



HAL
open science

Aborder les mutilations sexuelles féminines avec les patientes : état des lieux auprès des sages-femmes d'Île-de-France : élaboration d'une plaquette illustrative à destination des patientes

Justine Courtois

► To cite this version:

Justine Courtois. Aborder les mutilations sexuelles féminines avec les patientes : état des lieux auprès des sages-femmes d'Île-de-France : élaboration d'une plaquette illustrative à destination des patientes. Gynécologie et obstétrique. 2022. dumas-04026582

HAL Id: dumas-04026582

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04026582>

Submitted on 13 Mar 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES
UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de Maïeutique

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

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

JUSTINE COURTOIS

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

**Aborder les Mutilations Sexuelles Féminines
avec les patientes :
Etat des lieux auprès
des sages-femmes d'Ile-De-France
Elaboration d'une plaquette illustrée à destination
des patientes**

Soutenu le : 31 mai 2022

Directeur de mémoire :

Anne-Laure HABELSKI, sage-femme libérale & enseignante, UVSQ

JURY

Madame J. FORT, sage-femme, Attachée de recherche clinique, Hôpital
Femme Mère Enfant, Hospice de Lyon

Madame M. BOURDILLON, sage-femme enseignante, UVSQ

Madame A. LECOUTURIER, sage-femme, libérale & CH Versailles

Numéro national d'étudiant : 2510080453U

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

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire.

Tout d'abord, Madame Anne-Laure HABELSKI, ma directrice de mémoire, pour sa confiance, sa bienveillance et sa disponibilité depuis deux ans.

L'ensemble de l'équipe pédagogique du Département maïeutique pour son accompagnement et son enseignement pendant ces quatre dernières années. Je remercie particulièrement Madame Anne ROUSSEAU, ma référente pédagogique pour son attention, ses conseils et son écoute.

Les sages-femmes rencontrées et croisées au cours de ma formation, qui m'ont véritablement aidée, soutenue et conseillée du début à la fin, Guénola JOURDREN et Aurélie CHEVALLIER.

Karen LAPORTE, dessinatrice hors pair pour son aide inestimable et ses talents.

Enfin, j'adresse une mention toute particulière à mes proches et notamment à cette équipe de sept, pour les multiples moments de bonheur, de partage, et de complicité.

Table des matières

AVERTISSEMENT	II
REMERCIEMENTS	III
TABLE DES MATIERES	IV
LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES FIGURES	VIII
LISTE DES ANNEXES	IX
LEXIQUE	X
TITRE ET RESUME	XI
TITLE AND ABSTRACT	XIII
INTRODUCTION	1
1. CONTEXTE ET CONCEPTS	2
1.1. Les Mutilations Sexuelles Féminines	2
1.1.1. Définition & Epidémiologie	2
1.1.2. La lutte contre les MSF	3
1.1.3. Une problématique taboue et méconnue du monde médical	7
1.2. Sages-femmes & Mutilations Sexuelles Féminines	8
1.2.1. Des difficultés dans l'abord des MSF	8
1.2.2. Des documents ressources pour les professionnels	9
1.2.3. Des documents à destination des victimes ?	10
2. MATERIEL ET METHODES	13
2.1. Objectifs & hypothèses	13
2.1.1. Problématique	13
2.1.2. Objectif général	13
2.1.3. Objectifs secondaires	13
2.1.4. Hypothèses	14
2.2. Méthodologie de l'étude	14

2.2.1.	Type d'étude	14
2.2.2.	Sites de l'étude	15
2.2.3.	Population interrogée	15
2.2.4.	Modalités de recueil	16
2.2.5.	Période d'étude	16
2.2.6.	Variables recueillies	16
2.2.7.	Stratégie d'analyse statistique	17
2.2.8.	Considérations éthiques et règlementaires	18
3.	RESULTATS	19
3.1.	Description générale de la population d'étude	19
3.1.1.	Détail des effectifs et diagramme de flux	19
3.1.2.	Caractéristiques socio-démographiques et professionnelles de la population étudiée	19
3.2.	Principaux résultats	21
3.2.1.	Hypothèse 1	21
3.2.2.	Hypothèse 2	22
3.2.3.	Hypothèse 3	24
3.2.4.	Hypothèse 4	26
3.3.	Autres analyses	28
3.3.1.	Vérification d'un postulat émis	28
3.3.2.	Comparaison des résultats en fonction de la présence ou de l'absence d'antenne de prise en charge des MSF	28
4.	DISCUSSION	29
4.1.	Résumé des principaux résultats	29
4.1.1.	Hypothèse 1	29
4.1.2.	Hypothèse 2	29
4.1.3.	Hypothèse 3	30
4.1.4.	Hypothèse 4	30
4.2.	Discussion des résultats et comparaison à la littérature	31

4.2.1.	Etat des lieux auprès des sages-femmes d’Ile-De-France sur leurs difficultés pour aborder les MSF avec les patientes	31
4.2.2.	La pratique des sages-femmes en difficulté face aux MSF et la parution des RBP de la HAS	32
4.2.3.	La disponibilité des documents ressources dans les services hospitaliers	33
4.2.4.	Des documents adaptés à leur population cible	34
4.3.	Forces et limites de l’étude	35
4.3.1.	Le sujet d’étude	35
4.3.2.	Le choix de méthodologie d’étude	36
4.4.	Implications et perspectives	37
	CONCLUSION	39
	BIBLIOGRAPHIE	40
	ANNEXES	46

Liste des tableaux

Tableau 1: Répartition de la population par tranche d'années d'exercice en fonction du lieu d'exercice.....	20
Tableau 2: Difficulté dans l'abord des MSF par les sages-femmes en fonction de la connaissance des RBP de la HAS parues en 2020....	22
Tableau 3: Connaissance et lecture des RBP et des outils associés par les sages-femmes	58
Tableau 4: Comparaison des résultats de l'étude en fonction de la présence ou l'absence d'antenne dédiée aux MSF	59

Liste des figures

Figure 1 : Diagramme de flux des questionnaires inclus dans l'étude	19
Figure 2: Connaissance par les sages-femmes des RBP sur la prise en charge des MSF parues en 2020.....	21
Figure 3: Les RBP apportent-elles des solutions face aux difficultés dans l'abord des MSF ?	23
Figure 4: Utilisation et utilité des supports informatifs sur les MSF mis à disposition dans les services hospitaliers	25
Figure 5: Les éléments permettant de surmonter les freins à la discussion autour des MSF	26
Figure 6: Contenu de la plaquette idéale	27

Liste des annexes

Annexe I : Plaquette d'information « Agir face aux mutilations sexuelles féminines »	47
Annexe II : Questionnaire de mémoire.....	49
Annexe III : Plaquette illustrée à destination des patientes victimes de MSF	56
Annexe IV : Résultats supplémentaires de l'hypothèse 2	58
Annexe V : Analyses secondaires.....	59
Annexe VI : Plaquette de la Maison Des Femmes – Centre hospitalier de Saint-Denis	61

Lexique

MSF : Mutilation Sexuelle Féminine ou *Female Genital Mutilation (FGM)*

HAS : Haute Autorité de Santé

RBP : Recommandations de Bonnes Pratiques ou *Best Practice Guidelines (BPG)*

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la population.

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

ANR : Agence Nationale de Recherche

DGS : Direction Générale de la Santé

INED : Institut national d'études démographiques

ACSE : Agence nationale pour la Cohésion Sociale et l'Egalité des chances

IEC : Information, Education et Communication.

GAMS : Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles.

GSF : Gynécologie Sans Frontière.

HAS : Haute Autorité de Santé.

CNCDH : Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme.

ExH : Excision et Handicap.

ONG : Organisation Non Gouvernementale.

PEC : Prise En Charge.

Titre et résumé

Aborder les Mutilations Sexuelles féminines avec les patientes : Etat des lieux auprès des sages-femmes d'Ile-De-France & élaboration d'une plaquette illustrative à destination des patientes

Introduction : En février 2020, la Haute Autorité de Santé (HAS), publie les 1ères Recommandations de Bonnes Pratiques (RBP) sur la prise en charge des Mutilations Sexuelles Féminines (MSF) par les professionnels de santé. De nombreux outils élaborés par diverses institutions, accompagnent ces recommandations. Néanmoins, les MSF constituent une problématique taboue et méconnue. Les sages-femmes éprouvent de réelles difficultés pour aborder sereinement les MSF avec les patientes victimes.

Objectifs : Evaluer l'intégration, le bénéfice et l'impact dans la pratique des sages-femmes d'Ile-de-France des RBP de la HAS sur la prise en charge des MSF. Etudier l'utilisation et la disponibilité des supports informatifs existants comme moyen permettant aux sages-femmes d'aborder sereinement les MSF avec les patientes victimes. Elaborer une plaquette illustrée à destination des patientes victimes de MSF.

Matériel et méthodes : Étude observationnelle, descriptive et quantitative, conduite dans 12 maternités d'Ile-de-France de type 2b ou de type 3. Nous avons interrogé les sages-femmes hospitalières exerçant dans les différents services de gynécologie et obstétrique par auto-questionnaires anonymes disponibles en ligne. L'étude s'est déroulée sur une période de 7 mois, le questionnaire étant disponible du 06.04.2021 au 06.11.2021.

Résultats : La population d'étude était composée de 134 sages-femmes. 71% ignoraient que des RBP sur la prise en charge des MSF étaient parues en 2020. Après lecture, ces recommandations étaient jugées relativement complètes et suffisantes dans leur contenu. 93,3% des sages-femmes

estimaient que ces RBP apportaient des réponses aux freins rencontrés. 81% des répondants affirmaient que ces textes pouvaient modifier leur pratique. Concernant les documents informatifs, seulement 33,3% des sages-femmes ont affirmé qu'elles en disposaient dans les services hospitaliers. Quand ils étaient disponibles, ces documents étaient utilisés dans 60% des cas par les sages-femmes et jugés utiles et nécessaires pour 87,5% d'entre-elles. Parmi les éléments permettant de surmonter les freins rencontrés dans l'abord des MSF avec les victimes, les documents informatifs telles que les plaquettes et brochures prédominaient avec 25,6% des réponses aux côtés des schémas ou autres documents illustrés. Pour l'élaboration du contenu de notre plaquette, les sages-femmes ont mis en premières places les catégories « Numéros de professionnels et services de prise en charge » et « schémas de vulves mutilées et de vulves non mutilées ».

Conclusion : Les résultats de cet état des lieux sont encourageants pour la suite de la lutte contre les MSF en France et dans le monde. Les RBP de la HAS sur la prise en charge des MSF sont évocatrices d'améliorations futures des pratiques et d'une levée des tabous autour de ces violences. Elles semblent apporter un réel soutien aux sages-femmes, sur le plan technique et sur les enjeux que représente la prévention autour des MSF. Néanmoins, plus d'un an après leur publication, ces recommandations semblent encore relativement inconnues des professionnels. Ce mémoire a permis de mettre en place une plaquette illustrée à destination des patientes, fondée sur les différentes réponses des sages-femmes à notre questionnaire d'étude.

Mots-clés : Mutilation Sexuelle Féminine – Recommandations – Aborder - Documents informatifs — Plaquette illustrée

Title and Abstract

Broach the subject of female genital mutilation with patients: Assessment of the situation among midwives in the region Ile-de-France and development of an illustrative information brochure for patients

Introduction: In February 2020, the French National Authority for Health published the 1st guidelines for the management of Female Genital Mutilation (FGM) by primary healthcare professionals. Many tools developed by various institutions accompany these Best Practice Guidelines (BPG). Nevertheless, FGM is a taboo and little-known issue. Midwives are encountering difficulties in speaking about FGM with victims.

Objective: To assess guidelines integration, enforcement and impact in Ile-de-France midwives' practice on the care of MSF. Study the use and availability of existing information documents as a means for midwives to serenely broach the subject of FGM with victims. Develop an illustrative brochure for patients.

Methods: An observational, descriptive and quantitative study, carried out in 12 level 2b and level 3 maternities in Ile-de-France. We interviewed hospital midwives working in the gynaecology and obstetrics departments using anonymous Internet questionnaires. The study took place over a period of 7 months, from 06.04.2021 to 06.11.2021.

Results : A total of 134 midwives were included. 71% didn't know that BPG from the French National Authority for Health were published in 2020. After reading, these guidelines were considered quite complete and sufficient in their content. 93.3% of midwives felt that these BPG provided solutions to the encountered difficulties. 81% of respondents said that these texts could lead to a change in their practice. Regarding existing information

documents, only 33.3% of midwives reported having them available for use. When available, these documents were used in 60% of cases by midwives and deemed useful and necessary by 87.5% of respondents. Among features overcoming encountered difficulties in the dialogue about FGM with victims, informative documents such as brochures were dominant with 25.6% of responses alongside diagrams or other illustrated documents. Regarding the development of the content of our brochure, midwives put in first places the categories "Professional numbers and care services" and "patterns of mutilated vulvas and un-mutilated vulvas".

Conclusion: Results of this assessment are encouraging for the continuing fight against FGM in France and around the world. Guidelines for the management of female genital mutilation illustrate future improvements in practices and a removal of taboos surrounding this violence. Nevertheless, more than a year after their publication, these guidelines seem unknown to professionals. This survey allowed the creation of an illustrated brochure for patients, based on the responses of midwives to our study questionnaire.

Keywords : Female Genital Mutilation – Best Practice Guideline – To broach - Informative documents — Illustrated brochure

Introduction

Les Mutilations Sexuelles Féminines (MSF) concernent toutes les interventions qui aboutissent à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et/ou toutes autres lésions des organes génitaux féminins pratiquées à des fins non thérapeutiques.

En juin 2019, la France a lancé un plan d'action nationale pour éradiquer les MSF. Dans ce contexte, en février 2020, la Haute Autorité de Santé (HAS), publie les 1^{ères} recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge des MSF par les professionnels de santé. Parallèlement, au-delà des lignes directrices et recommandations, de nombreux outils ont été élaborés par différentes associations et organisations. Ces documents et supports informatifs sont avant tout destinés aux professionnels de santé et sont finalement peu adaptés aux patientes.

Malgré cet investissement, la lutte internationale fait face à un frein intemporel majeur. Les MSF constituent une problématique taboue et méconnue des professionnels de santé. Ces derniers, et notamment les sages-femmes, éprouvent, selon diverses études, de réelles difficultés pour aborder sereinement les MSF avec les patientes victimes.

Plus d'un an après la parution des recommandations de la HAS, il nous a paru intéressant de faire un état des lieux de ces difficultés auprès des sages-femmes d'Ile-De-France. Notre mémoire a pour vocation d'évaluer ces recommandations comme solution pour remédier aux difficultés évoquées. L'objectif est donc d'étudier la place que leur attribuent les sages-femmes dans leur pratique. Cette étude s'intéresse également à la disponibilité et l'intégration des divers supports informatifs existants, dans les services hospitaliers. Enfin, pour palier à l'absence de documents destinés à la patientèle, l'étude permettra de mettre en place une plaquette illustrée et adaptée aux patientes victimes. Après l'introduction de notre thématique, nous décrivons la méthode de notre étude puis les résultats obtenus pour enfin les analyser.

1. Contexte et concepts

1.1. Les Mutilations Sexuelles Féminines

1.1.1. Définition & Epidémiologie

Les Mutilations Sexuelles Féminines (MSF) représentent un problème de santé publique de niveau mondial. Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), elles incluent toutes interventions qui aboutissent à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et/ou toutes autres lésions des organes génitaux féminins pratiquées à des fins non thérapeutiques (1).

Chaque minute, 6 filles à travers le monde subissent ces MSF. On estime alors, aujourd'hui, à 200 millions le nombre de femmes et de filles mutilées sexuellement dans le monde (2). Ces pratiques, bien que culturellement et historiquement plus répandues sur le continent africain, s'observent communément dans d'autres régions du monde, notamment dans les pays européens d'immigration. Une tendance alarmante se précise depuis quelques années. Ces violences semblent faire l'objet d'une médicalisation croissante, perpétuée dans 1 cas sur 4 par un professionnel de santé (2). Ces faits alarmants, au-delà de bafouer l'éthique médicale et la loi dictée par le code de déontologie, contribue directement au maintien de ces pratiques, à leur légitimation et à leur institutionnalisation. En France, en 2019, on estimait à plus de 120 000 le nombre de femmes concernées par ces mutilations, réalisées médicalement ou non (3,4).

Bien que ces traditions soient pénalement condamnées en France et dans 24 des 30 pays d'Afrique et du Moyen-Orient où elles sont principalement pratiquées, chaque année, 3 millions de femmes sont exposées au danger de ces mutilations (1). Le Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA) ainsi que le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) ont unanimement déclaré que la pandémie de COVID-19 pourrait conduire à l'émergence de 2 millions de cas supplémentaires d'ici 2030, cette augmentation étant directement corrélée à la fermeture des écoles, aux confinements, à la perturbation des services de santé voués à la protection des filles et plus généralement à l'interruption des programmes de prévention (4, 5).

On sait que ces MSF sont préjudiciables à bien des égards à la santé psychique et corporelle des filles et des femmes. D'une part, elles sont douloureuses et

traumatisantes. D'autre part, l'ablation de tissus génitaux sains entrave le fonctionnement naturel de l'organisme, induisant de néfastes séquelles aux conséquences immédiates ou à long terme, sur la santé physique, sexuelle ou psychique (1). L'ampleur de ces effets varie selon le type et la gravité des lésions. Ces dernières ont fait l'objet d'une catégorisation par l'OMS (1). Les MSF constituent ainsi une réelle atteinte aux droits fondamentaux humains.

La reconnaissance des conséquences lourdes et délétères sur la santé obstétricale et gynécologique a permis de généraliser les politiques de lutte contre ces mutilations.

1.1.2. La lutte contre les MSF

La lutte contre les MSF n'est pas récente. Elle progresse activement depuis quelques années, son origine remontant à plus de 20 ans. En 1997, l'OMS, l'UNFPA ainsi que l'UNICEF ont publié une Déclaration commune sur les MSF décrivant les conséquences néfastes de ces pratiques d'un point de vue de santé publique et de droits de l'Homme, ces institutions exhortant à l'abandon de ces coutumes. C'est par ailleurs au sein de cet écrit que le terme « Mutilation Sexuelle Féminine » a été définitivement adopté pour caractériser ces actes (6).

Depuis, de gros efforts ont été entrepris pour lutter contre les MSF, notamment par le truchement de la recherche, la collaboration intercommunautaire et l'introduction de changements comportementaux incités par les politiques publiques. Des progrès concrets ont pu être observés tant localement qu'au niveau international. En 2008 soit 10 ans après la parution de la Déclaration commune originelle sur les MSF, est rédigée une nouvelle Déclaration Inter-institutions signée par un nombre plus conséquent d'institutions des Nations Unies, ceci afin de contribuer à un élargissement de la mobilisation en faveur de l'abandon de ces violences faites aux femmes (1). Cette nouvelle Déclaration a apporté des éléments de preuve supplémentaires relayant l'enseignement accumulé au cours des nombreuses années d'enquête. Cette étude a mis en lumière la reconnaissance directe du lien entre ces MSF avec les droits de l'homme et la dimension juridique du problème. Un an plus tard, en 2009, un projet de

recherche qualitative socio-anthropologique « Exh : excision et handicap », soutenu par l'Agence Nationale de Recherche (ANR), la Direction Générale de la Santé (DGS), l'Institut national d'études démographiques (INED) et l'Agence nationale pour la Cohésion Sociale et l'Égalité des chances (ACSE), a été mené dans l'intention d'établir un état des lieux de la situation des MSF en France (7). En 2012, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté une résolution consistant à accroître les actions visant à éliminer les MSF dans le monde (8). Un an plus tard, en 2013, l'UNICEF a publié un rapport sur la prévalence des MSF dans les 30 pays principalement concernés par cette pratique, analysant les croyances, les attitudes, les évolutions sociétales, les réponses programmatiques et politiques. Ce rapport souligne le maintien de ces pratiques malgré la lutte pour leur abolition constatant néanmoins un net recul de sa prévalence dans un certain nombre de ces pays. L'UNICEF a également exposé dans son rapport le fait qu'un nombre croissant de femmes et des filles s'opposaient ouvertement aux MSF de même qu'un nombre important d'hommes et de garçons (9).

Depuis 1997, des progrès constants et manifestes ont été accomplis, mais il reste encore beaucoup à faire. En 2017, une revue systématique incluant cinq études menées au sein de pays africains a démontré que les interventions et campagnes d'information et d'éducation entreprises sur le thème des MSF semblaient produire des effets positifs sur les filles et les femmes victimes de ces violences. Ces campagnes auraient généré ainsi, une saine et progressive libération de la parole insufflant d'une part, la réduction de la propension des femmes à recommander les MSF pour leurs filles et d'autre part, la baisse du nombre de nouveaux cas de MSF recensés chez les filles âgées de 5 à 10 ans (10). Selon l'UNICEF, aujourd'hui, le risque pour ces-dernières d'être victimes de mutilations génitales féminines a baissé d'un tiers par rapport au même risque 30 ans auparavant. De plus, au cours des deux dernières décennies, la proportion de filles et de femmes s'opposant à cette pratique a doublé dans les pays enregistrant une prévalence élevée (11). Cependant, ces acquis restent fragiles, largement menacés par la pandémie de COVID-19, risquant d'entraîner une augmentation drastique du nombre de femmes et filles menacées chaque année (2,4,5).

L'année 2018 a été marquée par la publication des premières Lignes Directrices instaurées par l'OMS, celles-ci fondées sur des bases factuelles pour la prise en

charge des Mutilations Sexuelles Féminines et de leurs complications. L'OMS y déclare, à la suite des résultats de la revue de 2017 mentionnée précédemment (10), que des interventions d'IEC (Information, Education et Communication) concernant les MSF et la santé des femmes, devraient systématiquement être fournies aux filles et femmes vivant avec une MSF (12). Les interventions d'information, d'éducation et de communication sont une approche de santé publique visant à modifier ou renforcer les comportements sanitaires d'un public cible, pour un problème spécifique et dans une période de durée prédéterminée, au moyen de méthodes et principes de communication (13).

Depuis la parution de ces lignes directrices officielles, la lutte mondiale contre les MSF s'est intensifiée, notamment en France. En effet, dans ce pays, la problématique de l'excision s'est accrue avec l'augmentation et la féminisation de l'immigration originaire des pays d'Afrique subsaharienne (1). La France a été pionnière en Europe dans la lutte contre les MSF pénalisant la pratique des MSF et accompagnant les victimes, notamment en remboursant les frais chirurgicaux liés aux actes de réparation (4). Le gouvernement français a lancé à ce titre, en juin 2019, le plan national d'action pour éradiquer les Mutilations Sexuelles Féminines (14).

C'est dans ce cadre que de nombreuses associations telles que la Fédération nationale GAMS (Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles), Gynécologie Sans Frontière (GSF) ou encore l'association « Excision, parlons-en ! », ont développé des outils pour les professionnels. Ces-derniers ont été mis en place dans le but de sensibiliser et informer le personnel médical afin d'améliorer la prise en charge, l'orientation des victimes, et assurer une prévention adéquate dans l'intention d'éradiquer les MSF.

Pas plus tard qu'en février 2020, la Haute Autorité de Santé (HAS) a mis en ligne, pour la première fois en France, les recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge des MSF par les professionnels de santé en charge du bien-être et de la santé des enfants, des adolescentes et des femmes (15). Des outils pratiques accompagnent ces recommandations afin de guider au mieux ces professionnels (16). De même, le 8 février 2021, à l'occasion de la Journée Internationale de tolérance zéro à l'égard des MSF instituée le 6 février, le ministère chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes, de la Diversité et de l'Égalité des chances a tenu une

conférence dans le but d'établir un état des lieux quant à la lutte contre les MSF. A cette occasion, des acteurs nationaux telles que la Fédération GAMS et l'association « Excision, parlons-en » se sont exprimés sur les nouveaux outils mis en place pour approfondir cette lutte. On pourra alors mentionner des sites internet toujours plus riches, des forums et espaces dédiés aux adolescents pour sensibiliser les jeunes générations, des brochures, manuels et diaporamas, des infographies et vidéos pédagogiques, des expositions ou des reportages. Enfin, une plateforme de formation dédiée aux professionnels sur la thématique des MSF (4) a été mise en place.

Ces associations, l'OMS, la HAS ainsi que de nombreuses institutions complémentaires sont unanimes sur l'action à mener : la lutte contre les Mutilations Sexuelles Féminines passe par l'information et l'éducation des populations (15). « Informer, sensibiliser, mobiliser, diffuser de l'information sont des moyens concrets de prévention face à la survenue de nouvelles MSF ». (11) Il faut « aborder sereinement le sujet avec les patientes », « Libérer la parole », il faut « repérer, accompagner, traiter et orienter » (12,15,18,19). Pour cela, « il est recommandé de prendre le temps de dialoguer avec [elles] », puis, « il convient de demander aux patientes si elles savent qu'elles ont subi des Mutilations Sexuelles » (20) pour enfin « recueillir [leurs] souhaits et [leurs] besoins afin de [leur] proposer, si elles le souhaitent, une prise en charge pluridisciplinaire » et « adaptée » (15, 20), « et prévenir la survenue de cette pratique chez sa-ses fille(s) » (12,20). Parmi ces outils, certains décrivent notamment la manière pédagogique pour aborder de façon optimale et adéquate la question des MSF avec les patientes (17,21,22). Elizabeth Moreno, ministre chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes, de la Diversité et de l'Égalité des chances, évoquait lors de la conférence du 8 février 2021 :

« Ce sujet dont on parle trop peu, sujet tabou, entouré de honte. Il faut œuvrer avec détermination pour éradiquer [les Mutilations Sexuelles Féminines] (...). Nous n'avons pas le droit de détourner le regard de ces violences. (...) Car je suis convaincue que c'est en mettant la lumière sur ce tabou trop longtemps resté dans l'ombre que nous pourrons en venir à bout » (4).

On constate donc qu'au cours de ces dernières années, un réel travail pour la lutte contre les MSF a été réalisé à l'échelle mondiale mais également à l'échelle

européenne et notamment au niveau national. Au-delà des lignes directrices et recommandations officielles, de nombreux outils ont été élaborés pour accompagner les professionnels médicaux et paramédicaux concernés afin d'espérer voir un jour ces pratiques éradiquées (16,17,18,19,20,21,22).

1.1.3. Une problématique taboue et méconnue du monde médical

Les professionnels de santé, et particulièrement les sages-femmes, occupent un rôle central et privilégié pour venir en aide aux femmes victimes de mutilations, notamment dans le cadre de la prévention, le dépistage, l'accompagnement et les soins. Cependant, comme mentionné précédemment dans la retranscription du discours d'Elizabeth Moreno (4), ce sujet reste un sujet tabou et inexploré, et ce depuis maintenant quelques années. En effet, en 2013, les MSF étaient déjà considérées par la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH) comme étant « méconnues des professionnels ». Ce constat recommandait de « renforcer la formation initiale/continue dans les secteurs médicaux » (23). L'enquête « Excision et Handicap » (ExH) mentionnée précédemment, menée en Janvier 2009 avait pour but d'établir un état des lieux de la situation des MSF en France. Cette étude était basée sur l'analyse de 27 entretiens menés auprès de femmes mutilées et hommes originaires d'ethnies coutumières de ces pratiques. Au sein de cette étude, les femmes ont souligné le silence des médecins et des gynécologues face à ces mutilations, ces derniers n'abordant généralement pas le sujet et se cloisonnant dans le déni de ces réalités (7). L'origine de cette attitude s'expliquerait par le manque de formation ou de connaissance sur le sujet, par la peur de stigmatiser ou de porter un jugement culturel et également par les difficultés de communication relatives aux barrières linguistiques. Pourtant, une étude descriptive menée en 2008, dans le cadre de la réalisation d'une thèse de médecine générale, a montré que la majorité des femmes s'exprimaient facilement au sujet des MSF lorsque celui-ci était abordé. De même, à la fin des entretiens réalisés, 84 femmes sur les 100 interrogées donnaient un avis positif sur le fait d'avoir pu s'exprimer sur leur excision. L'étude a aussi démontré une méconnaissance flagrante des femmes sur les pratiques traumatiques qu'elles avaient

vécu, sur les raisons ayant justifié ces mutilations et également sur les possibilités de réparation chirurgicale (24).

1.2. Sages-femmes & Mutilations Sexuelles Féminines

1.2.1. Des difficultés dans l'abord des MSF

« Dans l'exercice de l'ensemble de leur activité professionnelle, les sages-femmes tiennent un rôle primordial de proximité dans la prévention et l'information auprès des femmes. » (25). Elles peuvent établir des liens privilégiés avec les patientes lors du suivi gynécologique de prévention, lors du suivi de grossesse et enfin, pendant le per et post-partum. Les sages-femmes ont, ainsi, une position centrale dans l'accompagnement des patientes victimes de MSF.

Cependant, ces praticiennes continuent d'éprouver de réelles difficultés pour établir un dialogue serein autour des MSF avec leurs patientes. Par le terme « serein », notamment mentionné par la HAS, nous entendons l'absence de doute ou appréhension impactant une discussion et dans notre cas, la communication entre une sage-femme et sa patiente (33). Depuis maintenant quelques années, la littérature regorge d'études mettant en avant les difficultés rencontrées sur ce sujet. En 2014, dans le cadre de la réalisation d'un mémoire de fin d'études de maïeutique, une étude a exprimé l'absence de communication sur le sujet avec les patientes par près d'une sage-femme sur deux. Les freins à cet échange ayant été évoqués relevaient essentiellement de « la barrière linguistique » pour notamment 84% des sages-femmes sur les 186 interrogées, « le manque de connaissances sur le sujet », « le fossé culturel », « la crainte d'aborder un sujet traumatique et tabou » et enfin la « crainte d'être trop intrusive ». L'étude a rapporté également que 56% des sages-femmes de l'enquête n'informaient pas les patientes qu'elles avaient été mutilées quand celles-ci semblaient l'ignorer. Les freins mis en évidence pour expliquer cette situation s'apparentaient assez similairement aux causes évoquées précédemment. On retrouvait « la crainte de ne pas avoir les connaissances nécessaires pour répondre aux questions » et « le sujet tabou » (26). En 2015, une étude quantitative de mémoire de fin d'étude menée auprès d'un groupe de 200 sages-femmes, a démontré à son tour ces difficultés, déclarant qu'une sage-femme sur deux ignorait

comment orienter la patiente vers des professionnels spécialisés, et par conséquent, ne le faisait pas (27). De même, en 2017, également dans le cadre d'un mémoire de fin de cycle, une étude a révélé que seulement 39,5% des sages-femmes abordaient systématiquement le sujet des MSF avec les patientes victimes. Pour 48,9%, « cela dépendait des fois » et enfin, 11,6% d'entre-elles n'abordaient jamais ce sujet avec les patientes (28).

Ainsi, ces différentes études ont conduit aux deux postulats suivants :

- Une grande partie des sages-femmes éprouve de réelles difficultés pour aborder les MSF.
- Cette situation étant directement induite des divers freins identifiés.

Alors que la politique de lutte contre les MSF est en plein essor, les difficultés rencontrées par les sages-femmes pour aborder sereinement le sujet des MSF constituent un véritable obstacle, freinant considérablement le plan national d'éradication voué à la disparition de ces pratiques.

1.2.2. Des documents ressources pour les professionnels

Dans le contexte de lutte contre les MSF, les associations spécialisées et le ministère de la Santé se sont mobilisés pour accompagner au mieux les professionnels de santé, notamment les sages-femmes. Comme évoqué précédemment, au-delà des recommandations officielles, de nombreux outils, supports iconographiques et informatifs matérialisés et/ou dématérialisés ont été élaborés pour parfaire l'action des professionnels œuvrant en première ligne dans la lutte menée contre ces mutilations (4).

Ces documents et ressources à destination des professionnels de santé sont un moyen de surmonter efficacement les difficultés rencontrées par les professionnels de santé pour aborder les Mutilations Sexuelles Féminines. En effet, on peut mentionner de nouveau certaines études exprimant le rôle fondamental de ces supports jugés utiles pour aborder sereinement les MSF. L'étude de 2015 mentionnée précédemment évoquait comme pistes de réflexion, la pertinence et l'intérêt des documents d'accompagnement tels que des brochures informatives ou guides

associatifs, créés par le ministère de la Santé et les associations spécialisées ajoutant qu'il serait judicieux de les laisser en libre accès dans les services hospitaliers (27). De la même façon, en 2017, une étude a montré que, parmi les 118 sages-femmes interrogées, une majorité estimait nécessaire d'avoir davantage d'informations sur le sujet, de bénéficier de formations et d'avoir accès à des plaquettes informatives (29). Dans une autre étude, menée la même année par entretiens téléphoniques auprès de pédiatres, sages-femmes et cadres de service, on trouvait différentes propositions de solutions « nécessaires et judicieuses » comme le fait d'« établir un protocole hospitalier d'aide sur la prévention des Mutilations Sexuelles », procédure accompagnée de « brochures informatives ». Cette enquête a exprimé que la majorité des différents professionnels interrogés soulignait le manque de ressources informatives à proposer aux patientes. L'auteur de cette étude a, de ce fait, proposé trois ébauches de brochures ; deux destinées aux professionnels et également une à destination des victimes (30). En 2015, une étude ayant pour objectif de trouver des pistes d'amélioration quant à la prévention des MSF en milieu médical, stipulait que la « remise d'une plaquette avec adresse et numéro de téléphone serait un bon moyen d'information » et donc de prévention efficace. Dans le but de démystifier et banaliser le sujet, l'étude proposait par ailleurs, à titre d'exemple « l'installation d'affiches en salles d'attente » (31).

Grâce à ces divers travaux, on peut supposer que ces ressources informatives et outils mentionnés en amont, ne faisant pas partie intégrante de la pratique des sages-femmes, sont une piste pertinente pour les aider à surmonter les freins à la discussion et aborder sereinement les MSF avec les patientes victimes. Par ailleurs, il est intéressant de noter que la grande majorité de ces supports, qu'ils soient utilisés, disponibles, connus ou non, est à destination presque exclusive des professionnels de santé (16,17,18,19,20,21,22,30).

1.2.3. Des documents à destination des victimes ?

On ne recense que très peu de documents à usage « tout public » ou à destination spécifique des victimes. On constate également l'absence marquée des supports imagés, iconographiques, qui pourraient améliorer foncièrement le dialogue

parfois uniquement verbal des sages-femmes. En effet, plusieurs études ont exposé le fait qu'entre une sage-femme et une patiente victime de MSF, « la communication restait essentiellement verbale et peu de place était accordée aux outils iconographiques » (32). Ces investigations ont mis en lumière le fait que « l'analphabétisme est un frein non négligeable à une prévention efficace » et qu'il convenait donc d'utiliser « divers supports imagés » (31). Ces supports imagés, appropriés aux connaissances et aux différents niveaux d'éducation des populations ciblées, font actuellement cruellement défaut au sein des documents et outils disponibles. Ils seraient pourtant très pratiques et bien utiles, s'intégrant alors dans une démarche de prévention et d'éducation pour la santé des patientes, qui, avec l'orientation et l'accompagnement des femmes, sont les principaux rôles que les sages-femmes s'emploient à remplir dans la lutte contre cette pratique. Ces documents pédagogiques permettraient de contourner le frein majeur que constitue la barrière linguistique (26), principal frein à l'établissement d'un dialogue efficace rendant la prise en charge et la prévention des MSF peu optimales. Il est primordial pour les patientes de comprendre leur anatomie, les mutilations subies ainsi que les possibilités de réparation chirurgicale. Cette nécessité passe par l'acquisition de supports illustrés, schématisés et simples d'accès. La HAS le dit : « Il incombe aux soignants de fournir des informations fiables et claires, en utilisant un langage et des méthodes faciles à comprendre pour les patientes » (33). A titre d'exemple, on peut mentionner la plaquette « Agir face aux mutilations sexuelles féminines » (Annexe I) ou la plaquette « Protégeons nos petites-filles de l'excision ». On remarquera, comme décrit ci-dessus, l'absence totale d'illustration au profit exclusif de textes en français (19, 34). Et quand bien même, qu'il existe quelques brochures comportant des représentations iconographiques à destination des patientes, celles-ci sont « violentes, stigmatisantes et déshumanisantes » comme l'affirme Saida Barkat Daoud, sociologue, spécialiste de la chirurgie des mutilations sexuelles en France et en Afrique, fondatrice de l'ONG Baadon (35). Baadon est un laboratoire numérique mis en ligne en mars 2021 dont les objectifs sont nombreux : informer sur la santé et la sexualité des femmes excisées à l'aide de vidéos et animations 3D, mais également orienter les patientes à l'aide d'une base de données évolutive et interactive recensant

l'intégralité des centres médicaux spécialisés dans les soins et accompagnement des femmes excisées en Europe et en Afrique (36).

« On met encore trop souvent en scène l'agression subie par les nourrissons et les petites filles pour expliquer l'altération du sexe aux personnes concernées. Le corps des enfants est représenté lacéré, en fragment, coupé en deux. Le sang, et les instruments de torture sont exposés. Les femmes concernées sont réduites à des sexes cousus de fils ensanglantés, des orchidées ou des roses striées. Elles sont réduites à la violence qu'elles ont subie. »

Saida Barkat Daoud (35)

La lutte contre les MSF s'avère en France présenter une situation paradoxale : D'une part, on observe une lutte nationale de plus en plus accentuée pour éradiquer cette pratique. D'autre part, les professionnels de santé telles que les sages-femmes se trouvent encore en difficulté pour aborder sereinement cette problématique avec les patientes victimes de ces mutilations. Dans une tentative de remédier à ces difficultés, de nombreuses études ont évoqué la nécessité de mettre en place des documents ressources et outils informatifs. Ces documents, bien qu'essentiellement destinés aux professionnels, existent, de même que les lignes directrices de l'OMS (12,16,17,18,19,20,21,22). Pourtant, paradoxalement, les difficultés dans l'abord des MSF avec les patientes victimes persistent.

Néanmoins, en 2020 sont parues les premières recommandations de bonnes pratiques de la HAS sur la prise en charge des MSF par les professionnels de santé en charge du bien-être et de la santé des enfants, des adolescentes et des femmes (15). Il serait alors intéressant d'évaluer l'intégration et le bénéfice de ces textes officiels dans la pratique des sages-femmes.

Aussi, mettre en place une plaquette illustrée à destination des patientes pourrait aider les sages-femmes à établir une communication bienveillante et appropriée autour du sujet des MSF. Il s'agirait de créer une plaquette pédagogique accompagnant le professionnel dans son discours et facilitant la compréhension de la patiente, lui permettant ainsi d'être orientée de façon optimale dans une prise en charge adéquate.

2. Matériel et méthodes

2.1. Objectifs & hypothèses

2.1.1. Problématique

Dans le prolongement de ces diverses observations et la récente publication des RBP de la HAS, il était pertinent d'étudier la connaissance, l'utilisation et l'apport de ces recommandations de 2020 dans la pratique des sages-femmes.

Ainsi, ce mémoire s'est articulé autour de la question suivante :

« Comment les nouvelles Recommandations de Bonnes Pratiques sur la prise en charge des Mutilations Sexuelles Féminines s'inscrivent-elles dans l'exercice des sages-femmes d'Ile-de-France ? »

2.1.2. Objectif général

L'objectif général de ce travail était d'évaluer l'intégration, le bénéfice et l'impact dans l'exercice des sages-femmes d'Ile-de-France des Recommandations de Bonnes Pratiques de la HAS sur la prise en charge des MSF parues en 2020.

2.1.3. Objectifs secondaires

Les objectifs de second plan de notre étude étaient les suivants :

- Faire un état des lieux concernant le postulat énoncé : les sages-femmes éprouvent des difficultés à aborder les MSF avec les patientes victimes.
- Etudier la disponibilité et l'utilisation des supports informatifs existants comme moyen permettant aux sages-femmes d'aborder sereinement les MSF avec les patientes victimes.
- Réaliser, avec la participation des sages-femmes, une plaquette illustrée à destination des patientes victimes de MSF.

2.1.4. Hypothèses

Plusieurs hypothèses découlaient alors de ces objectifs :

- **Hypothèse 1** : Une majorité des sages-femmes d'Ile-de-France ignore que des Recommandations de Bonnes Pratiques de la HAS sur la prise en charge des MSF sont parues en 2020.
- **Hypothèse 2** : Les recommandations peuvent permettre aux sages-femmes d'aborder sereinement les MSF avec les patientes.
- **Hypothèse 3** : Les supports informatifs telles que des plaquettes ou brochures sont peu disponibles dans les services hospitaliers.
- **Hypothèse 4** : Un support iconographique à destination des patientes est une solution aux difficultés rencontrées par les sages-femmes : Elaboration participative d'une plaquette illustrée à destination des patientes

2.2. Méthodologie de l'étude

2.2.1. Type d'étude

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons employé une méthode d'étude observationnelle, descriptive, quantitative et multicentrique.

La méthode quantitative consiste à collecter un nombre important d'observations pour évaluer un événement ou un comportement afin d'en tirer un constat objectif et chiffré permettant une certaine généralisation. Cette méthode nous permet donc de décrire de la façon la plus représentative l'intégration et l'utilisation des recommandations de la HAS mais également des supports informatifs existants par les sages-femmes d'Ile-De-France. De même, cette méthode permet la mise en place d'une plaquette illustrée pertinente et utile aux sages-femmes d'Ile-De-France puisque fondée sur leur participation active.

2.2.2. Sites de l'étude

Pour réaliser notre étude, nous avons sélectionné douze maternités ; D'une part, six maternités de type 2b ou de type 3, possédant une antenne dédiée aux Mutilations Sexuelles Féminines et d'autre part, six autres maternités d'Ile-de-France ne possédant pas de telle structure. Nous entendons par « antenne » un service, des professionnels ou une unité de soin, liés à l'hôpital dans lequel est localisée la maternité, et dédiées à la prise en charge des femmes victimes de MSF. Notre sélection s'est opérée à partir des listes et annuaires des unités de soins aux femmes excisées mis à disposition par le GAMS (37) ainsi que par l'ONG Baadon, récemment créée (38).

Les maternités avec antenne sélectionnées sont les suivantes :

- Maternité du CHU Louis Mourier à Colombes – APHP (Type III) (37, 38)
- Maternité du CHI André Grégoire à Montreuil (Type III) (37, 38)
- Maternité de l'Hôpital Armand Trousseau – APHP (Type III) (37, 38)
- Maternité de l'Hôpital Bichat Claude-Bernard – APHP (Type IIb) (37, 38)
- Maternité de l'hôpital Kremlin-Bicêtre – APHP (Type III) (37, 38)
- Maternité de l'Hôpital Delafontaine – CH de Saint-Denis (Type III) (37, 38)

Les maternités sans antenne sélectionnées sont les suivantes :

- Maternité de l'hôpital André Mignot au Chesnay (Type IIb)
- Maternité du CH Victor Dupouy à Argenteuil (Type III)
- Maternité de l'Hôpital Cochin-Port Royal – APHP (Type III)
- Maternité de l'Hôpital Antoine Béclère à Clamart – APHP (Type III)
- Maternité de l'Hôpital Universitaire Robert Debré – APHP (Type III)
- Maternité du CHI Poissy Saint-Germain à Poissy (Type III)

2.2.3. Population interrogée

Au sein de ces établissements hospitaliers, nous avons décidé de n'inclure que des sages-femmes afin de pouvoir faire un état des lieux le plus fidèlement possible sur le postulat énoncé au travers des études mentionnées dans notre introduction.

Les critères de sélection de la population interrogée reposent donc sur l'exercice hospitalier des sages-femmes dans l'une des maternités sélectionnées.

2.2.4. Modalités de recueil

Pour répondre à la problématique, la méthodologie employée a été celle de l'auto-questionnaire anonyme. Ces-derniers ont été diffusés en ligne via la plateforme LimeSurvey®. Le questionnaire (Annexe II) comportait 22 questions dont 12 questions fermées, 3 questions ouvertes, 5 questions à choix multiples (QCM), et enfin, 2 questions à échelles de valeurs. L'anonymat de cet outil permettait aux sages-femmes une libre expression de leur expérience et de leur opinion.

Le questionnaire a préalablement été testé auprès de l'équipe pédagogique de l'Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, auprès de sages-femmes hospitalières et enfin par plusieurs étudiants en maïeutique ou de filière non médicale.

Le lien du questionnaire a ensuite été officiellement diffusé par courriers électroniques aux cadres des services de consultations d'obstétrique et de gynécologie, de salle de naissance et de suite de couche puis, par la suite, aux sages-femmes des différents services des maternités sélectionnées.

Dans un second temps, un QR Code lié au questionnaire a été créé et imprimé au format papier pour être ensuite affiché ultérieurement au sein des différents services des maternités concernées par notre étude.

2.2.5. Période d'étude

L'étude s'est déroulée pendant 7 mois consécutifs, le questionnaire en ligne étant disponible du 06.04.2021 au 06.11.2021. Deux relances ont été réalisées en juin 2021 ainsi qu'en août 2021.

2.2.6. Variables recueillies

Le questionnaire (Annexe II) comportait 22 questions réparties en 5 groupes. La première partie récoltait des renseignements généraux sur l'activité professionnelle de la sage-femme. Il s'agissait de recenser les informations concernant l'ancienneté de

la sage-femme, l'établissement d'exercice et l'éventuelle expérience d'une prise en charge passée d'une MSF.

La seconde partie du questionnaire permettait de vérifier ou d'infirmer les postulats de notre étude : les sages-femmes éprouvent des difficultés pour aborder les MSF avec les patientes victimes.

Dans cette partie, il était demandé aux sages-femmes les éléments suivants :

- Une évaluation du degré de difficulté dans l'abord des MSF avec les patientes
- La mise en évidence des freins à la discussion et à l'inverse, les éléments facilitant cette communication

La troisième partie du questionnaire s'intéressait aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS parues en 2020. Les sages-femmes étaient alors interrogées sur leurs connaissances de ces RBP, leur utilisation et leur opinion. Il s'agissait ici d'étudier l'intégration ainsi que les apports et bénéfices des recommandations dans la pratique des sages-femmes et dans leur façon d'aborder les MSF avec les patientes victimes.

Dans une quatrième partie, nous avons interrogé les sages-femmes sur les supports informatifs existants. Nous leur avons demandé de renseigner la présence ou l'absence de tels documents dans les services hospitaliers. Il s'agissait alors d'étudier la disponibilité, l'utilisation et l'impact de ces documents dans la pratique courante des sages-femmes.

Enfin, la cinquième partie de ce questionnaire interrogeait les sages-femmes sur les critères et le contenu de la plaquette idéale à destination des patientes. Leurs réponses et remarques nous ont permis de la réaliser (Annexe II).

2.2.7. Stratégie d'analyse statistique

Les données recueillies ont été recensées, triées et traitées depuis le logiciel Lime Survey. Le data-management des données a été réalisé à l'aide du logiciel Microsoft Excel®. Les données qualitatives et les réponses aux questions ouvertes ont été triées et classées avant d'être analysées puis décrites sous forme d'effectifs et de

pourcentages. Les données quantitatives ont été décrites par la moyenne, la médiane et l'écart-interquartile. Lorsqu'il a été nécessaire de comparer des groupes, nous avons eu recours au test de Fisher, avec un « p » significatif inférieur à 5%, à l'aide du logiciel R.

2.2.8. Considérations éthiques et règlementaires

Pour réaliser cette étude, les sages-femmes avaient le choix de répondre ou non au questionnaire. Le format de questionnaire en ligne permettait de conserver l'anonymat de chaque participante. Par ailleurs, aucune donnée sensible n'était demandée. Le questionnaire en ligne était précédé d'une introduction dans laquelle un rappel sur l'anonymat des données était fait. Une explication était également donnée quant à l'utilisation de ces données. Elles ont été recueillies et analysées uniquement dans le cadre d'un mémoire d'étudiante sage-femme en vue du diplôme d'état. Une fois l'analyse terminée, les données ont été définitivement détruites (suppression des questionnaires complétés, du fichier Excel...).

La population et les méthodes d'analyse exposées, nous pouvons à présent nous intéresser aux résultats obtenus.

3. Résultats

3.1. Description générale de la population d'étude

3.1.1. Détail des effectifs et diagramme de flux

Au total, 165 questionnaires ont été récoltés. Parmi ces questionnaires, seuls 134 ont pu être exploités soit 81,2% des questionnaires réceptionnés. En effet, 31 questionnaires ont été exclus de l'étude car insuffisamment complétés pour être analysés. Parmi les 134 questionnaires retenus, 53 étaient partiellement complets mais tout de même exploitables pour analyse.

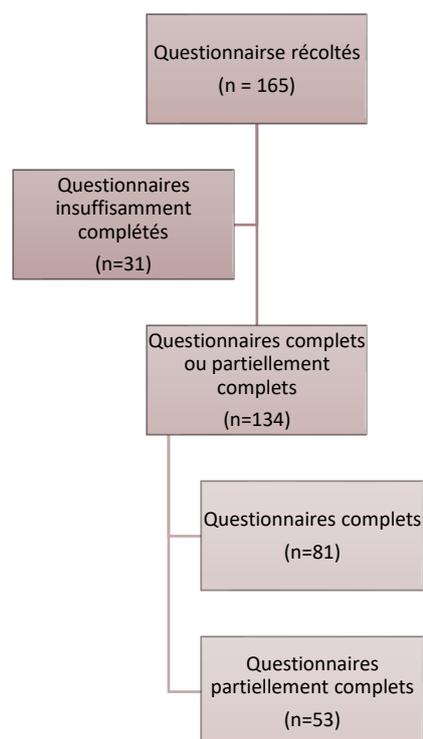


Figure 1 : Diagramme de flux des questionnaires inclus dans l'étude

3.1.2. Caractéristiques socio-démographiques et professionnelles de la population étudiée

La population interrogée était constituée de 134 sages-femmes hospitalières. La figure ci-dessous (Tableau 1) rassemble les caractères démographiques et professionnels de notre population.

Nombre d'années d'exercice		< 1 an	[1-5[[5-10[[10-20]	>20 ans	TOT. n (%)	
Maternités dépourvues d'antenne dédiée aux MSF	Poissy St-Germain	1	1	4	7	1	14 (10,4%)	87 (65%)
	Robert Debré	2	3	4	1	0	10 (7,5%)	
	Antoine Béclère Clamart	1	3	1	2	1	8 (6,0%)	
	Cochin Port-Royal	2	8	1	5	5	21 (15,7%)	
	Victor Dupouy Argenteuil	1	4	6	0	5	16 (11,9%)	
	André Mignot Le Chesnay	3	7	1	6	1	18 (13,4%)	
Maternités possédant une antenne dédiée aux MSF	Delafontaine St Denis	0	6	1	2	2	11 (8,2%)	47 (35%)
	André Grégoire Montreuil	0	2	0	1	0	3 (2,2%)	
	Armand Trousseau	0	1	0	2	1	4 (3,0%)	
	Bichat Claude Bernard	0	3	1	1	0	5 (3,7%)	
	Kremlin Bicêtre	0	6	5	5	2	18 (13,4%)	
	Louis Mourier Colombes	0	1	2	2	1	6 (4,5%)	
TOT. n (%)		10 (7,4%)	45 (33,6%)	20 (14,9%)	40 (29,9%)	19 (14,2%)	134 (100%)	

Tableau 1: Répartition de la population par tranche d'années d'exercice en fonction du lieu d'exercice

En moyenne, les sages-femmes interrogées exerçaient leur profession depuis 11 années, la médiane de cette donnée étant de 8 ans. La durée d'activité maximale était de 37 ans et la durée minimale de moins d'un an. On remarque à travers ces résultats que les sages-femmes appartenant à une maternité dépourvue d'antenne étaient plus nombreuses à répondre que celles exerçant dans une maternité dotée d'une antenne.

3.2. Principaux résultats

3.2.1. Hypothèse 1

Pour rappel, notre première hypothèse était la suivante : Une majorité des sages-femmes d'Ile-de-France ignore que des recommandations de bonnes pratiques (RBP) de la HAS sur la prise en charge des MSF sont parues en 2020.

Les données permettant de répondre à cette hypothèse sont rassemblées dans la figure 2.

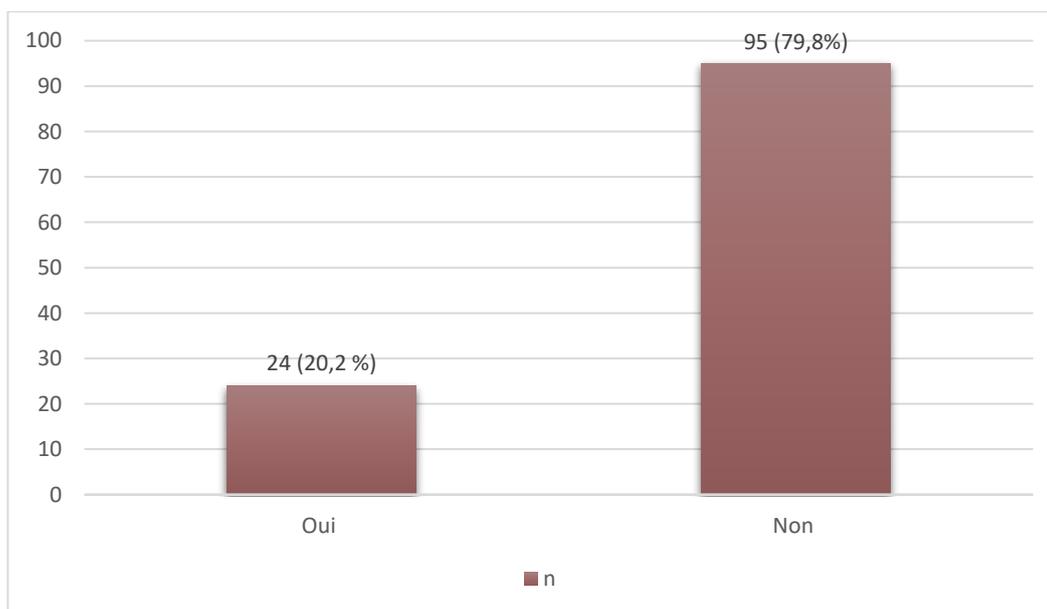


Figure 2: Connaissance par les sages-femmes des RBP sur la prise en charge des MSF parues en 2020

Sur les 134 sages-femmes interrogées, nous avons obtenu 119 réponses à cette question. On remarque qu'une majorité de sages-femmes ayant répondu ignoraient que des RBP de la HAS sur la prise en charge des MSF étaient parues en 2020. Par ailleurs, nous avons cherché à étayer nos résultats en discernant les sages-femmes ayant lu ou non les RBP et celles connaissant ou non les outils mis en place par la HAS, associés à ces recommandations. Les résultats de ces recherches sont exposés dans le tableau 3 disponible en annexe (Annexe IV).

3.2.2. Hypothèse 2

Notre seconde hypothèse était la suivante : Les recommandations peuvent permettre aux sages-femmes d'aborder sereinement les MSF avec les patientes.

Il a semblé intéressant, avant d'évaluer le potentiel de ces recommandations, d'étudier, au titre de cette hypothèse 2, le degré de difficulté éprouvée par les sages-femmes en regard de leur connaissance ou non des RBP de 2020. Les résultats de notre analyse statistique sont présentés dans le tableau suivant (Tableau 2).

	Connaissent les RBP	Ne connaissent pas les RBP	P value
Degré de difficulté dans l'abord des MSF			
Aucune difficulté	4	6	0.26
Très peu de difficulté	16	58	
Beaucoup de difficultés	4	25	
Impossible d'aborder le sujet	0	4	
TOTAL	24	95	

Tableau 2: Difficulté dans l'abord des MSF par les sages-femmes en fonction de la connaissance des RBP de la HAS parues en 2020

On observe à travers ces résultats qu'aucune différence significative statistiquement n'est retrouvée quant au degré de difficulté éprouvée par les sages-femmes en fonction de leur connaissance ou non des RBP de 2020. Autrement dit, le fait de connaître ou non les RBP n'influe pas sur le degré de difficulté propre à l'abord des MSF avec les patientes par les sages-femmes.

Par la suite, il était alors pertinent d'étudier le potentiel de ces RBP sur les difficultés actuelles éprouvées par les sages-femmes. Pour aborder sereinement les MSF et ce, grâce aux recommandations, nous sommes partis du principe que celles-ci se devaient d'être « suffisantes » et « complètes » dans leur contenu, « utiles » par les solutions apportées face aux freins à la discussion et « efficaces » par les changements opérés dans l'exercice des sages-femmes. Aussi, pour valider ou

invalider notre hypothèse nous avons demandé aux sages-femmes d'évaluer les différents paramètres énoncés, et ce, après lecture de ces RBP.

Tout d'abord, concernant le contenu des recommandations, les répondants devaient attribuer deux scores compris entre 1 et 5 portants chacun sur les critères « complet » et « suffisant » ; 1 étant la note la plus faible et 5, la note la plus élevée. La moyenne du score attribué au caractère « complet » des RBP était de 3,8 et la médiane de 4 avec un écart-type de 0,82. Concernant le caractère « suffisant », la moyenne du score était de 3,4 et la médiane de 4 également avec un écart-type d'une valeur de 0,93.

De la même façon, les sages-femmes devaient évaluer l'utilité des recommandations en matière de solutions données face aux difficultés rencontrées dans l'abord des MSF. Pour cette question nous avons obtenu 89 réponses. Les résultats sont exposés dans la figure 3.

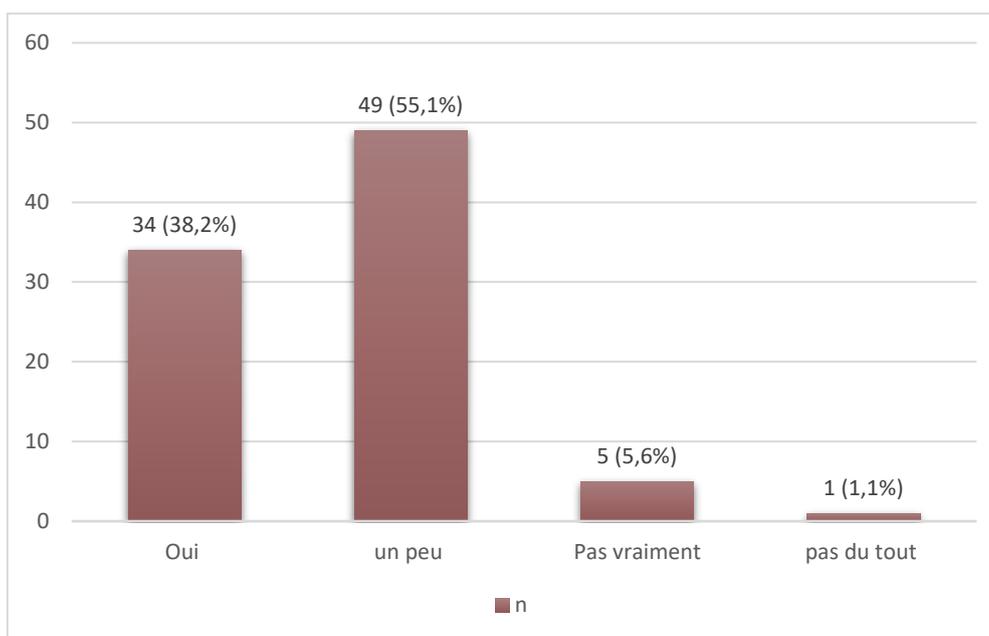


Figure 3: Les RBP apportent-elles des solutions face aux difficultés dans l'abord des MSF ?

L'analyse des résultats obtenus permet d'apprécier qu'une large majorité des réponses, soit 93,3% des répondants, considéraient les RBP de la HAS comme étant une éventuelle solution aux freins rencontrés (Réponses « Oui » et « Un peu ») dans l'abord des MSF avec les patientes victimes. Seules 6 des répondantes estimaient que

les RBP ne pouvaient pas ou peu permettre de passer outre les freins rencontrés. Lorsqu'elles justifiaient leur réponse, les sages-femmes jugeaient les RBP insuffisantes en tant que telles pour être parfaitement à l'aise dans l'abord des MSF. On pourra mentionner une des réponses rédigées obtenues :

« On n'apprend pas à parler aux patientes dans les bouquins ».

Enfin, pour illustrer l'efficacité des RBP, nous avons cherché à savoir si celles-ci pouvaient changer la pratique des sages-femmes concernant leur façon d'aborder les MSF et de dialoguer à ce sujet avec les patientes victimes. Aussi, nous avons demandé aux sages-femmes si, après lecture de ces RBP, elles se sentaient plus sereines pour aborder les MSF avec les patientes. Il s'agissait ici d'une question ouverte. Sur les 64 réponses obtenues, on observe une majorité soit 81% (n=52) de réponses positives. Celles-ci soulignent le confort d'un soutien ou support technique apporté par les sociétés savantes, un outil concret, l'apport de clés pratiques avec notamment une trame à appliquer, des conseils de formulations et des phrases types. On pourra citer une des réponses obtenues :

« Oui, les recommandations contiennent des cas concrets, phrases types. Elles abordent différentes situations auxquelles on pourrait être confronté en tant que professionnels ».

Dans les 12 réponses négatives, on retrouve souvent comme arguments principaux l'absence de contacts de professionnels spécialisés ou d'informations sur la prise en charge concrète de la patiente. Selon les réponses obtenues, « il manque souvent les adresses de professionnels pratiquant la reconstruction. » ; « Donc oui pour le tact et savoir repérer les risques mais non pour la suite de la prise en charge » ; « En fait, pour nos patientes excisées, ce qui compte c'est la suite... à qui on peut les adresser et à qui elles doivent demander conseil lorsqu'elles sentent leurs propres filles menacées. ».

3.2.3. Hypothèse 3

L'hypothèse 3 de notre étude stipulait que les supports informatifs telles que des plaquettes ou brochures étaient peu disponibles dans les services hospitaliers.

Selon notre étude, seulement 33,3% des sages-femmes disposaient, dans les services hospitaliers, de supports informatifs pour appuyer et accompagner leur dialogue autour des MSF avec les patientes victimes, contre 66,7%.

Parmi les sages-femmes ayant répondu positivement, nous avons cherché à savoir combien les utilisaient et si ces-derniers étaient utiles et nécessaires dans le cadre de l'abord des MSF. Ces résultats sont présentés dans la figure ci-dessous (Figure 4).

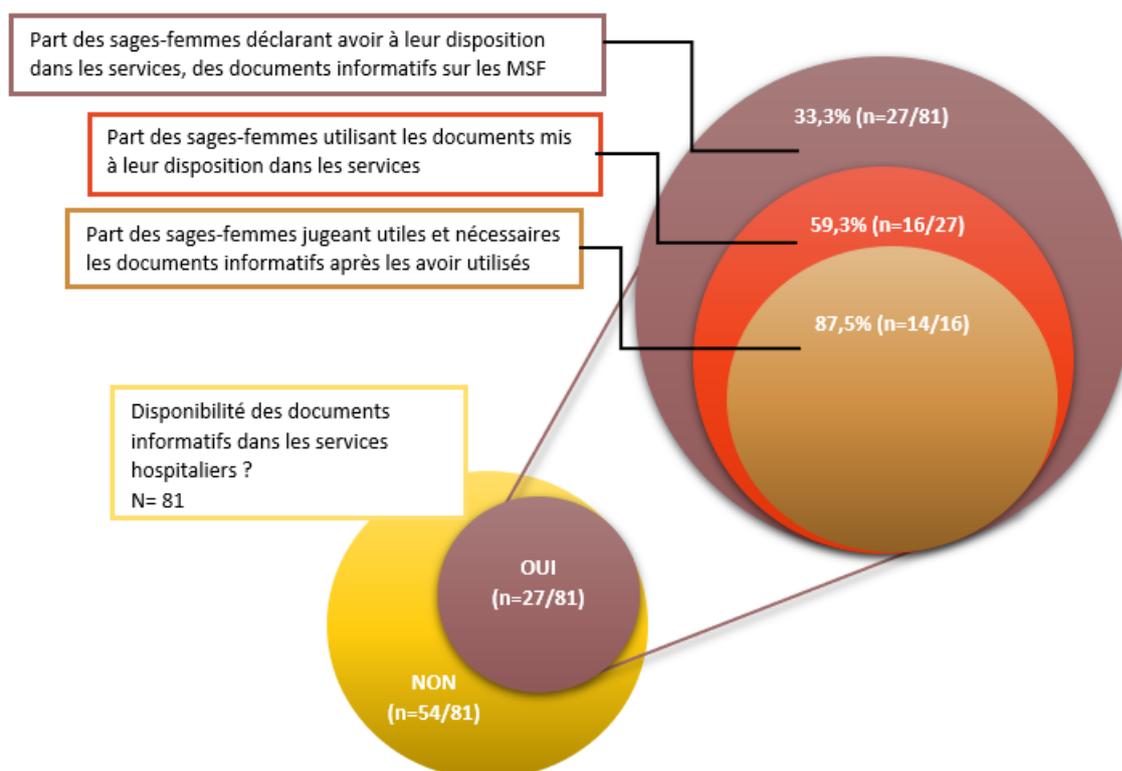


Figure 4: Utilisation et utilité des supports informatifs sur les MSF mis à disposition dans les services hospitaliers

On remarque à travers cette figure qu'une minorité de maternités met à disposition pour les sages-femmes des documents informatifs ressources concernant les MSF. Lorsqu'ils sont à disposition des sages-femmes, ces documents sont utilisés dans plus de la moitié des cas et une grande majorité est alors jugée utile et nécessaire pour appuyer le dialogue autour des MSF avec les patientes.

3.2.4. Hypothèse 4

Notre quatrième et dernière hypothèse était la suivante : Un support iconographique à destination des patientes est une solution aux difficultés rencontrées par les sages-femmes : Elaboration participative d'une plaquette illustrée à destination des patientes.

Avant de mettre en place une plaquette il fallait s'assurer avant tout qu'elle pourrait permettre, selon les sages-femmes, de lever les freins à la discussion autour des MSF. Nous avons, pour cela, appuyé notre hypothèse sur divers résultats obtenus.

Tout d'abord, en début de questionnaire nous avons demandé aux sages-femmes quels étaient les éléments qui selon elles permettaient d'agir comme levier face aux freins rencontrés dans l'abord des MSF. Les résultats sont exprimés dans le graphique suivant (Figure 5).

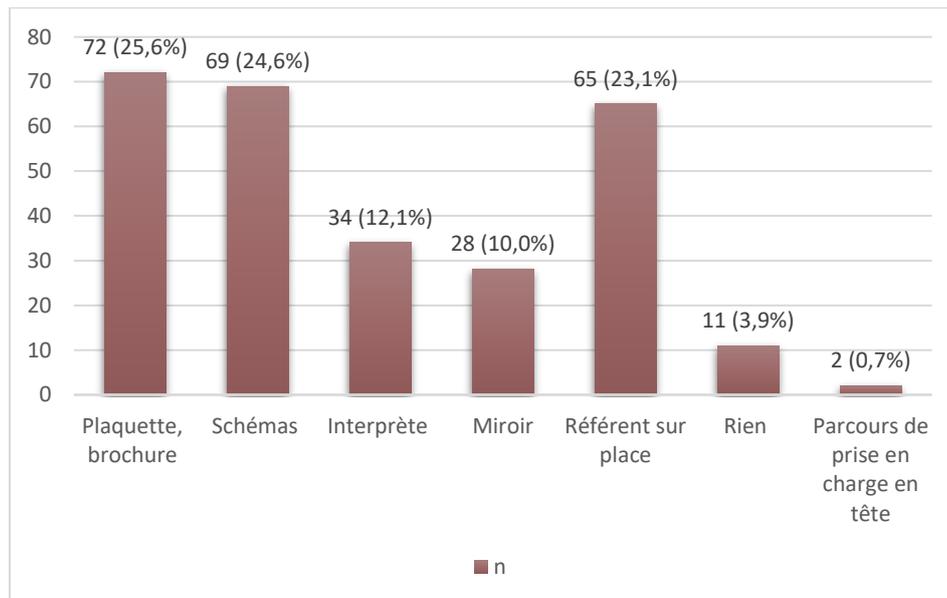


Figure 5: Les éléments permettant de surmonter les freins à la discussion autour des MSF

On observe ici, entre autres, la prédominance des réponses en faveur des plaquettes, brochures, documents informatifs, schémas ou autres documents illustrés.

D'autre part, nous avons interrogé les sages-femmes ne disposant pas, dans les services hospitaliers, de documents tels que ceux mentionnés. 89% d'entre elles

estimaient qu'avoir des documents d'information à ce sujet pour les patientes victimes pouvait être une solution face aux difficultés énoncées.

Aussi, afin de mettre en place notre plaquette, nous avons demandé aux sages-femmes de décrire, selon elles, la plaquette idéale à destination des patientes concernées, sur laquelle les professionnels de santé pourraient s'appuyer pour aborder sereinement les MSF. Nous avons regroupé les résultats dans le graphique suivant (Figure 6).

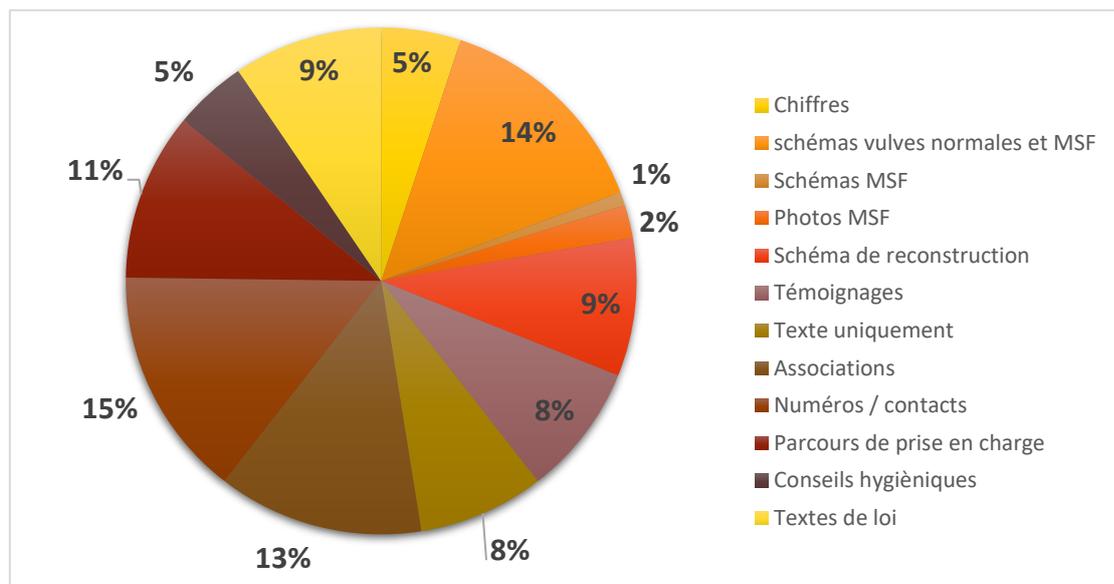


Figure 6: Contenu de la plaquette idéale

Les catégories qui ressortent en majorité sont les suivantes : « Des schémas de vulves normales et des schémas de vulves mutilées », « des contacts d'associations, des numéros de professionnels, services spécialisés » ainsi qu'une explication sur la « prise en charge » qui peut être proposée.

Au regard de ces résultats, nous avons créé une plaquette illustrée à destination des patientes, en participation avec les sages-femmes interrogées (Annexe III). Pour ce faire, nous nous sommes appuyées sur les différentes étapes de conception issues des recommandations de la HAS de 2008 intitulées « Élaborer une brochure d'information pour les patients ou les usagers » (39) ainsi que sur la fiche méthodologique de la HAS parue en 2012 « Document d'information patient à partir d'une recommandation de bonne pratique » (40).

3.3. Autres analyses

3.3.1. Vérification d'un postulat émis

En introduction, nous avons émis plusieurs postulats, énoncés grâce aux diverses études parues au cours des années. Parmi ces postulats, on trouvait notamment le suivant : « Une grande partie des sages-femmes éprouve de réelles difficultés pour aborder les MSF ». Nous avons voulu faire un état des lieux et confirmer ou infirmer ce postulat, dans le contexte actuel d'une lutte active et en regard de la parution récente des RBP. Nous avons donc interrogé les sages-femmes sur leurs difficultés à aborder ce sujet avec les patientes concernées. Elles avaient alors le choix entre quatre réponses correspondant à quatre degrés de difficulté. Aussi, selon les résultats obtenus, 9% d'entre-elles n'éprouvaient aucune difficulté, 57% en éprouvaient très peu, 22% estimaient avoir beaucoup de difficultés et enfin, 3% des sages-femmes se considéraient incapables d'aborder le sujet.

Le frein principal alors mis en avant dans les réponses obtenues était la barrière linguistique, et ce pour près de 60% des répondants.

3.3.2. Comparaison des résultats en fonction de la présence ou de l'absence d'antenne de prise en charge des MSF

Dans le choix de notre population d'étude, nous avons regroupé douze maternités, en sélectionnant d'une part six maternités possédant une antenne dédiée aux MSF et d'autre part, six autres maternités ne possédant pas de telle structure. Par « antenne » nous entendons un service, des professionnels ou une unité de soin liés à l'hôpital et dédiés à la prise en charge des femmes victimes de MSF.

Aussi, il était intéressant d'étudier la difficulté dans l'abord des MSF par les sages-femmes, la connaissance et l'intégration des RBP de 2020 ainsi que la mise à disposition de documents informatifs dans les services en fonction de la présence ou l'absence d'une antenne dédiée aux MSF au sein de la maternité. Les résultats de ces analyses sont exposés dans le tableau 3 disponible en annexe (Annexe IV, tableau 3).

4. Discussion

4.1. Résumé des principaux résultats

4.1.1. Hypothèse 1

Selon les résultats de notre étude, près de 80% des sages-femmes (n= 95) ignoraient que des RBP de la HAS sur la prise en charge des MSF étaient parues en 2020. De plus, selon le tableau 3 (Annexe IV), près d'une sage-femme sur deux affirmait connaître mais ne pas avoir lu les RBP. Concernant les outils de HAS associés à ces RBP, parmi les 119 sages-femmes ayant répondu à cette question, 15 affirmaient les connaître dont 4 ignorant pourtant l'existence des recommandations. On évalue à 85,7% le taux de sages-femmes ignorant que des outils avaient été publiés par la HAS pour accompagner les recommandations officielles sur la prise en charge des MSF. Notre première hypothèse stipulait que la majorité des sages-femmes d'Ile-de-France ignorait que des Recommandations de Bonnes Pratiques sur la prise en charge des MSF étaient parues en 2020. On peut alors valider cette hypothèse suite à l'analyse de nos résultats.

4.1.2. Hypothèse 2

Les RBP étaient évaluées par les sages-femmes sur plusieurs critères. On a cherché tout d'abord à étudier le contenu de ces recommandations et pour ce faire, les sages-femmes ont attribué un score entre 1 et 5 aux critères « suffisant » et « complet ». La moyenne du score attribué au caractère « complet » des RBP était de 3,8/5 et la médiane de 4. Concernant le caractère « suffisant », la moyenne du score était de 3,4/5 et la médiane de 4. De la même façon, nous avons demandé aux sages-femmes de juger l'utilité de ces textes en regard des éventuelles solutions apportées face aux difficultés rencontrées dans l'abord des MSF. 93,3% des sages-femmes estimaient que les RBP de la HAS apportaient des réponses éventuelles aux freins rencontrés dont 41% les décrivant comme une véritable solution dans l'abord des MSF avec les patientes victimes. Enfin, on a demandé aux sages-femmes si la lecture de ces recommandations pouvait apporter un changement dans leur pratique quant à l'abord des MSF. Sur les 64 réponses obtenues, on a obtenu une majorité soit 81%

(n=52) de réponses positives. Celles-ci soulignaient le confort d'un support technique mis en place par les sociétés savantes, un outil concret apportant des clés pratiques. Notre seconde hypothèse était la suivante : Les recommandations permettent aux sages-femmes d'aborder sereinement les MSF avec les patientes. En se basant sur l'évaluation de leur contenu, l'apport de solutions et leur efficacité vis-à-vis des changements opérés dans les pratiques des sages-femmes, les résultats permettent alors de valider cette hypothèse.

4.1.3. Hypothèse 3

Seulement 33,3% des sages-femmes ont affirmé qu'elles disposaient, dans les services hospitaliers concernés, de supports informatifs pour appuyer et accompagner leur dialogue autour des MSF avec les patientes victimes, contre 66,7%. Quand ils étaient disponibles, ces documents étaient utilisés dans 60% des cas par les sages-femmes et jugés utiles et nécessaires dans 87,5% des cas. Pour rappel, notre hypothèse 3 avançait que les supports informatifs telles que des plaquettes ou brochures, étaient peu disponibles dans les services hospitaliers. Les résultats de notre étude vont dans ce sens et permettent de valider cette troisième hypothèse.

4.1.4. Hypothèse 4

Selon les sages-femmes interrogées, parmi les éléments existants permettant de surmonter les freins rencontrés dans l'abord des MSF avec les patientes victimes, les documents informatifs telles que les plaquettes et brochures prédominaient avec 25,6% des réponses aux côtés des schémas ou autres documents illustrés. La présence d'un référent des MSF sur place s'avérait être également nécessaire avec 23,1% des réponses.

Pour mettre en place notre plaquette (Annexe III), nous nous sommes appuyés sur les réponses des sages-femmes. La catégorie « Numéros de professionnels et services de prise en charge » se plaçait en tête des éléments à intégrer à la plaquette idéale, avec 15% des réponses. De la même façon, avec 14% des réponses, nous avons ajouté à notre document des schémas de vulves mutilées et de vulves non

mutilées. 13% des réponses portaient sur l'ajout de contacts d'associations spécialisées dans l'accompagnement ou la prise en charge des femmes concernées par les MSF. Enfin, le parcours de prise en charge des MSF semblait être un élément important dans cette plaquette avec 11% des réponses.

4.2. Discussion des résultats et comparaison à la littérature

La littérature et les diverses études parues semblaient conforter un constat unanime : les difficultés dans l'abord des MSF semblaient jusqu'à présent concerner une majorité des sages-femmes (26, 27). Cela constituait alors, un véritable frein à la politique de lutte contre les MSF en plein essor depuis quelques années. Pour pallier ce frein et dans le cadre de cette politique de lutte, on découvrait chaque année de nouvelles ressources, supports informatifs, plaquettes, outils destinés aux professionnels et mis en place par les associations spécialisées ou autres organisations. Néanmoins, en regard des études mentionnées précédemment, ces documents semblaient être inconnus des sages-femmes, car étant toujours en difficulté pour aborder le sujet avec les patientes concernées mais pourtant pas moins demandeuses de supports informatifs et d'outils pédagogiques pour accompagner leur discussion (29, 30). En février 2020 sont alors parues, pour la première fois en France, les recommandations officielles de la HAS sur la prise en charge des MSF par les professionnels de santé de premier recours (15).

4.2.1. Etat des lieux auprès des sages-femmes d'Ile-De-France sur leurs difficultés pour aborder les MSF avec les patientes

Avant tout, notre étude permettait de réaliser un état des lieux des difficultés éprouvées par les sages-femmes dans l'abord des MSF, en regard de la parution récente des RBP de la HAS et des nombreux documents ressources mentionnés (16, 17, 18, 19, 20, 21, 22). Les réponses relatives à notre questionnaire ont ainsi mis en valeur une réalité différente de celle décrite dans la littérature. En effet, dans le cadre de la vérification du postulat émis en introduction, notre étude a montré que plus de la

majorité des sages-femmes estimait pouvoir aborder le sujet des MSF sans trop de difficultés. Néanmoins, ces difficultés persistent pour au moins un quart d'entre-elles. Nos résultats secondaires ont apporté les éléments complémentaires suivants : Ces difficultés ne sont pas liées statistiquement à la connaissance des RBP de la HAS de 2020 ni corrélées à la présence ou l'absence d'une antenne dédiée aux MSF au sein de la structure hospitalière. Le frein principal mis en évidence dans les réponses obtenues était la barrière linguistique, et ce pour près de 60% des répondants. Cette statistique est cohérente avec les données extraites de la littérature (26). D'autre part, les éléments susceptibles de lever ce frein étaient essentiellement, selon les sages-femmes, les documents informatifs tels que les plaquettes, brochures et les schémas ou toutes formes de documents illustrés.

4.2.2. La pratique des sages-femmes en difficulté face aux MSF et la parution des RBP de la HAS

Ce mémoire avait pour objectif premier d'étudier l'intégration, le bénéfice et l'impact de ces textes dans la pratique des sages-femmes d'Ile-de-France. La HAS étant une société savante travaillant quotidiennement aux côtés des professionnels de santé, nous aurions pu nous attendre à ce que les sages-femmes soient plus au fait de ces recommandations sur la prise en charge des MSF, contrairement aux divers outils proposés par les associations, peut-être moins connues des professionnels de santé. Pour rappel, notre étude s'est déroulée sur 7 mois consécutifs, le questionnaire en ligne étant disponible du mois d'avril au mois de novembre 2021. Les RBP ayant été publiées en février 2020, nous avons donc interrogé les sages-femmes sur des textes parues plus d'un an auparavant. Cependant, les résultats montrent que près de 80% des sages-femmes ignoraient que ces RBP avaient été publiées. De plus, dans le cas inverse, quand elles affirmaient savoir que ces RBP étaient parues, seulement une sage-femme sur deux les avait lues. Il en va de même pour les outils associés à ces textes, 90% des sages-femmes ne les connaissaient pas. Aussi, nous avons demandé aux sages-femmes de lire ces recommandations puis d'en évaluer le contenu, l'utilité et l'efficacité. L'évaluation était dans l'ensemble positive. Les RBP ont obtenu le score de 3,8/5 pour le critère « complet » et 3,4/5 sur le critère « suffisant ».

De même, 93,3% des sages-femmes estimaient que les RBP de la HAS apportaient des réponses éventuelles aux freins rencontrés dont 41% les décrivant comme une véritable solution dans l'abord des MSF avec les patientes victimes. Enfin, selon notre étude, une grande majorité des sages-femmes estimait que la lecture de ces RBP pouvait changer leur pratique. Celles-ci soulignaient notamment le confort d'un support technique et pédagogique mis en place par les sociétés savantes, un outil concret apportant des clés pratiques.

Bien que ces recommandations semblent apparaître comme une éventuelle solution pour les sages-femmes en difficulté dans l'abord des MSF, elles restent vraisemblablement inconnues des professionnels et peu relayées au sein des hôpitaux. Si les recommandations étaient davantage connues des sages-femmes, on pourrait alors supposer qu'elles seraient en moindre difficulté pour accompagner de façon adéquate les patientes victimes de MSF.

Il en va de même pour les documents (brochures, plaquettes...) déjà mis en place par les associations spécialisées (16, 17, 18, 19, 20, 21, 22). A en croire les données disponibles dans la littérature (27, 29, 30, 31) et les résultats de notre étude (figures 5, 6), le support technique et pédagogique des documents informatifs semble conforter les sages-femmes dans leur pratique. Le problème qui persiste ici réside dans l'accès à ces documents.

4.2.3. La disponibilité des documents ressources dans les services hospitaliers

Les études mentionnées (27, 29, 30) évoquaient de façon assez similaire le besoin des professionnels de santé d'avoir à disposition des protocoles de services, des brochures informatives en libre accès dans les services hospitaliers voire des affiches en salle d'attente. On a vu que ces documents pouvaient être réellement bénéfiques dans la pratique courante des sages-femmes mais à condition d'y avoir accès. Aussi, nous avons demandé aux sages-femmes si elles avaient à disposition dans les services hospitaliers dans lesquels elles exercent, des documents ressources pour appuyer leur discours auprès des femmes victimes de MSF. Seulement 33,3% des sages-femmes ont affirmé qu'elles en avaient à leur disposition. Quand ils étaient

disponibles, ces documents étaient utilisés dans 60% des cas par les sages-femmes et jugés alors utiles et nécessaires dans 87,5% des cas. Ces résultats sont cohérents avec les précédents. Ces documents semblent en effet remédier aux freins rencontrés par les sages-femmes avec les patientes victimes de MSF mais ceux-ci sont en majorité absents des services hospitaliers concernés.

Nous nous sommes alors questionnés sur l'accès à ces documents donné aux professionnels de santé. Notre étude a révélé que lorsque la structure hospitalière était dotée d'une antenne dédiée aux MSF, les services avaient alors plus de probabilités de disposer de documents ressources pour accompagner les professionnels dans l'abord des MSF. On peut prendre à titre d'exemple l'hôpital de Saint-Denis. La Maison des femmes est une structure médicale rattachée au centre hospitalier, qui prend en charge des femmes en difficulté ou victimes de violences. On la considère dans notre étude telle une « antenne ». La Maison des Femmes a mis en libre accès des documents d'information sur les MSF pour les patientes et les professionnels (Annexe V). L'antenne dédiée aux MSF semble apporter par définition des ressources aux professionnels pour aborder de façon optimale et sereine les MSF. Néanmoins, la présence d'une antenne n'est pas corrélée à la diminution du degré de difficulté propre à la discussion autour du sujet des MSF par les professionnels.

Aussi, nos résultats semblent converger vers l'idée que si ces documents informatifs, outils de la HAS ou plaquettes associatives, tous bénéfiques aux sages-femmes, étaient systématiquement disponibles dans les services hospitaliers pour les patientes ou les professionnels, que ces structures soient dotées d'une antenne ou non, les sages-femmes seraient probablement en moindre difficulté pour aborder le sujet avec les patientes concernées.

4.2.4. Des documents adaptés à leur population cible

La grande majorité des documents ainsi publiés par les sociétés savantes, associations spécialisées ou encore par le ministère, sont des documents à destination des professionnels. Bien qu'ils puissent être bénéfiques pour les sages-femmes, ces derniers ne sont pas adaptés pour les patientes. On ne recensait jusqu'à présent que très peu de documents « tout public » ou à destination des victimes. A en croire les

données de la littérature ainsi que les résultats de notre étude (Figure 6), ils sont pourtant, selon les sages-femmes, l'élément principal permettant de pallier les freins à la discussion sur les MSF.

On a également remarqué l'absence marquée d'iconographie, support imagé qui pourraient pourtant améliorer le dialogue uniquement verbal des professionnels. En effet, comme suggéré précédemment, le frein majeur à la discussion entre sages-femmes et patientes concernées par les MSF est celui de la barrière de langue. Dans la littérature, de nombreuses études ont évoqué la place essentielle et pourtant peu accordée aux outils iconographiques et supports imagés (31, 32).

Ainsi, dans le cadre de ce mémoire, nous avons mis en place une plaquette destinée aux patientes victimes, et ce avec la participation des sages-femmes de notre étude. Les sages-femmes ont énoncé les éléments qui selon elles devaient paraître en priorité dans cette plaquette (Figure 7). Les réponses majoritaires correspondaient aux « Numéros de professionnels et services de prise en charge », aux « schémas de vulves mutilées et de vulves non mutilées » ainsi qu'aux « contacts d'associations spécialisées » dans l'accompagnement ou la prise en charge des femmes concernées par les MSF. Ainsi, notre plaquette a été constituée selon ces critères (Annexe III). De même, il nous a semblé important d'associer à cette plaquette une version plus complète et traduite en plusieurs langues que sont l'anglais et l'espagnol, afin de couvrir au maximum les origines des populations concernées par les MSF. Dans cette version plus complète, en format dématérialisé, nous avons ajouté des textes de loi ainsi que le parcours de prise en charge pluridisciplinaire qui peut être proposé à une patiente victime de MSF, si elle le souhaite. Nous avons également complété la liste des contacts disponibles sur la plaquette initiale.

4.3. Forces et limites de l'étude

4.3.1. Le sujet d'étude

Cette étude n'était pas inscrite dans une démarche critique vis-à-vis des pratiques des sages-femmes, mais aspirait à faire un état des lieux sur leurs besoins et difficultés quant à l'abord des MSF en regard de la parution récente des

recommandations. Nombreuses sont les études qui ont porté sur ce vaste sujet d'actualité. Néanmoins, celles-ci abordaient avant tout les freins inhérents à la discussion autour de cette problématique et mettaient alors surtout en évidence les difficultés éprouvées par les sages-femmes. On trouvait peu d'études dans la littérature abordant les éléments leviers de ces difficultés et aucune mentionnant les RBP de 2020 sur la prise en charge des MSF. Par ailleurs, aucune étude n'avait jusque-là mis en place une plaquette illustrée à destination des victimes et réalisée avec la participation des sages-femmes.

Nous avons ajouté à notre questionnaire, une adresse e-mail afin que les répondants puissent nous contacter en cas de questions ou remarques éventuelles. Aussi, nous avons pu avoir quelques retours positifs de la part des sages-femmes au sujet de notre mémoire. Elles ont pu faire part de leurs réflexions personnelles et partageaient le souhait d'améliorer leur pratique.

4.3.2. Le choix de méthodologie d'étude

Il s'agissait ici d'une étude observationnelle, descriptive, quantitative et multicentrique. Cette méthode nous a permis de récolter un nombre important de réponses pour évaluer de manière générale et représentative l'abord des MSF par les sages-femmes d'Ile-de-France.

Nous avons récolté 134 réponses en un temps limité, au moyen de simples envois de courriels aux différents cadres de santé des services hospitaliers gynécologiques et obstétricaux. Cette étude présente donc les avantages d'un faible coût, une rapidité de réalisation et une facilité de recrutement des sages-femmes.

Néanmoins, il existe un certain nombre de biais propres à cette méthodologie d'étude. Nous pouvons tout d'abord citer le biais de sélection puisque la participation des sages-femmes était fondée sur le volontariat, les connaissances et l'intérêt certain pour le sujet porté par notre mémoire. L'effectif de cette étude (N = 134) peut paraître important mais compte tenu du nombre de sage-femme en Ile-de-France, c'est un faible effectif. La puissance de notre étude est d'autant plus discutable en regard du nombre de réponses complètes (N = 81), ce qui pose question sur la faisabilité de notre questionnaire. Par ailleurs, ignorant le nombre de sages-femmes en activité dans

chacune des douze maternités incluses dans notre étude au moment de la diffusion de notre questionnaire, nous n'avons pas pu établir le pourcentage de participation. D'autre part, certaines sages-femmes peuvent avoir répondu en utilisant une source ou ressource extérieure autre que leurs connaissances ce qui peut ajouter un biais d'information supplémentaire. Concernant le questionnaire (Annexe II) et les réponses obtenues, il existe également un biais de mémorisation. Certaines questions portaient sur une éventuelle expérience d'une prise en charge passée d'une MSF par la sage-femme. Aussi, des informations peuvent avoir été omises ou modifiées inconsciemment. Nous évoquerons aussi un biais de classement lié à l'auto-évaluation des sages-femmes quant au degré de difficulté éprouvé dans l'abord des MSF avec leurs patientes. Enfin, il existe un biais d'interprétation. En effet, cela est propre à notre analyse des réponses aux questions ouvertes, analyse qui a pu donner lieu à une interprétation subjective.

La faible puissance de notre étude ainsi que les biais associés lui confèrent un faible niveau de preuve scientifique. La HAS attribue aux études descriptives telle que la nôtre le grade de recommandation C soit le niveau 4 de preuve scientifique fourni par la littérature.

4.4. Implications et perspectives

Notre mémoire avait pour objectif secondaire, entre autres, de réaliser, avec la participation des sages-femmes, une plaquette illustrée à destination des patientes victimes de MSF. Nous avons donc, à l'aide d'une illustratrice/graphiste, créé cette plaquette (Annexe III). Nous nous sommes également appuyés sur les différentes étapes de conception issues des recommandations de la HAS de 2008 intitulées « Élaborer une brochure d'information pour les patients ou les usagers » (39) ainsi que sur la fiche méthodologique de la HAS parue en 2012 « Document d'information patient à partir d'une recommandation de bonne pratique » (40). Son contenu repose sur les éléments de réponse des sages-femmes ayant répondu à notre questionnaire. Nous avons également pensé qu'il était intéressant de mettre en place, en parallèle, une version plus complète de notre plaquette, accessible via internet au moyen d'un QR

code. Aussi, une version dématérialisée de la plaquette, version plus complète et traduite en diverses langues, a été créée et est disponible via le QR code inscrit sur la plaquette initiale. Cette version plus complète apporte aux patientes des informations supplémentaires au sujet notamment du parcours de prise en charge pluridisciplinaire pouvant être mis en place. La liste de contacts et outils mis à disposition par les associations spécialisées ou par le ministère de la Santé est également plus riche dans la version dématérialisée. Notre plaquette va alors être diffusée par courriels dans chacune des structures ayant participé à notre étude. Il serait intéressant, par la suite, de traduire la plaquette en davantage de langues ou dialectes, notamment la plaquette initiale, afin d'élargir la cible et toucher un plus grand nombre de patientes. De même, il serait pertinent, après une phase d'utilisation en routine de la plaquette, d'évaluer son intégration et son impact dans les pratiques des sages-femmes. Il s'agirait de faire un état des lieux sur les difficultés éprouvées par les professionnels dans l'abord des MSF, après utilisation en routine de la plaquette et ainsi, de vérifier si les objectifs visés par cet outil ont été atteints.

De plus, il est intéressant aujourd'hui d'évoquer le parallèle de plus en plus étroit entre les MSF et les opérations de chirurgie esthétique génitale (rétrécissement du vagin, réduction des lèvres, hyménoplastie, blanchiment génitale, rajeunissement vaginal, rétrécissement du capuchon clitoridien...). Ces chirurgies sont de plus en plus courantes à travers le monde. Elles sont intrinsèquement liées aux normes socio-culturelles et à l'idéologie imposées au corps et à la sexualité des femmes dans toutes les sociétés. Comme les MSF, elles correspondent, par définition, à des interventions chirurgicales modifiant l'aspect des organes génitaux et ce, la plupart du temps, à des fins non justifiées d'un point de vue médical. Néanmoins, là où les MSF sont des pratiques imposées aux jeunes femmes, les interventions chirurgicales des organes génitaux sont à la demande de la patiente et sont par conséquent, consenties.

Notre plaquette tient alors ici un rôle essentiel dans ce parallèle. Nous avons inclus dans notre plaquette des schémas de vulves, toutes physiologiquement différentes les unes des autres afin d'aider les jeunes femmes à comprendre leur anatomie et à en respecter les variantes qui leur sont propres car aucune norme uniforme ne doit être établie.

Conclusion

Cette étude nous a permis de faire un état des lieux auprès des sages-femmes, de la difficulté qui réside dans l'abord des MSF avec les patientes victimes, en regard de la parution récente des RBP. Elle avait pour vocation d'étudier la place attribuée à ces recommandations, évaluées comme une solution et un moyen concret pour remédier à cette problématique.

Les résultats sont encourageants pour la suite de la lutte contre les MSF en France et dans le monde. En effet, le taux de sages-femmes en difficulté pour aborder le sujet avec les patientes concernées est en diminution. Les RBP de la HAS de 2020 sur la prise en charge des MSF sont évocatrices d'améliorations futures des pratiques et d'une levée des tabous autour de ces violences. Elles semblent apporter un réel soutien aux sages-femmes, sur le plan technique et sur les enjeux que représente la prévention autour des MSF. Néanmoins, plus d'un an après leur publication, les recommandations de la HAS sur la prise en charge des MSF semblent encore relativement inconnues des professionnels. De même, bien qu'étant jugés utiles et nécessaires, les outils ressources pour les professionnels semblent peu disponibles dans la pratique des sages-femmes et la communication propre à ces documents semble peu optimale. Il est important de communiquer autour de ces supports et d'en faire la promotion au sein des services hospitaliers concernés afin que les sages-femmes, et autres professionnels, puissent profiter de leur contenu et des outils techniques associés.

Enfin, notre mémoire a permis de mettre en place une plaquette illustrée à destination des patientes, fondée sur les différentes réponses des sages-femmes à notre questionnaire. Cette brochure illustrée devrait permettre de faciliter le discours des professionnels, d'orienter concrètement les patientes vers une prise en charge adaptée et de participer ainsi véritablement à la lutte pour l'éradication de ces violences faites aux femmes.

Bibliographie

- 1) Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Eliminer les mutilations sexuelles féminines : déclaration inter-institutions HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA, UNESCO, UNFPA, UNCHR, UNICEF, UNIFEM. Genève : OMS, 2008, 45p
- 2) Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), *À l'occasion de la Journée internationale de la tolérance zéro à l'égard des mutilations génitales féminines, l'UNICEF prévient que la COVID-19 menace d'anéantir des décennies de progrès*. UNICEF. Communiqué de presse ; New-York, 03.02.2022 [En ligne] (Consulté le 10.02.2022)
<https://www.unicef.org/fr/communiqu%C3%A9s-de-presse/Journee-internationale-de-la-tolerance-zero-a-legard-des-MGF>
- 3) Lesclingand M, Andro A, Lombart T. Estimation du nombre de femmes adultes ayant subi une mutilation génitale féminine vivant en France. Bull Epidémiol Hebd, 2019 ; 21 :392-9.
- 4) Ministère chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes, de la Diversité et de l'Égalité des chances [Conférence] Les mutilations sexuelles féminines aujourd'hui : quel constat et quelles réponses ? Paris, 8 février 2021. Visionnable en ligne (Consulté le 09/02/21) :
https://secure.synople.tv/site/MinisteresSociaux/2021/210208_MSFIM.php
- 5) UNFPA, Impact of the COVID-19 Pandemic on Family Planning and Ending Gender-based Violence, Female Genital Mutilation and Child Marriage, Publication, Avril 2020, 7p.
- 6) OMS, UNFPA, UNICEF, Femal genital mutilation : a joint WHO/UNICEF/UNFPA statement. OMS, Déclaration commune, 1997 ; 20p – ISBN 9241561866.

- 7) Andro A, Lesclingand M, Pourette D. Comment orienter la prévention de l'excision chez les filles et jeunes filles d'origine Africaine vivant en France : Une étude des déterminants sociaux et familiaux du phénomène. Rapport final, Volet qualitatif du projet Excision et Handicap (ExH), INED, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, Janvier 2009, 75p.
- 8) Assemblée générale des Nations Unies, « Intensification de l'action mondiale visant à éliminer les mutilations génitales féminines ». New-York, 60ème séance plénière, 20 Déc. 2012. Réf : A/RES/67/146
- 9) Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), *Mutilations génitales féminines/ excision : Bilan statistique et examen des dynamiques du changement* ; UNICEF. Rapport, New-York, Juillet 2013 – ISBN : 978-92-806-4703-7
- 10) Esu E et Al. Providing information to improve body image and care-seeking behavior of women and girls living with female genital mutilation: A systematic review and meta-analysis. Int J Gynaecol Obstet, Fév 2017 ; 136 : p72-78.
- 11) Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), *Une crise à l'intérieur de la crise : Accélérer les investissements pour mettre fin aux mutilations génitales féminines est crucial alors que la pandémie de COVID-19 se poursuit*. Déclaration conjointe de Natalia Kanem, Directrice générale de l'UNFPA, et de Catherine Russell, Directrice générale de l'UNICEF, à l'occasion de la Journée internationale de la tolérance zéro à l'égard des mutilations génitales féminines; New-York, 04.02.2022 [En ligne] (Consulté le 10.02.2022) <https://www.unicef.org/fr/communiqués-de-presse/accelerer-les-investissements-pour-mettre-fin-aux-mutilations-genitales-feminines-covid19>
- 12) Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Lignes directrices. La prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines. [WHO

- guidelines on the management of health complications from female genital mutilation] ; Genève. OMS ; 2018 - ISBN 978-92-4-254964-5
- 13) Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Information, education and communication – lessons from the past; perspectives for the future. Genève. OMS ; 2001, 44p [En ligne] https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67127/WHO_RHR_01.22.pdf?sequence=1 (Consulté le 10/12/20)
 - 14) Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. Eradiquer les mutilations sexuelles féminines, Plan national, Juin 2019, 20p. [En ligne] https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2019/06/Mutilations-sexuelles-feminines_2019_plan-national_FINAL.pdf (Consulté le 02/11/20)
 - 15) Haute Autorité de Santé (HAS), RBP - *Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours*. Paris ; Février 2020 – N° ISBN - 978-2-11-155581-5
 - 16) Haute Autorité de Santé (HAS), Arbre décisionnel ; *Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours*. Paris, Juillet 2020
 - 17) ONG Terre Des Femmes, Desrumaux A. *Mutilations sexuelles féminines : prévenir et agir*. Guide destiné aux professionnel-le-s, Projet CHANGE, 2016.
 - 18) Gynécologie Sans Frontières (GSF), *Les mutilations sexuelles féminines*, plaquette-support pour colloques, formations GSF, 2008, 4p. [En ligne] <https://gynsf.org/msf/> (Consulté le 09/01/21)
 - 19) Délégation Régionale aux Droits des Femmes d'Ile-de-France, *Agir face aux mutilations sexuelles féminines*. Plaquette -Campagne de sensibilisation, 2010. (Aussi en Annexe I)

- 20) Direction générale de la santé (DGS), la Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF). Le/la praticien-ne face aux mutilations sexuelles féminines, 2016 ; [En ligne] Sur le site du Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/MSF.pdf> & <https://ansfl.org/document/guide-le-praticien-face-aux-mutilations-sexuelles-feminines> (Consulté le 03/11/20)
- 21) Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (GAMS), *Femmes assises sous le couteau*, Manuel destiné à l'animation de réunions collectives, Éditions Gams, Paris, Mars 2020
- 22) Haute Autorité de Santé (HAS), Fiche outils 2 ; *Mutilations sexuelles féminines : Comment repérer et aborder la question* ; Paris, Février 2020
- 23) Peinchaud E. Mutilations Sexuelles Féminines. Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme [Communiqué de presse de l'Assemblée plénière du 28 novembre 2013] Paris, France : nov 2013.
- 24) Horoks M, Piet E. Mutilations sexuelles féminines : vécu des femmes mutilées et prise en charge médicale, 65p, Thèse d'exercice : Médecine, Médecine générale : Paris 6 : 2008.
- 25) Ordre des Sages-femmes, Conseil National. Site internet. LES COMPÉTENCES DES SAGES-FEMMES [En ligne] <http://www.ordre-sages-femmes.fr/> (Consulté le 15/12/20)
- 26) 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*. Mémoire de fin d'étude : Gynécologie et obstétrique. Sept 2014, 83p. [En ligne] <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01063220> (Consulté le 15/08/20)
- 27) Poullain J. *Les mutilations sexuelles féminines : où en sommes-nous ?* Enquête prospective en Haute-Normandie auprès de 195 sages-femmes.

- Mémoire de fin d'étude : Gynécologie et obstétrique. Déc 2015, 114p. [En ligne] <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01246579> (Consulté le 19/10/20)
- 28) Cohendet J. Mutilation sexuelles féminines : connaissance, dépistage et prise en charge. Etat des lieux auprès des sages-femmes de l'agglomération de Grenoble. Mémoire de fin d'étude : Gynécologie et obstétrique. Juin 2017, 47p. [En ligne] <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01556865/document> (Consulté le 19/10/20)
- 29) Grebot J. Les sages-femmes faces aux mutilations génitales féminines : évaluation des connaissances, des croyances et des pratiques en vue d'une proposition d'évolution de la prévention et de la prise en charge. Enquête prospective auprès de 118 sages-femmes de Marseille. Mémoire de fin d'étude : Gynécologie et obstétrique. Nov 2017, 75p. [En ligne] <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01634576> (consulté le 19/10/20)
- 30) Bountham P. Préventions des mutilations sexuelles féminines en suites de naissances. Mémoire de fin d'étude : Gynécologie et obstétrique. Jan 2017, 62p. [En ligne] <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01366345> (Consulté le 19/10/20)
- 31) Claudé A. Prévention en milieu médical de l'excision en France : pistes d'amélioration. Mémoire de fin d'étude : Gynécologie et obstétrique. Juil 2015, 90p [En ligne] <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01220571/document> (Consulté le 19/10/20)
- 32) Doucouré H. Les sages-femmes en consultation face aux mutilations sexuelles féminines. Mémoire de fin d'étude : Gynécologie et obstétrique. Oct 2018, 77p. [En ligne] <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01908894> (Consulté le 19/10/20)
- 33) Haute Autorité de Santé (HAS), Argumentaire scientifique - *Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours*. Paris ; Février 2020 - N° ISBN - 978-2-11-155580-8

- 34) Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de l'égalité des chances. Protégeons nos filles de l'excision. Plaquette - Campagne nationale de sensibilisation. Juin 2006 [En ligne] <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/> (consulté le 10/12/20)
- 35) Réseau périnatalité Méditerranée. JOURNÉE INTERNATIONALE DE TOLÉRANCE ZÉRO À L'ÉGARD DES MGF. Flyer Baadon évènement du 6.02.2021 [PDF en ligne] <https://www.reseauperinatmed.fr/Journee-internationale-tolerance-zero-egard-MGF,436.html> (Consulté le 10.03.2021)
- 36) Baadon. Dossier de presse. [En ligne] <https://baadon.com/> (Consulté le 04.10. 2021)
- 37) GAMS. Unités de soins aux femmes excisées 2020. Dernière mise à jour 13 Janvier 2020. [PDF en ligne] <https://federatiorgams.org/wp-content/uploads/2020/01/Unit%C3%A9s-de-soins-aux-femmes-excis%C3%A9es-2020.pdf> (Consulté le 20.02.21)
- 38) Baadon. CARTOGRAPHIE DES CENTRES DE SANTÉ. [En ligne] <https://baadon.com/cartographie-centres-sante/> (Consulté le 20.02.21)
- 39) Haute Autorité de Santé (HAS), Recommandation - *Élaborer une brochure d'information pour les patients ou les usagers*. Paris ; Juillet 2008.
- 40) Haute Autorité de Santé (HAS), Fiche méthodologique - *Document d'information patient à partir d'une recommandation de bonne pratique*. Paris ; Juin 2012.

Annexes

Annexe I : Plaquette d'information « Agir face aux mutilations sexuelles féminines »

Qui contacter ?

- **Permanences téléphoniques nationales**
ALLÔ ENFANCE EN DANGER : 119
Numéro d'urgence gratuit 24h/24
FIL SANTÉ JEUNES : 3224, ou depuis un mobile : 01 44 93 30 74
- **Institutions départementales de protection de l'enfance**
CRIP 75 : 01 53 44 85 74
CCIP 78 : 01 39 07 74 30
ASE 94 : 01 43 99 77 35
CRIP 92 : 0 800 00 92 92
CRIP 93 : 0 800 00 00 93
CRIP 95 : 01 30 30 31 31
ASE 91 : 01 60 91 91 91
- **Parquet des mineurs du tribunal de grande instance**
Paris : 01 44 32 44 65
Yvelines : 01 39 07 37 42
Hauts-de-Seine : 01 40 97 13 18
Val de Marne : 01 49 81 19 37
Seine-et-Marne :
Essonne : 01 60 74 78 00
Seine-St-Denis : 01 48 95 13 93
Meuln : 01 64 79 81 03
Val d'Oise : 01 74 40 49 39 / 37 (Meaux)
01 74 40 49 39 / 37 (Meaux)
- **Services départementaux de protection maternelle et infantile (PMI)**
Paris : 01 42 71 32 72
Yvelines : 01 39 07 75 78
Hauts-de-Seine : 01 47 29 20 31
Val de Marne : 01 43 99 77 82
Seine-et-Marne : 01 64 14 77 88
Essonne : 01 40 81 81 91
Seine-St-Denis : 01 43 93 81 09
Val d'Oise : 01 34 25 35 64
- **Des associations spécialisées :**
Le GAMS : Fédération nationale GAMS - Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles Féminines et des Mariages Forcés. 01 43 48 10 87, www.federationgams.org (Accueil, information et soutien du public face à une situation d'exclusion ; actions de prévention et de sensibilisation des familles et de formation des professionnels-le-s)
La CAMS : Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles. 01 45 49 04 00 (Conseils juridiques, et partie civile aux procès).
Le MEFPF : Mouvement français pour le planning familial. <http://www.planning-familial.org> (Accueil, information notamment des femmes sur la sexualité ; formations).
Val de Marne : 01 43 76 65 87
Paris : 01 42 40 93 20
Seine-Saint-Denis : 01 55 84 04 04
Hauts-de-Seine : 01 47 98 44 11
Essonne : 01 64 54 05 99
TOSTAN France : 01 42 44 85 89
<http://www.tostanfrance.fr> (Information, partage et éducation entre l'Afrique et l'Europe; droits humains, santé, ...).

Pour les professionnels qui souhaitent faire appel à des interprètes :

- **Inter Service migrants : 01 53 24 52 40**
- **En Afrique / En Europe :**
Le Comité Inter-Africain contre les pratiques ayant effet sur la santé des femmes et des enfants (dans 28 pays en Afrique) <http://www.icaf-net>
Euronet FGM : réseau européen pour la prévention et l'éradication des pratiques traditionnelles néfastes affectant la santé des femmes et des enfants. <http://www.euronet-fgm.org/>

Que dit la loi ?

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

La loi sanctionne « les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente de 10 ans d'emprisonnement et de 150 000 € d'amende. » [Article 222-9 du Code pénal].

Cette peine est portée à 15 ans de réclusion criminelle lorsque la mutilation est commise sur un mineur de moins de quinze ans et adopté, ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur. [Article 222-10 du Code pénal].

La loi française s'applique à l'étranger si la victime est de nationalité française ou si, étrangère, elle réside habituellement en France. [Article 222-16-2 du Code pénal].
La victime peut engager une action en justice pendant 20 ans après sa majorité, soit jusqu'à l'âge de 38 ans. [Article 7 du Code de procédure pénale].

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

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

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

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

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

Que sont les mutilations sexuelles féminines ?

- **L'excision**
C'est l'ablation d'une partie plus ou moins importante du clitoris et des petites lèvres. Cette mutilation est surtout le fait d'éthnies vivant en Afrique de l'Ouest. On peut la comparer à la section du pénis chez le garçon.
- **L'imfibulation**
L'excision du clitoris et des petites lèvres est complétée par la section des grandes lèvres dont les deux moignons sont cousus bord à bord de telle façon qu'il ne persiste qu'une minuscule ouverture pour l'écoulement de l'urine et des règles. L'imfibulation est surtout pratiquée en Afrique de l'Est. En Afrique de l'Ouest, les grandes lèvres sont sectionnées : l'accouplement se fait par cicatrisation, sans suture.

Quelles sont les raisons invoquées des mutilations sexuelles féminines ?

- **ON DIT** que les mutilations sexuelles rendent les femmes plus fécondes...
- **EN RÉALITÉ** : Les mutilations sexuelles féminines n'augmentent pas la fécondité. L'accouchement est souvent plus difficile, peut même parfois entraîner la mort du nouveau-né et de sa mère.
- **ON DIT** que les mutilations sexuelles sont imposées par la religion...
- **EN RÉALITÉ** : Aucune religion n'impose les mutilations sexuelles féminines. Ce sont des coutumes dont l'origine est antérieure aux religions. Le Coran n'en parle pas.
- **ON DIT** que ces pratiques assurent la pureté et la virginité des filles ainsi que la fidélité des épouses, et qu'une jeune fille non-excisée ne trouvera pas de mari...
- **EN RÉALITÉ** : Le comportement sexuel dépend de l'éducation, du caractère et relève de l'intimité ; les mutilations sexuelles féminines ne permettent pas de le contrôler. Par contre, elles peuvent entraîner des conséquences sexuelles (douleurs...) qui pourront avoir un impact sur les relations de couple. Et de plus en plus de jeunes hommes préfèrent se marier avec une jeune femme non-excisée.
- **ON DIT** qu'il faut respecter coutumes et traditions...
- **EN RÉALITÉ** : il existe des coutumes et des traditions bénéfiques pour la santé. D'autres sont très dangereuses comme les mutilations sexuelles féminines.

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

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

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

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

INFORMEZ la famille sur les dangers des mutilations sexuelles féminines

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

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

RAPPELEZ LA LOI

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

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



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

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

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

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

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

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

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

Sachez que ...

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

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

TRANSMETTEZ TOUTE INFORMATION PRÉOCCUPANTE à la CRIP qui fera le signalement au Parquet si il n'y a pas d'alternative : médecins et autres professionnels, comme tout citoyen, sont tenus par la loi de signaler qu'une mutilation a été pratiquée.

- Cette démarche contribue également à protéger les autres fillettes de la même famille ou du même groupe social.

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

Annexe II : Questionnaire de mémoire

QUESTIONNAIRE DE MEMOIRE

Les Mutilations Sexuelles Féminines représentent un problème de santé publique majeur, à l'échelle mondiale mais également nationale. On estime aujourd'hui à 200 millions le nombre de femmes et de filles mutilées sexuellement dans le monde. En France, leur nombre s'élève à plus de 120 mille. En juin 2019, le Gouvernement français a lancé le plan national d'action pour éradiquer les Mutilations Sexuelles Féminines. Dans ce contexte, un travail ambitieux a été réalisé pour aider et accompagner au mieux les professionnels en charge du bien-être et de la santé des femmes. Au-delà des lignes directrices et recommandations officielles, de nombreux outils ont été élaborés par des associations, organisations ainsi que par le Ministère chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes, de la Diversité et de l'Égalité des chances.

Pourtant, diverses études ont montré que les sages-femmes, entre autres professionnels médicaux, éprouaient de réelles difficultés pour aborder sereinement les Mutilations Sexuelles Féminines avec les patientes victimes. Ce questionnaire a donc pour vocation d'apporter des solutions et des moyens concrets aux sages-femmes pour remédier à ces difficultés et surmonter les freins existants. Les résultats de cette étude offriront la possibilité de mettre en place une plaquette illustrée à destination des patientes, fondée sur vos différentes réponses à ce questionnaire. Votre participation nous est très utile et concourt grandement à améliorer et encourager la lutte menée contre ces Mutilations Sexuelles Féminines. Les réponses de ce questionnaire seront traitées anonymement. Environ 10 à 12 min seront requises pour le remplir. Nous vous remercions par avance pour votre participation.

PARTIE A : Description de la population interrogée

A1 : Dans quelle maternité exercez-vous ?

Les réponses à cette question permettront de réaliser une comparaison sur l'abord des Mutilations Sexuelles Féminines entre hôpitaux possédant une antenne dédiée à ces violences et hôpitaux n'en possédant pas. Les données renseignées ne permettront en aucun cas une identification des répondants. Elles seront supprimées après analyse des résultats de l'étude.

Maternité André Grégoire - Montreuil	<input type="checkbox"/>
Maternité André Mignot - Le Chesnay	<input type="checkbox"/>
Maternité Antoine Béclère - Clamart	<input type="checkbox"/>
Maternité Armand Trousseau	<input type="checkbox"/>
Maternité Bichat - Claude Bernard	<input type="checkbox"/>
Maternité Cochin - Port-Royal	<input type="checkbox"/>
Maternité du Kremlin-Bicêtre	<input type="checkbox"/>
Maternité Louis Mourier - Colombes	<input type="checkbox"/>
Maternité Robert Debré	<input type="checkbox"/>
Maternité Victor Dupouy - Argenteuil	<input type="checkbox"/>
Centre Hospitalier Delafontaine - St Denis	<input type="checkbox"/>
Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy St Germain (CHIPS)	<input type="checkbox"/>

A2 : Depuis combien d'année(s) exercez-vous le métier de sage-femme ?

Moins de 1 an	<input type="checkbox"/>	16 ans	<input type="checkbox"/>	31 ans	<input type="checkbox"/>
1 an	<input type="checkbox"/>	17 ans	<input type="checkbox"/>	32 ans	<input type="checkbox"/>
2 ans	<input type="checkbox"/>	18 ans	<input type="checkbox"/>	33 ans	<input type="checkbox"/>
3 ans	<input type="checkbox"/>	19 ans	<input type="checkbox"/>	34 ans	<input type="checkbox"/>
4 ans	<input type="checkbox"/>	20 ans	<input type="checkbox"/>	35 ans	<input type="checkbox"/>
5 ans	<input type="checkbox"/>	21 ans	<input type="checkbox"/>	36 ans	<input type="checkbox"/>
6 ans	<input type="checkbox"/>	22 ans	<input type="checkbox"/>	37 ans	<input type="checkbox"/>
7 ans	<input type="checkbox"/>	23 ans	<input type="checkbox"/>	38 ans	<input type="checkbox"/>
8 ans	<input type="checkbox"/>	24 ans	<input type="checkbox"/>	39 ans	<input type="checkbox"/>
9 ans	<input type="checkbox"/>	25 ans	<input type="checkbox"/>	40 ans	<input type="checkbox"/>
10 ans	<input type="checkbox"/>	26 ans	<input type="checkbox"/>	Plus de 40 ans	<input type="checkbox"/>
11 ans	<input type="checkbox"/>	27 ans	<input type="checkbox"/>		
12 ans	<input type="checkbox"/>	28 ans	<input type="checkbox"/>		
13 ans	<input type="checkbox"/>	29 ans	<input type="checkbox"/>		
14 ans	<input type="checkbox"/>	30 ans	<input type="checkbox"/>		
15 ans	<input type="checkbox"/>				

A3 : Avez-vous déjà repéré une mutilation sexuelle féminine ou rencontré une patiente victime depuis l'obtention de votre diplôme ?

Oui	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>

A4 : Dans quel service avez-vous fait face à cette (ces) Mutilation(s) Sexuelle(s) Féminine(s) ?

Salle de Naissance	<input type="checkbox"/>
Suites de couches	<input type="checkbox"/>
Consultation mensuelle pré-natale	<input type="checkbox"/>
Consultation échographique, DAN, entretien du 4ème mois ou préparation à la naissance	<input type="checkbox"/>
Consultation gynécologique	<input type="checkbox"/>
Grossesse à haut risque	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>

A5 : Avez-vous abordé le sujet de cette Mutilation avec la patiente ? A quelle occasion ?

Veillez préciser brièvement les motifs de cette discussion dans l'encadré.

(Annonce de la mutilation à la patiente, discussion sur les déchirures suite à l'accouchement, désinfection en vue de l'accouchement, la patiente a abordé le sujet, prévention pour sa fille nouvellement née, ETC...)

Oui	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>

A6 : Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas abordé le sujet avec la patiente ?

(Libre texte)

PARTIE B : Qu'en-est-il des postulats émis par les études passées ?

B1 : Quel serait votre degré de difficulté si vous deviez aborder le sujet des Mutilations Sexuelles Féminines avec une patiente victime ?

Je ne rencontrerais aucune difficulté	<input type="checkbox"/>
J'éprouverais très peu des difficultés	<input type="checkbox"/>
J'éprouverais beaucoup de difficultés	<input type="checkbox"/>
Aborder le sujet serait impossible pour moi	<input type="checkbox"/>

B2 : Quel est votre degré de difficulté pour aborder le sujet des Mutilations Sexuelles Féminines avec une patiente victime ?

Je ne rencontre aucune difficulté	<input type="checkbox"/>
J'éprouve très peu des difficultés	<input type="checkbox"/>
J'éprouve beaucoup de difficultés	<input type="checkbox"/>
Je ne parviens pas à aborder le sujet	<input type="checkbox"/>

B3 : Identifiez, parmi les options proposées, un ou plusieurs freins pouvant selon vous impacter votre discussion autour des Mutilations Sexuelles Féminines avec les patientes victimes :

La barrière linguistique	<input type="checkbox"/>
Le manque de connaissances sur le sujet	<input type="checkbox"/>
Le fossé culturel	<input type="checkbox"/>
La crainte d'aborder un sujet traumatique et/ou tabou	<input type="checkbox"/>
La crainte d'être trop intrusive	<input type="checkbox"/>
Aucun frein rencontré	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>

B4 : Quel(s) élément(s), à l'inverse de la question précédente, facilite(nt) selon vous le discours sur les Mutilations Sexuelles Féminines avec les patientes victimes ?

Des plaquettes ou brochures associatives	<input type="checkbox"/>
Des plaquettes ou schémas illustrés telles que des plaquettes anatomiques	<input type="checkbox"/>
Un(e) interprète	<input type="checkbox"/>
Un(e) sage-femme référent(e) des violences sexuelles sur place	<input type="checkbox"/>
Un miroir	<input type="checkbox"/>
Aucun élément, dans ma pratique, ne facilite la discussion autour des Mutilations Sexuelles Féminines	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>

PARTIE C : Les recommandations de bonne pratique sur la prise en charge des Mutilations Sexuelles Féminines

En février 2020, la Haute Autorité de Santé (HAS) a mis en ligne les recommandations de bonne pratique sur la prise en charge des Mutilations Sexuelles Féminines par les professionnels de santé.

C1 : Saviez-vous que des recommandations de bonne pratique sur la prise en charge des Mutilations Sexuelles Féminines par les professionnels avaient été publiée en 2020 par la HAS ?

Oui	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>

C2 : Les avez-vous lues ?

Oui	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>

C3 : Voici le lien pour accéder aux recommandations de la HAS sur la prise en charge des Mutilations Sexuelles Féminines par les professionnels de santé de premier recours.

Merci de parcourir uniquement les pages 15 à 18 de la synthèse de ces recommandations. Les questions suivantes porteront sur l'apport de ces recommandations dans votre pratique.

[\(Lien vers les recommandations de la HAS\)](#)

C4 : Saviez-vous que ces recommandations étaient accompagnées d'outils pratiques pour aider les professionnels à aborder sereinement les Mutilations Sexuelles Féminines ?

Oui	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>

C5 : Avez-vous lu ces outils ?

Oui	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>

C6 : Voici les liens pour accéder à deux des différents outils mis en place par la HAS pour accompagner au mieux les professionnels de santé en charge des patientes victimes de Mutilations Sexuelles.
Merci de parcourir ces outils pour répondre aux questions suivantes

[\(Lien vers les outils associés aux recommandations de la HAS\)](#)

C7 : Ces recommandations et outils vous apportent-ils des solutions aux difficultés éventuellement rencontrées dans l'abord des Mutilations Sexuelles Féminines avec les patientes victimes ?
Une seule réponse possible

Oui	<input type="checkbox"/>
Un peu	<input type="checkbox"/>
Pas vraiment	<input type="checkbox"/>
Pas du tout	<input type="checkbox"/>

C8 : Ces recommandations vous semblent-elles complètes et suffisantes pour surmonter les difficultés ressenties et les divers freins rencontrés quant à l'abord des Mutilations Sexuelles Féminines avec les patientes ?

Echelle : 1= Pas du tout ; 2 = Assez peu ; 3 = Je ne peux pas statuer ; 4 = Plutôt oui ; 5 = Absolument

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>				

C9 : Après lecture de ces recommandations et outils, pensez-vous pouvoir aborder plus sereinement les Mutilations Sexuelles Féminines avec les patientes victimes ?

(Libre texte)

C10 : Si vous aviez bénéficié de ces recommandations et outils plus tôt, auriez-vous pris en charge autrement les patientes victimes de Mutilations Sexuelles Féminines que vous avez pu rencontrer depuis l'obtention de votre diplôme ?

Oui	<input type="checkbox"/>
Je pense	<input type="checkbox"/>
Peut-être	<input type="checkbox"/>
Pas vraiment	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>

PARTIE D : Les supports informatifs existants

Dans le cadre du plan national d'action pour éradiquer les Mutilations Sexuelles lancé par le gouvernement en 2019, les associations et organisations spécialisées ainsi que le Gouvernement, se sont mobilisés pour aider au mieux les professionnels œuvrant en première ligne dans la lutte menée contre ces violences. De nombreux outils et supports informatifs ont alors été élaborés pour accompagner au mieux les professionnels, et notamment les sages-femmes, dans l'abord des Mutilations Sexuelles Féminines avec les patientes.

D1 : Avez-vous à disposition dans les services hospitaliers dans lesquels vous exercez, des supports informatifs type plaquettes ou brochures portants sur les Mutilations Sexuelles Féminines ?

Oui	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>

D2 : Les utilisez-vous pour appuyer vos propos et aborder la question des Mutilations Sexuelles Féminines avec les patientes victimes ?

Oui	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>

D3 : Pour quelle(s) raison(s) n'utilisez-vous pas les documents (brochures, plaquettes...) mis à disposition dans les services concernés ?

Je n'en ai pas besoin	<input type="checkbox"/>
J'oublie que ces documents sont à ma disposition	<input type="checkbox"/>
Documents trop anciens	<input type="checkbox"/>
Supports qui ne sont pas à la portée des patientes concernées	<input type="checkbox"/>
Supports peu fiables, non-officiels	<input type="checkbox"/>
Supports peu pertinents dans leur contenu	<input type="checkbox"/>
Supports qui ne sont pas adaptés pour aborder le sujet avec les patientes	<input type="checkbox"/>

D4 : L'utilisation de ces supports vous permet-elle d'aborder plus sereinement les Mutilations Sexuelles Féminines avec les patientes victimes ?

Oui	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>

D5 : Pour quelle(s) raison(s) l'utilisation de ces documents ne vous permet-elle pas d'appuyer vos propos et d'aborder plus sereinement le sujet des Mutilations Sexuelles Féminines avec les patientes victimes ?
Justifiez brièvement votre réponse

(Libre texte)

D6 : Pensez-vous que si ces supports (types brochures, plaquettes) étaient disponibles dans les services en question, ils vous permettraient d'appuyer vos propos et d'aborder plus sereinement le sujet des Mutilations Sexuelles Féminines avec les patientes victimes ?

Oui	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>

D7 : Pour quelle(s) raison(s) ces documents ne vous permettraient-ils pas d'appuyer vos propos et d'aborder plus sereinement le sujet des Mutilations Sexuelles Féminines avec les patientes victimes ?

Je n'ai pas de difficulté pour aborder les Mutilations Sexuelles avec les patientes victimes	<input type="checkbox"/>
Tous les documents ne sont pas à la portée de toutes les patientes	<input type="checkbox"/>
Tous les documents ne sont pas compréhensibles par toutes les patientes	<input type="checkbox"/>
Tous ces supports ne sont pas fiables, pas officiels	<input type="checkbox"/>
Ces supports n'apportent pas d'éléments pour aborder plus sereinement le sujet	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>

PARTIE E : Mettre en place une plaquette illustrée à destination des patientes victimes

La grande majorité des supports informatifs mentionnés précédemment est à destination des professionnels de santé. On ne ressent que très peu de documents « tout public » ou à destination des victimes. Par ailleurs, on remarque aussi l'absence marquée des supports imagés, iconographiques, qui pourraient pourtant améliorer le dialogue uniquement verbal des sages-femmes et outrepasser certains freins à cette discussion. Dans une démarche de recherche pour aborder plus sereinement les Mutilations Sexuelles Féminines avec les patientes victimes, nous avons décidé de mettre en place, avec votre participation, une plaquette illustrative à destination des patientes victimes, sur laquelle pourraient s'appuyer les sages-femmes.

E1 : La plaquette idéale à destination d'une patiente excisée (Analphabète ou non, parlant français ou non, au fait de sa mutilation ou non...) contiendrait :

Des chiffres sur la situation mondiale et Française des MSF	
Des schémas anatomiques avec et sans les différents types de MSF	
Des schémas anatomiques avec MSF uniquement	
Des photos de MSF	
Des schémas relatifs à la reconstruction clitoridienne	
Des témoignages	
Une carte du monde mettant en évidence les régions où sont pratiquées les MSF	
Du texte uniquement	
Des noms d'associations Franciliennes	
Des numéros associatifs, numéros de professionnels spécialisés	
Le parcours de prise en charge proposé	
Des conseils hygiéniques sur les soins de plaies périnéales post-natales	
Les textes juridiques et/ou des rappels de la loi Française quant aux mutilations sexuelles féminines	
Aucun de ces éléments, je ne pense pas qu'une plaquette illustrée soit adaptée pour aborder les Mutilations Sexuelles Féminines avec les patientes victimes	
Autre	

Fin du questionnaire.

Nous vous remercions sincèrement pour le temps consacré à ce questionnaire.

Pour rappel, après analyse, les données renseignées seront supprimées.

Une plaquette illustrée sera réalisée après recueil et clôture de l'étude. Cette dite plaquette sera par la suite transmise aux cadres des différents services de gynécologie et d'obstétrique.

Bonne continuation,
Justine Courtois, Etudiante Sage-femme UVSQ

Annexe III : Plaqueette illustrée à destination des patientes victimes de MSF



CONTACTS



CIDFF (Centre d'information droits des Femmes et des familles)
Site internet : <http://www.cidff.fr>
Présent dans les Hauts-de-Seine Nord et Sud, en Seine-Saint-Denis, dans le Val-De-Marne ainsi que dans Paris

Association **MFPF** (Mouvement Français pour le Planning familial)
Site internet : <https://www.planning-familial.org/fr>
Présent dans les Yvelines, dans les Hauts-de-Seine, en Seine-Saint-Denis, dans le Val-De-Marne ainsi que dans Paris

Fédération GAMS (Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles)
Adresse : 14, passage des Soupirs, 75020 Paris
Coordonnées : +33143481087 (IDE: 06 70 83 31 73) /
contact@federationgams.org
Site internet : <https://federationgams.org>
Aussi sur Instagram & Facebook

Association **Femmes solidaires**
Coordonnées : 01 40 01 90 90 / femmes.solidaires@wanadoo.fr
Site internet : <https://femmes-solidaires.org/les-mutilations-sexuelles-feminines/>

Association **Excision, parlons-en !**
Mail : contact@excisionparlonsen.org
Adresse : 51 Av. Gambetta, 75020 Paris
Site internet : <http://www.excisionparlonsen.org/>
Aussi sur Instagram & Facebook

Etablissement de santé : **La maison des femmes de Saint-Denis**
Coordonnées : 01 42 35 61 28 / contact@lamaisondesfemmes.fr
Adresse : 1, chemin du Moulin-Basset 93200 Saint-Denis
Aussi sur Instagram

Etablissement de santé : **Institut WOMEN SAFE**
Coordonnées : 01 39 10 85 35 / accueil@women-safe.org
Adresse : 9 rue Armagis 78100 Saint-Germain-en-Laye France

Etablissement de santé : **Calyppo**
Coordonnées : 0130818783 / maisoncalypso@hopitaux-plaisir.fr
Adresse : La Pommerai, 2 avenue de Saint-Germain (pavillon numéro 2) 78370 Plaisir

Numéro d'urgence :

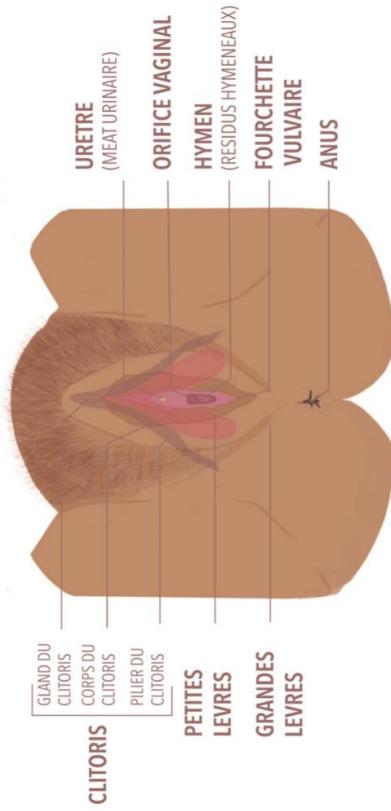
- **17** : Police et gendarmerie
- **3919** : Violences Femmes Info ; Numéro d'écoute national anonyme et gratuit destiné aux femmes victimes de violences & à leur entourage. Orientation, écoute, accompagnement, hébergement (<https://www.solidaritefemmes.org>)

LES MUTILATIONS SEXUELLES FEMINIENES

C'EST QUOI L'EXCISION ?



LA VULVE



Annexe IV : Résultats supplémentaires de l'hypothèse 1

		Au fait de la parution des RBP	Ignorent que des RBP sont parues	TOT. n(%)
Effectifs n(%)		24 (20,2%)	95 (79,8%)	119
Lecture des RBP	OUI	12 (50%)	/	12 (10%)
	NON	11 (46%)	/	11 (9,2%)
	<i>Pas de réponse</i>	1	/	1 (0,8%)
Connaissance des outils pratiques associés	OUI	11 (46%)	4 (4,2%)	15 (12,6%)
	NON	11 (46%)	91 (95,8%)	102 (85,7%)
	<i>Pas de réponse</i>	2 (8%)	0	2 (1,7%)
Lecture de ces outils	OUI	8 (73%)	2 (50%)	10 (8,4%)
	NON	3 (27%)	2 (50%)	5 (4,2%)

Tableau 3: Connaissance et lecture des RBP et des outils associés par les sages-femmes

On constate au sein de ces résultats qu'une part des sages-femmes n'ayant pas eu connaissance de la parution des recommandations officielles, connaissaient néanmoins les outils pratiques associés, publiés par la HAS. De même, près d'une sage-femme sur deux affirmant connaître les RBP, ne les avait pas lues.

Annexe V : Analyses secondaires

Comparaison des résultats en fonction de la présence ou de l'absence d'antenne de prise en charge des MSF

Il était intéressant d'étudier la difficulté dans l'abord des MSF par les sages-femmes, la connaissance et l'intégration des RBP de 2020 ainsi que la mise à disposition de documents informatifs dans les services, en fonction de la présence ou l'absence d'une antenne dédiée aux MSF au sein de la maternité. Parmi les répondants, 35% (n=47) exerçaient en établissement doté d'une antenne dédiée aux MSF contre 65% (n=87). Les résultats ainsi observés sont présentés dans le tableau suivant (Tableau 3).

	Structure	Structure	p-value
	avec antenne	sans antenne	
	(n=47)	(n=87)	
Degré de difficulté dans l'abord des MSF			
Aucune difficulté	6	6	0,68
Un peu de difficultés	28	47	
Beaucoup de difficultés	9	22	
Impossible d'aborder le sujet	1	3	
Pas de réponse	3	9	
Connaissance des RBP de 2020			
Oui	12	12	0,23
Non	31	64	
Pas de réponse	4	11	
Disponibilité des documents informatifs dans les services			
Oui	15	12	0,047
Non	15	39	
Pas de réponse	17	36	

Tableau 4: Comparaison des résultats de l'étude en fonction de la présence ou l'absence d'antenne dédiée aux MSF

On observe à travers ces résultats qu'aucune différence significative statistiquement n'est retrouvée quant au degré de difficulté reconnu dans le cadre de l'abord des MSF avec les patientes victimes.

De même, le nombre de sages-femmes au fait de la parution des RBP de la HAS de 2020 sur la prise en charge des MSF n'est pas plus élevé dans le groupe de sages-femmes travaillant dans une structure dotée d'une antenne dédiée aux MSF.

Néanmoins, on observe que les structures dotées d'une antenne sont plus souvent dotées de documents informatifs sur les MSF, sur lesquels peuvent s'appuyer les sages-femmes.

Annexe VI : Plaque de la Maison Des Femmes – Centre hospitalier de Saint-Denis

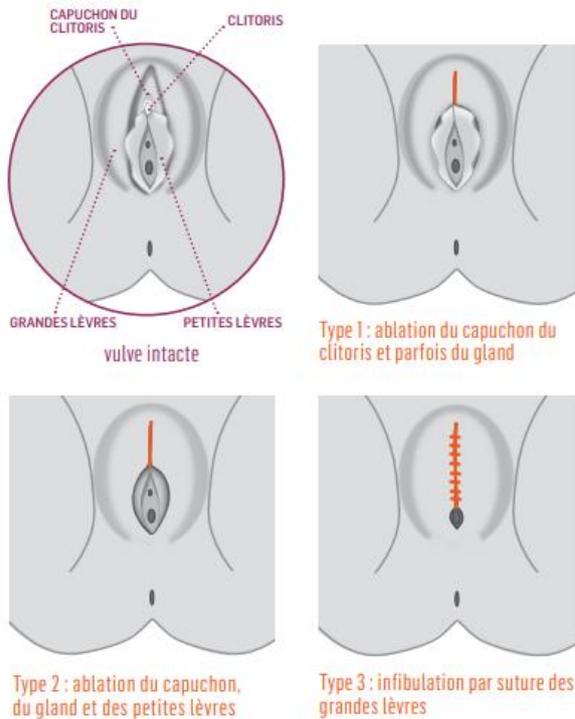


ACCUEILLIR
ET SOIGNER
LES FEMMES
VICTIMES DE
MUTILATIONS
SEXUELLES



Qu'est-ce que l'excision ?

C'est l'ablation d'une partie plus ou moins importante du clitoris et des petites lèvres. Elle peut être complétée d'une infibulation c'est-à-dire la suture bord à bord des grandes lèvres pour refermer presque totalement le vagin.



Les conséquences de l'excision

Cette ablation provoque une douleur très violente dont le souvenir peut rester très vif. Elle entraîne infections et saignements, parfois majeurs, pouvant conduire au décès. À plus long terme, différentes complications peuvent survenir telles que des conséquences sur la sexualité des femmes (douleurs, absence de plaisir, blocage du désir...) et des traumatismes psychiques.

-▶ Cette mutilation est illégale en France, comme dans de nombreux pays, et passible d'emprisonnement et d'amende.
-▶ On estime qu'il y a en France environ 120 000 femmes excisées.

LA MAISON DES FEMMES VOUS PROPOSE UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE,

avec des psychologues spécialisés, des sexologues, des gynécologues, des sages-femmes et des chirurgiens, en fonction de vos besoins spécifiques.

Des groupes de parole

sont animés par des soignants, médecins ou sage-femmes. Ils sont l'occasion de mieux comprendre la situation, d'aborder les possibilités de prise en charge, et de partager vos questions avec d'autres femmes victimes également.

La reconstruction clitoridienne

permet aux femmes victimes d'excision de retrouver une anatomie plus proche de la normale, et dans la plupart des cas la restauration de la fonction sexuelle de cet organe. Elle est pratiquée à LA MAISON DES FEMMES dans le cadre de l'accompagnement global assuré autour de cette problématique.

Vous êtes les bienvenues

rendez-vous par téléphone au : 01 42 35 61 28
ou par mail : contact@lamaisondesfemmes.fr

Inaugurée en juillet 2016, à l'entrée du Centre Hospitalier Delafontaine, LA MAISON DES FEMMES accueille toutes les femmes vulnérables ou victimes de violences et comporte un centre de planification familiale et d'IVG.

Ouverte directement sur la rue, elle offre un accueil confidentiel et sécurisé.



Centre Hospitalier de Saint-Denis

1, chemin du Moulin Basset 93200 Saint-Denis
Accueil sans rendez-vous du lundi au vendredi 9h - 16h30
ou prise de rendez-vous au 01 42 35 61 28

Planning des différents ateliers, en ligne sur le site internet.

Comment venir :

Tramway LIGNE T1 > arrêt Hôpital Delafontaine.

Bus LIGNE 153 ou 253 > arrêt Marville.

Métro LIGNE 7 > arrêt La Courneuve, puis TRAMWAY T1 > arrêt Hôpital Delafontaine / LIGNE 13 > arrêt Basilique Saint-Denis, puis BUS 153 ou 253 > arrêt Marville.

RER LIGNE D > arrêt Saint-Denis, puis TRAMWAY T1 > arrêt Hôpital Delafontaine.

Voiture Depuis l'autoroute A1, prendre la sortie n°3 (Pierrefitte, Beauvais). Le parking visiteurs est situé rue du Docteur Delafontaine.

Graphisme / illustration : Zaoum