



HAL
open science

La pratique des sages-femmes concernant les mutilations sexuelles féminines en salle de naissances : Évaluation des connaissances, des pratiques et des besoins professionnels dans quatre structures de soins

Diane Lacombe

► To cite this version:

Diane Lacombe. La pratique des sages-femmes concernant les mutilations sexuelles féminines en salle de naissances : Évaluation des connaissances, des pratiques et des besoins professionnels dans quatre structures de soins. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-03256033

HAL Id: dumas-03256033

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03256033v1>

Submitted on 10 Jun 2021

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

Ecole de sages-femmes Hôpital Foch

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

DIANE LACOMBE

**LA PRATIQUE DES SAGES-FEMMES CONCERNANT
LES MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES
EN SALLE DE NAISSANCES**

Evaluation des connaissances, des pratiques et des besoins
professionnels dans quatre structures de soins

Soutenu le 19 septembre 2019

Directrice de mémoire :

Sarah ABRAMOWICZ, gynécologue-obstétricienne spécialisée dans la réparation des femmes victimes de mutilations sexuelles féminines, Hôpital André Grégoire, Montreuil.

Numéro national d'étudiant : 21504499

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

Tout d'abord, je remercie vivement le Dr Sarah ABRAMOWICZ, directrice de ce mémoire, pour avoir rendu ce travail passionnant par son expertise, pour m'avoir épaulée jusqu'au bout et pour tous ses précieux conseils.

Je remercie l'équipe pédagogique de l'Ecole de sages-femmes de Foch pour leur encadrement et leur écoute, et plus particulièrement à M^{me} E.VISEUX-WAHL qui m'a vue grandir professionnellement et dont les mots étaient toujours bien choisis.

Je remercie également les sages-femmes d'avoir participé à ce mémoire malgré les gardes parfois chargées, ainsi que les cadres pour avoir accepté sa réalisation.

Je tiens également à remercier :

- Ma promotion, 2015-2019, pour ces quatre belles années passées à ses côtés à débattre et à partager. Merci particulièrement aux Survivors, sans qui tout ça n'aurait pas été pareil. Ces heures de révisions, de coups durs, mais également de fou-rires, de soutien et de voyage resteront gravées.

- Axelle, pour m'avoir inspiré ce sujet et surtout pour son aide constante durant ces quatre années et encore maintenant.

- Mes amis, pour leurs soutiens infaillibles.

- Ma maman, d'avoir toujours cru en moi et pour ses relectures attentives. A Mon papa, pour sa curiosité croissante envers mon métier. Et à mon grand frère, Pierre, toujours présent, attentionné et dévoué.

Table des matières

| | |
|---|-------------|
| AVERTISSEMENT | II |
| REMERCIEMENTS | III |
| TABLE DES MATIERES | IV |
| LISTE DES TABLEAUX | VII |
| LISTE DES FIGURES | VIII |
| LISTE DES ANNEXES | IX |
| ABREVIATIONS | X |
| RESUME | XI |
| ABSTRACT | XII |
| 1 INTRODUCTION | 1 |
| 1.1 Définition et classifications des Mutilations Sexuelles Féminines (MSF) | 1 |
| 1.2 Origine, finalité et pratique | 3 |
| 1.3 Conséquences | 4 |
| 1.4 Chiffres et pratiques dans le monde | 5 |
| 1.5 Législation | 6 |
| 1.6 Réparation | 7 |

| | | |
|------------|--|-----------|
| 1.7 | Prise en charge pendant l'accouchement | 7 |
| 2 | MATERIEL ET METHODE | 10 |
| 2.1 | Cadre de l'étude | 10 |
| 2.1.1 | Objectifs | 10 |
| 2.1.2 | Hypothèses | 10 |
| 2.1.3 | Type d'étude | 10 |
| 2.2 | Outils méthodologiques | 10 |
| 2.2.1 | Population étudiée | 10 |
| 2.2.2 | Outils du recueil de données - Conception du questionnaire | 12 |
| 2.2.3 | Variables retenues | 12 |
| 2.2.4 | Déroulement de l'étude | 13 |
| 2.3 | Stratégie d'analyse | 14 |
| 2.4 | Les considérations éthiques et réglementaires | 15 |
| 3 | RESULTATS | 16 |
| 3.1 | Constitution de l'échantillon | 16 |
| 3.2 | Population | 16 |
| 3.2.1 | Caractéristiques de l'échantillon | 16 |
| 3.2.2 | Formations de l'échantillon | 18 |
| 3.3 | Connaissances | 20 |
| 3.4 | Pratique | 21 |
| 3.4.1 | Prise en charge globale des patientes excisées | 21 |
| 3.4.2 | Prise en charge des patientes infibulées | 25 |
| 3.5 | Besoin | 28 |
| 4 | DISCUSSION | 31 |
| 4.1 | Discussion des résultats | 31 |
| 4.1.1 | Caractéristiques de la population interrogée | 31 |

| | | |
|------------|---|-----------|
| 4.1.2 | Connaissance sur l'excision | 32 |
| 4.1.3 | Pratique et attitude des professionnels | 33 |
| 4.1.4 | Besoins retrouvés | 36 |
| 4.2 | Les points forts de l'étude | 36 |
| 4.2.1 | Choix du sujet | 36 |
| 4.2.2 | Méthode | 37 |
| 4.2.3 | Résultats obtenus | 38 |
| 4.3 | Les points faibles de l'étude | 40 |
| 4.3.1 | Les limites | 40 |
| 4.3.2 | Les biais | 40 |
| 4.4 | Implications et perspectives | 41 |
| 5 | CONCLUSION | 44 |
| | BIBLIOGRAPHIE | 46 |
| | ANNEXES | 51 |

Liste des tableaux

| | |
|--|----|
| TABLEAU 1 – Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon..... | 17 |
| TABLEAU 2 – Diagnostic de l'excision | 21 |
| TABLEAU 3 –Prise en charge d'une patiente excisée en SDN | 23 |
| TABLEAU 4 – Différence de prise en charge entre patiente excisées et non excisées | 24 |
| TABLEAU 5 – Prise en charge des patientes infibulées en SDN | 25 |
| TABLEAU 6 – Attitude lors de la prise en charge d'une patiente infibulée en SDN... | 26 |
| TABLEAU 7 – Besoins généraux..... | 28 |

Liste des figures

| | |
|--|----|
| FIGURE 1 – Diagramme de flux | 16 |
| FIGURE 2 – Formations effectuées sur l’excision en fonction du lieu d’exercice | 18 |
| FIGURE 3 – Moyenne des notes aux QCM par hôpital (/12)..... | 20 |
| FIGURE 4 – Type de praticiens sollicités lors d’un doute diagnostic..... | 23 |

Liste des annexes

| | |
|---|----|
| Annexe I : Protocole de désinfibulation au CHI André Grégoire | 52 |
| Annexe II : Questionnaire de mémoire | 54 |

Abréviations

CH / CHI / CHU : Centre Hospitalier / CH. Intercommunal / CH. Universitaire

DU/DIU : Diplôme Universitaire / Diplôme Inter-Universitaire

GO : Gynécologue-obstétricien

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

MSF : Mutilations Sexuelles Féminines

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

p : probabilité

PEC : Prise en charge

SDN : Salle de Naissances

SF : Sage-femme

Résumé

La pratique des sages-femmes concernant les mutilations sexuelles féminines en salle de naissances.

Introduction et objectifs

Les MSF sont responsables de nombreuses pathologies, notamment obstétricales, auxquelles sont confrontées directement les sages-femmes en salle de naissances. L'objectif de cette étude était donc d'identifier l'état des connaissances, des pratiques et des besoins des sages-femmes selon leurs expériences et leurs formations.

Matériel et méthodes

Une étude descriptive questionnant des sages-femmes, réparties dans 4 structures de soins différentes en Ile-de-France, a été réalisée d'octobre à décembre 2018.

Résultats

Un fort taux de patiente excisée traitées dans la structure hospitalière augmentait la connaissance des sages-femmes sur les MSF, ce qui n'était pas le cas d'une formation ($p = 0,013$). L'âge et l'expérience avancés donnaient également des résultats significatifs. Seules les sages-femmes ayant eu une formation spécifique prenaient en charge les patientes infibulées ($p = 0,0007$) bien que 60% des autres praticiens aurai souhaité le faire.

Conclusion

Les sages-femmes ont un rôle central dans la prise en charge des femmes excisées. Il est indispensable qu'elles soient mieux formées pour diagnostiquer et ainsi pouvoir informer et prendre en charge au mieux ces patientes.

Mots-clés : Sage-femme ; Mutilations sexuelles féminines ; Formation ; Prise en charge ; Désinfibulation

Abstract

Midwifery practice regarding female genital mutilation in the birth room

Introduction / Objectives

The female genital mutilations are responsible for many pathologies, including obstetric ones. In the birth room, midwives are directly confronted with this problem. The objective of this study was therefore to identify the state of knowledge, practices and needs of midwives based on their experiences and pre-established training.

Methods

A descriptive study questioning midwives, divided into 4 different care facilities in the Ile-de-France area, was conducted between October and December 2018

Results

A high rate of excised patients treated in the hospital structure increased the knowledge of midwives on MGF as opposed to a training ($p = 0.013$). Advanced age and experience also yielded significant results. Only trained midwives cared for infibulated patients ($p = 0.0007$) although 60% of other practitioners would like to do same.

Conclusion

Midwives play a central role in caring for circumcised women. It is essential that they are better trained to diagnose and thus be able to better inform these patients.

Keywords : Midwife ; Female genital mutilation ; Training; Support; Desinfibulation

1 Introduction

1.1 Définition et classifications des Mutilations Sexuelles Féminines (MSF)

Les Mutilations Sexuelles Féminines (MSF), appelées communément excisions, sont définies comme toutes interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et/ou toute autre lésion des organes génitaux féminins pratiquée pour des raisons non médicales (1) (2). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) classe ces mutilations génitales féminines en quatre types (1) (3) (4) (5) (6) (7):

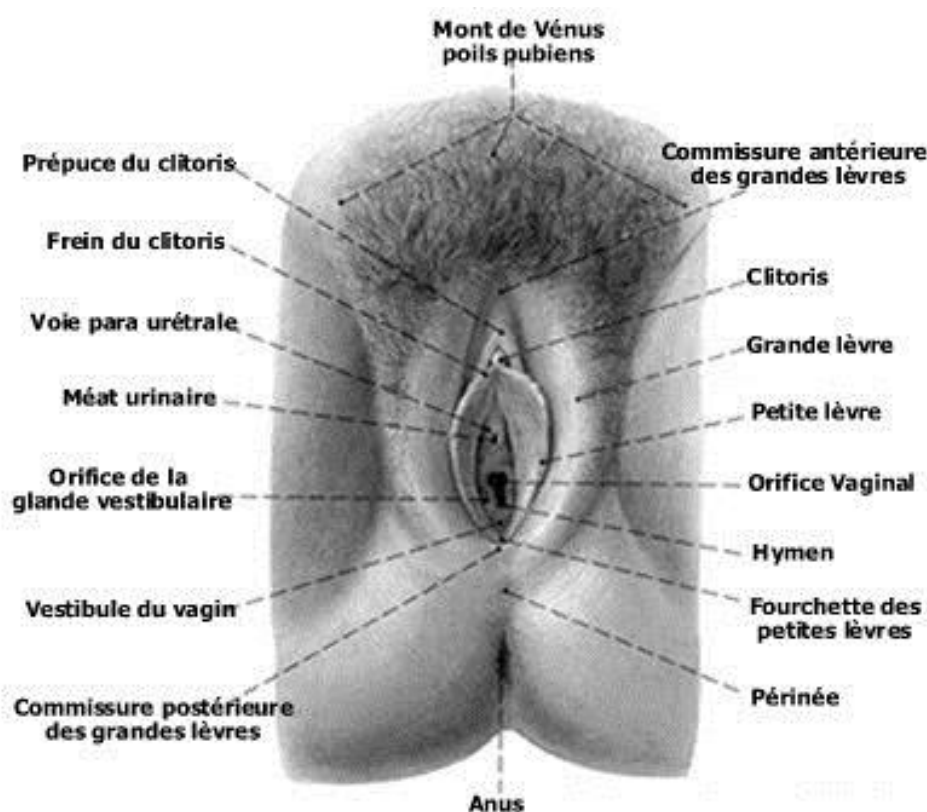


Image 1 : Périnée physiologique avant toute intervention

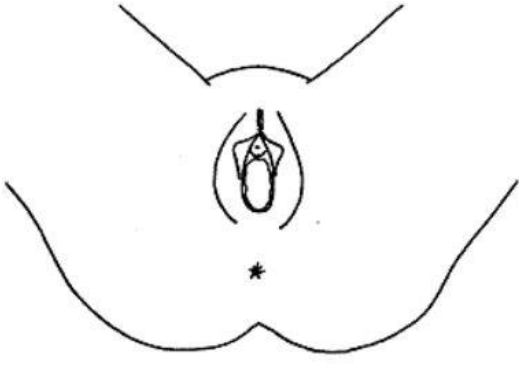
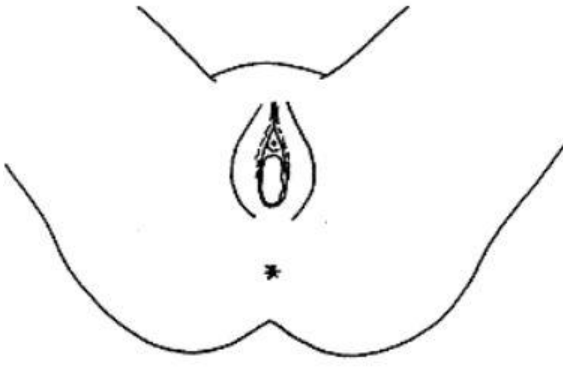
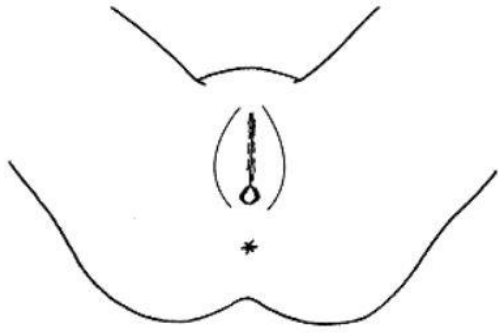
| | |
|--|---|
|  | <p style="text-align: center;">Type I</p> <p>Ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce (clitoridectomie)</p> |
|  | <p style="text-align: center;">Type II</p> <p>Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres.</p> |
|  | <p style="text-align: center;">Type III ou Infibulation</p> <p>Rétrécissement de l'orifice vaginal avec la création d'une fermeture réalisée par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres (avec ou sans excision du clitoris).</p> |
| <p style="text-align: center;">Type IV</p> <p>Toute autre intervention nocive sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques (telles que : des piqûres, des perforations ou des étirements du clitoris et/ou des lèvres ; la cautérisation par brûlure du clitoris ou du tissu avoisinant ; le grattage ou l'incision du vagin ; l'introduction de substances corrosives ou de plantes dans le vagin pour provoquer des saignements, resserrer ou rétrécir celui-ci)</p> | |

Image 2 : Tableau représentant les différentes MSF selon la classification de l'OMS

Une pseudo-infibulation est un cas observé après une excision de type II. C'est la formation d'adhérences vulvaires par accolement des petites lèvres lors de la cicatrisation, créant ainsi une fermeture aléatoire.

1.2 Origine, finalité et pratique

Il semblerait que les MSF existent depuis plusieurs siècles avant Jésus-Christ, même si leur origine est incertaine. Elles sont tout d'abord apparues en Egypte pendant la période pharaonique, puis se sont répandues en Afrique (principal continent touché aujourd'hui), Asie (Indonésie et Malaisie) et Moyen-Orient. Elle est apparue plus tardivement en Europe et dans d'autres communautés d'immigrés à travers le monde (Amazonie péruvienne, Australie, Océanie) (8) (9).

Les raisons invoquées de ces pratiques sont diverses : nous avons vu que leurs origines sont antérieures à l'avènement des religions monothéistes. Elles sont cependant abusivement considérées comme une tradition du monde musulman. De plus, elles existent également dans des populations à prédominance catholique, protestante ou athée. C'est pour cela qu'il est plus correct de dire qu'il s'agit d'une appartenance ethnique et non religieuse (9) (10) (11).

Des motifs tels que l'hygiène, l'esthétique et la construction d'une identité sexuelle sont avancés pour justifier les MSF. En effet, selon la mythologie, chaque être naît androgyne. La féminité chez les garçons séderait dans le prépuce, et la masculinité chez les filles dans le clitoris. C'est pour cela que la circoncision et l'excision permettraient d'enlever la virilité chez les femmes et de l'augmenter chez les hommes. De plus, le clitoris, fait de replis et de profondeurs, peut être vu comme « malpropre » car rempli de saletés et d'impuretés ou ayant une mauvaise odeur. Il pousserait également jusqu'aux genoux, empêchant les filles de se déplacer. Les femmes seraient plus belles et désirables lorsqu'elles sont excisées ou infibulées car les normes esthétiques imposent un sexe féminin glabre (12) (13).

Plus rarement, en Europe, et jusqu'à la seconde guerre mondiale, les raisons avancées pouvaient être médicales. Les femmes jugées hystériques, nymphomanes, ou les jeunes filles qui se masturbaient pouvaient subir une clitoridectomie ou être cautérisées au fer rouge.

La principale raison invoquée est d'ordre psycho-sexuel. Lorsque le clitoris, très érogène, est coupé, cela permet un contrôle de la sexualité de la femme en inhibant le désir sexuel et ainsi éviter les actes sexuels « illicites » (rapports sexuels ou grossesses hors mariage ou infidélité) ou une trop forte activité sexuelle dans le couple et garantirait la chasteté avant le mariage. Un argument supplémentaire pour l'infibulation est une pénétration vaginale difficile, ce qui, d'une part, augmenterait le plaisir sexuel masculin et d'autre part permettrait un contrôle des naissances. Elle est notamment pratiquée en Afrique de l'Est (Somalie, Erythrée...) (14) (15) (16) (17) (18).

Socialement, l'excision est une tradition qui fait appartenir les femmes à une communauté. Cela garantit l'honneur de la famille et évite l'exclusion (18). A noter que ces excisions sont perpétuées essentiellement par des femmes (mère, grand-mère, exciseuse) afin de faire de leurs filles de bonnes épouses, les préparer à l'âge adulte et au mariage (19), pour des motifs de norme sociale, bien qu'elles en connaissent, parfois, le caractère nuisible (20). Dans certaines croyances, cela améliore la fertilité et la longévité des femmes (21).

Economiquement, les exciseuses sont payées et vivent de cette pratique. Cela pose le problème de la reconversion lorsque la pratique est collectivement abandonnée (12).

Les excisions se pratiquent le plus souvent sur des fillettes âgées de 4 à 10 ans, même si ce chiffre varie selon les groupes ethniques et les pays (1) (13). Le geste s'effectue la majeure partie du temps à domicile, individuellement ou collectivement, sans anesthésie ni précautions d'hygiène (15) (16) (22) (23).

1.3 Conséquences

Les MSF sont des lésions irréversibles qui auront des répercussions tout au long de la vie d'une femme. La morbi-mortalité créée est importante et la sévérité des complications est directement proportionnelle à l'importance de la mutilation initiale (1) (15). Le plus souvent, elles sont initiées dans des conditions d'hygiène précaires, ce qui peut entraîner des infections (Infections Sexuellement Transmissibles, septicémie, fièvre, abcès...), des hémorragies, des problèmes de

cicatrisation, des troubles sexuels (dont dyspareunie), des lésions des organes avoisinants, un état de choc, voire un décès, tout cela surajouté à des douleurs parfois extrêmement violentes. (1) (2) (12) (13) (24).

L'infibulation, ou excision de type 3, constitue les mêmes lésions que l'excision auxquelles s'ajoute une occlusion vulvaire quasi-totale. La cicatrice indurée formée doit être incisée lors du mariage (pour permettre des rapports sexuels) et lors de l'accouchement (pour permettre la naissance de l'enfant) : on appelle cela la désinfibulation. En dessous de cette cicatrice, à la base inférieure de la vulve, se trouve un petit orifice résiduel qui permet à l'urine et aux menstruations de s'écouler. Ce rétrécissement peut entraîner des cystites à répétition pouvant aller jusqu'à l'insuffisance rénale chronique, des infections génitales hautes et des incontinences urinaires (16) (21).

Sur le plan obstétrical, l'excision est associée à une augmentation des déchirures périnéales, du nombre de césariennes, de l'utilisation d'instruments, d'épisiotomies, de la durée du travail ou des efforts expulsifs, du risque d'hémorragie et d'infection du post-partum. Les risques pour le fœtus sont la prématurité, l'hypoxie néonatale et le décès (12) (25) (26) (27) (28).

Des traumatismes psychologiques et sexuels s'ajoutent aux complications physiques, anatomiques et fonctionnelles (syndrome d'anxiété chronique, dépression, psychose, dysménorrhée incurable, peur de l'infertilité, trouble de l'identité...) (8) (16) (23).

1.4 Chiffres et pratiques dans le monde

On estime à 200 millions le nombre de femmes et de filles actuellement mutilées dans le monde. 44 millions ont moins de 14 ans. Cela correspond à 3 millions de nouvelles excisions par an, soit 4 par minute. La plupart des MSF sont effectuées dans trente pays, notamment en Afrique, où elles touchent 1 femme sur 3, mais aussi au Moyen-Orient et en Asie. Mais l'augmentation de l'immigration a amené ces pratiques en Europe, Australie et Amérique du Nord (2) (21) (29) (30) (31) (32).

D'après un article de Santé Publique France, publié le 23 juillet 2019, 125.000 femmes sont victimes de mutilations sexuelles (33), qu'elles soient immigrées (d'origine d'Afrique de l'Ouest) ou nées en France (34). La grande majorité se trouve en Ile-de-France, mais également dans les départements de Seine-Maritime, de l'Eure, de l'Oise, du Nord, du Rhône et des Bouches-du-Rhône (12) (35).

La prévalence varie de 5 à 99% selon les pays, l'ethnie, le lieu de résidence (urbain ou rural) et le lieu d'instruction. En effet, dans certains pays, presque la totalité des femmes ou fillettes en sont victimes, notamment en Somalie (89%), à Djibouti, en Egypte (87%), au Mali et en Indonésie (75 à 100%) (2) (34).

Les types I et II se concentrent essentiellement en Afrique de l'Ouest tandis que le type III se situe plus à l'Est (Djibouti, Somalie, nord du Soudan) mais également en Egypte, Ethiopie, Mali, Nigéria et nord du Kenya (15). L'infibulation représente environ 10 à 15% de l'ensemble des MSF (24) (36). Les MSF de type IV seraient plus pratiquées en Indonésie (12).

1.5 Législation

Ces MSF sont condamnées et illégales dans la plupart des pays : depuis 1982 en Suède, 1985 au Royaume-Uni, jusqu'en 1993 aux Etats-Unis (16). En France, c'est en 1980 qu'elles inquiètent les pouvoirs publics ainsi que des associations (10). Aujourd'hui, il n'existe pas de qualification juridique spécifique pour l'excision. Mais contraire aux droits de la femme (37) (38), ces dernières sont condamnées par le code pénal dans le cadre des violences ayant entraîné une mutilation, une infirmité permanente (art. 222-9 et art. 222-10), la mort sans intention de la donner (art. 222-7 et art 222-8) ou si elles sont considérées comme des tortures ou actes de barbarie (art. 222-1 et art. 222-3) (39). La peine maximale encourue est de 30 ans d'emprisonnement (40). De même, la loi française condamne « la non-assistance à personne en danger », ce qui impose un signalement à la justice lors de la connaissance d'une mineur excisée (art. 223-6) (41).

En Afrique, ce n'est qu'en 2003 qu'un protocole condamnant et interdisant toutes les MSF est signé par tous les pays membres de l'union africaine. Seuls 12 pays parmi les 28 concernés ont mis en place des campagnes de lutte contre celles-ci (7). Malheureusement elles sont encore beaucoup pratiquées notamment dans des communautés reculées et donc rarement punies (31).

1.6 Réparation

Trois principaux aspects que sont l'identité féminine, l'amélioration de la sexualité et la diminution des douleurs créées par les MSF étaient demandées par les patientes. C'est pourquoi en 1990, le Dr FOLDES s'inspire d'une technique d'allongement du pénis pour mettre au point une méthode de réparation chirurgicale de reconstruction clitoridienne (42). Cette technique de libération du corps du clitoris vise à redonner aux patientes un organe sexuel d'aspect et d'innervation normaux lors d'une opération d'environ 30 minutes sous anesthésie générale ou locorégionale. La cicatrisation est rapide et les sensations réapparaissent entre 1 et 2 mois post-opératoire. Les conséquences rares mais possibles sont un œdème vulvaire antérieur, une douleur persistante, la perte de sensation et le ré enfouissement. Il est important que ce parcours soit pluridisciplinaire (chirurgien gynécologue, sage-femme, psychologue et sexologue) car la réparation est aussi bien psychologique et sexuelle que chirurgicale. Dans le même objectif, la sécurité sociale rembourse à 100% cette prise en charge depuis 2004 (42) (43).

1.7 Prise en charge pendant l'accouchement

Lorsque l'ouverture au niveau du périnée ne permet pas un accouchement par voie basse, il est possible que l'obstétricien, ou la sage-femme en cas d'urgence, avec le consentement de la patiente, désinfibule celle-ci. Malheureusement, la plupart des praticiens et notamment des gynécologues-obstétriciens occidentaux ne connaissent pas bien les MSF. La peur de manipuler des femmes infibulées peut engendrer une augmentation du taux de césariennes inutiles en SDN (21).

Pourtant la désinfibulation est un geste chirurgical simple qui est indispensable à l'accouchement par voie basse. Un simple apprentissage sur ce geste permet une gestion efficace de la grossesse, de l'accouchement et du pronostic materno-fœtal en limitant les complications graves chez la mère et le fœtus. C'est pour cela que l'OMS recommande de pratiquer ce geste depuis l'écriture de ses directives en 2016 (44).

La ré infibulation est néfaste sur le plan médical et interdite par la loi. Il est intéressant de développer la formation des équipes médicales à ce sujet (15) (16) (21). Les bienfaits de la désinfibulation ne sont plus à prouver : selon une méta-analyse, les patientes désinfibulées présentaient une réduction significative du risque d'accouchement par césarienne ou d'hémorragie du post-partum par rapport à celles présentant une excision de type III. Leurs taux d'épisiotomie, de césarienne, d'hémorragie post partum, de perte sanguine, de durée du travail, de séjour à l'hôpital ou d'Apgar < 7 devenaient similaires à celles n'ayant pas de MSF (45). En revanche ces données ne changent pas lorsque la désinfibulation a été faite en ante ou intra partum (46).

En France, environ 80% des accouchements sont réalisés par les sages-femmes, ces dernières ont donc un rôle prépondérant à jouer dans la prise en charge de ces femmes mutilées sexuellement, ainsi que dans leur prévention (8). Une des capacités de la sage-femme est de pouvoir pratiquer l'épisiotomie et sa réfection immédiate, ou celles de déchirures simples. Il ne leur est pas possible de pratiquer des instruments (spatule, forceps...) lors d'un accouchement voie basse, ni de faire de césarienne. Pourtant, rien n'est stipulé concernant le geste de désinfibulation (47).

C'est pourquoi dans certaines maternités dotées d'une forte prévalence de patientes excisées, tel que l'hôpital André Grégoire de Montreuil, il a été mis en place un protocole de désinfibulation (*annexe 1*) pour la Salle de Naissances (SDN). Dans ce dernier cas, la gynécologue-obstétricienne à l'origine de ce protocole, le Dr ABRAMOWICZ. S, s'efforce de donner une formation spécifique (= 1h de cours

théorique + 1 cas pratique avec le chef) aux sages-femmes de sa maternité pour que ces dernières intègrent le geste de désinfibulation comme une compétence supplémentaire (48).

Ainsi nous avons voulu étudier comment les sages-femmes prennent en charge les femmes excisées en salle de naissances en fonction du taux de patientes concernées et des protocoles de leurs lieux d'exercice.

De l'étude effectuée, il nous ait également paru intéressant de savoir si la formation théorique initiale et continue présentait un intérêt selon les sages-femmes pour la prise en charge de ces patientes.

2 Matériel et méthode

2.1 Cadre de l'étude

2.1.1 Objectifs

L'objectif principal de cette étude était de faire l'état des lieux des pratiques des sages-femmes, concernant la prise en charge des femmes excisées et infibulées en SDN, selon leur lieu d'exercice (en fonction de la population et des formations effectuées). Une comparaison de sous-catégorie par âges, années d'étude et années d'expérience dans l'hôpital actuel a également été faite.

L'objectif secondaire était d'analyser leurs connaissances théoriques et leurs besoins afin d'évaluer si les outils déjà employés étaient nécessaires et suffisants.

2.1.2 Hypothèses

Deux hypothèses émanaient de ces objectifs de recherches, sachant que les pratiques et connaissances des sages-femmes dépendaient de :

Hypothèse n°1 : la population à risque

Hypothèse n°2 : la présence de protocole et de formation

2.1.3 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive et multicentrique basée sur l'analyse des pratiques professionnelles des sages-femmes vis-à-vis des femmes excisées en SDN.

2.2 Outils méthodologiques

2.2.1 Population étudiée

Pour répondre à la problématique et en s'appuyant sur les hypothèses émises, nous avons choisi des hôpitaux répondant à des critères spécifiques :

- Un hôpital ayant une forte population à risque et possédant un protocole et une formation sur le sujet : CHI André Grégoire – Montreuil (avec 12% de femmes présentées excisées en SDN, un protocole et une formation créés par le Dr ABRAMOWICZ pour ses sages-femmes) (49).
- Un hôpital ayant une forte population à risque et ne possédant pas de protocole ni de formation sur le sujet : CH Delafontaine – St Denis (avec 14% de femmes présentées excisées en SDN) (50).
- Un hôpital ayant une faible population à risque et ne possédant pas de protocole ni de formation sur le sujet (contrôle). Le nombre de réponses devant être le double de celles des deux premiers hôpitaux, il a été décidé de prendre deux hôpitaux contrôles, dont les résultats seraient fusionnés : l'hôpital Foch et le Groupe Hospitalier St Joseph. Aucune statistique précise n'a été effectuée dans ces hôpitaux, nous avons considéré que le taux de patientes excisées était équivalent à celui de la population française.

Les quatre hôpitaux devaient tous réaliser plus de 3000 d'accouchements/an :

- CHI André Grégoire – Montreuil : 4000 accouchements/an
- CH Delafontaine – St Denis: 4300 accouchements/an
- Hôpital Foch : 3400 accouchements/an
- Groupe hospitalier St Joseph : 3600 accouchements/an

Nous avons décidé de déterminer la taille de notre échantillon selon un niveau de confiance à 95% et une marge d'erreur évaluée à 5%. Environ 30 sages-femmes tournent en salle de naissances dans chaque hôpital, excepté à Foch où elles sont 21. Nous avons calculé qu'il nous fallait 86 réponses pour que cela soit représentatif.

Pour éviter un biais de recrutement, nous avons interrogées la quasi-totalité des sages-femmes travaillant en salle de naissances au moment de l'étude. Bien que la

taille de l'échantillon soit faible, il nous a paru important que les groupes soit de taille équivalente pour être plus facilement comparables aux témoins.

La population d'étude était composée des sages-femmes travaillant en salle de naissances dans les 4 hôpitaux étudiés. Toutes les sages-femmes pouvaient être interrogées sans critères d'inclusion, de non inclusion ou d'exclusion, sauf celles du CHI André Grégoire - Montreuil où le seul critère de non inclusion était de ne pas avoir assisté à la formation de l'hôpital.

2.2.2 Outils du recueil de données - Conception du questionnaire

L'outil méthodologique choisi pour répondre à la question posée et tester les hypothèses était un questionnaire papier distribué en temps réel aux sages-femmes travaillant en SDN dans les 4 hôpitaux étudiés.

Ce questionnaire se décomposait en 4 parties :

- Première partie : Présentation du professionnel (âge, sexe, nombre d'années d'expérience du métier de sage-femme et nombre d'années d'expérience dans son hôpital actuel, formation durant ses années d'études et/ou après le diplôme sur l'excision).
- Deuxième partie : Evaluation de sa connaissance générale sur l'excision à l'aide de Questions à Choix Multiples (QCM) ou de Questions à Choix Unique (QCU), précisées pour chacune d'entre elles.
- Troisième partie : Evaluation de sa pratique professionnelle en SDN (gestes effectués, Prise en Charge (PEC)...).
- Quatrième partie : Evaluation du besoin de création de protocoles, de formations initiales ou de formations complémentaires.

2.2.3 Variables retenues

Le questionnaire, divisé en 4 parties, contenait des variables quantitatives et qualitatives. La plupart des questions étaient fermées avec des choix de réponses

uniques ou multiples et parfois la possibilité de rajouter une réponse libre (« Autre »). Mais il existait quelques questions ouvertes.

La première partie précisait les critères socio-démographiques des sages-femmes (critères secondaires : âge, sexe, année d'obtention du diplôme, temps d'exercice dans l'hôpital actuel), l'hôpital dans lequel elles exerçaient, ainsi que les potentielles formations déjà eu (critères principaux de jugement). La deuxième concernait leurs connaissances sur le sujet. La troisième partie concernait la pratique des SF en SDN par rapport aux femmes excisées. La dernière partie évoquait leurs besoins concernant les protocoles et formations déjà existants ou non.

Le critère de jugement qui permettait de répondre à la question principale était le lieu d'exercice de la sage-femme.

Nous avons créé notre questionnaire afin qu'il soit le plus exhaustif possible. Après analyse, certaines de nos questions n'ont pas été exploitées car nous les jugions peu pertinentes pour répondre à la problématique de notre étude.

2.2.4 Déroulement de l'étude

Une petite proportion de questionnaires a été donnée à des sages-femmes travaillant dans d'autres hôpitaux afin de tester la clarté et le temps de réponse du questionnaire (phase pilote : faisabilité). Après finalisation du questionnaire et confirmation d'autorisations par les cadres, le questionnaire papier a été distribué en mains propres aux sages-femmes travaillant en SDN dans les 4 hôpitaux concernés (Foch, St Joseph, CH Delafontaine et CHI André Grégoire) dans une même période de temps, soit entre le 22 Octobre et le 22 Décembre 2018.

La distribution s'est d'abord faite questionnaire par questionnaire, puis, par manque de temps et de résultats (les sages-femmes n'étant pas toujours disponibles pendant leur garde), des questionnaires ont été laissés dans chacun des hôpitaux, afin que ces derniers puissent être remplis plus facilement à tout moment.

2.3 Stratégie d'analyse

Après réception de tous les questionnaires, les données ont été saisies dans le logiciel Microsoft Excel® puis analysées par les logiciels Microsoft Excel® et RStudio®. Les résultats pour chaque item sont également présentés sous forme de pourcentage (ou chiffre absolu).

Le seuil de significativité est considéré à $p < 0,05$ pour conclure à une différence significative entre les résultats.

Les tests utilisés pour réaliser nos analyses statistiques ont été :

- Chi² : ce test était accompli lorsque le facteur d'étude était qualitatif indépendant et la variable de réponse était qualitative nominale (d'un ou plusieurs groupes)
- Kruskal-Wallis : ce test était effectué lorsque le facteur d'étude était qualitatif indépendant de plus de deux groupes et la variable de réponse était qualitative ordinale ou quantitative ;
- Wilcoxon (Mann-Whitney) : lorsque le facteur d'étude était qualitatif indépendant et la variable de réponse était quantitative ;
- Corrélation de Pearson : ce test était réalisé lorsque le facteur d'étude et la variable de réponse était quantitative linéaire ;
- Shapiro : test utilisé pour vérifier la normalité de la distribution des différentes variables ;
- Corrélation de Spearman : ce test nous a permis d'évaluer la corrélation entre des variables ne suivant pas une distribution normale. Le facteur d'étude était quantitatif et la variable de réponse qualitative ordinale.

En ce qui concerne les réponses ouvertes, nous avons effectué une analyse qualitative thématique sur les points qui nous semblaient pertinents en regroupant les mots clés de chaque questionnaire par groupes d'idées de manière manuelle.

2.4 Les considérations éthiques et réglementaires

Nous avons obtenu l'autorisation de distribution des questionnaires dans les différents hôpitaux étudiés par :

- Mme C.SANHUEZA, sage-femme cadre supérieure & Pr AYOUBI, Chef de service, pour l'hôpital Foch
- Mme A. COHEN, sage-femme cadre en salle de naissances pour le groupe hospitalier Paris St Joseph
- Mme O.FLORIMOND, sage-femme cadre en salle de naissances & Dr BOUNAN, chef de service, pour le CH Delafontaine – St Denis
- Mme DELAUNAY, sage-femme cadre supérieure & Dr RENEVIER pour le CHI André Grégoire - Montreuil

L'anonymat et la confidentialité des sages-femmes ont été respectés lors de la mise à disposition du questionnaire et lors de l'analyse de ces derniers. Aucune information permettant d'identifier des patientes n'a été collectée. Le consentement libre et éclairé a été systématiquement demandé.

S'agissant d'une enquête de type « Evaluation des pratiques professionnelles », aucune demande ou enregistrement au niveau d'un comité de protection des personnes (CPP) n'était nécessaire.

3 Résultats

3.1 Constitution de l'échantillon

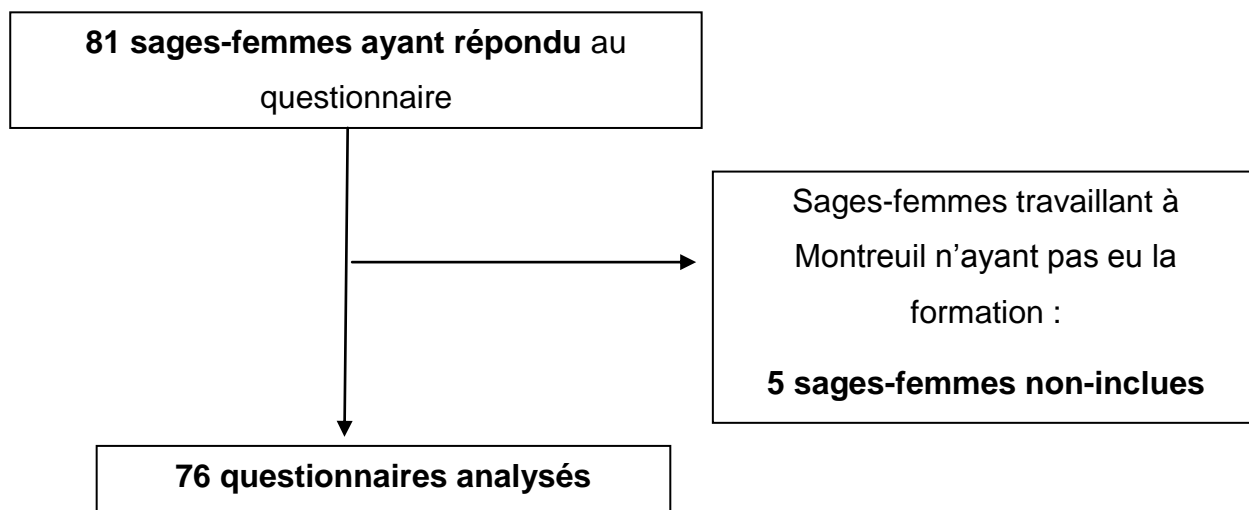


FIGURE 1 – Diagramme de flux

Quatre-vingt-une sages-femmes ont répondu aux questionnaires papiers. Après analyse de la question concernant les formations pour Montreuil, 5 d'entre elles n'avaient pas encore eu la formation par le Dr. ABRAMOWICZ et n'ont donc pas été incluses. Au total, 76 questionnaires ont été retenus pour l'analyse des résultats.

3.2 Population

3.2.1 Caractéristiques de l'échantillon

Nous avons pu regrouper les hôpitaux de Foch et St Joseph en un même groupe « Témoins » car aucune différence significative n'a été retrouvée entre eux, que ce soit pour les caractéristiques socio-démographiques ($p > 0,2$) ou pour les formations effectuées ($p > 0,96$).

Le nombre total de participant se répartissait comme suit : 20 pour le CHI André Grégoire (Cas 1), 17 pour le CH Delafontaine (Cas 2) et 39 pour les Témoins.

TABLEAU 1 – Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon

| | Total n (%) | Cas 1 André Grégoire n (%) | Cas 2 Dela- fontaine n (%) | Témoins n (%) | p pop | p form |
|--|------------------------|--|--|-------------------------|---|---------------|
| Echantillon (n) | 76 (100) | 20 (100) | 17 (100) | 39 (100) | | |
| Age des participants | | | | | 0,304 | 0,091 |
| [22-25] | 14 (18,4) | 2 (10,0) | 5 (29,4) | 7 (17,9) | | |
| [26-30] | 41 (53,9) | 9 (45,0) | 8 (47,0) | 24 (61,6) | | |
| [31-40] | 16 (21,1) | 6 (30,0) | 3 (17,6) | 7 (17,9) | | |
| [41-49] | 5 (6,6) | 3 (15,0) | 1 (5,9) | 1 (2,6) | | |
| Nombre d'années de diplôme | | | | | 0,536 | 0,142 |
| [0-3] | 37 (48,7) | 7 (35,0) | 10 (58,8) | 20 (51,3) | | |
| [4-9] | 21 (27,6) | 6 (30,0) | 3 (17,6) | 12 (30,8) | | |
| > 10 | 18 (23,7) | 7 (35,0) | 4 (23,5) | 7 (17,9) | | |
| Nombre d'années dans l'hôpital actuel | | | | | 0,296 | 0,137 |
| [0-3] | 43 (56,6) | 8 (40,0) | 11 (64,7) | 24 (61,6) | | |
| [4-9] | 22 (28,9) | 7 (35,0) | 4 (23,5) | 11 (28,2) | | |
| > 10 | 11 (14,5) | 5 (25,0) | 2 (11,8) | 4 (10,2) | | |
| | <i>n = effectif</i> | | | | <i>p pop = Cas 1 + Cas 2 vs Témoins</i> | |
| | <i>% = pourcentage</i> | | | | <i>p form = Cas 1 vs Cas 2</i> | |

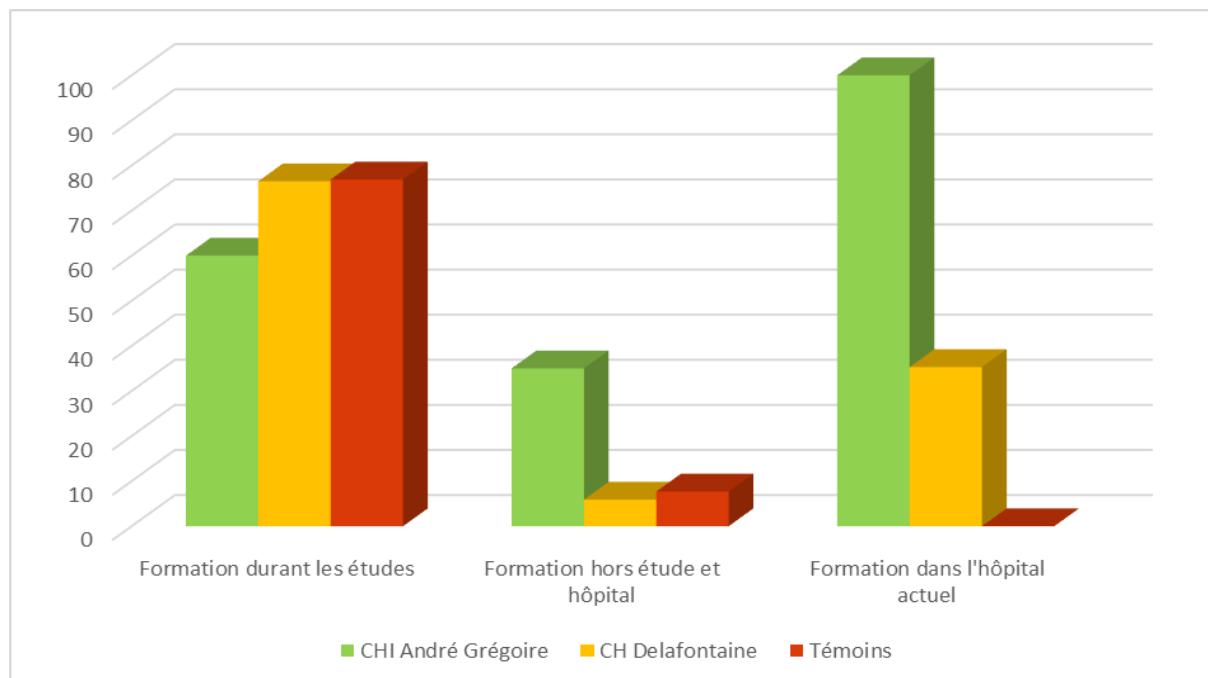
On ne retrouvait aucune différence significative entre les populations cas et les témoins en ce qui concernent les caractéristiques de la population ($p > 0,1$).

Les sages-femmes étaient principalement des femmes (97,4%, $n = 74$). Seul deux hommes ont répondu au questionnaire (2,6%). La moyenne d'âge des participants était similaire chez les Témoins, $m = 28,0 \pm 4,7$ (26-30) et au CH Dlafontaine, $m = 28,0 \pm 6,1$ (25-30), mais pas au CHI André Grégoire, $m = 31,0 \pm 5,5$ (27-36). Mais cette différence restait non significative ($p = 0,192$) bien que les effectifs fussent très faibles.

De façon non significative, il existait une plus forte proportion de jeunes sages-femmes diplômées de [0-3 ans] chez les Témoins (51,3%) et chez notre Cas 2 (58,8%), plutôt que chez notre Cas 1 (35,0%). Ce qui coïncidait avec le nombre plus élevé de sages-femmes travaillant depuis plus de 3 ans à Montreuil (60,0%) contrairement aux Témoins (38,4%) et St Denis (35,3%).

3.2.2 Formations de l'échantillon

FIGURE 2 – Formations effectuées sur l'excision en fonction du lieu d'exercice



Bien que 6 sages-femmes de St Denis aient répondu avoir reçu une formation hospitalière, la différence entre nos 2 Cas était significative ($p < 0,001$). Cela nous permettait de prouver qu'il y avait bien une formation spécifique marquante au CHI André Grégoire. Nous pouvions donc comparer nos 2 cas simplement sur leur formation hospitalière et non sur leur prévalence de femmes excisées (rappel : taux à 12% et 14%).

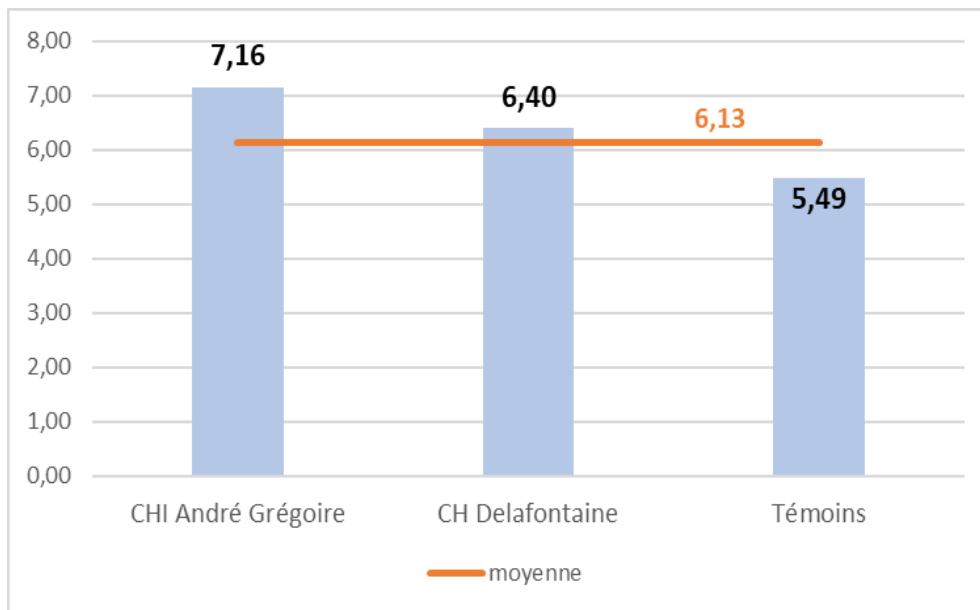
Les trois quarts des sages-femmes avaient le souvenir d'avoir eu une formation durant leurs études. Cependant, une proportion était plus élevée à St Denis et chez les Témoins (76,5% et 76,9%), là où un plus grand pourcentage de jeunes diplômées se trouvait (tableau 1), par rapport à Montreuil (60,0%).

Quatre-vingt-dix-huit pour cent d'entre elles précisaient dans la question ouverte qu'elles avaient principalement appris la définition de l'excision ainsi que les différents types anatomiques ; la moitié d'entre elles (47,2%) avait appris sa prise en charge (que ça soit durant la grossesse, l'accouchement ou la reconstruction) ; un tiers d'entre elles (35,8%) avait principalement appris sur le volet épidémiologique et anthropologique (social, culturel, chiffres dans le monde...) et 11,3% sur tout ce qui était prévention et sensibilisation (associations...).

Parmi celles ayant effectué une formation hors études et hôpital actuel, presque les deux tiers (63,8%) venaient du CHI André Grégoire. Les formations relevées dans cet hôpital (question ouverte) étaient : La Maison des Femmes (formation sur les violences) pour trois d'entre elles, la Sorbonne (Violences faites aux femmes et périnée), DU de violences faites aux femmes, DIU sexologie, DU de gynécologie. La seule ayant eu une formation de ce type à l'hôpital Delafontaine l'avait effectuée dans un hôpital Londonien. Enfin, les trois sages-femmes du groupe Témoins avaient soit fait un DU de sexologie, soit un DIU de gynécologie, soit avait participé à un Congrès sur les migrations humaines.

3.3 Connaissances

FIGURE 3 – Moyenne des notes aux QCM par hôpital (/12)



La moyenne générale (6,13) se trouvait très proche de la moyenne théorique (6,0/12).

On peut voir que la moyenne des réponses était plus élevée au CHI André Grégoire, là où une formation a été donnée aux sages-femmes. La moyenne, bien qu'elle ait été en dessous de celle du CHI André Grégoire, restait élevée pour le CH Delafontaine, où les sages-femmes étaient confrontées régulièrement à une forte population à risque. La différence n'était pas significative entre ces deux hôpitaux à forte population à risque ($p = 0,625$). Entre les deux hôpitaux Témoins, la différence n'était pas non plus significative ($p = 0,652$). En revanche, lorsque l'on comparait les deux Cas avec les Témoins, la différence devenait significative ($p = 0,013$) bien que les notes soient restées autour de la moyenne.

Ni l'âge ($p = 0,649$), ni l'année d'obtention du diplôme ($p = 0,566$) n'influençait la significativité de la note.

Quarante-deux pour cent des sages-femmes confondues avaient eu une note en dessous de la moyenne (6,0/12) dont 22% d'entre elles inférieure à 3,0/12. Seulement 8% du nombre total avaient eu des notes allant au-delà de 9,0/12.

Sur la totalité des sages-femmes interrogées : entre 72 et 83% connaissaient la définition de l'excision et notamment du type I, l'origine des patientes et les types les plus fréquents en France. Cinquante pour cent des sages-femmes ne connaissaient pas l'existence des 4 types d'excision classés selon l'OMS ni ne savaient définir le type III. Pourtant 60% savaient reconnaître l'excision de type II présente sur la photo présentée dans le questionnaire. Un tiers des interrogés connaissait le terme de pseudo-infibulation ainsi que les conséquences de l'excision.

3.4 Pratique

3.4.1 Prise en charge globale des patientes excisées

TABLEAU 2 – Diagnostic de l'excision

| | Total n (%) | Cas 1 André Grégoire n (%) | Cas 2 Delafontaine n (%) | Témoins n (%) | p pop | p form |
|--|---------------------------------|--|---------------------------------------|-------------------------|---|---------------|
| Echantillon (n) | 76 (100) | 20 (100) | 17 (100) | 39 (100) | | |
| Reconnaissance des patientes excisées | 74 (97,4) | 20 (100) | 16 (94,1) | 38 (97,4) | 0,004* | 0,504 |
| <i>Oui, toujours</i> | 19 (25,7) | 9 (45,0) | 6 (37,5) | 4 (10,5) | | |
| <i>Oui, souvent</i> | 48 (64,9) | 11 (55,0) | 9 (56,3) | 28 (73,7) | | |
| <i>Non, pas souvent</i> | 7 (9,5) | 0 (0,0) | 1 (6,25) | 6 (15,8) | | |
| <i>Non, jamais</i> | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | | |
| Détermination du type d'excision | 71 (93,4) | 20 (100) | 16 (94,1) | 35 (89,7) | 0,007* | 0,44 |
| <i>Oui, toujours</i> | 1 (1,4) | 0 (0,0) | 1 (6,25) | 0 (0,0) | | |
| <i>Oui, souvent</i> | 37 (52,1) | 15 (75,0) | 10 (62,5) | 12 (34,3) | | |
| <i>Non, pas souvent</i> | 25 (35,2) | 5 (25,0) | 4 (25,0) | 16 (45,7) | | |
| <i>Non, jamais</i> | 8 (11,3) | 0 (0,0) | 1 (6,25) | 7 (20,0) | | |
| * significatif ($p < 0,05$) | n = effectif % = pourcentage | | | | p pop = Cas 1 + Cas 2 vs Témoins p form = Cas 1 vs Cas 2 | |

Tous les praticiens interrogés (100%), quel que soit l'hôpital, ont répondu avoir déjà vu au moins une fois une patiente excisée au cours de leur carrière.

Les praticiens travaillant dans les hôpitaux avec une forte population à risque sont ceux qui savaient le mieux reconnaître les patientes excisées ($p = 0,004$) et déterminer le type d'excision ($p = 0,007$). En effet, deux tiers à trois quarts des sages-femmes des hôpitaux Cas 1 et 2 savaient déterminer le type d'excision contre seulement un tiers chez les Témoins. A l'inverse, la formation n'impactait ni sur le diagnostic d'excision ($p = 0,504$) ni la détermination du type d'excision ($p = 0,44$).

Tous les praticiens avaient déjà reconnu au moins une fois une femme excisée tandis qu'une seule disait pouvoir toujours déterminer le type d'excision.

Au niveau de l'âge, 100% des [41-49] ans, tout hôpital confondu, savaient reconnaître une patiente excisée. Plus l'âge augmentait, plus les praticiens savaient les reconnaître ($p = 0,006$). De même, le nombre d'années de diplôme impactait de manière significative les résultats ($p = 0,003$) puisque 66% des diplômés de plus de 10 ans savaient toujours diagnostiquer une patiente excisée contre 11,4% des jeunes diplômés inférieur à 4 ans de diplôme.

Pourtant, lorsqu'il s'agissait de déterminer le type de l'excision, aucune différence significative n'avait été retrouvée que ce soit selon l'année d'obtention du diplôme ($p = 0,114$) ou selon l'âge ($p = 0,078$), malgré une légère tendance chez les [22-25] ans.

Lorsque les sages-femmes avaient un doute sur un diagnostic d'excision, elles faisaient parfois appel à d'autres professionnels de santé, dont les résultats sont présentés Figure 4.

FIGURE 4 – Type de praticiens sollicités lors d'un doute diagnostic

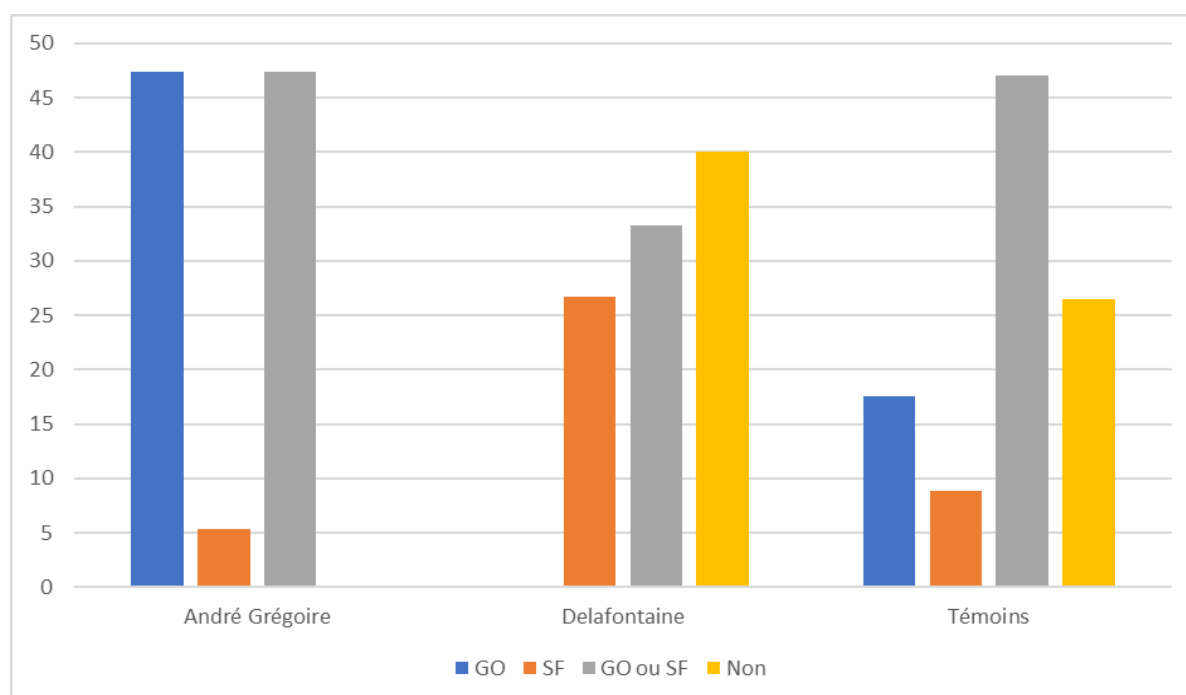


TABLEAU 3 –Prise en charge d'une patiente excisée en SDN

| | Total n (%) | Cas 1 André Grégoire n (%) | Cas 2 Delafontaine n (%) | Témoins n (%) | p pop | p form |
|---|------------------|-------------------------------------|--------------------------------|------------------|--------|--------|
| Echantillon (n) | 76 (100) | 20 (100) | 17 (100) | 39 (100) | | |
| Prise en charge d'une femme excisée en SDN | 74 (97,4) | 20 (100) | 16 (94,1) | 38 (97,4) | 0,039* | 1 |
| <i>Oui</i> | 68 (91,9) | 20 (100) | 16 (100) | 32 (84,2) | | |
| <i>Non</i> | 6 (8,1) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 6 (15,8) | | |
| Prise en charge différente | 71 (93,4) | 20 (100) | 16 (94,1) | 35 (89,7) | 0,733 | 0,117 |
| <i>Oui</i> | 41 (57,7) | 15 (75,0) | 7 (43,8) | 19 (54,3) | | |
| <i>Non</i> | 30 (42,3) | 5 (25,0) | 9 (56,2) | 16 (45,7) | | |

* significatif ($p < 0,05$)

n = effectif

% = pourcentage

p pop = Cas 1 + Cas 2 vs Témoins

p form = Cas 1 vs Cas 2

La totalité (100%) des sages-femmes travaillant dans les hôpitaux avec une forte population à risque, sans différence avec la formation, prenait en charge les femmes excisées en SDN ($p = 0,039$). Les professionnels de l'hôpital de Montreuil avaient une prise en charge un peu différente des autres hôpitaux, même si non significative ($p = 0,117$) des patientes excisées, dont les attitudes sont répertoriées dans le Tableau 4.

On note également que la prise en charge était systématique chez les diplômés de plus de dix ans et avait tendance à augmenter avec l'année d'obtention du diplôme ($p = 0,065$). De même, plus l'âge ($p = 0,038$) et le nombre d'année d'expérience augmentait ($p = 0,011$), plus la prise en charge était différente entre les patientes excisées et non excisées.

TABLEAU 4 – Différence de prise en charge entre patiente excisées et non excisées

| | CHI André Grégoire | CH Delafontaine | Témoins |
|--|-----------------------|--------------------|------------|
| Touchers vaginaux plus difficiles | 3 (15%) | 2 (11,8%) | 2 (5,1%) |
| Précaution du périnée lors des efforts expulsifs (prévention déchirures) | 14 (70%) | 6 (35,3%) | 15 (38,5%) |
| Episiotomie plus facile | 1 (5%) | 1 (5,9%) | 1 (2,6%) |
| Suture plus délicates | 1 (5%) | 1 (5,9%) | 1 (2,6%) |
| Informations aux patientes sur la reconstruction | 5 (25%) | 5 (29,4%) | 10 (25,6%) |
| Informations aux patientes sur les unités possibles de prise en charge | 1 (5%) | 1 (5,9%) | 0 |
| Rappel de la loi française | 2 (10%) | 0 | 2 (5,1%) |

3.4.2 Prise en charge des patientes infibulées

TABLEAU 5 – Prise en charge des patientes infibulées en SDN

| | | Cas 1 | Cas 2 | Témoins | p pop | p form |
|--|---|----------------------------|--|-----------|----------|----------|
| | Total n (%) | André Grégoire n (%) | Delafontaine n (%) | n (%) | | |
| Echantillon (n) | 76 (100) | 20 (100) | 17 (100) | 39 (100) | | |
| Prise en charge de patiente infibulée en SDN | 74 (97,3) | 20 (100) | 16 (94,1) | 38 (97,4) | 0,008* | 0,028* |
| <i>Oui, souvent</i> | 1 (1,4) | 1 (5,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | | |
| <i>Oui, rarement</i> | 35 (47,3) | 16 (80,0) | 7 (43,8) | 12 (31,6) | | |
| <i>Non, jamais</i> | 38 (51,4) | 3 (15,0) | 9 (56,3) | 26 (68,4) | | |
| Taux estimé de patientes désinfibulées ² | 41 (53,9) | 18 (90,0) | 8 (47,1) | 15 (38,5) | < 0,001* | < 0,001* |
| <i>Oui, par le/la SF</i> | 8 (19,5) | 6 (33,3) | 0 (0,0) | 2 (13,3) | | |
| <i>Oui, par le/la GO</i> | 22 (53,7) | 14 (77,8) | 4 (50,0) | 4 (26,7) | | |
| <i>Non, AVB sans épisio sys</i> | 10 (24,4) | 4 (22,2) | 3 (37,5) | 3 (20,0) | | |
| <i>Non, AVB avec épisio sys</i> | 10 (24,4) | 1 (5,6) | 1 (12,5) | 8 (53,3) | | |
| <i>Non, césarienne d'emblée</i> | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | | |
| | * significatif ($p < 0,05$) | $n = \text{effectif}$ | $p \text{ pop} = \text{Cas 1} + \text{Cas 2 vs Témoins}$ | | | |
| | ² plusieurs réponses possibles | $\% = \text{pourcentage}$ | $p \text{ form} = \text{Cas 1 vs Cas 2}$ | | | |

L'infibulation des patientes était plus prise en charge à l'hôpital André Grégoire que dans les autres hôpitaux ($p = 0,0007$). La désinfibulation y est d'ailleurs plus pratiquée, que ce soit par les sages-femmes, qui la pratiquent dans un tiers des cas, ou par le gynécologues-obstétriciens dans deux autres tiers. Bien qu'aucuns des hôpitaux ne faisaient de césarienne d'emblée pour infibulation, une épisiotomie systématique était faite par plus de la moitié des praticiens des hôpitaux Témoins tandis qu'elle n'était effectuée de façon systématique que par un seul praticien dans les hôpitaux Cas. L'âge ($p = 0,146$) et l'année d'obtention du diplôme ($p = 0,205$) et le nombre d'année d'expérience dans chaque hôpital ($p = 0,114$) n'influençaient pas cette prise en charge.

TABLEAU 6 – Attitude lors de la prise en charge d'une patiente infibulée en SDN

| | Cas 1 | Cas 2 | Témoins | p pop | p form | |
|---|-----------------------|----------------------------|-----------------------|--------------|---------------|----------|
| | Total n (%) | André Grégoire n (%) | Delafontaine n (%) | n (%) | | |
| Echantillon (n) | 76 (100) | 20 (100) | 17 (100) | 39 (100) | | |
| PEC similaire à celle de l'épisiotomie ? | 68 (89,5) | 19 (95,0) | 16 (94,1) | 33 (84,6) | 1 | 0,157 |
| <i>Oui</i> | 8 (11,8) | 4 (21,1) | 0 (0,0) | 4 (12,2) | | |
| <i>Non</i> | 60 (88,2) | 15 (78,9) | 16 (100) | 29 (87,9) | | |
| Pourquoi ? ² | 59 (77,6) | 16 (80,0) | 13 (76,5) | 30 (76,9) | < 0,001* | < 0,001* |
| <i>Pas plus de complications</i> | 13 (22,0) | 9 (56,3) | 1 (7,7) | 3 (10,0) | | |
| <i>Plus risque de toucher les nerfs</i> | 16 (27,1) | 2 (12,5) | 4 (30,8) | 10 (33,3) | | |
| <i>Plus grand risque d'hémorragie</i> | 27 (45,8) | 3 (18,8) | 7 (53,8) | 17 (56,7) | | |
| <i>La suture est plus complexe</i> | 36 (61,0) | 3 (18,8) | 11 (84,6) | 22 (73,3) | | |
| <i>Autre: ce n'est pas comparable</i> | 5 (8,5) | 3 (18,8) | 1 (7,7) | 1 (3,3) | | |
| Une SF peut-elle réaliser une désinfibulation seule ? | 71 (93,4) | 20 (100) | 16 (94,1) | 35 (89,7) | <0,001* | <0,001* |
| <i>Oui</i> | 25 (35,2) | 17 (85,0) | 3 (18,75) | 5 (14,3) | | |
| <i>Non, c'est une PEC multidisciplinaire</i> | 33 (46,5) | 3 (15,0) | 7 (43,75) | 23 (65,7) | | |
| <i>Non, elle doit être PEC par un GO</i> | 13 (18,3) | 0 (0,0) | 6 (37,5) | 7 (20,0) | | |
| Vous sentez vous capable de réaliser cette PEC seule ? | 71 (93,4) | 20 (100) | 16 (94,1) | 35(89,7) | 0,016* | 0,001* |
| <i>Oui</i> | 13 (18,3) | 11 (55,0) | 0 (0,0) | 2 (5,7) | | |
| <i>Non</i> | 58 (81,7) | 9 (45,0) | 16 (100) | 33 (94,3) | | |
| Pourquoi ? ² | 70 (92,1) | 19 (95,0) | 16 (94,1) | 35 (89,7) | < 0,001* | < 0,001* |
| <i>Je le fais déjà</i> | 6 (8,6) | 4 (21,1) | 0 (0,0) | 2 (5,7) | | |
| <i>J'attends de m'entraîner avec un GO</i> | 26 (37,1) | 16 (84,2) | 5 (31,3) | 5 (14,3) | | |
| <i>J'ai veux toujours être avec un GO</i> | 10 (14,3) | 1 (5,3) | 1 (6,3) | 8 (22,9) | | |
| <i>C'est au GO de le faire</i> | 5 (7,1) | 0 (0,0) | 1 (6,3) | 4 (11,4) | | |
| <i>Je n'ai pas eu de formation</i> | 38 (54,3) | 0 (0,0) | 12 (75,0) | 26 (74,3) | | |

* significatif ($p < 0,05$)

n = effectif

p pop = Cas 1 + Cas 2 vs Témoins

² plusieurs réponses possibles

% = pourcentage

p form = Cas 1 vs Cas 2

Plus de 88% des praticiens, tout hôpitaux confondus, considéraient que la désinfibulation et l'épisiotomie étaient deux pratiques différentes. Lorsque l'on détaillait la réponse, on remarquait que les trois quarts des sages-femmes du CHI André Grégoire pensaient que la désinfibulation n'avait pas plus de complication que l'épisiotomie, mais que les deux n'étaient pas comparables, en comparaison à seulement un quart des sages-femmes dans les autres hôpitaux. Ces derniers ont répondu majoritairement que la suture était beaucoup plus complexe dans le cas de la désinfibulation mais également qu'il y avait un plus grand risque d'hémorragie.

A l'hôpital de Montreuil, il ressortait de façon significative que les sages-femmes étaient d'avis qu'elles pouvaient réaliser une désinfibulation de manière autonome (85%), et 55% le faisait déjà. Moins de 19% étaient de ce même avis dans les autres hôpitaux. A l'inverse, 20% du groupe Témoins, et près du double chez notre Cas 2, jugeait ce geste praticable seulement par les gynécologues-obstétriciens.

Deux sages-femmes des hôpitaux avec une faible prévalence de patientes excisées ont coché qu'elles pratiquaient déjà la désinfibulation. La première ayant 8 ans de diplôme, possédait un DU de sexologie. Quant à l'autre, qui travaillait depuis 6 ans dans le même hôpital depuis l'obtention de son diplôme, n'avait pas spécifié avoir eu de formation hors études. Les deux provenaient de deux hôpitaux différents.

3.5 Besoin

TABLEAU 7 – Besoins généraux

| | Total n (%) | Cas 1 André Grégoire n (%) | Cas 2 Delafontaine n (%) | Témoins n (%) | p pop | p form |
|--|-----------------------|--|---------------------------------------|-------------------------|--------------|---------------|
| Echantillon (n) | 76 (100) | 20 (100) | 17 (100) | 39 (100) | | |
| Besoin d'une formation sur la PEC des femmes excisées | 72 (94,7) | 20 (100) | 16 (94,1) | 36 (92,3) | 0,088 | 0,097 |
| <i>Oui</i> | 62 (86,1) | 13 (65,0) | 15 (93,8) | 34 (94,4) | | |
| <i>Non</i> | 10 (13,9) | 7 (35,0) | 1 (6,3) | 2 (5,6) | | |
| Volonté de pratiquer la désinfibulation | 62 (81,6) | 14 (70,0) | 15 (88,2) | 33 (84,6) | 0,188 | 0,028 |
| <i>Oui</i> | 43 (69,4) | 14 (100) | 9 (60,0) | 20 (60,6) | | |
| <i>Non</i> | 19 (30,6) | 0 (0,0) | 6 (40,0) | 13 (39,4) | | |
| Besoin d'un changement/création de protocole au sein de l'hôpital ? | 71 (93,4) | 19 (95,0) | 16 (94,1) | 36 (92,3) | 0,066 | 0,025 |
| <i>Oui</i> | 48 (67,6) | 10 (52,6) | 15 (93,8) | 23 (63,9) | | |
| <i>Non</i> | 10 (14,1) | 6 (31,6) | 1 (6,3) | 3 (8,4) | | |
| <i>Je ne sais pas</i> | 13 (18,3) | 3 (15,8) | 0 (0,0) | 10 (27,8) | | |

n = effectif
 % = pourcentage

p pop = Cas 1 + Cas 2 vs Témoins
p form = Cas 1 vs Cas 2

La quasi-totalité des sages-femmes de notre étude pensait qu'il était essentiel qu'elles aient des formations sur la prise en charge des patientes excisées en tant que professionnelles de santé.

Les deux tiers pensaient qu'il était préférable de se former lors des études et lors de son exercice professionnel dans un hôpital ayant une forte prévalence. La moitié était d'avis d'instaurer une formation dans tous les hôpitaux quelques soient leurs taux de patientes excisées. Les modes de formations les moins appropriés selon elles étaient ceux effectués lors d'un Diplôme Universitaire (DU) à 22% et lors d'un Congrès à 19%.

Malgré une formation préalablement reçue, 65% des cliniciens du CHI André Grégoire avaient besoin d'une formation supplémentaire. Ce taux restait cependant significativement plus bas ($p = 0,003$) que ceux des autres hôpitaux, qui souhaitaient cette formation dans plus de 93% des cas. Ce besoin ne variait ni avec l'âge ($p = 0,884$), ni avec l'année d'obtention du diplôme ($p = 0,838$).

Dans tous les cas, peu de sages-femmes pensaient que la formation faite durant les études (10%) ou hors hôpital (25%) suffisaient. La raison la plus souvent retrouvée (question ouverte) était un manque de pratique, indispensable dans l'apprentissage de la prise en charge des femmes excisées. C'est d'ailleurs pour cela que plus de la moitié des sages-femmes, qui ont eu une formation spécifique sur l'excision à l'hôpital, pensait que leur formation était celle qui correspondait le mieux à la prise en charge des patientes excisées. Cet état d'esprit est confirmé par la quasi-totalité des praticiens qui, quel que soit leur lieu de pratique, considérait nécessaire des rappels en formation continue.

En dehors de l'hôpital André Grégoire, moins d'un tiers des praticiens des autres hôpitaux avaient connaissance de l'existence d'un protocole sur la prise en charge des femmes excisées en général et aucuns sur la désinfibulation.

Pourtant, la moitié des praticiens du CHI André Grégoire souhaitait une modification du protocole de leur hôpital, qui n'était peut-être, selon eux, pas encore optimal. Au CH Delafontaine, 94% souhaitaient, quant à eux, la création d'un protocole. Enfin, 64% des hôpitaux ayant un faible taux de prévalence de MSF voulaient également la création d'un protocole au sein de leur hôpital.

Concernant la désinfibulation, plus de deux tiers des praticiens de tous les hôpitaux souhaitaient pouvoir la pratiquer. Cette volonté se retrouvait en totalité chez les praticiens de Montreuil, qui la pratiquaient déjà ($p = 0,013$).

Parmi ceux souhaitant la pratiquer, les raisons qui revenaient régulièrement (question ouverte) étaient :

- une volonté d'autonomie en vue d'une prise en charge complète
- une réponse à un besoin sans l'attente d'autres acteurs

- la pratique d'un geste plus bénéfique que celui de l'épisiotomie
- le développement d'un champ de compétence.

Parmi ceux ne souhaitant pas la pratiquer, ressortait essentiellement comme argument que :

- cela ne relevait pas de la physiologie
- il s'agissait d'un geste compliqué hors compétences
- la prise en charge autonome de ces patientes leur faisait peur.

4 Discussion

4.1 Discussion des résultats

4.1.1 Caractéristiques de la population interrogée

Quatre-vingt-dix-sept pour cent des sages-femmes interrogées étaient des femmes. Seuls deux hommes ont répondu au questionnaire (2,6%). Selon les statistiques de l'Ordre des sages-femmes de 2017, le taux d'hommes sages-femmes travaillant en Ile-De-France est de 2,1% (51). Notre échantillon était donc proportionnellement représentatif sur le genre. Le nombre élevé de jeunes sages-femmes dans l'hôpital de St Denis et chez les Témoins amenait à une moyenne d'âge de 28 ans contrairement à l'hôpital de Montreuil où la moyenne d'âge était de 31 ans. Cela correspondait aux taux plus importants de jeunes diplômés et de sages-femmes moins expérimentées dans les hôpitaux Delafontaine et Témoins plutôt que dans celui du CHI André Grégoire, ce qui pouvait biaiser les résultats obtenus. C'est pourquoi ces variables ont été analysées secondairement pour limiter ce biais.

Cette différence se retrouve également dans le pourcentage plus élevé (77%) de sages-femmes ayant le souvenir d'avoir eu une formation durant leur étude à St Denis et chez les Témoins plutôt qu'à Montreuil (60%). Une des explications pourrait être que les sages-femmes plus âgées ont moins de souvenir concernant leur formation initiale. L'explication la plus rationnelle est sans doute l'apparition de cette thématique dans le programme des écoles. En effet, le Dr PIET a relevé une intégration très opportune des mutilations sexuelles féminines lors de la formation initiale des écoles de sages-femmes (52) depuis la publication du rapport de la CNCDH sur le sujet (53). Désormais l'enjeu de la formation des sages-femmes aux mutilations sexuelles féminines relève donc de la formation continue.

Parmi celles ayant fait une formation hors études et hors de leur hôpital actuel, presque les deux tiers venaient du CHI André Grégoire. Ces sages-femmes déjà formées dans leur hôpital devaient pourtant avoir moins besoin de formations externes que celles des autres hôpitaux. Ceci peut s'expliquer par leur intérêt pour le sujet et le fait qu'elles soient d'elles-mêmes allées se former antérieurement.

En ce qui concerne la formation hospitalière, nous pensions retrouver des réponses positives que de la part des sages-femmes de Montreuil. Or, 6 sages-femmes de St Denis ont répondu avoir eu cette formation dans leur hôpital. Même si la différence restait significative entre les deux hôpitaux, la question ouverte qui suivait permettait de mieux comprendre ce taux. En effet, elles ont toutes précisé qu'il s'agissait d'une explication orale par leur chef de service de la méthode de reconstruction afin de pouvoir en parler aux patientes et d'un rappel sur la prévalence dans leur hôpital. Cette formation n'était donc pas similaire à celle que nous avons définie dans l'introduction, nécessaire à l'inclusion des sages-femmes dans la partie « formation hospitalière ».

4.1.2 Connaissance sur l'excision

La différence non significative au niveau des connaissances générales entre le CHI André Grégoire et le CH Delafontaine ($p = 0,625$) peut s'expliquer par le fait que les sages-femmes de ces hôpitaux se sont renseignées personnellement pour pouvoir mieux informer les nombreuses patientes dont elles s'occupent. Cette théorie pourrait se confirmer par le fait que ni l'âge, ni l'année d'obtention du diplôme, ni la formation n'influençaient la note.

Dans une analyse réalisée sur les sages-femmes d'Ile de France datant de 2014, 56% d'entre elles jugeaient leurs connaissances insuffisantes et 4% les jugeaient très bonnes (54). Dans notre étude, où leurs connaissances ont été testées par une partie comportant 12 questions, 42% de toutes les sages-femmes confondues avaient eu une note en dessous de la moyenne (6,0/12) et 8% avaient eu des notes allant au-delà de 9,0/12. On peut donc dire que les sages-femmes sous-estimaient leurs connaissances sur l'excision puisque notre étude a relevé de meilleurs résultats que l'image qu'elles avaient de leurs connaissances.

4.1.3 Pratique et attitude des professionnels

4.1.3.1 Prise en charge globale des patientes excisées

Tous les professionnels de santé de notre étude ont déjà été confrontés aux MSF au moins une fois. Cent pour cent des sages-femmes de nos hôpitaux Cas prenaient en charge les femmes excisées en SDN à contrario des Témoins qui ne le faisaient qu'à 84%. Cette question aurait pu être précisée par la fréquence auxquelles les sages-femmes font face à ces MSF selon le lieu de travail.

Toutefois, dans une thèse portée sur la pratique des professionnels dans les maternités de Seine-Saint-Denis (comprenant nos hôpitaux Cas 1 et 2), 90% des sages-femmes disaient être souvent confrontées aux MSF, contrairement aux autres professionnels ($p = 0,003$), dont 60% ont déjà rencontré des cas d'infibulation (type 3) (55). L'expérience engendrée chez nos deux hôpitaux Cas leur permettait de mieux diagnostiquer ($p = 0,004$) les patientes excisées que notre groupe Témoins. Ce résultat est corrélé à une redistribution des 20% d'immigrés franciliens résident à Paris vers la banlieue nord, comme l'explique l'INSEE (56).

De plus, les sages-femmes de Montreuil ont toujours fait appel à un autre professionnel de santé, notamment au gynécologue-obstétricien, lorsqu'elles n'arrivaient pas à déterminer le type d'excision. Cette habitude était sûrement due à la formation donnée ($p = 0,0005$) car à St Denis, 40% n'avaient pas demandé d'aide. Le diagnostic de ces patientes n'aurait été donc pas effectué, pouvant causer un manque dans la prise en charge de ces femmes.

On remarquait que l'âge et le nombre d'années d'obtention du diplôme croissant de la sage-femme influençaient également sa capacité à déterminer le type d'excision ($p = 0,006$) tandis que la formation ne modifiait pas nos résultats ($p = 0,44$).

Ainsi, l'expérience primait sur la capacité à diagnostiquer une patiente excisée par rapport aux formations théoriques, tout comme les autres cliniques obstétricales.

Soixante-quinze pour cent des praticiens de l'hôpital de Montreuil avaient répondu « oui » à la question « En comparaison avec une patiente non excisée, votre prise en charge était-elle différente ? » contre 44% à Delafontaine et 54% chez Témoins. L'étude ci-dessus montrait une différence de prise en charge selon que les professionnels de santé avaient reçu une formation (82%) ou non (62%), même si ce résultat incluait également les autres professionnels de santé (55). Cette différence ne se retrouvait pas spécifiquement dans le tableau détaillant leur attitude professionnelle, hormis une plus grande précaution du périnée lors des efforts expulsifs du côté de Montreuil (tableau 4). Cette ressemblance peut s'expliquer par le fait que les professionnels notaient ce qui leur semblait le plus adapté, sans pour autant le pratiquer réellement.

En somme, le taux élevé de patientes excisées dans les hôpitaux leur permettait d'acquérir une expérience qui améliorait leur diagnostic d'excision mais ne changeait fondamentalement par leur attitude vis-à-vis de ces patientes.

4.1.3.2 Prise en charge des patientes infibulées

Une étude rétrospective descriptive a été réalisée sur une période de 5 ans et 8 mois au CHU d'Angers, hôpital possédant une forte prévalence de patientes excisées. Cette étude, qui portait sur des patientes ayant subi des mutilations génitales, a montré un taux de 18% (n = 25) d'excision de type 3. Chez ces femmes infibulées, 15 ont accouché par voie basse, soit un total de 40% de césarienne (57). Pourtant, le taux de césarienne en France reste stable à environ 20% (58). Et, à contrario, notre questionnaire montrait un résultat de 0% quant au taux de césarienne effectuée d'emblée sur toutes les patientes se présentant infibulées. Ainsi, cet écart concernant le fort taux de césariennes en urgence s'explique sûrement par une augmentation de la durée du travail, de stagnation ou une hypoxie fœtale, déjà scientifiquement prouvé dans plusieurs études (25) (26) (27) (28).

Dans cette même étude rétrospective, sur les 15 patientes infibulées ayant accouché par voie basse, on comptait 26,7% de désinfibulation. Ces taux ne correspondaient pas à la pratique de nos hôpitaux Cas 1 et 2 puisque d'après les

sages-femmes, la quasi-totalité des patientes étaient désinfibulées au CHI André Grégoire (dont un tiers par les sages-femmes) et 50% l'étaient au CH Delafontaine (par les gynécologues-obstétriciens). En revanche le taux d'épisiotomies restait à peu près le même partout.

Dans nos résultats, plus de 88% des praticiens tous hôpitaux confondus considéraient que la désinfibulation et l'épisiotomie étaient deux pratiques différentes tandis que toutes les attitudes professionnelles étaient significativement différentes dans les questions suivantes. Peut-être que la question a mal été posée car le « non », retrouvé à la question « Pensez-vous que la prise en charge de la désinfibulation ressemble étroitement à la prise en charge d'une épisiotomie ? », représentait une intervention plus dangereuse pour les hôpitaux n'ayant pas eu de formation que pour Montreuil, où 75% pensaient au contraire qu'il n'y avait pas plus de complication. En effet, la peau recollée après infibulation n'est autre qu'un tissu cicatriciel sans nerf ni vaisseaux (1). La désinfibulation n'est donc pas plus dangereuse qu'une épisiotomie sur le plan anatomique.

L'élément surprenant de nos résultats était que 2 sages-femmes pratiquaient la désinfibulation dans notre groupe Témoins. Chacune venait d'un hôpital différent. La première ayant 8 ans de diplôme possédait un DU de sexologie et l'autre qui avait 6 ans de diplôme n'avait pas spécifié avoir eu de formation hors études. De plus, cela faisait 6 ans qu'elle travaillait dans le même hôpital et n'aurait donc pas pu avoir travaillé dans un autre hôpital, à forte prévalence, où une formation spécifique lui aurait été donnée.

En somme, tous les résultats concernant la prise en charge des patientes infibulées étaient significativement différents et en faveur des sages-femmes possédant une formation hospitalière au sein du CHI André Grégoire.

4.1.4 Besoins retrouvés

Lors de l'étude réalisée sur les sages-femmes franciliennes en 2014, 61% disaient ne pas être satisfaites par leur formation initiale. Trente pour cent d'entre elles disaient avoir entrepris des recherches supplémentaires sur le sujet (55). Nos résultats ont montré de notre côté que seulement 10% pensaient que la formation initiale suffisait, soit une baisse de 30% en 4 ans. Dans cette même continuité, 97% de nos sages-femmes considéraient qu'il était primordial que des rappels en formation continue soient donnés contre 75% en 2014. La principale raison était un manque de pratique. C'est pour cela que 93% des hôpitaux sans formation hospitalière jugeaient avoir besoin de formation et que 44,4% de CHI André Grégoire pensaient que leur formation ne suffit pas sans pratique. Cette dernière pourrait débiter par la mise en place de protocoles, comme cela a été réclamé par 94% à St Denis et 64% pour le groupe Témoins, qui, sans doute, devaient se sentir moins concerné par le sujet.

Moins de 19% des hôpitaux Cas 2 et groupe Témoins pensaient qu'une sage-femme pouvait réaliser une désinfibulation seule contre 85% chez notre Cas 1. Entre 20 et 40% des hôpitaux, hors Montreuil, étaient d'avis que seul un gynécologue-obstétricien était apte à pratiquer ce geste. Malgré ces résultats, plus de deux tiers des praticiens de tous les hôpitaux souhaitaient pouvoir pratiquer la désinfibulation, dont la totalité au CHI André Grégoire. Aucune étude sur la pratique de la désinfibulation par les sages-femmes n'a été retrouvée. Finalement, d'après notre étude, cette volonté reste marquée, comme cela a été recommandé par l'OMS, bien qu'il soit nécessaire de rester sur une prise en charge pluridisciplinaire (44).

4.2 Les points forts de l'étude

4.2.1 Choix du sujet

Les Mutilations Sexuelles Féminines demeurent toujours très pratiquées. Chaque année, plus de trois millions de nouvelles femmes sont excisées dans le

monde (2). En France, le taux a doublé en 10 ans, passant de 60.000 à 125.000 dans un article publié le 23 juillet 2019 (33). Cette augmentation nous alerte quant aux prises en charge pluridisciplinaires et aux actions de prévention à développer afin de mieux pouvoir accompagner ces femmes.

Les sages-femmes sont au cœur de cette prise en charge qui concerne l'intimité de la femme que ce soit lors de la grossesse ou en suivi gynécologique, nouvelle compétence depuis la loi HSPT de 2009 (59).

De nombreuses enquêtes ont été effectuées sur les méthodes de chirurgie réparatrice et le vécu des patientes vis-à-vis de ces chirurgies. On retrouvait également des enquêtes sur tout ce qui touche à l'appréhension des patientes vis-à-vis de l'accouchement et leur prévention sur les MSF que ce soit durant la grossesse ou en suite de couches. De même, les seules études concernant les professionnels de santé se fondaient surtout sur l'évaluation de leurs connaissances et leurs pratiques lors de la grossesse ou en post partum mais aucune n'a été retrouvée sur leurs pratiques concrètes en SDN, lors de la mise en travail et de l'accouchement. Or, c'est souvent à ce moment que la peur d'une réouverture se fait sentir.

4.2.2 Méthode

Le questionnaire papier permettait de limiter le biais de connaissance comparativement à un web-questionnaire, laissant place aux recherches personnelles. De plus, les réponses étaient plus spontanées et diminuaient les échanges possibles avec les collègues au sujet des pratiques et des connaissances.

Il s'agissait de questions courtes, QCM ou QCU, facilitant l'analyse des résultats. Certaines de ces questions étaient suivies de questions ouvertes courtes, ce qui donnait la possibilité aux sages-femmes interrogées de préciser plus librement leurs opinions sans toutefois trop s'étendre. Cela nous a aussi permis de rassembler par thèmes certaines questions ouvertes dont les résultats étaient intéressants. De plus, certaines d'entre elles, telle que « Votre prise en charge était-elle différente ? Si oui, sur quel(s) point(s) ? », incitaient les professionnels à réfléchir et développer leurs réponses plutôt que de cocher rapidement des QCM, ce qui les auraient moins

sollicités à développer d'autres actions (dans « Autre » par exemple), ou à l'inverse, les auraient poussés plus facilement à cocher une des cases pour « bonne pratique », alors qu'elles n'y auraient pas pensé ultérieurement. Cela rendait les résultats plus authentiques et plus rapprochés des pratiques réelles.

4.2.3 Résultats obtenus

L'objectif principal de cette étude était de faire l'état des lieux des pratiques des sages-femmes, concernant la prise en charge des femmes excisées et infibulées en SDN, selon leur lieu d'exercice.

Notre première hypothèse était que les connaissances et les pratiques des sages-femmes dépendaient de la population à risque, c'est-à-dire, le taux de patientes excisées présent à l'hôpital.

Nous avons pu voir que les notes concernant les questions de connaissances étaient significativement plus élevées dans nos deux hôpitaux Cas possédant une forte population à risque ($p = 0,013$) plutôt que chez nos Témoins. De même, ce sont les sages-femmes des deux hôpitaux Cas qui diagnostiquaient le mieux les patientes excisées ($p = 0,004$) comparé au groupe Témoins. Cependant, les taux concernant l'attitude détaillée des professionnels n'était pas très différent entre les hôpitaux.

De ce fait, le taux élevé de patientes excisées dans les hôpitaux leur permettait d'acquérir une expérience qui améliorerait leur diagnostic d'excision mais ne changeait fondamentalement par leur attitude vis-à-vis de ces patientes.

Concernant les patientes infibulées, l'hôpital André Grégoire les prenaient en charge de façon significative différente comparé aux autres hôpitaux ($p = 0,0007$).

Notre deuxième hypothèse était que les connaissances et les pratiques des sages-femmes dépendaient d'une formation préalable et de l'existence de protocoles.

Bien que la moyenne des réponses fût la plus élevée au CHI André Grégoire, la différence était non significative avec le CH Delafontaine, qui ne formait pas spécifiquement ses sages-femmes ($p = 0,652$). La formation n'impactait ni le

diagnostic d'excision ($p = 0,504$) ni l'attitude des professionnels envers les femmes excisées. En revanche, l'hôpital de Montreuil prenait mieux en charge les patientes infibulées ($p < 0,001$) et pratiquait la désinfibulation contrairement aux sages-femmes de St Denis ($p < 0,001$).

Notre première hypothèse est confirmée en ce qui concerne la connaissance des MSF et le diagnostic d'excision mais pas sur l'attitude des professionnels concernant la prise en charge des femmes excisées et infibulées.

A l'inverse, notre deuxième hypothèse est confirmée pour ce qui concerne la prise en charge des patientes infibulées mais pas sur la connaissance et la prise en charge des patientes excisées de manière générale.

Enfin, notre objectif secondaire était d'analyser leurs besoins afin d'évaluer si les outils déjà employés étaient nécessaires et suffisants.

Nos résultats ont montré que plus de 93% des hôpitaux Cas 2 et Témoins, n'ayant pas reçu de formation spécifique, pensaient avoir besoin d'une formation sur le sujet de l'excision. Une forte demande concernait aussi la création d'un protocole, dans 64% pour le groupe Témoins et 94% pour le CH Delafontaine.

Bien qu'elles aient reçu une formation au préalable, 65% des sages-femmes du CHI André Grégoire avaient également besoin d'une formation supplémentaire et la moitié ne trouvait pas que le protocole de leur hôpital était optimal. Malgré tout, la majorité d'entre elles pensait que leur formation était la plus appropriée pour la prise en charge des patientes excisées.

En dehors de l'hôpital de Montreuil qui pratiquait déjà la désinfibulation, 60% des praticiens des autres hôpitaux souhaitaient également la pratiquer, tandis que 20% du groupe Témoins et 37,5% du Cas 2 pensaient que ce geste ne devait être effectué que par le gynécologue-obstétricien.

Finalement, les formations déjà existantes ne sont pas encore assez adaptées et développées pour satisfaire le besoin des sages-femmes.

4.3 Les points faibles de l'étude

4.3.1 Les limites

L'étude se limitait à 4 hôpitaux d'une seule région, l'Île-de-France. Bien que cette région possède une grande diversité selon les hôpitaux concernant la population, ceux ayant un fort taux de patientes excisées restaient peu nombreux. De plus, le cas spécifique d'une formation intra hospitalière n'était retrouvée jusqu'à présent que dans un seul hôpital : le CHI André Grégoire à Montreuil. En somme, cet échantillon ne peut être représentatif des sages-femmes au niveau national. Néanmoins, comparer des hôpitaux avec des critères précis concernant le taux de la population et les formations est un travail difficile et nous aurions manqué de temps pour tenter de chercher plus d'hôpitaux éligibles à notre étude.

D'autre part, notre échantillon était faible ($n = 76$). Selon la liste des Equivalent Temps Pleins (ETP) concernant les sages-femmes travaillant en salle de naissances donnée par les cadres, il nous aurait fallu 86 réponses afin que cet échantillon soit représentatif avec une marge d'erreur de 5% et un niveau de confiance à 95%. Or, notre taux de réponses créait une marge d'erreur de 6,94%. Cependant, pour l'hôpital André Grégoire, ce taux était limité par le nombre de sages-femmes ayant reçu une formation spécifique sur l'excision. De plus, le temps disponible par les sages-femmes en salle de naissances était limité, ce qui ne leur permettait pas toujours de répondre au questionnaire.

4.3.2 Les biais

Tout d'abord, notre étude comportait un biais de sélection : les sages-femmes interrogées n'étaient que celles travaillant en salle de naissances et parmi elles, toutes n'ont pas voulu répondre au questionnaire. Nous supposons que les professionnels ayant répondu pouvaient être probablement plus concernés et intéressés par cette problématique. Les multiples relances et explications sur place pour parler de mon mémoire avaient permis de réduire ce biais.

Deuxièmement, notre travail possédait un biais de non-réponse ou réponse partielle : souvent par manque de temps, certaines sages-femmes répondaient trop rapidement aux questionnaires et oubliaient certaines questions, ne prenaient pas le temps d'y répondre ou ne souhaitaient pas y répondre. Le questionnaire papier permet ce genre de biais, ce qui est moins le cas lors d'un questionnaire en ligne. En effet, ce dernier ne permet d'accéder à la suite du questionnaire seulement lorsque les questions précédentes ont été cochées.

Troisièmement, nous avons un biais de subjectivité. Certaines sages-femmes pouvaient hésiter à mettre une réponse qui se rapprochait le plus de leur pratique réelle plutôt que celle qui paraissait être la « mieux vue ». Cet impact de nature psychologique peut entraîner des déformations de réponses qui diminuent la représentativité des pratiques réellement effectuées.

De plus, les sages-femmes pouvaient créer un biais de mémorisation : sur les 91,6% des sages-femmes ayant déjà pris en charge une patiente excisée, certaines n'ont pu l'avoir qu'une seule fois durant leur carrière. Si cette prise en charge date d'une année trop lointaine, il se pourrait que leur souvenir la concernant soit flou.

Enfin, notre étude admettait un biais de confusion : la faible durée d'expérience professionnelle (variable de l'âge et de l'année de diplôme) de la plupart des sages-femmes qui ont répondu aux questionnaires a un impact évident sur le niveau de formation post-diplôme, notamment aux problématiques spécifiques rencontrées en Seine Saint Denis où la plupart exerçait depuis peu. L'expérience clinique de chaque sage-femme constitue donc un facteur d'interaction avec nos critères de jugement. Le résultat final ne pourra être entièrement imputé aux caractéristiques des 3 types d'hôpitaux. L'analyse de ces variables ont permis de réduire ce biais.

4.4 Implications et perspectives

Tout d'abord nous pourrions reproduire cette étude à plus grande échelle, voire au niveau national. Cela permettrait d'avoir une meilleure représentativité des sages-

femmes françaises et ainsi mieux adapter les formations en fonction du besoin de ces dernières.

Une étude qualitative pourrait être effectuée afin de compléter nos résultats sur les besoins des sages-femmes et peut-être ainsi leur proposer des brochures adaptées sur la prise en charge à effectuer auprès des patientes excisées.

D'autres questions pourraient être intéressantes à analyser : Quels sont les freins concernant la formation des sages-femmes à l'excision ? Comment abordent-elles les MSF avec les patientes ? Comment leur annoncent-elles ? Quels en sont les freins ?

Ces études pourraient également être faites sur d'autres professionnels de santé que les sages-femmes, qui peuvent être en contact durant la grossesse ou l'accouchement avec les femmes excisées, tels que les gynécologues-obstétriciens, les infirmières, les auxiliaires de puéricultures, les pédiatres etc. La comparaison serait intéressante afin de visualiser la place de chaque professionnel de santé au sein du parcours de soin de la patiente excisée, leurs besoins et ainsi proposer des formations à bon escient.

La plupart des sages-femmes (98,6%) considère avoir besoin d'une formation supplémentaire que celle initiale sur le sujet de l'excision. Or seulement 14,5% se sont formées après le diplôme en dehors d'une formation spécifique dans leur hôpital. Le manque de temps, le coût budgétaire d'une formation ou simplement la non connaissance de formations déjà existantes peuvent être un frein à l'augmentation du nombre de sages-femmes formées sur l'excision.

Rappelons qu'il y a 3 millions de nouvelles excisions chaque année (2) et que l'une des meilleures manières de ralentir ce phénomène est la prévention auprès des jeunes mamans. Il est établi en tant que bonnes pratiques dans les lignes directrices de l'OMS que chaque professionnel de santé, s'occupant de patientes vivants avec des mutilations sexuelles féminines, doit fournir des informations fiables et claires sur les différents types de mutilations sexuelles féminines ainsi que leurs risques immédiats et à long terme (44). D'après notre enquête, seulement 8% de toutes les sages-femmes interrogées, tous hôpitaux confondus, avaient eu une note supérieure à 9/12 aux questions de connaissances et près de la moitié avaient eu en dessous

ou tout juste la moyenne (6/12). Cela signifie donc que les praticiens, bien que légèrement plus instruits sur le sujet lorsqu'une formation hospitalière leur a été fournie, n'ont pas, pour notre échantillon, de connaissances suffisantes afin d'informer ces patientes dans le besoin. Ainsi, il faut encourager les sages-femmes à considérer cette problématique comme leur rôle professionnel, notamment dans les lieux de travaux où cette patientèle est très présente.

Cette thématique doit être intégrée aussi bien à la formation initiale qu'à la formation continue. Force est de constater que 90% de nos répondants ne pensent pas que les interventions effectuées dans le programme étudiant sur le sujet soient suffisantes. La pratique est la principale raison retrouvée quant à cette insuffisance. De plus, les recommandations stipulent de pratiquer la désinfibulation, en ante ou intra-partum, pour les femmes victimes d'une mutilation sexuelle féminine de type III, afin de prévenir et traiter les complications obstétricales et urologiques, et ainsi faciliter l'accouchement (44). Les sages-femmes étant au cœur de cette prise en charge, il serait intéressant de sensibiliser ces dernières à cette pratique et de les former. Conjointement, 70% des sages-femmes de notre étude ont répondu favorablement à une volonté de pratiquer la désinfibulation.

Le développement de formations spécifiques théoriques et pratiques, et l'élaboration d'outils pédagogiques, tels que des protocoles, que ce soit à l'échelle locale, régionale ou nationale, pourrait aider les professionnels de santé à combler leur besoin sur cette problématique et ainsi susciter une nouvelle compétence en maïeutique qu'est la désinfibulation.

Pour finir, des campagnes de sensibilisations spécifiques, que ce soit pour les jeunes parents ou les adolescents, filles et garçons, peuvent être développées, comme cela a déjà été fait en 2017.

5 Conclusion

Les mutilations sexuelles féminines sont un fléau depuis des millénaires qui traumatise, blesse et tue. Le nombre de patientes excisées, ayant doublé en France depuis ces dix dernières années, impose une amélioration des politiques de santé et notamment de la prise en charge par les professionnels de santé sur le sujet. L'Ile-de-France est l'une des régions les plus touchées en France.

Bien souvent malheureusement, les agents de santé n'ont pas de connaissances suffisantes pour informer correctement les patientes. Certains n'arrivent même pas à reconnaître les femmes excisées et ne peuvent ainsi pas les prendre en charge de manière optimale. Pourtant, la lutte contre l'excision démarre notamment par la prévention. Bien que des associations existent pour aider ces femmes, les sages-femmes, actrices principales sur le plan obstétrical et parfois gynécologique, doivent être à-même de pouvoir les aider au mieux lors des échanges privés (consultations, salle de naissances, suites de couches...) qui confèrent la création d'une atmosphère de confiance entre professionnels de santé et patients.

Ce manque théorique et pratique est en partie lié à un défaut de formations. Que ce soit lors de la formation initiale ou lors de la formation continue, il est essentiel de les développer et de les promouvoir pour les sages-femmes ou tous les professionnels de santé qui en ont besoin, et pas seulement pour les hôpitaux ayant un fort taux de patientes excisées.

Hormis les hôpitaux dans lesquels une formation existe déjà, peu de sages-femmes se forment elles-mêmes lorsqu'elles travaillent dans un hôpital où la prévalence du nombre de femmes excisées est élevée. Bien que cela n'ait, d'après notre étude, pas d'impact imminent sur les connaissances et la prise en charge globale d'une patiente excisée comparé à un hôpital possédant un protocole et une formation, cela reste limitant quant à la prise en charge des patientes infibulées. En effet, les sages-femmes pratiquent moins de désinfibulations, ce qui est contraire aux

recommandations de l’OMS, qui incite à cette pratique pour des raisons notamment obstétricales (44). Or 80% des accouchements sont effectués par les sages-femmes. Elles ont donc un rôle essentiel à jouer dans l’amélioration de prise en charge de ces patientes, notamment possible par le développement de cette nouvelle compétence.

Bibliographie

1. OMS. Mutilations sexuelles féminines [en ligne]. 2018. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation> (consulté le 12 novembre 2018)
2. Organisation Mondiale de la Santé. *Éliminer les mutilations sexuelles féminines*. Déclaration interinstitutions HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2008.
3. UNICEF. Female genital mutilation/cutting: a statistical overview and exploration of the dynamics of change [en ligne]. 2013. Disponible sur : https://www.unicef.org/cbsc/files/UNICEF_FGM_report_July_2013_Hi_res.pdf (consulté le 12 novembre 2018)
4. Vaysse J. *Le rôle de la sage-femme dans la prévention des mutilations génitales féminines*. Revue Sage-Femme, oct 2006; 5(4):171- 81.
5. Gynécologie Sans Frontières. Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines [en ligne]. 2010. Disponible sur: <https://www.gynsf.org/MSF/praticienfaceauxmsf2010.pdf>
6. Hauthuille A-C. Les mutilations sexuelles féminines : Les pratiques professionnelles dans les maternités de Seine-Saint-Denis [en ligne]. 2007. Disponible sur: <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0487183.pdf>
7. Gynécologie Sans Frontières. Diaporama sur les Mutilations Sexuelles Féminines [en ligne]. 2007. Disponible sur: https://www.gynsf.org/MSF/presentation_MSF.pps (consulté le 12 février 2019)
8. Innocenti UO of R-. Changing a Harmful Social Convention: Female Genital Mutilation/Cutting [en ligne]. UNICEF-IRC. 2005. Disponible sur: <https://www.unicef-irc.org/publications/396-changing-a-harmful-social-convention-female-genital-mutilation-cutting.html> (consulté le 9 mars 2019)
9. AL'RASSACE S. Mutilations sexuelles féminines, les religions sont-elles impliquées? Amnesty international, commission « philosophie et religion »; 2005.
10. Allag F, Abboud P, Mansour G, Zanardi M, Quéreux C. *[Ritualistic female genital mutilation. The sentiment of the women]*. Gynecol Obstet Fertil. nov 2001; 29(11):824- 8.

11. Andro A, Lesclingand M. Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France. *Population & sociétés* n°438, oct 2007 :4.
12. Rongier S. MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES. *Perinat France* :17.
13. Fainzang S. *Circumcision, excision et rapports de domination*. *Anthropol Sociétés*. 1985; 9(1):117- 27.
14. Andro A. Comment orienter la prévention de l'excision chez les filles et jeunes filles d'origine Africaine vivant en France: Une étude des déterminants sociaux et familiaux du phénomène. Rapport final, enquête qualitative ExH. 2009.
15. Botti F. L'escissione femminile tra cultura ed etica in Africa. Thèse doctorale, Université de Bologne. 2007.
16. Carcopino X, Shojai R, Boubli L. *Les mutilations génitales féminines : généralités, complications et prise en charge obstétricale*. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2004; Vol 33, 5: 378-383.
17. Toubia N. *Female circumcision as a public health issue*. *N Engl J Med*, sept 1994; 331(11):712- 6.
18. Missailidis K, Gebre-Medhin M. *Female genital mutilation in eastern Ethiopia*. *Lancet Lond Engl*, 2000; 356(9224):137- 8.
19. Carillon S, Petit V. *La pratique des mutilations génitales féminines à Djibouti : une « affaire de femmes » entre les mains des hommes*. *Autrepart*, déc 2009; n° 52(4):13- 29.
20. Moschovis PP. *When cultures are wrong*. *JAMA.*, sept 2002; 288(9):1131- 2.
21. Almroth L, Elmusharaf S, El Hadi N, Obeid A, El Sheikh MAA, Elfadil SM, et al. *Primary infertility after genital mutilation in girlhood in Sudan: a case-control study*. *Lancet Lond Engl*, août 2005; 366(9483):385- 91.
22. Collinet P, Stien L, Vinatier D, Leroy JL. *Management of female genital mutilation in Djibouti: the Peltier General hospital experience*. *Acta Obstet Gynecol Scand*, nov 2002; 81(11):1074- 7.
23. Vloeberghs E, van der Kwaak A, Knipscheer J, van den Muijsenbergh M. *Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in The Netherlands*. *Ethn Health*, 2012; 17(6):677- 95.
24. GAMS. Après une excision, le plaisir sexuel reste possible [en ligne]. Disponible sur: <https://federationgams.org/2017/02/27/apres-une-excision-le-plaisir-sexuel-reste-possible/> (consulté le 12 mars 2019)
25. Sundby J. *Female genital mutilation*. *The Lancet*, déc 2003; 362:s26- 7.

26. Gudu W, Abdulahi M. *LABOR, DELIVERY AND POSTPARTUM COMPLICATIONS IN NULLIPAROUS WOMEN WITH FEMALE GENITAL MUTILATION ADMITTED TO KARAMARA HOSPITAL*. Ethiop Med J, janv 2017; 55(1):11- 7.
27. Millogo-Traore F, Kaba STA, Thieba B, Akotionganga M, Lankoande J. *Pronostic maternel et fœtal au cours de l'accouchement chez la femme excisée*. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2007, Vol 36, 4: 393-398.
28. Ndiaye P, Diongue M, Faye A, Ouedraogo D, Dia AT. *Mutilation génitale féminine et complications de l'accouchement dans la province de Gourma (Burkina Faso)*. Sante Publique (Bucur), déc 2010, Vol. 22(5):563- 70.
29. Sauvegrain P. *Les parturientes « africaines » en France et la césarienne : Analyses sociologiques d'un conflit de quatre décennies avec les équipes hospitalières*. Anthropol Sociétés, 2013; 37(3):119- 37.
30. Black JA, Debelle GD. Female genital mutilation in Britain. BMJ, juin 1995; 310(6994):1590- 2.
31. Rushwan H. *Female genital mutilation (FGM) management during pregnancy, childbirth and the postpartum period*. Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet, juill 2000; 70(1):99- 104.
32. Walder R. *Female genital mutilation in Britain. Why the problem continues in Britain*. BMJ, juin 1995; 310(6994):1593- 4.
33. Lesclingand M, Andro A, Lombart T. *Estimation du nombre de femmes adultes ayant subi une mutilation génitale féminine vivant en France*. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire, juill 2019.
34. Observatoire national des violences faites aux femmes. *Les mutilations sexuelles féminines : mesurer l'ampleur du phénomène dans le monde et en France, lutter pour l'abandon de la pratique, prendre en charge les femmes victimes*. Lettre N°11 [en ligne]. Fev 2017. Disponible sur: <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/No11-Les-mutilations-sexuelles.html>
35. Agence régional de santé. *L'ARS Île-de-France engagée dans la prise en charge des femmes victimes de violences* [en ligne]. 2019. Disponible sur: <http://www.iledefrance.ars.sante.fr/lars-ile-de-france-engagee-dans-la-prise-en-charge-des-femmes-victimes-de-violences>
36. OMS. *Prévalence des mutilations sexuelles féminines* [en ligne]. WHO. Disponible sur: <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/prevalence/fr/> (consulté le 16 mars 2019)

37. Kuczynski L, Razy É. *Anthropologie et migrations africaines en France : une généalogie des recherches*. Rev Eur Migr Int, dec 2009; 25(vol. 25-n°3):79- 100.
38. Legifrance. LOI n° 2018-703 du 3 août 2018 renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes. Code pénal - Article 222-9.
39. CHRU Lille. *Protégeons nos petites filles de l'excision*. Edition Sicom 06108, 2006 :8.
40. Légifrance. Violences contre les femmes, la loi vous protège [en ligne]. 2017. Disponible sur: <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/mutilations-sexuelles-feminines.html> (consulté le 27 mars 2019)
41. Legifrance. LOI n° 2018-703 du 3 août 2018 renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes. Code pénal - Article 223-6.
42. Foldes P. *Reconstructive plastic surgery of the clitoris after sexual mutilation*. Progres En Urol J Assoc Francaise, févr 2004; 14(1):47- 50.
43. Abramowicz S, Oden S, Dietrich G, Marpeau L, Resch B. *Évaluation des résultats anatomiques, fonctionnels et identitaires après transposition du clitoris chez 30 patientes*. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod, oct 2016; 45(8):963- 71.
44. OMS. *Lignes directives sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines*. Genève : service de production des documents de l'OMS, 2016.
45. Okusanya BO, Oduwole O, Nwachuku N, Meremikwu MM. *Deinfibulation for preventing or treating complications in women living with type III female genital mutilation: A systematic review and meta-analysis*. Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet, févr 2017; 136 Suppl 1:13- 20.
46. Esu E, Udo A, Okusanya BO, Agamse D, Meremikwu MM. *Antepartum or intrapartum deinfibulation for childbirth in women with type III female genital mutilation: A systematic review and meta-analysis*. Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet, févr 2017; 136 Suppl 1:21- 9.
47. Collectif des Associations et Syndicats de Sages-Femmes. *Référentiel Métier et compétences des sages-femmes*, 2010.
48. Abramowicz S. *Mutilations sexuelles féminines et désinfibulation en salle de naissance*. Power point de formation, 2017.
49. A.Ponzio, JB.Guillou, B.Renevier, S.Abramowicz. *Etude comparative entre patientes excisées et patiente non excisées à l'hôpital de Montreuil*. 2016.
50. S.Bouanan, S.Abramowicz. *Etude sur le nombre de patientes excisées accouchant à l'hôpital Delafontaine*. 2014.

51. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Données démographiques de la profession [en ligne]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/donnees-demographiques-de-la-profession/> (consulté le 25 juin 2019)
52. Sénat. Mutilations sexuelles féminines : une menace toujours présente, une mobilisation à renforcer [en ligne]. Mai 2018. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r17-479/r17-4794.html>
53. CNCDH. Avis sur les mutilations sexuelles féminines [en ligne]. Nov 2013;14. Disponible sur : https://www.cncdh.fr/sites/default/files/13.11.28_avis_sur_les_mutilations_sexuelles_feminines_0.pdf
54. Parpaite-Clain M. La formation des sages-femmes face aux mutilations sexuelles féminines. Évaluation des pratiques professionnelles et propositions d'amélioration des prises en charge. Gynécologie et obstétrique. Paris, Université Paris Descartes, avr 2014;82.
55. Piet DE. LES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES : LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DANS LES MATERNITÉS DE SEINE-SAINT-DENIS. Médecine générale. Créteil, Université Paris Val-De-Marne. 2007 :76.
56. INSEE. Une population immigrée aujourd'hui plus répartie sur le territoire régional [en ligne]. Insee Analyses Ile-de-France, 2017. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3136640>
57. Poisson C. Femmes excisées : pronostic obstétrical, maternel et néonatal. Gynécologie et obstétrique. Angers, Université d'Angers, 2013:88.
58. INSERM, DRESS. Enquête nationale périnatale 2016. Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010 [en ligne]. Ministère des Solidarités et de la Santé, 2017. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/rapports/article/enquete-nationale-perinatale-2016-les-naissances-et-les-etablissements> (consulté le 24 août 2019)
59. Legifrance. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Code de la santé publique - Article 86.

Annexes

Annexe I : Protocole de désinfibulation au CHI André Grégoire



Quand ?

- Juste avant l'accouchement de préférence
- Sinon lors du travail après la péridurale
- Ou quelques semaines avant l'accouchement si repéré en consultation : à programmer au bloc

Pourquoi ?

- Méat urinaire non vu
- Impression de vagin trop petit pour passage

Comment ?

- Toujours sous APD
- Sondage urinaire à demeure ou sonde aller-retour mais laisser en place
- Repérage avec le doigt en passant à l'arrière de la pseudo infibulation
- Mise en place de ciseau droit à l'arrière de l'infibulation
- Traction sur les ciseaux
- Couper droit sur les ciseaux jusqu'à la cicatrice clitoridienne
- Suture par deux hémi surjet latéraux au 3,0 rapide (il y en a au bloc)



Perpétuation

- Patientes excisées nées en France. Le retour au pays représente certainement un facteur de risque très important de mutilation.
- Actions de dépistage et de prévention (GAMS)
- Attention aux filles.

Annexe II : Questionnaire de mémoire

QUESTIONNAIRE SUR LA GESTION ET LES CONNAISSANCES DE L'EXCISION EN SALLE DE NAISSANCES

Je suis étudiante sage-femme à l'école de sage-femme de Foch, à Suresnes. Je réalise, dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, une étude sur le thème de la gestion de l'excision par les sages-femmes en Salle de Naissances des femmes excisées, sous la direction du Dr ABRAMOWICZ (gynécologue-obstétricien spécialisée dans la réparation des femmes victimes de mutilations sexuelles féminines à l'Hôpital André Grégoire, Montreuil).

L'objectif de ce projet est d'analyser la pratique et les connaissances des sages-femmes, selon leurs lieux d'exercice, ainsi que leur prise en charge des femmes excisées et infibulées en Salle de Naissances.

Pour cela, 4 hôpitaux seront interrogés : CHI Angré Grégoire, CH Delafontaine, l'hôpital Foch et l'hôpital Saint Joseph.

Ce questionnaire est strictement anonyme et s'adresse à toutes les sages-femmes de ces 4 hôpitaux travaillant en SDN. Il est composé de QROC (Questions à Réponses Courtes), de QCM (Questions à Choix Multiples) ou de QCU (Questions à Choix Unique). Il dure moins de 15 minutes. Je vous remercie d'avance pour le temps que vous prendrez à répondre à ce questionnaire.

Si vous souhaitez être informé lors de sa publication, n'hésitez pas à me solliciter par mail : dia.lacombe@gmail.com

Vocabulaire : GO = Gynécologue-Obstétricien / SF = Sage-Femme / GHR = Grossesse à Haut Risque / EF = Explorations Fonctionnelles / PEC = Prise En Charge

Encore un grand merci à vous ! Diane LACOMBE

1ere partie : Présentation du professionnel

1. Date : / / 2018
2. Hôpital :
 - CHI André Grégoire
 - CH Delafontaine
 - Foch
 - Saint Joseph
3. Age : ans
4. Sexe : Féminin Masculin

5. Année (et mois) d'obtention du diplôme :

6. Nombre de mois ou d'année d'exercice dans l'hôpital actuel :

.....

Avez-vous déjà eu une :

7. Formation durant vos études concernant l'excision ?

- Oui
- Non

8. Si oui, qu'avez-vous vu/appris ? :

.....

.....

9. Formation après le diplôme, hors hôpital ?

- Oui
- Non

10. Si oui, le(s)quels ? :

.....

.....

11. Formation à l'hôpital ?

- Oui
- Non

12. Si oui, le(s)quels, où et par qui ? :

.....

2^e partie : Généralité sur l'excision

13. Qu'est-ce que l'excision ? (QCU)

- Une ablation de la totalité des organes génitaux externes
- Une ablation de la totalité des organes génitaux interne
- Une ablation partielle ou totale des organes génitaux internes
- Une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes
- Une ablation partielle ou totale des organes génitaux internes et/ou externes
- Je ne sais pas

14. Combien de type d'excision l'OMS classe-t'il ? (QCU)

- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- Je ne sais pas

15. Qu'est-ce que le type I ? (QCU)

- Ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce
- Ablation du clitoris et ablation partielle ou totale des petites lèvres
- Appelé aussi pseudo-infibulation
- Appelé aussi infibulation
- Forme de mutilations sexuelles non classables dans les autres types
- Je ne sais pas

16. Qu'est-ce que le type III ? (QCU)

- Ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce
- Ablation du clitoris et ablation partielle ou totale des petites lèvres
- Appelé aussi pseudo-infibulation
- Appelé aussi infibulation
- Forme de mutilations sexuelles non classables dans les autres types
- Je ne sais pas

17. Dans quelles parties du monde l'excision est-elle pratiquée ? (Plusieurs réponses)

- L'Afrique de l'Ouest
- L'Afrique de l'Est
- L'Amérique du Sud

- L'Indonésie
- Le Moyen-Orient
- Je ne sais pas

18. Selon vous, combien y a-t-il de femmes excisées dans le monde ? (QCU)

200.000

- 2 millions
- 20 millions
- 200 millions
- 2 milliards
- Je ne sais pas

Selon vous, combien y a-t-il de femmes excisées en France ? (QCU) 600

- 6.000
- 60.000
- 600.000
- 6 millions
- Je ne sais pas

19. Quels sont les types les plus fréquents en France ? (QCU)

- Type I et II
- Type II et III
- Type III et IV
- Type IV et V
- Type I et III
- Je ne sais pas

20. En France, les patientes excisées sont majoritairement originaires de... :

(QCU)

- D'Afrique de l'Ouest
- D'Afrique de l'Est
- D'Afrique du Sud
- D'Afrique du Nord
- Des DOM-TOM
- Je ne sais pas

21. L'excision peut avoir pour conséquences : (Plusieurs réponses possibles)

- Un accouchement difficile

- Augmentation du risque de réanimation néonatale
- Le décès
- Des séquelles au-delà de 10 ans après l'excision
- Des complications grave telles que l'insuffisance rénale chronique, l'hypertension gravidique ou encore l'HRP
- Je ne sais pas

22. Qu'est-ce que la pseudo-infibulation ? (QCU)

- Fermeture artificielle quasi complète de l'orifice vulvaire
- Se situe entre le type III et IV
- Formation d'adhérences vulvaire naturelles lors de la cicatrisation
- Se forme après un type II
- Se forme après un type I
- Je ne sais pas

23. De quel type s'agit-il ? (QCU)

- Type I
- Type II
- Type III
- Type IV
- Type V
- Je ne sais pas



3^e partie : La pratique professionnelle

24. Avez-vous déjà vu des patientes excisées ?

- Oui
- Non

25. Savez-vous reconnaitre les femmes excisées ?

- Oui, toujours

- Oui, souvent
- Non, pas souvent
- Non, jamais

26. Si oui, savez-vous alors déterminer le type d'excision ?

- Oui, toujours
- Oui, souvent
- Non, pas souvent
- Non, jamais

27. Lorsque vous n'y arrivez pas, faites-vous appel à un autre professionnel de santé pour l'identifier ?

- Oui, plutôt au GO
- Oui, plutôt à une collègue SF
- Oui, à l'un des 2
- Non, jamais
- Autre :

28. Avez-vous déjà pris en charge une patiente excisée en SDN ?

- Oui
- Non

29. En comparaison avec une patiente non excisée, votre prise en charge était-elle différente ?

- Oui
- Non

30. Si oui, sur quel(s) point(s) ?

.....

.....

31. Prenez-vous en charge des patientes infibulées en SDN ?

- Oui, souvent
- Oui, rarement
- Non, jamais

32. Dans la plupart des cas, la patiente est-elle désinfibulée ? (*Une ou plusieurs réponses possibles*)

- Oui, par moi-même (SF) (*que ça soit AVB ou césarienne*)
- Oui, par le GO (*que ça soit AVB ou césarienne*)
- Non, la patiente accouche par VB sans épisiotomie systématique
- Non, la patiente accouche par VB avec épisiotomie facile
- Non, la patiente est césarisée d'emblée
- Je ne sais pas

Si c'est saviez/savez réaliser la désinfibulation :

33. Si cela n'a pas été fait lors de la grossesse, demanderiez-vous le consentement de la patiente avant désinfibulation ?

- Oui, toujours (*même en cas d'urgence*)
- Oui, lorsque le temps le permet (*hors cas d'urgence*)
- Non, je la préviens après coup (*comme pour une épisiotomie*)

34. La feriez-vous toujours sous anesthésie ?

- Oui, mais seulement anesthésie générale ou péridurale
- Oui, anesthésie générale, péridurale ou locale
- Non, cela peut arriver sans anesthésie (*comme l'épisiotomie*)

35. Si elle ne l'a pas été lors de sa grossesse, généralement, quand préféreriez-vous la faire ?

- Dès la pose de la péridurale
- Juste avant les efforts expulsifs
- Lorsque la présentation fœtale est partie basse
- Autre :

En ce qui concerne la PEC d'une patiente **infibulée** en SDN:

36. Pensez-vous que la PEC de la désinfibulation ressemble étroitement à la PEC d'une épisiotomie ?

- Oui
- Non

37. Pourquoi ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Il n'y a pas plus de complications
- Il y a plus de risque de toucher des nerfs
- Il y a un plus grand risque d'hémorragie
- La suture est beaucoup plus complexe
- Autre :

38. Pensez-vous qu'elle puisse être réalisée par une SF seule ?

- Oui
- Non, c'est une prise en charge multidisciplinaire
- Non, elle doit être prise en charge par un GO

39. Pensez-vous qu'une formation (supplémentaire) pour les SF est nécessaire sur une telle PEC ?

- Oui
- Non

40. Pourquoi ?

.....
.....

41. Si oui, quand devrait-elle être faite ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Pendant les études (cours spécifique)
- Par un DU (Diplôme Universitaire)
- En congrès (étudiant ou diplômé)
- En formation complémentaire dans les hôpitaux à fort risque
- En formation complémentaire dans tous les hôpitaux (nationale)
- Autre :

42. En ce qui vous concerne, vous sentez vous capable de réaliser cette PEC seule ?

- Oui
- Non

43. Pourquoi ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Je le fais déjà
- J'attends d'abord de m'entraîner avec un GO
- J'aurai besoin de toujours être accompagné(e) par un GO
 - Je préfère laisser le GO s'en occuper
 - Je n'ai pas eu de formation
 - Autre :

| |
|---|
| <h2>4^e partie : Vos besoins</h2> |
|---|

44. Selon vous, quel taux de femmes excisées possède votre hôpital ?

- Faible
- Moyenne
- Forte

45. Pensez-vous avoir besoin ou voudriez-vous avoir une formation sur le sujet ?

- Oui
- Non

46. Si oui, pourquoi et de quel type ? Si non, pourquoi ?

.....
.....

47. Saviez-vous que dans certains hôpitaux, il existe des protocoles et des formations pour les SF, sur la prise en charge de femmes excisées de manière générale ?

- Oui
- Non

48. Si oui, qu'avez-vous entendu sur le sujet ? et pour quel(s) hôpital(aux) ?

.....

.....

49. Saviez-vous que dans certains hôpitaux, il existe des protocoles, voir même des formations pour les SF, sur la **désinfibulation** ?

- Oui
- Non

50. Si oui, qu'avez-vous entendu sur le sujet ? Et pour quel(s) hôpital(aux) ?

.....
.....

51. Si vous avez eu une formation pendant vos études, pensez-vous que cela suffit pour savoir reconnaître et prendre en charge les femmes excisées ?

- Oui
- Non

52. Pourquoi ?

.....
.....

53. Si vous avez eu une formation hors études et hôpital, pensez-vous que cela suffit pour savoir reconnaître et prendre en charge les femmes excisées ?

- Oui
- Non

54. Pourquoi ?

.....
.....

55. Si vous avez eu une formation à l'hôpital, pensez-vous que cela suffit pour savoir reconnaître et prendre en charge les femmes excisées ?

- Oui
- Non

56. Pourquoi ?

.....
.....

57. Des rappels sur cette formation seraient-ils nécessaires dans le cadre de la formation continue ?

- Oui
- Non

58. Pensez-vous que votre hôpital devrait mettre en place/revoir son **protocole** et/ou ses **formations** sur l'excision/la désinfibulation ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

59. Si oui, pourquoi, sur quel(s) sujet(s) et de quelle manière ? Si non, pourquoi ?

.....
.....

60. Si vous ne le faites pas déjà, aimeriez-vous pouvoir pratiquer la désinfibulation en tant que sage-femme ?

- Oui
- Non

61. Pourquoi ?

.....
.....

62. Autres remarques :

.....