



HAL
open science

Les sages-femmes faces aux mutilations génitales féminines : évaluation des connaissances, des croyances et des pratiques en vue d'une proposition d'évolution de la prévention et de la prise en charge Enquête prospective auprès de 118 sages-femmes de Marseille

July Grebot

► **To cite this version:**

July Grebot. Les sages-femmes faces aux mutilations génitales féminines : évaluation des connaissances, des croyances et des pratiques en vue d'une proposition d'évolution de la prévention et de la prise en charge Enquête prospective auprès de 118 sages-femmes de Marseille. Gynécologie et obstétrique. 2017. dumas-01634576

HAL Id: dumas-01634576

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01634576v1>

Submitted on 14 Nov 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.

**Les sages-femmes faces aux mutilations génitales
féminines : évaluation des connaissances, des croyances
et des pratiques en vue d'une proposition d'évolution
de la prévention et de la prise en charge**

Enquête prospective auprès de 118 sages-femmes de Marseille

GREBOT July

Née le 21 Août 1993 à Aix-en-Provence

**Mémoire présenté et publiquement soutenu
pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme**

Année universitaire 2016-2017

Membres du jury :

- **Directrice de mémoire : Boissier Estelle, Sage-femme enseignante**
- Cécile Nina, Sage-femme enseignante
- Mohamed Djili, Sage-femme

Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée

Université Aix Marseille

**Les sages-femmes faces aux mutilations génitales
féminines : évaluation des connaissances, des croyances et
des pratiques en vue d'une proposition d'évolution de la
prévention et de la prise en charge**

Enquête prospective auprès de 118 sages-femmes de Marseille

GREBOT July

21/08/1993 à Aix-en-Provence

Mémoire présenté et publiquement soutenu

pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-Femme

Année universitaire 2016-2017

Validation 1^{ère} session 2017 : **oui** **non**

Mention : Félicitations du Jury

Très bien

Bien

Assez bien

Passable

Validation 2^{ème} session 2017 : **oui** **non**

**Les sages-femmes faces aux mutilations génitales
féminines : évaluation des connaissances, des
croyances et des pratiques en vue d'une proposition
d'évolution de la prévention et de la prise en charge**

Enquête prospective auprès de 118 sages-femmes de Marseille

Remerciements

Pour la réalisation de ce mémoire, je tiens à remercier,

Tout d'abord Estelle Boissier, qui a dirigé ce mémoire et est restée incessamment disponible, et Cécile Nina pour ses conseils précieux.

Frédérique Chopin, ma personne ressource, très présente et intéressée.

Toutes les sages-femmes de Marseille ayant participé à l'étude.

Margaux Rousset, d'une aide précieuse lorsque j'ai rencontré des difficultés.

Stella Lepetit, d'une écoute attentive et infaillible ces dernières années.

Mes proches et ma famille pour leur soutien et leur participation aux nombreuses relectures.

Sommaire

I/ Introduction à l'étude	8
II/ Matériels et méthode	12
1) Population étudiée.....	12
2) Variables à mesurer.....	13
3) Recueil de données.....	14
III/ Résultats.....	15
1) Caractéristiques de la population générale	15
2) Evaluation des connaissances des sages-femmes sur les mutilations génitales féminines	17
IV/ Analyse et discussion.....	30
1) Biais et limites.....	30
2) Analyse de la connaissance des sages-femmes sur les mutilations génitales féminines	31
3) Analyse de la prise en charge.....	37
4) Législation encadrant les mutilations génitales féminines	41
5) Discussion et propositions	48
V/ Conclusion	50
VI/ Références bibliographiques.....	51
VII/ Sommaire des annexes	56
Résumé	74

I/ Introduction à l'étude

Les mutilations génitales féminines sont définies selon l'OMS comme étant « toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre mutilation des organes génitaux féminins pratiquées à des fins non thérapeutiques » (OMS, UNICEF, UNFPA, 1997). {1}

Ces mutilations sont classées en quatre types {2 ; 3 ; 4 ; 5 ; 6} :

- **Type I** : clitoridectomie qui est l'ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce.
- **Type II** : l'excision qui est l'ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres.
- **Type III** : l'infibulation qui est un 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. Cette pratique laisse place à une cicatrice dure, qu'il faut ensuite inciser au moment du mariage ou de l'accouchement. Ce type de mutilation est plus rare et surtout pratiqué en Afrique de l'Est (Somalie, Erythrée...). {1, 7}
- **Type IV** : Toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, telles que des piqûres ou des perforations du clitoris ; étirement du clitoris et/ou des grandes lèvres ; cautérisation par brûlure du clitoris ; incision du vagin ; introduction de substances corrosives dans le vagin pour resserrer ou rétrécir celui-ci.

Dans le monde, environ 200 millions de femmes et fillettes sont mutilées dont 125 millions essentiellement en Afrique, au Yémen et en Irak. {1 ; 8} ; (Annexe 1)

En Afrique, ces mutilations génitales concernent une femme sur trois, mais dans certains pays, presque la totalité des femmes ou fillettes en sont victimes. Par exemple en Somalie, pas moins de 98% de la population féminine est touchée et 87% en Egypte.

Par ailleurs, cette prévalence inclut depuis peu les mutilations génitales féminines réalisées en Indonésie, en Malaisie et par certaines sectes en Inde et au Pakistan {8, 9}. En Indonésie par exemple, c'est environ 75 à 100% de la population féminine qui est mutilée.

L'Unicef estime que ces pratiques sont de moins en moins courantes dans beaucoup de territoires Africains mais restent cependant très élevées dans certains pays comme la Guinée, la Somalie ou le Yémen. En Indonésie, en Malaisie et en Inde, l'absence de législation tend à placer ces territoires parmi ceux où le nombre de mutilations est en augmentation.

En France, selon l'Observatoire National des violences faites aux femmes, on dénombre environ 53 000 victimes, qu'elles soient immigrées ou nées en France.

Les Bouches-du-Rhône est le deuxième département ayant la plus forte prévalence, derrière l'Ile-de-France. {8 ; 10}

Ces mutilations génitales font partie des coutumes des peuples qui les pratiquent. Les raisons invoquées sont diverses, les principales étant {3 ; 4 ; 5 ; 6, 9, 11, 12, 13} :

- Les raisons religieuses : cette pratique est souvent associée à une prescription coranique mais ces mutilations génitales féminines existaient bien avant l'apparition des différentes religions. Il n'est en aucun endroit mentionné dans le Coran l'obligation de « couper » les femmes et fillettes. De plus, cet usage n'existe pas chez les maghrébins par exemple, ou les Wolofs au Sénégal, mais existe dans des populations catholiques, protestantes, animistes et athées.
- Les raisons hygiéniques et esthétiques : de nombreuses croyances existent autour du clitoris. Qu'il grandirait jusqu'à atteindre la taille d'un pénis s'il n'est pas coupé, qu'il sent mauvais, qu'il est sale, qu'il est dangereux pour le pénis de l'homme lors des rapports sexuels ou pour l'enfant lors de l'accouchement. Enfin, certaines cultures trouvent les femmes plus belles et désirables lorsqu'elles sont excisées ou infibulées.
- La perpétuation de la tradition : la mutilation génitale indique l'appartenance d'une femme à une communauté. « Nos ancêtres le faisaient, nous devons continuer à le faire... », cette idée pousse encore beaucoup de femmes à mutiler leurs filles bien que conscientes des risques, afin que celles-ci soient « bonnes à marier ».
- Les raisons sexuelles : le clitoris est une zone particulièrement érogène et permet d'entraîner excitation et plaisir chez la femme. Il est donc soupçonné de pousser les

femmes à ne pas savoir « se tenir » c'est-à-dire à avoir des rapports sexuels et des grossesses hors mariage, à être infidèle ou prendre part de manière trop active et impliquée dans leur vie sexuelle.

- Les raisons médicales : en Europe, des femmes étaient mutilées pour des raisons médicales jusqu'à la seconde guerre mondiale ; clitoridectomie ou cautérisation au fer rouge du clitoris pour celles qui étaient jugées nymphomanes ou pour des jeunes filles qui se masturbaient.
- Etc...

Mais ces mutilations génitales féminines peuvent entraîner de graves conséquences {1}:

- A court terme : douleurs aiguës, rétention d'urine, transmission du VIH, hémorragie, infections...
- A long terme : dysménorrhées, cystites chroniques, insuffisances rénales, kystes épidermoïdes...
- Conséquences obstétricales et fœtales {14}: augmentation des déchirures périnéales, du nombre de césariennes, de la durée des efforts expulsifs, de l'hypoxie fœtale voire du décès per-partum...

Selon la législation, ces mutilations sont interdites en France et sanctionnées par le code pénal au titre {15 ; 16 ; 17} :

- de violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente, infraction punie de dix ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende (art. 222-9 du code pénal). Les peines encourues, lorsque l'infraction est commise à l'encontre d'une mineure de quinze ans, sont de quinze ans de réclusion criminelle (art. 222-10, premier alinéa, du code pénal) ou de vingt ans si l'infraction est commise par un ascendant ou toute personne ayant autorité sur la mineure (art. 222-10, avant-dernier alinéa, du code pénal).
- de violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner, infraction punie de quinze ans de réclusion criminelle (art. 222-7 du code pénal), ou de vingt ans de réclusion criminelle lorsqu'elle concerne une mineure de quinze ans (art. 222-8, premier alinéa, du code pénal) ou de trente ans si elle est commise par un ascendant ou toute personne ayant autorité sur cette mineure (art. 222-8, dernier article, du code pénal) ;

- de torture ou actes de barbarie punis de quinze ans de réclusion criminelle (art. 222-1 du code pénal), ou de vingt ans s'ils sont commis sur une mineure de quinze ans ou une personne particulièrement vulnérable en raison notamment de son âge (art. 222-3, deuxième alinéa, du code pénal).

Il est à noter que la levée du secret médical est possible dans certaines conditions. Les professionnels de santé, ainsi que tout autre individu, ont l'obligation d'intervenir en cas de risque imminent de mutilation. {8}

En Afrique, les mutilations génitales féminines sont également illégales dans 24 des 29 pays où ces mutilations sont pratiquées comme par exemple en Egypte, au Bénin et en Somalie, mais beaucoup sont encore réalisées dans des communautés reculées et donc rarement punies. {8}

Les sages-femmes font donc partie des professionnels de santé confrontés en première ligne à ces femmes victimes de mutilations génitales. Il est par conséquent intéressant de savoir en quoi l'état des connaissances des sages-femmes influence la qualité de la prise en charge des patientes ?

Afin de répondre à cette question, nous allons identifier l'état des connaissances des sages-femmes sur les mutilations génitales féminines, la législation et la conduite à tenir qu'elles doivent mettre en place durant la grossesse et/ou l'accouchement.

II/ Matériels et méthode

L'objectif de l'étude a été d'identifier l'état des connaissances des sages-femmes de Marseille sur les mutilations génitales féminines, la législation et la conduite à tenir qu'elles doivent mettre en place durant la grossesse et/ou l'accouchement.

1) Population étudiée

Afin de répondre à cet objectif, l'étude menée a été prospective et a concerné l'ensemble des sages-femmes hospitalières, libérales et exerçant en PMI, de la ville de Marseille.

Des questionnaires (annexe 2) ont été distribués dans les services de consultations, de salles d'accouchement, de grossesses à risques et de suites de couches dans les maternités des hôpitaux Nord, la Conception, Saint Joseph, Bouchard et Beauregard après avoir eu l'accord de chacune des cadres.

Des questionnaires en ligne ont également été envoyés aux sages-femmes libérales de Marseille qui ont été recensées à l'aide du site du conseil de l'Ordre des sages-femmes et du site de l'assurance maladie « Ameli.fr ». Ces sages-femmes ont été contactées par appel téléphonique afin de récupérer leurs adresses mail permettant de leur envoyer le lien internet du sondage en ligne. Pour les sages-femmes n'ayant pas répondu au téléphone, un message leur a été laissé pour récupérer leurs adresses mail.

Enfin, les sages-femmes exerçant dans les PMI de Marseille ont également été contactées, leurs coordonnées ont été récupérées en appelant directement les PMI.

La sélection de la population étudiée s'est faite selon plusieurs critères :

- critères d'inclusion : l'ensemble des sages-femmes exerçant dans les maternités des hôpitaux Nord, la Conception, Saint Joseph, Bouchard, Beauregard, les sages-femmes libérales et de PMI de Marseille
- critères de non inclusion : aucun critère de non inclusion n'a été retenu
- critères d'exclusion : les questionnaires qui n'ont pas été remplis en entier ont été exclus

2) Variables à mesurer

Ce questionnaire comporte 30 questions, avec des questions fermées, des questions semi-ouvertes, des questions à choix multiples et quelques questions ouvertes.

Dans une première partie, nous avons souhaité connaître l'identité de la sage-femme par le biais de questions portant sur :

- le sexe
- le lieu d'études
- l'année d'obtention du diplôme d'état de sage-femme
- les autres études dans le domaine de la santé
- le(s) département(s) d'exercice de la profession de sage-femme
- l'expérience en humanitaire
- la formation sur les mutilations génitales féminines
- le(s) secteur(s) d'exercice majoritaire(s)

Dans la deuxième partie, leurs connaissances faces aux mutilations génitales féminines ont été évaluées :

- classement des pays étrangers ayant les plus fortes prévalences
- départements ou régions françaises ayant les plus fortes prévalences
- populations à risque
- facteurs de risque
- définition de l'OMS
- recommandations lors de l'accouchement
- complications à long terme

Enfin, la troisième partie évalue leurs savoirs concernant la législation et la prise en charge de la sage-femme confrontée à une patiente victime de mutilation génitale :

- antécédent de diagnostic et prise en charge effectuée
- difficultés rencontrées
- prise en charge supposée de la sage-femme
- situations d'application de la loi
- sanctions par le code pénal
- levée du secret médical

- associations luttant contre les mutilations génitales féminines

Pour conclure, il a été demandé aux sages-femmes de prodiguer des propositions quant à l'amélioration de leur formation concernant les mutilations génitales féminines.

3) Recueil de données

Les questionnaires dans les maternités ont été distribués le 5 juillet 2016. Les questionnaires remplis ont été récupérés toutes les semaines, des questionnaires vierges supplémentaires ont été déposés dans les services si besoin. La totalité des questionnaires en maternité a été récupérée le 25 août 2016.

220 questionnaires ont été distribués dans les maternités des hôpitaux Nord, la Conception, St Joseph, Bouchard et Beauregard. 107 questionnaires remplis ont été récupérés ce qui représente 48,6% questionnaires remplis en maternité.

Les questionnaires en ligne ont été envoyés entre le 15 juillet et le 29 août 2016. Le sondage en ligne a été clôturé le 10 septembre 2016.

40 questionnaires ont été envoyés en ligne, 21 sages-femmes y ont répondu, ce qui fait 52,5% de réponses.

Au total, 260 questionnaires ont été distribués, 128 questionnaires ont été remplis (soit 49,2%) et 10 questionnaires ont été exclus (soit 118 questionnaires exploitables).

Les données recueillies ont été dans un premier temps retranscrites dans un tableau Excel « variable/individu ».

L'analyse statistique des données a ensuite été effectuée grâce au logiciel Sofastat.

III/ Résultats

1) Caractéristiques de la population générale

La figure 1 représente la part de chaque terrain d'étude parmi la totalité des questionnaires recueillis.

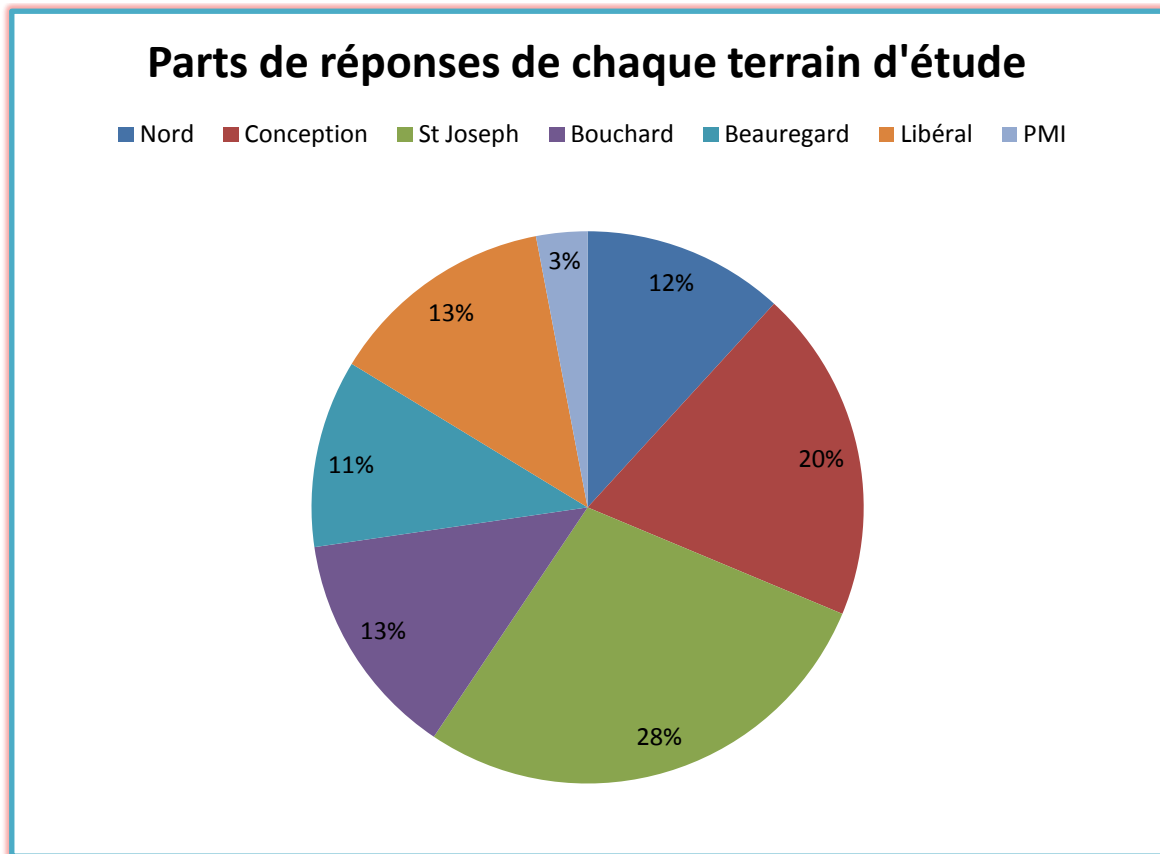


Figure 1 : Parts de réponses de chaque terrain d'étude

118 sages-femmes ont été incluses dans l'étude (N=118).

Le tableau 1 résume les caractéristiques de la population générale.

	N	%
Sexe		
Féminin	112	94,9
Masculin	6	5,1
Ancienneté du diplôme		
< 2005	38	32,2
≥ 2005	80	67,8
Humanitaire		
OUI	12	10,2
NON	106	89,8
Formations sur les MGF		
FI	63	53,4
FC	8	6,8
FI + FC	3	2,5
Jamais	44	37,3

Tableau 1 : Caractéristiques générales de la population étudiée ; N= 118

65,3% des sages-femmes interrogées ont fait leurs études à Marseille, les autres lieux d'études sont très divers avec une très légère prédominance pour Montpellier (6,8%) et Nîmes (4,2%).

Les sages-femmes diplômées avant puis après 2005 ont été différenciées, date à laquelle l'enseignement sur les mutilations, lors de la formation initiale, a été instauré. La majorité des sages-femmes interrogées ont obtenu leur diplôme après la mise en place de ce cours théorique (67,8%).

12 sages-femmes déclarent s'être engagées dans l'humanitaire. La destination la plus citée reste l'Afrique (Burkina Faso, Cameroun, Ethiopie ...).

Les secteurs d'activités prédominants des sages-femmes dans leur exercice professionnel ont été appréciés {Figure 2}.

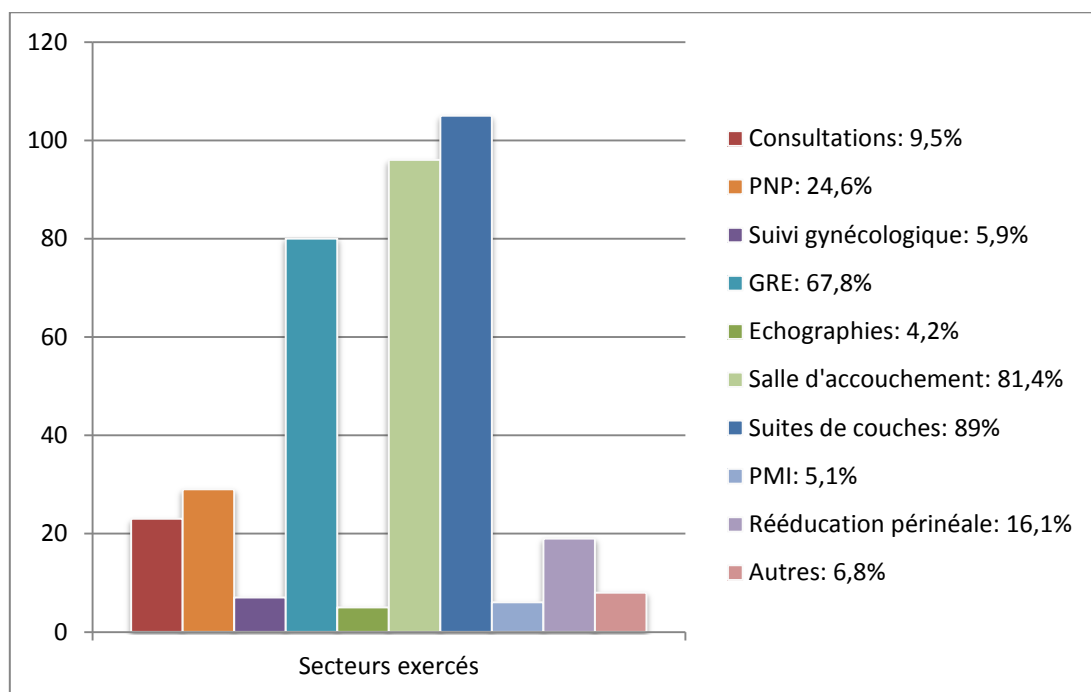


Figure 2 : Secteurs d'activité prédominants

Les sages-femmes de cette enquête exercent majoritairement en suites de couches et en salle d'accouchement.

Les autres activités citées (6,8%) et non représentées dans ce diagramme sont la PMA et l'activité libérale en général (consultations à domicile...).

2) Evaluation des connaissances des sages-femmes sur les mutilations génitales féminines

Les professionnels interrogés ont classé par ordre croissant les pays (Somalie, Bénin, Egypte, Yémen, Indonésie, Niger) ayant la plus forte prévalence de mutilations. 111 sages-femmes ont répondu à cette question, aucune sage-femme n'a eu 5 bonnes réponses.

		Freq	Col %
Bénin	1.0	5	4.2%
	2.0	14	11.9%
	3.0	24	20.3%
	4.0	33	28.0%
	5.0	22	18.6%
	6.0	13	11.0%
	NR	7	5.9%
Égypte	1.0	28	23.7%
	2.0	34	28.8%
	3.0	14	11.9%
	4.0	6	5.1%
	5.0	13	11.0%
	6.0	16	13.6%
	NR	7	5.9%
Indonésie	1.0	58	49.2%
	2.0	23	19.5%
	3.0	11	9.3%
	4.0	9	7.6%
	5.0	5	4.2%
	6.0	5	4.2%
	NR	7	5.9%
Niger	1.0	9	7.6%
	2.0	12	10.2%
	3.0	22	18.6%
	4.0	19	16.1%
	5.0	30	25.4%
	6.0	19	16.1%
	NR	7	5.9%
Somalie	1.0	8	6.8%
	2.0	7	5.9%
	3.0	15	12.7%
	4.0	29	24.6%
	5.0	16	13.6%
	6.0	36	30.5%
	NR	7	5.9%
Yémen	1.0	4	3.4%
	2.0	21	17.8%
	3.0	25	21.2%
	4.0	14	11.9%
	5.0	25	21.2%
	6.0	22	18.6%
	NR	7	5.9%

Tableau 2 : Classification des pays étrangers par ordre croissant en fonction de leur prévalence

32,4% des sages-femmes ayant répondu classent la Somalie comme le pays comptant le plus de femmes mutilées et 7,2% comme celui où il y en a le moins.

L'Égypte est classée par 14,4% des sages-femmes comme le pays ayant la plus forte prévalence de mutilations et par 25,2% des sages-femmes comme celui en ayant le moins, mais également par 30,6% comme étant le deuxième pays où il y en a le moins.

4,5% des réponses ont situé l'Indonésie comme le pays ayant la plus forte prévalence de mutilations, 52,3% comme celui en ayant le moins et 20,7% comme le deuxième pays en dénombant le moins.

Concernant le Yémen, 20% des sages-femmes le classe comme le premier pays en comptant le plus et 3,6% comme le pays en comptant le moins. 19% des réponses le classent comme le cinquième pays en comptant le plus et 22,5% comme le quatrième pays en comptant le plus.

Le Bénin est classé par 11,7% des sages-femmes comme étant le pays ayant la plus forte prévalence de mutilations génitales féminines, et 4,5% des sages-femmes le considèrent comme le dernier en terme de prévalence. La majorité le classe comme le troisième ou le quatrième en comptant le plus, respectivement 30% et 21,6%.

Enfin le Niger est le pays logeant le plus de femmes victimes de mutilations génitales pour 17,1% des sages-femmes et pays en logeant le moins pour 8,1% des sages-femmes. Pour la majorité d'entre elles, soit 27%, le Niger est le deuxième pays comptant le plus de mutilations génitales.

Les sages-femmes ont par la suite classé les régions ou départements français logeant le plus de femmes et fillettes atteintes de mutilations génitales féminines. 113 sages-femmes ont répondu à cette question. 3 sages-femmes ont eu les 3 réponses justes.

		Freq	Col %
Bdr	0.0	14	11.9%
	1.0	99	83.9%
	NR	5	4.2%
Eure	0.0	106	89.8%
	1.0	7	5.9%
	NR	5	4.2%
Idfrance	0.0	9	7.6%
	1.0	104	88.1%
	NR	5	4.2%
Npdcalais	0.0	54	45.8%
	1.0	59	50.0%
	NR	5	4.2%
Oise	0.0	84	71.2%
	1.0	29	24.6%
	NR	5	4.2%
Seine_Mar	0.0	72	61.0%
	1.0	41	34.7%
	NR	5	4.2%

*Tableau 3 : Régions et départements
logeant le plus de femmes mutilées*

Les résultats montrent que :

- 92% des sages-femmes estiment que l’Ile-de-France fait partie de ce classement
- 87,6% des sages-femmes estiment que les Bouches-du-Rhône font partie de ce classement
- 52,2% des sages-femmes estiment que le Nord-Pas-De-Calais fait partie de ce classement
- 36,3% des sages femmes estiment que la Seine Maritime fait partie de ce classement
- 25,7% des sages-femmes estiment que l’Oise fait partie de ce classement
- 6,2% des sages-femmes estiment que l’Eure fait partie de ce classement

Ensuite, pour 91,5% des sages-femmes, les femmes et fillettes africaines sont les plus à risque de subir une mutilation génitale féminine. 5,1% ne savent pas et 3,4% des sages-femmes pensent que la population africaine n’est pas la plus à risque.

Concernant le lien entre l’Islam et les mutilations génitales féminines (n=115), 8,7% des sages-femmes ayant répondu pensent que l’Islam est la seule religion dans laquelle sont pratiquées ces mutilations et 16,5% ne savent pas. Par contre, 75% des sages-femmes affirment que cela est faux.

49,2% des sages-femmes interrogées pensent qu'il existe bien 4 types de mutilations génitales féminines selon l'OMS, et 46,6% ont répondu qu'elles ne savaient pas.

Ensuite, 23,7% des sages-femmes pensent que les infibulations sont les mutilations les plus répandues (28% ne savent pas et 48,3% répondent « non »).

Concernant la conduite à tenir lors de l'accouchement, l'avis de 115 sages-femmes a été recueilli.

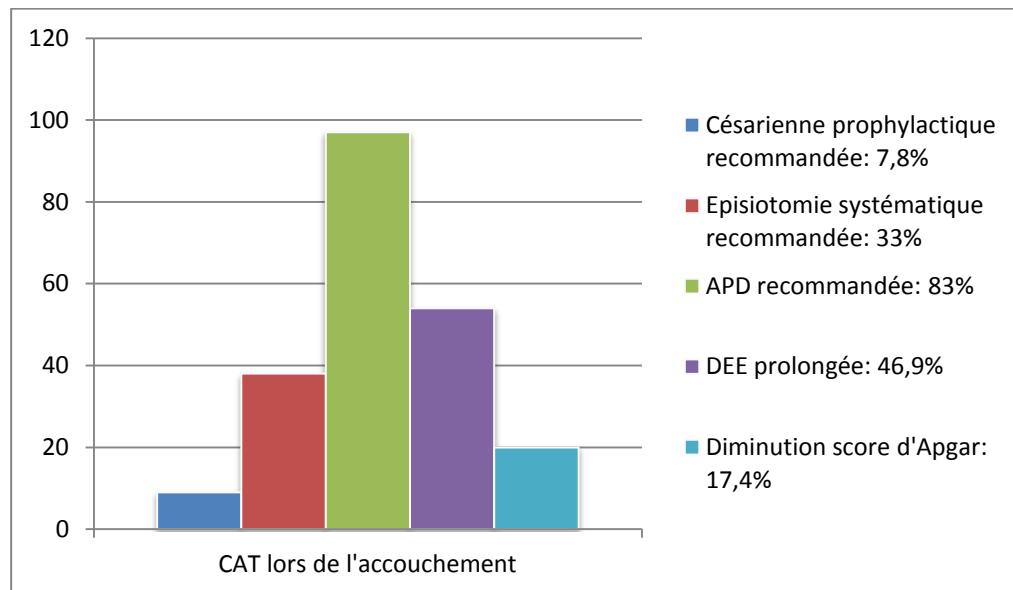


Figure 3 : Conduite à tenir lors de l'accouchement

A propos de la césarienne prophylactique, presque 8% des sages-femmes pensent que celle-ci est recommandée quel que soit le type de mutilation, contre 92% pensant le contraire.

L'épisiotomie systématique quel que soit le type de mutilation serait préconisée pour 33% des professionnelles (contre 67%).

La pose d'une analgésie péridurale serait fortement recommandée pour 84% des réponses.

47% des sages-femmes ayant répondu à cette question estiment que la durée d'expulsion est significativement prolongée chez une patiente atteinte de mutilation génitale, quel qu'en soit son type.

Enfin, pour un peu plus 17% des sages-femmes, les scores d'Apgar des nouveau-nés de mères mutilées sont inférieurs à ceux des nouveau-nés de mères non mutilées.

3 sages-femmes ont eu la totalité des réponses justes soit 2,6%.

Concernant les complications à long terme, 115 sages-femmes ont répondu à cet item.

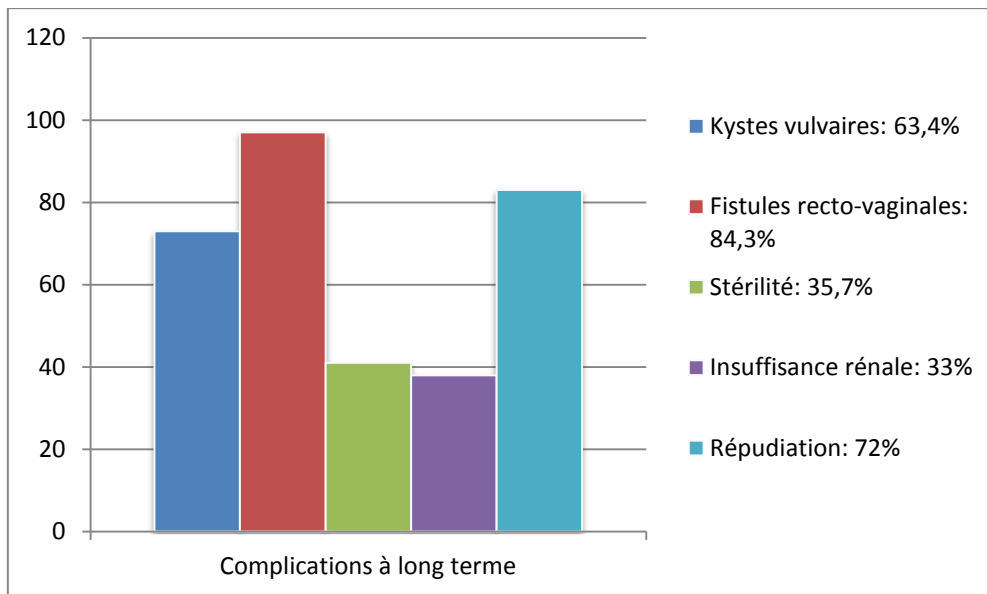


Figure 4 : Complications des mutilations génitales à long terme

Les kystes vulvaires font partie des complications à long terme pour 63,4% des réponses.

Les fistules urinaires sont des complications à long terme pour 84,3% des sages-femmes tout comme la stérilité pour 35,7% des sages-femmes.

Ensuite, 33% des réponses estiment l'insuffisance rénale comme faisant partie des complications à long terme des mutilations génitales.

Puis, 72 % des sages-femmes supposent que lorsqu'une femme est atteinte par les complications précédemment citées, celle-ci peut être répudiée par son entourage.

Au total, 15 sages-femmes (13%) ont donné la totalité des réponses correctes.

Les connaissances des sages-femmes concernant les prises en charge devant être mises en place lors d'un diagnostic de mutilation génitale ont été évaluées.

Tout d'abord, sur les 118 sages-femmes interrogées, une seule pense que la sage-femme n'a aucun rôle concernant la prise en charge d'une mutilation génitale féminine.

44,1% (52 sages-femmes) ont déjà fait le diagnostic de mutilation génitale féminine. Il leur a alors été demandé quelle avait été leur conduite à tenir. Les réponses recueillies les plus fréquentes sont réunies dans le tableau 4.

6 sages-femmes ont déclaré avoir fait un lien avec le GAMS (Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles) et 7 avec la PMI (Protection Maternelle et Infantile).

Une sage-femme a évoqué la possibilité d'une chirurgie réparatrice et 2 ont parlé de la législation française.

4 sages-femmes ne se sont pas prononcées quant à leur prise en charge.

Conduite à tenir	N
Prévenir la cadre de santé, lien avec psychologue, assistante sociale prévenue, préparation à la naissance renforcée, sexologue	6
Discussion avec la patiente, l'informer de sa mutilation, prévention accrue si naissance d'une fille	18
Accouchement normal, accouchement voie basse	4
Consultation avec un médecin spécialisé sur les mutilations génitales, lien avec centre spécialisé	4
Prévenir le médecin de garde	8
Episiotomie prophylactique	4
Expectative durant le travail, APD, puis surveillance accrue du périnée	2
Infibulation non recousue de la même manière c'est-à-dire sans refermer le vagin, le plus proche du naturel	1
Lien PMI	7
Lien avec l'association GAMS	6
Information sur la chirurgie réparatrice	1
Informations concernant la législation, les droits de la patiente	2
Orientation vers un gynécologue-obstétricien durant la grossesse	2
Rééducation du périnée : PEC identique mais attention particulière aux douleurs et gênes périnéales	1
Je ne sais plus	4

Tableau 4 : Conduites à tenir des sages-femmes ayant fait un diagnostic de mutilation génitale féminine

Sur les 52 sages-femmes ayant déjà fait un diagnostic de mutilation génitale féminine, 46 ont évoqué le sujet avec la patiente et 42 nous ont expliqué comment elles avaient fait.

La plupart des sages-femmes expliquent qu'elles l'ont fait le plus simplement possible, en posant directement la question à la patiente, parfois sans présence de la famille, avec écoute et empathie.

Deux sages-femmes nous expliquent que c'est la patiente elle-même qui a abordé le sujet, une seule nous explique qu'elle a été confrontée à un refus de la patiente d'en discuter.

Quelques témoignages ont été retranscrits :

« Je lui ai demandé de quel pays elle venait, à quel âge elle avait subi ça. J'ai tenté d'évaluer sa propre compréhension de cette mutilation et comme elle était curieuse, on a regardé ensemble une planche d'anatomie. Elle n'avait jamais vu de vulve "entière", et trouvait ça bizarre. Esthétiquement elle se préférait comme ça. Mais fonctionnellement, elle souffrait souvent de douleurs. Elle a décidé d'aller voir un spécialiste par la suite (chirurgie esthétique...) »

« Le plus naturellement possible. Je demande toujours avant l'examen aux femmes venant de pays où l'excision se pratique si elles en ont subi une. Si oui, on discute des conséquences éventuelles, de leur vécu. Si elles le souhaitent, on regarde ensemble leur vulve avec un miroir et/ou planche d'anatomie, puis rappel de la loi. Si elles se sentent bien, je les rassure, si gêne je les oriente vers des services assurant des réparations et vers la GAMS »

« J'ai vu en vous examinant que vous avez subi une mutilation, est ce bien ça? ... »

Concernant maintenant les 66 sages-femmes n'ayant jamais fait de diagnostic de mutilation génitale, plus de 81% déclarent qu'elles oseront en parler si elles sont un jour confrontées à cette situation et 19% ne savent pas. Aucune sage-femme déclare ne pas vouloir aborder le sujet avec la patiente.

13 sages-femmes n'ont pas expliqué quelle serait leur prise en charge face à une patiente victime de mutilation et 7 sages-femmes ont répondu qu'elles ne savaient pas.

A propos des autres réponses, quelques-unes d'entre elles ont été citées :

« Avis obstétricien pour choix voie d'accouchement, préparation à la naissance ++; consultation psychologue pour parler, déculpabiliser; association de soutien violences faites aux femmes »

« Etat des lieux de ce que la patiente sait de sa mutilation. Cadre législatif. Informations sur les conséquences pour l'accouchement. Si grossesse, avis gynécologue. Prévention ++ si naissance d'une petite fille »

« En raison de mon manque de connaissances sur le sujet, je demanderai un avis gynéco quant à la conduite à tenir pour l'accouchement »

« Lors des consultations où une réelle plage horaire est attribuée à la patiente, il me semble important d'en discuter avec elle, connaître les peurs, les angoisses, le choc psychologique et l'orienter vers associations, et psychologue, voire chirurgie gynécologique »

Selon les déclarations des sages-femmes, près de 12% sont déjà passées à côté d'un diagnostic de mutilation et 60% ne savent pas.

Les connaissances des sages-femmes concernant la législation française a ensuite été évaluée. Les réponses recueillies (n=118) attestent que 45,8% des sages-femmes pensent qu'une jeune fille peut se voir reconnaître la qualité de réfugiée en France en raison du risque d'être exposée à la pratique d'une mutilation génitale dans le pays dont elle a la nationalité, 44,9% des sages-femmes ne savent répondre à la question et 9,3% pensent que cette affirmation est fausse.

Par la suite, il a été intéressant de se pencher sur les conditions de poursuite d'une personne coupable de mutilation génitale féminine.

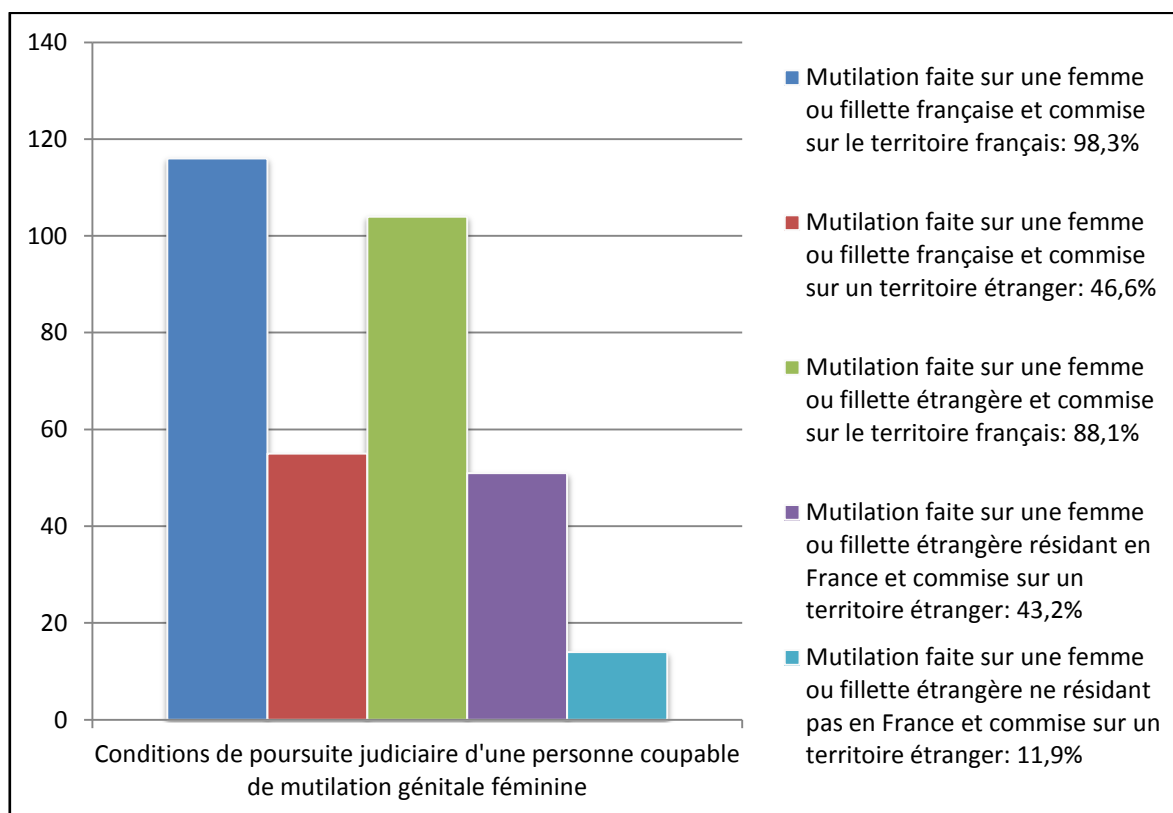


Figure 5 : Conditions de poursuite judiciaire d'une personne coupable de mutilation génitale féminine

116 sages-femmes ont répondu à cette question :

- Pour 100% des sages-femmes, un coupable peut être poursuivi si la mutilation faite sur une femme ou une fillette française a été commise sur le territoire français.
- Pour 47,4% des sages-femmes, un coupable peut être poursuivi si la mutilation faite sur une femme ou fillette française a été commise sur un territoire étranger
- Pour 89,7% des sages-femmes, un coupable peut être poursuivi si la mutilation faite sur une femme ou fillette étrangère a été commise sur le territoire français
- Pour 44% des sages-femmes, un coupable peut être poursuivi si la mutilation faite sur une femme ou fillette étrangère résidant habituellement en France a été commise sur un territoire étranger
- Pour 12% des sages-femmes, un coupable peut être poursuivi si la mutilation faite sur une femme ou fillette étrangère ne résidant pas en France a été commise sur un territoire étranger.

22 sages-femmes ont répondu correctement à la totalité de la question soit 19%.

Pour poursuivre, il a été suggéré aux sages-femmes de soumettre leur avis concernant les sanctions prévues par le code pénal à propos des « violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente ». 108 sages-femmes ont répondu à cette question, 12% ont coché la totalité des réponses correctes.

Selon le code pénal, les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente sont punies de :

- 5 ans d'emprisonnement et 10 000 euros d'amende pour 24% des sages-femmes
- 10 ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende pour 44,4% des sages-femmes
- 20 ans de réclusion criminelle et 150 000 euros d'amende si ces violences sont commises sur un(e) mineur(e) de moins de quinze ans par un ascendant pour 32,4% des sages-femmes
- 30 ans de réclusion criminelle et 200 000 euros d'amende si ces violences sont commises sur un(e) mineur(e) de moins de quinze ans par un ascendant pour 4,6% des sages-femmes

Enfin, pour 77,8% des réponses, des poursuites sont possibles pour non-assistance à personne en danger contre une personne ayant connaissance d'un risque de mutilation.

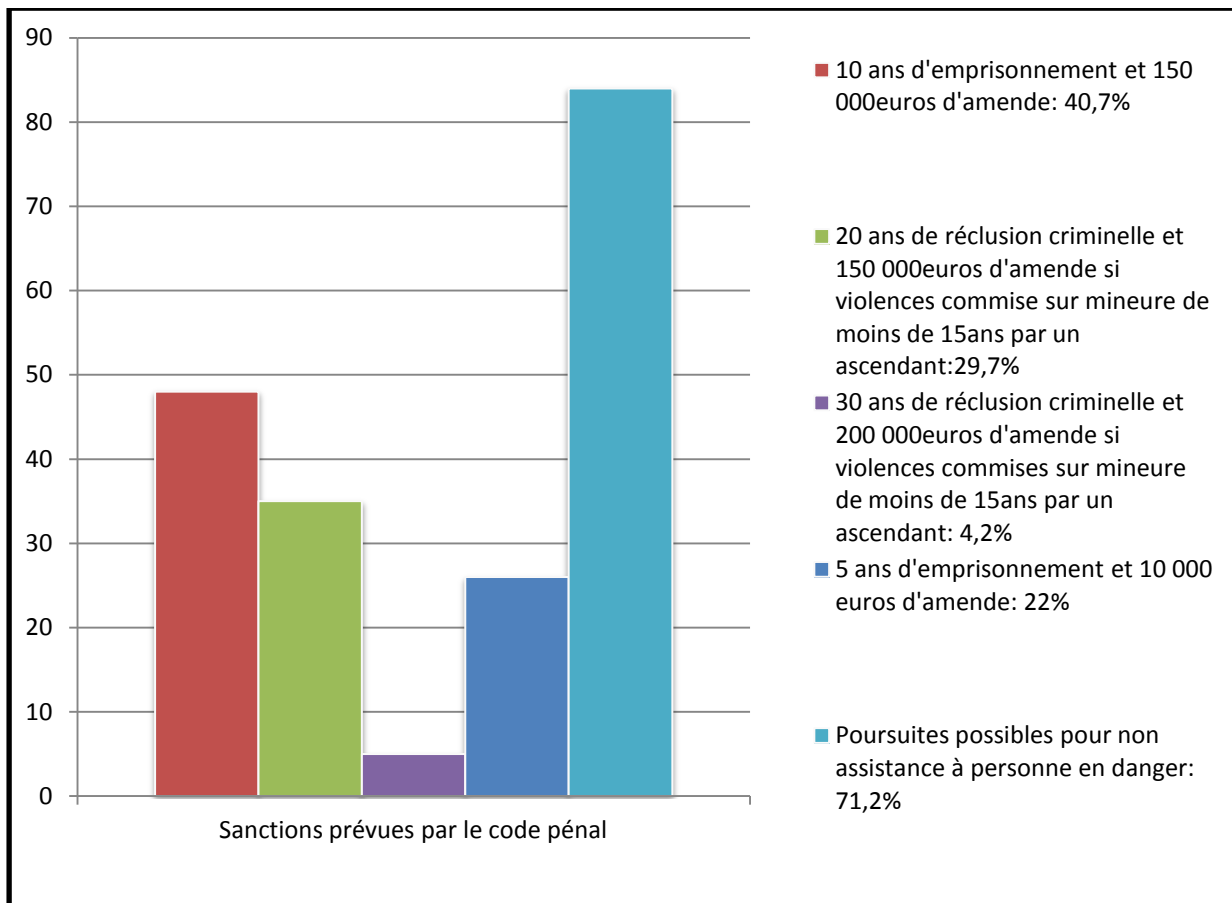


Figure 6 : Sanctions prévues par le code pénal envers une personne coupable de mutilation génitale féminine

Par la suite, 117 sages-femmes ont donné leur avis concernant la levée du secret médical.

78% des sages-femmes pensent que la levée du secret professionnel sans l'accord de la victime est possible lorsque la patiente est mineure ou en impossibilité de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique. 3,4% pensent que cela n'est pas autorisé et 19,6% ne savent pas.

A propos de la levée du secret médical sans l'accord de la patiente majeure, 27,3% des sages-femmes pensent que cela est envisageable contre 38,5% affirmant le contraire. 34,2% des sages-femmes ne savent pas.

Par la suite, la connaissance des associations luttant contre les mutilations génitales féminines a été recensée auprès des sages-femmes.

32,2% des sages-femmes interrogées (N=118) déclarent connaître une telle association.

Les associations citées ont été regroupées dans le tableau suivant :

Associations	N
GAMS	28
Gynécologie sans frontière	2
UNICEF	2
Planning familial	1
OMS	1
Vision du monde	1
Je ne sais plus	4

Tableau 5 : Associations citées par les sages-femmes

Concernant la formation sur les mutilations génitales féminines, 50 sages-femmes ont donné leur avis.

24 sages-femmes (48%) estiment nécessaire d'avoir davantage de cours durant la formation initiale (dont 2 précisent qu'un seul cours sur toute la formation n'est pas suffisant).

16 sages-femmes souhaiteraient bénéficier de journées de formation continue, et 4 aimeraient avoir accès à des plaquettes informatives (données par exemple par le Conseil de l'Ordre des Sages-Femmes).

Ensuite, 2 sages-femmes aimeraient avoir des informations concernant la législation, et 3 souhaiteraient que les associations interviennent davantage pour se faire connaître.

« Affiner la capacité à reconnaître et poser un diagnostic de mutilation sexuelle; PEC des patientes (et de leur enfant): comment aborder la question, que mettre en place, à qui le signaler, lien avec les associations... »

« Une meilleure formation, une sensibilisation à ces questions pendant les études ou un module complet de cours à ce sujet et de la formation continue adaptée »

IV/ Analyse et Discussions

1) Biais et limites

L'étude comporte plusieurs limites.

Celle-ci portant sur la connaissance des sages-femmes concernant les mutilations génitales féminines, il aurait été plus pertinent de recueillir les réponses de l'ensemble des sages-femmes de Marseille. Or, seulement 128 sages-femmes ont répondu au questionnaire sur 350 recensées dans la ville de Marseille, soit un taux de réponse de 37%, et avec 10 questionnaires exclus.

Cela constitue un biais de sélection puisque les résultats de l'étude ne pourront s'appliquer à l'ensemble de la population de sages-femmes françaises.

Le taux de non réponse peut s'expliquer par le fait que la distribution des questionnaires s'est étendue du 5 juillet 2016 au 10 septembre 2016, période de congés et d'absence des professionnels (biais étant réduit par le fait que cette distribution s'est étalée sur plusieurs mois, mais aussi par les nombreuses relances auprès des sages-femmes de maternités et libérales). Ce taux peut également s'expliquer par le manque d'intérêt ou de maîtrise des sages-femmes sur le sujet.

Il existe par ailleurs un autre biais de sélection des sages-femmes du fait qu'elles n'ont pas toutes suivi la même formation initiale et continue et qu'elles n'ont pas toutes exercé auparavant dans les mêmes établissements, avec des flux de populations immigrées divergeant.

En effet, ces résultats ne pourront évidemment pas être généralisés à l'ensemble de la population de sages-femmes françaises puisque l'étude n'a porté que sur les professionnelles de Marseille, ville faisant partie de celles où l'on recense le plus de femmes victimes de mutilations.

Il existe également un biais lié à l'outil d'intervention qu'est le questionnaire. En effet, nous ne pouvons savoir si ces questionnaires ont été remplis seule et sans aide par la sage-femme.

2) Analyse de la connaissance des sages-femmes sur les mutilations génitales féminines

5,1% des sages-femmes ayant répondu au questionnaire sont des hommes ce qui est représentatif de la population française de sages-femmes puisque selon un rapport de la DRESS de 2014, il y a près de 3,2% des sages-femmes des Bouches-du-Rhône qui sont des hommes et 2,4% des sages-femmes de France métropolitaine qui sont des hommes. {18}

Près de 65,3% des sages-femmes ayant répondu au questionnaire ont fait leurs études à Marseille et parmi elles 67,8% ont obtenu leur Diplôme d'Etat de Sage-Femme après l'année 2005, date à laquelle l'enseignement sur les mutilations génitales féminines a été instauré.

Les sages-femmes ont classé par ordre croissant 6 pays étrangers ayant la plus forte prévalence de mutilations génitales. Le classement juste positionnait le Niger, pays ayant le taux le plus faible, puis le Bénin, le Yémen, l'Indonésie, l'Egypte et enfin la Somalie, pays ayant le taux le plus élevé de mutilations génitales féminines parmi ces suggestions.

Le classement exact n'a été donné par aucune sage-femme (N=111). Cependant, ce qu'il était intéressant de démontrer dans cette question était le classement attribué à la Somalie, à l'Egypte et surtout à l'Indonésie, qui constitue ici les 3 pays ayant les plus fortes prévalences parmi les affirmations. {1, 5, 8, 9, 19, 20}

La Somalie a été classée pays ayant la plus forte prévalence par 32,4% des sages-femmes ayant répondu (N=111) et 7,2% des réponses classent ce pays comme celui ayant la prévalence la plus faible.

En effet, selon les chiffres de l'UNICEF de 2016, ce pays fait partie de ceux ayant le taux de mutilations génitales parmi les plus élevé, environ 98% de la population féminine en sont victimes. {9}

L'Egypte elle, devant être classée 5^{ème}, soit le deuxième pays ayant la plus forte prévalence parmi les propositions faites, dénombre environ 87% de la population féminine victime de mutilations génitales. Cependant, plus de la moitié des sages-femmes (68,5%) classent l'Egypte comme faisant partie des 3 pays ayant le moins de mutilations génitales. 11,7% des réponses sont correctes.

A propos de l'Indonésie, ce pays compte plus de 75% de la population touchée par ce fléau et cette prévalence demeure sur une pente ascendante. L'accès au nombre de victimes est

possible depuis peu et ce pays ne possède pas encore de législation interdisant cette pratique. Parmi les 111 sages-femmes ayant donné leur avis sur cette question, 11,7% classe à raison ce pays comme étant le troisième ayant la plus forte prévalence. Il faut savoir que plus de 52% des réponses classent l'Indonésie comme le pays ayant le moins de mutilations génitales féminines et 21% comme le deuxième en ayant le moins. Donc, une grande majorité des sages-femmes pense que ce pays est relativement peu touché par cette coutume. Ce taux peut s'expliquer par le fait que l'Indonésie, ne faisant pas partie de l'Afrique, dans l'imaginaire collectif, serait moins touchée par cette pratique.

Le Yémen quant à lui dénombre environ 20% de femmes et fillettes victimes de cet acte. 22,5% des professionnelles classent de manière adéquate ce pays en troisième position, soit le quatrième pays, parmi la liste, ayant le plus fort taux de victimes de mutilations génitales. Près de 55% des réponses pensent que le Yémen fait partie des 3 premiers pays ayant la plus forte prévalence.

Le Bénin et le Niger sont les 2 derniers pays possédant les taux de mutilations génitales les plus bas. Environ 10% pour la population du Bénin puis 2% pour celle du Niger. Or, concernant le Bénin, 12,6% des réponses sont correctes. La majorité des sages-femmes classe le Bénin comme un pays médian parmi la liste proposée. Il en est de même pour le Niger qui lui est le pays avec la prévalence la plus faible. 17% des sages-femmes ont répondu un classement correct. Mais plus de 61% des sages-femmes l'ont classé parmi les trois premiers pays ayant la plus forte prévalence de mutilations féminines sexuelles.

Ce classement démontre bien que dans l'esprit des sages-femmes, ni l'Egypte ni l'Indonésie ne font partie des pays les plus touchés par ces pratiques.

Il semble par ailleurs essentiel de préciser qu'en France vivent {21} :

- 1 883 migrants provenant de la Somalie
- 30 937 migrants provenant de l'Egypte
- 4 946 migrants provenant de l'Indonésie
- 487 migrants provenant du Yémen
- 20 414 migrants provenant du Bénin
- 5 503 migrants provenant du Niger

Dans les Bouches-du-Rhône, et plus particulièrement à Marseille, la part des immigrés représente plus de 9% de la population. {22}

Les trois départements ou régions français dénombrant le plus de femmes victimes de mutilations sexuelles sont l'Ile-de-France, les Bouches-du-Rhône puis l'Eure. Seules trois sages-femmes ont cité ces trois zones géographiques sur les 113 réponses.

L'Ile-de-France a été cochée par 92% des sages-femmes et les Bouches-du-Rhône par presque 88%. Ces deux départements représentent ceux ayant les plus fortes affluences de victimes de mutilations génitales. L'Eure quant à elle n'a été sélectionnée que par 6% des sages-femmes.

Nous pouvons conclure que dans l'ensemble, les sages-femmes semblent conscientes que l'Ile-de-France et les Bouches-du-Rhône accueillent une grande partie des populations touchées par ces mutilations (sûrement lié à la part de l'immigration) mais apparaissent moins renseignées concernant l'Eure. {3, 5, 6}

Par la suite, 91,5% des sages-femmes interrogées estiment que les femmes et fillettes africaines sont les plus à risque d'être atteintes de mutilations génitales (5,1% ne savent pas). Il est exact que l'Afrique est très touchée, cependant, cette tendance est à la baisse depuis quelques années suite à la mise en place de lois et politiques interdisant et sanctionnant ces actes. A l'inverse, ces mutilations sont en progression en Indonésie et Malaisie, pays où aucune restriction n'a été mise en place. {9, 19, 20, 23, 24, 25}

Concernant la religion, 8,7% des sages-femmes pensent que l'Islam représente la seule religion où sont pratiquées les mutilations génitales et 16,5% ne savent pas. Or, les mutilations génitales sont pratiquées par toutes populations croyantes mais également non croyantes, animistes et ne répond aux préceptes d'aucune religion. Ces pratiques seraient apparues au deuxième siècle avant notre ère, sous le règne de Ptolémée, en Egypte. Des momies de l'Antiquité Egyptienne auraient également été retrouvées infibulées (l'infibulation étant aussi appelée « circoncision pharaonique »). {3, 5, 9, 10, 12, 13, 24}

Pour continuer, il a été demandé aux sages-femmes le nombre de types de mutilations d'après l'OMS. 49,2% pensent qu'il existe bien 4 types de mutilations génitales féminines et 46,6% ont répondu qu'elles ne savaient pas. En effet, selon l'OMS il existe bien 4 types de mutilations génitales féminines {26}. Le type 1 qui est la clitoridectomie consistant en une ablation partielle ou totale du clitoris (ou plus rarement uniquement du prépuce), le type 2, l'excision, décrite comme une ablation partielle ou totale du clitoris mais également des petites lèvres avec parfois une excision des grandes lèvres. Le type 3 s'appelle l'infibulation. Il s'agit d'un rétrécissement de l'orifice vaginal obtenu après une section et un

repositionnement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, parfois par suture, associé ou non à une clitoridectomie. Le type 4 rassemble toutes les autres interventions qui se révèlent néfastes pour les organes génitaux féminins, réalisées sans aucune fin médicale (brûler, piquer, pincer, inciser, racler, cautériser les organes génitaux...). {11, 12, 13}

23,7% des sages-femmes interrogées estiment que les infibulations sont les mutilations les plus répandues, 28% déclarent ne pas savoir et 48,3% pensent que cela est faux. Or, les mutilations les plus fréquemment réalisées sont les excisions (mutilation de type 2) {2, 3, 4, 26} représentant près de 80% des mutilations dans le monde.

L'avis de 115 sages-femmes a été recueilli concernant l'accouchement.

Tout d'abord, sur ces 115 sages-femmes, 9 sages-femmes (7,8%) pensent qu'une césarienne prophylactique est recommandée lors de l'accouchement.

Une césarienne prophylactique n'est pas recommandée chez une femme sexuellement mutilée {5}. Cela est à analyser au cas par cas {11, 23, 27}. En effet, ce problème se pose davantage chez les patientes ayant subi une infibulation (ou ayant subi une excision et dont la cicatrisation aurait entraîné une pseudo-infibulation). Dans ce cas-là, il est possible de proposer à la patiente une désinfibulation au cours de la grossesse, ce qui représente un acte chirurgical très simple, en lui précisant qu'une réinfibulation ne pourra être pratiquée. Si la patiente refuse cette désinfibulation, les conséquences obstétricales lors de l'accouchement sont alors plus considérables que chez une patiente excisée. La surveillance du travail demeure complexe : les touchers vaginaux et les sondages vésicaux sont pratiquement impossibles. La désinfibulation associée à une épisiotomie lors de la phase d'expulsion sont à réfléchir mais semblent dans la majorité des cas indispensables afin d'éviter une atteinte majeure du périnée, surtout si une extraction instrumentale s'avérait être nécessaire.

La réalisation d'une césarienne prophylactique chez les patientes mutilées n'est donc pas recommandée de manière systématique sauf s'il existe des antécédents de déchirures complexes lors d'un précédent accouchement ou si la patiente refuse catégoriquement une désinfibulation. {28, figure 4}

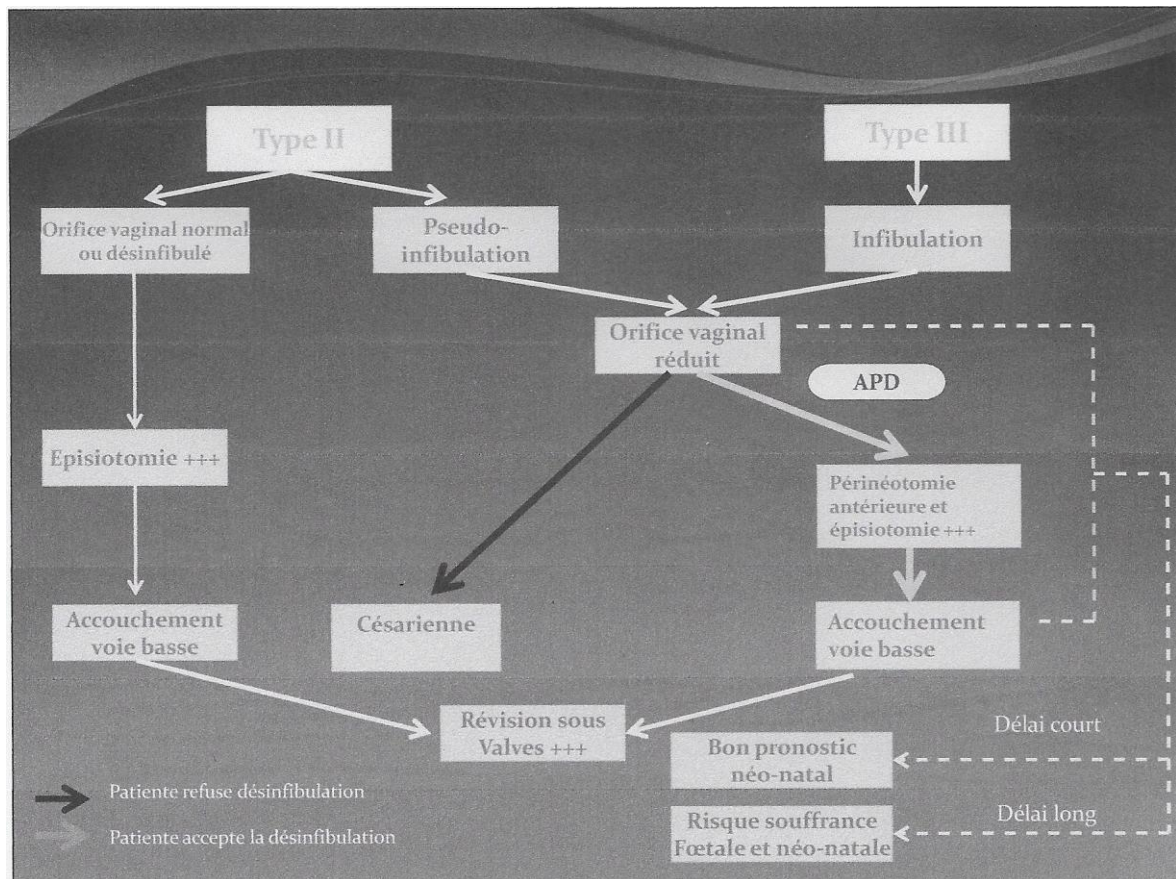


Figure 4 : Prise en charge lors de l'accouchement

Concernant l'épisiotomie, 38 sages-femmes (33%) pensent que celle-ci est recommandée quel que soit le type de mutilation. Selon les recherches effectuées {14}, il existe un plus fort taux de déchirures périnéales chez les patientes excisées que non excisées. Ces déchirures sont le plus souvent médianes antérieures et associées à un fort risque de lésions urétrales {5}. La menace de déchirures du second et du troisième degré est elle aussi augmentée. Cependant, selon le Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes en association avec le GAMS {8}, l'épisiotomie n'est pas recommandée de manière systématique mais à adapter en fonction du type de mutilation mais également en fonction des raisons obstétricales et fœtales habituelles.

84% des sages-femmes interrogées pensent que la pose d'une analgésie péridurale est fortement recommandée durant le travail chez une patiente victime de mutilation génitale féminine.

Cette recommandation est effectivement correcte {29} puisque les douleurs liées à l'accouchement, et surtout lors de la phase d'expulsion, peuvent rappeler les traumatismes physiques et psychologiques subits lors de l'excision pouvant ainsi être un obstacle à

l'instauration d'un lien mère/enfant solide. De plus, ces mutilations engendrent une augmentation de la durée d'expulsion et du risque d'extraction instrumentale {5, 14}. En effet, le risque d'extraction instrumentale est multiplié par 4,5 chez une patiente excisée.

Concernant l'adaptation à la vie extra-utérine des nouveau-nés de mère mutilée, 82,6% des sages-femmes pensent que l'Apgar est identique aux nouveau-nés de mère non mutilée. Or, il a été démontré {14, 30} qu'un score d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes de vie existe chez 4,40% des nouveau-nés de mère excisée contre 0,90% de ceux nés de mères indemnes.

Donc au total, 9 sages-femmes (7,8%) ont donné la totalité des réponses justes.

A propos des complications à long terme, 115 sages-femmes ont répondu à la question.

73 sages-femmes estiment que les kystes vulvaires font partie de ces complications.

En effet, ceux-ci sont essentiellement localisés au niveau de la glande de Bartholin, par sclérose cicatricielle obstruant le canal glandulaire. Ces kystes forment des tumeurs et sont dus à l'inclusion sous dermique de fragments épithéliaux à la suite d'un traumatisme, telle une excision, ou bien à une éversion des berges de la plaie lors de la cicatrisation. {31}

84,3% des sages-femmes pensent que les fistules recto-vaginales sont également des complications à long terme. Effectivement, lors d'un accouchement par exemple, la stagnation prolongée du fœtus dans la filière génitale, due à une augmentation de durée des efforts expulsifs, accroît ce risque de fistule.

Les infections génitales sont excessivement nombreuses, surtout chez des femmes atteintes d'infibulation, causées par la stase des leucorrhées, des urines, des hématocolpos ou même des matières fécales en cas de fistule recto-vaginale. Ces infections, débutant au niveau vulvaire, sont à même de s'étendre et d'entraîner des infections génitales hautes et par conséquent une stérilité. 35,7% des sages-femmes affirment que la stérilité fait partie de ces complications à long terme.

Conjointement à ces infections génitales, existent également des infections urinaires à répétition, surtout chez les femmes atteintes d'infibulation. Ceci est lié à l'entrave du méat urétral par le pont cicatriciel. L'évacuation de l'urine étant rendue longue et douloureuse, il en résulte souvent une stase urinaire et donc une pullulation microbienne à l'origine de cystites et pyélonéphrites à répétition, voire à long terme, d'insuffisance rénale chronique. 33% des sages-femmes pensent que l'insuffisance rénale fait partie de ces complications.

Il est à noter que la survenue de ces complications peut être à l'origine d'une mise à l'écart des femmes voire de leur répudiation par leur entourage, ce qui est l'avis de 72,2% des sages-femmes. {2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 24, 32, 33, 34, 35, 36, 37}.

Préalablement à ces complications à long terme existent également des complications médicales immédiates et à court terme telles que la douleur suraiguë, les plaies involontaires de périnée, la transmission du V.I.H, le décès par hémorragie, le choc psychologique, etc ...

15 sages-femmes soit 13% ont donné l'ensemble des réponses correctes.

3) Analyse de la prise en charge

117 sages-femmes (99%) sur les 118 interrogées estiment que la sage-femme détient un rôle dans la prise en charge d'une mutilation génitale.

44,1% des sages-femmes ont déjà fait un diagnostic de mutilation génitale et parmi elles, 88,5% ont abordé le sujet avec la patiente.

Les prises en charge établies par ces professionnelles ayant déjà fait ce diagnostic ont été de prévenir le médecin de garde et la cadre de santé, de faire un lien avec la PMI et/ou la psychologue, de s'attarder sur la prévention envers les parents si l'enfant à naître était une fille, et pour 11,5% un lien avec le GAMS (Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles) a été fait.

L'information concernant la législation et les droits des patientes n'a été citée que par deux sages-femmes.

Concernant les sages-femmes n'ayant jamais fait de diagnostic de mutilation génitale, la majorité (81%) oserait aborder le sujet avec la patiente. Près d'un tiers des sages-femmes n'ont pas donné leur supposée prise en charge et nous constatons que celles qui ont été données sont sensiblement les mêmes que les réponses données par les sages-femmes ayant déjà fait un diagnostic de mutilation.

Les rôles principaux des praticiens susceptibles d'être un jour confrontés à une patiente concernée par une mutilation sexuelle est tout d'abord d'identifier si cette femme est victime d'une mutilation afin de lui proposer la prise en charge et l'accompagnement les plus adaptés possibles et surtout de prévenir le risque de survenue de mutilation chez sa fille.

Premièrement lors d'une consultation, il est recommandé, lorsque la patiente est issue d'un pays pratiquant fréquemment les mutilations, de lui demander si elle est au courant d'avoir

subi une mutilation sexuelle. Quelle que soit sa réponse, il convient de lui fournir une information éclairée quant à cette pratique, ses dangers et son caractère illicite, tout en associant un examen clinique, car ces mutilations étant souvent faites à des âges très jeunes, de nombreuses femmes ignorent en être victimes.

Afin de poser un diagnostic de mutilation sexuelle féminine, il est préconisé d'être attentif à l'examen de la vulve, et du périnée. Seront donc observées attentivement les lésions du revêtement cutané, du gland du clitoris, du périnée, des petites et des grandes lèvres puis du méat urinaire.

La consultation s'attardera sur le dépistage d'éventuelles complications dues à une mutilation (troubles urinaires, dyspareunies, troubles psychologiques...), et leur prise en charge spécifique telle que la prescription de lubrifiant ou de crèmes émollientes, de traitements contre les infections et les troubles urinaires. La patiente pourra, au fil de la consultation et de ses désirs, être réorientée vers une équipe pluridisciplinaire en vue d'une prise en charge plus spécifique comme un recours à des techniques chirurgicales (exérèse de kystes épidermiques, libération de névromes, désinfibulation...). {8}

La sage-femme s'astreindra à réorienter la patiente vers un professionnel adéquat lorsque la situation dépassera son champ de compétences.

Par ailleurs, il semble primordial de profiter de cette consultation pour repérer d'autres formes de violences potentielles (au sein du couple, violences sexuelles, mariages forcés...) et de proposer un accompagnement sur mesure.

Des modèles de certificats médicaux (annexe 3) sont disponibles sur le site du Conseil de l'Ordre des Sages-Femmes afin de rapporter des cas de maltraitance, et notamment de mutilation. Ceux-ci comporteront une description des lésions et seront joints aux autorités compétentes, sous pli confidentiel et comportant la mention « secret médical ».

Le diagnostic de mutilation sexuelle devra être reporté dans le dossier obstétrical.

Un diagnostic de mutilation génitale peut également se faire en salle d'accouchement par une sage-femme. Celle-ci devra en informer l'obstétricien de garde puisque cette situation se détache de la physiologie.

Ensuite, un lien PMI (Protection Maternelle et Infantile) devra être instauré. Celui-ci permettra un suivi des enfants jusqu'à l'âge de 6 ans, une protection sanitaire des mères et une éducation à la santé au côté de divers professionnels (pédiatres, gynécologues, sages-femmes, puéricultrices ...). Ces centres de PMI interviendront également dans la prévention aux parents quant à la gravité de cette pratique, aux conséquences néfastes sur la santé et à son

caractère illégal. Des examens cliniques seront également pratiqués régulièrement afin de s'assurer de l'intégrité physique de l'enfant. Au-delà de l'âge de 6 ans, la vigilance devra être maintenue et communiquée à la médecine scolaire. {9}

L'assistante sociale et un soutien psychologique semblent également jouer un rôle primordial dans l'aide aux familles.

La sage-femme peut également, lors de consultations post-natales par exemple ou lorsqu'elle a connaissance d'une mutilation chez la mère, être confrontée à un risque de mutilation d'une enfant mineure, que ce soit le nouveau-né ou les autres filles de la patiente.

En effet, l'âge auquel est pratiqué cet acte est en général avant 10 ans et bien souvent dans les premiers mois de vie. La surveillance médicale obligatoire des enfants, que ce soit en secteur libéral, hospitalier ou en PMI, donne la possibilité d'effectuer un examen clinique complet et de s'assurer de l'intégrité de l'appareil génital de l'enfant.

Il est donc fortement plausible que la sage-femme suspecte un risque de mutilation future chez le nouveau-né, surtout lorsqu'elle a connaissance d'une telle mutilation chez la mère de l'enfant. Ainsi, la sage-femme doit, dans ce cas là, s'astreindre à faire de la prévention aux parents quant à l'importance de respecter l'intégrité physique de l'enfant, aux risques et interdictions (en France et dans leur pays d'origine) concernant les mutilations génitales chez leur fille.

Lorsque la sage-femme estime qu'un risque de mutilation est imminent chez une enfant mineure (lors d'un voyage dans le pays d'origine par exemple) malgré la prévention faite, celle-ci a l'obligation d'intervenir en contactant le Procureur de la République du Tribunal de Grande Instance du ressort du domicile de la famille (ou aux services de police et de gendarmerie) puis les services du Conseil général et plus précisément la Cellule Départementale de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) lorsque ce risque ne semble pas imminent (voyage prévu dans le pays d'origine dans quelques mois lors des vacances scolaires par exemple). {8}

Dans la situation où la sage-femme découvre qu'une enfant mineure a subi une mutilation sexuelle, celle-ci doit en informer le Procureur de la République du tribunal de Grande Instance du lieu de résidence habituel de la victime. Il est ensuite possible d'adresser une copie du signalement à la cellule départementale de recueil, d'évaluation, de traitement des informations préoccupantes (CRIP) par fax, téléphone ... (annexe 6)

La prévention faite par les professionnels de santé constitue donc l'un des piliers de la lutte contre les mutilations génitales féminines. Il ne faut pas hésiter à rappeler régulièrement à la femme et surtout au couple, les risques liés à cette pratique et surtout le fait que des poursuites peuvent être engagées en cas de mutilation sur leur fille, même si celle-ci a été faite en dehors du territoire français, à l'occasion de vacances dans le pays d'origine par exemple. Il est également important de penser à faire le lien avec les associations engagées dans la prévention, l'information et la lutte contre les mutilations.

Par ailleurs, lorsqu'une famille craint un risque d'excision de leur fille sans leur consentement (lors d'un voyage dans le pays d'origine par exemple), il existe des certificats de non excision, ne constituant pas un document juridique, mais restant un moyen de protéger leur fillette de ce risque.

4) Législation encadrant les mutilations génitales féminines

Concernant la législation, pour 45,8% des sages-femmes, une jeune fille peut se voir reconnaître la qualité de réfugiée en France en raison du risque d'être exposée à la pratique d'une mutilation génitale dans le pays dont elle a la nationalité. 9,3% déclarent le contraire et 44,9% ne savent pas.

En effet, le Conseil d'Etat a estimé, lors de la Convention de Genève de 1967 concernant le statut des réfugiés, que « *dans une population dans laquelle les mutilations sexuelles féminines sont couramment pratiquées au point de constituer une norme sociale, les enfants et les adolescentes non mutilés constituent de ce fait un groupe social* ». Le simple fait d'appartenir à ce groupe social qui ne constitue pas la norme dans le pays d'origine et en raison des risques encourus de mutilation, l'enfant peut se voir reconnaître la qualité de réfugié. De plus, le fait d'être né hors de son pays d'origine n'empêche pas l'enfant de bénéficier de cette protection.

Concernant les parents, ils peuvent également prétendre à un statut de réfugié (ou à un titre de séjour au nom de l'unité familiale) à condition d'apporter la preuve qu'ils encourent un risque de persécutions et de mauvais traitements du fait de leur appartenance à un groupe social (celui refusant les mutilations génitales) ne représentant pas la norme dans leur pays d'origine. Ils seront invités par la suite à soumettre leur fille à un contrôle médical annuel visant à s'assurer de la sauvegarde de l'intégrité physique de celle-ci. {6, 17, 35, 38, 39, 40, 41 }

Selon la législation française, un coupable de mutilation génitale féminine peut être poursuivi si (N=116) :

- La mutilation faite sur une femme ou fillette française a été commise sur le territoire français pour 100% des sages-femmes ayant répondu à la question
- La mutilation faite sur une femme ou fillette française a été commise sur un territoire étranger pour 47,4% des sages-femmes
- La mutilation faite sur une femme ou fillette étrangère a été commise sur le territoire français pour 89,7% des sages-femmes
- La mutilation faite sur une femme ou fillette étrangère résidant habituellement en France a été commise sur un territoire étranger pour 44% des sages-femmes
- La mutilation faite sur une femme ou fillette étrangère ne résidant pas en France a été commise sur le territoire étranger pour 12% des sages-femmes

Selon la législation française {5, 9} une personne coupable de mutilation sexuelle féminine peut être poursuivie dès lors que cet acte a été commis sur le territoire français et quelle que soit la nationalité de la victime.

Cette poursuite peut également s'appliquer lorsque ce crime est commis à l'étranger sur une personne résidant habituellement en France mais ne peut être sanctionné s'il est commis à l'étranger sur une personne de nationalité étrangère ne résidant pas habituellement en France. De plus, depuis la loi du 4 avril 2006, le délai de prescription de l'action publique a été allongé à 20 ans à compter de la majorité de la victime, pour des faits n'étant pas encore prescrits à compter de cette date. {5}

Concernant les sanctions prévues par le code pénal, selon l'article 222-9, l'auteur d'une mutilation génitale féminine encourt 10 ans d'emprisonnement et 150 000 euros d'amende (44,4% des réponses). Cette peine est élevée à 20 ans de réclusion criminelle et 150 000 euros d'amende si ces violences sont commises sur un(e) mineur(e) de moins de quinze ans par un ascendant (Article 222-10) (32,4% des réponses). {5, 8, 10, 36, 39, 42, 43}

En outre, une personne reconnue complice d'une telle infraction est sanctionnée au même titre que l'auteur des faits (article 121-6 du code pénal). {9}

Ces sanctions reposent essentiellement sur la déclaration universelle des droits de l'Homme du 10 Décembre 1948 ayant pour rôle de préserver l'intégrité physique : « *Tout individu a*

droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne » (article 3), et « *nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants* » (article 5).

Enfin, l'article 9 de la loi n°2004-800 du 6 août 2004 issu du code civil assure que «*Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui.*». {44}

Par ailleurs, la loi n° 2013-711 du 5 août 2013 ajoute de nouvelles infractions dans le code pénal concernant la lutte contre les mutilations sexuelles chez les mineurs:

- « *le fait d'inciter un mineur à une mutilation sexuelle, par des offres, des promesses, des dons, des présents ou avantages quelconques ou en usant contre lui de pressions ou de contraintes de toute nature, est puni de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende* » (Article 227-24-1)
- « *le fait d'inciter autrui à commettre une mutilation sexuelle sur la personne d'un mineur est puni des mêmes peines* » (Article 227-24-1)

Selon la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre les violences à l'égard des femmes et des violences domestiques du 11 mai 2011, adoptée par la France le 4 juillet 2014, « la culture, la coutume, la religion, la tradition ou le prétendu "honneur" » ne justifie en aucun cas tout acte de violence à l'encontre d'une femme ou d'un enfant. {45}

En Afrique, les mutilations génitales sont punies dans 24 des 29 pays d'Afrique et du Moyen-Orient où elles sont pratiquées. {9}

Concernant l'Indonésie, aucun texte législatif n'a été retrouvé.

Des poursuites sont également possibles pour non assistance à personne en danger (77,8% des réponses). En effet, selon l'article 223-6 du code pénal : « *Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle d'une personne s'abstient volontairement de la faire sera puni de 5 ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours* ».

Les professionnels de santé sont donc en première ligne concernant le dépistage de ces mutilations génitales. Pour 78 % des sages-femmes interrogées (N=117), il est possible de lever le secret médical sans l'accord de la victime et de signaler aux autorités compétentes les cas d'atteintes sexuelles infligées à un mineur ou à toute autre personne n'étant pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique. 3,4% des sages-femmes assurent le contraire et 19,6% déclarent ne pas savoir.

A propos de la levée du secret médical face à une patiente majeure atteinte de mutilation génitale (N=117), 27,3% des sages-femmes affirment que cela est possible sans l'accord de la victime, 38,5% déclarent le contraire et 34,2% ne savent pas.

L'article 226-13 du code pénal nous informe que : « *La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.* »

Cependant, selon l'article 226-14 du code pénal, l'article précédemment cité n'est pas applicable lorsque la loi impose ou autorise la levée du secret médical. Ne sera donc pas poursuivi le professionnel qui affranchit aux autorités judiciaires, médicales ou administratives des cas d'atteintes ou de mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été commis sur des enfants mineurs ou à toute autre personne vulnérable n'étant pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique.

De plus, la loi du 5 novembre 2015 souligne que : « *le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi* ». {9}

Dans le cas où la patiente est majeure, le professionnel de santé peut effectuer un signalement auprès des autorités compétentes (le Procureur de la République, la Cellule de Recueil des informations préoccupantes de Conseil Général si la patiente est mineure) seulement avec l'accord de la victime.

Dans ces deux situations, aucune poursuite, ni devant les juridictions pénales pour violation du secret professionnel, ni devant les juridictions ordinaires, ne peut être engagée, le non respect de « l'obligation de se taire » étant justifié. {5, 6, 17, 35, 36, 39}

Si le professionnel de santé est une sage-femme, l'article R4127-302 du code de déontologie des sages-femmes stipule que « *La sage-femme exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il est de son devoir de prêter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes pour la protection de la santé.* ».

De plus, toujours selon le code de déontologie des sages-femmes, l'article R4127-303 déclare que « *Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à toute sage-femme dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance de la sage-femme dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'elle a vu, entendu ou compris.* »

Enfin, l'article R.4127-316 de ce même code envisage que « *Lorsqu'une sage femme discerne qu'une femme auprès de laquelle elle est appelée ou son enfant est victime de sévices, elle doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour les protéger* ». {46}

52 sages-femmes soit 44,1% ont déjà fait le diagnostic de mutilation génitale et sur les 11 sages-femmes interrogées, une seule pense que la sage-femme n'a aucun rôle dans la prise en charge d'une mutilation génitale. Les sages-femmes se sentent donc à 99,1% concernées par cette problématique.

Concernant les sages-femmes ayant déjà fait un diagnostic de mutilation génitale (N=52), 18 sages-femmes (34,6%) en ont discuté avec la patiente, l'ont informée de sa mutilation et ont choisi de faire de la prévention accrue dans le cas d'une naissance d'une fille.

A propos des associations luttant contre les mutilations génitales féminines, 38 sages-femmes (32,2%) sur les 118 ayant répondu au questionnaire affirment connaître une ou plusieurs de ces associations.

Les principales citées sont : le GAMS, Gynécologie sans frontière, UNICEF, le planning familial, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), Vision du monde (qui est une organisation non gouvernementale de parrainage d'enfants du tiers monde) et 4 ne se rappellent plus du nom de l'association. Certaines estiment par ailleurs que ces associations ne demeurent pas assez présentes auprès des professionnels de santé.

Les associations ou institutions impliquées dans la lutte contre les mutilations génitales féminines sont : (annexe 7 et 8)

- Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles, des Mariages Forcés et autres pratiques traditionnelles néfastes à la santé des femmes et des enfants (GAMS) : association engagée dans la lutte contre les violences faites aux femmes, en accompagnant les victimes de manière anonyme et gratuite mais également les professionnels dans leurs démarches de sensibilisation et de prévention.
- Gynécologie sans frontières (GSF) dont les missions ont en commun de venir en aide aux femmes en détresse dans le monde (missions de soins, missions de formation pour les professionnels de santé...). Sont mis à disposition sur le site internet des ouvrages, plaquettes, bibliographies, mémoires, etc... destinés à tout public.
- Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles (CAMS) : qui se distingue des autres associations dans la mesure où elle mène également son combat sur le plan judiciaire en se portant partie civile lorsque des cas d'excision ont été reconnus en France.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui a publié plusieurs rapports de lutte contre les mutilations sexuelles, en lien avec d'autres partenaires des Nations Unies.
- Mouvement français pour le planning familial (MFPF) : association française régie par la loi 1901, c'est un mouvement militant défendant le droit à la contraception, à l'avortement et à l'éducation à la sexualité. Il prend part également à la lutte contre toutes les formes de violences, lutte contre le SIDA et les maladies sexuellement transmissibles ainsi que contre toutes les formes d'inégalités sociales et de discrimination.
- UNICEF : Le Fonds des Nations unies pour l'enfance est une agence appartenant à l'Organisation des Nations unies et qui est consacrée à l'amélioration et à la promotion de la condition des enfants.
- Inpes : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé qui a publié un guide pratique à destination des professionnels concernant la prise en charge médico-psycho-sociale des migrants.
- Ministère chargé des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, disposant d'une page dédiée aux mutilations génitales, mais également d'un dépliant sur leur site internet.
- 3919 : Numéro d'écoute national destiné aux femmes victimes de toutes formes de violences (violences au sein du couple, violences sexuelles, violences au travail,

mutilations sexuelles féminines, mariages forcés...), ainsi qu'à leur entourage et aux professionnel-le-s concerné-e-s.

- 119 : Allo Enfance en danger
- Observatoire de l'enfance en danger (ONED).
- Conseil national de l'Ordre des médecins.
- Conseil national de l'Ordre des sages-femmes.
- Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF).
- Les médiatrices culturelles peuvent également prendre part à la prise en charge

Concernant la formation des sages-femmes sur les mutilations génitales féminines, 50 sages-femmes ont soumis quelques propositions quant à son amélioration. 24 sages-femmes estiment insuffisante la formation initiale offerte dans les écoles de maïeutique. En effet, depuis la circulaire du 13 Décembre 2006 {47} relative à la formation de certaines professions de santé dans le cadre du plan de lutte contre les mutilations sexuelles féminines, le Ministre de la Santé et des Solidarités informe de la nécessité de la mise en place d'une formation des sages-femmes de deuxième cycle sur ces mutilations : « *Des contenus peuvent être programmés au niveau de l'enseignement théorique de la deuxième phase des études de sage-femme lors des modules suivants :*

- *obstétrique : conséquences des mutilations sur l'accouchement*
- *gynécologie et sexologie : dépistage et prise en charge pluridisciplinaire des femmes ayant subi une mutilation sexuelle et prévention de la survenue de nouvelles mutilations; cadre juridique et déontologique des mutilations sexuelles féminines »*

Ainsi, depuis 2006, voire avant pour certaines écoles de maïeutique, la formation initiale des sages-femmes sur les mutilations génitales féminines est devenue obligatoire.

A propos de la formation continue, le GAMS propose des formations (de quelques heures à plusieurs jours) sur site « à la carte » c'est-à-dire qu'il offre la possibilité de former des professionnels de la santé en fonction des besoins de chacun par le biais d'apports théoriques et pratiques et en analysant les pratiques professionnelles. Le GAMS se déplace également dans les centres de formation afin de prendre part à la formation initiale, ainsi que dans les centres de PMI et d'accueil de migrants pour proposer des séances de sensibilisation sur ce sujet.

5) Discussion et propositions

Concernant les connaissances retrouvées des sages-femmes sur ce sujet dans la littérature et abordées précédemment {11, 12, 13}, celles-ci s'avèrent être, en tous points, sensiblement les mêmes que dans l'étude menée à Marseille. Les sages-femmes reconnaissent avoir des connaissances trop fragiles pour une prise en charge optimale des patientes atteintes de mutilations, bien que plus de la moitié des sages-femmes interrogées a déjà été confrontée à une patiente atteinte de mutilation.

Les résultats montrent que dans l'ensemble, les connaissances des sages-femmes sont erronées. Par exemple à propos des différents types de mutilations décrites par l'OMS (alors que le diagnostic de mutilation se fait majoritairement suite à un examen gynécologique) ou du fait qu'il existe un lien entre la religion musulmane et le risque de subir une mutilation sexuelle. Les sages-femmes demeurent cependant conscientes que les femmes africaines sont plus à risque d'être victimes d'une telle pratique. Lors de l'accouchement, moins de la majorité des sages-femmes estime qu'une mutilation est un facteur de risque d'hémorragie de la délivrance et de mortalité néonatale plus élevée.

Dans la littérature retrouvée, l'abord du sujet de la mutilation avec la patiente n'est pas systématique pour plus de la moitié des sages-femmes interrogées (lié à la barrière de la langue ou à un moment jugé inopportun). En moyenne, elles sont près de deux tiers à penser être déjà passées à côté d'un diagnostic de mutilation.

Concernant la législation, moins de la moitié des sages-femmes informent les patientes du caractère illicite de cette pratique,

Plus de la moitié des sages-femmes réorientent la patiente vers un gynécologue-obstétricien, environ la moitié font appel à un psychologue, mais plutôt rarement vers la PMI, vers une association spécialisée ou vers une médiatrice culturelle.

Les associations de lutte contre les mutilations les plus connues sont le GAMS et le CAMS essentiellement, mais moins d'un tiers des sages-femmes informent les patientes de l'existence de ce réseau.

Une grande partie déclarent savoir qu'il existe de telles associations mais sans en connaître le nom.

Par ailleurs, selon les résultats d'études retrouvées, plus de 90% des sages-femmes interrogées déclarent ne pas trouver optimale leur prise en charge établie auprès des patientes mutilées, et dans plus d'un tiers des cas, cela est due à un manque de connaissance des professionnelles sur le sujet.

Elles sont de ce fait requérantes de pouvoir accéder à davantage de formation continue, afin notamment d'avoir plus d'informations concernant les différents types de mutilations réalisées, les raisons invoquées induisant cette pratique, les associations existantes, la réparation chirurgicale, etc... mais également d'une formation initiale plus complète.

Des brochures pour les patientes mais aussi pour les professionnels sembleraient être un outil approprié pour une meilleure prise en charge. Ces fascicules existant déjà, ils ne semblent pas être à portée de tous.

Un professionnel médical référent dans ce sujet, que ce soit un médecin ou une sage-femme, serait un lien précieux pour les professionnels n'ayant pas, à leur sens, de connaissances assez solides pour une prise en charge optimale de la patiente.

Pourraient être également mises en place des consultations pré-natales (ou post-natales) spécialisées pour l'information des patientes touchées par ces mutilations. Ces consultations permettraient d'accorder un temps privilégié à la patiente mais aussi au professionnel de santé, lui permettant d'aborder l'ensemble des versants de la mutilation mais aussi de réaliser une prévention complète pour l'enfant à venir.

V/ Conclusion à l'étude

Avec une histoire s'étant construite autour de son port, Marseille représente une ville carrefour voire une terre d'accueil suite à des vagues successives de migrations diverses. Depuis la seconde partie du XX^{ème} siècle, c'est majoritairement une immigration africaine et asiatique (principaux continents pratiquant les mutilations génitales féminines) qui s'est installée dans la cité phocéenne.

Il en va de soi que l'éventualité pour un professionnel de santé, et notamment une sage-femme, d'être un jour confrontée à une patiente atteinte de mutilation génitale doit rester dans l'esprit de chacun.

Le but de cette étude a été de déterminer quel était le niveau de connaissances des sages-femmes de Marseille concernant ces mutilations sexuelles, la législation encadrant cette pratique et la prise en charge adéquate devant être mise en place lors d'un tel diagnostic, mais également de recueillir les besoins des sages-femmes quant à une amélioration de leur propre prise en charge.

Cette étude a permis de constater que, dans l'imaginaire collectif, les mutilations sexuelles ne sont pratiquées presque qu'exclusivement dans les pays africains en voie de développement, écartant les territoires asiatiques. La législation et les risques liés à cette atteinte physique ne semblent être connus que partiellement, rendant la prévention et l'éducation pour la santé incomplète.

Bien qu'un grand nombre de sages-femmes oseraient aborder le sujet avec leur patiente, ces dernières se déclarent cependant trop peu formées sur le sujet et désirent avoir recours à des programmes de formation continue, mais également avoir accès à des moyens d'information plus accessibles (fascicules, dépliants ...).

Face à ces résultats décelant une carence de la formation des sages-femmes dans ce domaine, il semblerait intéressant de comprendre, par le biais d'une étude, quels pourraient être les axes à améliorer lors de la formation initiale et continue afin de parfaire la prise en charge de ces professionnelles et leur permettre d'effectuer de la prévention sans aucune appréhension.

VI/ Références bibliographiques

1. Eliminer les mutilations sexuelles féminines Déclaration interinstitutions [Internet]. [cité le 4 juin 2016]. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43902/1/9789242596441_fre.pdf
2. Les mutilations génitales féminines : généralités, complications et prise en charge obstétricale [Internet]. [cité le 21 nov 2015]. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com.lama.univ-amu.fr/science/article/pii/S0368231504965441>
3. Vaysse, J. (2006). Le rôle de la sage-femme dans la prévention des mutilations génitales féminines [Internet]. [cité le 15 Déc 2015]. Mémoire de fin d'études pour le diplôme d'état de sage-femme. Université René Descartes de la Faculté de médecine Cochin- Port- Royal, Ecole de sages-femmes de Baudelocque. Disponible sur : <http://www.gynsf.org/MSF/memoirejulievaysse.pdf>
4. La mutilation génitale féminine. De la tradition aux complications [Internet]. [cité le 21 nov 2015]. Disponible sur : http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ShoppingCartURL&_method=add&_eid=1-s2.0-S115813600600090
5. Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines [Internet]. [cité le 8 mars 2016]. Disponible sur : <http://www.gynsf.org/MSF/praticienfaceauxmsf2010.pdf>
6. Wehenkel, M. (2007). Dépistage et prévention des mutilations sexuelles féminines et de leurs complications en médecine générale. Thèse de doctorat : Médecine générale. Paris : Université Pierre et Marie Curie, 116 p.
7. Collinet, P et al. (2004). Prise en charge des mutilations génitales féminines de type III. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 33(4), 720-724
8. Mutilations sexuelles féminines – Le_praticien_face_aux_mutilations sexuelles_féminines_février_2016 [Internet]. [cité le 24 juil 2016]. Disponible sur : http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_ONVF_9_-_Mutilation_sexuelles_feminines_-_fev_2016.pdf
9. Lettre_ONVF_11_-_MSF_-_fev_17.pdf [Internet]. [cité le 9 févr 2017]. Disponible sur : http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_ONVF_11_-_MSF_-_fev_17.pdf
10. Les mutilations sexuelles féminines en France [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 28 févr 2016]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/analyses/mutilations-sexuelles-france/>

11. Behle A-M. (2009). Les mutilations sexuelles féminines: Qu'en savent les sages-femmes ? Enquête auprès de 179 professionnels de Seine-Maritime. Mémoire étudiante sage-femme. Rouen : Centre hospitalier universitaire de Rouen ; 105p
12. Clain M. (2014). La formation des sages-femmes face aux mutilations sexuelles féminines : évaluation des pratiques professionnelles et propositions d'amélioration des prises en charge. Mémoire étudiante sage-femme. Paris : Ecole de sages-femmes Baudelocque ; 83p
13. Poullain J. (2015). Les mutilations sexuelles féminines : où en sommes-nous ? Enquête prospective en Haute-Normandie auprès de 195 sages-femmes. Rouen : Ecole de sages-femmes de Rouen ; 113p
14. Millogo-Traore F, Kaba STA, Thieba B, Akotonga M, Lankoande J. Pronostic maternel et fœtal au cours de l'accouchement chez la femme excisée. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. juin 2007;36(4):393-8.
15. LexisNexis® - Document [Internet]. [cité 27 févr 2016]. Disponible sur: http://www.lexisnexis.com.lama.univ-amu.fr/fr/droit/results/docview/docview.do?start=3&sort=BOOLEAN&format=GNBFULL&risb=21_T23575865165
16. Protégeons nos petites filles de l'excision [Internet]. [cité le 4 juin 2016]. Disponible sur : http://centreplanif.chru-lille.fr/doc/Lesmutilationssexuelles/64296_1protegeo.pdf
17. Dalloz.fr | Circulaire CRIM n deg 06/10/E8 du 19 avril 2006 présentant les dispositions de droit penal et de pr [Internet]. [cité 21 févr 2016]. Disponible sur: http://www.dalloz.fr.lama.univ-amu.fr/documentation/Document?id=T144832&ctxt=0_YSR0MT1leGNpc2lvbsKnYSRzMT1FVMKnYSRzMz1FVMKnYSRzMj1FVMKnCRzMD01MUU3ODUxRC8wRUY0NTEzQ2A2N0IzRkU3OMKneCRzZj1wYWdlLXJlY2hlcmlNoZQ==&ctxtl=0_cyRwYWdlTnVtPTHCP3MkdHJpZGF0ZT1GYWxzZcKncyRzbE5iUGFnPTIwwqdzJGJzYWJvPVRydWXCp3MkcGFnaW5nPVRYdWXCp3Mkb25nbGV0PQ==&nrf=0_UmVjaGVyY2hlfExpc3Rl
18. Les professions de santé au 1^{er} janvier 2014 – drees_140101-drees_demographie.pdf [Internet]. [cité le 16 févr 2017]. Disponible sur : http://snmkr.fr/app/uploads/2011/10/drees_140101-drees_demographie.pdf
19. FGCM_Lo_res.pdf [Internet]. [cité le 24 juil 2016]. Disponible sur : https://www.unicef.org/french/protection/files/FGCM_Lo_res.pdf
20. FGMC_2016_brochure_finale_UNICEF_SPREAD.pdf [Internet]. [cité le 24 juillet 2016]. Disponible sur : https://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf
21. La migration dans le monde [Internet]. Organisation internationale pour les migrations. 2015 [cité 20 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.iom.int/fr/la-migration-dans-le-monde>

22. La localisation géographique des immigrés | Insee [Internet]. [cité 20 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2121524>
23. Compte rendu de colloque / Report on scientific meeting : Les mutilations sexuelles féminines (Gynécologie sans frontière) (2007). *Elsevier Masson*, Sexologie 16, 158-161
24. 4_pages_MSF – PlaquetteMSFGSF.pdf [Internet]. [cité le 21 nov 2015]. Disponible sur : <http://www.gynsf.org/MSF/PlaquetteMSFGSF.pdf>
25. 438.fr.pdf [Internet]. [cité le 9 févr 2017]. Disponible sur : http://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19106/438.fr.pdf
26. OMS | Mutilations sexuelles féminines [Internet]. WHO. [cité 9 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/fr/>
27. L'obstétricien_face_aux_mutilations_sexuelles_féminines.pdf [Internet]. [cité le 11 févr 2017]. Disponible sur : <http://www.cngof.fr>
28. Sandy Grima, Sage-femme (2016). La sage-femme face aux mutilations sexuelles féminines, Marseille (FRA), 89p.
29. DOC 18 : Philippe, H.-J.et al. (2008) Prise en charge pluridisciplinaire des mutilations sexuelles féminines. Elsevier Masson, 15, p824
30. Thera, T. et al. (2015) Complications obstétricales des mutilations génitales en milieu rural malien. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 44, 276-279
31. Moreira, P.M. et al. (2002) Trois cas de kystes épidermiques de la vulve après mutilations génitales féminines. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, n°30, 958–960
32. Carton, V., Philippe, H.-J.(2008). Conséquences médicales, psychologiques et sexuelles des mutilations sexuelles féminines. *Elsevier Masson*, 15, p820-821
33. Rushwan, H. (2000). Femal genital mutilation (FGM) management during pregnancy childbirth and the post-partum period. *International Journal of Gynecology & Obstetric* 70, 99-104
34. L excision: une violence sexiste sur fond culturel - PDF [Internet]. [cité 21 nov 2015]. Disponible sur: <http://docplayer.fr/28710121-L-excision-une-violence-sexiste-sur-fond-culturel.html>
35. Verbrouck, C., Jaspis, P. (2009). Mutilations génitales féminines : quelle protection ? *Revue du droit des étrangers*, n°153, 133-150
36. 25-11-2014_depliant-MSF-2.pdf [Internet]. [cité le 24 juillet 2016]. Disponible sur : http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/25-11-2014_depliant-MSF-2.pdf
37. Allag, F et al. (2001). Mutilations génitales rituelles féminines. La parole aux femmes. *Gynécol Obstet Fertil*, n°29, 824-828
38. Dalloz.fr | Circulaire du 5 avril 2013 Délivrance d une carte de séjour temporaire

portant la mention vie privée [Internet]. [cité 21 févr 2016]. Disponible sur:
http://www.dalloz.fr.lama.univ-amu.fr/documentation/Document?id=T219319&ctxt=0_YSR0MT1jYXJ0ZSBkZSBzw6lqb3VyIHZpZSBwcm12w6lIGV0IGZhbWlsaWFsZSBlbmZhbzIHBByb3RIY3Rpb24gaW50ZXJuYXRpb25hbGXCp3gkc2Y9cGFnZS1yZWNoZXJjaGU=&ctxtl=0_cyRwYWdlTnVtPTHCP3MkdHJpZGF0ZT1GYWxzZcKncyRzb3J0PcKncyRzbE5iUGFnPTIwwqdzJGlzYWJvPVRydWXCp3MkcGFnaW5nPVRydWXCp3Mkb25nbGV0PcKncyRmcmVlc2NvcGU9RmFsc2U=&nrf=0_TGlzdGU=

39. Grunvald, S. et Lorvellec, S (2008) Mutilations sexuelles féminines : dimensions juridiques. *Elsevier Masson*, n°15, p822-823
40. Format des documents - Lexis360® [Internet]. [cité 21 févr 2016]. Disponible sur:
https://www.lexis360.fr/Document/etrangers_le_conseil_detat_et_les_mutilations_genitales_feminines_une_protection_en_demi_teinte/no6Bzjbf5pEKbGd5pkq7eHqd5YA-Rm5IeOMVLGgn5w1?data=c0luZGV4PTEmckNvdW50PTEm&rndNum=1522629899&tsid=search1
41. Dalloz.fr | Note d'information du 18 mars 2014 relative au droit au séjour des ascendants de mineurs bénéficiaires d'une protection internationale (2014) (NOR : INTV1406620N)
42. Dalloz.fr | Code pénal [Internet]. [cité 21 févr 2016]. Disponible sur:
http://www.dalloz.fr.lama.univ-amu.fr/documentation/Document?id=CPEN&ctxt=0_YSR0MT1UQywgMTUgbWFycyAyMDEwLCBEdW1vbnRldMKneCRzZj1wYWdlLXJlY2hlcmlNoZQ==
43. Dalloz.fr | Convention du 11 mai 2011 du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (ensemble une annexe), signée à Istanbul (D. n° 2015-148 du 10 févr. 2015) (JO , 12 février 2015)
44. Dalloz.fr | Code civil [Internet]. [cité 21 févr 2016]. Disponible sur:
http://www.dalloz.fr.lama.univ-amu.fr/documentation/Document?id=CCIV&ctxt=0_YSR0MT1UQywgMTUgbWFycyAyMDEwLCBEdW1vbnRldMKneCRzZj1wYWdlLXJlY2hlcmlNoZQ==
45. Les textes législatifs | Fédération GAMS [Internet]. [cité 25 févr 2017]. Disponible sur: <http://federationgams.org/mutilations-sexuelles-feminines/les-textes-legislatifs/>
46. Code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [cité 24 févr 2017]. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=EA9FFDCC1CC5FB716CA0245B140F364B.tpdila12v_2?idSectionTA=LEGISCTA000006196420&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100103
47. Circulaire DGS/SD 2C 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. *Direction générale de la santé*. [Internet]. [cité le 25 févr 2017]. Disponible sur : <http://www.gynsf.org/MSF/circulaireformationparamed.pdf>

VII/ Sommaire des annexes

Annexe 1: Carte de prévalence des mutilations génitales féminines dans le monde

Annexe 2 : Questionnaire distribué aux sages-femmes

Annexe 3 : Modèle de certificat médical à destination des sages-femmes

Annexe 4 : Modèle de signalement de personne mineure

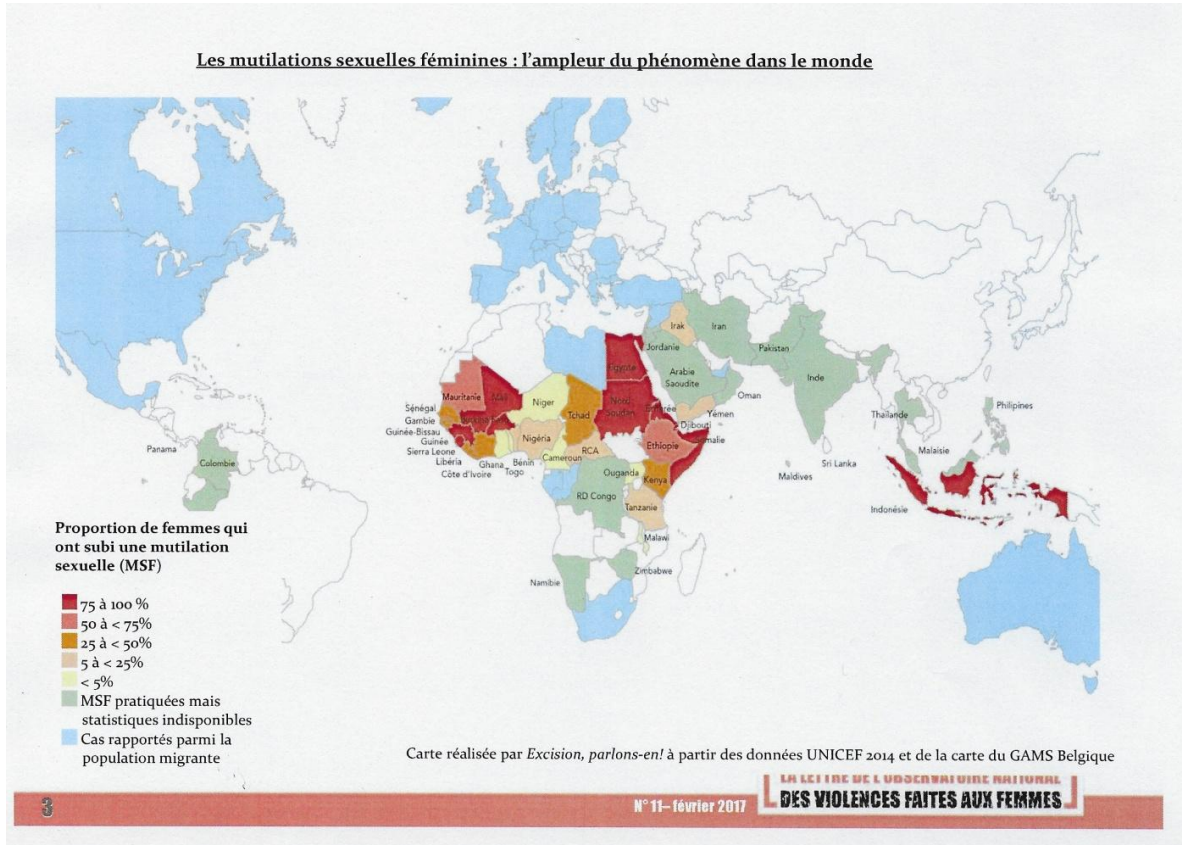
Annexe 5 : Modèle de signalement de personne majeur hors d'état de se protéger

Annexe 6 : Coordonnées du Procureur de la République et de la CRIP de Marseille

Annexe 7 : Coordonnées des associations luttant contre les mutilations génitales féminines

Annexe 8 : Coordonnées des PMI de Marseille

Annexe 1: Prévalence des mutilations génitales féminines dans le monde



Annexe 2 : Questionnaire distribué aux sages-femmes

QUESTIONNAIRE MEMOIRE ETUDIANTE SAGE-FEMME

Bonjour,

Je suis étudiante sage-femme en quatrième année à l'école de Marseille.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, j'étudie les connaissances des sages-femmes faces aux mutilations génitales féminines.

Pour cela, je vous sollicite en vous demandant de remplir ce questionnaire qui restera anonyme. Cela vous prendra 10 minutes.

Je vous remercie par avance pour votre participation.

I/ Quelle sage-femme êtes-vous ?

1) Quel est votre sexe ?

F

M

2) Où avez-vous fait vos études ?

.....

3) En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état de sage-femme ?

.....

4) Avez-vous fait d'autres études que celles de sage-femme dans le domaine de la santé ?

OUI

NON

Si oui, lesquelles ?

5) Dans quel(s) département(s) avez-vous travaillé auparavant ?

.....

6) Avez-vous déjà fait de l'humanitaire ?

- OUI
- NON

Si oui, dans quel(s) pays ?

.....

7) Avez-vous déjà été formé(e) sur les mutilations génitales féminines ?

- Jamais
- En formation initiale
- En formation continue

8) Depuis l'obtention de votre diplôme, dans quel(s) secteur(s) exercez-vous majoritairement ?

- Consultations prénatales
- Préparation à la naissance et à la parentalité
- Suivi gynécologique
- Grossesses à risque élevé
- Echographies
- Salle d'accouchement
- Suites de couches
- Rééducation périnéale
- PMI
- Autre(s), Précisez

II/ Quelles sont vos connaissances faces aux mutilations génitales féminines ?

9) Classez, selon vous, les pays étrangers ayant la plus forte prévalence de mutilations génitales féminines par ordre croissant

Somalie	
Bénin	
Egypte	
Yémen	
Indonésie	
Niger	

10) Selon vous, quels sont les trois départements ou régions françaises où l'on retrouve le plus de femmes atteintes de mutilations génitales féminines ? (cochez les 3 bonnes réponses) :

- Le Nord Pas de Calais
- L'Île-de-France
- Les Bouches-du-Rhône
- L'Oise
- La Seine Maritime
- L'Eure

11) Les femmes et fillettes africaines sont les plus à risques de subir une mutilation génitale féminine

- OUI
- NON
- Ne sais pas

12) L'islam est la seule religion dans laquelle les mutilations génitales féminines sont pratiquées

- OUI
- NON
- Ne sais pas

13) D'après l'OMS, il existe 4 types de mutilations génitales féminines

- OUI
- NON
- Ne sais pas

14) Les mutilations génitales féminines les plus fréquentes sont les infibulations

- OUI
- NON
- Ne sais pas

15) Selon vous, lors de l'accouchement :

- une césarienne prophylactique est recommandée
- une épisiotomie est recommandée quel que soit le type de mutilation
- la pose d'une analgésie péridurale est fortement recommandée
- la durée d'expulsion est significativement prolongée chez une femme ayant été victime d'une mutilation génitale
- les scores d'Apgar des nouveaux nés de mères mutilées sont inférieurs à ceux des nouveaux nés de mères non mutilées

16) Quelles sont les complications à long terme que peut avoir une femme victime de mutilation génitale ?

- les kystes vulvaires
- les fistules recto-vaginales
- la stérilité
- une insuffisance rénale
- la répudiation de la femme par son entourage à cause de ces complications

III/ Législation et conduite à tenir de la sage-femme

17) Pensez-vous que la sage-femme a un rôle dans la prise en charge d'une mutilation génitale féminine ?

- OUI
- NON

18) Avez-vous déjà fait le diagnostic d'une mutilation génitale féminine ?

- OUI
- NON

Si vous avez répondu OUI à la question 18, répondez aux questions 19 et 20, si vous avez répondu NON, passez aux questions 21 et 22

19) Si oui, qu'elle a été votre conduite à tenir ?

.....
.....

20) Avez-vous abordé le sujet avec la patiente ?

- OUI
- NON

Si oui, comment avez-vous fait ?

.....
.....

21) Si non, quelle doit être, selon vous, la conduite à tenir de la sage-femme ?

.....
.....

22) Si vous faites un jour le diagnostic d'une mutilation génitale féminine, osez-vous en parler avec la patiente ?

- OUI
- NON
- Ne sais pas

23) Etes-vous déjà passé(e)s à côté d'un diagnostic de mutilation génitale ?

- OUI
- NON
- Ne sais pas

24) Selon vous, une jeune fille née en France peut se voir reconnaître la qualité de réfugiée en raison du risque d'être exposée à la pratique d'une mutilation génitale dans le pays dont elle a la nationalité

- OUI
- NON
- Ne sais pas

25) Selon la législation Française, le coupable d'une mutilation génitale féminine peut être poursuivi si (cochez les réponses justes) :

- la mutilation faite sur une femme ou fillette française a été commise sur le territoire français
- la mutilation faite sur une femme ou fillette française a été commise sur un territoire étranger
- la mutilation faite sur une femme ou fillette étrangère a été commise sur le territoire français
- la mutilation faite sur une femme ou fillette étrangère résidant habituellement en France a été commise sur un territoire étranger
- la mutilation faite sur une femme ou fillette étrangère ne résidant pas en France a été commise sur un territoire étranger

26) Selon le code pénal, les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente sont punies de :

- 5 ans d'emprisonnement et 10 000 euros d'amende
- 10 ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende
- 20 ans de réclusion criminelle et 150 000 euros d'amende si ces violences sont commises sur un(e) mineur(e) de moins de quinze ans par un ascendant
- 30 ans de réclusion criminelle et 200 000 euros d'amende si ces violences sont commises sur un(e) mineur(e) de moins de quinze ans par un ascendant

Des poursuites sont également possibles pour non assistance à personne en danger

27) Sans l'accord de la victime, il est possible de lever le secret médical et de signaler aux autorités compétentes les cas d'atteintes sexuelles infligées à un mineur ou à toute autre personne n'étant pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique :

- OUI
- NON
- Ne sais pas

28) Il est possible de lever le secret médical pour porter à la connaissance du Procureur de la République un cas de mutilation génitale sans l'accord de la victime majeure et propriétaire de toutes ses capacités

- OUI
- NON
- Ne sais pas

29) Connaissez-vous des associations luttant contre les mutilations génitales féminines ?

- OUI
- NON

Si oui, lesquelles ?

.....
.....

30) Avez-vous des propositions concernant l'amélioration de la formation des sages-femmes vis-à-vis des mutilations génitales féminines ?

- OUI
- NON

Si oui, lesquelles ?

.....
.....

Annexe 3 : Modèle de certificat médical à destination des sages-femmes

Qui contacter ?

Le 17 : numéro qui vous permet de joindre la police et la gendarmerie.

Le 112 : numéro d'appel unique européen pour accéder aux services d'urgence, valable dans l'Union européenne.

Le 15 : numéro spécifique aux urgences médicales, qui vous permet de joindre 24h/24 le service d'aide médicale urgente (SAMU).

Le 18 : numéro qui vous permet de joindre les pompiers.

Le 114 : numéro d'urgence pour les personnes sourdes ou malentendantes ou ayant des difficultés à parler victimes ou témoins d'une situation d'urgence, afin de solliciter par SMS l'intervention des services de secours (en remplacement des 15, 17, 18)

Numéro d'écoute, d'information et d'orientation

39 19 : Violences Femmes Info

Numéro gratuit anonyme, ne laissant aucune trace sur la facture téléphonique, accessible 7/7 gratuit, qui assure une écoute, une information, et, en fonction des demandes, une orientation adaptée vers les dispositifs locaux d'accompagnement et de prise en charge.

Lien Internet

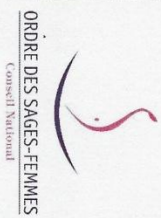
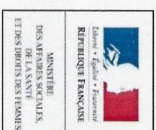
<http://p://stop-violences-femmes.gouv.fr>

www.ordre-sages-femmes.fr

Le pratique du certificat médical descriptif

Sur demande de la patiente

Version novembre 2015



**Modèle de certificat médical
Sur demande de la patiente**

Nom et prénom de la sage-femme : _____

Adresse : _____

Numéro RPPS : _____ ou d'inscription à l'ordre des sages-femmes : _____

Je, soussigné(e), M. (Mme) _____ certifie avoir examiné

Madame (Nom, Prénom,) née _____ le _____

le _____ (date) à _____ (heure) à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile,

autre) _____

(lorsqu'il s'agit d'un mineur) en présence de son représentant légal, Madame, Monsieur

Cet examen a nécessité la présence d'un interprète (ou d'un assistant), Madame, Monsieur

Elle déclare sur les faits « avoir été victime de _____ à _____ (lieu) », le

(date) à _____ (heure) à _____ (lieu) ».

Elle déclare/dit se plaindre de « _____ ».

Elle présente à l'examen clinique :

- Etat gravifique et âge de la grossesse (le cas échéant) : _____

- Sur le plan physique : _____

- Sur le plan psychique : _____

Certificat établi le _____ (date), à _____ (heure), à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre), à la demande de Madame _____ (Nom, prénom) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Signature (et cachet) d'authentification

Les 10 règles d'utilisation du certificat médical

- 1 - Rédiger le certificat de manière lisible, précise, sans termes techniques
- 2 - Indiquer le lieu de rédaction du certificat, dater et signer le certificat (ne pas antidater ou postdater le certificat)
- 3 - Mentionner votre nom, prénom, coordonnées professionnelles, n° RPPS ou d'inscription au Tableau de l'Ordre
- 4 - Mentionner clairement les éléments d'identité de la patiente (en cas de doute, utiliser la mention « *me déclare se nommer...* »)
- 5 - Ne porter aucun jugement, aucune accusation envers un tiers, aucune interprétation sur les faits relatés par la patiente
- 6 - Après avoir nécessairement procédé à un examen de la patiente, décrire de manière factuelle et objective les lésions ou signes constatés
- 7 - Retranscrire sans interprétation et entre guillemets les déclarations faites par la patiente
- 8 - Ne pas violer le secret professionnel (ne pas révéler, via le certificat, des informations soumises au secret professionnel sans l'accord de la patiente)
- 9 - Remettre en main propre le certificat uniquement à la patiente (ou à son représentant légal s'il s'agit d'une mineur ou d'une majeur protégée et si ce représentant n'est pas impliqué dans les faits) et en aucun cas à un tiers
- 10 - Conserver une copie du certificat établi

→ Vous pouvez reprendre les termes de ce modèle sur votre papier à entête. Ce modèle est également disponible en version électronique sous format A4 à l'adresse suivante :

[h p://stop-violences-femmes.gouv.fr/Modeles-de-cer_cats.html](http://p://stop-violences-femmes.gouv.fr/Modeles-de-cer_cats.html)

**L'établissement d'un certificat médical engage la responsabilité
professionnelle de la sage-femme**

Annexe 4 : Modèle de signalement de personne mineure

Sérvices à mineur : modèle type de signalement

L'article 44 du code de déontologie médicale (art. R. 4127-44 du code de la santé publique) impose au médecin de protéger le mineur et de signaler les sérvices dont il est victime.

L'article 226-14 du code pénal délève le médecin du secret professionnel et l'autorise à porter à la connaissance du Procureur de la République (joignable 24h/24, 7J/7) ou de la Cellule de recueil de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (CRIP) (joignable aux horaires d'ouverture des bureaux) les sérvices ou privations constatés et les informations relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être.

Afin d'aider le médecin dans cette démarche, un modèle de signalement judiciaire a été élaboré en concertation entre le Ministère de la justice, le Ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées, le Ministère délégué à la famille, le Conseil national de l'Ordre des médecins et les associations de protection de l'enfance. Ce modèle a été actualisé.

Le signalement des sérvices ou privations constatés doit être adressé directement par le médecin au Procureur de la République ou des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être au médecin de la CRIP du conseil départemental (ex conseil général).

Si, dans l'urgence, le signalement au Procureur est effectué par téléphone ou télécopie, il sera confirmé par un document écrit, daté et signé. Le médecin s'assurera de sa réception et en conservera un double.

Cachet du médecin

SIGNALEMENT

Pour personne mineure (moins de 18 ans)

(veuillez écrire en lettres d'imprimerie)

Je certifie avoir examiné ce jour (en toutes lettres) :

- date (jour de la semaine et chiffre du mois) :
- année :
- heure :

Le mineur :

- nom :
- prénom :
- date de naissance (en toutes lettres) :
- sexe :
- adresse :

Accompagné de (noter s'il s'agit d'une personne majeure ou mineure, indiquer si possible les coordonnées de la personne et les liens de parenté éventuels avec le mineur) :

- la personne accompagnatrice nous a dit que : «

- le mineur nous a dit que : «

Cachet du médecin

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice :
(rayer la mention inutile)

Oui

Non

- description du comportement du mineur pendant la consultation :

- description des lésions s'il y a lieu (noter le siège et les caractéristiques sans en préjuger l'origine)

-
-
-
-
-
-

Compte-tenu de ce qui précède et conformément à la loi, je vous adresse ce signalement.

Signalement adressé au Procureur de la République et copie à la Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) du conseil départemental (ex conseil général)

Fait à _____, le

Signature du médecin ayant examiné le mineur :

Annexe 5 : Modèle de signalement de majeure hors d'état de se protéger

SIGNALEMENT

*Pour personne majeure hors d'état de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité **physique** ou psychique*

Dr (nom, prénom) :
Adresse d'exercice :

Je certifie avoir examiné le¹ :

- M. ou Mme

- Nom :
- Prénom :
- Date de naissance :
- Sexe :
- Adresse :

- Accompagné (rayer la mention inutile) Oui Non

- Si oui : indiquer si possible l'identité et les coordonnées de la personne accompagnatrice et ses liens avec la personne examinée

• La personne accompagnatrice nous a dit que : « _____

_____ »

- M. ou Mme nous a dit que : « _____

_____ »

¹ Date et heure de l'examen clinique

- Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice (rayer la mention inutile): Oui Non

- Description du comportement (les signes psychiques constatés) pendant la consultation :

- Description des lésions physiques s'il y a lieu (noter le siège et les caractéristiques sans en préjuger l'origine) :

Compte-tenu de ce qui précède et conformément à la loi, j'adresse ce signalement au Procureur de la République de²

Fait à _____, le _____
Signature et tampon du médecin ayant examiné la personne :

² Ville du TGI du lieu de résidence de la personne examinée

Annexe 6 : Numéros et adresses du Procureur de la République et de la CRIP de Marseille

Tribunal de Grande Instance de Marseille :

6, rue Joseph Autran, 13281 Marseille Cedex 06

04 91 15 50 50 ou en ligne sur : <http://www.justice.gouv.fr/>

Cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations

préoccupantes :

0800 13 13 00 (n°vert départemental)

Guide pratique disponible sur : <http://www.reforme-enfance.fr/documents/guidecellule.pdf>

Site du CRIP : crip13@cg13.fr

Annexe 7 : Coordonnées des associations de lutte contre les mutilations génitales féminines

- Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles, des Mariages Forcés et autres pratiques traditionnelles néfastes à la santé des femmes et des enfants (GAMS) : <http://federationgams.org/>. Adresse à Marseille : 32 rue de Crimée 13003 Marseille ; Tel: 04 91 95 83 55 ou 06 72 16 16 76
- Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles (CAMS) : www.cams-fgm.org.
- Gynécologie sans frontière (GSF) www.gynsf.org
- Organisation mondiale de la santé (OMS) : <http://www.who.int/fr/>.
- Mouvement français pour le planning familial (MFPPF) : www.planning-familial.org
- UNICEF : Le Fonds des Nations unies pour l'enfance : <https://www.unicef.org/fr>.
- Inpes : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé: <http://www.inpes.sante.fr/>
- Ministère chargé des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes : <http://social-sante.gouv.fr/>;<http://stop-violences-femmes.gouv.fr/>;
<http://femmes.gouv.fr/>
- 3919 : Numéro d'écoute national destiné aux femmes victimes de toutes formes de violences (violences au sein du couple, violences sexuelles, violences au travail, mutilations sexuelles féminines, mariages forcés...)
- 119 : Allo Enfance en danger
- Observatoire de l'enfance en danger (ONED) : www.oned.gouv.fr
- Conseil national de l'Ordre des médecins : www.conseil-national.medecin.fr

- Conseil national de l'Ordre des sages-femmes : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/>
- Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) : www.cngof.asso.fr
- Site ressource : <http://www.excisionparlonsen.org/>

Annexe 8 : Coordonnées des PMI de Marseille

- Centre Boues : 24, rue Jobin 13003 Marseille ; 04.13.31.65.40
- Centre de La Joliette : 63, avenue Robert Schuman 13002 Marseille ; 04.13.31.69.44
- Centre Les Flamants : 16, avenue Ansaldi 13014 Marseille ; 04.13.31.61.14
- Centre le Nautil : 29, avenue du Nautil 13013Marseille ; 04 .13.31.57.45
- Centre St Adrien : 12, rue Saint Adrien 13008 Marseille ; 04.13.31.56.01

Résumé

Les mutilations génitales féminines sont considérées comme une violence faite aux femmes et définies comme étant « toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre mutilation des organes génitaux féminins pratiquées à des fins non thérapeutiques » (OMS). Ces mutilations sont interdites en France et dans de nombreux pays Africains. Les sages-femmes font parties des professionnels de santé confrontés directement aux victimes de ces mutilations et devant en faire le diagnostic et la prise en charge.

Objectifs : Le but de l'étude était d'identifier l'état des connaissances des sages-femmes sur les mutilations génitales féminines, la législation et la conduite à tenir qu'elles doivent mettre en place durant la grossesse et/ou l'accouchement.

Matériels et méthodes : Une étude prospective sur 118 sages-femmes a été réalisée à partir de 260 questionnaires distribués entre le 5 juillet 2016 et le 22 août 2016.

Résultats : Les résultats démontrent un manque de connaissances dans tous les domaines abordés par le questionnaire

Analyse et discussion : Cette étude a permis de mettre en évidence les points forts et les points faibles concernant la connaissance des sages-femmes sur les mutilations génitales féminines mais aussi leurs souhaits permettant l'amélioration de leurs savoirs.

Conclusion : Les sages-femmes de Marseille méconnaissent la prévalence importante des mutilations dans certains pays, ni même les organismes devant être contactés pour une prise en charge optimale. Elles sont par ailleurs requérantes d'une formation continue plus concrète.

Mots clés : Mutilations génitales féminines ; Mutilations sexuelles féminines ; Excision ; Clitoridectomie ; Infibulation

Summary

The female genital mutilations are considered as a harm inflicted on women and defined as "every interventions leading to a partial or complete ablation of the woman's external genital organs, or any other mutilations of the female genital organs for non-therapeutic aims. These mutilations are forbidden in France and in many African countries. The midwives are part of the health professionals directly confronted to the victims of these mutilations which duty is to diagnosis and support them.

Goals : The goal of the study is to identify the state of the midwives' knowledges over the female genital mutilations, the law and how they have to act when they face pregnancy and/or childbirth.

Tools and methods : A prospective study over 118 midwives was conducted using 260 surveys, distributed between July, 5th and August, 22nd of the year 2016.

Results : The results display a lack of knowledge in all areas approached by the questionnaire.

Analysis and discussion : This study brought out the highs and the lows over the midwives' knowledge of the feminine genital mutilations as well as their wishes to increase their knowledges.

Conclusion : The midwives of Marseille underrate the considerable prevalence rate of the mutilations in certain countries, as much as the structures that have to be contacted for a perfect support. Moreover they ask for a more concrete education.

Key words : female genital mutilations, female sexual mutilations, female circumcision, clitoridectomy, female circumcision.