
2017

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES  
U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

**DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE**

**MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES :  
CONNAISSANCES, DÉPISTAGE ET PRISE EN CHARGE.**

**Etat des lieux auprès des sages-femmes de l'agglomération de Grenoble**

**FEMALE GENITAL MUTILATIONS : KNOWLEDGE, SCREENING AND  
CARING.**

**Overview of midwives from Grenoble urban area.**

Mémoire soutenu le : 23 juin 2017

Par Jeanne COHENDET

*[Données à caractère personnel]*

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme  
2017

## Résumé :

En raison de l'augmentation des flux migratoires, les sages-femmes françaises sont susceptibles de rencontrer des patientes mutilées sexuelles. Il est alors essentiel de savoir les dépister et les prendre en charge.

Cette étude a pour objectif principal d'estimer la prévalence des sages-femmes ayant rencontré au moins une fois une patiente mutilée sexuelle. Les objectifs secondaires sont d'évaluer leurs connaissances théoriques sur les MSF, de décrire leurs dépistages et leurs prises en charge des patientes mutilées, ainsi que de déterminer le profil des sages-femmes qui s'estiment à l'aise dans le diagnostic et la prise en charge de ces patientes.

Cette étude a été réalisée par questionnaires auto-administrés auprès de 223 sages-femmes de l'agglomération de Grenoble

Les résultats montrent une exposition importante des sages-femmes aux patientes mutilées sexuelles : 83,7 % en ont déjà rencontré au moins une fois, et 50 % en voient plus d'une fois par an. Les connaissances théoriques sur les MSF sont partiellement acquises, et la prise en charge globale de ces patientes n'est pas optimale : seulement 4,3 % des sages-femmes déclarent se sentir compétentes dans le diagnostic et la prise en charge des patientes mutilées sexuelles.

La formation et la fréquence de l'expositions à ces patientes jouent un rôle important dans le sentiment de compétence concernant la prise en charge. Néanmoins, les formations actuelles semblent ne pas apporter suffisamment de clés pour permettre aux sages-femmes de diagnostiquer les MSF.

Il paraît donc essentiel de renforcer les formations sur ce sujet.

Mots clés : mutilations sexuelles, sages-femmes, diagnostic et prise en charge

## Summary :

Owing to the increasing migration flux, french midwives are likely to meet patients with female genital mutilation (FGM). Therefore, it is essential to be able to detect and to take care of this patients.

The main goal of this study is to estimate the prevalence of midwives who have cared of at least one woman with genital mutilation. The goals are also to evaluate their knowledge concerning female genital mutilation, to describe their screening and the care of this patients, and to describe the characteristics of the midwives who feel at ease with the screening and the care of the patients with female genital mutilations.

This study focus on midwives from Grenoble urban area, and had been realized through surveys to the 223 midwives included in the study.

The results show that midwives meet patients with female genital mutilation : 83,7 % have already meet one, and 50 % meet one more that once a year. Midwives have little knowledge concerning FGM, and the care of the patients isn't optimal : only 4,3 % feel competent in screening and caring of the patients with FGM.

The fact of have been in training, and the frequency of the exposure to the patients with FGM play an important rôle in the feeling of competence concerning the screening and the care. However, actual training seems to do not give enough keys to detect FGM.

It is essential to train more midwives to this problematic.

Key word : female genital mutilation, midwives, screening, caring

Je remercie les membres du Jury :

Mme Claudine MARTIN, Sage-Femme enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, Présidente du Jury ;

Mme le Pr Pascale HOFFMANN-CUCUZ, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier à l'HCE du Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes, Co-Présidente du Jury ;

Francois ISTASSE, Praticien Hospitalier à l'HCE du Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes, Directeur de ce mémoire ;

Mme Claire BAUDON, Sage-Femme Enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, Co-directeur de ce mémoire

Mme Marie-Cécile MOULINIER, Sage-Femme docteur en psychologie clinique, Membre Invitée du Jury.

Je remercie plus particulièrement :

M. Francois ISTASSE, Praticien Hospitalier à l'HCE du Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes, Directeur de ce mémoire ;

*Pour le temps et l'aide précieuse accordés à l'élaboration de ce mémoire et à sa relecture ;*

Mme Claire BAUDON, Sage-Femme Enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, Co-directeur de ce mémoire ;

*Pour ses nombreux conseils, son soutien et sa disponibilité durant l'élaboration de ce mémoire ;*

Mr Thierry MICHY, Praticien Hospitalier à l'HCE du Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes ;

*Pour le temps et les précieux conseils accordés à la conception de ce mémoire ;*

L'ensemble du personnel hospitalier avec qui j'ai eu le plaisir de travailler ces 4 dernières années ;

Les personnes ayant contribuées à l'élaboration de ce mémoire ;

Mon entourage proche.



# Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS.....	1
INTRODUCTION.....	2
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	4
I- Caractéristiques de l'étude.....	4
II- Population.....	4
III- Questionnaire.....	5
IV- Score de connaissance.....	6
V- Analyse statistique.....	6
RESULTATS.....	7
I- Population étudiée.....	7
A- Nombre de participants.....	7
B- Répartition des participants en fonction du sexe et du mode d'exercice.....	8
C- Année d'obtention du diplôme.....	8
D- Formation.....	8
II- Objectif principal : prévalence des sages-femmes ayant rencontré au moins une patiente mutilée.....	8
III- Objectifs secondaires : connaissances, dépistage, prise en charge et profil des sages-femmes qui s'estiment à l'aise.....	9
A- Connaissances.....	9
B- Dépistage.....	11
C- Prise en charge.....	11
D- Ressenti.....	12
E- Profil des sages-femmes qui s'estiment à l'aise.....	13

DISCUSSION.....	14
I- Forces et faiblesses de l'étude.....	14
II- Prévalence de l'exposition aux MSF.....	15
III- Formation et sentiment de compétence.....	16
A- Formation.....	16
B- Sentiment de compétence.....	17
C- Des prises en charge insuffisantes.....	18
CONCLUSION.....	22
BIBLIOGRAPHIE.....	23
ANNEXE 1 :QUESTIONNAIRE.....	26
ANNEXE 2 : RÉSULTATS.....	28
ANNEXE 3 : LES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES.....	30
ANNEXE 4 : JUSTIFICATIONS.....	32
ANNEXE 5 : COMPLICATIONS.....	33
ANNEXE 6 : LÉGISLATION.....	35
ANNEXE 7 : DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE.....	36
ANNEXE 8 : CONTACTS.....	37

## **Liste des abréviations**

MSF : Mutilations sexuelles féminines

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

FNUAP : Fond des Nations Unies pour la Population

CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

PMI : Protection Maternelle et Infantile

MFPF: Mouvement Français pour le Planning Familial

OGE : Organes Génitaux Externes

## **Introduction**

Les mutilations sexuelles féminines (MSF) représentent toutes interventions réalisées sur les organes génitaux externes de la femme à des fins autres que thérapeutiques. Celles-ci sont essentiellement pratiquées à l'étranger, et notamment en Afrique. Leur incidence est importante, puisque on estime à 125 millions le nombre de patientes mutilées dans le monde [1][2][3][4].

Depuis quelques années, l'augmentation des flux migratoires amènent en France des femmes venant de régions où les mutilations sexuelles sont pratiquées. On estime ainsi à 53 000 le nombre de femmes ou de fillettes excisées ou menacées de l'être. La région Auvergne-Rhône-Alpes fait partie des régions où résident le plus de femmes victimes de ces violences [5]. Ceci amène les soignants à gérer de manière plus fréquente cette situation à laquelle ils étaient peu confrontés auparavant.

Les sages-femmes occupent une place de choix dans la prise en charge de ces femmes, la recherche des complications, et la mise en place des actions de prévention.

Il convient donc de les former largement à cette problématique, afin que chacun puisse avoir une bonne connaissance du sujet, permettant ainsi de diagnostiquer les MSF et d'adapter ses conduites à tenir. Le gouvernement a ainsi légiféré : depuis 2006, des cours sur les MSF doivent obligatoirement être intégrés aux cursus de formation initiale des sages-femmes et des médecins [6]. Plus de 10 ans après, nous nous sommes demandés si le sujet était maîtrisé [7].

Nous avons donc voulu évaluer les connaissances des sages-femmes sur les MSF, leur capacité à dépister et prendre en charge ces patientes, dans le but de définir leurs éventuels besoins de formation sur les MSF et de déterminer les points essentiels sur lesquels devra porter cette formation.

L'objectif principal de cette étude est d'estimer la prévalence des sages-femmes ayant rencontré au moins une fois une patiente mutilée sexuelle.

Les objectifs secondaires sont d'une part d'évaluer les connaissances théoriques des sages-femmes

sur les MSF, de décrire leurs dépistages et leurs prises en charge des patientes mutilées sexuelles ;  
et d'autre part, de déterminer le profil des sages-femmes qui s'estiment à l'aise dans le diagnostic et  
la prise en charge de ces patientes.

## **Matériel et Méthode**

### **I- Caractéristiques de l'étude**

Il s'agit d'une enquête déclarative quantitative réalisée par questionnaires auto-administrés auprès des sages-femmes inscrites au tableau de l'Ordre et exerçant dans l'une des 49 communes de l'agglomération de Grenoble au 1er décembre 2016.

### **II- Population**

#### **Les critères d'inclusion sont :**

Sage-femme diplômé(e) d'état inscrit(e) au tableau de l'Ordre des Sages-femmes de l'Isère, exerçant durant la période d'étude à titre de :

- Salarié(e) d'une maternité de l'agglomération de Grenoble
- Libéral(e)
- Sage-femme de PMI
- Sage-femme dans un centre de planification
- Remplaçant(e)

#### **Les critères d'exclusion sont :**

Sage-femme diplômé(e) d'état inscrit(e) au tableau de l'Ordre des Sages-femmes de l'Isère, exerçant durant la période d'étude à titre de :

- Sage-femme cadre
- Enseignant(e)
- Échographiste

Les sages-femmes refusant de participer à l'étude ont été exclues.

Les sages-femmes exerçant en libéral ont été contacté(e)s sur la base de l'annuaire du Conseil de l'Ordre des Sages-Femmes de l'Isère. Le site du Réseau Périnatal Alpes-Isère a permis d'obtenir les coordonnées des sages-femmes exerçant en centre de planification et en PMI. Les sages-femmes travaillant en structure hospitalière publique ou privée ont été sollicitées par l'intermédiaire des cadres.

### **III- Questionnaire**

Le questionnaire (Annexe 1) est composé de 21 questions en rapport avec :

- la situation professionnelle
- la fréquence de l'exposition aux patientes mutilées sexuelles
- l'évaluation des connaissances théoriques des MSF
- le dépistage
- la prise en charge des patientes
- le sentiment de compétence
- le ressenti par rapport à la thématique des MSF : question ouverte

Les questions concernant la situation professionnelle, la fréquence de l'exposition, le dépistage et les connaissances théoriques des mutilations sexuelles féminines étaient obligatoires.

Le questionnaire a été testé auprès de dix sages-femmes de l'agglomération d'Annecy en août 2016 afin d'effectuer un pré-test. Une fois corrigé, il a été envoyé par e-mail sous la forme d'un lien menant à un questionnaire en ligne (plateforme Survio) à toutes les sages-femmes éligibles.

Le critère de jugement principal est l'exposition d'une sage-femme, dans son parcours professionnel, à au moins une patiente mutilée sexuelle.

Les critères de jugement secondaires sont :

- le taux de réponses justes aux questions portant sur les connaissances des MSF
- la description du dépistage et de la prise en charge par les sages-femmes des patientes mutilées sexuelles
- la description du profil des sages-femmes qui s'estiment à l'aise dans le diagnostic et la prise en charge des patientes mutilées sexuelles.

#### **IV- Score de connaissance**

Afin d'évaluer les connaissances des sages-femmes sur les MSF à partir des questions fermées et à choix multiples, nous avons créé un score qui se calcule de la façon suivante : +2 points pour une réponse juste, -1 point pour une réponse fausse. Les connaissances sur les complications obstétricales et non obstétricales des MSF étaient évaluées sur 6 points. Les connaissances sur les pays à risque de MSF étaient évaluées sur 12 points. Nous avons décidé, afin d'obtenir des représentations graphiques comparables, de ramener le rapport de 12 à 6 points. Nous avons estimé que les connaissances étaient correctes à partir de 70 % de réponses justes, soit un score  $> 4/6$ .

#### **V- Analyse statistique**

Les données ont été traitées par le logiciel Excel et le site <http://loe-r2web.ujf-grenoble.fr>. Les variables qualitatives ont été décrites par la fréquence et le pourcentage.

Le test de Chi<sup>2</sup> a été utilisé pour la comparaison des données qualitatives. Un test de Fisher a été réalisé lorsque les effectifs étaient inférieurs à 5. Le seuil de signification retenu est 0,05.

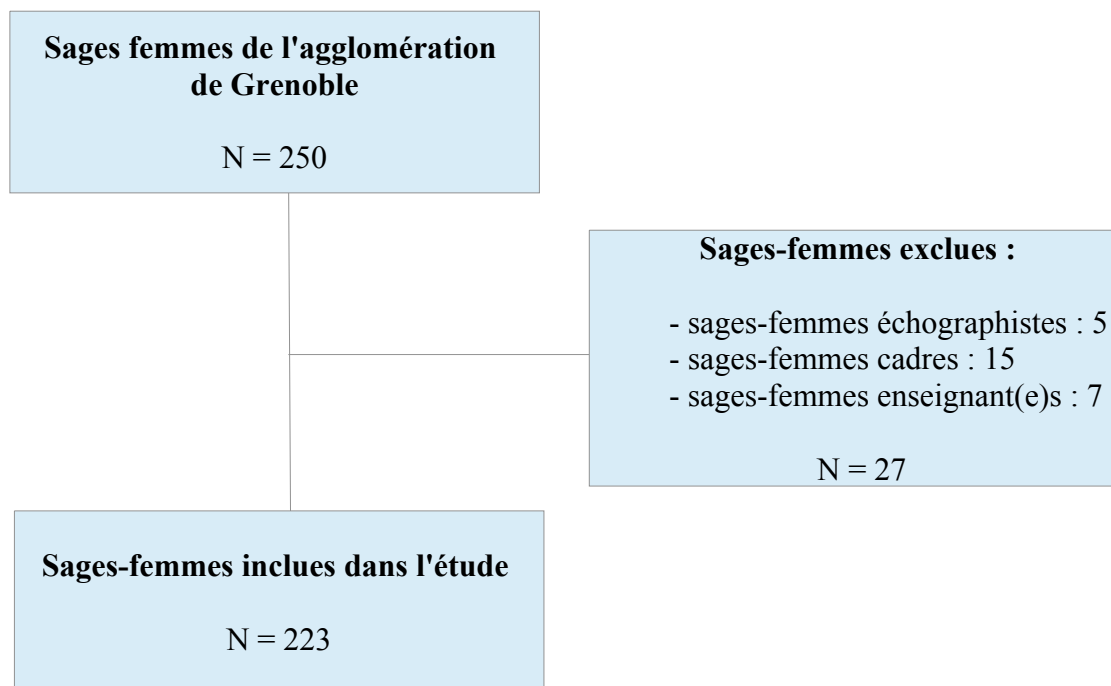
Les résultats de ce mémoire ont été arrondis au dixième près.



## Résultats

### I- Population étudiée

#### A- Nombre de participants



*Figure I: nombre de participants*

Au 1er décembre 2016, 223 sages-femmes ont été incluses dans l'étude. Celles-ci se répartissaient de la façon suivante : 72 sages-femmes en établissement de santé publique, 87 en établissement de santé privé, 57 en exercice libéral, 2 en centre de planification et 5 en centre de PMI.

Sur 223 questionnaires envoyés, 92 ont été remplis. Le taux de réponse est de 41,3 %. Si l'on ajuste le taux de réponse en fonction de l'activité, nous avons un taux de réponse de 75 % en établissement de santé publique, 14,9 % en établissement de santé privé et 31,5 % pour les sages-femmes libérales.

## **B- Répartition des participants en fonction du sexe et du mode d'exercice**

Les femmes représentaient 98,9 % (91/92) des répondants. Concernant le mode d'exercice, 19,6 % (n=18) exerçaient en libéral; 58,7 % (n=54) en établissement de santé publique; 14,1 % (n=13) en établissement de santé privé et 7,6 % (n=7) des sages-femmes étaient remplaçant(e)s ou avaient une activité non renseignée.

## **C- Année d'obtention du diplôme**

Les sages-femmes étaient 21,7 % (n=20) à être diplômées avant l'année 1990 incluse, et 42,4 % (n=39) entre 1991 et 2006 incluse, année de réforme. Enfin, 35,9 % (n=33) des sages-femmes ont obtenu leurs diplômes entre 2007 et 2016.

## **D- Formation**

Les sages-femmes étaient 33,7 % (n=31) à avoir bénéficié d'une formation sur les MSF durant leurs études, et 10,9 % (n=10) dans le cadre de la formation continue. Les sages-femmes n'ayant jamais eu de formation sur les MSF représentaient 55,4 % (n=51) des répondants.

Les diplômées de 2006-2016 étaient 69,7 % (23/33) à avoir suivi une formation (dont la totalité durant leurs études) contre 30,8 % (12/39) des diplômées de 1990-2006 et 30 % des diplômées de 1970-1990 (6/20).

## **II- Objectif principal : prévalence des sages-femmes ayant rencontré au moins une fois une patiente mutilée**

Les sages-femmes étaient 83,7 % (n=77) à avoir rencontré au moins une patiente mutilée sexuelle au cours de leurs carrières.

La moitié des sages-femmes rencontraient au moins une fois par an une patiente mutilée sexuelle. La prévalence d'exposition variait selon le mode d'exercice.

En établissement de santé publique, elles étaient 75,9 % (n=41) à voir au moins une fois par an une patiente mutilée sexuelle, contre 27,8 % (n=5) des sages-femmes exerçant en libéral.

Aucune des sages-femmes exerçant en établissement de santé privé, effectuant des remplaçant(e)s ou ayant un mode d'exercice non renseigné ne voyaient une patiente mutilée sexuelle plus d'une fois par an.

	Libéral n=18	Salarié publique n=54	Salarié privé n=13	Remplaçant ou activité non renseignée n=7	Total n=92
Jamais vu	33,3 % (n=6)	3,7% (n=2)	46,15% (n=6)	14,3 % (n=1)	16,3 % (n=15)
Moins d'une fois par an	38,9 % (n=7)	20,4 % (n=11)	53,85 % (n=7)	85,7 % (n=6)	33,7 % (n=31)
Plus d'une fois par an	27,8 % (n=5)	75,9 % (n=41)	0 % (n=0)	0 % (n=0)	50 % (n=46)

Tableau I: Prévalence de l'exposition des sages-femmes aux patientes mutilées en fonction du type d'exercice

### **III- Objectifs secondaires : connaissance, dépistage, prise en charge et profil des sages-femmes qui s'estiment à l'aise**

#### **A- Connaissances**

##### **○ Nombre de MSF:**

Les 4 types de MSF étaient connus par 31,5 % (n=29) des sages-femmes.

##### **○ Complications obstétricales**

Toutes les sages-femmes ont donné au moins une réponse juste.

Un score > 4/6 a été obtenu par 18,5 % (n=17) des sages-femmes.

Un score de 6/6 a été obtenu par 16,3 % (n=15) des sages-femmes.

### ○ **Complications non obstétricales**

Toutes les sages-femmes ont donné au moins une réponse juste.

Un score > 4/6 a été obtenu par 56,5 % (n=52) des sages-femmes.

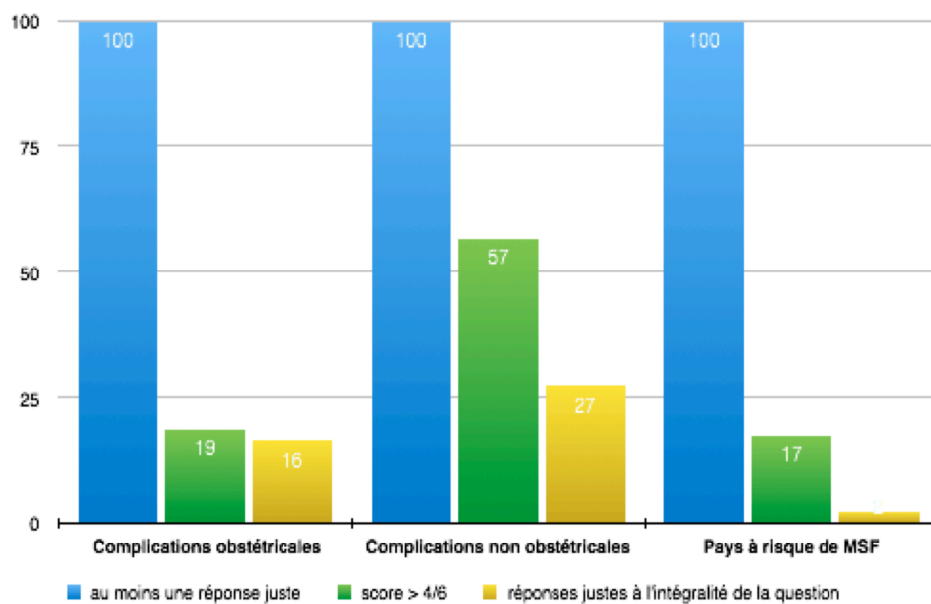
Un score de 6/6 a été obtenu par 27,2 % (n=25) des sages-femmes.

### ○ **Pays à risque de MSF**

Toutes les sages-femmes ont donné au moins une réponse juste.

Un score > 4/6 a été obtenu par 17,4 % (n=16) des sages-femmes.

Un score de 6/6 a été obtenu par 2,2 % (n=2) des sages-femmes.



*Figure II: Connaissances des complications obstétricales, non obstétricales des MSF, et des pays à risques de MSF*

Le détail des réponses sur les connaissances des MSF est disponible en annexe 2.

### ○ **Organismes de luttés et de soutien**

Parmi les sages-femmes interrogées, 84,8 % (n=78) ne connaissent pas d'organisme de lutte et de soutien vers lesquels orienter les patientes mutilées.

## **B- Dépistage**

### ○ **Capacité à diagnostiquer une MSF**

Les sages-femmes étaient 10,9 % (n=10) à penser pouvoir reconnaître facilement une MSF ; 82,6 % (n=76) seulement si celle-ci est évidente ; et 6,5 % (n=6) ne savaient pas.

### ○ **Vérification de l'intégrité des organes génitaux externes**

Les sages-femmes étaient 59,8 % (n=55) à vérifier systématiquement l'intégrité des organes génitaux externes (OGE) d'une patiente vue pour la première fois, au moins si celle-ci est originaire d'un pays à risque ; 23,9 % (n=22) la vérifiaient seulement quand elles y pensaient ; 16,3 % (n=15) ne la vérifiaient jamais.

## **C- Prise en charge**

### ○ **Abord du sujet**

Concernant l'abord du sujet avec la patiente, 39,5 % (n=34) des sages-femmes disaient l'aborder « systématiquement » ; 48,9 % (n=42) ont répondu « cela dépend des fois » ; et 11,6 % (n=10) ont répondu « non jamais ».

Parmi celles ayant répondu « non jamais » ou « cela dépend des fois », les raisons les empêchant de lui parler de sa mutilation étaient :

- La barrière de la langue pour 65,4 % (n=34)
- L'incertitude quant au diagnostic de MSF pour 50 % (n =26)
- La peur de la réaction de la patiente pour 40,4 % (n=21)

- La peur de ne pas pouvoir répondre à toutes les questions pour 34,6 % (n=18)
- « autre » pour 26,9 % (n=14). Les détails concernant cette catégorie sont disponibles en annexe 2.

#### ○ **Recherche de complications non obstétricales**

Les répondants étaient 27,7 % (n=23) à toujours les rechercher, tandis que 22,9 % (n=19) disaient ne pas être au courant de ce genre de complications.

#### ○ **Orientation et information de la patiente**

La sage-femme orientait dans 69 % (n=58) des cas vers un autre professionnel de santé, et dans 59 % (n=49) des cas, évoquait la possibilité d'une aide psychologique. L'existence d'associations était abordée par 38,6 % des sages-femmes et 22,9 % informaient la patiente de la législation. Au final, 8,4 % des sages-femmes répondaient ne pas changer leur prise en charge habituelle face à une patiente mutilée sexuelle.

### **D- Ressenti**

#### ○ **Sentiment de compétence**

Parmi les sages-femmes interrogées, 4,3 % (n=4) se déclaraient compétente dans le diagnostic et la prise en charge des patientes mutilées. A l'inverse, 47,8 % (n=44) ne se sentaient pas à l'aise et 47,8 % (n=44) disaient se sentir incompétente.

#### ○ **Ce que leur évoque la thématique des MSF**

De nombreuses sages-femmes insistaient sur leur manque de connaissances, ou leur sentiment d'incompétence sur ce sujet. D'autres encore soulignaient la violence que leurs renvoyaient les MSF. Le détail des réponses est disponible en annexe 2.

## E- Profil des sages-femmes qui s'estiment à l'aise

### ○ Sentiment de compétence et capacité de diagnostic

Le sentiment de compétence des sages-femmes dans le diagnostic et la prise en charge des patientes mutilées était corrélé significativement ( $p < 0,05$ ) à la fréquence de l'exposition des sages-femmes aux patientes mutilées sexuelles, et au fait d'avoir suivi une formation ( $p < 0,05$ ).

Le sentiment de capacité à reconnaître une MSF n'était pas significativement corrélé ( $p > 0,05$ ) au fait d'avoir suivi une formation, mais était en revanche corrélé à la prévalence d'exposition ( $p < 0,05$ ).

	Formation durant études	Formation continue	Pas de formation	P Value	Prévalence: n'en a jamais rencontré	Prévalence : en a déjà vu	P Value
Non	9	33	2	$< 0,001$	13	31	0,01
Ne se sent pas très à l'aise	21	18	5		2	4	
Oui	1	0	3		0	42	

*Tableau II: Sentiment de compétence dans le diagnostic et la prise en charge des patientes mutilées sexuelle, en fonction du suivi d'une formation et de la prévalence de l'exposition aux MSF*

	Formation durant études	Formation continue	Pas de formation	P Value	Prévalence : n'en a jamais rencontré	Prévalence : en a déjà vu	P Value
Oui facilement	3	2	5	0,63	1	9	$< 0,001$
Oui seulement si celle-ci est évidente	27	8	41		8	68	
Ne sait pas	1	0	5		6	0	
Non	0	0	0		0	0	

*Tableau III: Sentiment de capacité à reconnaître une MSF, en fonction du suivi d'une formation et de la prévalence à l'exposition aux MSF*

## **Discussion**

### **I- Forces et faiblesses de l'étude**

Cette étude s'est efforcée d'être la plus représentative possible des pratiques du bassin Grenoblois. Ainsi ont été incluses toutes et tous les sages-femmes de l'agglomération de Grenoble à l'exception des sages-femmes cadres de service, enseignant(e)s et échographistes.

Nous souligneront un biais lié à l'outil d'intervention qui est l'auto questionnaire en ligne. Effectivement, les réponses étaient données sur un mode déclaratif, ce qui peut amener un éventuel biais de surestimation des réponses par les sages-femmes. Nous avons cependant essayé de limiter ce biais au maximum en informant les sages-femmes de l'anonymat du questionnaire.

Pour arriver à traiter l'ensemble des données concernant les connaissances, nous avons mis au point un score. Nous avons toutefois fixé de manière subjective le seuil à partir duquel les connaissances étaient considérées comme bonnes (70%). Ce score nous a permis d'avoir une vision globale, bien que peu précise, des connaissances des sages-femmes. Il serait intéressant d'analyser dans une autre étude les connaissances précises des sages-femmes sur les MSF afin de proposer des formations au plus près de leurs besoins.

Nous noterons, enfin, un biais de mémorisation, certaines questions faisant référence à des situations passées.

Le taux de réponse à notre étude est de 41,3 %, ce qui est correct pour ce genre de méthode.

On remarque une sur-représentation des sages-femmes exerçant en établissement de santé publique. Cela peut s'expliquer par le fait que :

- les sages-femmes travaillant en établissement de santé publique et en libéral ont pu être relancées plus aisément



- le directeur de ce mémoire, travaillant au CHU Grenoble Alpes, a incité les sages-femmes de l'établissement à répondre au questionnaire
- les sages-femmes exerçant en établissement de santé publique voient davantage de patientes mutilées en comparaison aux autres types d'exercice. Elles peuvent donc se montrer davantage sensibilisées sur le sujet et plus enclines à répondre au questionnaire.

## **II- Prévalence de l'exposition aux MSF**

Les sages-femmes de l'agglomération de Grenoble étaient fréquemment confrontées aux patientes mutilées sexuelles, puisque 50 % déclaraient en voir au minimum une fois par an, et 83,7 % déclaraient avoir vu au moins une patiente mutilée sexuelle durant leurs carrières.

Ce chiffre n'a pas une répartition homogène en fonction du mode d'exercice, puisque 75,9 % des sages-femmes exerçant en établissement de santé publique voyaient au moins une fois par an une patiente mutilée sexuelle, contre 27,8 % des sages-femmes exerçant en libéral et 0 % des sages-femmes exerçant en établissement de santé privé, effectuant des remplacements ou ayant un mode d'exercice « autre ». Cela peut s'expliquer par différentes hypothèses :

- Les mutilations sexuelles se retrouvent majoritairement chez les personnes immigrantes, et l'Hôpital Couple-Enfant est l'établissement de santé drainant le plus la population immigrante de Grenoble. On peut en effet supposer une différence de patientèle entre les établissements de santé privés et le libéral d'une part, et les établissements de santé publiques d'autre part : le CHU a en proportion plus de patientes précaires, dont une partie est immigrée de pays où les MSF sont pratiquées.
- Les sages-femmes des établissements de santé publique diagnostiquent davantage les MSF. Celles-ci étant plus fréquemment exposées aux patientes mutilées, elles seraient déjà sensibilisées à cette problématique, et donc plus attentives lors de l'examen des OGE d'une patiente qu'elles voient pour la première fois. Par ailleurs, on peut aussi émettre l'hypothèse selon laquelle les sages-femmes exerçant en établissement de santé publique sont plus

jeunes que les sages-femmes exerçant selon un autre type d'exercice (exemple : libéral). Elles sont donc mieux formées, les formations sur les MSF étant intégrées obligatoirement au cursus de formation initial depuis 2006.

Nous pouvons toutefois nous demander si ces chiffres ne sont pas sous-estimés : en effet, de nombreuses sages-femmes ayant des difficultés diagnostiques (seulement 10,9 % des sages-femmes estimaient pouvoir reconnaître facilement une MSF), elles peuvent penser qu'elles ne voient pas de patientes mutilées, alors qu'elles ne les diagnostiquent pas. La probabilité d'une surestimation est moindre.

Il reste très difficile d'estimer de manière exacte le nombre de femmes mutilées sexuelles vivant en France. La dernière étude estime qu'il y avait, en 2004, 53 000 femmes adultes mutilées sexuellement en France [5]. Deux mémoires et une thèse [8][9][10] retrouvaient une prévalence d'exposition des sages-femmes aux patientes mutilée sexuelles allant de 64 % à 96 %, soit des chiffres relativement similaires aux nôtres. Il serait très intéressant d'effectuer une étude estimant à nouveau le nombre de patientes mutilées sexuelles vivant en France.

### **III- Formation et sentiment de compétence**

#### **A- Formation**

Les jeunes diplômées étaient plus nombreuses à avoir suivi une formation : cela concernait 69,7 % des diplômées de 2006-2016 (dont la totalité durant leurs études) contre 30,8 % des diplômées de 1990-2006 et 30 % des diplômées de 1970-1990.

Ces résultats sont à mettre en lien avec l'obligation depuis 2006 d'intégrer des cours sur les MSF durant les cursus de formation initiale des sages-femmes [6]. Toutefois, encore 30,3 % des sages-femmes diplômées après 2006 disaient ne pas avoir suivi de formation sur les MSF. Ce chiffre peut s'expliquer par :

- l'existence d'un biais de mémorisation : les sages-femmes ne se souviennent pas de leurs

formations sur les MSF. Nous noterons que ce biais de mémorisation peut-être favorisé par des formations trop courtes, ou au contenu jugé trop sommaire.

- le fait que les écoles de sages-femmes n'ont pas toutes intégré des cours sur les MSF à leurs formations. Selon Gynécologie Sans Frontière, seule la moitié des écoles de sages-femmes ont un module spécifique aux MSF dans leur formation [11].

## **B- Sentiment de compétence**

Seuls 4,3 % des sages-femmes se sentaient compétentes dans le diagnostic et la prise en charge des patientes mutilées, et 10,9 % estimaient pouvoir reconnaître facilement une MSF. Ces résultats mettent en lumière la difficulté du diagnostic et de la prise en charge des patientes mutilées sexuelles.

Nous avons cherché à comprendre quelles étaient les caractéristiques des sages-femmes s'estimant le plus à l'aise dans l'établissement d'un diagnostic de MSF et dans la prise en charge de ces patientes.

Le sentiment de compétence des sages-femmes dans le diagnostic et la prise en charge des patientes mutilées était corrélé significativement à la fréquence de l'exposition des sages-femmes aux patientes mutilées sexuelles, et au fait d'avoir suivi une formation.

Néanmoins, le sentiment de capacité à établir un diagnostic n'était pas significativement corrélé au fait d'avoir suivi une formation. En revanche, il était significativement corrélé à la prévalence d'exposition. La pratique semble donc avoir une importance majeure par rapport à la formation dans l'établissement d'un diagnostic de MSF.

Il semble donc que les problématiques soient différentes pour le diagnostic d'une part, et la prise en charge des patientes mutilées sexuelles d'autre part. La formation et l'expérience renforcent le sentiment de compétence de la sage-femme dans la prise en charge des patientes mutilées. En revanche, c'est essentiellement l'expérience qui permet de gagner en capacité de diagnostic des MSF, les formations semblant pour l'instant inopérantes pour permettre un diagnostic efficace.

Ne pouvant pas agir sur l'expérience des sages-femmes, nous pouvons en revanche nous demander si les formations insistent suffisamment sur l'aspect diagnostique des MSF. Par ailleurs, on peut penser que plus les formations seront régulières et répétées, plus elles auront de chance d'être efficaces.

### **C- Des prises en charge insuffisantes**

#### **Défaut de diagnostic : la faute à la formation ?**

La vérification de l'intégrité des OGE est une étape indispensable au diagnostic des MSF. Pourtant, seulement 59,8 % des sages-femmes vérifiaient l'intégrité des OGE d'une patiente vue pour la première fois, au moins si celle-ci est originaire d'un pays à risque. Ces chiffres sont insuffisants pour permettre un dépistage efficace des MSF. Nous souligneront également que peu de sages-femmes connaissaient bien les pays à risque de MSF, alors qu'il semble indispensable de connaître les grandes zones à risques de MSF afin de pouvoir effectuer un dépistage ciblé adapté.

Par ailleurs, comme nous l'avons vu précédemment, seulement 10,9 % des sages-femmes estimaient pouvoir reconnaître facilement une MSF. Ces résultats sont largement insuffisants pour assurer un bon dépistage, et sont à mettre en lien avec une faible connaissance des différentes mutilations possibles (31,5 % des sages-femmes seulement connaissaient les 4 types de mutilations possibles). Effectivement, toutes les mutilations ne sont pas faciles à reconnaître, surtout lorsqu'il s'agit d'une mutilation de type I où « seul le clitoris » a été enlevé. On voit ici toute la nécessité de former les sages-femmes à la reconnaissance des mutilations sexuelles.

Les sages-femmes avaient une connaissance relativement faible des différentes complications obstétricales des MSF (un score > 4/6 a été obtenu par 18,5 % des sages-femmes). Il semble néanmoins essentiel de les connaître, puisque différentes études ont montré que le taux de complications obstétricales et néonatales est plus important sur les patientes mutilées, y compris lorsque l'accouchement a lieu en France [12][13].

Concernant les complications non obstétricales, les sages-femmes en avait une bonne connaissance (elles étaient 56,5 % à avoir obtenu un score > 4/6), bien que ces résultats aient pu être un peu surestimés par le caractère fermé de la question. Pourtant comme nous le verrons ultérieurement, elles étaient très peu à les rechercher.

A défaut de pouvoir confronter les étudiants aux patientes mutilées sexuelles durant leurs stages ainsi que dans leurs premières années de pratique, il nous apparaît fondamental d'insister davantage sur les aspects cliniques des MSF lors des cours magistraux.

### **Défaut de discussion : la peur est nocive!**

La majorité des sages-femmes (88,4 %) disaient aborder le sujet avec la patiente, même si seulement 39,4 % le faisait de manière systématique.

Outre la barrière de la langue, le sujet n'était principalement pas abordé par peur : celle de la réaction de la patiente (40,4 %), et celle de ne pas pouvoir répondre à toutes ses questions (34,6 %). Nous avons également vu que les MSF renvoyaient aux sages-femmes une certaine forme de violence. Cela peut contribuer à les empêcher de parler aux femmes de leur mutilation, du fait du malaise que cela leur renvoie.

Par ailleurs, la crainte de se tromper dans le diagnostic, présente dans 50 % des cas où les MSF n'étaient pas abordées, est un frein entravant l'ouverture d'une discussion (seulement 4,3 % des sages-femmes se sentaient compétentes dans le diagnostic et la prise en charge de ces patientes, et 10,9 % pensaient pouvoir reconnaître facilement une MSF).

Les femmes concernées déplorent ce manque de discussion. Dans l'enquête nationale Excision et Handicap menée entre 2006 et 2009 [14], les 20 femmes mutilées ayant participé à l'étude dénoncent de manière quasi unanime le silence des praticiens concernant leur mutilation, ou des paroles inappropriés lorsqu'ils le faisaient.

Les patientes se plaindront rarement de leur mutilation, et, d'autre part, certaines mutilations étant

pratiquées extrêmement tôt dans l'enfance, les patientes ne sont pas toujours au courant [14]. Il appartient alors au professionnel de santé d'aborder le sujet. Il apparaît donc fondamental d'améliorer les capacités de diagnostic des MSF par les sages-femmes, de renforcer leur sentiment de compétence et de leur donner des clés pouvant éviter ces peurs et ces doutes. Cela leur permettra par la suite d'aborder plus sereinement le sujet avec leurs patientes.

### **MSF : de l'écoute à la prise en charge**

Seulement 27,7 % des sages-femmes recherchaient systématiquement les complications non obstétricales lors du constat d'une MSF. Ces résultats sont très insuffisants, car la recherche de complications permet à la patiente d'exprimer des maux souvent non-dits, puisque touchant au domaine de l'intime. Rechercher des complications permet également à la sage-femme d'orienter au mieux sa patiente.

Alors que 69 % orientaient la patiente vers un autre professionnel de santé, et 59 % évoquaient la possibilité d'une aide psychologique, encore 8 % ne changeaient rien par rapport à leur prise en charge habituelle. Nous avons tenté d'expliquer ce chiffre par deux hypothèses :

- les sages femmes se sentent dépourvues face à une patiente mutilée sexuelle, par manque de connaissances ou de confiance en elles.
- certaines sages-femmes font face à une problématique personnelle de positionnement face à la violence que cela leur évoque.

Seulement 32,5 % des sages-femmes informaient la patiente sur la législation. La connaissance par la patiente de la législation est pourtant au cœur de la prévention, et les sages-femmes interviennent à un moment clé, celui du suivi de grossesse. La prévention est d'autant plus importante que 11 % des filles de femmes excisées vivant en France ont également été victimes de mutilations, même si ce chiffre redescend à 3 % pour les enfants nées en France [15]. Il est donc nécessaire de sensibiliser les sages-femmes à la prévention des MSF sur l'enfant qui va naître, même si celui-ci naît en France.

Enfin, 38,6 % des sages-femmes informaient la patiente de l'existence d'associations. Paradoxalement, 84,8 % des sages-femmes ne connaissaient pas d'organisme de lutte et de soutien vers lesquels orienter les patientes. Cela reflète une mauvaise visibilité de ces organismes sur la région Grenobloise, alors que l'Académie de Médecine visant l'éradication des MSF a inscrit dans ses recommandations la nécessité de « faire connaître les structures sociales et associatives menant une action dans le domaine » [16].

Dans tous les cas, il ne peut être que bénéfique pour les patientes de proposer la meilleure information possible. En fonction de la patiente et de son souhait, la prise en charge sera adaptée : psychologue, sexologue, chirurgie...

## **Conclusion**

Notre étude met en évidence l'exposition importante des sages-femmes de l'agglomération de Grenoble aux patientes mutilées sexuelles : 83,7 % en ont déjà rencontré au moins une fois au cours de leurs carrières, et la moitié en rencontraient au moins une fois par an.

Il apparaît pourtant que les sages-femmes se sentent très peu à l'aise face à ces patientes : 4,3 % seulement déclaraient se sentir compétentes dans le diagnostic et la prise en charge des patientes mutilées. La formation et la fréquence d'expositions à ces patientes jouent un rôle important dans le sentiment de compétence concernant la prise en charge. Néanmoins, les formations semblent ne pas apporter suffisamment de clés pour permettre aux sages-femmes de diagnostiquer les MSF.

Les sages-femmes ont démontré par leur taux de réponses, leurs commentaires libres et leurs demandes répétées concernant les résultats de ce mémoire, un vif intérêt pour le sujet. Il paraît essentiel de mieux les former à cette problématique : la formation initiale et continue est indispensable, et doit être renforcée.

Ces formations devront davantage insister sur les différents types de MSF (annexe 3), et les moyens de les reconnaître (photos, schémas). Elles devront également sensibiliser les sages-femmes à l'examen des OGE des patientes à risque de MSF, et à la recherche de complications. Cela passe par l'apprentissage de tous les aspects des MSF : complications, pays où elles sont pratiquées et pourquoi, législation, prises en charge possibles... (annexes 3, 4, 5, 6, 7). Il semble également important de revoir la manière d'aborder le sujet avec la patiente (simulations de consultations, mises en situation....), la peur de la réaction de celle-ci étant un frein important à l'abord du sujet. Enfin, il est important d'attirer l'attention des sages-femmes sur la prévention des MSF.



## **Bibliographie**

[1] Perinat France. Mutilations sexuelles féminines. Copyright © 2015 [consulté le 12/10/2016]. Disponible sur : [https://www.perinat-france.org/UPLOADS/pdfs/msf\\_S\\_Rongier.pdf](https://www.perinat-france.org/UPLOADS/pdfs/msf_S_Rongier.pdf)

[2] Gynécologie Sans Frontières. Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines. © 2017 [consulté le 28/11/2016]. Disponible sur : <http://www.gynsf.org/MSF/praticienfaceauxmsf2010.pdf>

[3] Organisation Mondiale de la Santé. Les mutilations sexuelles féminines. © Organisation Mondiale de la Santé, 1998 [consulté le 31/10/2016]. Disponible sur : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42150/1/9242561916\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42150/1/9242561916_fre.pdf)

[4] Unicef. Female Genital Mutilation/ Cutting : A statistical overview and exploration of the dynamics of change. © United Nations Children's Fund (UNICEF), July 2013 [consulté le 01/11/2016]. Disponible sur : [https://www.unicef.org/french/protection/files/FGCM\\_Lo\\_res.pdf](https://www.unicef.org/french/protection/files/FGCM_Lo_res.pdf)

[5] Andro A, Lesclingand M, Cambois E, Cirbeau C. Excision et Handicap (ExH) : Mesure des lésions et traumatismes et évaluation des besoins en chirurgie réparatrice. Mars 2009. [consulté le 06/05/2017]. Disponible sur : [http://www.univ-paris1.fr/fileadmin/CRIDUP/Rapport\\_final\\_ExH\\_volet\\_quantitatif.pdf](http://www.univ-paris1.fr/fileadmin/CRIDUP/Rapport_final_ExH_volet_quantitatif.pdf)

[6] Ministère de la Santé et de les Solidarités. Circulaire DGS/SD2C/ N° 2006/ 529 du 13 décembre 2006 relative à la formation de certaines professions de santé dans le cadre du plan de lutte contre les mutilations sexuelles féminines. 13 décembre 2006. NOR : SANP0630548C (texte non paru au journal officiel. [consulté le 11/10/2016]. Disponible sur : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Circulaire\\_MS\\_F\\_SF\\_PM.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Circulaire_MS_F_SF_PM.pdf)

[7] Goncalves M. Les mutilations sexuelles féminines : Quelle prise en charge en maternité ? Diplôme d'Etat de Sage-Femme : Université de Nantes ; 2002. [consulté le 17/03/2017]. Disponible sur : <http://www.gynsf.org/MSF/memoiremanuellagoncalves.pdf>

[8] 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. Diplôme d'Etat de Sage-Femme : Université de Paris Descartes ; 2014. [consulté le 18/03/2017]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01063220/document>

[9] Poulain A.C. Les mutilations sexuelles féminines : les pratiques professionnelles dans les maternités de Seine-Saint-Denis. Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine : Université Paris Val de Marne; 2007 [consulté le 20/03/2017]. Disponible sur : <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0487183.pdf>

[10] Behle A.M. Les mutilations sexuelles féminines : Qu'en savent les sages-femmes ? Enquête auprès de 179 professionnels de Seine-Maritime. Diplôme d'Etat de Sage-Femme : Université de Rouen ; 2009. [consulté le 15/04/2017]. Disponible sur : <http://www.gynsf.org/MSF/memoireannmelodybehle.pdf>

[11] Commission Nationale Consultatives des Droits de L'Homme. Avis sur les mutilations sexuelles féminines, adopté par l'Assemblée plénière du 28 novembre 2013.

- [12] Vernon C. Complications obstétricales et néonatales des mutilations sexuelles féminines. Diplôme d'Etat de Sage-Femme : Université de Strasbourg ; 2007. [consulté le 04/04/2017]. Disponible sur : <http://www.gynsf.org/MSF/memoirecelinevernon.pdf>.
- [13] Banks E, O Meirik, T Farley, O Akande, H Bathija, M Ali et al. Female genital mutilation and obstetric outcome : WHO collaborative prospective study in six African countries. Lancet 2006; 367: 1835–41. [consulté le : 31/03/2017] ; Vol367 June3,2006. Disponible sur : [www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(06\)68805-3.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(06)68805-3.pdf)
- [14] Andro A, Lesclingand M, Pourette D. Comment orienter la prévention de l'excision chez les filles et jeunes filles d'origine Africaine vivant en France: Une étude des déterminants sociaux et familiaux du phénomène. 2009. [consulté le 26/04/2017]. Disponible sur : [https://www.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/269/volet\\_qualitatif\\_de\\_exh\\_rapport\\_final.fr.pdf](https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/269/volet_qualitatif_de_exh_rapport_final.fr.pdf)
- [15] INED. Note d'analyse : Les mutilations féminines en France. 2009. [consulté le : 04/04/2017]. Disponible sur : [https://www.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/269/version.imprimable.mutilations.fr.pdf](https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/269/version.imprimable.mutilations.fr.pdf)
- [16] Recommandations concernant les mutilations sexuelles féminines. Bull.Acad. Natle Méd., 2004, 188, no 6, 1041-1054, séance du 29 juin 2004.
- [17] Andro A. Lesclingand M. Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France. Population et Sociétés [en ligne]. [consulté le : 02/02/2017]. Numéro 438 d'octobre 2007. Disponible sur : [http://www.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/19106/438.fr.pdf](http://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19106/438.fr.pdf)
- [18] Unicef. La dynamique du changement social vers l'abandon de l'excision/mutilation génitale féminine dans cinq pays africains. © Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) 2010 [consulté le 09/04/2016]. Disponible sur : [https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/fgm\\_insight\\_fre.pdf](https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/fgm_insight_fre.pdf)
- [19] Excision parlons-en. Pourquoi l'excision est-t-elle pratiquée ? ©2017 Excision, parlons-en [consulté le 28/12/2016]. Disponible sur : <http://www.excisionparlonsen.org/pourquoi-lexcision-est-elle-pratiquée/>
- [20] Excision, parlons-en. D'où vient l'excision ? ©2017 Excision, parlons-en ! [consulté le 24/03/2017]. Disponible sur : <http://www.excisionparlonsen.org/dou-vient-lexcision/>
- [21] Mme Grunvald. Les mutilations sexuelles. [consulté le 24/03/2017]. Disponible sur : [http://www.perinat-france.org/UPLOADS/pdfs/MSF240108\\_GSF2.pdf](http://www.perinat-france.org/UPLOADS/pdfs/MSF240108_GSF2.pdf)
- [22] Organisation Mondiale de la Santé. Complications sanitaires des mutilations sexuelles féminines. © OMS 2017 [consulté le: 06/04/2017]. Disponible sur : [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/health\\_consequences\\_fgm/fr/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/health_consequences_fgm/fr/)
- [23] Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes. Mutilations sexuelles féminines. [consulté le: 06/04/2017]. Disponible sur : <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/Mutilations-sexuelles-feminines.html>

[24] Ministère de la santé et des sports. Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines.  
[consulté le: 06/04/2017]. Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/MSF.pdf>

## Annexe 1 : Questionnaire

### ETAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE PAR LES SAGES-FEMMES DES PATIENTES MUTILEES SEXUELLES.

J. COHENDET - F. ISTASSE

#### 1- VOUS ÊTES SAGE FEMME

- libéral(e)
- salarié(e) d'un établissement de santé public
- salarié(e) d'un établissement de santé privé
- remplaçant(e)
- autre

- Somalie
- Vietnam
- Mauritanie
- Guinée
- Afrique du Sud
- Egypte
- Djibouti
- Bolivie

#### 2- EN QUELLE ANNEE AVEZ VOUS OBTENU VOTRE DIPLOME ?

#### 3- VOUS ETES :

- Un Homme
- Une Femme

#### 4- AVEZ-VOUS EU UNE FORMATION SUR LES MSF ?

- Oui, durant mes études
- Oui, dans le cadre de la formation continue
- Non, jamais
- Autre :

#### 5 À QUELLE FRÉQUENCE RENCONTREZ-VOUS DES FEMMES MUTILEES SEXUELLES AU COURS DE VOTRE ACTIVITÉ ?

- Je n'en ai jamais rencontré
- Moins d'une fois par an
- Entre une et onze fois par an
- Une fois par mois ou plus
- Une fois par semaine ou plus
- Je n'y prête pas attention

#### 6- PARMIS LES PAYS CI DESSOUS, LESQUELS DOIVENT VOUS FAIRE PORTER UNE VIGILANCE PARTICULIÈRE QUANT À LA PRATIQUE DE L'EXCISION ?

Indonésie

#### 7 VÉRIFIEZ-VOUS L'INTÉGRITÉ DES ORGANES GENITAUX EXTERNES LORS DE L'EXAMEN CLINIQUE D'UNE PATIENTE QUE VOUS VOYEZ POUR LA PREMIÈRE FOIS ?

- Oui systématiquement
- Oui seulement si la patiente est originaire d'un pays à risque
- Oui quand j'y pense
- Non jamais

#### 8- PENSEZ VOUS POUVOIR RECONNAITRE UNE MUTILATION SEXUELLE (MS) ?

- Oui facilement
- Oui seulement si celle-ci est évidente
- Non, je ne pense pas
- Je ne sais pas

#### 9- SELON L'OMS, COMBIEN DE TYPES DE MUTILATIONS SEXUELLES EXISTENT- ILS ?

- 2
- 3
- 4
- 5

#### 10 LORS DU CONSTAT D'UNE MUTILATION SEXUELLE SUR VOTRE PATIENTE, LUI PARLEZ-VOUS DE SA MUTILATION ?

- Oui, systématiquement
- Cela dépend des fois

Non, jamais

**11- SI VOUS AVEZ RÉPONDU «CELA DÉPEND DES FOIS» OU «NON JAMAIS», QUELLES SONT LES RAISONS QUI VOUS EMPÊCHENT DE LUI PARLER DE SA MUTILATION ?**

- Patiente ne parlant ou ne comprenant pas le français
- Peur de sa réaction
- Peur de ne pas pouvoir répondre à toutes ses questions
- Incertitude sur le diagnostic de MS
- Autre: -----

**12 LORS DU CONSTAT D'UNE MUTILATION SEXUELLE SUR VOTRE PATIENTE, LE NOTIFIEZ-VOUS DANS LE DOSSIER ?**

- Oui, systématiquement
- Oui, parfois
- Non, jamais

**13 LORS DU CONSTAT D'UNE MUTILATION SEXUELLE SUR VOTRE PATIENTE, RECHERCHEZ-VOUS DES COMPLICATIONS NON OBSTÉTRICALES ?**

- Oui toujours
- Oui quand j'y pense
- Non jamais
- Je ne suis pas au courant de ce genre de complications

**14- POUVEZ VOUS CITER 3 COMPLICATIONS OBSTÉTRICALES D'UNE MS ?**

- Fistule recto vaginale
- Placenta prævia
- Déchirure périnéale
- Hémorragie de la délivrance
- Hématome rétro placentaire
- RCIU

**15- PARMIS LES PROPOSITIONS SUIVANTES, QUELLES SONT LES COMPLICATIONS NON OBSTÉTRICALES A MOYEN ET LONG TERME D'UNE MS ?**

- Incontinence urinaire
- Infections génitales

- Troubles psychologiques (anxiété...)
- Dysménorrhées
- Dyspareunies
- Algies périnéales

**16- FACE À UNE PATIENTE MUTILÉE SEXUELLE, VOUS :**

- La conseillez sur le plan médical
- L'orientez vers un autre professionnel de santé
- Evoquez la possibilité d'une aide psychologique
- L'informez sur l'existence d'association(s)
- L'informez sur la législation
- Ne changez rien à votre prise en charge habituelle

**17- VOUS PARLEZ À VOTRE PATIENTE DE**

- Si elle se plaint de gêne psychologique
- Seulement si elle se plaint de gêne physique
- Je ne parle pas à mes patientes de reconstruction
- Je ne savais pas qu'une reconstruction était possible

**18 CONNAISSEZ-VOUS DES ORGANISMES DE DEFENSE ET DE SOUTIEN VERS LESQUELS ORIENTER CES FEMMES ?**

- Oui
- Non.

**SI OUI, CITEZ-LES.**

-----  
-----

**19- VOUS SENTEZ-VOUS COMPÉTENTE DANS LE DIAGNOSTIC ET LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTES MUTILÉES SEXUELLES DANS LE CADRE DE VOTRE ACTIVITÉ ?**

- Oui, tout à fait
- Je ne me sens pas très à l'aise
- Non

**20- EN QUELQUES MOTS, QUE VOUS ÉVOQUE LA THÉMATIQUE DES MSF ?**

-----  
-----

## **Annexe 2 : Résultats**

### **○ Notification dans le dossier**

Lors du constat d'une MSF, 75 % (n=63) des sages-femmes interrogées notent systématiquement la MSF dans le dossier médical.

### **○ Raisons empêchant de parler à la patiente de sa mutilation**

A la question « Quelles sont les raisons qui vous empêchent de lui parler de sa mutilation », 26,9 % (n= 14) ont répondu « autre » :

- moment pas opportun (patiente en travail) : n=5
- préfère en parler à la deuxième consultation : n=2
- difficultés à trouver les mots pour aborder le sujet : n=1
- diagnostic de MSF déjà établi : n=2
- n'en parle que si la patiente aborde le sujet elle-meme : n=1
- suppose que le diagnostic a déjà du être fait : n=1

### **○ Connaissance des complications non obstétricales des MSF**

- Les dyspareunies\* ont été citées par 100% (n=92) des sages-femmes
- Les algies périnéales\* par 95,7% (n=88).
- Les troubles psychologiques\* par 94,6 % (n=87).
- Les infections génitales\* par 75% (n=69).
- L'incontinence urinaire\* par 68,5% (n=63).
- Les dysménorrhées\* par 32,6 % (n=30).

*\*Complications médicales des MSF*

### **○ Connaissances des pays à risque de MSF**

- L'Indonésie\* a été citée par 13 % (n=12) des sages-femmes
- La Somalie\* a été citée par 88 % (n=81) des sages-femmes
- Le Vietnam a été cité par 2,2 % (n=2) des sages-femmes
- La Mauritanie\* a été citée par 70,7 % (n=65) des sages-femmes
- La Guinée\* a été citée par 92,4 % (n=85) des sages-femmes
- L'Afrique du Sud a été citée par 21,7 % (n=20)
- L'Égypte\* a été citée par 32,6 % (n=30)
- Djibouti\* a été cité par 51,1 % (n=47)
- La Bolivie a été citée par 1,1 % (n=1).

*\*Pays à risque de MSF*

### « Citez des complications obstétricales possibles d'une MS »

- Les déchirures périnéales\* ont été citées par 94,6% (n=87) des sages-femmes.
- Les fistules recto vaginales\* ont été citées par 84,8% (n=78).
- L'hémorragie de la délivrance\* a été citée par 19,6%(n=18).
- L'hématome rétro placentaire a été cité par 2,2% (n=2).
- Le RCIU a été cité par 1,1% (n=1).
- Personne n'a cité le Placenta praevia (n=0)

\*Complications obstétricales des MSF.

### ○ **Connaissance d'organisme de lutte et de soutien**

Parmi les 15,2 % (n=14) ayant répondu connaître un organisme de lutte et de soutien, 5 sages-femmes ont cité le GAMS (Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles féminines), 3 Gynécologie sans frontière et 2 le Planning Familial.

### ○ **Abord de la possibilité de reconstruction**

La possibilité de reconstruction était systématiquement abordée par 30,4 % (n=24) des sages-femmes . Ils étaient 13,9 % (n=11) à en parler seulement si la patiente se plaignait de gêne psychologique, et 20,3 % (n=16) seulement si la patiente se plaignait de gêne physique. Au final, 27 % (n=22) des sages-femmes ne parlaient pas à leurs patientes de reconstruction et 7,6 % (n=6) ne savaient pas qu'une reconstruction était possible.

### ○ **Ce que leur évoque la thématique des MSF**

« Besoin de formation ++++ »

« Je ne suis pas du tout à l'aise car pas formée pour diagnostiquer les MSF et pour orienter les femmes pour une prise en charge adaptée. »

« Mon incompetence presque... totale »

« Sujet important mais pas assez de formation »

« On n'en parle pas assez. Je voudrais être mieux informée. »

« un malaise pour la professionnelle que je suis. »

« Il existe encore un gros tabou sur le sujet. Les femmes concernées sont encore trop souvent victimes de maladresse de la part des soignants pas assez informés »

« Manque de formation. Manque d'informations sur les suites possibles. »

« Cela peut être un traumatisme pour la patiente, c'est un point qui a toute son importance en consultation malheureusement manque toujours un petit fascicule sur les mutilations et les contacts des associations pourrait nous aider dans la prise en charge. »

« Souffrance physique et psychologique. Révolte, injustice, empathie »

« Horreur, Traumatisme, Mort »

« Agression physique et psychologique, violence, ignorance »

« Indignation qu'elles existent encore, tabou, j'ai l'impression d'en voir de plus en. »

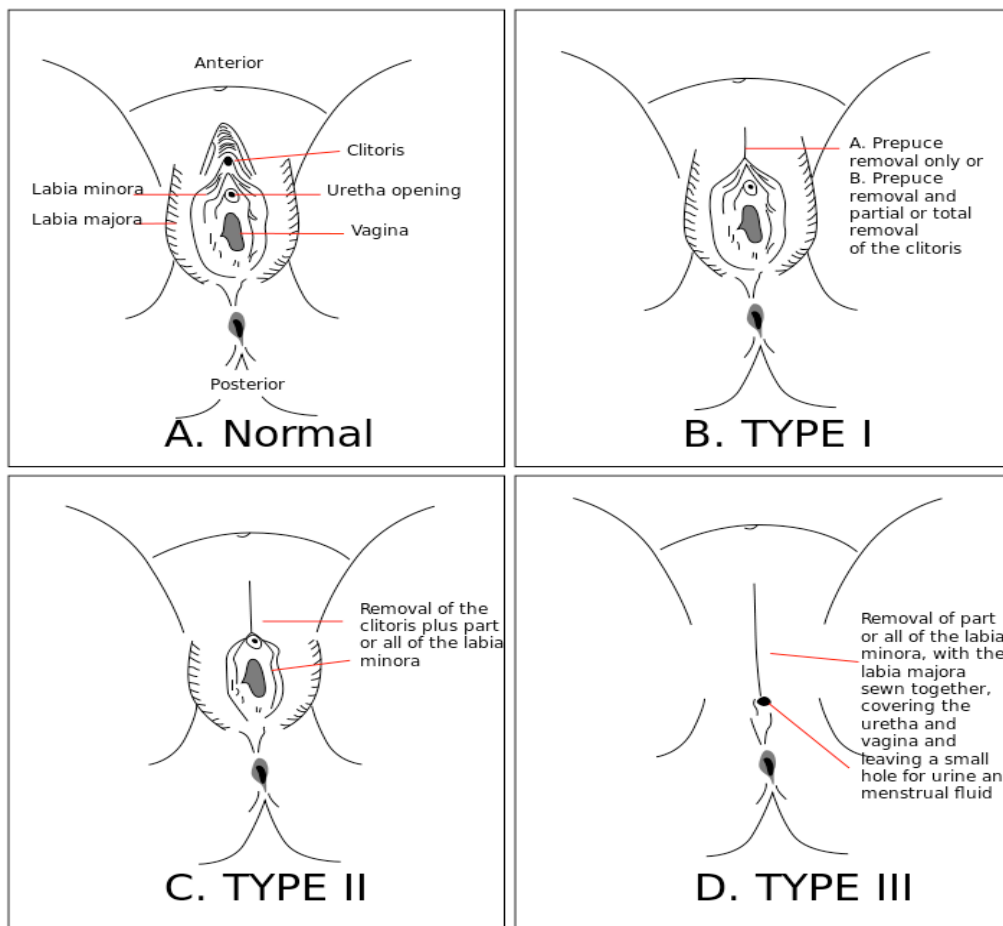
« Une grande souffrance physique affective et sociale. »

### Annexe 3 : Les mutilations sexuelles féminines

Selon l'OMS, l'UNICEF et le FNUAP, « Les mutilations sexuelles féminines désignent toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre mutilation de ces organes pratiquée pour des raisons culturelles ou autres et non à des fins thérapeutiques » [1][3].

Les MSF sont répertoriées selon la classification de Cook :

- Type 1 : Il s'agit de la clitoridectomie, l'ablation partielle ou totale du clitoris, ou du prépuce seulement. Elle représente 5 % des MSF.
- Type 2 : Il s'agit de l'excision, l'ablation du clitoris et des petites lèvres, partielle ou totale, avec ou sans mutilation des grandes lèvres. C'est la MSF la plus répandue (80 %).
- Type 3 : Il s'agit de l'infibulation et aboutit au rétrécissement de l'orifice vaginal, en sectionnant et en repositionnant les petites lèvres ou les grandes lèvres, parfois par suture, avec ou sans ablation du clitoris.
- Type 4 : Cela concerne toutes les autres interventions sur les organes génitaux féminins pratiquées à des fins non médicales.



Les MSF sont essentiellement pratiquées dans l'ouest, l'est et le nord-est de l'Afrique. La pratique des MSF se retrouve également dans certains pays d'Asie et du Moyen-Orient comme l'Indonésie, le Yémen et la Malaisie [1][2]. La prévalence varie selon les pays (5 % au Niger contre 90 % en Egypte), au sein d'un même pays et d'une ethnie à l'autre. L'infibulation est limitée à



certaines pays tels que l'Égypte, le Soudan, l'Éthiopie, Djibouti, l'Érythrée [3].

Bien qu'il soit difficile d'estimer l'ampleur exacte du phénomène, les estimations laissent penser qu'il y aurait 125 millions de fillettes et de femmes dans le monde victimes de ces mutilations. Chaque année, plus de 3 millions de jeunes filles seraient menacées d'excision.

Les MSF sont pratiquées sur les jeunes filles entre l'enfance et l'adolescence et, plus rarement sur des femmes adultes. L'âge de réalisation varie selon les pays. La pratique tend à diminuer dans la plupart des pays. Ce recul est corrélée au degré de mobilisation des états et au niveau d'instruction [4][17].

Au moins 53 000 femmes excisées vivaient en France. Les cas de MSF en France se retrouvent essentiellement chez les populations immigrées des pays où les MSF sont pratiquées. De nombreuses régions sont concernées [5].

## **Annexe 4 : Justifications**

Les MSF sont le reflet d'une inégalité entre les sexes et font partie des moyens par lequel le pouvoir patriarcal a cherché à s'imposer aux femmes dans de nombreuses sociétés. Le maintien de la pratique est sous-tendu par un ensemble de croyances culturelles, religieuses et sociales. Les raisons invoquées par les groupes qui perpétuent l'excision varient selon la région, l'ethnie ou la communauté et peuvent se cumuler.

### **Poids des normes sociales**

Les MSF sont perçues comme une étape nécessaire dans la bonne éducation d'une fille, une façon de la protéger et, dans de nombreux cas, de lui permettre de se marier. Dans une communauté ou quasiment toutes les filles mariées sont mutilées, les communautés pensent que, pour pouvoir également marier leurs filles, il faut les « couper ». Cela leur permettra d'obtenir une certaine sécurité sociale et économique, dans le sens où leurs filles pourront faire un « bon » mariage. A l'inverse, si les familles n'excisent pas leurs filles, celles-ci auront du mal voire ne pourront pas se marier, et risqueront ainsi d'être marginalisées. L'excision apparaît alors comme une véritable norme sociale [18].

### **Arguments religieux et rôle des croyances**

Certaines communautés considèrent la pratique des MSF comme un devoir religieux qui rend la fille spirituellement « pure ». La religion est ainsi souvent invoquée comme justification des MSF. Certains pensent que le clitoris peut grandir et se développer jusqu'à atteindre la dimension d'un pénis, d'autre encore pensent que le clitoris est dangereux lors des rapports sexuels ou de l'accouchement, ou bien encore qu'un sexe mutilé est plus hygiénique qu'un sexe non coupé. De la même manière, certaines communautés pensent que toute personne naît avec des attributs féminins et masculins. Le prépuce serait chez l'homme un attribut féminin qu'il faudrait enlever via la circoncision, et le clitoris serait chez la femme un élément masculin qu'il faudrait donc enlever par l'intermédiaire des MSF [18][19].

### **Arguments culturels**

Les MSF sont perçues comme un « rite initiatique » de passage à l'âge adulte. Couper ses filles permet dès lors de maintenir une identité culturelle, et cette notion joue notamment un rôle important en contexte migratoire, puisque certaines familles, loin du pays, perpétuent la pratique des MSF pour transmettre à leurs filles valeurs et identités culturelles [18][19][20].

### **Théories psycho-sexuelles**

Les MSF s'inscrivent dans le cadre du contrôle de la sexualité et du maintien de la domination masculine dans les sociétés patriarcales. Le clitoris étant une zone érogène primaire sans autres fonctions que celle de procurer aux femmes excitation et plaisir sexuel, il est perçu comme dangereux dans certaines sociétés. La femme non mutilée est considérée comme hypersexuelle, infidèle, et la pratique des MSF permettrait d'une part de conserver la chasteté jusqu'au mariage, et d'autre part de prévenir l'infidélité une fois la femme mariée. Pour rappel, l'excision a été pratiquée en Europe jusqu'au 18e siècle, dans le traitement de l'hystérie et de la nymphomanie [18][19][20][2].

## **Annexe 5 : Complications**

La survenue de complications dépend de l'importance de l'excision, de l'habileté de l'opérateur et de la propreté des instruments utilisés [1][2][5][21][22].

### **A court terme**

Pratiquée souvent sans anesthésie, la mutilation d'un organe aussi richement innervé provoque une douleur si intense qu'elle peut parfois provoquer un choc neurogénique. Les organes génitaux étant richement vascularisés, une MSF peut provoquer une hémorragie par section de l'artère clitoridienne, pouvant entraîner par suite une anémie, voire un décès.

On observe parfois des lésions des organes de voisinage à type de fistules (urètre, vagin, rectum, périnée), liés aux mouvements de la fillette. Uriner peut s'avérer difficile, du fait des œdèmes et tuméfactions. Par ailleurs, l'émission d'urine sur la plaie occasionne d'importantes brûlures, pouvant mener à une rétention urinaire réflexe. Parfois, une mutilation de type II peut devenir, au moment de la cicatrisation et en raison de l'adhérence non intentionnelle des lèvres, une mutilation de type III.

Enfin, les mutilations s'effectuant souvent dans des conditions d'hygiène précaires, le risque d'infection est important. Ce risque est majoré par l'immobilisation prolongée de la fillette. Elles peuvent s'étendre à la partie haute de l'appareil urinaire, pouvant provoquer une septicémie.

Il ne faut pas négliger le risque de transmission du VIH, de l'Hépatite C et du Tétanos.

### **A long terme**

Aux mutilations sexuelles peuvent faire suite un névrome cicatriciel, des cicatrices chéloïdes, dans la région clitoridienne ou vulvaire, et, dans le cas des mutilations de type 3, un hémato-colpos.

Une diminution voire une perte de la sensibilité des organes génitaux peut être observée, alors source d'insatisfaction lors des rapports sexuels. Ces complications peuvent être responsables de dyspareunies, dysménorrhées, vulvodynies.

Les mutilations sexuelles peuvent être vécues comme un traumatisme grave dans le subconscient, facteur de troubles comportementaux, plaintes somatiques, dépression, angoisse post-traumatique.

Les infections génitales sont fréquentes. Mal soignées, ces infections peuvent devenir hautes et être responsables d'une infertilité. Les infections urinaires à répétition, des troubles de la miction ainsi qu'une incontinence urinaire sont fréquemment retrouvés, notamment en cas d'infibulation.

### **Obstétricales**

Les complications obstétricales sont principalement liées aux infibulations.

#### **Pendant la grossesse**

Les infections génitales hautes favorisées par les MSF peuvent être source de grossesse extra utérine, de fausses couches précoces ou tardives. Les infections urinaires, favorisées par les MSF, peuvent être responsables de fausses couches précoces ou tardives, de MAP et de prématurité.

### **Pendant le travail**

La pose d'un spéculum, les toucher vaginaux ainsi que la réalisation de sondages sont des actes douloureux voire impossible, compliquant le suivi. La seconde partie du travail est souvent prolongée. Enfin, l'état psychologique maternel est fragile, et l'angoisse de la douleur encore plus présente.

### **Pendant l'accouchement** [13]

Une étude réalisée par l'OMS en Afrique montre que les femmes ayant subies une MSF ont plus de chance de souffrir de complications lors de l'accouchement, et que leurs bébés ont également plus de risque de mourir. La gravité des complications augmente avec la sévérité de la mutilation. Ainsi, les femmes victimes de MSF de type 3 ont 30 % de risque en plus de subir une césarienne et 70 % de risque de faire une hémorragie de la délivrance par rapport aux femmes non mutilées. Dans cette étude, les nouveau-nés ont significativement plus besoin d'être réanimé (taux 66 % plus élevé chez les femmes ayant subi une infibulation). Le taux de mortalité néonatale pendant et immédiatement après l'accouchement est également beaucoup plus élevé, en particulier quand il s'agit d'un type 3.

Les déchirures obstétricales peuvent être plus sévères. Ces déchirures peuvent provoquer des fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales. Le recours à l'épisiotomie est plus important. Une des raisons expliquant ces complications obstétricales est l'inélasticité du tissu cicatriciel, ce qui entraîne une obstruction et une déchirure des tissus autour du vagin lors de l'accouchement.

### **Post-partum**

La patiente peut être amenée à découvrir une nouvelle anatomie (« je suis ouverte »). Cela peut entraîner la peur d'être rejetée par le conjoint, et favoriser un épisode dépressif. Les vulvodynies sont fréquentes.

## **Annexe 6 : Législation**

### **Quelles sanctions ?**

Ces pratiques sont pénalement condamnées en France et dans 24 des 29 pays d'Afrique et du Moyen-Orient où elles sont pratiquées [2][23].

En France, les MSF sont un crime et relèvent à ce titre de la cour d'assise. La loi protège tous les enfants qui vivent sur son territoire, quelle que soit leur nationalité. La loi s'applique également à une mutilation commise à l'étranger si :

- la victime est française
- la victime est étrangère mais réside en France.

L'auteur d'une mutilation et le responsable de l'enfant mutilé peuvent être poursuivis pour violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente. Celles-ci sont punies de 10 ans d'emprisonnement et de 150 000 € d'amende. Il existe des circonstances aggravantes : victime mineure, l'auteur est un parent légitime, la mutilation a entraîné la mort.

Le délai de prescription est de 20 ans.

### **Que faire si l'on a connaissance d'une menace d'excision ?**

Tout citoyen doit, s'il a connaissance d'une menace d'excision sur une fillette ou une adolescente en France ou à l'étranger, signaler aux autorités judiciaires ou administratives cette situation. Il s'agit d'une obligation, et ne pas le faire constitue une infraction pour non-assistance à personne en danger, punie par l'article 223-6 du code pénal.

Pour les professionnels de santé, la levée du secret professionnel dans les cas de MSF sur une personne mineure ou qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son incapacité physique ou psychique est prévue par le code pénal.

Il faut appeler soit :

- le procureur de la République ou le juge des enfants du tribunal de grande instance du lieu de résidence.
- les services sociaux et médico-sociaux, notamment l'aide sociale à l'enfance et le service départemental de protection maternelle et infantile (PMI).

## **Annexe 7 : Diagnostic et prise en charge**

Il est conseillé de faire préciser à la femme, lors de la consultation, son pays d'origine. Un examen doux et minutieux de la région vulvaire doit être fait, d'autant plus que la patiente est originaire d'un pays à risque.

Une fois le diagnostic posé, il est recommandé d'informer la patiente de sa mutilation. Il est préférable d'utiliser les termes « excisées » ou « coupée » plutôt que « mutilée ». On peut par exemple dire : « Madame, en vous examinant, j'ai constaté que vous étiez coupée. En aviez-vous connaissance? ». En effet, les patientes ne savent pas toujours qu'elles sont mutilées, et même dans le cas où la patiente en avait déjà connaissance, poser la question peut constituer une porte d'entrée à la discussion. Il est d'autant plus important d'informer la patiente de sa mutilation que l'on n'est pas certain de la revoir.

Par ailleurs il faut demander dans quelles conditions la mutilation a été réalisée. Si la mutilation a été réalisée dans des conditions d'hygiène précaires, il est important de penser à prescrire les sérologies nécessaires.

Les complications gynécologiques, obstétricales, médicales, psychologiques et sexuelles doivent être recherchées et expliquées, et un accompagnement médical, psychologique voire chirurgical proposé.

S'il s'agit d'une consultation pré-natale et que l'enfant à naître est une fille, un dialogue doit être engagé sur ses intentions concernant une éventuelle mutilation. Les conséquences de l'excision doivent être expliquées et l'interdit légal posé. La vigilance doit à ce titre être accrue en cas de préparatifs de voyage dans le pays d'origine. La liaison avec les équipes de protection infantile doit si nécessaire être organisée.

Si une mutilation est constatée sur une mineure, la sage-femme doit transmettre une information préoccupante à la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP).

Si une information susceptible de laisser craindre qu'une enfant va peut-être être mutilée est recueillie, la situation nécessite une protection judiciaire sans délai : il faut 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 le risque existe mais n'est pas imminent, il faut informer sans délai la CRIP. Celle-ci réalisera une évaluation de la situation puis prendra une décision (classement sans suite, protection administrative ou saisine du parquet).. Il est également possible d'en informer directement le Procureur de la République du tribunal de grande instance du lieu de résidence habituel du mineur [2] [21] [24].

## **Annexe 8 : Contacts**

### **Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes**

Hôpital Couple Enfant - Unité Transversale d'Accompagnement Périnatal  
Avenue Maquis du Grésivaudan, 38700 La Tronche  
Tél : 04 76 76 92 92

*L'Unité Transversale d'Accompagnement Périnatal (UTAP) est composée de sages-femmes coordonnées par un médecin psychiatre, et permet la prise en charge des femmes et des couples rencontrant une difficulté psychique lors de la grossesse et de l'accouchement.*

### **Association GAMS Rhône-Alpes**

292 rue Vendôme  
69003 Lyon  
Tél : 04 72 61 13 11  
Courriel : [gamsrhonalpes@gmail.com](mailto:gamsrhonalpes@gmail.com)  
Site : <http://federatongams.org/>

*La Fédération nationale GAMS (Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles, des Mariages Forcés et autres pratiques traditionnelles néfastes à la santé des femmes et des enfants) s'engage dans la lutte contre toutes les formes de violences faites aux femmes et aux filles et plus particulièrement les MSF, les mariages forcés et/ou précoces.  
Le GAMS informe, soutient et accompagne les patientes victimes de MSF ou menacées de l'être. Par ailleurs, le GAMS propose aux professionnels de santé des formations sur les MSF.*

### **Gynécologie Sans Frontière**

2, boulevard de Launay  
44100 Nantes  
Tel : 09 81 05 52 24 / 09 81 79 31 04  
Courriel : [admin.gynsf@gmail.com](mailto:admin.gynsf@gmail.com)  
Site : <http://www.gynsf.org>

*Gynécologie Sans Frontières est une association constituée de médecins gynécologues, obstétriciens, et de sages femmes s'impliquant dans l'amélioration de la santé des femmes dans le monde. Elle s'investit notamment dans la formation des professionnels de santé sur le sujet des MSF. Un certain nombre de ressources sont en ligne sur son site internet.*

### **Mouvement Français pour le Planning familial**

30 Boulevard Gambetta  
38000 Grenoble  
Tél : 04 76 87 94 61  
Courriel : [secretariat@leplanningfamilial38.org](mailto:secretariat@leplanningfamilial38.org)  
Site : <http://isere.planning-familial.org>

*Le MFPPF accueille et informe le public sur les questions de sexualité et de santé reproductive.*

### **CAMS (Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles)**

6, place Saint Germain des Prés  
75006 Paris  
Tél : 01 45 49 04 00  
Courriel : [contact@cams-fgm.com](mailto:contact@cams-fgm.com)  
Site : <http://www.cams-fgm.net>

*En plus de la formation des professionnels de santé sur les MSF, la CAMS mène son action sur le terrain judiciaire. Elle peut se porter partie civile en France lorsque des cas de mutilations sexuelles sont connus.*