



HAL
open science

Les sages-femmes en consultation face aux mutilations sexuelles féminines

Hadiaratou Myriam Doucouré

► **To cite this version:**

Hadiaratou Myriam Doucouré. Les sages-femmes en consultation face aux mutilations sexuelles féminines. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-01908894

HAL Id: dumas-01908894

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01908894>

Submitted on 30 Oct 2018

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.

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

Hadiaratou, Myriam DOUCOURÉ

En vue de l'obtention du **Diplôme d'Etat de sage-femme**

LES SAGES-FEMMES EN CONSULTATION FACE AUX MUTILATIONS SEXUELLES

Soutenu le : 20 septembre 2018

Directeur de mémoire : Florence FRANCILLON

JURY

Elodie PROT, Sage-Femme Enseignante, UVSQ (Présidente)

Sophie PRUDHOMME, Sage-Femme Enseignante, UVSQ

Christine HAMELIN, Sociologue Maître de Conférence, UVSQ

Numéro national d'étudiant : 21302963

Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite expose son auteur à des poursuites pénales.

Remerciements

A Celui Qui ne m'a pas laissée livrée à moi-même ne serait-ce qu'un seul instant.

A ma directrice de mémoire, Florence FRANCILLON pour ses précieux conseils, sa disponibilité et sa patience.

A ma référente pédagogique, Elodie PROT sans qui je ne serais pas sage-femme aujourd'hui.

A l'équipe pédagogique du département de Maïeutique de l'UVSQ.

A ma maman pour son soutien incommensurable à tous les niveaux.

A mon tendre époux, Caourou TRAORÉ pour avoir été plus que compréhensif et attentionné, l'aventure ne fait que commencer pourtant je suis sûre d'avoir le meilleur compagnon de route.

A mon défunt père, ma fratrie tout entière et mes nièces pour leur soutien moral.

A Djibril DOUCOURÉ (ainsi que ses collaborateurs) pour tous les efforts déployés sans relâche jour et nuit. Ce travail ne serait abouti sans toi.

A Raja, Kadiatou, Bouchra, Assetou, Aude, Sana, Sarah, Dounia, Marie-Caroline, Laure, Caroline, Adélaïde et toutes les ESF qui m'ont entourée durant ces années.

A toute personne qui aurait contribué de près ou de loin à ce résultat....

Merci, Merci et encore merci.

Table des matières

AVERTISSEMENT	II
REMERCIEMENTS	III
TABLE DES MATIERES	IV
LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES FIGURES	VIII
LISTE DES ANNEXES	IX
LEXIQUE	X
TITRE ET RESUME	XI
TITLE AND ABSTRACT	XIII
INTRODUCTION	1
1 GENERALITES SUR LES MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES	3
1.1 Définition	3
1.1.1 Mutilations sexuelles	3
1.1.2 Classification	3
1.2 Données épidémiologiques	10
1.2.1 Répartition géographique	10
1.2.2 Histoire des mutilations	15

1.3	Les raisons	16
1.4	Les conséquences	18
1.5	Mettre fin à cette pratique	20
1.5.1	Principes juridiques	20
1.5.2	Prévention	23
1.5.3	Chirurgie réparatrice	25
1.6	La place des sages-femmes	26
1.6.1	Dépistage et prise en charge	26
1.6.2	En parler en consultation	27
1.6.3	Question de recherche	29
2	MATERIEL ET METHODES	30
2.1	Objectifs et hypothèses	30
2.2	Type d'étude	31
2.3	Outils méthodologiques et déroulement de l'étude	31
2.4	Participants	31
2.5	Stratégie d'analyse	32
2.6	Considération éthique et réglementaire	33
3	RESULTATS ET DISCUSSION	34
3.1	Description de la population d'étude.	34
3.1.1	Expérience des sages-femmes	34
3.1.2	Mode d'exercice des sages-femmes	34
3.1.3	Lieu d'exercice des sages-femmes	35
3.1.4	Place de la consultation dans leur activité	35
3.2	Résumé des principaux résultats.	36
3.2.1	Le Ressenti et le regard des sages-femmes face aux patientes mutilées	36
3.2.2	Le dépistage des mutilations sexuelles	37



3.2.3	La formation des sages-femmes	37
3.2.4	La façon dont elles évoquent le sujet	38
3.2.5	L'impact de la formation sur la façon dont elles évoquent le sujet en consultation	38
3.2.6	Leur capacité à mobiliser les ressources dont elles disposent	39
3.3	Discussion des résultats.	40
3.3.1	Introduction	40
3.3.2	L'usage de supports graphiques ou de miroir	41
3.3.3	Connaissances liées à la formation mais limitées	41
3.3.4	Malgré les connaissances limitées, les sages-femmes s'efforcent d'en parler	43
3.4	Forces et faiblesses de l'étude.	45
3.5	Implications et perspectives.	46
	CONCLUSION	47
	BIBLIOGRAPHIE	48
	ANNEXES	51

Liste des tableaux

Tableau 1 : Comparatif de données concernant les MSF par pays. 12

Liste des figures

Figure 1 : Organes génitaux féminins non altérés.....	4
Figure 2 : Ablation partielle ou totale du clitoris (clitoridectomie) et/ou du prépuce.	5
Figure 3 : Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres avec ou sans excision des grandes lèvres (excision).....	7
Figure 4 : 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 (infibulation).	8
Figure 5 : Autre forme de mutilation. ²	9
Figure 6 : Répartition mondiale des MSF (2014).	10
Figure 7 : Répartition des MSF en Afrique et au Moyen-Orient. (2013) ³	13
Figure 8 : Schéma du clitoris ⁴	25

Liste des annexes

Annexe I : Trame d'entretien semi-directif.....	52
Annexe II : Modèle de certificat médical à destination des sages-femmes	54
Annexe III : Descriptif de la technique de réparation mis en place par le Dr P.FOLDÈS	55
Annexe IV : Contacts utiles.....	56
Annexe V : Documentation	59

Lexique

- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.
- **MSF** : Mutilations Sexuelles Féminines
- **MGF/E** : Mutilations Génitales Féminines/ Excision
- **ONG** : Organisation Non Gouvernementale
- **GAMS** : Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles et des Mariages Forcés et autres pratiques traditionnelles néfastes à la santé des femmes et des enfants
- **CAMS** : Commission pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles
- **UNICEF** : United Nations of International Children's Emergency Fund (en anglais) ou Fonds des Nations Unies pour l'Enfance.
- **UNFPA** : United Nations Population Fund (en anglais) ou Fonds des Nations Unies pour la Population.
- **CDRIP** : Cellule Départementale de Recueil des Informations Préoccupantes
- **ASE** : Aide Sociale à l'Enfance.
- **GSF** : Gynécologie Sans Frontières
- **EIGE** : Institut Européen pour l'Égalité de Genre.
- **EDS** : Enquête Démographique et de Santé à indicateurs multiples
- **DHS** : Demographic and Health Surveys
- **MICS** : Multiple Indicator Cluster Surveys

Titre et résumé

Les sages-femmes en consultation face aux mutilations sexuelles féminines.

Objectifs : Aujourd’hui environ 200 millions de femmes ou fillettes ont subi des mutilations sexuelles dans le monde. 3 millions d’autres en sont menacées chaque année. Vieilles de plusieurs millénaires, les mutilations sexuelles féminines (MSF) sévissent sur tout le globe, principalement en Afrique. L’Europe et la France n’en dérogent pas puisque 42 000 à 61 000 personnes seraient touchées sur le territoire national. Les sages-femmes peuvent être amenées à côtoyer ces femmes et agir pour les accompagner. Dans un contexte où la prise en charge médicale conventionnelle se confronte à des spécificités traditionnelles, quelles sont les méthodes utilisées et les limites rencontrées par les sages-femmes pour évoquer les mutilations sexuelles en consultation ? Sur quels outils et ressources s’appuient-elles ? Quel est le retentissement de la formation sur cet échange ? Quelles représentations des mutilations se font les sages-femmes ?

Matériel et méthodes : Nous avons donc réalisé une étude qualitative basée sur des entretiens semi-directifs avec 12 sages-femmes ayant une pratique courante en consultation. Ont été incluses des sages-femmes hospitalières, libérales, territoriales et à activité mixte. Elles exerçaient au sein de structures accueillant une part importante de populations provenant des régions du monde les plus touchées par les mutilations sexuelles.

Résultats : Du point de vue technique, les sages-femmes interrogées utilisaient par défaut la communication verbale pour évoquer les (MSF), peu avaient recours à des supports iconographiques ou accessoires comme le miroir. Elles exprimaient quasi unanimement une volonté de prendre en charge, d’accompagner les patientes et de prévenir les MSF. Cependant, malgré l’expérience, elles pouvaient être limitées par une formation insuffisante ou peu ciblée sur les enjeux globaux des MSF ainsi que sur la mise en place d’un plan d’accompagnement pluridisciplinaire. Elles soulignaient également l’importance à accorder à la levée des tabous ainsi qu’à l’éducation à la santé des patientes pour une meilleure connaissance et maîtrise de leur corps.

Mots-clés : Mutilations sexuelles, consultation, formation, prise en charge.

Title and Abstract

Objective: Today, around 200 million of women and young girls have experienced genital mutilations in the world. In addition, other three million of individuals are threatened by this practice every year. Practiced during the last thousand years, genital mutilations are today affecting a significant portion of the world population, particularly the African population. Europe and France are not exempt from this practice as approximately 42,000 to 61,000 people are affected on the national territory. The midwives can be trained to get to know the victims and assist them to recover from that experience. In a context where the medical coverage is relative to specific customs, what are the methods used and the potential limits encountered by the midwives to approach the sexual mutilations during consultation? What are the resources and materials they can rely on? What is the impact of the training course to be expected from this exchange? Which representations of the sexual mutilations do the midwives adopt?

Methods: We have realized a qualitative study based on semi-directive interviews with 12 midwives who have a current practice in consultation. This study also includes hospital, liberal and Maternal-child Health Policy midwives with different activities. They exercised in the structures welcoming a significant part of populations coming from the most affected area in the world by the sexual mutilation practices.

Results and conclusion: In a technical approach, the midwives who were interrogated on that subject were using, on default, verbal communication as a way to approach the women of that phenomenon. Indeed, some had an option to rely on iconographic supports or accessories such as mirrors. They express their will to assist and take care of the female patients and to prevent such practices in the future. However, regardless of their experience, they could be limited by the insufficient amount of training course and the fact that the trainings are not focused on the consequences caused by the female genital mutilations on a global scale. In addition, the lack of multi-disciplinary assistance programs can prevent them from achieving their initial objectives which are to mitigate the old and bad practices of mutilation. The midwives also



emphasized the importance of resolving the issues of taboos regarding that subject and to encourage the health education of patients for a better knowledge and master of their bodies.

Key words: Sexual mutilations, consultation, training course, health coverage.

Introduction

« Il y a des pratiques que nos ancêtres eux-mêmes s'ils revenaient à la vie trouveraient caduques et dépassées. » : citation du célèbre écrivain ethnologue malien Amadou Hampâté Bâ (1900 ou 1901-1991). Aujourd'hui, une pratique qui prendrait naissance du temps des pharaons fait des victimes toutes les 15 secondes. Il s'agit des mutilations sexuelles féminines. Faussement justifiée par diverses raisons allant de l'esthétisme à la volonté identitaire, cette pratique est très répandue à l'échelle de la planète. Elle touche essentiellement le continent africain et concerne également l'Occident, principalement du fait des flux migratoires. La France ne déroge pas à la règle. Les mutilations sexuelles féminines ont des conséquences sanitaires et psychologiques désastreuses. Les vies de femmes et de fillettes en sont menacées. L'enjeu est majeur en termes de santé publique et de droit humain. En effet, toute personne, homme ou femme, a le droit de disposer de son corps. Dans ce sens, différents acteurs à l'échelle locale et internationale mettent en commun leurs efforts afin d'éradiquer ce fléau. En 2004 un plan national de santé visait à éliminer les mutilations sexuelles pour 2010. Aujourd'hui, des améliorations sont notables mais la pratique reste pour beaucoup ancrée dans le patrimoine culturel. Dans le cadre de leur profession, les sages-femmes peuvent être témoins de ces sévices et de leurs conséquences sur les patientes qu'elles rencontrent, notamment en consultation. Ainsi elles peuvent être actrices de la prise en charge de ces femmes, de ces fillettes à court comme à long terme. Au cours de mes études, je me suis rendue compte que le sujet était très peu abordé au sein du corps médical et notamment par les sages-femmes. Très intéressée par le domaine de la consultation, je me suis demandée quelles étaient les méthodes utilisées et les limites rencontrées par les sages-femmes pour évoquer les mutilations sexuelles en consultation. J'ai supposé que les sages-femmes, après un examen des organes génitaux externes, utilisaient un miroir ou des supports graphiques pour informer et communiquer avec les patientes. Que certaines évitaient d'en parler car elles ne savaient pas quelle prise en charge proposer ou encore que, par méconnaissance du sujet, elles peinaient à aborder le sujet pour ne pas s'immiscer dans l'intimité de la patiente. Pour



répondre à cette problématique, j'ai effectué des entretiens semi-directifs auprès de sages-femmes de consultation à Paris et en proche banlieue. L'étude menée ainsi que ces résultats seront exposés et discutés après une présentation de généralités concernant les mutilations sexuelles féminines.

1 Généralités sur les mutilations sexuelles féminines

1.1 Définition

1.1.1 Mutilations sexuelles

Les mutilations sexuelles sont définies par l’OMS comme étant : « Toute intervention incluant l’ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou la lésion des organes génitaux externes féminins pratiquée pour des raisons culturelles ou religieuses ou pour toute autre raison non thérapeutique » (1).

1.1.2 Classification

Les mutilations sexuelles féminines sont de différentes formes. L’OMS les a classées en 4 grands groupes eux-mêmes subdivisés en sous-groupes.

Organes génitaux féminins non altérés

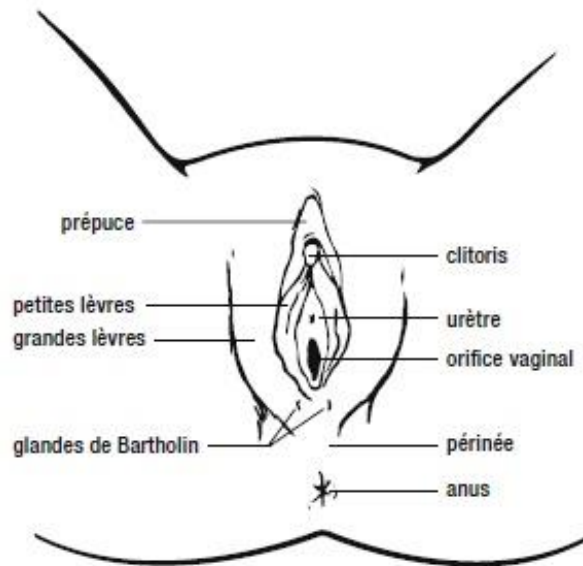


Figure 1 : Organes génitaux féminins non altérés¹

¹Source : Abdulcadir J, Catania L, Hindin MJ, Say L, Petignat P, Abdulcadir O. Female Genital Mutilation: A visual reference and learning tool for healthcare professionals. *Obstet Gynecol.* 2016 Nov;128(5):958-963

Le **type I** fait référence à la clitoridectomie : ablation totale ou partielle du clitoris et/ou du prépuce. Le **type Ia** concerne l'ablation du capuchon clitoridien ou du prépuce uniquement et le **type Ib** concerne l'ablation du clitoris et du prépuce.

Type I Ablation partielle ou totale du clitoris (clitoridectomie) et/ou du prépuce

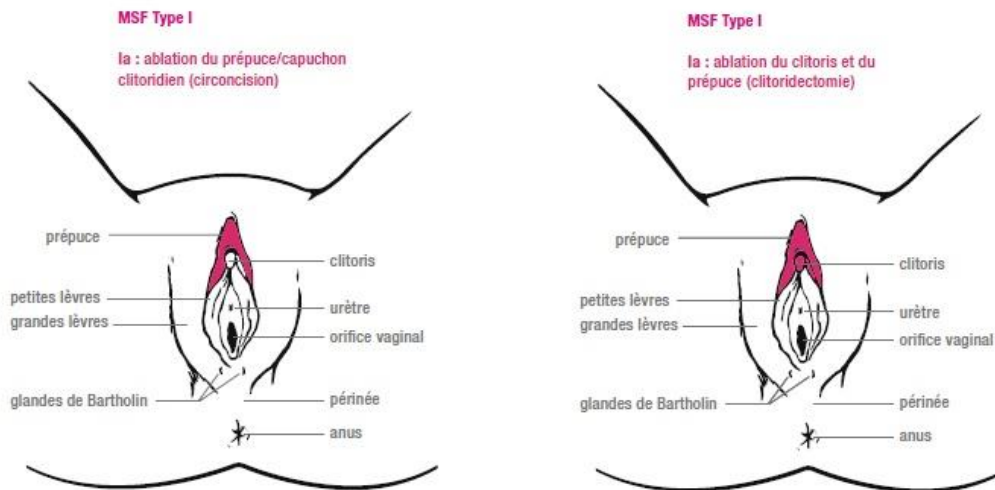


Figure 2 : Ablation partielle ou totale du clitoris (clitoridectomie) et/ou du prépuce.¹

¹Source : Abdulcadir J, Catania L, Hindin MJ, Say L, Petignat P, Abdulcadir O. Female Genital Mutilation: A visual reference and learning tool for healthcare professionals. *Obstet Gynecol.* 2016 Nov;128(5):958-963

Le **type II** fait référence à l'ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (communément appelée excision). Nous pouvons préciser que le **type IIa** concerne l'ablation des petites lèvres uniquement, le **type IIb**, ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres et le **type IIc**, ablation partielle ou totale du clitoris, des petites lèvres et des grandes lèvres.

Type II Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision)

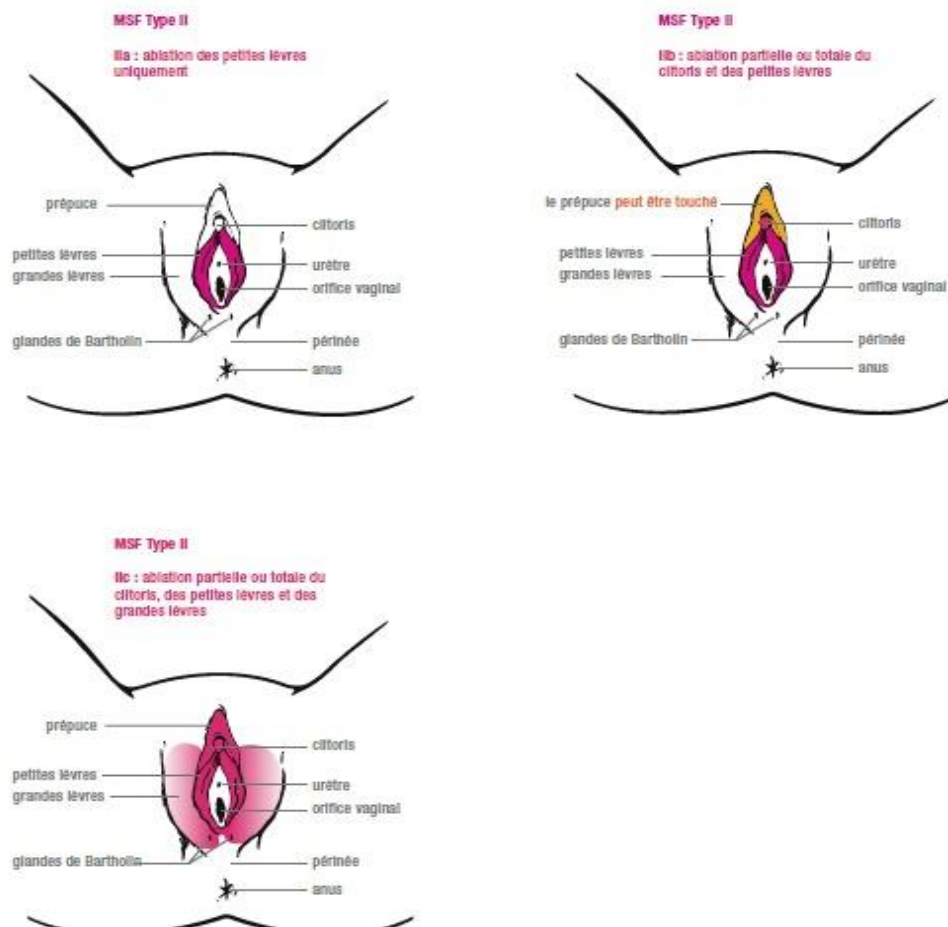
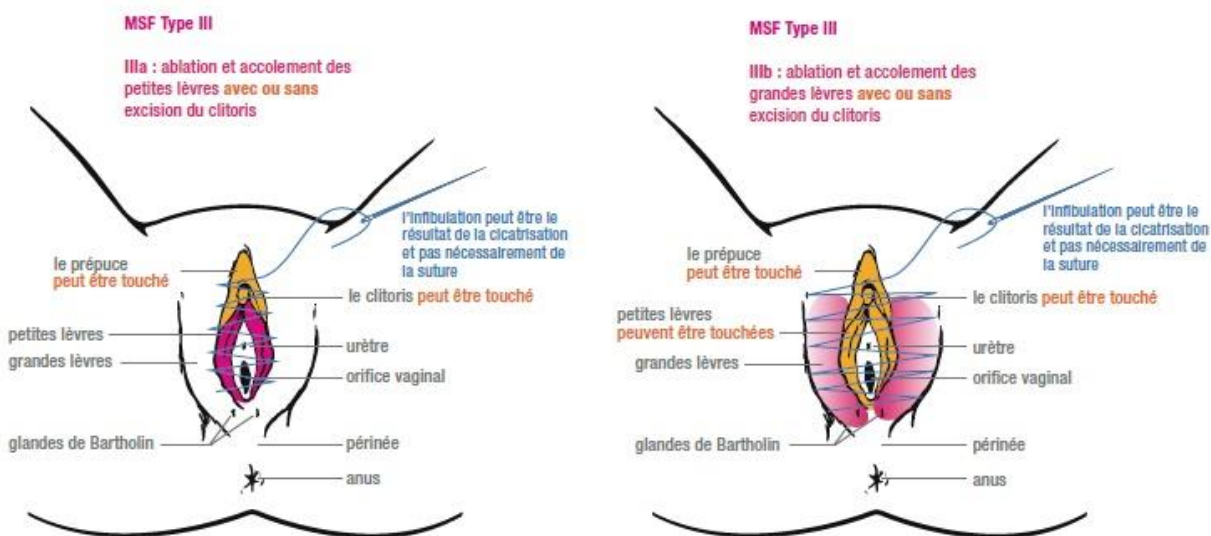


Figure 3 : Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres avec ou sans excision des grandes lèvres (excision).¹

Le **type III** fait référence au 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 (infibulation). On distingue le **type IIIa** qui consiste en l'ablation et l'accolement des petites lèvres du **type IIIb** consistant en l'ablation et l'accolement des grandes lèvres.

¹ Source : Abdulcadir J, Catania L, Hindin MJ, Say L, Petignat P, Abdulcadir O. Female Genital Mutilation: A visual reference and learning tool for healthcare professionals. *Obstet Gynecol.* 2016 Nov;128(5):958-963

Type III 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 (infibulation)



Réinfibulation Procédure consistant à rétrécir l'orifice vaginal chez une femme après une désinfibulation (notamment après un accouchement) ; également appelée re-suture.

Figure 4 : 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 (infibulation).¹

¹ Source : Abdulcadir J, Catania L, Hindin MJ, Say L, Petignat P, Abdulcadir O. Female Genital Mutilation: A visual reference and learning tool for healthcare professionals. *Obstet Gynecol.* 2016 Nov;128(5):958-963

Enfin le **type IV** fait référence à toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, telles que la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation (2).

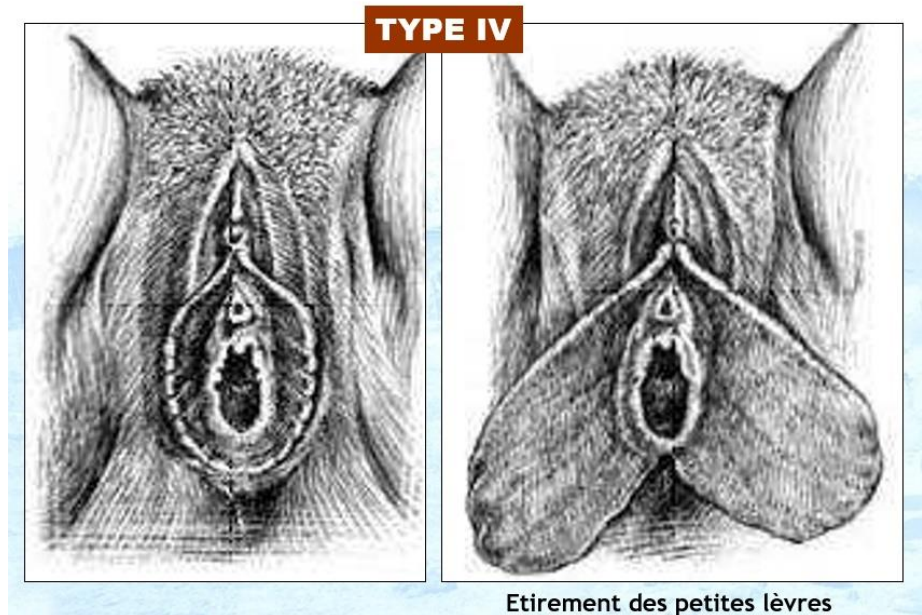


Figure 5 : Autre forme de mutilation.²

² Source : WHO « Female Genital Mutilation » - 2001

1.2 Données épidémiologiques

1.2.1 Répartition géographique

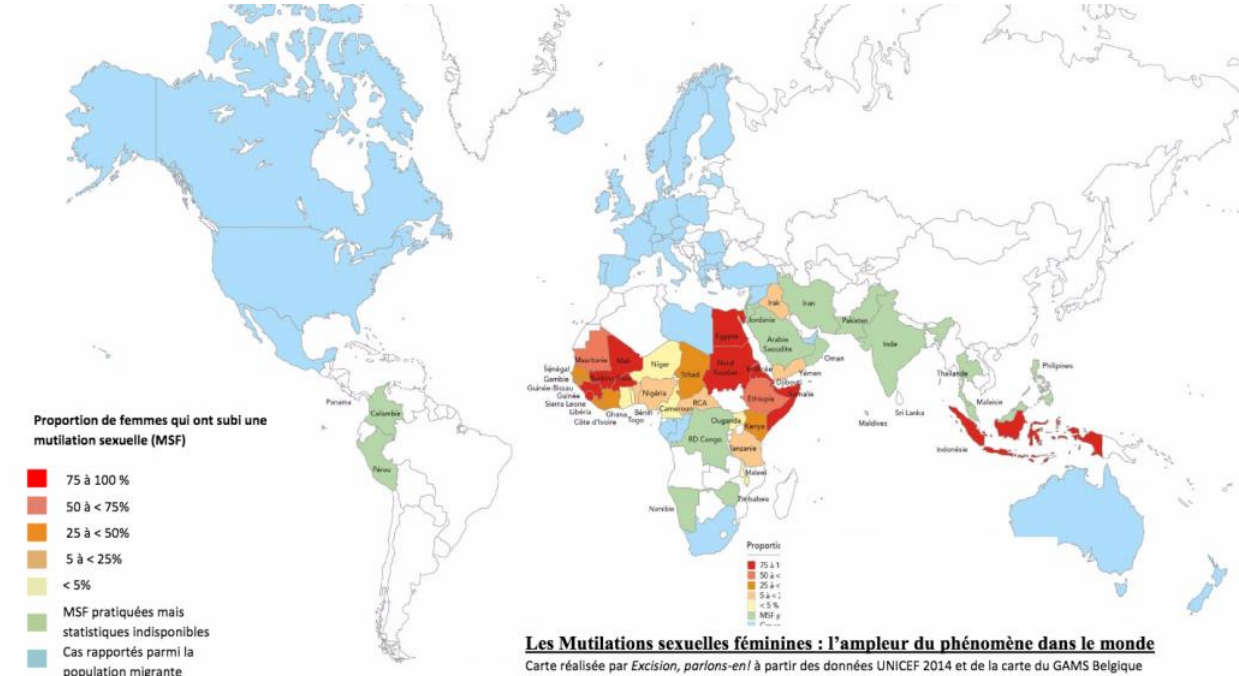


Figure 6 : Répartition mondiale des MSF (2014).

A l'échelle de la planète, en 2016, au moins 200 millions de femmes ou de fillettes ont subi une MSF dont 44 millions avant l'âge de 15 ans. L'incidence est de 3 millions de nouveaux cas par an (3). Les différentes formes de mutilations varient principalement en fonction des ethnies et des régions du monde où elles sont pratiquées. On les retrouve en grande partie à l'ouest, l'est et le nord-est de l'Afrique. Les trois pays les plus touchés sont en premier lieu la Somalie, en second la Guinée Conakry et enfin Djibouti. Les autres pays sont l'Egypte, le Nord Soudan, l'Erythrée, le Kenya, le Mali, la Gambie, le Sénégal, la Côte d'Ivoire, le Nigéria... Les statistiques données par pays ne reflètent pas l'importance de la pratique en fonction des ethnies. Par conséquent, il est tout à fait possible de voir dans certains pays des groupes ethniques pratiquant couramment des MSF et à l'inverse des ethnies ne les pratiquant

pas du tout. Ainsi en Afrique occidentale, les Soninké-Bambara-Peul-Mandingue sont les plus adeptes des MSF. En Afrique centrale, ce sont plutôt les Yoruba-Hausa-Fulani-Igbo-Ijaw-Kanuri. Enfin en Afrique orientale, on retrouve principalement les Afar-Hédarib-Kunama-Kisii-Maasai-Kalenji-Taita-Taveta (4). Les données épidémiologiques des principaux pays d'Afrique pratiquant les MSF sont résumées dans le tableau suivant:(4) (5) (6) (7) (8) (9) (10).

Pays	Type	Prévalence	Disposent d'une législation contre les MSF (années*)	Recueil des données et dates
Bénin	I et II	50%	2003	EDS 2001
Burkina Faso	I et II	70 %	1996	EDS 2003
Cameroun	I et II	20%	2016	
Côte-d'Ivoire	I et II	38%	1998	EDS 2011-2012
Djibouti	I, II et III	98%	1994, 2009	Données gouvernementales
Egypte	I, II, et III	91 % 14-25ans : 80% 25-49 ans :94-96%	2008	EDS 2003-2008
Erythrée	I, II et III	91%	2007	EDS 2002
Ethiopie	I, II et III	74%	2004	DHS 2000-2005
Gambie	I et II	90%	2015	
Ghana	I et II	30%	1994, 2007	EDS 2003
Guinée-Bissau	I et II	50%	2011	
Guinée-Conakry	I, II, et III	96%	1965, 2000	Rapport UNICEF 2013

Pays	Type	Prévalence	Disposent d'une législation contre les MSF (années)	Recueil des données et dates
Libéria	I, II	60%		EDS 2001
Mali	I, II et III	89 %		EDSM 2006
Mauritanie	I et II	50 %	2005	EDS 2003
Niger	I et II	20%	2003	EDS 1998
Nigéria	I, II, III et IV	50%	1999,2003	EDS 2003
Ouganda	I et II	5%		
Rép. Centrafricaine	I et II	50%		MICS 2000
Rép. Démocratique Congo	I et II	5%		
Sénégal	I et II	26%	1999	EDS 2010
Sierra Leone	I et II	90%		
Somalie	III	98%	2012	
Soudan	III	89%	2008, 2012	MICS 2000
Tanzanie	II et III	10%	1998	EDS 1996
Tchad	II et III	60%	2003	EDS 2004
Togo	II	12%	1998	

Tableau 1 : Comparatif de données concernant les MSF par pays.¹

Au Moyen-Orient, dans la péninsule arabique, les MSF de type II sont présentes au Yémen, dans la Tihama (région littorale de la Mer Rouge), l'Hadramaout (région du golfe d'Aden) et

¹ Lorsque deux années sont mentionnées, la législation en vigueur a connu des modifications

localement à Lahj, Aden et Abyan. L'infibulation est pratiquée par les immigrants et les réfugiés somaliens vivant au Yémen. L'excision est également pratiquée, dans la région du Dhofar dans quelques rares villes du sultanat d'Oman, dans l'archipel de Bahreïn et dans les Emirats Arabes Unis. Elle persisterait également en Arabie Saoudite dans la région du sud-ouest. Il était également largement reconnu que des femmes subissent des MSF dans le Kurdistan irakien. La première enquête nationale sur les MSF dans ce pays date de 2013 (3).

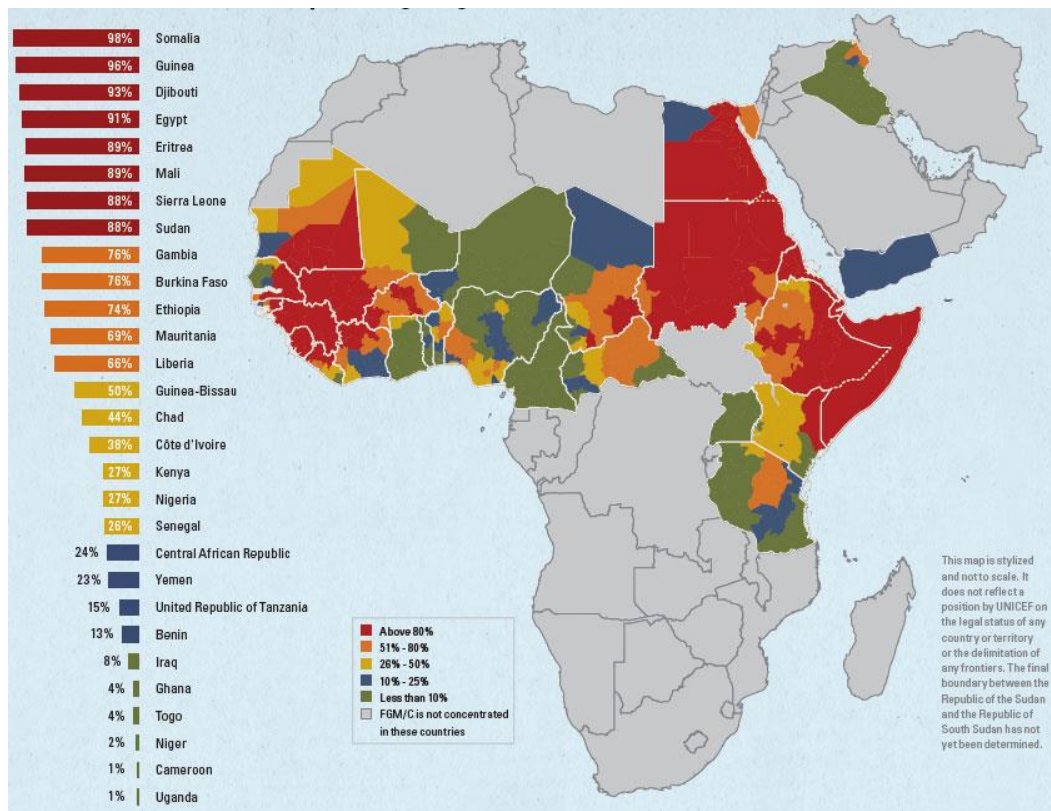


Figure 7 : Répartition des MSF en Afrique et au Moyen-Orient. (2013)³

En Asie, les Malais (ainsi que leurs émigrés vers l'Australie et Singapour) sont adeptes de l'excision. De même qu'en Indonésie où la plupart des ethnies est concernée. Leur pratique est de moins en moins drastique depuis quelques décennies. A l'ouest de l'Inde et au nord-

³ Source : UNICEF : Rapport sur les mutilations sexuelles 2013

ouest du Pakistan, les fillettes seraient excisées à l'âge de 7 ans ou certaines femmes le seraient après 7 ans de mariage infécond. Enfin, dans le Sind, est présente une forme d'infibulation faisant appel à des boucles de métal amovibles.

En Amérique latine, l'excision associée à la défloration a été évoquée par des anthropologues en Amazonie péruvienne chez certains Indiens de l'Ucayali jusque dans les années 1970. Par ailleurs, au Brésil, l'excision serait pratiquée parmi les groupes d'origine Yoruba. Elle serait également présente en Colombie et au Mexique(11).

En Europe, en 2013, l'EIGE dénombre au moins 13 pays particulièrement concernés par le phénomène du fait des flux migratoires : Autriche, Belgique, Danemark, Allemagne, Espagne, Finlande, France, Irlande, Italie, Pays-Bas, Portugal, Suède et Royaume-Uni (12). D'ailleurs, en fonction des régions d'origine des immigrés, les formes de MSF les plus présentes varient d'un état à l'autre. D'après la résolution de 2009 du Parlement Européen, la prévalence serait de 520 000 personnes mutilées mais elle est sans doute sous-estimée car les données sont recueillies en tenant compte des pays d'origine des victimes. Or la question des MSF demeure transfrontalière car liée aux ethnies (4).

Sur le territoire français, 42 000 à 61 000 femmes ou filles seraient touchées. Les régions et départements les plus concernés sont le Centre-Val de Loire (Eure-et-Loire, Loiret), le Grand Est (Marne), la Normandie (Seine-Maritime), l'Ile-de-France (8 départements, petite et grande couronne), le Grand Nord (Nord, Oise, Somme), le Pays de la Loire (Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne, Sarthe), la Nouvelle Aquitaine (Charente, Charente-Maritime, Vienne), la Provence-Alpes Côte d'Azur (Alpes-Maritimes, Bouches-du-Rhône, Var) et l'Auvergne- Rhône-Alpes (Ain, Rhône, Haute-Savoie). L'Ile-de-France reste la région en tête (13) (14). En Ile-de-France, les populations se trouvent surtout à Paris et en Seine Saint Denis (14).

1.2.2 Histoire des mutilations

La répartition géographique à l'échelle mondiale des MSF n'est que le témoin de son histoire très ancienne. Il s'agit d'un héritage vieux d'au moins 25 siècles dont l'origine précise reste peu connue des historiens. Certains pensent que cette pratique serait venue du Proche-Orient et de la péninsule arabique, puis se serait propagée sur le continent africain par la circulation des marchands arabes. Cependant, l'hypothèse la plus probable situe les premières apparitions de mutilations sexuelles à l'Égypte antique (correspondant à l'Égypte actuelle et au Soudan). La première mention de l'excision, dont témoignent des papyrus, remonte au II^e siècle av. J.-C. en Égypte, et on trouve ensuite des témoignages à travers les récits de voyageurs comme le géographe grec Strabon qui, après son voyage en Égypte (aux alentours de l'an 25 av. J.-C.), décrit cette opération comme une pratique coutumière. De là serait né le nom « d'excision pharaonique » pour parler de l'infibulation, mutilation de type III, très pratiquée en Égypte, au Soudan et en Afrique de l'est. En effet, des momies égyptiennes portant ces mutilations ont été retrouvées. Plus tard, mais avant l'apparition l'Islam, les pays de la corne d'Afrique justifiaient les fondements mythiques d'usage de la procédure en rapportant que la pratique de l'excision pharaonique sur les femmes permettait de les protéger contre les viols au moment des razzias Arabes. Par la suite, une association est établie entre le commerce des esclaves et la progression de l'infibulation sur le continent africain notamment avec l'expansion de l'Islam. En dépit de cette origine relativement incertaine, il semble avéré que la pratique des mutilations sexuelles féminines est bien antérieure à la naissance et à l'expansion de l'Islam en Afrique même si des justifications religieuses ont pu être ensuite avancées pour la légitimer. En atteste également l'existence importante au sein de communautés chrétiennes (coptes, catholiques et protestantes), juives et animistes contrairement à la circoncision masculine qui reste associée aux religions dites du Livre. En outre, les différentes pratiques mutilatrices à l'égard des femmes ne se sont pas limitées à ces régions du globe. Les historiens expliquent que l'infibulation, du Latin « fibula » (signifiant agrafe), aurait également permis la maîtrise de la fécondité des femmes esclaves de la Rome antique. Ainsi, elles ne pouvaient avoir de rapport sexuel et auraient été plus aptes au travail. Par ailleurs, l'excision en général et la clitoridectomie en particulier se pratiquait aussi en Europe au 18^{ème}, 19^{ème} et même début du 20^{ème} siècle. Le fameux gynécologue, Isaac Baker Brown

(1811-1873), membre du "Royal College of Surgeons" (1848) et président de la "Medical Society of London" (1865), pratiquait déjà couramment l'intervention chirurgicale de la clitoridectomie et recommandait son usage pour soigner plusieurs conditions d'épilepsie, d'hystérie et de catalepsie. Il revendiquait même, dans son diagnostic, que la masturbation féminine était à l'origine de ces maladies nerveuses. Cependant, après une série de controverses, parues dans "Lancet" et "British Medical Journal", le docteur Baker Brown a été destitué de ses fonctions. Il n'a jamais pu rétablir sa carrière jusqu'à sa mort. Ceci n'a malheureusement pas empêché la clitoridectomie de continuer à être pratiquée, jusqu'en 1935 aux Etats-Unis, dans des hôpitaux psychiatriques et des prisons, pour prévenir la masturbation et traiter le lesbianisme (15) (11).

1.3 Les raisons

Tout est divers concernant les MSF, même en ce qui concerne les raisons évoquées pour les justifier. Par la religion, l'esthétisme, l'hygiénisme, la protection contre le mal, les rites de passage, la tradition et la volonté identitaire ou encore la maîtrise de la sexualité féminine, les peuples donnent du crédit aux mutilations sexuelles. Beaucoup de mythes et de fausses croyances ont été et sont encore racontés à propos des MSF, tant par les populations qui les pratiquent, que par les personnes qui les observent. Concrètement, les MSF constituent un des moyens permettant la domination de l'homme sur la femme à travers une pression sociale.

Des arguments religieux sont utilisés pour justifier des MSF. Cependant comme nous l'avons vu précédemment, les MSF prennent naissance avant l'apparition des religions dites du Livre. Elles sont perpétrées par des ethnies de toute confession et à l'inverse inexistantes chez des peuples à majorité croyants (16).

L'hygiène et l'esthétisme sont mis en avant. En effet, certains considèrent que les replis du sexe non-excisé d'une femme empêche des ablutions correctes avant de faire la prière. D'autres pensent que le clitoris non-coupé grandirait jusqu'à atteindre des dimensions gigantesques (celle du pénis d'un homme) ; que le clitoris est sale, qu'il sent mauvais, qu'il

est dangereux lors des rapports sexuels ou lors de l'accouchement. Chez les Bambaras à titre d'exemple, d'après un mythe, le clitoris constituerait un dard « Wanzoo » capable de blesser ou tuer l'homme (17) (18). Selon un autre mythe, le dieu Amma épousa la Terre qu'il a créée. Pour pouvoir s'accoupler à elle, il dut abattre la termitière (le clitoris de la Terre) car celle-ci s'était dressée en rivale du sexe masculin du dieu. Ainsi, le dieu rendit la Terre plus docile, facilitant l'accès à sa fourmilière (sexe de la Terre). Cette terre excisée mis alors au monde un enfant (19). Le clitoris est par ailleurs vu comme étant laid et son retrait rendrait les femmes plus belles et désirables (20).

Le retrait du clitoris peut être perçu comme un rite de passage. Les MSF sont parfois considérées comme des rites initiatiques témoins du courage, de l'endurance et de la résistance à la douleur attendus chez la femme. Certaines croyances affirment que le clitoris est un organe mâle chez la femme et que le prépuce est un organe femelle chez l'homme. Pour les ethnies concernées, il est donc important d'exciser pour que la petite fille accède au statut de femme et de circoncire pour que le petit garçon accède au statut d'homme. Ces croyances s'inscrivent dans le mythe de la bisexualité originelle où le clitoris et le prépuce renfermeraient les deux âmes « Ni » et les deux intelligences « Dya » de l'être humain. L'excision et respectivement la circoncision permettent de s'acquitter de la dette de sang que l'être humain doit aux dieux tout en gardant le « Ni » et le « Dya » propres à leur sexe. De ce fait, un certain nombre d'ethnies mènent parallèlement les rites de circoncision masculine et de clitoridectomie. Il en est ainsi pour les Nandi et les Massai (Kenya), les Gogo (Tanzanie), les Kissi (Guinée-Bissau), les Malinké (Guinée-Conakry), les Bambara et les Dogon (Mali). Ce parallélisme n'existe que sur le plan symbolique. En effet, les deux formes d'ablation sont absolument dissemblables tant du point de vue anatomique que de celui des possibilités de jouissance subsistant après l'opération. Le retrait du prépuce lors de la circoncision n'est que l'ablation d'un repli de peau non fonctionnel chez l'homme contrairement à la racine du clitoris chez la femme. De plus, cet argument de rite de passage est dépassé car de nos jours les MSF se pratiquent sur des fillettes de plus en plus jeunes voire même des nourrissons (13) (21).

Ainsi, perpétrer les MSF serait perpétrer les traditions ancestrales. Elles permettent aux femmes d'appartenir à la communauté, dans un contexte où la communauté et la société prévalent sur l'individu. Remarquons que cet argument peut être d'autant plus pesant quand y est intégrée la problématique de l'immigration, puisque les familles ressentent plus le besoin d'affirmer que malgré le déracinement d'avec le pays d'origine, elles restent attachées et en phase avec leur culture première. Il n'est donc pas rare que des familles perpétuent les MSF dans le pays où elles ont émigré alors qu'elles sont abandonnées ou en voie d'abandon dans les contrées qu'elles ont quittées. Par ailleurs, des victimes de MSF décrivent une certaine forme d'ethnocentrisme de la part des soignants et autres interlocuteurs rencontrés dans les pays d'accueil, oubliant le devoir d'empathie qui leur incombe. A l'inverse, le devoir de dénonciation, est quant à lui, perçu comme mis au second plan face à l'argument de « protection culturelle » (22).

Enfin nous avons compris qu'à travers l'Histoire, l'Homme a vu dans le clitoris, la fonction de procurer aux femmes excitation et plaisir sexuel. Ainsi son retrait serait un moyen d'assurer la chasteté des femmes : pour être vierges lors du mariage, rester fidèles à leurs époux, ne pas être enceintes hors mariage, ne pas être excessivement demandeuses de relations sexuelles... (13) (16)

1.4 Les conséquences

L'argument de l'appartenance communautaire reste fort puisqu'encore beaucoup de mères affirment être conscientes des dangers des MSF mais vont tout de même les pratiquer sur leurs filles. Car, selon elles, celles-ci ne trouveront pas d'époux plus tard si elles ne sont pas «coupées»(13). Or les répercussions à court comme à long terme des MSF touchent à la santé sexuelle, obstétricale, néonatale et ont des conséquences psychologiques. Cette description n'est d'ailleurs pas exhaustive.

Les complications immédiates les plus fréquentes sont :

- Les hémorragies parfois très abondantes par section des deux artères cavernuses et de l'artère dorsale du clitoris, pouvant aller jusqu'au choc hémorragique avec collapsus, voire au décès
- Les douleurs extrêmes pouvant aller jusqu'au choc neurogène
- L'accolement des petites lèvres
- Des blessures des organes voisins
- La rétention d'urine (hématome, douleur, lésions de l'urètre)
- Infections urinaires, gynécologiques, voire septicémie, tétanos, HIV, HCV...

Au long terme, les femmes peuvent souffrir :

- De rétention chronique d'urine ou incontinence urinaire
- D'infections urinaires et/ou génitales récidivantes
- D'hématocolpos (surtout si infibulation)
- De dysménorrhées, dyspareunies
- De fistules, de cicatrices chéloïdes
- D'hypofertilité, stérilité...

Les complications obstétricales maternelles sont des obstacles à la progression fœtale et des dystocies des parties molles, des dystocies de dégagement provoquant une augmentation du nombre de césarienne, de SFA et d'hypoxie fœtale, de mort fœtale, l'augmentation de déchirures périnéales, des hémorragies du post partum, des fistules vésico-vaginales et recto-vaginales et l'augmentation du risque infectieux. Les complications néonatales sont dues à une fréquence plus accrue de nouveau-nés avec un score d'Apgar diminué, une augmentation de la mortinatalité, de la mortalité néonatale précoce, des séquelles psychomotrices... Notons que dans des pays comme l'Égypte, il est possible de médicaliser les MSF. Ce type d'intervention permet d'éviter des catastrophes sanitaires du point de vue somatiques mais perdurent toutes les conséquences psychologiques et l'absence du droit pour les femmes de disposer de leur corps, ainsi que certaines conséquences néfastes.

Ces pratiques entraînent des répercussions sexuelles comme la frigidité, la dyspareunie, l'adhérence des tissus et le rétrécissement de l'orifice vaginal.

Sur le plan psychologique, les femmes peuvent ressentir le sentiment d'être différentes, perdre confiance en elles, être angoissées, en état de stress chronique, de syndrome dépressif sévère pouvant aller jusqu'au suicide. La perte de l'estime de soi peut être amplifiée lorsque les conséquences sanitaires des mutilations entraînent des répudiations et des exclusions de la communauté. (fistules, incontinence...) (23).

1.5 Mettre fin à cette pratique

1.5.1 Principes juridiques

Depuis plusieurs décennies, des textes se sont succédés dans la lutte contre la violence faite aux enfants, aux femmes et à l'intégrité corporelle. A savoir :

- En 1946, en Somalie, la première loi interdit les mutilations génitales féminines.
- La Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes est entrée en vigueur le 13 janvier 1984. Au sein de son 2^{ème} article est mentionné que : « Les Etats parties s'engagent à prendre toutes les mesures appropriées, y compris les dispositions législatives, pour modifier ou abroger toute loi, disposition réglementaire, coutume ou pratique qui constitue une discrimination à l'égard des femmes. »
- La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples est entrée en vigueur le 21 octobre 1986. Elle dispose de la mention : « La personne humaine est inviolable. Tout être humain est inviolable. Tout être humain a droit au respect de sa vie et à l'intégrité physique et morale de sa personne. Nul ne peut être privé arbitrairement de ce droit ». (Article 4). Plus de cinquante états africains ont adhéré à cette charte.
- La Convention internationale sur les droits de l'enfant est entrée en vigueur le 6 septembre 1990. Elle souligne que : « Les Etats partis reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et prennent toutes les mesures

efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants ». (Article 24). Cette convention a été ratifiée par la France et par de nombreux pays africains, comme le Bénin ou le Mali.

- La Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant stipule que : « Les états partis à la présente Charte prennent toutes les mesures appropriées pour abolir les coutumes et les pratiques négatives, culturelles et sociales qui sont au détriment du bien-être, de la dignité, de la croissance et du développement de l'enfant, en particulier : 1. a) les coutumes et pratiques préjudiciables à la santé, voire à la vie de l'enfant ; b) les coutumes et pratiques qui constituent une discrimination à l'égard de certains enfants, pour des raisons de sexe ou autres. » (Article 21) (24)

Étant donné que les MSF constituent clairement une atteinte à l'intégrité physique de l'individu (en l'occurrence les femmes), la loi française ne prévoit pas de terme spécifique les concernant. Il s'agit d'un crime puni à différents titres :

- « [...] 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'un mineur de moins de quinze ans, sont de quinze ans de réclusion criminelle (art. 222-10, premier alinéa, du code pénal) ou de vingt ans si elle est commise par un ascendant ou toute personne ayant autorité sur le mineur (art. 222-10, avant-dernier alinéa, du code pénal)
- « 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 un mineur de moins 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 ce mineur (art. 222-8, dernier article, du code pénal)
- « 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 un mineur de moins de quinze

ans ou une personne particulièrement vulnérable en raison notamment de son âge (art. 222-3, deuxième alinéa, du code pénal).

La loi française s'applique évidemment aux étrangers lorsque la mutilation est commise en France, mais aussi lorsqu'elle l'est à l'étranger. Dans ce cas, l'auteur du crime, qu'il soit français ou étranger, pourra être poursuivi en France, à condition que la victime soit de nationalité française (art. 113-7 du code pénal) (19) ou, si elle est étrangère, qu'elle réside habituellement en France (art. 222-16-2 du code pénal) (20). Les parents peuvent être poursuivis en tant que complices, aux conditions restrictives de l'article 113-5 du code pénal. » (25)

En outre, la loi du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique, prévoit parmi ses 5 plans stratégiques, un plan national de lutte visant à réduire l'impact de la violence sur la santé. La commission « Genre et Violence » présidée par le Docteur Jacques LEBAS, ainsi que le rapport général élaboré par Madame le Docteur Anne TURSZ dans le cadre des travaux préparatoires à ce plan, ont établi l'importance de ce thème de santé publique et formulé des recommandations visant à faire disparaître à l'horizon 2010, les mutilations sexuelles féminines(26). Aujourd'hui, il est difficile de confronter les résultats obtenus aux résultats escomptés. Notons que la diminution des mutilations sexuelles est liée à une volonté politique des pays. Subsistent le manque de chiffres récents et les difficultés d'interprétation en plus du manque de transparence de certains états (27).

Par ailleurs, les professionnels de santé sont tenus de signaler toute situation où un individu serait à risque de mutilation et ne peuvent s'en soustraire au nom du secret médical.

- Article 226-13 du code pénal : « 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. »

- Article 226-14 du code pénal : « L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :
 - 1) A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique
 - 2) Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ; [...]. Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire »(13).
(Annexe II)

Enfin, des associations telles que le CAMS, fondé en 1982 par Awa THIAM, universitaire sénégalaise auteure de *La Parole aux Négresses* (1978) permettent l'accompagnement juridique des victimes. Cette association est composée de juristes et d'avocats. Elle mène plusieurs actions notamment se constituer partie civile lors de procès aux assises (28).

1.5.2 Prévention

Afin de protéger les victimes, la loi reste un rempart dont la légitimité et l'utilité ne sont plus à prouver. Cependant, elle n'est pas suffisante. La prévention et la communication auprès des populations qui pratiquent les MSF et celles qui en sont témoins demeurent irremplaçables. En effet dans certains pays comme la Guinée-Conakry ou le Mali, la majorité de l'opinion

publique serait favorable au maintien des MSF (4). Ainsi différents moyens permettent de sensibiliser la société et les autorités à ce problème. Des programmes mis en place par des ONG et par les instances internationales tels que « Accélérer le changement : le programme conjoint : UNFPA-UNICEF sur les MGF/E. ». Ce programme a été lancé en 2008 dans 8 pays. Il a été étendu à 12 pays en 2009, et depuis 2011, ce sont 15 pays qui y participent : Burkina Faso, Djibouti, Égypte, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Mali, Mauritanie, Ouganda, Sénégal, Somalie et République du Soudan. Le Programme conjoint a créé un partenariat unique entre les parties prenantes pour mettre en œuvre une approche commune en vue de mettre fin à ces pratiques néfastes. Elle inclut l'accélération et l'extension des stratégies d'abandon à grande échelle appliquées avec succès au niveau national, et la transmission des enseignements tirés aux pays qui souhaitent s'atteler à cette tâche. Pour renforcer l'environnement juridique, le Programme conjoint a apporté son soutien aux campagnes de sensibilisation et de persuasion dans un certain nombre de pays. Il a également procuré aux décideurs les outils nécessaires pour élaborer la législation (29)

Des artistes se mobilisent aussi pour sensibiliser le grand public à la question. A l'image du film Fleur du désert qui retrace la vie de Waris Dirie, une nomade somalienne ayant subi une mutilation sexuelle, devenue top model (30). Ou encore l'exemple de Tiken Jafah Koly, grand nom de la chanson africaine d'origine ivoirienne, avec son titre Non, à l'excision (31).

En France, une prise en charge pluridisciplinaire est proposée pour épauler les victimes et prévenir le risque de récurrence. Cette prise en charge met à contribution des professionnels de santé, des psychologues et professionnels relevant des services sociaux. Souvent, des associations telles que la fédération GAMS servent de pivot entre les différentes institutions, les professionnels et les femmes victimes de MSF. Le GAMS travaille tant sur la prévention collective (établissements scolaires, formations des professionnels, communication auprès des instances, colloques...) que sur l'accompagnement individualisé des femmes qui en ont besoin.

1.5.3 Chirurgie réparatrice

Aujourd'hui, il existe des moyens de réparation clitoridienne particulièrement par une méthode mise en place par le professeur P. FOLDES depuis l'an 2000 (32). La réparation consiste à exposer et mobiliser le moignon clitoridien en sectionnant progressivement le ligament suspenseur du clitoris (33). L'opération a lieu sous anesthésie générale. Elle nécessite 24 heures de surveillance en hospitalisation. Les patientes sont revues 10 jours, 1 mois puis 6 mois après l'opération par le médecin (34). (*Annexe III*)

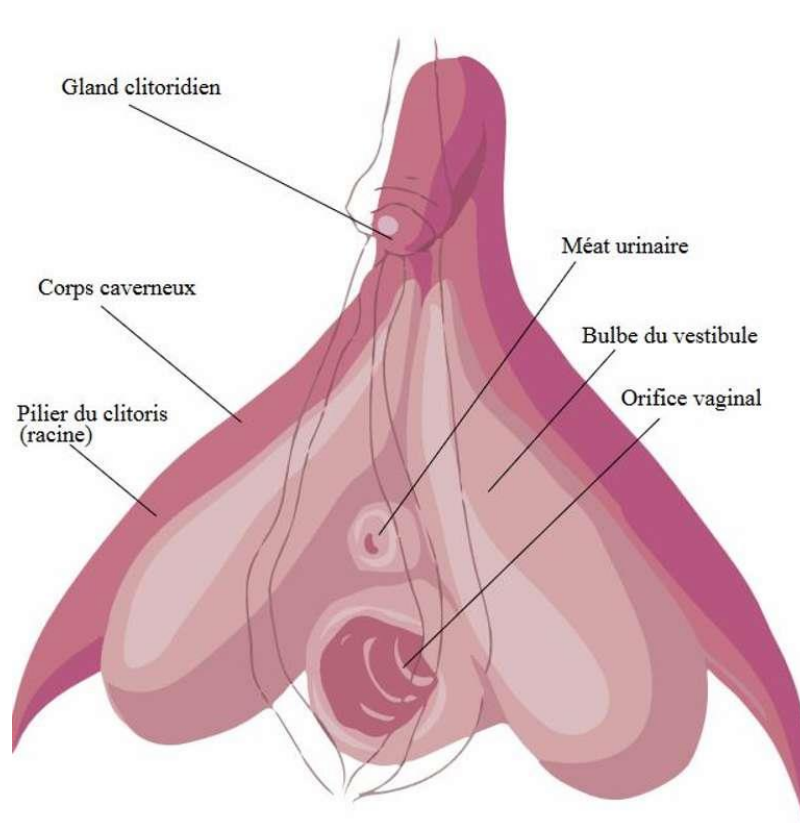


Figure 8 : Schéma du clitoris⁴

⁴ Source : Le Monde- Crédits : DR

La réparation chirurgicale est proposée dans plusieurs établissements de santé. Ils sont au nombre de 8 en l'Ile-de-France. Elle est prise en charge à 100% par l'assurance maladie (35).
(Annexe IV)

Les patientes demandeuses de cette opération sont motivées par un besoin d'intégrité, d'amélioration de leurs vies sexuelles ou des motifs sanitaires (36) (37). Une étude menée par le docteur Pierre FOLDES entre 1998 et 2009 sur 2938 patientes montre que la reconstruction clitoridienne semble diminuer les dyspareunies et restaurer le plaisir sexuel (37).

Au-delà de l'acte chirurgical, la réparation clitoridienne s'inscrit dans un processus d'accompagnement pluridisciplinaire. En effet, l'aspect psychologique prend une place prépondérante et nécessite un accompagnement particulier à chaque femme, comme l'expliquent des membres de la Fédération GAMS engagée contre les mutilations sexuelles féminines et les mariages forcés. Par conséquent, les patientes rencontrent souvent un psychologue ou ethno psychologue avant et après la réparation en fonction des besoins. La chirurgie réparatrice n'est pas une solution miracle ; parfois même, la prise en charge psycho-affective suffit.

1.6 La place des sages-femmes

1.6.1 Dépistage et prise en charge

En tant que professionnelles de santé, les sages-femmes travaillent sur l'accompagnement des femmes ayant subi une MSF. Elles ont aussi un rôle préventif quant au risque de récurrence sur les filles déjà nées ou à venir. Pour se faire, quatre points importants permettent de les aiguiller: le dépistage des femmes à risque, l'identification de la nature de la mutilation, l'organisation de la prise en charge pluridisciplinaire ainsi que l'évaluation et la prévention des risques sur leurs filles.

Afin de dépister les femmes à risque et d'identifier la nature des mutilations, il est utile de se baser sur les données épidémiologiques pour repérer les femmes originaires des régions les

plus touchées et de prendre en compte la classification de l’OMS pour définir au mieux le type de mutilation sexuelle. Une fois le dépistage établi, il est nécessaire de proposer :

- Un nouveau rendez-vous médical afin de revoir les patientes pour poursuivre le dialogue
- Une prise en charge psychologique, le corps mutilé ayant conservé une trace mnésique physique mais aussi psychique probablement indélébile
- Un suivi sexologique afin d’évaluer les retentissements de la mutilation sur la sexualité et les conséquences sur le désir et le plaisir sexuels
- Un contact avec une association ou une institution qui organise des groupes de parole autour de ces questions.

Enfin pour prévenir le risque de mutilations sur les filles des patientes, il est important de connaître le contexte familial dans lequel ces femmes vivent et de comprendre leur position vis-à-vis de la pratique. Lorsqu’une femme est contre les mutilations sexuelles mais craint une pression familiale ou une action à son insu, les sages-femmes peuvent proposer de rédiger un certificat médical de non-excision pour ses filles, de la mettre en contact avec des associations ou de lui remettre des documents informatifs. Lorsqu’il existe un risque d’excision connu et imminent, alors les sages-femmes doivent en informer le Procureur de la République. Si le risque n’est pas imminent, dans ce cas il est utile de contacter les institutions départementales telles que la CDRIP ou l’ASE (13).

1.6.2 En parler en consultation

Une étude a été menée en 2009 par INED dans le cadre du projet Excision et Handicap (ExH), basée sur des entretiens semi-directifs interrogeant 27 femmes d’origine africaines vivant en France ayant subi une MSF. Dans le cadre de cette étude, les 27 femmes interrogées mettaient quasiment toutes l’accent sur le silence des médecins et des gynécologues au sujet de leurs MSF. Pour ces femmes, le sujet n’est pas abordé ou dans les rares cas où il l’est, les propos

des praticiens restent maladroits. Elles mettent en avant des discours où se mêlent incompréhension et culpabilisation. En outre, cette posture des médecins décrite par ces femmes constitue l'illustration même du manque de formation sur la façon d'évoquer les MSF et du manque d'informations sur la reconstruction. D'ailleurs, certaines des femmes interrogées évoquent des cas où des gynécologues leur auraient déconseillé la réparation chirurgicale car ils la jugeaient inefficace ou étaient septiques à son égard. Le manque de formation des professionnels de santé et notamment en santé génésique, a par conséquent un impact sur des victimes de MSF qui ne se sentent ni comprises ni soutenues (36).

Notons qu'il n'existe pas de recommandations officielles en termes de bonne pratique d'annonce de ce type de violence subie par les femmes. Cependant, le Ministère de la Santé avec la coordination de GSF, a proposé en 2010 un guide pour les praticiens. D'après l'ouvrage, il est important d'annoncer à la patiente rencontrée qu'elle a été mutilée. Le choix des mots a également une place primordiale pour favoriser le dialogue en effet au lieu de parler de « mutilation », les termes « coupée » ou « excisée » sont les plus appropriés. Plusieurs cas sont à distinguer : d'une part, le cas où la mutilation est connue et où un dialogue s'installe facilement avec la patiente. Elle trouve ainsi soulagement, soutien écoute et compréhension. Le rôle du professionnel sera d'évaluer ce qu'elle sait de son excision. Il est indispensable d'avoir recourt à un interprète si besoin afin de palier la barrière linguistique. Notons que « Une écoute empathique et respectueuse, faite de questions ouvertes suivies d'une reformulation, doit permettre d'aborder avec la femme des sujets délicats touchant aux coutumes et à l'intime. ». Ce questionnement peut être instauré par l'évocation des origines de la patiente mais aussi de son contexte familial et particulièrement de son conjoint. D'autre part, il est des cas où la mutilation est connue mais le sujet reste tabou. Le travail consiste alors à faire comprendre que les sages-femmes sont des personnes ressources, disposées à l'écoute en fonction du besoin exprimé par la patiente. Il s'agit de s'adapter au rythme de celle-ci tout en lui laissant entendre notre vigilance particulière à l'égard de ses fillettes. Enfin si la patiente n'avait pas connaissance de sa mutilation, notamment parmi les femmes mutilées durant leur petite enfance ou en période néonatale, beaucoup plus sujettes au déni, l'annonce peut être vécue comme un choc. Elle nécessite alors tact et mesure et a lieu

pendant l'examen. Si la patiente le souhaite, elle peut se voir donner des explications à l'aide d'un miroir pour comprendre ses particularités anatomiques (13).

1.6.3 Question de recherche

Lors de mes différents stages, j'ai pu constater que les praticiens n'entretenaient que peu d'échanges à propos des MSF. Qu'ils soient entre eux ou avec les patientes. Souvent, au cours de mon encadrement auprès des patientes, les sages-femmes qui parvenaient à dépister une MSF m'en faisaient discrètement la remarque. Par la suite, il arrivait qu'elles le notent sur le dossier sans en parler à la patiente. Dans d'autres situations, les sages-femmes me demandaient toujours avec discrétion si j'avais relevé dans le dossier des patientes la présence d'une MSF. J'en profitais pour avoir plus d'informations sur les conduites à tenir. Peu de suites étaient données à mon questionnement. Souvent, les sages-femmes évoquaient la prise en charge à l'accouchement en expliquant que l'épisiotomie n'était pas systématique. Je me suis alors projetée en tant que future praticienne notamment en consultation. La consultation est intéressante d'une part car elle est le lieu où un rapport de proximité s'établit entre soignant et soigné. D'autre part, il s'agit d'un domaine où 2 échelles temporelles s'opposent. En effet, le praticien est souvent soumis à un temps d'entretien limité par patiente en consultation. Cependant, il peut suivre l'évolution de la prise en charge des patientes au fil du temps. De plus, il peut se sentir seul durant un laps de temps court auprès des patientes face des situations non maîtrisées ; tout en ayant la possibilité de prendre du recul sur ces situations et en rebondir si des consultations ultérieures ont lieu. J'ai donc constaté que la consultation offre un cadre confidentiel et intime entre le praticien et les patientes d'autant plus lorsqu'il s'agit de MSF qui paraissent relever du domaine de l'intime. Tous ces différents constats m'ont amenée à me poser la question suivante :

Quelles sont les méthodes utilisées et les limites rencontrées par les sages-femmes pour évoquer les mutilations sexuelles en consultation ?

2 Matériel et méthodes

2.1 Objectifs et hypothèses

L'objectif principal de l'étude est de comprendre comment les sages-femmes communiquent avec les patientes sur les mutilations qu'elles auraient subies, ce qui permettrait également de réaliser l'impact de la formation des sages-femmes sur cet échange. Mais il est aussi capital d'identifier les ressources dont ces professionnelles disposent et les limites auxquelles elles peuvent faire face. Par ailleurs, cette étude s'intéresse aux représentations que suscitent les mutilations sexuelles auprès des sages-femmes.

Afin de mener cette étude, nous nous sommes basés sur les hypothèses de recherche suivantes :

- Après un examen des organes génitaux externes, les sages-femmes constatant les mutilations utilisent un miroir ou des supports graphiques pour informer et communiquer avec les patientes.
- Après un examen des organes génitaux externes, les sages-femmes constatant les mutilations évitent d'en parler car elles ne savent pas quelle prise en charge proposer.
- Par méconnaissance du sujet, les sages-femmes peinent à l'évoquer car elles craignent de s'immiscer dans l'intimité des patientes.

2.2 Type d'étude

Pour répondre à cette question nous avons opté pour une étude qualitative basée sur des entretiens avec des sages-femmes ayant une pratique courante en consultation. Le choix de cette méthode nous a permis de recueillir et d'analyser des données de façon descriptive, sans prétendre à les extrapoler à une population plus large.

2.3 Outils méthodologiques et déroulement de l'étude

Les entretiens entrepris étaient semi- directifs, menés préférentiellement aux lieux d'exercice des sages-femmes. (*Annexe I*). Cet outil permettait de collecter des éléments structurés répondant à la problématique tout en laissant libre cours à l'expression des interlocuteurs et ainsi obtenir des informations étayées et approfondies. Nous avons inclus des sages-femmes ayant une expérience large dans le domaine de la consultation en termes de fréquence et/ou de durée. Tout type de consultation a été pris en compte en PMI/ Centre de planification familial, en consultation hospitalière (secteur public ou privé) ou libérale, en cours ou hors de la grossesse. Les sages-femmes étaient issues d'établissements ou de structures accueillant une importante part de population provenant des régions du monde les plus touchées par le phénomène. Pour maximiser les chances de recrutement, elles n'étaient pas toutes du même établissement ou du même département. Ces entretiens se sont déroulés entre Octobre 2017 et Mars 2018.

2.4 Participants

La consultation en gynécologie/ obstétrique a parmi ses objectifs le dépistage et la prévention notamment de toute forme de vulnérabilité. Les sages-femmes sont amenées à orienter les

patientes en cas de besoin. En fonction de leur champ de compétences, elles interviennent auprès des patientes dans un climat d'écoute et de confiance. Elles les informent tout en assurant un accompagnement vigilant et personnalisé.(38) (39). La consultation est donc un lieu d'échange où le praticien est seul à assurer ses fonctions durant un temps limité face à la patiente. Cet échange intense et cette proximité peuvent être enrichissants mais aussi à risque de mettre le praticien face à ses limites dans certaines situations. En effet ceci diffère des situations de travail d'équipe où il est plus aisé de solliciter l'avis de collègues ou de collaborateurs pour ainsi proposer une prise en charge adaptée. L'environnement de travail particulier que constitue la consultation nous a donc amené à nous pencher sur les sages-femmes qui en pratiquent.

2.5 Stratégie d'analyse

Nous avons donc opéré à une analyse thématique des résultats. Les principaux thèmes de notre étude sont les suivants :

- Ressenti et regard des sages-femmes face aux patientes mutilées
- Dépistage des mutilations sexuelles
- La formation des sages-femmes
- La façon dont elles évoquent le sujet
- L'impact de cette formation sur la façon dont elles évoquent le sujet en consultation
- Leur capacité à mobiliser les ressources dont elles disposent.

2.6 Considération éthique et réglementaire

Les sages-femmes étaient recrutées sur la base du volontariat après l'accord du chef d'établissement, s'il y avait lieu. Afin de s'affranchir de questions éthiques, les témoignages étaient anonymes ainsi que les événements et les situations évoqués. Des enregistrements ont pu être effectués uniquement sur accord clair des sages-femmes interrogées et ont été supprimés après rédaction du mémoire.

3 Résultats et discussion

3.1 Description de la population d'étude.

3.1.1 Expérience des sages-femmes

- 3 sages-femmes ont moins de 5 ans d'expérience
- 4 sages-femmes ont entre 6 et 10 ans d'expérience
- 2 sages-femmes ont entre 11 et 15 ans d'expérience
- 3 sages-femmes ont entre 16 et 20 ans d'expérience.

3.1.2 Mode d'exercice des sages-femmes

Modes d'exercice au moment des entretiens :

- 5 sont sages-femmes hospitalières
 - 2 dans le secteur privé
 - 2 dans le secteur public
 - 1 à la fois dans le secteur privé et public
- 3 sont sages-femmes libérales
- 1 a une activité mixte
- 3 sont sages-femmes territoriales (PMI/Planning familial)

Parcours d'exercice depuis le démarrage de la profession :

- 11 ont été sages-femmes hospitalières dont 1 dans le secteur privé
- 2 ont été sages-femmes libérales
- 1 a été sage-femme avec une activité mixte
- 1 a été sage-femme dans le domaine associatif.

3.1.3 Lieu d'exercice des sages-femmes

Les témoignages se rapportent à des évènements que les sages-femmes ont rencontrés :

- Dans 4 cas à Paris dont 3 cas dans le secteur des 10^{ème}, 18^{ème} et 19^{ème} arrondissements
- Dans 7 cas dans le département de la Seine-Saint-Denis
- Dans 1 cas dans le département du Val de Marne
- Dans 1 cas dans le département du Val d'Oise.

3.1.4 Place de la consultation dans leur activité

- 5 des sages-femmes interrogées exercent exclusivement à temps plein
- 6 des sages-femmes interrogées exercent par vacation (à raison d'une ou deux journées par semaine)
- 1 sage-femme exerce à la fois à mi-temps et par vacations ponctuelles.

3.2 Résumé des principaux résultats.

Les 12 entretiens ont permis de dresser le tableau de résultats suivant. Ces derniers sont classés en 6 thèmes.

3.2.1 Le Ressenti et le regard des sages-femmes face aux patientes mutilées

La plupart des sages-femmes de notre étude n'avait qu'un vague souvenir des premiers examens d'organes génitaux externes de patientes mutilées. La raison principale étant le nombre d'années important entre notre entretien et cette première expérience qui remontait souvent aux stages effectués dans le cadre de leurs études. Deux sages-femmes parmi les 12 évoquaient la répétition du cas comme cause d'oubli de la première patiente mutilée. Inversement deux autres évoquaient un souvenir clair malgré la récurrence.

Pour l'une d'entre elle, il s'agissait d'une anecdote marquante encore au moment de l'entretien car la patiente n'en était pas informée et l'annonce l'avait mise en larmes. Cette peine comme première impression différait de celles de ses collègues dont le questionnement autour des MSF et la recherche de solution primaient sur une empathie qui était tout de même présente. A noter que 3 des sages-femmes interrogées n'avaient pas de souvenir précis de leur première impression.

Le sujet est considéré comme tabou pour les patientes, nous expliquaient les sages-femmes, qui avaient trouvé des méthodes différentes pour aborder la question avec les patientes. Certaines privilégiaient de prendre le temps d'instaurer une relation de confiance au long cours avant d'évoquer la question. D'autres considéraient que l'évoquer ouvertement permettait de lever un tabou chez la patiente, enfin deux de nos sages-femmes avaient du mal à aborder la question qu'elles pensaient trop liée à la culture d'origine des patientes.

3.2.2 Le dépistage des mutilations sexuelles

Dans notre étude, il nous est apparu qu'aucune sage-femme n'effectuait d'examen des organes génitaux externe en fonction des origines ethniques ou culturelles des patientes. Il n'y avait donc pas de conduite à tenir spécifique pour une population qui aurait été désignée « à risque ». L'examen était donc effectué systématiquement par nos interrogées sauf pour deux d'entre elles qui l'effectuaient qu'en fonction du motif de la consultation.

Le dépistage quant à lui était plus subtil pour les sages-femmes, pour certaines d'entre elles en effet, des doutes subsistaient suite aux examens qu'elles avaient pu effectuer. Ces doutes n'étaient généralement pas sur la présence d'une mutilation mais sur la catégorie de mutilation. Une des sages-femmes nous disait ne pas avoir de difficultés mais que le phénomène lui paraissait tellement répandue qu'il en devenait banal.

3.2.3 La formation des sages-femmes

La moitié des sages-femmes interrogées nous expliquait ne pas avoir eu de module sur les mutilations sexuelles lors de leur formation initiale, ou alors elles déploraient le fait que ce module était trop peu développé ou trop succinct. Pour les autres, elles avaient eu des interventions du GAMS, des témoignages ou des cours. A noter qu'une sage-femme formée en province nous expliquait que selon elle, la question des mutilations était paradoxalement plus évoquée dans les régions qu'en Ile de France, lui laissant un souvenir clair d'informations sur la question notamment sur la prévention de la récursive.

Cette même sage-femme a eu une sensibilisation sur la question, en formation continue cette fois à Montreuil avec l'intervention d'un expert sur la question via les centres de prises en charge. A noter que trois sages-femmes disent ne pas avoir eu du tout de formation continue et une qui la trouvait trop rapide. Elles ont été amenées à se former sur le terrain. Parmi les

trois dernières interrogées, une a eu une formation sur les chirurgies réparatrices, deux autres à la mairie de Paris.

3.2.4 La façon dont elles évoquent le sujet

Toutes les sages-femmes de notre étude nous ont affirmé discuter avec les patientes pour évoquer le sujet. A noter tout de même que l'une d'entre elle, prenant en compte la difficulté d'évoquer ce sujet qu'elle considérait tabou, n'évoquait pas le sujet si un doute persistait après le dépistage. Une autre se disait influencée par l'impact de sa première rencontre avec une femme mutilée dont l'annonce de la MSF avait bouleversé la patiente qui n'était pas au courant. Depuis lors, cette sage-femme préférait donc demander aux patientes « *si elles ont déjà entendu parler de mutilation sexuelle* » pour ensuite adapter son discours aux réponses de ces dernières. Deux autres méthodes ressortaient des entretiens menés. L'une consistait à pousser les patientes à s'interroger elles-mêmes sans annonce directe de la mutilation. La seconde méthode était d'instaurer une relation de confiance avec la patiente avant d'évoquer le sujet ou de n'en parler que si la patiente se plaignait d'anomalies. A noter que seules deux d'entre nos interrogées utilisaient des supports graphiques tels que des planches anatomiques et/ou un miroir pour en parler.

3.2.5 L'impact de la formation sur la façon dont elles évoquent le sujet en consultation

Parmi nos interrogées, 3 évoquaient un manque de formation et d'informations lors de leur cursus étudiant qui ont impacté leur manière d'aborder la question avec leurs patientes. Elles ont été amenées à s'adapter au point que l'une d'entre elles se demandait si elle était habilitée à fournir un certificat sur demande de la patiente. Trois autres se sentaient désemparées et parfois embarrassées face aux premières patientes mutilées rencontrées.

En ce qui concerne celles qui affirmaient profiter positivement de la formation pour évoquer le sujet en consultation ; l'une d'entre elles soulignait sa prise de conscience de la portée internationale des mutilations avec une considération globale du phénomène. Une deuxième de nos interviewées évoquait, elle, la prise de conscience de la violence subie par les patientes ainsi que sa possibilité de sensibiliser les patientes au cadre législatif en vigueur et de les orienter de manière ciblée en fonction de leurs besoins tout en tenant en compte de leur contexte psychologique et affectif. Enfin une dernière sage-femme (celle qui affirmait avoir eu une bonne formation initiale et continue sur la question) nous expliquait que son expérience lui permettait d'évoquer très facilement le sujet avec ses patientes.

3.2.6 Leur capacité à mobiliser les ressources dont elles disposent

Une des ressources dont dispose les sages-femmes est leur réseau d'organismes notamment associatif. Nos interviewées nous ont cité la « Maison des Femmes à Saint Denis », les centres sociaux en partenariat avec la mairie ainsi que l'encadrement en PMI - beaucoup plus propice à la prévention selon l'une des sages-femmes. Malgré le fait qu'elles déplorent en grande partie leur manque de formation, toutes les sages-femmes à l'exception d'une seule orientaient les patientes vers des associations ou autres organismes. Il en va de même pour la prévention de récurrence et l'éducation pour la santé en vue d'une meilleure connaissance de leur corps par les femmes mutilées, toutes les sages-femmes affirmaient en faire sauf une. Cette dernière se limitait à l'orientation des femmes vers un chirurgien si besoin était.

3.3 Discussion des résultats.

3.3.1 Introduction

Pour l'analyse de nos entretiens, considérons, d'un point de vue purement sociologique, l'individu comme un agent dont l'action est influencée par les différents milieux sociaux dans lesquels il évolue. Certains de ces milieux sont des champs sociaux : des espaces relativement autonomes par rapport au reste de la société, autrement dit des "microcosmes sociaux relativement autonomes à l'intérieur du macrocosme social" (40). L'univers des sages-femmes est ancré dans ce qu'on peut appeler le champ médical. Or la complexité de ce champ réside dans une production variée de savoir et de pratiques légitimes sur les malades : le savoir influant la pratique (41). Ainsi les sages-femmes, comme les autres praticiens, sont influencées par leur formation initiale. Sachant que la question des mutilations n'est pas centrale dans les formations de sages-femmes, nous pouvons nous demander quelles sont les pratiques des sages-femmes face à des patientes ayant subi des mutilations sexuelles. Nous avons émis trois hypothèses. La première, assez technique étant l'utilisation de miroirs ou de supports graphiques pour informer et communiquer avec les patientes. La deuxième étant que les sages-femmes évitent d'en parler car elles ne savent pas quelle prise en charge proposer. La troisième étant que par méconnaissance du sujet les sages-femmes peinent à évoquer la question car elles craignent de s'immiscer dans l'intimité des patientes. A la lumière de l'analyse de nos entretiens nous allons voir tout d'abord que l'usage de support graphique ou de miroir est existant mais résiduel chez les sages-femmes interrogées. Dans un deuxième temps nous confirmerons le fait que les connaissances des sages-femmes sont limitées. Enfin nous verrons que, contre intuitivement, malgré les connaissances limitées, les sages-femmes s'efforcent d'évoquer la question des mutilations sexuelles leur patientes. Nous émettrons également nos propositions suites à l'analyse de ces entretiens.

3.3.2 L'usage de supports graphiques ou de miroir

La relation de soin implique l'instauration d'un rapport de confiance, particulièrement en ce qui concerne la santé génésique, de surcroît lorsqu'il est question de mutilations. Toutes les sages-femmes évoquant les mutilations sexuelles notaient l'importance pour elle d'instaurer une relation de confiance avec leurs patientes. Malgré la durée limitée d'une consultation, elles veillaient à ce que ce principe soit respecté, soit en menant une consultation plus longue qu'à l'accoutumé, soit en reprenant un temps d'échange ultérieur. Les sages-femmes interrogées privilégiaient quasi unanimement la parole pour communiquer avec les patientes rencontrées. Seules deux sages-femmes employaient des supports graphiques et deux utilisaient un miroir. A noter que les sages-femmes concernées soulignaient l'instauration d'une relation de confiance comme préalable à l'utilisation de cet outil. L'usage d'outils autres que la parole était justifié par la présence de beaucoup de patientes méconnaissant leur anatomie propre. La méconnaissance de l'anatomie féminine est une problématique culturelle et sociétale, elle n'est pas uniquement l'affaire de ces femmes mutilées, d'où la nécessité de mettre en place d'une pédagogie adaptée prenant compte des connaissances des patientes et de l'affect qui les lie à ce sujet. Ainsi, dans le cadre d'un processus pédagogique, le discours oral seul est insuffisant dans bon nombre de cas. S'aider d'outils variables en fonction des besoins des patientes est donc essentiel dans une démarche de prévention et d'éducation à la santé, rôle important tenu par les sages-femmes de manière général et accentué dans le contexte des MSF.

3.3.3 Connaissances liées à la formation mais limitées

La thématique de l'accès à la formation par les sages-femmes de notre étude ne faisait pas l'unanimité. Certaines n'ont eu qu'une formation initiale, d'autres n'ont été formées qu'uniquement dans le cadre de la formation continue. Des sages-femmes n'avaient que de

vagues souvenirs de leur formation. On comptait par ailleurs des sages-femmes assez critiques à l'égard de la formation qu'elles ont reçue en initial ou en continu. Deux sages-femmes n'ont eu aucune formation sur la question. A l'inverse, des sages-femmes ont bénéficié à la fois d'une formation initiale et continue sur le sujet et les trouvaient utiles à leur pratique. Parmi les sages-femmes non formées sur le sujet, l'une disait s'aider de ses formations (diplômes universitaires) en psychologie et psychiatrie périnatales comme appui.

La formation, notamment pour celles qui se sentaient bien formées, leur a permis d'alimenter une certaine ouverture d'esprit sur la question et les sensibiliser sur les enjeux des MSF. Principalement, la formation permettait de mieux en parler. Enfin, se former avait un impact sur leur relation avec les patientes en termes de renforcement de l'empathie à leur égard et de la nécessité d'éviter les jugements ou la prise d'une posture paternaliste.

Le dépistage des MSF semblait évident pour beaucoup d'entre elles, cependant quelques doutes perduraient. Les doutes provenaient de la variété anatomique propre à chaque femme. De plus, elles possédaient peu de connaissances sur les types de MSF. En effet, reconnaître des mutilations de type I ou de type IV n'est pas chose aisée même lorsqu'on y est formé. Cela se traduit souvent par l'intuition qu'une modification a été portée à la vulve de la femme sans pour autant définir laquelle. Or l'intuition seule ne suffit pas pour un dépistage efficace.

Par ailleurs au-delà de la dimension clinique, les données épidémiologiques, les raisons des MSF et tous les éléments aidant à cibler les populations à risque demeuraient vagues pour les sages-femmes. Cette difficulté altère le dépistage précis des femmes à accompagner. En fait, si la démarche de dépistage et d'accompagnement n'est basée que sur des informations obtenues par le travail de terrain, elle risque d'être perturbée par des idées préconçues.

Parmi les sages-femmes, des interrogations subsistaient autour des conduites à tenir à la suite d'une consultation avec une patiente mutilée. L'un des points les moins maîtrisés était la connaissance des droits ainsi que des devoirs des soignants d'une part, et des patientes d'autre part. Rappelons que les membres du corps médical ont un devoir de protection envers les patientes. Ce devoir de protection n'est pas à confondre avec le devoir de signalement. Le signalement sans consentement est limité aux patientes mineures et vulnérables ainsi que dans le cas où la patiente encourt un danger immédiat. Un autre axe d'amélioration était les

transmissions. Pour beaucoup, les seules transmissions consistaient à noter la présence d'une MSF dans le dossier médical de la patiente. Il manquait souvent les détails concernant le type de mutilation. Il manquait par ailleurs de savoir si un échange avait eu lieu et quelles conclusions, implications et suites à donner suite à cet échange. Tout en respectant la confidentialité et la confiance que les patientes accordent au professionnel médical rencontré, il est important pour un suivi que des transmissions précises et détaillées soient effectuées, et ce afin que l'information soit un moyen de prise en charge des patientes et non un facteur de stigmatisation. La formation est donc un moyen pour cibler les transmissions utiles à donner et repérer les professionnels à qui les transmettre. Ainsi les sages-femmes contribueront à considérer la question des MSF dans sa globalité car, lors des entretiens, certaines déploraient une vision de la problématique trop centrée sur l'hôpital et le versant médical.

3.3.4 Malgré les connaissances limitées, les sages-femmes s'efforcent d'en parler

La majorité des sages-femmes de l'étude déplorait le manque de formation et de connaissance qu'elles avaient sur le sujet. Cependant, toutes les sages-femmes participantes sauf une soulignaient l'importance d'évoquer les mutilations sexuelles ou de les annoncer en consultation. La manière d'amener le sujet et le but escompté par cet échange étaient les deux principaux points de divergences entre les sages-femmes interrogées.

Les sages-femmes de l'étude portaient un intérêt pour le choix des mots. Certaines prônaient une manière très directe pour en parler. Une sage-femme très sensibilisée sur la question de la violence faites aux femmes insistait sur l'importance de questionner systématiquement et sans équivoque les patientes à propos des violences qu'elles auraient subies. D'après elle, évoquer les violences dès l'anamnèse avec toutes les patientes permettait de ne pas les stigmatiser. Cette initiative reflète la notion que nous nous faisons des MSF. En effet dans notre contexte culturel, nous les renvoyons aux violences. Or pour certaines des femmes avoir subi une MSF ne les positionne pas en situation de victimes de violence. Sans vouloir faire fi du

traumatisme qu'elles peuvent rencontrer, nous devrions prendre en compte ce paramètre dans le choix des mots pour ne pas manquer d'établir un contact avec ces patientes autour de la question. Il est intéressant de noter que cette même sage-femme, toujours en considérant les MSF comme élément parmi toutes les violences faites aux femmes, mettait en relief l'importance d'employer le terme « excision » et non « mutilation ». « Excision » serait perçu comme un terme se rapprochant d'une opération relativement courante. Ainsi la sage-femme visait à ne pas placer la patiente en tant que victime car la position de victime est difficilement prise par les individus.

Remarquons que la notion de stigmatisation revenait à plusieurs reprises au sein des entretiens. Pour nos interrogées, trois attitudes différentes étaient déployées pour la même intention d'éviter de stigmatiser les patientes : l'une consistait en un discours clair et systématique, l'autre consistait en un discours moins direct utilisant le terme « d'opération » pour questionner les patientes et la troisième consistait à ne pas en parler spontanément.

Par ailleurs celles parmi les interrogées qui employaient un discours plus détourné cherchaient à savoir dans un premier temps si elles avaient affaire à des patientes au courant de leur mutilation. Procéder de la sorte leur permettait d'évaluer la tournure à donner à la consultation. Effectivement, un discours adapté aux attentes et à la réaction des patientes suite l'échange autour de la question, est essentiel.

Aucune des sages-femmes n'ont eu crainte de s'immiscer dans l'intimité des patientes. Elles décrivent un sujet délicat, tabou pour les patientes et leurs familles. D'ailleurs, lever ces tabous était énoncé comme l'un des buts de l'évocation des MSF en consultation. La prévention et l'orientation des femmes en étaient deux autres. Leur démarche volontaire était freinée par un manque de connaissances sur le sujet, sur leur champ d'action dans ce domaine et sur les partenaires professionnels qu'elles pourraient solliciter. Or la prise en charge des MSF s'effectue en réseau pluridisciplinaire dans lequel les sages-femmes ont un rôle central. D'autre part, de façon récurrente, évoquer les MSF visait à rappeler le cadre de la loi surtout à l'égard de leur éventuelle fille.

3.4 Forces et faiblesses de l'étude.

Le choix de la méthode des entretiens semi-directifs a permis de recueillir des réponses exhaustives notamment par des questions ouvertes dont les réponses écrites auraient pu paraître longues et fastidieuses pour les professionnels sollicités. De plus, procéder par entretien a été un moyen de collecter des témoignages respectant le langage et les cadres de référence des enquêtés. Cependant, cette méthode lève l'anonymat entre enquêteur et enquêté. Nous étions donc exposés au biais de la désirabilité sociale des sages-femmes interrogées. Enfin, du fait de la taille très limitée de l'échantillon étudié, nous ne pourrions pas généraliser les résultats obtenus à l'ensemble des sages-femmes.

Un autre facteur lié à l'échantillon d'étude ne nous permettra pas de généraliser ces résultats. Il s'agit du biais de sélection. En effet, les sages-femmes interrogées exerçaient toutes en Ile-de-France. Par ailleurs, 11 d'entre elles exerçaient ou ont exercé à Paris et/ou en Seine-Saint-Denis. Or nous rappelons que c'est en Ile-de-France et particulièrement dans les départements de Paris et de Seine-Saint-Denis que se concentre la plus grande part des femmes touchées par les MSF(13) (14). Ce choix quant à la population d'étude avait une portée pragmatique. Son but était de recueillir des témoignages de sages-femmes faisant plus souvent face au phénomène et donc les plus concernées par la question. Il aurait également été intéressant d'exploiter des données épidémiologiques et statistiques centrées sur les lieux de pratique exacts des sages-femmes. Contraints par les obligations légales et réglementaires, nous n'avons pas pu obtenir ces données.

3.5 Implications et perspectives.

A l'issue de cette étude, nous avons émis quelques propositions d'amélioration en vue d'aider au mieux les sages-femmes face à cette problématique.

La formation initiale serait à coupler avec une formation continue systématique au sein des structures de soin qui accueillent des populations particulièrement à risque de MSF. Cela implique la connaissance objective des données épidémiologiques concernant les MSF à l'échelle locale. Il serait donc nécessaire que la donnée soit mentionnée dans le dossier de chaque personne concernée. Par ailleurs, pour pallier aux difficultés pouvant être liées aux équipes changeantes et au personnel moins formé sur le sujet, des sages-femmes fixes dites « référentes MSF » pourraient être désignées comme appui et en soutien des autres membres de l'équipe.

Notons que la formation devrait porter sur le dépistage, la prévention et la prise en charge des victimes de MSF. Dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire, il serait utile de faire la lumière sur les différents acteurs et références locaux à qui les sages-femmes pourraient faire appel pour harmoniser au mieux le travail en réseau.

Dans l'idée de promouvoir l'éducation à la santé, il serait intéressant de généraliser avec les pouvoirs publics locaux des ateliers par le biais d'associations où, dans un cadre convivial les sages-femmes pourraient faire de la prévention et aider les femmes à mieux connaître leur corps. Ce type d'initiative permettrait d'une part de donner un accès à la médecine préventive à certaines femmes dont la grossesse demeure le seul moyen d'en bénéficier. D'autre part, il s'agirait d'un moyen d'aborder la question des MSF, de soulever d'éventuels tabous, de déconstruire des idées préconçues sur le sujet, d'ouvrir le débat et d'exposer les actions mises en place pour aider et protéger les femmes qui en sont exposés.

Conclusion

A travers cette étude nous avons pu constater que les sages-femmes consultant auprès de femmes mutilées accordaient une place importante au dialogue avec les patientes qu'elles rencontrent. La qualité de cet échange dépend en partie de la formation initiale ou continue qu'elles ont pu avoir sur le sujet des mutilations sexuelles féminines. La communication restait essentiellement verbale et peu de place était accordée aux outils iconographiques. Or ces outils seraient très utiles dans une démarche de prévention et d'éducation pour la santé des patientes, qui avec l'orientation et l'accompagnement des femmes, sont les principaux rôles que les sages-femmes s'emploient à jouer dans la lutte contre cette pratique. Dans la logique de cette démarche, améliorer la prise en charge des femmes mutilées passe essentiellement par l'amélioration du contenu de la formation des sages-femmes et de son accessibilité. Cette amélioration se fait par ailleurs par l'identification claire des acteurs de santé et des différents partenaires participant à la prise en charge globale des femmes mutilées sur les plans psychologique et sexologique mais aussi social et juridique. Dans ses nouvelles lignes directrices publiées en 2018 (42), l'OMS rappelle la place prépondérante à accorder à la prévention et l'éducation pour la santé autour de cette question. Ces dernières sont à employer aussi bien auprès des hommes que des femmes, en veillant à respecter des principes de non jugement et d'adaptation du discours au public, d'où la nécessité de ne pas tenir un discours stéréotypé mais plutôt ciblé sur les attentes, les besoins et le contexte dans lequel se trouvent les interlocuteurs visés. Un des objectifs principaux de cette approche est une meilleure connaissance et maîtrise de son corps. Ainsi l'OMS appelle et encourage vivement la mise en place de projets de recherche pour obtenir des données probantes, scientifiquement exactes. Ces projets s'inscriront dans une logique d'adaptabilité constante en vue d'évoluer vers des méthodes innovantes. Pour qu'un jour, nous l'espérons, les mutilations sexuelles figurent au sein du lot des pratiques révolues, éradiquées telle la variole. De cette manière nous participerons à préserver le droit humain pour tous, dans le cadre d'un état de complet bien-être physique, mental et social.

Bibliographie

1. OMS. | *Mutilations sexuelles féminines* [Internet]. WHO. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/fr/> (page consultée le 16 novembre 2016)
2. OMS. | *Classification des mutilations sexuelles féminines* [Internet]. WHO. <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/overview/fr/> (page consultée le 20 novembre 2016)
3. UNICEF. *Female Genital Mutilation/Cutting: a global concern* [Brochure] in https://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf (page consultée le 20 novembre 2017).
4. Excision, parlons-en ! [Internet]. <http://www.excisionparlonsen.org/> (page consultée le 20 novembre 2016)
5. UNICEF, *Mutilations génitales féminines/excision : aperçu statistique et étude de la dynamique des changements*, New York: UNICEF; 2013,184p.
6. UNFPA. *Législation condamnant les mutilations génitales féminines/ l'excision au Kenya, en Ouganda et en Guinée-Bissau.* [Article] in https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Legislation%20and%20FGMC_FR.pdf (consultée le 18 décembre 2016)
7. Bellamy, Carol *Childhood under threat*, New York UNICEF, 2005, 151. (coll The State of the World's Children.).
8. Bessis S. *Le guide des MGF : les MGF dans le monde.* 2004.
9. Kelly, E., Hillard, P., Adams, B. *Female Genital Mutilation, Current Opinion.* *Obstetrics & Gynecology*, 2005;17: 490-494.
10. Gillette-Faye I. Répartition géo. des MGF en France et dans le monde.
11. Andro A, Lesclingand M. Les mutilations génitales féminines. État des lieux et des connaissances. *Population*. 2016;71(2):224-311.
12. "International Women's Day: Zero tolerance for female genital mutilation", Bruxelles: Commission Européenne, EIGE 2013.
13. Le praticien face aux mutilations sexuelles, guide du Ministère de la Santé coordonné par GSF, 2010.
14. "Excision: comprendre et agir", Saint Germain en Laye: 2016.

15. A Ben Jebria, ancien chercheur à l'INSERM. *L'excision, une pratique en pleine expansion* in *Le Huffington Post*. 2015. [Internet]. https://www.huffingtonpost.fr/abdellaziz-benjebria/pratique-de-lexcision-dans-le-monde_b_7210916.html (page consultée le 4 mars 2017)
16. Fédération GAMS *Protocole de sensibilisation niveau 1* [PDF]. http://federationgams.org/wp-content/uploads/2015/11/msf_niveau1-1.pdf (page consultée le 25 juillet 2018)
17. Herzberger-Fofana P. *Les Mutilations Génitales Féminines (MGF)*. Université Erlangen-Nuremberg;
18. POULAIN Anne-Charlotte, *Mutilations sexuelles féminines : Les pratiques dans les maternités de Seine-Saint-Denis*, 75p, Th.D : Université Paris Val-de-Marne: 2007.
19. BOUJAHMA Dounia, *Les mutilations sexuelles féminines : Etat des lieux et prise en charge*, 97p, Mém.fin ét. : Université Libre de Lille : 2007.
20. VAYSSE- BUITYS Julie, *Le rôle de la sage-femme dans la prévention des mutilations sexuelles féminines*, 138p, Mém.fin ét. : Université René Descartes: 2006.
21. Docteure Marie-Hélène Franjou, Isabelle Gillette. *Femmes assises sous le couteau*. GAMS. Paris; 1995.
22. Keïta K. *Mutilée*. Oh! 2005.
23. Fener. "*L'UNICEF contre les mutilations sexuelles féminines*". In *SidaSciences* [Internet]. <http://sidasciences.inist.fr/?L-UNICEF-contre-les-mutilations> (page consultée le 20 novembre 2016)
24. Secrétariat d'Etat chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes. *Lutte contre les violences : les mutilations sexuelles féminines*. [Guide professionnel PDF]. <http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/lutte-contre-les-violences-les-mutilations-sexuelles-feminines/> (page consultée le 21 janvier 2017)
25. Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme "Avis sur les mutilations sexuelles féminines", Paris: CNCDH, 2013, 14p.
26. Ministère de la santé et des solidarités "Pour en finir avec les mutilations sexuelles féminines", Paris Institut Pasteur, 2006, 14p.
27. Tostan International. *Abandon de l'excision* [Internet]. <https://www.tostan.org/fr/zones-dimpact/enjeux-transversaux/abandon-de-lexcision/> (page consultée le 20 novembre 2016)
28. Cams *Commission pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles* [Internet]. <http://www.cams-fgm.net/> (page consultée le 23 août 2016)

29. https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Legislation%20and%20FGMC_FR.pdf.
30. Hormann S. Fleur du désert. 2009.
31. FAKOLY TJ. Non à l'excision. 2007. (L'Africain).
32. PROLONGEAU H. *Victoire sur l'excision*. Albin Michel. 2006.
33. Abramowicz S. Évaluation des résultats anatomiques, fonctionnels et identitaires après transposition du clitoris chez 30 patientes. [médecine humaine et pathologie]. Rouen; 2013.
34. FOLDES P. Chirurgie plastique reconstructrice du clitoris après mutilation sexuelle. *Prog Urol* 2004 14 47-50.
35. SCHWARZ F. Prise en charge des mutilations sexuelles féminines : Quel est le rôle du médecin généraliste en Centre de Planification Familiale? 2013.
36. INED. Les mutilations sexuelles féminines en France : premiers résultats de l'enquête : excision et handicap (ExH). 2009.
37. Foldès P, Cuzin B, Andro A. Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study. *The Lancet*. juill 2012;380(9837):134-41.
38. Collectif des Associations et Syndicats de Sages-femmes *Référenciel métier et compétences des Sages-femmes*.2010
39. HAS. *Suivi orientation femmes enceintes-synthèse*. [Recommandations PDF]. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_orientation_femmes_enceintes_synthese.pdf (page consultée le 20 juillet 2018)
40. Wagner A-C. *Champ. Sociologie* [Internet]. <http://journals.openedition.org/sociologie/3206> (page consultée le 16 août 2018)
41. Pinell P. La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870). *Rev Fr Sociol*. 2009;50(2):315.
42. Organisation mondiale de la santé. *Lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines*. 2018.

Annexes

Annexe I : Trame d'entretien semi-directif

TRAME D'ENTRETIEN

1) Depuis combien de temps exercez-vous la profession ?

0-5ans 6-10ans 11-15ans 16ans-20ans plus de 20ans

2) Quel est votre mode d'exercice actuel ? Quels ont été vos autres modes d'exercice ?

Hospitalier Libéral PMI/Planning familial Activité mixte, préciser

Autre

3) A quelle fréquence consultez-vous ?

Par vacation (préciser le nombre de fois /an et/ou la durée)

Exclusivement (préciser depuis combien de temps)

4) Pouvez-vous me raconter la première fois ou l'une des premières fois où vous avez vu une patiente mutilée ?

5) Quel a été votre premier sentiment à l'observation des OGE ?

6) Comment définissez-vous les cas où vous procéder à un examen des OGE ou pas ?

7) Pensez-vous avoir des difficultés à reconnaître une mutilation sexuelle ?

8) Dans quels cas faites-vous part à la patiente de sa mutilation ?

9) Comment l'évoquez-vous avec la patiente ?

- 10) Avez-vous eu des cours sur les MSF au cours de votre formation initiale ?- idem formation continue- Sur quoi portaient ces cours ?
- 11) Pensez-vous pouvoir mieux en parler depuis que vous vous êtes formée ?
- 12) Profitez-vous du cadre de la consultation pour faire de la prévention ?
- 13) A la suite de la consultation, comment s'organise la suite de la prise en charge de la patiente ?

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

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 _____ domiciliée à _____
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
(Nom, prénom) _____
Cet examen a nécessité la présence d'un interprète (ou d'un assistant), Madame, Monsieur
(Nom, Prénom) _____
Elle déclare sur les faits « avoir été victime de _____, le
(date), à _____ (heure), à _____ (lieu) ».
Elle déclare/dit se plaindre de « _____ ».
Elle présente à l'examen clinique :
- Etat gravidique 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

→ 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 :
<http://stop-violences-femmes.gouv.fr/Modeles-de-certificats.html>

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

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

Annexe III : Descriptif de la technique de réparation mis en place par le Dr P.FOLDÈS

La réparation clitoridienne est une pratique consistant à libérer le genou et le corps du clitoris tout en respectant l'innervation d'origine.

Il s'agit d'un acte de chirurgie réparatrice dont la technique a été expérimentée lors de missions en Afrique. Après l'opération les patientes sont suivies sur les plans cosmétique, sensoriel, sexuel et psychologique.

- Incision pré-pubienne
- Section du ligament suspenseur
- Libération du genou clitoridien
- Libération du corps clitoridien
- Résection cicatricielle
- Réimplantation
- La couverture
- Fermeture cutanée
- Cicatrisation et suite.

Annexe IV : Contacts utiles

Conseils et soutien aux victimes

Fédération GAMS (Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles Féminines, des Mariages Forcés et autres pratiques traditionnelles néfastes à la santé des femmes et des enfants)

01 43 48 10 87 – www.federationgams.org - association.gams@wanadoo.fr.

Association CAMS (Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles)

01 45 49 04 00 www.cams-fgm.net.

Le Mouvement français pour le planning familial (MFPF).

01 48 07 29 10 - www.planningfamilial.org

Maison des Femmes (Saint-Denis)

www.lamaisondesfemmes.fr - 01 42 35 61 28

Service d'accueil téléphonique de référence sur les violences faites aux femmes.

Téléphone :3919.

Fil Santé Jeunes.

www.filsantejeunes.com - 0800 235 236

Allô Enfance En Danger.

Téléphone :119

Instances juridiques

Cellule de Recueil, de traitement et d'évaluation des Informations Préoccupantes (CRIP)

01 53 46 86 74

Parquet des mineurs du Tribunal de Grande Instance (TGI)

01 44 32 64 65

Lieux de chirurgie réparatrice en île de France

Hôpital Armand Trousseau

26, av Arnold Netter 75012 Paris

01 44 73 51 42

Hôpital Bichat, Paris 18ème

46 Rue Henri Huchard 75018 Paris

01 40 25 73 20

Clinique Louis XIV, Saint Germain en Laye (78)

12 Rue de la Baronne Gérard, 78100 Saint-Germain-en-Laye

01 39 10 26 03

Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy Saint-Germain-en-Laye

Site de Saint-Germain en Laye (78)

20 rue Armagis, 78100 Saint-Germain-en-Laye

01 39 27 51 22 ou 01 39 27 40 94

Consultation de prise en charge des mutilations sexuelles :

Docteur Pierre FOLDES-Lundi matin

<http://www.chi-poissy-st-germain.fr/fr/Espace-de-sante-de-la-femme-et-du-couple-947.html>

Hôpital André Grégoire, Montreuil (93)

56 Boulevard de la Boissière, 93100 Montreuil

01 49 20 31 05

Clinique de la Dhuys, Bagnole (93)

38 Rue Floréal, 93170 Bagnole

01 48 97 50 93

CHI de Créteil (94)

40 Avenue de Verdun, 94000 Créteil

01 45 17 55 51

Hôpital du Kremlin-Bicêtre (94)

78 Rue du Général Leclerc, 94270 Le Kremlin-Bicêtre

01 45 22 77 01

Hôpital René Dubos, Pontoise (95)

6 Avenue de l'Île de France

01 30 75 48 33

Annexe V : Documentation

Agir face aux MSF en Ile de France

Que dit la loi ?

La loi sanctionne toutes les pratiques de mutilation sexuelle féminine : excision du clitoris, infibulation...
La loi s'applique à toute personne vivant en France quelle que soit sa nationalité même si l'excision a eu lieu à l'étranger.

La loi sanctionne « les violences agies entraînant une mutilation ou une infirmité permanente de 10 ans d'emprisonnement et de 150 000 € d'amende » (Article 222-3 du Code pénal).

Cette peine est portée à 15 ans de réclusion criminelle lorsque la mutilation est commise sur un mineur de moins de quinze ans et à 20 ans lorsqu'elle est commise par un ascendant légitime, naturel ou adoptif, ou par toute autre personne agissant avec l'autorité du mineur. (Article 222-10 du Code pénal).

La loi française s'applique à l'acte commis à l'étranger si la victime est de nationalité française ou si, étrangère, elle réside habituellement en France. (Article 222-16-2 du Code pénal).

La victime peut engager une action en justice pendant 20 ans après sa majorité, soit jusqu'à l'âge de 38 ans. (Article 7 du Code de procédure pénale).

Quand il constate une excision ou une autre forme de mutilation, le professionnel, comme tout citoyen, est tenu de la signaler à la justice : « Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au Procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs. » (Article 434-3 du Code de procédure pénale).

Le secret professionnel, y compris médical, est levé pour « celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou privations (y compris lorsqu'il s'agit d'attentes ou de mutilations sexuelles) dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur... » (Article 226-14 du Code pénal).

Le signalement dans ces conditions ne peut donner lieu à aucune sanction disciplinaire.

Tout professionnel ou simple citoyen, qui ne signale pas le danger encouru par une fille menacée de mutilation sexuelle, que celle-ci soit prévue en France ou à l'étranger. (Article 223-6 du Code pénal), s'expose à des poursuites pour non-assistance à personne en danger.

En Afrique aussi : notamment au Burkina-Faso, République Centrafricaine, Côte d'Ivoire, Djibouti, Égypte, Guinée, Guinée Conakry, Libéria, Nigeria, Sénégal, Sierra Leone, Soudan, Togo, Tanzanie... des lois interdisent les mutilations sexuelles féminines. Des parents et des exciseuses ont été condamnés et emprisonnés.

Agir face aux mutilations sexuelles féminines

Qui contacter ?

- Permanences téléphoniques nationales

ALLÔ ENFANCE EN DANGER : 119
Numéro d'urgence gratuit 24h/24

FIL SANTÉ JEUNES : 3222, ou depuis un mobile : 01 44 93 30 74

- Institutions départementales de protection de l'enfance

CRIP 75 : 01 53 44 86 74 CCIP 78 : 01 39 07 74 30
ASE 74 : 01 43 97 77 35
CRIP 77 : 01 44 14 77 38 CRIP 93 : 0 800 00 00 93
ASE 91 : 01 60 91 91 91 CRIP 95 : 01 30 30 31 31

- Parquet des mineurs du tribunal de grande instance

Paris : 01 44 92 44 45 Yvelines : 01 39 07 74 30
Hauts-de-Seine : 01 40 97 13 18 Val de Marne : 01 48 81 19 37
Essonne : 01 40 78 78 00 Seine-et-Marne :
Seine-St-Denis : 01 48 95 13 93 01 44 79 81 03 (Meaux)
Val d'Oise : 01 72 58 72 05 01 74 48 69 38 73 (Meudon)

- Services départementaux de protection maternelle et infantile (PMI)

Paris : 01 42 71 32 72 Yvelines : 01 39 07 74 30
Hauts-de-Seine : 01 47 29 30 31 Val de Marne : 01 43 97 77 82
Seine-et-Marne : 01 64 14 77 88 Essonne : 01 40 91 91 91
Seine-St-Denis : 01 43 93 81 09 Val d'Oise : 01 44 25 35 64

- Des associations spécialisées :

Le GAMS : Fédération nationale GAMS - Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles Femelles et des Mariages Forcés. 01 43 48 19 87.
www.federatimgams.org Accueil, information et soutien du public face à une situation d'excision, actions de prévention et de sensibilisation des familles et de formation des professionnels (e-s)

La GAMS : Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles.
01 45 49 04 04 (Conseils juridiques, et partie civile aux procès).

Le MFPF : Mouvement français pour le planning familial.
<http://www.planning-familial.org> Accueil, information notamment des femmes sur la sexualité, formations

Paris : 01 42 40 93 20 Val de Marne : 01 43 74 65 07
Seine-Saint-Denis : 01 55 84 04 04 Hauts-de-Seine : 01 47 76 44 11
Essonne : 01 44 54 05 99 Val d'Oise : 01 30 30 24 24

TOSTAN France : 01 42 44 85 89
<http://www.tostanfrance.fr> Information, partage et éducation entre l'Afrique et l'Europe, droits humains, santé, ...

- Pour les professionnels qui souhaitent faire appel à des interprètes :

Inter-Service migrants : 01 53 24 52 48

- En Afrique / En Europe :

Le Comité Inter Africain contre les pratiques agies sur la santé des femmes et des enfants (dans 28 pays en Afrique)
<http://www.ica-csf.net>

Euromet FMF : réseau européen pour la prévention et l'éradication des pratiques traditionnelles néfastes affectant la santé des femmes et des enfants. <http://www.euromet-fmf.org/>

MINISTÈRE DE LA JUSTICE
DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ÉQUALITÉ TERRITORIALE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

MINISTÈRE DE LA FAMILLE
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA FAMILLE

MINISTÈRE DE LA JUSTICE
DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ÉQUALITÉ TERRITORIALE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

MINISTÈRE DE LA FAMILLE
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA FAMILLE

Que sont les mutilations sexuelles féminines ?

• L'excision

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

• L'infibulation

L'excision du clitoris et des petites lèvres est complétée par la section des grandes lèvres dont les deux moignons sont cousus bord à bord de telle façon qu'il ne persiste qu'une minuscule ouverture pour l'écoulement de l'urine et des règles. L'infibulation est surtout pratiquée en Afrique de l'Est. En Afrique de l'Ouest, les grandes lèvres sont sectionnées : l'accouplement se fait par cicatrisation, sans suture.

Quelles sont les raisons invoquées des mutilations sexuelles féminines ?

• **ON DIT** que les mutilations sexuelles rendent les femmes plus fécondes...

• **EN RÉALITÉ** : Les mutilations sexuelles féminines n'augmentent pas la fécondité. L'accouchement est souvent plus difficile, peut même parfois entraîner la mort du nouveau-né et de sa mère.

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

• **EN RÉALITÉ** : Aucune religion n'impose les mutilations sexuelles féminines. Ce sont des coutumes dont l'origine est antérieure aux religions. Le Coran n'en parle pas.

• **ON DIT** que ces pratiques assurent la pureté et la virginité des filles ainsi que la fidélité des épouses, et qu'une jeune fille non-excisée ne trouvera pas de mari...

• **EN RÉALITÉ** : Le comportement sexuel dépend de l'éducation, du caractère et relève de l'intimité ; les mutilations sexuelles féminines ne permettent pas de le contrôler. Par contre, elles peuvent entraîner des conséquences sexuelles (douleurs...) qui pourront avoir un impact sur les relations de couple. Et de plus en plus de jeunes hommes préfèrent se marier avec une jeune femme non-excisée.

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

• **EN RÉALITÉ** : il existe des coutumes et des traditions bénéfiques pour la santé. D'autres sont très dangereuses comme les mutilations sexuelles féminines.

Les traditions néfastes qui attentent à la vie et à l'intégrité d'un être humain doivent disparaître. Pour autant, il convient de respecter les différentes cultures, en encourageant notamment les pratiques traditionnelles bénéfiques qui contribuent à l'épanouissement des personnes.

Depuis plusieurs années, dans de nombreux pays africains des femmes et des hommes s'engagent pour abandonner ces pratiques et préserver la santé de leurs filles.

Vous pouvez agir pour prévenir cette violence et protéger les petites filles et les adolescentes menacées d'excision et d'autres formes de mutilations sexuelles féminines

Vous pensez qu'une fillette, du fait de son origine, est potentiellement menacée d'excision ?

Vous craignez qu'un séjour au pays soit l'occasion de faire exciser une fillette ?

INFORMEZ la famille sur les dangers des mutilations sexuelles féminines

- Sur les conséquences néfastes immédiates : saignement, hémorragie pouvant entraîner la mort, douleur intense, brûlures...
- Sur les conséquences tout au long de la vie : infections vulvaires, urinaires, gynécologiques, septicémies pouvant entraîner la stérilité ou la mort, accouchements difficiles, rapports sexuels très douloureux, graves répercussions sur la santé mentale...

RAPPELZ LA LOI

- En France, et dans de nombreux pays, la loi interdit et sanctionne les mutilations sexuelles féminines, elle protège les enfants résidant en France, quelque soit le pays d'origine de leurs parents, et soutient les pères et les mères qui refusent d'infirmer cette blessure à leurs fillettes et qui s'opposent à la perpétuation de cette coutume.

Vous pouvez contacter à tout moment des associations qui peuvent vous informer et vous aider en FRANCE comme en AFRIQUE. (voir contacts au dos)

Si cette démarche de persuasion ne suffit pas, si le risque persiste ou est imminent

Vous redoutez qu'une fillette soit prochainement mutilée en France ?

Vous apprenez qu'une fillette va être prochainement mutilée lors d'un séjour au pays ?

SAISISSEZ les autorités de protection de l'enfance du département :

- La CRIP ou l'ASE (voir adresses au dos) qui saisira le Parquet des mineurs du Tribunal de Grande Instance
- à défaut ou dans les situations d'urgence imminente le Procureur directement.

Toute personne, médecin ou simple citoyen, qui a connaissance d'un tel risque, a le devoir de signaler que cette fillette est en danger.

Le secret professionnel est levé pour les professionnels qui y sont soumis.

- Ces instances pourront saisir le juge des enfants, celui-ci est compétent dès lors que la santé et la sécurité du mineur sont en danger.
- Ce juge pourra convoquer les parents, et leur rappellera que l'excision, comme toute autre mutilation, est un crime passible de la Cour d'assises.

Sachez que ...

- Si l'excision a lieu à l'étranger, fillettes et adolescentes peuvent à cette occasion être « mariées » contre leur gré. Une fois la fillette hors du territoire français, toute intervention sera difficile : agissez le plus tôt possible.
- Pour protéger la fillette qui doit être envoyée à l'étranger pour y subir la mutilation, le juge peut ordonner l'interdiction de sortie du territoire. Le recours au juge des enfants peut être précécuté dans ce cas.

Si vous constatez une excision ou toute autre mutilation sexuelle, y compris pour les jeunes mineures enceintes ou qui viennent d'accoucher dans une maternité...

TRANSMETTES TOUTE INFORMATION PRÉOCCUPANTE à la CRIP qui fera le signalement au Parquet

- Il n'y a pas d'alternative : médecins et autres professionnels, comme tout citoyen, sont tenus par la loi de signaler qu'une mutilation a été pratiquée.
- Cette démarche contribue également à protéger les autres fillettes de la même famille ou du même groupe social.

- Une prise en charge des fillettes, femmes ayant subi une mutilation sexuelle féminine peut être proposée : aide psychologique, et éventuellement, pour les majeures, une intervention chirurgicale de restauration du clitoris (permettant au minimum de supprimer les douleurs), remboursée par la Sécurité Sociale.



Le combat s'organise

La prévention et le soutien de la loi

La protection contre les mariages forcés

► En France, le mariage forcé est interdit et la loi exige le consentement mutuel des époux : chacun des futurs époux affirme son accord libre et volontaire en présence du Maire et de témoins. L'absence de consentement permet l'annulation du mariage. L'homme et la femme ne peuvent contracter mariage avant l'âge de 18 ans. Seul, le mariage civil est considéré comme légal.

► La loi considère le viol comme un crime, qu'il soit conjugal ou non. Le violleur encourt une peine de prison de 15 ans ou de 20 ans si la victime est mineure. Les parents ayant conclu un mariage sans le consentement de leur fille peuvent être poursuivis pour complicité de viol.

► La Protection de l'Enfance protège toute mineure ou jeune majeure résidant en France qui serait menacée d'un mariage forcé, ou qui y aurait déjà été contrainte.

Les États parties s'engagent à prendre toutes les mesures appropriées, y compris les dispositions législatives, pour modifier ou abroger toute loi, disposition réglementaire, coutume ou pratique qui constitue une discrimination à l'égard des femmes.

Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes art. 2 (1984)

Des lois contre l'excision

► Dénoncées dans la plupart des pays d'origine et par les conventions internationales, les mutilations sexuelles féminines, considérées comme des crimes ou des délits, doivent impérativement disparaître.

► Des lois les interdisent aujourd'hui en Afrique (19 pays sur 28).

► En France, de nombreux pays ont pris des dispositions pour les interdire. En France, la loi condamne et sanctionne toutes les pratiques de mutilation (art. 222.7, 222.8, 222.9 et 222.10 du Code pénal), y compris celles commises à l'étranger, comme en témoignent près de quarante procès d'assises depuis 1983 – des pères, des mères, des exciseuses ont été condamnés à la prison.

► Depuis la loi du 4 avril 2006, la Protection de l'Enfance s'applique quel que soit le pays où la mutilation a été pratiquée et sans condition de nationalité française : l'auteur pourra être poursuivi en France si la victime est de nationalité française ou si elle réside habituellement en France.

► Le professionnel confronté à l'excision est tenu de le signaler à la justice et le secret professionnel est alors levé.

► En France, les femmes ayant subi une mutilation sexuelle peuvent porter plainte jusqu'à 20 ans après leur majorité (68 ans).

Des atteintes continues à l'intégrité des femmes

► Les mutilations sexuelles féminines

Aujourd'hui, dans le monde, plus de 130 millions de femmes sont mutilées sexuellement. Chaque année, ce sont plus de 3 millions de fillettes ou d'adolescentes qui subissent ces pratiques, vieilles d'au moins 25 siècles, qui sont tout à la fois une atteinte intolérable aux droits humains, à l'intégrité physique et morale des femmes.

Ces mutilations visent à placer sous contrôle la sexualité féminine. Bien que ne relevant pas du religieux, elles sont pratiquées dans de nombreux pays du continent africain, certains pays d'Asie et du Moyen-Orient, tous les pays d'immigration, notamment en Europe.

En France, selon l'INED*, de 42 000 à 61 000 femmes adultes vivent sur le sol français ont subi une mutilation sexuelle. Des fillettes et adolescentes sont actuellement encore menacées. Pratiquées sur des nourissons de quelques jours, des enfants en bas âge, jusqu'à l'adolescence, voire jusqu'à l'âge adulte, ces mutilations peuvent prendre plusieurs formes :

- L'excision
- C'est l'ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres de la vulve. Elle peut aboutir à une infibulation partielle dite à la coalescence des petites lèvres.
- L'infibulation
- L'excision est complétée par l'ablation des grandes lèvres dont les moignons sont ensuite suturés bord à bord. L'ouverture de la vulve se réduit ainsi à un minuscule orifice pour l'écoulement des urines et des règles. La vulve laisse place à une cicatrice très dure qui devra être incisée au moment du mariage ou de l'accouchement.
- La « réparation » des MSF est aujourd'hui possible.
- Conséquences
- risques de mort immédiate par hémorragie, par choc lié à la douleur
- infections locales ou généralisées pouvant entraîner la stérilité
- rapports sexuels douloureux
- accouchements difficiles
- fistules recto ou vésico-vaginales
- traumatismes psychiques, anxiété, angoisse, dépression...

* Enquête octobre 2007

► Les mariages forcés

Le mariage forcé est une union coutumière, religieuse et/ou civile conclue sans tenir compte des aspirations, des souhaits, du consentement de chacun des membres du couple. Il constitue une grave atteinte aux droits humains fondamentaux et à l'intégrité morale et physique des femmes.

Les jeunes filles ou les femmes qui le subissent y sont contraintes par des pressions morales, affectives, matérielles et/ou par des violences physiques. Il relève de traditions présentes dans toutes les cultures à différentes périodes de leur histoire. Hommeur et réputation sont souvent invoqués pour le justifier.

Il s'agit de maintenir la cohésion du groupe familial ou communautaire, en évitant la mixité ethnique, religieuse ou sociale.

Ces pratiques témoignent de la volonté d'assigner les jeunes filles et les femmes à un statut qui s'inscrit dans la tradition familiale. Elles persistent aujourd'hui dans des familles vivant en France ; de nombreuses adolescentes, jeunes femmes et femmes en sont menacées ou victimes.

→ Conséquences

- viols
- menaces, pressions diverses
- violences conjugales
- harcèlement moral et psychologique
- grossesses précoces et/ou non désirées
- séquestration, perte de liberté, déscolarisation
- automutilations, troubles de l'alimentation, dépressions pouvant conduire au suicide.

« On peut renoncer à des pratiques sans perdre sa culture. Je parlerai toujours ma langue maternelle. J'aurai toujours le goût du désert sur le bout de la langue. Et mes filles, qui ne sont pas excisées, seront toujours mes filles. Même si elles épousent un jour un martien »

Témoignage de Khadou, Éthiopienne, Le Pacte d'Ava, Syros / Fédération nationale Gams (2006).





Un engagement au quotidien

Gams met son expérience et ses compétences :

- ▶ au service du grand public
- sensibilisation pour les publics concernés par ces pratiques néfastes (PMI, collèges, lycées, centres de planification, etc.) ;
- aide et soutien personnalisés à des jeunes filles, des familles et des femmes victimes de ces pratiques ou menacées de l'être ;
- accueil possible, uniquement sur rendez-vous, après une évaluation téléphonique ;
- ▶ comme des professionnels
- animation de formation initiale et continue pour les professionnels sociaux, médico-sociaux, éducatifs ;
- conseil technique pour les professionnels sociaux, de la santé et de l'éducation ;
- mise à disposition d'un fonds documentaire spécifique ;
- participation à des actions de réflexion (colloques, séminaires, conférences-débats, etc.).

Association de loi 1901, à but non lucratif, laïque et apolitique, la Fédération nationale Gams a été créée en 1982 par des femmes africaines résidant en France et des femmes françaises.

Sa vocation est d'œuvrer à l'éradication des pratiques traditionnelles néfastes à la santé des femmes et des enfants, – plus particulièrement les mutilations sexuelles féminines et les mariages forcés –, tout en valorisant les pratiques traditionnelles positives (massage et portage au dos des nourissons, etc.).

Son action s'exerce à Paris et sur l'ensemble du territoire français avec le concours de militants bénévoles et de salariées impliqués au quotidien dans la prévention sur le terrain. Régulièrement consultée et soutenue par des organismes institutionnels et associatifs, la Fédération nationale

Avec le concours de la Fédération nationale Gams

- Dans le cadre de votre activité professionnelle, de votre vie associative ou sociale, pour des proches, pour vous-même, la Fédération nationale Gams apporte aide et soutien afin de :
- mieux connaître et prévenir les pratiques traditionnelles portant atteinte à l'intégrité, à la dignité et à la santé des femmes ;
 - mieux faire face à une situation d'excision, de mariage forcé ;
 - organiser des actions de prévention et de sensibilisation, de formation ;
 - faire une recherche dans le cadre d'un mémoire ou d'une thèse.

BLEU T janvier 2016



Fédération nationale Gams

→ Siège social

51 avenue Gambetta | 75020 Paris
Tél. (33) 01 43 48 10 87
Fax (33) 01 43 48 00 73

Courriel : contact@federationgams.org
Twitter : @FederationGAMS
Facebook.com/Federation.GAMS
www.federationgams.org

Accueil sur rendez-vous uniquement
du lundi au vendredi

→ GAMS en régions

- Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine 06 32 22 79 99
- Auvergne-Rhône-Alpes 06 59 51 05 05
- Bourgogne-Franche-Comté/SAFE 06 15 93 28 73
- Ile-de-France 06 70 83 31 73
- Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées/Ta Vie en Main 06 79 78 22 44
- Nord-Pas-de-Calais-Picardie/RIFEN 06 87 71 67 64
- Normandie 06 30 36 42 42
- Provence-Alpes-Côte d'Azur 06 73 43 96 33



▶ Mutilations sexuelles féminines

▶ Mariages forcés

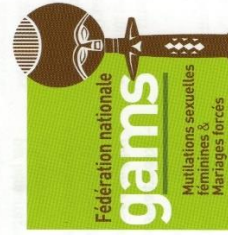
▶ Autres violences faites aux adolescentes et aux femmes

La Fédération nationale Gams

→ informe

→ sensibilise

→ forme



www.federationgams.org