



AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

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

APH 127 521 437
H 198083

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz



*Le rôle de la sage-femme pratiquant l'entretien
prénatal individuel dans la prévention des
mutilations sexuelles féminines*

Mémoire présenté et soutenu par
Marlène REMY

Promotion 2008



29 SEP. 2008

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz



*Le rôle de la sage-femme pratiquant l'entretien
prénatal individuel dans la prévention des
mutilations sexuelles féminines*

Mémoire présenté et soutenu par

Marlène REMY

Promotion 2008

REMERCIEMENTS

A Madame Denis, sage-femme enseignante à Nancy, pour m'avoir soutenue tout au long de mon travail, pour ses idées et ses adresses. Mais aussi pour son ouverture d'esprit et pour le partage de son expérience professionnelle en Afrique.

Aux militants contre les mutilations sexuelles féminines qui ont accepté de me consacrer de leur précieux temps pour me faire part de leur savoir et de leur vécu, mais aussi pour leur riche documentation. Sans eux ce travail n'aurait pas cette valeur.

Aux sages-femmes territoriales de Saint-Ouen, et plus particulièrement Madame Peillard pour son accueil et sa sympathie. Mais aussi à Madame Samson pour avoir organisé ce stage.

A Madame Akpémado pour le temps qu'elle m'a accordé, mais aussi pour ses conseils.

A toutes les sages-femmes qui ont participé à l'enquête, malgré le nombre de questionnaires qu'elles reçoivent chaque année de la part des étudiant(e)s.

A Céline, Dorothee, Laurène et Manue avec qui j'ai partagé ces quatre années d'école, pour leur amitié et leur soutien, mais aussi pour tous ces moments inoubliables vécus ensemble.

A Thierry pour son soutien et ses précieux conseils en informatique, à Simon pour son accueil chaleureux à Paris.

A mes parents pour avoir toujours cru en moi, pour m'avoir encouragée et aidée durant toutes ces années. A ma soeur que j'adore.

SOMMAIRE

Remerciements.....	3
Sommaire	4
Préface	8
Introduction	9
Partie 1: Présentation des mutilations sexuelles féminines et de l'entretien prénatal individuel.....	10
. Les mutilations sexuelles féminines	11
1. Définition, classification	11
2. Population victime.....	13
2.1. Pays concernés dans le monde, hors pays d'immigration occidentaux	13
2.2. Pays d'immigration	14
3. Motivations [12, 13, 30, 45, 50, 63, 68]	15
3.1. Origines [2, 9, 13, 20, 38].....	15
3.2. Motivations sociologiques [18, 21]	15
3.3. Motivations religieuses [6, 13]	16
3.4. Motivations d'ordre hygiénique et esthétique [45, 68]	17
3.5. Motivations psycho sexuelles [13, 38, 45]	17
3.6. Motivations économiques [13, 45]	17
3.7. Raisons médicales [13, 38, 45]	18
4. Mode opératoire [13, 19, 31, 33, 44, 45, 47, 61, 67]	18
5. Conséquences [2, 13, 15, 32, 38, 40, 41, 45, 69]	20
5.1. Conséquences à court terme	20

5.2.	Conséquences à moyen et long terme	21
5.3.	Conséquences psychologiques et sexuelles [3, 13, 38, 41, 44, 45]	22
5.4.	Conséquences obstétricales [8, 13, 17, 28, 38]	23
6.	Chirurgie réparatrice [5, 8, 26, 43, 45]	24
7.	Législation contre les MSF [1, 13, 45, 56, 62, 66]	25
7.1.	Chartes et conventions internationales et africaines(ANNEXE 3):	26
7.2.	En France.....	27
7.3.	Dans les pays d'immigration, hormis la France [27, 38, 44, 57, 64]	29
7.4.	Dans les pays pratiquant les MSF [45, 48, 51, 64].....	30
8.	Campagnes de prévention [10, 16, 25, 44, 52, 68].....	30
8.1.	Organismes Non Gouvernementaux, associations	30
8.2.	Actions gouvernementales	31
. L'entretien individuel ou en couple [7, 15, 22, 24, 29, 35, 37]		33
1.	Objectifs de l'entretien [7, 24, 29]	33
2.	Pratique de l'entretien [23, 29]	34
3.	Travail en réseau [14, 24, 29].....	36
 Partie 2: Etude		37
 . Questionnaires destinés aux sages-femmes		38
1.	Introduction, matériel et méthode	38
2.	Résultats	39
2.1.	Population.....	39
2.2.	Connaissances et prévention des MSF par les sages-femmes.....	40
2.3.	Ce que font ou feraient les sages-femmes face à une femme mutilée durant l'EPI.....	44
2.4.	Facteurs influençant les connaissances des sages-femmes, la prévention, et leur prise en charge des patientes mutilées en EPI.....	49

3.	Résumé et propositions d'après les résultats obtenus	63
3.1.	Connaissances, prévention et pratiques quant aux MSF des sages-femmes faisant l'EPI.....	63
3.2.	Propositions pour une amélioration de la prévention	65
.	Entretiens auprès des professionnels luttant contre la pratique des MSF.....	67
1.	Introduction, matériel et méthode	67
2.	Résultats	68
	 Partie 3: Analyse de l'étude, discussion et propositions.....	74
.	Les différents temps de l'EPI avec une femme ayant subi une MSF.....	75
1.	Savoir que la patiente a subi une MSF	75
2.	Parler avec la patiente de la MSF.....	78
3.	Mettre en oeuvre une aide et une prévention durant l'EPI	79
.	Analyse des points forts et des points faibles de l'étude.....	83
1.	Questionnaires destinés aux sages-femmes.....	83
2.	Entretiens avec les spécialistes.....	85
	 Conclusion	86
	 Bibliographie.....	87
	 Table des matières	92

Annexe 1: Prévalence des mutilations sexuelles féminines.....	96
Annexe 2: Les ethnies pratiquant les MSF [16].....	98
Annexe 3: Les Chartes et Conventions internationales et africaines	99
Annexe 4: Conclusion de la résolution du parlement européen en 2001 [42]	104
Annexe 5: Le code pénal français [59].....	106
Annexe 6: Code de déontologie des médecins et des sages-femmes	112
Annexe 7: Législation dans les pays qui pratiquent les MSF	113
Annexe 8: Recommandations de l'académie nationale de médecine visant à l'éradication des MSF	114
Annexe 9: Extrait du guide de l'égalité entre les hommes et les femmes issus de l'immigration	117
Annexe 10: Circulaire de formation	119
Annexe 11: Conditions de dialogue et techniques de communication selon la Haute Autorité de Santé	122
Annexe 12: Adapter l'accompagnement périnatal en fonction des besoins et des difficultés	123
Annexe 13: Facteurs de vulnérabilité selon la Haute Autorité de Santé.....	125
Annexe 14: Extraits de la circulaire du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médicopsychologique en périnatalité	127
Annexe 15: Faire preuve de discernement au moment de la transmission interprofessionnelle d'informations selon l'HAS.....	134
Annexe 16: Questionnaires envoyés aux sages-femmes pratiquant l'EPI.....	135
Annexe 17: Tableau du nombre de questionnaires exploités par département	144
Annexe 18: Questions posées durant les entretiens aux professionnels luttant contre les MSF	146
Annexe 19: Entretiens réalisés auprès des professionnels.....	148
Annexe 20: Brochures d'information sur les MSF.....	168
Annexe 21: Textes et images pour illustrer les MSF et leurs complications.....	191
Annexe 22: Organismes luttant contre les MSF dans les régions à risques.....	198

PRÉFACE

Les mutilations sexuelles féminines, je n'en avais jamais entendu parler avant d'entrer à l'école de sages-femmes. C'était en première année en salle de naissances, une femme venait d'accoucher d'un petit garçon, elle ne parlait pas français. Ce matin là lorsque je suis arrivée, la sage-femme m'a demandé de faire les soins vulvo-périnéaux de cette patiente en me conseillant d'être particulièrement douce car ses organes génitaux avaient de nombreux points de suture. Je me souviens surtout du visage douloureux de cette femme avec qui je ne pouvais pas communiquer verbalement... J'aurais voulu pouvoir l'aider, j'aurais voulu comprendre... Je ne veux plus que ça se reproduise.

J'ai alors cherché ce que j'aurais dû faire, ce que j'aurais dû dire... Mais aussi ce que la sage-femme doit faire avant la salle de naissances, durant la grossesse, lorsqu'il y a une mutilation sexuelle féminine. Pour aider ces femmes et leurs enfants il faut évidemment en parler avec elles, et l'entretien prénatal individuel est un moment privilégié pour la parole et l'écoute.

A travers des lectures, des recherches, une étude et des rencontres enrichissantes, j'ai construit ce mémoire. Dans l'espoir qu'un jour ces pratiques qui renforcent l'inégalité entre les hommes et les femmes dans le monde cessent.

Enfin, parce que la sage-femme a un rôle à jouer non pas seulement dans la lutte contre les mutilations sexuelles féminines mais aussi dans la sexualité des femmes en général, je souhaite citer ce paragraphe: *«Les droits fondamentaux des femmes comprennent le droit d'être maîtresses de leur sexualité, y compris de leur santé en matière de sexualité et de procréation, sans aucune contrainte, discrimination ou violence, et de prendre librement et de manière responsable des décisions dans ce domaine. L'égalité entre les femmes et les hommes en ce qui concerne la sexualité et la procréation, y compris le respect total de l'intégrité de la personne, exige le respect mutuel, le consentement et le partage de la responsabilité des comportements sexuels et de leurs conséquences.»*(extrait du Programme d'action de Pékin, accord intergouvernemental adopté par la Quatrième conférence mondiale sur les femmes organisée par les Nations Unies, paragraphe 96).

Marlène REMY, mars 2008

Introduction

Les mutilations sexuelles féminines (MSF) consistent en l'ablation partielle ou totale des organes génitaux féminins externes (OGE) pour des raisons autres que médicales. Ces pratiques dangereuses violent les droits fondamentaux des filles et des femmes, les privant de leur intégrité physique et mentale, de leur droit exempt de discrimination et de violence; jusqu'à même parfois leur retirer la vie.

Les MSF existent depuis de milliers d'années et continuent encore aujourd'hui de nuire à la santé des femmes. En effet on estime entre 100 et 140 millions le nombre de femmes mutilées dans le monde, ainsi que deux à trois millions de fillettes chaque année. Ces victimes vivent principalement dans vingt-huit pays de l'Afrique sub-saharienne. Depuis les années 1970, l'immigration des populations concernées dans les pays occidentaux fait que cette pratique est retrouvée dans des pays du monde entier. A ce jour, on estime qu'en France 43000 à 65000 filles ou femmes sont mutilées ou menacées de l'être.

L'entretien prénatal individuel (EPI) est avant tout un moment d'écoute et d'information; une consultation particulière qui est l'occasion d'évoquer des questions mal ou peu abordées avec la future mère durant les consultations de suivi de grossesse. Il devrait être une occasion, pour les femmes ayant subi une MSF, de parler de ce sujet qui demeure encore trop souvent tabou. Pour optimiser la prise en charge de ces femmes et prévenir la mutilation de leurs enfants, la formation des professionnels de santé, et ici plus particulièrement des sages-femmes, est primordiale.

Une étude a été réalisée dans le but d'évaluer les modalités de prise en charge par les sages-femmes, lors de l'EPI, des futures mères ayant subi une MSF. Pour cela, ont été questionnées des sages-femmes pratiquant des EPI dans les neuf régions de France les plus à risque de MSF (selon le Ministre de la Santé et des Solidarités, 2006). Nous avons également rencontré des professionnels luttant contre ces pratiques en France afin de trouver des réponses pour l'amélioration de la prise en charge de ces femmes durant l'EPI. La présentation de cette étude est précédée d'un état des lieux des MSF, puis des objectifs et des modalités pratiques de l'EPI.

*Partie 1: Présentation des mutilations sexuelles
féminines et de l'entretien prénatal individuel*

.LES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES

1. Définition, classification

Les mutilations sexuelles féminines ont durant longtemps été désignées par les termes circoncision féminine, excision ou « sunna ». C'est en 1990, à la conférence du Comité Interafricain sur les Pratiques Traditionnelles, qui s'est déroulée à Addis Abeba, que le terme de mutilations génitales féminines (MGF) fut choisi par les délégués afin de ne pas prêter à confusion et décrire pleinement la diversité de ces pratiques.

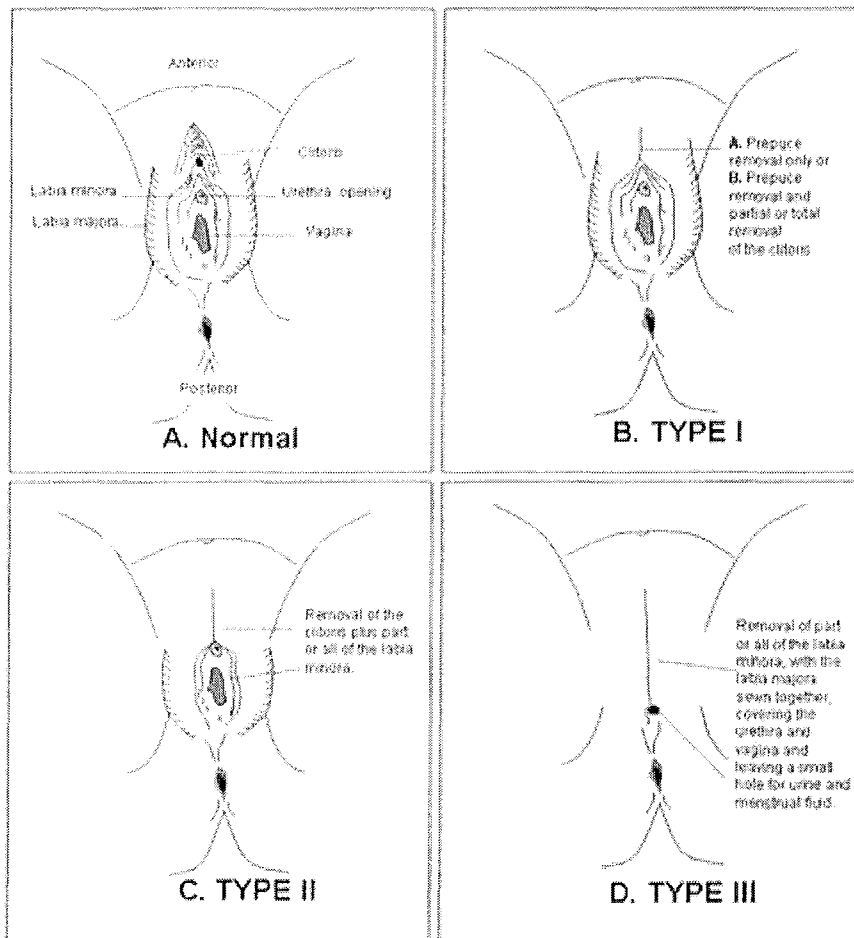
L'O.M.S a repris ce terme en 1996 pour décrire toute intervention incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou la lésion des organes génitaux féminins pratiquée pour des raisons culturelles ou religieuses, ou pour toute autre raison non thérapeutique [69]. Elle les a classées en quatre types d'après le Docteur Robin Cook en 1995 [19, 69]:

- Type I: excision du prépuce clitoridien, avec ou sans excision partielle ou totale du clitoris. C'est la « circoncision féminine vraie ».
- Type II: excision du clitoris, avec excision partielle ou totale des petites lèvres. Cette mutilation est appelée excision ou clitoridectomie. C'est la forme la plus fréquente, pratiquée dans environ 80% des cas.
- Type III: excision partielle ou totale des organes génitaux externes et suture ou rétrécissement de l'orifice vaginal. La section du clitoris et l'ablation des petites lèvres sont suivies d'un avivement ou incision des grandes lèvres, puis de leur suture par des épines d'acacias ou de leur accolement en liant solidement les membres inférieurs pendant deux à trois semaines jusqu'à cicatrisation de la plaie. Il en résulte une occlusion quasi-totale de l'orifice vulvaire. La vulve est remplacée par une cicatrice fibreuse et dure, les rapports sexuels sont alors impossibles. Seul un petit pertuis obtenu par la mise en place d'un bout de bois dans la plaie permet l'écoulement des urines et du sang menstruel. C'est l'infibulation, pratiquée dans environ 15% des cas.
- Type IV: toute autre intervention qui répond à la définition des mutilations génitales (grattage de l'orifice vaginal, incision du vagin, introduction de

substances corrosives ou de plantes dans le vagin pour provoquer des saignements ou pour rétrécir ou resserrer le vagin...).

Les différents types I, II et III de MGF selon l'OMS sont présentés sur les dessins ci-dessous qui comparent la vulve intègre aux vulves mutilées (schéma 1):

Schéma 1: L'anatomie normale de la vulve et les trois types de MGF



www.socialedge.org

Cette classification est actuellement revue et définira un cinquième type de MGF, comportant « l'incision ou le perçage du clitoris pour faire apparaître quelques gouttes de sang » [42].

Le terme de mutilation sexuelle féminine (MSF) serait plus approprié que celui de mutilation génitale féminine car il implique une ablation ou détérioration d'une partie

du sexe au plan anatomique, mais aussi une détérioration de la fonction sexuelle au plan psychosensoriel ainsi qu'au plan symbolique. Le fait d'altérer ou de dégrader le plaisir sexuel, la libido, l'accessibilité à l'orgasme ainsi qu'à la féminité de la personne au sens sexuel [2, 17]. C'est pourquoi en juin 2004, l'Académie Nationale de médecine a remplacé le terme « génital » par celui de « sexuel ». Nous parlerons donc de MSF.

2. Population victime

Dans le monde, 100 à 140 millions de filles et de femmes sont mutilées. Près de cinq pour cent des victimes vivent dans les pays du Nord, soit plus de 6,5 millions de filles et de femmes [8].

2.1. Pays concernés dans le monde, hors pays d'immigration occidentaux

En Afrique [2, 20, 40, 44, 47, 57]

Les MSF sont pratiquées à grande échelle dans vingt-huit pays d'Afrique subsaharienne, de manière plus isolée dans les pays du nord et du sud (carte 1 de l'ANNEXE 1). Dans un même pays, toutes les ethnies ne pratiquent pas les MSF, les pourcentages varient également entre le milieu urbain et le milieu rural, selon le niveau d'éducation... Les données chiffrées de l'OMS et des enquêtes démographiques et de santé (EDS), qui ne sont que des estimations nationales, montrent que la prévalence de ces pratiques est très variable selon les pays: moins de 10% au Ghana, et plus de 90% en Egypte... Les pourcentages par pays sont dans le tableau 1 de l'ANNEXE 1.

Au Moyen Orient, en Asie, en Amérique Latine [8]

Ces pratiques sont retrouvées avec une importance moindre dans certains pays du Moyen Orient (Arabie Saoudite, Bahreïn, Emirats Arabes Unis, Oman, Qatar, Syrie, Yémen) ainsi qu'en Asie (Australie, Inde, Indonésie, Malaisie, malais de Singapour) et en Amérique Latine (Pérou, Brésil, Colombie, Mexique) [2,13,20,38,45]. De ce fait, nous ne disposons pas de statistiques.

2.2. Pays d'immigration

Les pays d'immigration où l'on retrouve des MSF font partie de l'Europe occidentale, mais aussi les Etats-Unis, le Canada, l'Australie, la Nouvelle-Zélande.

Selon l'OMS, cinq à sept millions de filles et de femmes mutilées vivent dans les pays du Nord où elles ont immigré. Dans l'Union Européenne, les pays les plus concernés sont par ordre décroissant: la France, l'Italie, l'Allemagne et le Royaume-Uni [2].

En France [2, 5, 13, 20, 43]

En 2004, en France, on estimait entre 43 000 et 65 000 fillettes et/ou adolescentes mutilées ou menacées de l'être. Les migrants sont essentiellement originaires du Sénégal, du Mali, de la Mauritanie et plus récemment de Côte d'Ivoire, de Gambie et de Guinée-Conakry. Le Sénégal, le Mali et la Mauritanie traversés par le fleuve Sénégal, regroupent surtout les ethnies Mandé (Bambara, Diakhanké, Malinké, Mandingue, Nyominka, Socé, Soninké) et Halpulaar (Peul et Toucouleur) qui pratiquent les MSF.

On a pu estimer qu'en France, les émigrants d'origine Mandé représentaient 80% du flux total en provenance d'Afrique Noire, les Halpulaar représentant environ 15%. La liste des ethnies africaines pratiquant les MSF se trouve en **ANNEXE 2**.

Les départements les plus concernés sont les huit départements de l'Ile-de-France, mais aussi les départements suivants: Eure, Nord, Oise, Rhône et Seine Maritime. En Ile de France c'est l'immigration malienne qui est majoritaire, à l'échelle nationale c'est la sénégalaise.

Neuf régions ont été plus largement ciblées par le Ministère de la santé et des solidarités lors du colloque « Pour en finir avec les mutilations sexuelles féminines » le 4 décembre 2006 à Paris. Ces régions sont: l'Ile-de-France, la Haute-Normandie, la région Rhône Alpes, la Picardie, la région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA), le Nord Pas de Calais, les Pays de Loire, la Champagne Ardenne et le Poitou-Charentes.

3. Motivations [12, 13, 30, 45, 50, 63, 68]

Souvent, les motivations sont tellement fortes que les parents et autres membres de la famille perpétuent cette tradition même s'ils savent qu'elle est nuisible à leurs filles. Les motivations sont multiples et varient d'une ethnie à l'autre. Elles sont essentiellement d'ordre sociologique, religieux et psycho sexuel; mais aussi d'ordre hygiénique, médical, économique ou justifiées par des croyances mystiques.

3.1. Origines [2, 9, 13, 20, 38]

Nombreux auteurs considèrent que cette pratique a trouvé son origine dans l'Egypte ancienne, 5000 ou 6000 ans avant Jésus Christ. D'origine païenne, elle se serait développée bien avant l'apparition des religions monothéistes. La pratique aurait débuté en Mésopotamie et dans la Haute Egypte, avant d'être diffusée en Afrique, en Asie et au Moyen-Orient.

A l'époque de la colonisation la pratique de l'excision n'a soulevé aucune polémique en Europe; bien que connue des anthropologues, des administrateurs coloniaux et de l'Eglise catholique. Mais encore, les MSF ont été largement pratiquées en Europe. A l'époque des romains, au Moyen Age; et même encore au 19^{ème} siècle en Angleterre le docteur Isaac Baker Brown (1812-1873) utilisait cette technique pour traiter l'hystérie, les migraines et l'épilepsie.

3.2. Motivations sociologiques [18, 21]

En mutilant leurs filles, les parents prouvent le respect qu'ils ont envers leur culture et leurs ancêtres.

Les MSF font souvent partie des normes sociales établies. Les filles qui ne respectent pas la norme sont stigmatisées, ne seront jamais traitées comme des adultes et risquent d'être mises au ban de la société. Aussi en refusant ce geste, elles craignent d'être l'objet de moqueries et d'être ridiculisées par leurs paires et leurs parents, d'être source de déshonneur pour leur famille, ou encore ont peur de ne pas trouver d'époux. En effet, dans de nombreuses communautés la MSF est indispensable pour devenir une femme

« à part entière », elle fait partie d'un rite d'initiation de passage à la vie adulte. La douleur de l'excision est également perçue comme faisant partie de l'éducation de la fille. On croit ainsi qu'elle deviendra une personne respectueuse, calme et moins exigeante, qui acceptera docilement son rôle d'épouse.

Les populations immigrées accordent souvent une grande importance à leur appartenance ethnique, souhaitent conserver une identité culturelle où les valeurs traditionnelles et l'honneur de la famille sont primordiaux.

3.3. Motivations religieuses [6, 13]

Les MSF sont pratiquées par les musulmans, les chrétiens, les animistes et les athées. Pourtant aucune religion ne les prescrit.

Certaines populations pratiquent les mutilations car elles pensent qu'elles sont prescrites par l'Islam. Pourtant les MSF ne sont pas pratiquées par tous les pays musulmans (par exemple le Maroc, l'Algérie et la Tunisie ne les pratiquent pas); et il apparaît clairement que le Coran ne contient aucune indication quant à l'existence ou à l'obligation des MSF. Cependant, certains partisans de l'Islam invoquent un hadith de Mahomet qui aurait recommandé à Um Attiah, une exciseuse: « Si tu coupes, n'exagère pas (*la tanhaki*) car cela rend plus rayonnant (*ashraq*) le visage et c'est plus agréable (*ahza*) pour le mari ». Or ce hadith est qualifié inauthentique (*dhaiif*) au vu et au su des musulmans les plus érudits partisans des MSF.

L'église catholique ne s'est pas prononcée officiellement sur ces pratiques. Cependant, certaines églises en Afrique se sont opposées aux MSF en leur ôtant toute signification religieuse et sacrée. Par exemple lors du séminaire sur « Excision: culture et religion » organisée au Sénégal en 1993, le révérend père Lopy a déclaré: « Si Dieu a trouvé que ce qu'il a réalisé dans l'homme, comme dans la femme, est bon, pourquoi la lame, le couteau ou le tesson de bouteille viendrait-il supprimer la merveille du créateur? ».

La majorité des animistes pratiquent les MSF car elles font partie d'un ensemble de mythes et de rites dans l'adoration de multiples Dieux.

3.4. Motivations d'ordre hygiénique et esthétique [45, 68]

Le clitoris est considéré comme sale, laid et dégageant une mauvaise odeur pour les pratiquants des MSF. La jeune fille est donc impure tant qu'elle le conserve. Certains croient également que les sécrétions vaginales sont malodorantes et ne sont pas hygiéniques, mais aussi qu'en touchant ses organes génitaux en se lavant, la femme contamine ses mains, et qu'elle transférera alors ces sécrétions à la nourriture et à l'eau du repas, ce qui pourrait causer de graves problèmes de santé au reste de la famille.

Aussi, le clitoris est inesthétique car il est considéré comme hypertrophique même s'il est de taille normale. Et dans certaines ethnies existe une croyance selon laquelle le clitoris grandirait et pendrait entre les jambes à partir de la puberté, tel un pénis. Il faut donc l'enlever pour être belle.

3.5. Motivations psycho sexuelles [13, 38, 45]

Les MSF permettraient de préserver la virginité avant le mariage, d'éviter à la jeune fille de se masturber, puis de prévenir l'adultère par inhibition du désir et du plaisir sexuel féminin. Mais aussi elles augmenteraient le plaisir de l'homme lors des rapports sexuels lorsque l'orifice vaginal est rétréci, et la pénétration serait plus agréable car débarrassée des obstacles tels que le clitoris et les nymphes. Quant à l'infibulation, elle protégerait du viol (lorsque le mari est absent par exemple), rendant toute pénétration impossible.

Dans certaines ethnies le clitoris aurait des pouvoirs maléfiques (il peut entraîner la mort par exemple). Il faut donc l'enlever pour être protégée.

3.6. Motivations économiques [13, 45]

Les exciseuses bénéficient d'une place importante dans la société, elles sont respectées et écoutées (elles viennent d'ethnies qui excisent de mère en fille), leurs revenus sont plus élevés que la moyenne. Si elles cessent leurs pratiques, elles perdent donc leur source de revenu, mais aussi leur statut social.

De plus, lors du mariage, la famille de la mariée reçoit une dot de celle du marié. Or si la future épouse n'est pas mutilée, soit le mari ne voudra pas d'elle, soit la valeur de la dot sera inférieure à celle qui aurait été donnée si elle avait été mutilée. Cette dot est importante pour la famille de la jeune fille car elle permet le mariage de leurs fils, donc l'assurance de la continuité familiale.

Dans certaines sociétés, les jeunes filles reçoivent des cadeaux, des vêtements, des bijoux et de la nourriture après avoir été mutilées. Dans les familles pauvres, ces récompenses sont un incitatif important pour les jeunes filles dont les soeurs plus âgées ont été excisées. Ainsi bien des jeunes filles supplieront leurs parents d'organiser leur excision, mais la plupart d'entre elles ne savent rien de ce qui les attend vraiment car ce sont des secrets bien gardés.

3.7. Raisons médicales [13, 38, 45]

Certains défenseurs des MSF leur attribuent des vertus sur la santé des femmes. Des médecins, notamment en Egypte où la pratique des MSF est de plus en plus médicalisée, affirment que ces pratiques préviendraient le cancer du col de l'utérus, des affections inflammatoires génitales et les maladies sexuellement transmissibles.

On retrouve encore des croyances disant que ces pratiques favoriseraient la fertilité; par le maintien de l'érection et une rétention de sperme dans le vagin grâce à l'étroitesse de ce dernier et parce que les sécrétions du clitoris tueraient le sperme. Elles favoriseraient également le maintien et le bon déroulement de la grossesse, mais aussi de l'accouchement (car le clitoris pourrait étouffer le bébé en recouvrant ses narines).

4. Mode opératoire [13, 19, 31, 33, 44, 45, 47, 61, 67]

Le mode opératoire de pratique des MSF varie selon l'ethnie, le pays, le milieu socio-économique, le lieu de vie rural ou urbain, le niveau de scolarisation...

Les MSF sont le plus souvent pratiquées par une femme ayant le titre d'exciseuse. Elles héritent ce titre de leurs ancêtres, il leur apporte le respect et de l'argent. Elles n'ont aucune connaissance médicale et utilisent toutes sortes d'instruments sans aucune

asepsie ni anesthésie: couteaux, morceaux de verre, lames de rasoir, tessons de bouteilles... Les filles et les femmes sont mutilées individuellement ou en groupe, avec ou sans festivités; cela dépend des coutumes locales mais aussi des risques de répression par les autorités locales. Parfois des soins post-opératoires sont assurés par l'exciseuse ou par la famille; ils peuvent être à base d'herbe, de cendres, de boue, de grattage de la cicatrice avec une lame... Souvent, les jambes de la fillette sont attachées pendant une dizaine de jours pour éviter le risque de réouverture de la plaie; miction et défécation se font ainsi in situ, durant toute la durée de l'immobilisation [55]. Si la jeune fille meurt d'hémorragie ou d'infection, l'exciseuse ne sera pas accusée car il s'agira de la volonté divine ou du fait des mauvais esprits.

Actuellement la médicalisation de ces pratiques est en hausse, notamment en Egypte, en Guinée et au Mali, reflétant l'influence de certaines campagnes de préventions qui soulignent les risques sanitaires associés aux MSF. Pourtant, cette médicalisation est clairement condamnée par l'OMS [39] et a été récemment dénoncée par le conseil national de l'ordre des médecins, par l'Académie nationale de médecine ainsi que par la fédération internationale de gynécologie obstétrique [47].

Dans les pays d'immigration, ces mutilations étaient facilement pratiquées par des exciseuses qui venaient du pays d'origine, sur place. Elles étaient rémunérées par la famille. Suite à la médiatisation des procès qui leur ont été infligés, les exciseuses sont plus réticentes à se déplacer, les mutilations se pratiquent désormais surtout lorsque la jeune fille retourne au pays (pour les vacances par exemple).

Les mutilations peuvent être pratiquées sur le nouveau-né, l'enfant, la jeune fille, et plus rarement sur la femme adulte. La tendance actuelle est à un abaissement très marqué de l'âge de l'excision dans les pays ayant des lois contre ces pratiques car plus la fille est jeune plus c'est facile à « cacher » et moins elle est réticente.

Dans les pays d'immigration, l'âge dépendra des possibilités financières de la famille pour retourner au pays. Il faut noter que lors d'un retour au pays, la jeune fille peut être mutilée contre le gré des parents par une autorité morale de la famille ou du groupe qui juge ce geste nécessaire.

5. Conséquences [2, 13, 15, 32, 38, 40, 41, 45, 69]

La fréquence et la nature des conséquences dépendent surtout du type de mutilation, mais aussi des conditions dans lesquelles ce geste a été accompli (hygiène, expérience de l'opérateur, réticence de la victime...). Elles sont maximales après l'infibulation. Aussi pour les nouveau-nés et les nourrissons, dont les organes génitaux externes sont petits et pas encore complètement formés, le risque de couper beaucoup plus que prévu est élevé.

5.1. Conséquences à court terme

- Le décès peut être la conséquence des complications énoncées ci-dessous.
- La douleur suraiguë provoquée par la section d'un organe extrêmement innervé. Cette douleur associée à la peur, l'angoisse et l'épuisement dû aux cris peut aller jusqu'à l'état de choc neurogénique.
- Les lésions des organes voisins (urètre, vagin, périnée, voire rectum) sont courants, d'autant plus que la fillette terrorisée se débat. La jeune fille est maintenue fortement lorsqu'elle se défend, cela peut aboutir à des fractures (fémur, clavicule, humérus), à des dislocations de hanche.
- La rétention d'urine réflexe est due à la douleur, à la peur engendrée par l'écoulement d'urine sur les plaies, à l'oedème, à l'inflammation, à l'hématome, ou à la lésion de l'urètre à l'origine de sténose.
- L'hémorragie due à la section des artères cavernueuses et de l'artère dorsale du clitoris peut entraîner une anémie sévère, voir un état de choc hémorragique.
- Les infections aiguës sont favorisées par les pansements traditionnels, l'immobilisation prolongée durant laquelle la fillette baigne dans ses urines et ses excréments. Elles restent locales (abcès vulvo vaginaux ou pelviens, phlegmons, adénite) ou s'étendent (endométrite, une salpingite voire une pelvipéritonite), voir se généralisent (gangrène gazeuse, septicémie). Ces complications tendent à se raréfier du fait de l'utilisation des antibiotiques et des vaccins.

Lorsque le même outil est utilisé pour plusieurs fillettes, il y a un risque de transmission de maladies hématogènes telles que les hépatites B ou C et le sida. Lorsque

l'outil est souillé par la terre il y a un risque de contamination par le tétanos. L'infibulation entraînerait un risque supplémentaire car l'étroitesse du vagin augmente les risques de lésions et de saignements lors des rapports sexuels.

5.2. Conséquences à moyen et long terme

- L'anémie due aux saignements peut être sévère et favorisera l'infection.
- Les troubles urinaires à type de dysurie, de rétention d'urine chronique, favorisant les infections urinaires chroniques donc les pyélonéphrites voire l'insuffisance rénale. Des cas de lithiases sont également décrits. Les efforts de poussée pour évacuer les urines peuvent entraîner à long terme des cystocèles. Ces troubles sont encore plus fréquents chez la femme infibulée car le méat urétral est obstrué par le pont cicatriciel. Les lésions (sphinctériennes urétrales, fistules uréthro vaginales) peuvent aussi aboutir à des incontinences urinaires.
- L'incontinence anale par lésion sphinctérienne, fistule recto vaginale.
- Les infections génitales basses dues à une vulvo vaginite, une cervicite, une stase des sécrétions (urine, leucorrhées, menstruations), une contamination fécale par fistule recto vaginale; peuvent entraîner des infections génitales hautes sources de salpingites, endométrites, synéchies. Elles sont d'autant plus fréquentes chez la femme infibulée.
- L'accolement des petites lèvres ou pseudo-infibulation est une complication des MSF de type II. Les adhérences vulvaires après la cicatrisation couvrent le méat urinaire. Cet accolement est d'autant plus fréquent que l'âge de la fillette est bas.
- Les dysménorrhées sont observées. En cas d'infibulation, lorsque l'orifice vaginal est trop petit le sang peut stagner dans l'utérus entraînant un hématocolpos source d'aménorrhée, à l'origine d'algies pelviennes, d'infections des voies génitales voire d'endométriose.
- Les cicatrices chéloïdes sont des bourrelets cicatriciels épais, fibreux et inesthétiques pouvant interférer avec la miction et la fonction sexuelle. Elles sont favorisées par une cicatrisation lente, incomplète, et la survenue d'infection.
- Les kystes épidermiques ou dermoïdes résultants de l'inclusion d'épiderme ou de glandes sudoripares dans la cicatrice. Ils sont bénins mais peuvent devenir très

invalidants; selon leur taille et leur localisation ils peuvent entraîner une douleur insupportable, s'inflammer voir se surinfecter.

- Le névrome cicatriciel du nerf dorsal du clitoris dû à l'emprisonnement de ce nerf dans un point de suture ou dans la cicatrice; entraîne l'apparition d'une tumeur très sensible interdisant tout contact jusqu'à parfois gêner la position assise.
- Les dyspareunies sont fréquentes, résultant des complications citées ci-dessus mais aussi des complications psychologiques, et du rétrécissement de l'orifice vaginal en cas d'infibulation.

5.3. Conséquences psychologiques et sexuelles [3, 13, 38, 41, 44, 45]

La MSF est très traumatique pour la fille ou la femme qui la subit. Le plus souvent la jeune fille ne comprend pas ce qui va lui arriver, elle est donc dans la crainte et l'incompréhension. Durant ce geste le plus souvent réalisé sans anesthésie, la douleur est indescriptible; d'autant plus que la victime sera violentée physiquement si elle se débat.

- Les complications psychologiques retrouvées sont l'insomnie, les cauchemars récurrents, la perte d'appétit, la perte de poids ou la prise de poids excessive, les crises de panique, les difficultés de concentration et d'apprentissage, et d'autres symptômes résultant d'un stress post-traumatique. Des complications inesthétiques (kystes, cicatrices chéloïdes) peuvent engendrer une anxiété, une honte, voire une peur du cancer. De plus, la femme mutilée immigrée rencontre des problèmes d'identité sexuelle lorsqu'elle est confrontée à des femmes non mutilées, et aux habitudes sociales différentes de son pays d'origine. Dans ce cas elle peut ressentir une frustration immense, prenant conscience qu'elle a été amputée d'un organe symbole de féminité [8].
- Les complications sexuelles sont les dyspareunies, la diminution de la libido, la sécheresse vaginale, le vaginisme, l'anorgasmie, la diminution ou l'absence de plaisir, la peur de l'acte sexuel. C'est là encore un sujet tabou sur lequel les femmes s'expriment peu. Une publication fait part des complications masculines

[4]: les deux tiers des hommes déclarent avoir des problèmes sexuels du fait de la mutilation de leurs femmes (difficulté de pénétration, inflammation du pénis), et la majorité des hommes disent préférer avoir une partenaire non mutilée.

5.4. Conséquences obstétricales [8, 13, 17, 28, 38]

La fréquence et la gravité des complications obstétricales sont corrélées au type de MSF et aux conditions d'accouchement.

Pendant la grossesse

Les mutilations, surtout de type II et III, augmentent le risque d'infections génitales basses, d'infections urinaires et de pyélonéphrite durant la grossesse. D'où un risque augmenté de fausse couche tardive, d'accouchement prématuré ou de rupture prématurée des membranes. Aussi les infections urinaires compliquées peuvent engendrer une insuffisance rénale, celle-ci peut entraîner une hypertension gravidique et toutes les complications obstétricales qui en découlent.

Pendant le travail et l'accouchement

La surveillance du travail par toucher vaginal ou la réalisation d'un sondage urinaire peuvent être difficile car souvent la cicatrice reste très sensible, les gestes doivent donc être particulièrement prudents et doux. En cas d'infibulation cette surveillance est impossible, même la pose d'un spéculum et le sondage évacuateur peuvent s'avérer difficiles voire impossibles.

Les mutilations de type II et III augmentent la durée de la deuxième phase de travail du fait de la sclérose des tissus vulvaires et périnéaux, il y a donc un haut risque d'hypoxie foetale. Aussi la pression prolongée de la présentation foetale peut entraîner une ischémie voire une nécrose des cloisons vésico-vaginales et recto-vaginales, en résulteront des fistules vésico-vaginales et recto-vaginales.

Les tissus cicatriciels manquant d'élasticité, les déchirures périnéales postérieures mais surtout antérieures sont fréquentes au moment du dégagement de la

tête foetale. L'épisiotomie permet seulement la prévention des déchirures du périnée postérieur. En cas d'infibulation, l'expulsion ne peut se faire normalement s'il n'y a pas eu de désinfibulation. La désinfibulation devra être faite pendant le travail et l'épisiotomie préventive est recommandée. Dans les ethnies qui pratiquent l'infibulation les femmes sont réinfibulées juste après l'accouchement: cette pratique est interdite en France.

Selon une étude de l'OMS en 2007, les MSF sont à l'origine d'une augmentation du nombre de césariennes, d'hémorragies de la délivrance, de réanimations néonatales ; les taux de morbidité et de mortalité néonatale seraient également augmentés [46].

Pendant le post-partum

Les fistules vésico-vaginales et recto-vaginales se révèlent au 10^{ème} ou 12^{ème} jour des suites de couches sous forme d'incontinence urinaire ou anale. Les infections urinaires et génitales sont plus fréquentes.

6. Chirurgie réparatrice [5, 8, 26, 43, 45]

Depuis huit ans, une technique publiée en 2004 et 2006 permet la réfection du clitoris. L'intervention peut être proposée à toute femme ayant subi une MSF à condition qu'elle soit majeure. Elle est prise en charge par la sécurité sociale, dure moins de trente minutes et nécessite vingt-quatre heures d'hospitalisation. Elle est couplée à un entretien psychologique voire sexologique sur l'anatomie, les changements du corps, le rôle des organes érectiles, la sexualité; mais aussi à une information sur les principes techniques et les suites opératoires, à une enquête préalable sur la sexualité afin d'évaluer l'amélioration envisageable, et enfin à un suivi médico-psychologique.

Il s'agit d'une chirurgie plastique reconstructrice de l'organe lui même, sans transposition d'autres tissus: la résection de la cicatrice permet de retrouver en profondeur le moignon clitoridien qui est libéré après section du ligament suspenseur du clitoris. L'extrémité du moignon est ensuite dégagée du tissu cicatriciel par résection des couches scléreuses, mettant à nu le tissu sain. Le néo gland est alors fixé en position physiologique. Bien sûr, dans le temps préalable à la reconstruction clitoridienne, sont

traitées les éventuelles complications de l'étage antérieur: ablation des kystes, des cicatrices chéloïdes, des abcès, des corps étrangers...

La chirurgie reconstructrice des petites lèvres est systématiquement effectuée dans le même temps: il s'agit d'une désinfibulation vraie ou d'une reconstruction de l'amarrage labial supérieur. Enfin, le périnée postérieur est très souvent atteint donc les fourchettes sont reconstruites, les béances vulvaires sont traitées et les cicatrices douloureuses sont reprises.

Cette technique est simple et donne de bons résultats. Mais il est important d'apporter à la patiente une information très précise concernant les résultats esthétiques qui vont être obtenus et le délai nécessaire à la récupération fonctionnelle. Une étude prospective du Docteur Pierre Foldès en collaboration avec Christine Louis Sylvestre à ce propos a été faite sur une série de 453 cas qui avaient des MSF de type II ou III [26]. En ce qui concerne l'esthétique du néo clitoris de ces femmes: rarement il n'y a pas ou peu de changement (1%) ou il est palpable mais non visible (11%), le plus souvent il y a une saillie clitoridienne visible (30%) ou le gland est exposé sans capuchon (37%) ou il est proche de la normale (21%). En ce qui concerne sa fonctionnalité: rarement il y a de la douleur et pas de plaisir (1 femme) ou une gêne légère (3%), parfois il y a une petite amélioration et pas de douleur (19%) ou une sexualité clitoridienne normale (14%), le plus souvent il y a une réelle amélioration sans orgasme (32%) ou parfois un orgasme clitoridien (29%).

7. Législation contre les MSF [1, 13, 45, 56, 62, 66]

La soumission des femmes à ces pratiques culturelles traditionnelles porte gravement atteinte à leur intégrité physique et mentale, et par conséquent à un droit fondamental sanctionné par plusieurs conventions internationales et par les constitutions de tous les états membres de l'union européenne. La législation réprime ces pratiques dans de nombreux pays d'immigration, dont la France, mais aussi dans certains pays hors pays d'immigration.

7.1. Chartes et conventions internationales et africaines(ANNEXE 3):

- La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, de 1948, est le premier accord international pour lutter contre les MSF. Elle prône l'accès à la santé pour tous et déclare que « nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants ». Elle est renforcée par la Convention Européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales de 1950.
- Les deux Pactes Internationaux relatifs aux Droits Civils et Politiques et aux Droits Economiques, Sociaux et Culturels, de 1966, ne font pas explicitement allusion aux MSF mais condamnent les discriminations fondées sur le sexe et reconnaissent de droit universel à jouir du meilleur état de santé possible.
- La Convention Internationale pour l'Elimination de toutes les formes de Discrimination à l'Egard des Femmes, signée en 1979 suite à la conférence de Khartoum organisée par l'OMS est la première médiatisation des MSF. Cette convention a été ratifiée par la France et de nombreux pays africains (ANNEXE 7). Entrée en vigueur le 13 janvier 1984 , elle dispose dans son article 2 que: « Les Etats parties s'engagent à prendre toutes les mesures appropriées, y compris les dispositions législatives, pour modifier ou abroger toute loi, disposition réglementaire, coutume ou pratique qui constitue une discrimination à l'égard des femmes. »
- La Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples entrée en vigueur le 21 octobre 1986, à laquelle plus de cinquante états africains ont adhéré (ANNEXE 7); puis la Convention Internationale contre la Torture, les Peines et les Traitements Inhumains et Dégradants de 1984 et la Convention sur les Droits de l'Enfant entrée en vigueur le 6 septembre 1990 ratifiée par la France et de nombreux pays africains, compléteront les mesures législatives prises lors de la Convention internationale pour l'élimination de toutes les discriminations à l'égard des femmes et des fillettes.
- La Charte Africaine des Droits et du Bien Etre des Enfants de 1999 lutte implicitement contre les MSF en disposant que: « Les Etats parties à la présente Charte prennent toutes les mesures appropriées pour abolir les coutumes et les pratiques négatives, culturelles et sociales qui sont au détriment du bien-être, de

la dignité, de la croissance et du développement normal de l'enfant [...] ». Nombreux pays pratiquant les MSF l'ont ratifiée, mais seulement parfois signée (ANNEXE 7).

- Le protocole relatif aux Droits des Femmes à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des peuples adopté à Maputo le 11 juillet 2003 vient en complément de la Charte Africaine. Il condamne explicitement pour la première fois les MSF et garantit aux femmes des droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels. Il engage également les gouvernements africains qui ne l'ont pas déjà fait à inclure dans leur constitution nationale et autres instruments législatifs ces principes fondamentaux et à veiller à leur application effective. Nombreux pays pratiquant les MSF l'ont ratifiée ou signée (ANNEXE 7).

En 2001, une résolution du Parlement Européen condamne les MSF en tant que violation des droits humains fondamentaux et demande entre autres à la Commission Européenne d'élaborer un programme complet pour éliminer la pratique des MSF dans l'Union européenne, lequel devrait « établir des mécanismes juridiques et administratifs, mais également préventifs, éducatifs et sociaux permettant aux femmes victimes et en situation de l'être d'obtenir une véritable protection » (ANNEXE 4) [42].

7.2. En France

Code pénal [52, 56, 59, 62] (ANNEXE 5)

Il n'existe pas en droit français de qualification juridique spécifique pour les faits de MSF. Depuis 1979, il y a eu en France plus de quarante procès qui ont condamné les exciseuses mais aussi les parents des fillettes mutilées. Au départ, les MSF étaient considérées comme un délit, depuis l'arrêt du 20 août 1983 de la Cour de Cassation elles sont considérées comme un crime et relèvent donc de la cour d'assise. La loi s'applique à toute personne vivant en France quelle que soit sa nationalité. Elle protège également le mineur même s'il est de nationalité étrangère résidant habituellement en France (article 222-16-2) depuis la loi n°2006-399 du 4 avril 2006.

La pratique des MSF peut être poursuivie et sanctionnée en matière criminelle:

- 10 ans de réclusion criminelle et 150 000 euros d'amende (article 222-9);
- 15 ans de réclusion criminelle lorsque ces violences sont commises à l'encontre de mineurs de quinze ans (article 222-10) ;
- 15 ans de réclusion criminelle (article 222-7), et réprimée à hauteur de 20 ans de réclusion criminelle (article 222-8) quand elles entraînent le décès de la victime mineure de quinze ans sans l'intention de le donner;
- 3 ans de réclusion criminelle et 75000 euros d'amende si ces violences ont entraîné une interruption de travail supérieure à huit jours (article 222-12), 5 ans et 75 000 euros d'amende lorsque l'infraction est commise contre un mineur de moins de 15 ans.

L'exciseuse est l'auteur de la mutilation, mais elle n'agit pas de son propre chef, et **les parents peuvent être poursuivis pour complicité d'infraction** et encourir les mêmes peines que l'exciseuse (article 121-6).

Les lois françaises sont applicables même si la mutilation a lieu dans le pays d'origine (article 113-7), donc les parents faisant mutiler leurs filles à l'étranger sont passibles des mêmes peines que si le geste se déroulait en France.

La victime dispose d'un délai de vingt ans après sa majorité pour **porter plainte** et faire condamner ces pratiques devant la justice française depuis la loi n°2006-399 du 4 avril 2006. Les **dommages et intérêts** au profit des victimes sont de 25000 euros par enfant depuis la jurisprudence de janvier 2004.

La possibilité de **lever le secret professionnel** en cas de MSF est prévue (articles 226-2-2, 226-4, 434-1, 434-3) lorsque la personne contrainte au secret a connaissance de la mutilation ou du risque de mutilation d'un mineur ou toute autre personne n'étant pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou son incapacité physique ou psychique ou d'un état de grossesse.

Le délit de non-assistance à personne en danger s'applique à toute personne qui ne signale pas le danger qu'encourt une personne menacée de MSF, que celle-ci soit prévue en France ou à l'étranger (article 223-6).

La loi du 10 juillet 1989 sur la protection de l'enfance rappelle **l'obligation de signalement** aux autorités judiciaires ou administratives. Ainsi, un professionnel de

santé confronté à un projet de MSF se doit de faire une démarche de signalement. Selon la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, ce signalement doit être fait au président du Conseil Général ou au responsable désigné par lui: ils sont représentés par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Le président du Conseil Général décidera d'en avertir le Procureur de la République. Si la situation est particulièrement grave, le signalement peut être directement fait au Procureur de la République (article L.226-4).

Codes de déontologie (ANNEXE 6)

Le médecin ou la sage-femme ne respectant pas son code de déontologie quant à la protection de la santé de ses patients s'expose également à des sanctions prises par son Conseil de l'Ordre, pouvant aller jusqu'à l'interdiction d'exercice de la profession.

Droit d'asile [53]

Le droit d'asile est défini par la Convention de Genève, mais aussi par la protection subsidiaire créée par la loi en 2003 pour les personnes dont la situation ne relèverait pas du champ d'application de la Convention de Genève mais qui encourraient des atteintes à leur intégrité en cas de retour dans leur pays d'origine.

Actuellement, d'après la jurisprudence de la Commission des Recours des Réfugiés, les femmes entendant se soustraire à une mutilation sexuelle peuvent obtenir le statut de réfugié si les autorités de leur Etat ne leur offre aucune protection.

7.3. Dans les pays d'immigration, hormis la France [27, 38, 44, 57, 64]

Une législation contre les MSF existe en Australie (seulement pour l'infibulation), aux Etats-Unis, au Canada, en Nouvelle Zélande.

En Europe, une législation spécifique contre les MSF existe dans les pays suivants: Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, Grèce, Irlande, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Suède et Suisse. Plusieurs de ces pays intègrent le principe d'extraterritorialité dans leur législation pour éviter que l'interdiction juridique n'incite les familles à renvoyer les femmes et les filles dans leur pays d'origine pour y subir les MSF.

7.4. Dans les pays pratiquant les MSF [45, 48, 51, 64]

Ils sont nombreux à avoir adopté des lois visant à éradiquer les MSF (ANNEXE 7). Malheureusement les applications pénales sont rares, car souvent ces lois ont été créées pour satisfaire des obligations exigées par les conventions internationales et ne sont pas le reflet d'une volonté de lutte contre ces mutilations. Aussi, souvent les lois ne sont pas appliquées en raison d'instabilité politique, de corruption ou parce que l'Etat ne parvient pas à rejoindre l'ensemble de la population. Dans d'autres pays des lois n'ont pas été votées mais le code pénal permet des sanctions, ou alors les gouvernements luttent activement en favorisant des campagnes de promotion de la santé.

8. Campagnes de prévention [10, 16, 25, 44, 52, 68]

Les communautés qui pratiquent les MSF voient souvent les gouvernements et les organismes internationaux comme désirants s'ingérer dans leurs affaires personnelles, afin de détruire leur culture, leur identité. Pour instaurer une discussion ouverte, il faut pouvoir compter sur l'appui de personnes locales respectées par la communauté et ayant de la diplomatie et une profonde connaissance de la culture.

Les communautés détiennent les rênes de leur propre développement, il n'est pas possible de leur imposer un abandon des MSF. Le rôle de l'état et des organismes internationaux ne peut donc être que de créer un environnement qui favorise un changement de comportement. Pour créer cet environnement, jouent un rôle le cadre politique (par la mise en place de législation nationale et de programme national), la sensibilisation (des leaders d'opinion, politiques, religieux, du personnel médical, du personnel enseignant, la collaboration avec les médias) et le support aux organismes non gouvernementaux (ONG) locaux (renforcer leur capacité, leur donner un support technique et financier).

8.1. Organismes Non Gouvernementaux, associations

En Afrique les ONG les plus connues sont le Comité Inter-Africain qui a reçu de l'ONU en 1984 le mandat d'identifier les causes véritables des MSF et les moyens de

les combattre. A cette fin, des comités ont été institués dans 28 pays africains avec pour finalité de promouvoir des campagnes de formation et d'information et la production de matériel d'information et d'éducation. Suite à cette opération de sensibilisation et de pression, une dizaine de pays africains ont promulgué des lois prohibant, à des degrés divers, les MGF. L'ONG Tostan créée en 1991 en collaboration avec l'UNICEF a un impact également très important dans la prévention des MSF. Son siège est au Sénégal, mais il est aussi intervenu dans d'autres pays comme le Burkina Faso, le Mali, le Soudan... Il a montré que pour être efficace, la population doit être intégrée et active dans la prévention. Le programme repose donc sur l'enseignement de la démocratie et des droits de la personne comme fondements du développement de la communauté, traite également de questions telles que l'hygiène, la santé, l'alphabétisation et l'enseignement des techniques de gestions.

En France, les principales ONG et associations luttant contre les MSF sont le Groupe de femmes pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (GAMS) qui est la section française du Comité Inter-Africain, la Commission pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (CAMS), le Mouvement Français du Planning Familial, Amnesty International et la Délégation Régionale du Droit des Femmes et à l'Egalité.

8.2. Actions gouvernementales

Dans de nombreux **pays d'Afrique** il existe des campagnes gouvernementales de lutte contre les MSF.

En France, le gouvernement a également décidé de prendre position dans cette lutte. Une campagne d'information en direction du public et des professionnels s'est déroulée en 1993 utilisant un guide "Nous protégeons nos petites filles". En effet, une circulaire relative à l'intégration des populations immigrées (circulaire DPM 94/42 du 19/12/94) inscrit la prévention des MSF dans les orientations d'actions des départements accueillant les populations susceptibles d'être concernées (départements de l'Ile de France, Nord, Oise, Bouches-du-Rhône, Seine-Maritime et Eure).

Ensuite, en juin 2004, l'Académie Nationale de Médecine a émis des recommandations visant à l'éradication des MSF (**ANNEXE 8**).

Aussi, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a prévu parmi ses cinq plans stratégiques, un plan national de lutte visant à réduire l'impact de la violence sur la santé. Les travaux préparatoires à ce plan ont identifié le sujet des MSF, qui porte atteinte à la santé et à la dignité de la personne, comme essentiel et formulé des recommandations visant à faire disparaître ces pratiques à l'horizon 2010.

Un colloque national a eu lieu en décembre 2006, organisé par le Ministre de la Santé et des Solidarités, au cours duquel un plan national et local d'action pour l'abolition des MSF a été organisé, ayant pour objectifs [11]:

- disposer de données actualisées pour mieux estimer la population susceptible d'être concernée par les mutilations en France, mieux comprendre les fondements de ces pratiques et évaluer le nombre de femmes pouvant relever d'une prise en charge chirurgicale;
- prévenir toute nouvelle MSF chez les jeunes filles vivant en France grâce: aux plates formes de l'Agence Nationale de l'Accueil des Etrangers et des Migrations (depuis avril 2007, est distribué sur ces plates formes un nouveau guide d'égalité entre les hommes et les femmes qui désormais informe sur les MSF (**ANNEXE 9**)), au contrat d'accueil et d'intégration, à un outil d'aide au repérage des mutilations génitales féminines pour les enseignants disponible à la rentrée 2007, à des informations sur le site internet du Ministère de la Santé afin que toute personne ayant repéré une fillette menacée puisse trouver un contact d'aide approprié, à l'augmentation du soutien financier des associations dans les régions concernées, à la création de permanences « accueil et écoute » dans les cinq régions à risque qui n'en ont pas, à la formation des professionnels de santé susceptibles d'être concernés par ce sujet (d'où une circulaire quant à la formation (**ANNEXE 10**) pour que ces femmes soient prises en charge par le personnel de santé adéquat (psychologue, sexologue...), au développement des coopérations internationales.

Durant ce colloque de décembre 2006 les informations, les témoignages et les mises au point que les intervenants ont apporté étaient également destinés à être diffusés dans les neuf régions identifiées comme prioritaires: Nord Pas de Calais, Rhône Alpes, Pays de Loire, Poitou-Charentes, Picardie, Ile de France, Champagne Ardennes, Haute Normandie, Provence-Alpes-Côte d'Azur. De plus neuf séminaires ont été programmés entre décembre 2006 et février 2007 dans chacune de ces régions.

.L'ENTRETIEN INDIVIDUEL OU EN COUPLE [7, 15, 22, 24, 29, 35, 37]

L'entretien individuel ou en couple (EPI), prévu par le plan périnatalité 2005-2007: Humanité, Proximité, Sécurité, Qualité doit être proposé à la femme enceinte par le professionnel de santé qui confirme la grossesse, même si ce dernier n'assure pas, par la suite, le suivi médical de la femme enceinte. Depuis la loi du 5 mars 2007, cet entretien doit être systématique (article L.2112-2 du code de santé publique).

Malgré sa dénomination, cet entretien peut avoir lieu à tout moment au cours de la grossesse. Il est conduit par une sage-femme ou un médecin. Quatre mots-clés sont à retenir pour sa pratique: écoute, information, prévention, orientation. Sa durée minimum est de 45 minutes. Il s'agit d'un entretien, donc d'un dialogue à instaurer et non d'une consultation prénatale. Il est coté CS 2,5 à la nomenclature générale des actes professionnels depuis décembre 2004, bientôt classification commune des actes médicaux (CCAM). Dans le contexte actuel de la démographie professionnelle des sages-femmes, toutes les femmes enceintes n'obtiendront pas ce rendez-vous important; car pour assurer 800000 entretiens prénataux par an, il faudrait environ 500 sages-femmes à temps plein en plus des 15800 sages-femmes en activité.

1. Objectifs de l'entretien [7, 24, 29]

Cet entretien correspond à la première séance de préparation à la naissance. Ce n'est ni un examen médical, ni un examen screening de dépistage anténatal. C'est avant tout un moment d'écoute et d'information même si tout ne peut pas être abordé au cours d'un seul entretien. Il est l'occasion d'évoquer des questions mal ou peu abordées avec la future mère lors des examens médicaux prénataux [34]. Il s'agit d'adapter les informations délivrées en fonction des questions posées en proposant à la femme d'autres entretiens si nécessaire. Le professionnel peut proposer des documents écrits actualisés et référencés s'il le juge nécessaire.

La maternité rend la femme plus vulnérable, elle le devient d'autant plus lorsqu'elle vit déjà une situation affective, sociale, économique difficile. C'est pourquoi le réseau relationnel et de soins est à aborder durant cet entretien. Le rôle des structures de la protection maternelle et infantile (PMI) doit être souligné, ainsi que leur accès facilité pour toutes les femmes [65].

L'entretien doit permettre au professionnel, grâce aux informations échangées, de donner les orientations nécessaires pour le bon déroulement de la grossesse. Aussi il doit permettre à la future mère d'envisager de construire son projet de naissance. Il ne correspond pas forcément à l'ouverture du dossier médical ou à la consignation des informations dans le carnet de maternité. Il permet également à la femme de mieux préparer ses futures consultations prénatales en fonction de ses besoins, de ses inquiétudes et de ses attentes. Si besoin est, cet entretien doit pouvoir être renouvelé, en particulier dans les situations difficiles (addictions, précarité, violences conjugales...).

2. Pratique de l'entretien [23, 29]

L'entretien a pour objectifs le suivi adapté et personnalisé de la femme enceinte, la préparation à la naissance et à l'accueil de l'enfant dans le foyer familial ou non.

Il demande de la part des professionnels des compétences en écoute active et *counselling*, afin d'accéder au ressenti des femmes et des couples et de consolider leur confiance en eux et dans le système de santé. Les conditions de dialogue et techniques de communications à adopter ont été décrites par la Haute Autorité de Santé (HAS) (ANNEXE 11). L'entretien s'appuie sur la confiance dans les capacités de chacun à résoudre ses problèmes, à trouver ses propres réponses, avec l'aide d'un intervenant extérieur. Il se décline donc sous forme d'intercommunication. L'intervenant devra comprendre le problème, l'interrogation, le questionnement, comme il se pose à la personne avec toute sa spécificité; et l'aider à s'adapter au mieux à son contexte social, psychologique ou économique. L'entretien d'aide exige une formation et une méthode: savoir écouter, savoir observer.

L'entretien peut être divisé en trois parties:

- l'accueil est essentiel: le lieu, le comportement de l'intervenant, sa situation dans l'espace ont un rôle déterminant pour la suite de l'échange;
- la compétence de l'intervenant, sa capacité à être à l'écoute, à observer et à reformuler, font ensuite la qualité de ce temps;
- l'évaluation et les conclusions sont indispensables pour donner un sens à ce qui s'est dit, pour construire et structurer les orientations choisies par la personne.

L'entretien peut s'articuler selon quatre axes: le relationnel, le social, le médical et le corporel. Il est important de ne pas perdre de vue les objectifs prioritaires de cet entretien tout en lui laissant son caractère individualisé.

L'entretien ne doit pas être [49]:

- une consultation classique supplémentaire, un examen médical isolé mais un temps d'échange sous le sceau de la disponibilité;
- un dépistage de facteurs de risque mais l'occasion d'identifier ensemble des vulnérabilités et des potentialités;
- l'ouverture d'un dossier médical mais un apport supplémentaire à ceux qui suivent la grossesse pour mieux cibler leur vigilance;
- un catalogue de conseils mais une information individualisée selon les besoins exprimés ou repérés;
- un entretien psychothérapeutique ou psychosocial mais l'occasion d'intégrer la dimension affective dans le suivi de grossesse.

Pour réaliser ses entretiens, la sage-femme doit disposer d'un certain nombre d'acquis: un savoir médical, des acquis en matière de relation, d'aide et une capacité à l'empathie, une connaissance parfaite des personnes et structures « ressources ».

3. Travail en réseau [14, 24, 29]

Cet entretien n'aurait aucun sens s'il n'était fondamentalement lié à la notion de partenariat, de réseau. Un réseau de proximité doit permettre de construire une organisation coordonnée où chaque soignant trouve sa place dans le respect de chacun et au mieux des intérêts de la dyade mère-enfant et de la famille.

En fonction des besoins des parents, il faut donner des informations sur l'offre de soins de proximité, les missions et les fonctionnements du réseau de santé périnatal quand il existe, le rôle des professionnels, les alternatives à la préparation à la naissance, les ressources matérielles et les services (**ANNEXE 12**). C'est pourquoi il est important de rédiger une synthèse de l'entretien pour coordonner le suivi, surtout que ce n'est pas toujours la personne qui effectue l'entretien qui va assurer le suivi de la femme durant toute sa grossesse.

Mais aussi, lorsque des situations de vulnérabilité ont été repérées chez le père ou la mère, il faut proposer un premier lien et si possible un travail en réseau avec des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Ces facteurs de vulnérabilité ont été regroupés sous forme d'un tableau par la Haute Autorité de Santé (**ANNEXE 13**). Les MSF ne sont pas explicitement ciblées mais les femmes ayant subi une MSF peuvent présenter ces facteurs; en particulier les antécédents obstétricaux mal vécus, la violence conjugale, la précarité, le risque social...

Il est donc important d'organiser un partage entre les différents professionnels, des informations médicales, psychologiques et sociales (**ANNEXE 14**). Ces informations doivent être accessibles à la femme. Chaque acteur peut partager l'information si la femme y consent; sauf pour les réelles situations de danger comme la violence sur mineur obligeant légalement le professionnel à signaler les faits. Les différents acteurs doivent faire part de discernement en ce qui concerne le partage des informations, en particulier pour la femme en situation de vulnérabilité. En effet, le tact avec lequel les propositions de relais seront faites sera fondamental et conditionnera en grande partie la réussite de la prise en charge de la patiente. Dans ce domaine, en particulier, elle doit avoir le sentiment qu'elle est un acteur à part entière et que les professionnels de santé ne « complotent » pas dans son dos. La Haute Autorité de Santé a publié des recommandations quant au partage des informations (**ANNEXE 15**).

Partie 2: Etude

.QUESTIONNAIRES DESTINÉS AUX SAGES-FEMMES

1. Introduction, matériel et méthode

L'EPI est un moment privilégié pour l'écoute, l'information, la prévention et l'orientation; et c'est ce dont les femmes ayant subi une MSF ont besoin. Il devrait être une opportunité pour elles de se confier sur un élément douloureux de leur vie dont elles n'ont, le plus souvent, jamais pu parler. Le rôle de la sage-femme est de les aider, mais aussi de les dissuader de reproduire ces pratiques sur leurs filles.

Cette étude a pour objectif de déterminer si l'EPI joue un rôle dans la prévention des MSF en analysant l'expérience et les connaissances des sages-femmes pratiquant l'EPI, ainsi que leur prise en charge de ces femmes mutilées.

Cette étude a été réalisée dans les neuf départements ciblés par le Ministère de la Santé et des Solidarités lors du colloque nationale de décembre 2006 « Pour en finir avec les MSF »: Nord Pas de Calais, Rhône-Alpes, Pays de Loire, Poitou-Charentes, Picardie, Ile de France, Champagne Ardennes, Haute Normandie, Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Nous avons contacté par téléphone les sages-femmes cadres exerçant dans les maternités publiques de chaque département, mais aussi les médecins ou sages-femmes référents pour la Protection Maternelle et Infantile (PMI) de chacun de ces départements, afin de localiser les sages-femmes pratiquant l'EPI. Ensuite, les questionnaires (**ANNEXE 16**) leur ont été envoyés par courrier postal pour être distribués aux sages-femmes concernées par l'étude.

En ce qui concerne les maternités, des questionnaires ont été envoyés dans tous les départements, d'où un total de 404 questionnaires dans 107 maternités. Pour les sages-femmes de PMI, certains médecins référents ou sages-femmes coordinatrices des départements n'ont pas répondu à la demande de diffusion du questionnaire auprès des sages-femmes territoriales pour diverses raisons (pas d'EPI, ne se sentent pas concernés...); par conséquent les régions Haute Normandie et Nord Pas de Calais, mais aussi 21 départements sur les 42, n'ont pas été touchés. En raison d'une diffusion de questionnaires effectuée par l'intermédiaire du médecin ou de la sage-femme

responsable pour la PMI, nous ne connaissons pas précisément le nombre de questionnaires distribués.

Avec ces questionnaires, nous avons tout d'abord cherché à savoir quelles sont les connaissances des sages-femmes sur les MSF et sur leur prévention, aussi ce qu'elles font ou feraient en EPI face à une femme mutilée. Puis nous avons cherché quels facteurs influencent les connaissances et la prévention des MSF, mais aussi la prise en charge des patientes mutilées en EPI par les sages-femmes.

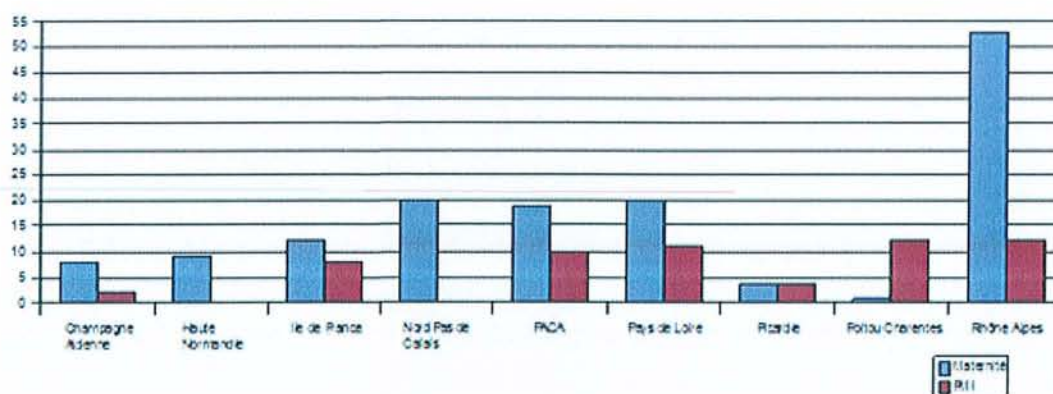
2. Résultats

2.1. Population

Au total, 146 questionnaires ont été exploités pour les maternités (les autres incomplets ou non retournés), 59 l'ont été pour les sages-femmes de PMI; ce qui fait un total de 205 questionnaires. Le détail du nombre de questionnaires exploités par département se trouve en **ANNEXE 17**. Nous avons représenté les résultats au niveau régional, en différenciant le secteur maternité de celui de la PMI (schéma 1);

- 8 questionnaires en maternité et 2 en PMI pour la région Champagne-Ardenne
- 9 questionnaires en maternité pour la région Haute-Normandie
- 12 questionnaires en maternité et 8 en PMI pour la région Ile-de-France
- 20 questionnaires en maternité pour la région Nord-Pas-de-Calais
- 19 questionnaires en maternité et 10 en PMI pour la région PACA
- 20 questionnaires en maternité et 11 en PMI pour la région Pays de Loire
- 4 questionnaires en maternité et 4 en PMI pour la région Picardie
- 1 questionnaire en maternité et 12 en PMI pour la région Poitou-Charentes
- 53 questionnaires en maternité et 12 en PMI pour la région Rhône-Alpes

Schéma 1: Questionnaires exploités par région et par secteur :



2.2. Connaissances et prévention des MSF par les sages-femmes

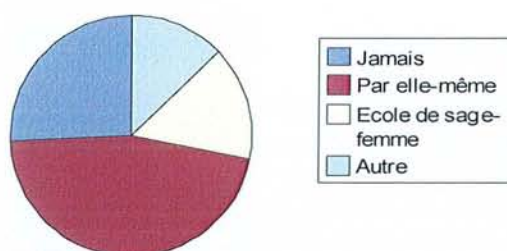
Nous avons tout d'abord cherché à savoir si les sages-femmes ont eu un enseignement sur les MSF (schéma 2). Puis nous avons cherché à évaluer les connaissances et la prévention des MSF par les sages-femmes pratiquant l'EPI:

- si elles connaissent les différents types de MSF (schéma 3), pourquoi elles sont pratiquées (schéma 4) et quelles en sont les complications ;
- si elles savent qu'elles travaillent dans une région à risque et ce qu'elles en pensent (schéma 5);
- si elles connaissent les organismes de lutte qui peuvent les aider (schéma 6) et si elles savent quelles peines encourrent les personnes pratiquant les MSF;
- si elles connaissent des démarches pour protéger les filles à risque de MSF (schéma 7).

L'enseignement des MSF

- 71,2% des sages-femmes pensent avoir reçu un enseignement sur les MSF: la plupart (51,7%) disent avoir appris sur les MSF par elles-mêmes (surtout en PMI: 59,3%), certaines (17,1%) ont reçu un enseignement à l'école de sages-femmes, parfois (14,2%) elles ont appris à ce sujet dans d'autres circonstances (surtout les sages-femmes de PMI: 30,5%). Les autres circonstances citées sont: la journée de la femme, information par le GAMS, formation continue, formation en sexologie, formation en rééducation périnéale, entretien de Bichat, information par le Ministère de la Santé.
- 28,8% des sages-femmes considèrent ne jamais avoir eu d'enseignement à ce sujet (surtout en maternité 33,6%).

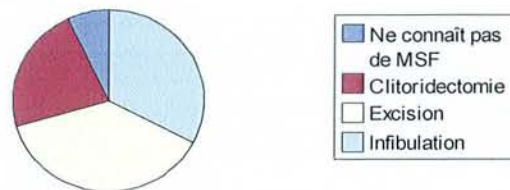
Schéma 2: L'enseignement que les sages-femmes ont eu sur les MSF:



Les différents types de MSF

- 15,1% des sages-femmes ne connaissent aucun type de MSF.
- parmi les 84,9% des sages-femmes ayant cité une ou plusieurs MSF, les principales sont: l'excision (82,2%), l'infibulation (70,1%) puis la clitoridectomie (48,3%).

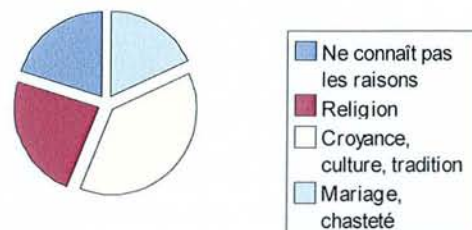
Schéma 3: Les différents types de MSF:



Les raisons de la pratique des MSF

- 29,3 % des sages-femmes ne savent pas pourquoi les MSF sont pratiquées.
- 70,7% sages-femmes connaissent une ou plusieurs raisons, les principales citées sont: les croyances, la culture et les traditions (54,6%), mais aussi la religion (34,2%), puis le mariage et la chasteté (26,3%). Les raisons économiques n'ont jamais été citées.

Schéma 4: Les raisons de la pratique des MSF:



Les complications des MSF

- 16,1% des sages-femmes ne connaissent aucune complication des MSF.
- 83,9% des sages-femmes connaissent une ou plusieurs complications. Les plus souvent citées sont les infections (68,8%), les dyspareunies et perte du désir sexuel (41%), les hémorragies (33,7%), les déchirures périnéales à l'accouchement (25,9%), les

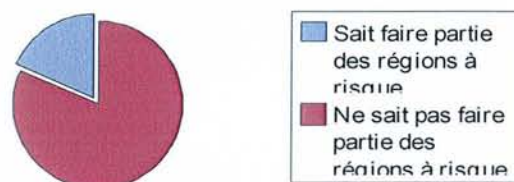
troubles psychologiques (23,4%), les algies chroniques (23,4%), et les incontinences (15,6%). Les autres complications plus rarement citées sont la stérilité (7,8%), les problèmes de cicatrisation (6,4%), les fistules (3,4%), la transmission du virus du SIDA (1,9%), les dysménorrhées (1,5%). Ont été cités une fois l'hématocolpos et l'insuffisance rénale.

Si les sages-femmes savent qu'elles travaillent dans une région à risque et ce qu'elles en pensent

La majorité des sages-femmes (81,5%) ne savent pas qu'elles font parties des régions à risque de MSF (surtout en maternité: 89,7%).

Celles qui savent faire partie des régions prioritaires l'ont appris par divers moyens: formation, télévision, conseil de l'ordre des sages-femmes, réseau périnatal, GAMS.

Schéma 5: Connaissances par les sages-femmes des régions à risque de MSF:



Lorsque l'on demande aux sages-femmes si elles pensent qu'il est justifié de considérer leur région comme à risque de MSF:

- 56,6% n'ont pas d'avis (surtout en maternité: 64,4%);
- 29,8% pensent que c'est justifié (surtout en PMI : 55,9%);
- 13,7% pensent que ce n'est pas justifié (surtout en maternité: 16,4%).

Les organismes de lutte contre les MSF

- 85,6% des sages-femmes ne connaissent aucun organisme de lutte contre les MSF.
- parmi les sages-femmes qui en connaissent (14,4%), ont été cités principalement le GAMS et le Mouvement Français pour le Planning Familial, et de façon moindre le CAMS, Ni putes ni soumises, UNICEF, OMS.

Schéma 6: Connaissance des organismes de lutte contre les MSF par les sages-femmes:



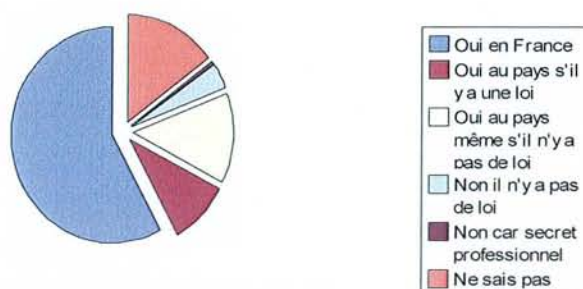
Les MSF et la loi en France

- 4,4% des sages-femmes ne savent pas si les MSF sont interdites, aucune ne pense qu'elles sont autorisées.
- celles qui savent qu'elles sont interdites (95,6%) sont majoritaires à penser qu'elles sont uniquement pénalisées de prison (45,4%): seulement 25,5% des sages-femmes savent que les MSF sont sanctionnées par une amende et de la prison, d'autres n'ont pas d'idée sur le type de peine encourue (21%), et rares sont celles qui pensent que la seule peine encourue est une amende (3,9%).

La protection des fillettes du risque de MSF

- 18,5% des sages-femmes ne savent pas si on peut protéger les fillettes des MSF, rares sont celles qui pensent qu'on ne peut pas les protéger car il n'y a pas de loi pour cela (4,9%) ou que le secret professionnel leur interdit (0,5%).
- 72,2% des sages-femmes savent que l'on peut protéger ces fillettes en France (surtout en PMI: 79,7%), 16,6% savent que c'est également possible lors d'un retour au pays même si ce pays ne possède pas de loi contre les MSF (surtout en PMI 27,1%), 12,2% pensent qu'elles peuvent être protégées lors d'un retour au pays seulement si ce dernier a une loi contre les MSF.

Schéma 7: Ce que pensent les sages-femmes de la possibilité de protection des fillettes face au risque de MSF:



En ce qui concerne les démarches de signalement des fillettes:

- 56,6% des sages-femmes ne connaissent pas de démarches de signalement.
- 43,4% connaissent des démarches, parmi elles: la plupart feraient un signalement à la PMI (64,1%), certaines le feraient au procureur de la république (28,1%), d'autres demanderaient conseil à une association de lutte contre les MSF (19,1%). Elles seraient peu nombreuses à contacter une assistante sociale (11,2%) ou l'aide sociale à l'enfance (5,6%).

2.3. Ce que font ou feraient les sages-femmes face à une femme mutilée durant l'EPI

Nous avons tout d'abord cherché à savoir si les sages-femmes rencontrent des patientes ayant subi une MSF en EPI (schéma 8).

Ensuite, l'examen gynécologique n'est pas recommandé durant l'EPI par l'HAS, mais il est important de regarder au moins les organes génitaux externes (OGE) pour savoir si la femme a subi ou non une MSF. Nous avons donc demandé aux sages-femmes si elles examinaient, et dans quelles circonstances, les femmes durant cet entretien (schéma 9).

Enfin, pour savoir quel type d'aide et de prévention les sages-femmes apporteraient durant l'entretien nous leur avons demandé:

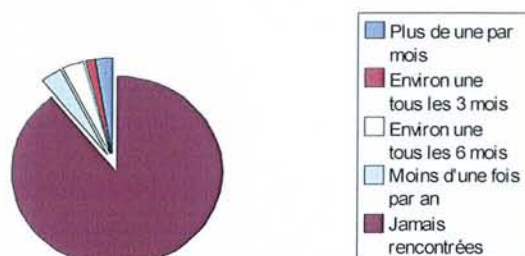
- si les MSF sont abordées durant l'EPI (schéma 10);
- de quoi elles parlent surtout avec les patientes mutilées (schéma 11);

- si elles se servent du réseau de professionnels de santé qui les entourent pour aider leur patiente (schéma 12);
- si elles rencontrent des problèmes de communication liés à la barrière linguistique durant l'EPI.

Si les sages-femmes rencontrent des femmes mutilées en EPI

- 11,2% des sages-femmes ont déjà rencontré une ou plusieurs femmes mutilées en EPI (surtout en PMI: 25,4%). La plupart en voient moins d'une fois par an ou environ une fois tous les six mois. Elles sont moins nombreuses à en rencontrer une tous les 3 mois, ou plus d'une par mois.
- 40,5% des sages-femmes ont pris en charge un ou des femme(s) mutilée(s) dans leur carrière dans un autre contexte que l'EPI.
- 48,3% des sages-femmes n'ont jamais pris de femmes mutilées en charge.

Schéma 8: Femmes mutilées rencontrées par les sages-femmes lors de l'EPI:

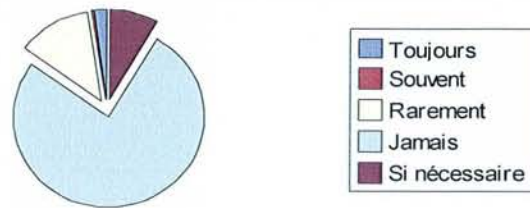


L'examen gynécologique

La plupart des sages-femmes (76,6%) ne font jamais d'examen gynécologique durant l'EPI.

Certaines sages-femmes (8,3%), examinent les patientes si nécessaires avec comme principales raisons invoquées: si l'EPI est couplé à une consultation médicale, si la patiente présente des douleurs ou une infection, si la patiente le souhaite. Rares sont les sages-femmes qui font souvent (<1%) ou toujours (<3%) un examen gynécologique durant cet entretien.

Schéma 9: Pratique d'un examen gynécologique durant l'EPI:



Parler ou pas des MSF durant d'EPI

On note que 11,2% sages-femmes n'ont pas répondu à cette question (6,8% en PMI, 13% en maternité). La plupart des sages-femmes l'ont justifié par le fait qu'elles n'ont jamais été confrontées à cette situation et qu'elles ne savent donc pas ce qu'elles feraient.

Parmi les sages-femmes ayant répondu à cette question:

- 70,3% des sages-femmes parleraient des MSF durant l'EPI (surtout en PMI: 80%):

- 53,3% si la femme aborde le sujet (surtout en maternité: 58,3%);
- 17,6% si elles considèrent la patiente comme à risque c'est à dire d'origine africaine pour la justification (surtout en PMI: 30,9%);
- 15,9% si une MSF était constatée à l'examen (surtout en PMI: 27,3%);
- 1,7% en parlent systématiquement.

- 29,7% des sages-femmes n'en parleraient pas car:

- 22,5% estiment ne pas avoir les connaissances suffisantes;
- 5,5% pensent que ce n'est pas le moment;
- 1,1% n'oseraient pas; 1,1% pensent que ce n'est pas leur rôle d'en parler.

Schéma 10: Parler ou pas des MSF durant l'EPI:



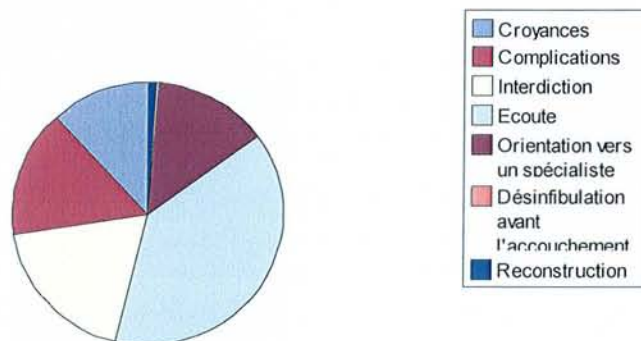
Ce que les sages-femmes aborderaient durant la discussion sur les MSF

Les sages-femmes ayant répondu à la question: « Parlez-vous des MSF durant l'EPI » sont 13,6% à ne pas avoir répondu à la question des sujets qu'elles aborderaient: les sages-femmes qui se sont justifiées disent ne pas savoir de quoi elles parleraient.

Parmi les sages-femmes (70,3%) qui aborderaient ce sujet durant l'EPI avec une femme mutilée:

- la plupart (87%) seraient à l'écoute de la femme;
- nombreuses (43%) sont celles qui parleraient du caractère interdit de ce geste (surtout en PMI: 58,3%);
- certaines (35%) parleraient des complications qu'entraînent les MSF;
- certaines (31%) orienteraient la patiente vers un soignant qui, elles le savent, a des connaissances au sujet des MSF;
- certaines (27%) aborderaient les croyances que la femme a par rapport à la MSF (surtout en PMI: 38,9%);
- peu (1%) parleraient d'une désinfibulation ou reconstruction des OGE.

Schéma 11: Ce que les sages-femmes aborderaient principalement avec les femmes mutilées durant l'EPI :



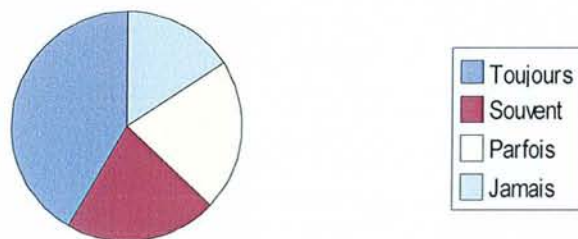
Si les sages-femmes proposeraient à leur patiente de s'orienter vers un autre professionnel et lequel

Il faut noter que 38,1% de la population n'a pas répondu à cette question. Certaines sages-femmes l'ont justifié par le fait qu'elles ne se sentaient pas concernées.

Parmi les sages-femmes ayant répondu à la question:

- la plupart des sages-femmes proposeraient à leur patiente de voir un autre professionnel (84,2%): certaines le feraient toujours (41,7%), d'autres souvent (21,3%) ou parfois (21,3%). Elles proposeraient le plus souvent un rendez-vous avec un médecin ou une sage-femme ayant des connaissances sur les MSF (64,2%), mais aussi une psychologue (55,4%), un organisme de lutte contre les MSF (30,4%); plus rarement elles proposeraient une reconstruction des OGE (8,9%), un entretien avec une assistante sociale (8%), une rencontre avec la PMI (2,7%) ou un sexologue (0,9%). Enfin certaines ne savent pas (0,9%).
- les sages-femmes qui ne proposeraient jamais à leur patiente de rencontrer un autre professionnel (15,8%) le justifient surtout car: elles ne sauraient pas vers qui se tourner (75%), plus rarement elles pensent que ce serait inutile (25%) ou que la patiente refuserait (5%).

Schéma 12: Si les sages-femmes proposeraient à leur patiente d'avoir recours à d'autres professionnels:



La barrière linguistique

La plupart des sages-femmes (79%) rencontrent une barrière linguistique avec leurs patientes: rarement pour 57% d'entre elles, souvent pour 22% d'entre elles.

Les autres sages-femmes (21%) n'ont jamais de problème à ce niveau (surtout en maternité: 25,3%).

2.4. Facteurs influençant les connaissances des sages-femmes, la prévention, et leur prise en charge des patientes mutilées en EPI

Mode d'exercice des sages-femmes: maternité et PMI

Nous avons cherché à savoir s'il y a une différence en ce qui concerne les connaissances et la prévention des MSF, entre les sages-femmes de PMI et celles de maternité. Pour cela nous avons comparé les réponses des sages-femmes de PMI (n=59) à celles travaillant en maternité (n=146). Voici les résultats obtenus (tableau 1):

<u>Tableau 1: Statistiques selon le lieu d'exercice des sages-femmes</u>	Maternité (n=146)	PMI (n=59)	Différence entre les deux groupes
Examen gynécologique	19,2% (n=28)	35,6% (n=21)	p<0,02
A eu un enseignement sur les MSF	66,4% (n=97)	83,1% (n=49)	p<0,02
Connaît des types de MSF	81,5% (n=119)	93,2% (n=55)	p<0,04
Connaît des raisons de pratique des MSF	69,9% (n=102)	72,9% (n=43)	NS
Connaît des complications des MSF (au moins 3)	53,4% (n=78)	76,3% (n=45)	p<0,01
A déjà pris en charge une femme mutilée durant sa carrière	45,2% (n=66)	67,8% (n=40)	p<0,01
Connaît des organismes de lutte	8,9% (n=13)	28,8% (n=17)	p<0,001
Connaît les démarches de signalement	39,7% (n=58)	52,5% (n=31)	NS

Les sages-femmes de PMI sont plus nombreuses que celles de maternité à penser avoir eu un enseignement sur les MSF: elles connaissent mieux les différents types de MSF et leurs complications, mais aussi les organismes de lutte contre les MSF. Aussi elles ont plus souvent déjà pris en charge une patiente mutilée.

Cependant elles ne connaissent pas mieux les raisons des MSF, ni les démarches à faire pour protéger une fillette qui est à risque de mutilation sexuelle.

On notera également que les sages-femmes de PMI pratiquent plus souvent un examen gynécologique durant l'EPI que celles qui exercent en maternité.

Enseignement sur les MSF

Nous avons voulu savoir si l'enseignement aux sages-femmes sur les MSF (par elle-même, à l'école...) favorise leurs connaissances et leur prévention des MSF. Nous avons donc comparé les résultats des sages-femmes qui répondent avoir eu un enseignement (n=146) à celles qui disent ne pas en avoir eu (n=59). Voici les résultats obtenus (tableau 2):

Tableau 2: Statistiques selon l'enseignement sur les MSF	A eu un enseignement (n=146)	N'a pas eu d'enseignement (n=59)	Différence entre les deux groupes
Examen gynécologique	24,7% (n=36)	22% (n=13)	NS
Connaît des types de MSF	91,8% (n=134)	67,8% (n=40)	p<0,0001
Connaît des raisons de pratique des MSF	73,3% (n=107)	64,4% (n=38)	NS
Connaît des complications des MSF (3 au moins)	63,7% (n=93)	50,8% (n=30)	NS
A déjà pris en charge une femme mutilée durant sa carrière	60,3% (n=88)	30,5% (n=18)	p<0,0001
Connaît des organismes de lutte	19,9% (n=29)	1,7% (n=1)	p<0,01
Connaît les démarches de signalement	46,6% (n=68)	35,6% (n=21)	NS

Les sages-femmes qui considèrent avoir eu un enseignement ont de meilleures connaissances des différents types de MSF et des organismes de lutte. On remarque également qu'elles ont plus souvent que les autres déjà pris en charge une femme mutilée.

Cependant, elles ne font pas plus souvent d'examen gynécologique, ne connaissent pas plus les raisons et les complications des MSF, ni les démarches à faire pour signaler une fillette en danger de mutilation sexuelle.

Connaissances sur les MSF

Nous avons voulu savoir si les sages-femmes qui ont de bonnes connaissances de base sur les MSF ont de bonnes connaissances sur les MSF et leur prévention.

Pour cela nous avons estimé qu'une sage-femme ayant des connaissances de base sur les MSF connaît: au moins un type de MSF, une raison de pratique des MSF et au moins trois complications des MSF (certaines ne nécessitant pas de connaissances spécifiques comme la douleur, les déchirures périnéales). Ensuite nous avons comparé les deux groupes: celui des sages-femmes ayant des connaissances de base (n=99) à celui qui n'en a pas de suffisantes (n=106). Les résultats sont présentés ci-dessous (tableau 3):

Tableau 3: Statistiques selon les connaissances sur les MSF

	A des connaissances de base sur les MSF (n=99)	N'a pas de connaissances de base sur les MSF (n=106)	Différence entre les deux groupes
Examen gynécologique	30,3% (n=30)	17,9% (n=19)	p<0,04
A eu un enseignement sur les MSF	78,8% (n=78)	64,2% (n=68)	p<0,03
A déjà pris en charge une femme mutilée durant sa carrière	57,6% (n=57)	46,2% (n=49)	NS
Connaît des organismes de lutte	21,2% (n=21)	8,5% (n=9)	p<0,02
Connaît les démarches de signalement	48,5% (n=48)	38,7% (n=41)	NS

Les sages-femmes qui ont des connaissances de base sur les MSF connaissent mieux les organismes de lutte et ont plus souvent eu un enseignement sur les MSF, aussi elles font plus souvent un examen gynécologique en EPI.

Elles ne connaissent pas mieux les démarches de signalement.

Expérience professionnelle quant aux MSF

Nous avons voulu savoir si le fait, pour la sage-femme, d'avoir déjà pris en charge une femme mutilée durant son exercice professionnel favorise ses connaissances sur les MSF et sur les mesures de prévention. Pour cela nous avons comparé les réponses des sages-femmes ayant déjà pris en charge une femme mutilée dans leur carrière (n=106) à celles des sages-femmes n'en ayant pas eu l'occasion (n=99).

Les résultats obtenus sont les suivants (tableau 4):

<u>Tableau 4: Statistiques selon l'expérience de prise en charge des MSF</u>	A déjà pris en charge une femme mutilée durant sa carrière (n=106)	N'a jamais pris en charge de femme mutilée (n=99)	Différence entre les deux groupes
Examen gynécologique	29,2% (n=31)	18,2% (n=18)	NS
A eu un enseignement sur les MSF	83% (n=88)	58,6% (n=58)	p<0,001
Connaît des types de MSF	89,6% (n=95)	79,8% (n=79)	NS
Connaît des raisons de pratique des MSF	75,5% (n=80)	65,7% (n=65)	NS
Connaît des complications des MSF (au moins 3)	65,1% (n=69)	54,5% (n=54)	NS
Connaît des organismes de lutte	23,6% (n=25)	5% (n=5)	p<0,001
Connaît les démarches de signalement	61,3% (n=65)	24,2% (n=24)	p<0,0000001

Les sages-femmes ayant déjà pris en charge une patiente mutilée connaissent bien mieux les démarches à effectuer pour signaler une fillette à risque de MSF, elles ont de meilleures connaissances des organismes de lutte et ont reçu plus souvent un enseignement.

Cependant elles ne font pas plus d'examen gynécologique et n'ont pas de meilleures connaissances des types, raisons et complications des MSF.

Puis, nous avons voulu savoir si les sages-femmes qui ont déjà pris en charge une femme mutilée en EPI ont de meilleures connaissances en ce qui concerne les MSF et leur prévention que les autres sages-femmes. Pour cela nous avons comparé les réponses des sages-femmes ayant déjà pris en charge une femme mutilée en EPI (n=23), à celles qui n'en ont jamais eu l'occasion (n=182). Voici les résultats (tableau 5):

<u>Tableau 5: Statistiques selon la prise en charge des MSF en EPI</u>	A déjà pris en charge une femme mutilée en EPI (n=23)	N'a jamais pris en charge de femme mutilée en EPI (n=182)	Différence entre les deux groupes
Examen gynécologique	39,1% (n=9)	22% (n=40)	NS
A eu un enseignement sur les MSF	87% (n=20)	69,2% (n=126)	NS
Connaît des types de MSF	95,7% (n=22)	83,5% (n=152)	NS
Connaît des raisons de pratique des MSF	78,3% (n=18)	71,4% (n=130)	NS
Connaît des complications des MSF (au moins 3)	65,2% (n=15)	58,8% (n=107)	NS
Connaît des organismes de lutte	34,8% (n=8)	12,1% (n=22)	p≤0,01
Connaît les démarches de signalement	47,8% (n=11)	42,9% (n=78)	NS

Les sages-femmes ayant pris en charge une femme mutilée durant l'EPI ont seulement une meilleure connaissance des organismes de lutte contre les MSF.

Connaissances des organismes de lutte

Afin de savoir si les sages-femmes qui connaissent des organismes de lutte contre les MSF ont de meilleures connaissances et sauraient faire une prévention des MSF, nous avons comparé les sages-femmes qui connaissent au moins un organisme de lutte (n=30) à celles qui n'en connaissent pas (n=175). Voici les résultats obtenus (tableau 6):

<u>Tableau 6: Statistiques selon les connaissances des organismes de lutte</u>	Connaît les organismes de lutte (n=30)	Ne connaît pas les organismes de lutte (n=175)	Différence entre les deux groupes
Examen gynécologique	40% (n=12)	21,1% (n=37)	p≤0,03
A eu un enseignement sur les MSF	96,7% (n=29)	66,9% (n=117)	p≤0,001
Connaît des types de MSF	100% (n=30)	82,9% (n=145)	p≤0,02
Connaît des raisons de pratique des MSF	80% (n=24)	69,1% (n=121)	NS
Connaît des complications des MSF (au moins 3)	86,7% (n=26)	55,4% (n=97)	p≤0,01
A déjà pris en charge une femme mutilée dans sa carrière	83,3% (n=25)	46,3% (n=81)	p≤0,001
Connaît les démarches de signalement	70% (n=21)	38,9% (n=68)	p≤0,01

Les sages-femmes qui connaissent les organismes de lutte contre les MSF ont plus souvent pris en charge une patiente mutilée et reçu un enseignement sur les MSF. Elles connaissent mieux les démarches de signalement, les différents types de MSF et leurs complications, et examinent plus souvent les patientes durant l'EPI.

Cependant elles n'ont pas plus de connaissances sur les raisons qui font que les femmes subissent les MSF.

Connaissances des démarches de signalement

Afin de savoir si les sages-femmes qui savent signaler une fillette à risque de MSF ont de meilleures connaissances sur les MSF et leur prévention, nous avons comparé les réponses des sages-femmes qui connaissent des démarches de signalement (n=89) à celles qui n'en connaissent pas (n=116). Voici les résultats obtenus (tableau 7):

<u>Tableau 7: Statistiques selon les connaissances des signalements</u>	Connaît les démarches (n=89)	Ne connaît pas les démarches (n=116)	Différence entre les deux groupes
Examen gynécologique	29,2% (n=26)	19,8% (n=23)	NS
A eu un enseignement sur les MSF	76,4% (n=68)	67,2% (n=78)	NS
Connaît des types de MSF	86,5% (n=77)	83,6% (n=97)	NS
Connaît des raisons de pratique des MSF	75,3% (n=67)	67,2% (n=78)	NS
Connaît des complications des MSF (au moins 3)	69,7% (n=62)	52,6% (n=61)	p≤0,02
A déjà pris en charge une femme mutilée durant sa carrière	73% (n=65)	35,3% (n=41)	p≤0,0000001
Connaît des organismes de lutte	23,6% (n=21)	8,6% (n=10)	p≤0,01

Les sages-femmes qui connaissent les démarches de signalement ont très souvent pris en charge une femme mutilée. Elles connaissent mieux les organismes de lutte et les complications qu'entraînent les MSF.

Par contre, elles n'examinent pas plus souvent les femmes durant l'EPI, n'ont pas reçu plus d'enseignement et ne connaissent pas plus les différents types de MSF et leurs raisons.

Examen gynécologique durant l'EPI

Nous avons cherché à savoir si les sages-femmes qui font un examen gynécologique à l'EPI ont des connaissances et une expérience des MSF différente des autres sages-femmes. Pour cela, nous avons comparé les sages-femmes qui examinent toujours, souvent ou parfois les patientes durant l'EPI (n=49) à celles qui ne le font jamais (n=156). Voici les résultats obtenus (tableau 8):

<u>Tableau 8: Statistiques selon l'examen gynécologique</u>	Examen gynécologique (n=49)	Jamais d'examen gynécologique (n=156)	Différence entre les deux groupes
A eu un enseignement sur les MSF	73,5% (n=36)	70,5% (n=110)	NS
Connaît des types de MSF	87,8% (n=43)	84% (n=131)	NS
Connaît des raisons de pratique des MSF	65,3% (n=32)	74,4% (n=116)	NS
Connaît des complications des MSF (au moins 3)	67,3% (n=33)	57% (n=89)	NS
A déjà pris en charge une femme mutilée durant sa carrière	63,3% (n=31)	48,1% (n=75)	NS
Connaît des organismes de lutte	24,5% (n=12)	11,5% (n=18)	p<0,03
Connaît les démarches de signalement	53% (n=26)	40,4% (n=63)	NS

Les sages-femmes qui examinent parfois, souvent ou toujours les patientes durant l'EPI ont seulement une meilleure connaissance des organismes de lutte.

Parler des MSF à l'EPI

Dans la population étudiée, 23 sages-femmes n'ont pas répondu à la question: «Parlez-vous des MSF durant votre entretien?». Nous avons voulu savoir si elles n'y ont pas répondu par manque de connaissances ou d'expérience quant aux MSF. Pour cela nous avons comparé le groupe de sages-femmes qui a répondu (n=182) à celui qui n'a pas répondu à cette question (n=23). Voici les résultats obtenus (tableau 9):

<u>Tableau 9: Statistiques selon la réponse quant à la parole sur les MSF</u>	A répondu (n=182)	N'a pas répondu (n=23)	Différence entre les deux groupes
Examen gynécologique	25,3% (n=46)	13% (n=3)	NS
A eu un enseignement sur les MSF	72,5% (n=132)	60,9% (n=14)	NS
Connaît des types de MSF	87,4% (n=159)	65,2% (n=15)	p<0,01
Connaît des raisons de pratique des MSF	72,5% (n=132)	56,5% (n=13)	NS
Connaît des complications des MSF (au moins 3)	60,4% (n=110)	56,5% (n=13)	NS
A déjà pris en charge une femme mutilée durant sa carrière	52,2% (n=95)	26,1% (n=6)	p<0,02
Connaît des organismes de lutte	15,9% (n=29)	4,3% (n=1)	NS
Connaît les démarches de signalement	42,9% (n=78)	47,8% (n=11)	NS

Les sages-femmes ayant répondu à cette question ont plus d'expérience quant à la prise en charge des femmes mutilées. Aussi elles connaissent mieux les différents types de MSF, mais pas les raisons ni les complications des MSF.

Les comparaisons statistiques qui vont suivre ne prendront donc pas en compte toute la population de sages-femmes, mais des sages-femmes ayant plus souvent pris en charge des femmes mutilées et qui connaissent mieux les types de MSF. La population est donc différente.

D'après la bibliographie et les entretiens auprès des professionnels, nous savons que la femme mutilée n'aborde pas le sujet des MSF spontanément.

Donc nous avons cherché à savoir si les sages-femmes qui aborderaient le sujet des MSF si nécessaire (après avoir constaté une MSF aux OGE, si elle pense que la patiente

est à risque...), ont de meilleures connaissances en ce qui concerne les MSF et leur prévention, que celles qui n'en parleraient que si la femme aborde le sujet ou que celles qui n'en parleraient pas.

Pour cela nous avons donc constitué trois groupes: un premier avec les sages-femmes qui en parleraient uniquement si la patiente aborde le sujet (n=67), un second avec celles qui en parleraient si nécessaire (que la femme aborde le sujet ou pas)(n=61), un troisième avec celles qui n'en parleraient pas.

Ainsi, nous avons pu comparer les réponses des sages-femmes qui parleraient des MSF si nécessaire (n=61): dans un premier temps (tableau 10) à celles qui en parleraient uniquement si la femme aborde le sujet des MSF (n=67), dans un second (tableau 11) à celles qui n'en parleraient pas à la patiente durant l'EPI (n=54).

Voici la première comparaison (tableau 10):

<u>Tableau 10:</u> <u>Statistiques selon les</u> <u>conditions pour que la</u> <u>sage-femme parle de</u> <u>MSF</u>	Si nécessaire, que la femme aborde ou pas (n=61)	Si femme aborde uniquement (n=67)	Différence entre les deux groupes
Examen gynécologique	27,9% (n=17)	28,4% (n=19)	NS
A eu un enseignement sur les MSF	91,8% (n=56)	71,6% (n=48)	p<0,01
Connaît des types de MSF	96,7% (n=59)	86,6% (n=58)	p<0,05
Connaît des raisons de pratique des MSF	82% (n=50)	68,7% (n=46)	NS
Connaît des complications des MSF (au moins 3)	68,9% (n=42)	62,7% (n=42)	NS
A déjà pris en charge une femme mutilée durant sa carrière	70,5% (n=43)	49,3% (n=33)	p<0,02
Connaît des organismes de lutte	29,5% (n=18)	13,4% (n=9)	p<0,03
Connaît les démarches de signalement	59% (n=36)	35,8% (n=24)	p<0,01

Par comparaison aux sages-femmes qui ne parleraient de MSF que si la patiente aborde le sujet, les sages-femmes qui oseraient aborder le sujet d'elles-mêmes si elles le jugent nécessaire (pensent que la patiente est à risque, constatent une MSF...) ont surtout plus souvent reçu un enseignement sur les MSF et connaissent mieux les démarches de signalement. Aussi elles ont plus souvent pris en charge des femmes mutilées,

connaissent mieux les organismes de lutte. Elles connaissent un peu mieux les différents types de MSF, mais n'ont pas plus de connaissances sur les raisons et les complications des MSF et n'examinent pas plus souvent les patientes durant l'EPI.

Voici la seconde comparaison (tableau 11):

<u>Tableau 11:</u> <u>Statistiques selon</u> <u>l'initiative de parole</u> <u>de la sage-femme ou</u> <u>non</u>	Si nécessaire, que la femme aborde ou pas (n=61)	Non (n=54)	Différence entre les deux groupes
Examen gynécologique	27,9% (n=17)	18,5% (n=10)	NS
A eu un enseignement sur les MSF	91,8% (n=56)	51,9% (n=28)	p≤0,00001
Connaît des types de MSF	96,7% (n=59)	7,8% (n=42)	p≤0,01
Connaît des raisons de pratique des MSF	82% (n=50)	66,7% (n=36)	NS
Connaît des complications des MSF (au moins 3)	68,9% (n=42)	48,1% (n=26)	p≤0,03
A déjà pris en charge une femme mutilée durant sa carrière	70,5% (n=43)	35,2% (n=19)	p≤0,001
Connaît des organismes de lutte	29,5% (n=18)	3,7% (n=2)	p≤0,001
Connaît les démarches de signalement	59% (n=36)	33,3% (n=18)	p≤0,01

Par comparaison aux sages-femmes qui ne parleraient pas des MSF durant l'EPI, les sages-femmes qui oseraient aborder le sujet d'elles-mêmes si nécessaire ont beaucoup plus souvent reçu un enseignement sur les MSF. Elles connaissent mieux les différents types de MSF et leurs complications mais pas les raisons les justifiant. Aussi ces sages-femmes ont de bien meilleures connaissances en ce qui concerne les organismes de lutte, les démarches de signalement, et sont plus nombreuses à avoir déjà pris en charge une femme mutilée.

Elles n'examinent pas plus souvent les patientes durant l'EPI.

Orientation de la patiente mutilée vers un autre professionnel

Dans la population étudiée, 78 sages-femmes n'ont pas répondu à la question: «Proposez-vous une orientation vers un spécialiste à la femme mutilée ?».

Nous avons cherché à savoir pourquoi ces sages-femmes n'ont pas répondu. Pour cela, nous avons comparé les réponses des sages-femmes ayant répondu à cette question (n=127) à celles n'y ayant pas répondu (n=78). Voici les résultats (tableau 12):

Tableau 12:
Statistiques quant à la
réponse sur
l'orientation

	A répondu (n=127)	N'a pas répondu (n=78)	Différence entre les deux groupes
Examen gynécologique	24,4% (n=31)	23,1% (n=18)	NS
A eu un enseignement sur les MSF	80,3% (n=102)	56,4% (n=44)	p≤0,001
Connaît des types de MSF	88,2% (n=112)	79,5% (n=62)	NS
Connaît des raisons de pratique des MSF	71,7% (n=91)	73,1% (n=57)	NS
Connaît des complications des MSF (au moins 3)	60% (n=76)	59% (n=46)	NS
A déjà pris en charge une femme mutilée durant sa carrière	60% (n=76)	38,5% (n=30)	p≤0,01
Connaît des organismes de lutte	17,3% (n=22)	10,3% (n=8)	NS
Connaît les démarches de signalement	50% (n=63)	33,3% (n=26)	p≤0,03

Les sages-femmes n'ayant pas répondu à cette question ont moins souvent reçu un enseignement que les autres, elles connaissent moins les démarches de signalement et ont moins souvent déjà pris en charge une femme mutilée.

La comparaison qui va suivre ne va donc pas prendre en compte toutes les sages-femmes ayant répondu aux questionnaires, mais des sages-femmes qui ont plus souvent reçu un enseignement, qui ont plus d'expérience quant aux MSF, mais aussi qui connaissent mieux les démarches de signalement. La population est donc différente.

Avec cette nouvelle population, nous avons cherché à savoir si les sages-femmes qui orientent la patiente mutilée vers un autre professionnel ont de meilleures connaissances des MSF et de leur prévention. Nous avons pour cela comparé les réponses des sages-

femmes qui proposeraient une orientation (n=107) à celles qui n'en proposeraient pas (n=20). Les résultats obtenus sont présentés ci-dessous (tableau 13):

<u>Tableau 13:</u> <u>Statistiques quant à la</u> <u>proposition</u> <u>d'orientation</u>	Proposerait une orientation (n=107)	Ne proposerait pas d'orientation (n=20)	Différence entre les deux groupes
Examen gynécologique	25,2% (n=27)	20% (n=4)	NS
A eu un enseignement sur les MSF	81,3% (n=87)	75% (n=15)	NS
Connaît des types de MSF	88,8% (n=95)	85% (n=17)	NS
Connaît des raisons de pratique des MSF	72% (n=77)	70% (n=14)	NS
Connaît des complications des MSF (au moins 3)	63,6% (n=68)	40% (n=8)	p≤0,05
A déjà pris en charge une femme mutilée durant sa carrière	58,9% (n=63)	65% (n=13)	NS
Connaît des organismes de lutte	20,6% (n=22)	0% (n=0)	p≤0,03
Connaît les démarches de signalement	54,2% (n=58)	25% (n=5)	p≤0,02

Les sages-femmes qui proposeraient une orientation vers un autre spécialiste ont de meilleures connaissances des complications de MSF, des organismes de lutte, et des démarches de signalement.

Nous n'avons pas pu entrer dans le tableau 13 le paramètre « Parlerait des MSF à l'EPI » car 6 sages-femmes n'avaient pas répondu à cette question. Afin de pouvoir entrer ce paramètre dans les statistiques qui vont suivre, nous allons exclure ces 6 sages-femmes (4 d'entre elles proposeraient une orientation et 2 n'en proposeraient pas).

Avec cette nouvelle population, nous allons pouvoir comparer à nouveau les sages-femmes qui proposeraient une orientation (n=107-4=103) à celles qui n'en proposeraient pas (n=20-2=18). Voici les résultats obtenus (tableau 14):

Tableau 14:
Statistiques quant à la
proposition
d'orientation

	Proposerait une orientation (n=103)	Ne proposerait pas d'orientation (n=18)	Différence entre les deux groupes
Examen gynécologique	26,2% (n=27)	22,2% (n=4)	NS
A eu un enseignement sur les MSF	80,6% (n=83)	72,2% (n=13)	NS
Connaît des types de MSF	88,3% (n=91)	83,3% (n=15)	NS
Connaît des raisons de pratique des MSF	72,8% (n=75)	72,2% (n=13)	NS
Connaît des complications des MSF (au moins 3)	63,1% (n=65)	33,3% (n=6)	$p \leq 0,02$
A déjà pris en charge une femme mutilée durant sa carrière	59,2% (n=61)	61,1% (n=11)	NS
Parlerait des MSF à l'EPI uniquement si la femme en parle	43,7% (n=45)	11,1% (n=2)	$p \leq 0,01$
Parlerait des MSF à l'EPI si la femme dans d'autres conditions que la femme en parle ou pas	42,7% (n=44)	27,8% (n=5)	NS
Connaît des organismes de lutte	21,4% (n=22)	0% (n=0)	$p \leq 0,03$
Connaît les démarches de signalement	55,3% (n=57)	27,8% (n=5)	$p \leq 0,04$

Nous pouvons donc ajouter que les sages-femmes qui proposeraient une orientation parleraient plus des MSF à l'EPI si la femme en parle; par contre elles n'en parleraient pas plus dans d'autres conditions.

La modification de population dans le tableau 14 ne modifie pas la conclusion du tableau 13.

3. Résumé et propositions d'après les résultats obtenus

Nous allons résumer les résultats obtenus de l'analyse statistiques des questionnaires, à partir de cela nous émettrons des propositions pour la prévention.

3.1. Connaissances, prévention et pratiques quant aux MSF des sages-femmes faisant l'EPI

Connaissances

- 71,2% des sages-femmes disent avoir reçu un **enseignement** sur les MSF, le plus souvent par elles-mêmes.
- 15,1% des sages-femmes ne connaissent aucun **type** de MSF, 29,3% ne connaissent pas les **raisons** de ces pratiques, 16,1% ne connaissent aucune **complication**.
- Les facteurs influençant les connaissances sont: l'existence d'un enseignement sur les MSF et la connaissance d'organismes de lutte contre les MSF.

Prévention

- 81,5% des sages-femmes ne savent pas qu'elles exercent dans des **régions à risque** de MSF. Seulement 29,8% pensent qu'il est justifié de cibler leur région comme étant à risque de MSF.
- 14,4% des sages-femmes connaissent au moins un **organisme de lutte contre les MSF**.
- 25,5% des sages-femmes savent que les MSF sont **sanctionnées d'amende et de prison**. Aucune ne pense qu'elles sont autorisées.

- 72,2% des sages-femmes savent que l'on peut **protéger les fillettes des MSF** en France, seulement 16,6% savent que c'est également possible lors d'un retour au pays même si ce pays ne possède pas de loi pénalisant cela.
- 43,4% des sages-femmes connaissent des **démarches de signalement** pour protéger les fillettes
 - Les facteurs influençant la prévention sont: la connaissance des complications engendrées par les MSF et l'expérience de la sage-femme avec des patientes mutilées.

Prise en charge durant l'EPI

- seulement 11,2% des sages-femmes disent avoir déjà **pratiqué un EPI avec une femme mutilée**. Elles connaissent mieux les organismes de lutte contre les MSF, ce sont le plus souvent les sages-femmes de PMI.
- 23,4% des sages-femmes font parfois, souvent ou toujours un **examen gynécologique** durant l'EPI mais dans certaines conditions: si l'EPI est couplé à une consultation médicale de suivi de grossesse ou lorsque la patiente présente un signe d'appel (douleurs, contractions...) ou si la patiente le souhaite.
- 70,3% des sages-femmes **parlent ou parleraient des MSF durant l'EPI**, seulement 17,6% si la patiente est à risque et 15,9% si une MSF est constatée à l'examen gynécologique. Ces sages-femmes ont de meilleures connaissances sur les MSF (sauf en ce qui concerne les raisons) et les mesures de prévention. Elles ont aussi plus souvent déjà pris en charge une femme mutilée.
- parmi les sages-femmes qui parleraient de MSF à l'EPI, seulement 35% parleraient des complications qu'entraînent les MSF, 27% parleraient des croyances autour des MSF et 43% parleraient du caractère interdit de ce geste.
- 15,8% des sages-femmes ne proposeraient pas à la patiente mutilée de **rencontrer un autre professionnel**, le plus souvent (75%) car elles ne sauraient pas vers qui s'orienter. Elles ont, en effet, de moins bonnes connaissances en ce qui concerne la prévention des MSF.

3.2. Propositions pour une amélioration de la prévention

Beaucoup de sages-femmes estiment avoir reçu un enseignement sur les MSF, effectivement leurs connaissances des MSF sont meilleures que celles des autres sages-femmes. Cependant elles sont nombreuses à ne pas connaître les types de MSF, leurs complications, et surtout les raisons justifiant ces pratiques. Or ces connaissances sont indispensables pour parler de MSF.

Aussi, la plupart des sages-femmes ne sauraient pas comment prévenir la mutilation des fillettes; d'autant plus lorsqu'elles n'ont jamais pris en charge de femme mutilée et connaissent mal les complications engendrées par les MSF.

Enfin, peu de sages-femmes ont déjà pratiqué un EPI avec une femme mutilée. Si elles rencontraient cette situation beaucoup d'entre elles souhaiteraient en parler avec la patiente, malheureusement la plupart ne sauraient pas mettre en oeuvre une aide et une prévention efficace.

Les sages-femmes voudraient donc effectuer cette prévention, en effet elles estiment nécessaire parler de MSF en présence d'une femme mutilée (70,3% d'entre elles), mais aussi certaines ont demandé des informations à ce sujet dans les questionnaires. Malheureusement, elles n'ont pas les connaissances requises mettre en oeuvre cette prévention.

Il faudrait donc leur apporter ces connaissances. Les plaquettes distribuées par les organismes de lutte contre les MSF (ANNEXE 20) peuvent être une première information, elles expliquent les types de MSF, leur répartition géographique, les complications qu'elles engendrent, et la législation française. Ces brochures d'information devraient être disponibles dans les centres de santé situés dans les régions à risque de MSF.

Cependant, pour effectuer une prévention des MSF, les sages-femmes auraient besoin d'un complément d'information ne figurant pas sur ces plaquettes. Effectivement elles doivent savoir que l'on peut protéger les fillettes des MSF en France, mais aussi lors d'un retour au pays. Pour cela, elles doivent disposer des coordonnées des associations de lutte qui ont l'habitude de travailler avec les professionnels de santé et savent quelles

sont les démarches les plus efficaces et les plus appropriées pour protéger les filles. Les sages-femmes doivent également savoir comment faire une démarche de signalement.

Il faudrait un document de formation pour toutes les sages-femmes, surtout celles exerçant dans un département à risque, car toutes sont susceptibles de prendre en charge une femme mutilée durant leur carrière. Ce document contiendrait les informations délivrées par les organismes de lutte, mais aussi un complément en ce qui concerne la prévention des MSF par la sage-femme comme nous venons de le voir ci-dessus. Grâce à un support simple type plaquette d'information, il pourrait être distribué par le conseil de l'ordre des sages-femmes par exemple.

L'EPI est une consultation particulière, un temps d'écoute et d'échange avec la femme voire la couple, durant laquelle l'examen des OGE n'est pas fait le plus souvent. Le sujet des MSF s'avère donc plus difficile à aborder. Aussi, une sage-femme n'ayant jamais pris en charge une femme mutilée, pourrait souhaiter avoir l'avis de personnes ayant une expérience des MSF avec les femmes. Afin de répondre plus spécifiquement à la problématique de l'EPI nous avons, dans l'étude qui va suivre, mené des entretiens avec des professionnels luttant contre les MSF.

.ENTRETIENS AUPRÈS DE PROFESSIONNELS LUTTANT CONTRE LA PRATIQUE DES MSF

1. Introduction, matériel et méthode

Pour effectuer une prévention des MSF durant l'EPI, il faut avoir des connaissances à ce sujet. Mais lorsque la sage-femme n'a pas eu d'expérience professionnelle avec des femmes mutilées, même si elle a des connaissances, elle peut se poser des questions pratiques: « Comment faire pour en parler durant l'EPI si la sage-femme le juge nécessaire? De quoi faut-il parler? Comment peut réagir la patiente? Quelles sont les erreurs à ne pas faire? ».

Pour répondre à ces questions, nous avons rencontré des professionnels qui ont une expérience dans la lutte contre les MSF.

Les entretiens étaient semi dirigés (**ANNEXE 18**), composés de sept questions ouvertes, réalisés entre les mois de novembre 2007 et janvier 2008. Entièrement retranscrits, ils se trouvent en annexe (**ANNEXE 19**). Ils ont, chronologiquement, été menés avec les personnes suivantes:

- une salariée du centre d'information du droit des femmes et des familles (CIDFF), originaire de Côte d'Ivoire.
- une militante au Groupe de femmes pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (GAMS).
- un médecin de PMI en Seine-Saint-Denis luttant contre les mutilations sexuelles féminines depuis plus de vingt ans.
- une sage-femme, ayant rédigé son mémoire de fin d'étude sur « la sage-femme dans la prévention des mutilations génitales féminines ».

2. Résultats

A partir de ces différents entretiens, nous avons établi le résumé suivant:

1) Quelles sont les raisons qui les poussent à poursuivre ces pratiques?

Les raisons qui poussent les populations à poursuivre ces pratiques sont variées, souvent liées entre elles.

En France le rôle de la **pression de la communauté** n'est pas des moindres: la MSF peut être pratiquée par une personne de la famille ou de la communauté parfois même à l'insu des parents. En effet, on trouve dans un entretien que la jeune fille n'appartient pas à la famille mais à la communauté toute entière: c'est donc elle qui décide de perpétuer ce qui est la règle, c'est à dire la MSF. Cependant on trouvera plus loin dans les questions que cela peut être évité lors d'un retour au pays par des moyens de dissuasion appropriés: on prévient la communauté que s'ils mutilent la jeune fille, sa famille ne pourra plus leur envoyer l'argent qui est pour eux une source de revenu importante.

Aussi l'importance de **l'identité culturelle**. C'est souvent le rêve des parents que de retrouver un jour les leurs restés au pays: pour être intégrée à la société les femmes doivent avoir subi la MSF. Parfois même, les jeunes filles demandent elles même à être mutilée pour avoir cette identité, « pour être comme les autres ».

On retrouve aussi le **contrôle de la sexualité féminine** et la **garantie du mariage**: la femme non mutilée ne pourra pas se marier. C'est lié à l'identité culturelle: « les fillettes sont aussi excisées pour pouvoir se marier avec quelqu'un de leur pays, c'est le rêve de leur maman ». Le mariage est encore parfois lié à des raisons économiques avec la dot. La famille qui marie sa fille, reçoit de l'argent de la famille du mari (la dot), parce que cette fille a de la valeur. Or pour certaines ethnies, la fille non mutilée a peu de valeur. Mais cette dot semble disparaître pour devenir juste symbolique.

Le fait de **ne pas connaître les complications** qu'engendrent les MSF contribueraient encore parfois à leur perpétuation: le lien entre les complications médicales et la MSF n'est pas établi par méconnaissance.

Certaines ethnies ont des **croyances** rendant la MSF incontournable. Par exemple le mythe de la bisexualité originelle: le clitoris est masculin car il est un organe érectile, la fille ne deviendra femme que lorsqu'on lui aura enlevé. Aussi le clitoris serait un organe maléfique qui rendrait la femme stérile et l'homme impuissant.

II) Qu'est-ce qui peut faire penser à la sage-femme que la patiente a subi ou risque de faire subir une MSF à ses filles?

La sage-femme ne peut être certaine de la présence ou de l'absence d'une MSF qu'après avoir vu les **organes génitaux externes** de la patiente. D'autant plus que certaines femmes ne savent pas qu'elles sont mutilées donc ne pourront pas le dire: le traumatisme qu'engendre la MSF est tel qu'elles « oublient ».

Le **pays d'origine** de la patiente peut faire penser à la sage-femme à une éventuelle MSF.

Les femmes qui vivent dans les **traditions**, qui sont nées dans la communauté qui pratique les MSF; sont souvent plus à risque de MSF que celles qui ont toujours vécu en France, qui sont scolarisées, « européens ». Mais ce n'est pas la règle: les traditions, les croyances peuvent être tellement fortes que personne n'y échappe, quelque soit l'éducation et le niveau socio-professionnel.

Les femmes qui ont subi une MSF ne voudront pas reproduire ce geste sur leur fille le plus souvent. Mais parfois elles « **minimisent** » les mutilations, ou **ne voient pas comment elles pourraient empêcher** ce qui est fait depuis des générations, voire revendiquent qu'elles sont pour les MSF. Elles risquent alors de reproduire ce geste sur leurs filles, d'autant plus lorsqu'elles ne savent pas que la loi l'interdit ou lors d'un retour au pays d'origine.

III) La femme ayant subi une MSF en parle-t-elle?

La femme pourra en parler avec la sage-femme si elle se sent en **confiance**, si la sage-femme montre qu'elle est ouverte et ne la juge pas. Mais elle n'en parlera **jamais spontanément**: « les femmes ne parlent que de ce dont les professionnels leur parlent en ce qui concerne les MSF, c'est comme pour les violences conjugales ». Dans un entretien on retrouve le fait que la grossesse facilite l'écoute.

En général, les MSF sont un sujet **tabou**: comme tout sujet de sexualité mais aussi parce que c'est interdit en France. Un tabou avec les soignants mais aussi les femmes n'en parlent pas avec leur mari, ni dans leur famille. Certaines personnes interviewées disent qu'elles en parlent parfois entre jeunes filles en France, ou lorsque les MSF leurs posent un problème. Aussi parfois la fille parle avec sa mère du « choix » de mutiler ou non la petite fille qui va naître.

IV) Si la sage-femme pense que la patiente est à risque de MSF, comment peut-elle aborder le sujet avec elle?

On parle de MSF après avoir **regardé la vulve** car des femmes ne savent pas qu'elles ont été mutilées, et mieux vaut attendre la fin de l'examen pour en parler. Il ne faut pas prétendre que la femme a été mutilée à partir de ses origines, exception faite de la femme qui n'a pas été examinée et que l'on ne reverra pas...

Lorsque la femme a été examinée il faut commencer par **lui dire quel type de MSF** elle a subi, ainsi la conversation est engagée. En évitant de prononcer des termes choquants tels que mutilation, on privilégiera le mot « excision » par exemple.

Il est important de ne pas se centrer sur la MSF, il faut **s'intéresser à la personne** entière: pour établir une relation de confiance mais aussi parce que tout est lié. Ainsi on pourra parler de sexualité, du couple, de la grossesse, de l'accouchement, de la parentalité; il suffira de trouver le lien entre ces sujets et la MSF.

Ensuite il faut inviter la patiente à s'exprimer et se questionner sur ce sujet, sur son vécu, son ressenti, ses projets. Avec **empathie** et sans avoir « l'air attristé ou choqué », tout en lui faisant comprendre que les MSF sont nuisibles. Avant cela, il est bon que la sage-femme se présente, explique son domaine de compétences: beaucoup de femmes pensent que la sage-femme ne s'occupe que de l'accouchement, alors ces dernières pourraient penser que les questions posées par la sage-femme sont indiscretes voire inappropriées. Aussi c'est un temps d'échange et la sage-femme ne doit pas se positionner en « donneuse de leçon ». En parlant de la grossesse, de l'accouchement, de la sexualité; elle peut parler de ce que modifient les MSF et les complications qui en découlent. Il est évident qu'il est aussi plus facile de se comprendre lorsque l'on a « appris à se connaître avant ».

Il ne faut **pas commencer par parler des lois** à la patiente car seule une femme qui a bien compris pourquoi les MSF sont néfastes comprendra pourquoi des lois contre ces pratiques sont justifiées et pourquoi elle ne doit pas mutiler ses filles.

V) Quelles sont les actions de prévention à mettre en place par la sage-femme en présence d'une femme ayant une MSF à « l'entretien du quatrième mois »?

Tout d'abord la femme doit **comprendre pourquoi les MSF sont dangereuses** pour pouvoir comprendre qu'elle peut être aidée et qui faut cesser ces pratiques. Pour cela, on peut se servir de **schémas**, surtout lorsque la femme connaît mal son corps. On pourra ainsi montrer de façon simple ce qu'est l'anatomie normale de la femme, puis la comparer à celle d'une femme mutilée; en expliquant ce que les modifications entraînent médicalement. Il faudra lui demander si elle le savait, ce qu'elle en pense, si elle en souffre... Il faut l'écouter, l'inciter à s'exprimer afin d'avoir un **temps d'échange** quant à son vécu, mais aussi pour vérifier qu'elle comprend bien. La reformulation peut également être utile, parfois il faut avoir recours à un interprète. On pourra leur parler de **reconstruction des OGE**: cela pourra l'aider à comprendre qu'elle a été mutilée car « quand on répare quelque chose c'est que ça a été abîmé ». Mais aussi car c'est le droit de toute femme mutilée de pouvoir bénéficier de ces soins si elle le souhaite.

Malheureusement les MSF sont souvent liées aux violences conjugales, aux rapports forcés, aux mariages forcés... La sage-femme doit parler avec la femme de sa

relation de couple, de sa sexualité... pour dépister les violences et aider cette femme et son futur enfant comme il se doit.

Le **traumatisme psychologique** engendré par la MSF ne doit pas être occulté. Si elle le souhaite, la patiente peut rencontrer un psychologue pour en parler, mais aussi les associations de lutte où elle pourra parler avec des femmes africaines.

Il faut aussi parler de l'éventuelle **mutilation de la petite fille** à naître, et même de celles des filles déjà présentes au sein de la famille.

Si la femme est convaincue de la dangerosité des MSF, elle argumentera bien contre et ne voudra pas que sa petite fille soit mutilée. Mais il faut insister sur le fait que la fille peut être mutilée contre le gré de ses parents. Pour qu'elle soit protégée lors d'un retour au pays il faudra qu'elle contacte des **associations** (GAMS) qui sauront les conseiller, mais aussi la **PMI** où un certificat médical d'intégrité des OGE de la fillette doit être fait avant son départ et après son retour car les MSF sont interdites. Même s'il existe des lois contre les MSF au pays d'origine, elles protègent rarement les fillettes.

Si après toute l'écoute et les explications la femme n'est pas claire dans ses opinions, voire si elle est pour les MSF il faudra alors lui rappeler la loi. Lui dire qu'elle risque la prison si sa fille est mutilée même si le geste est pratiqué en Afrique, qu'un **signalement** sera fait auprès du procureur de la république; car on ne peut pas accepter ces pratiques dangereuses et que c'est le dernier recours pour les faire cesser.

A la fin de cette discussion tout doit être noté dans le **dossier médical** de la patiente. Après sa naissance, la petite fille devra avoir un suivi, il sera noté dans son carnet de santé.

VI) Pensez-vous qu'un entretien qui dure environ une heure est trop court pour mettre en place un soutien, une prévention, quant aux MSF? Faudrait-il renouveler cet entretien?

Toutes les personnes interviewées pensent qu'**une heure est suffisante**. Cependant, parler des MSF peut être un sujet douloureux pour la patiente, il faut y **consacrer le temps nécessaire**, ne pas couper la discussion par manque de temps, sans

pour autant forcer la patiente à parler de choses qu'elle ne souhaite pas aborder. Il ne faut pas non plus que ce soit pour la femme l'unique occasion d'en parler, on pourra lui proposer un **deuxième entretien**, en reparler aux prochaines consultations ou s'assurer qu'un autre professionnel prendra le relais.

VII) Que pensez-vous de la présence du mari durant une discussion avec la femme à propos des MSF?

Il semble préférable d'avoir un **temps seul(e) avec la patiente**. Parce qu'en présence du mari, s'il existe des violences dans le couple la femme n'en parlera pas, aussi parce que nombreuses femmes ont leur « jardin secret » pour beaucoup de choses, elle n'en parleront pas en présence de l'homme.

Ensuite il existe différents types de couple. Dans les couples « peu éduqués », enracinés dans les traditions, la sexualité est un véritable tabou: ce serait déplacé d'aborder ce sujet devant l'homme qui pourrait ensuite interdire à sa femme de revoir la sage-femme. Dans les couples « modernes », la présence du mari ne gêne souvent pas pour parler de sexualité.

Il est important que le **mari comprenne lui aussi** les conséquences dramatiques liées aux MSF, car s'il n'en est pas convaincu il ne protégera pas ses filles. On peut voir avec la patiente ce qu'elle en pense avant d'aborder le sujet avec le mari.

Enfin, s'il y a une barrière de la langue, l'interprète ne doit pas être le mari.

Partie 3: Analyse de l'étude, discussion et propositions

.LES DIFFERENTS TEMPS DE L'EPI AVEC UNE FEMME AYANT SUBI UNE MSF

Pour une aide et une prévention durant l'EPI, la sage-femme doit tout d'abord savoir que la patiente est mutilée. Ensuite elle doit en parler avec elle: cette MSF ne doit pas rester un sujet tabou. Enfin, il faut aider cette femme et protéger ses filles des MSF. Pour cela, la sage-femme doit: avoir des connaissances suffisantes sur les MSF, en parler à la femme et l'aider, connaître les mesures efficaces de prévention contre ces mutilations.

1. Savoir que la patiente a subi une MSF

On sait par la littérature et les entretiens que certaines patientes sont plus à risque de MSF. En effet, ces mutilations sont pratiquées dans certains pays et pas dans d'autres, mais il ne faut pas systématiser car dans un même pays toutes les ethnies ne pratiquent pas les MSF. Le fait de savoir l'origine de la patiente peut donner une première piste.

Aussi selon certains spécialistes, même si tous les milieux socio-professionnels peuvent être touchés par les MSF, les personnes qui les pratiquent sont bien souvent encore enracinées dans les traditions (vivent depuis peu en France, n'ont pas été scolarisées...). Mais attention, là encore il ne faut pas systématiser.

On sait par les professionnels que pour savoir que la patiente est mutilée il faut **avoir regardé ses OGE**, car certaines femmes ne savent pas qu'elles sont mutilées, mais aussi parce qu'elles ne parlent jamais spontanément des MSF. L'examen des OGE permet également de savoir quel type de MSF la femme a subi. En effet, selon le type et les complications, la conduite à tenir durant la grossesse et l'accouchement est différente.

Or, 15,1% des sages-femmes ne connaissent aucun type de MSF; elles ne sauraient donc pas précisément les diagnostiquer. Cependant, l'examen gynécologique n'est pas recommandé lors de cet entretien par l'HAS, car l'EPI est un temps de parole favorisé par un environnement qui met la patiente en confiance. En effet, près de 80% des sages-femmes ne font jamais d'examen gynécologique durant l'EPI.

Celles qui le font travaillent plus souvent en PMI, elles n'ont pas de meilleures connaissances générales que les autres sages-femmes sur les MSF mais connaissent plus souvent des organismes de lutte. Les sages-femmes pratiquent cet examen: lorsque la patiente dit présenter des contractions, des douleurs, ou lorsque c'est son souhait.

Pour savoir que la patiente est mutilée, il suffit de regarder avec attention les OGE sans même aller jusqu'à l'examen gynécologique. Alors pourquoi ne pas proposer, à un moment adéquat, à la femme de les regarder pour vérifier que « tout va bien », surtout lorsque l'on sait que l'on ne reverra pas une patiente à risque? Et si la patiente refuse, tout ne sera pas perdu car ce sera une occasion pour la sage-femme d'ouvrir la discussion à ce sujet.

La sage-femme peut également savoir que la patiente est mutilée si elle a déjà examiné ses OGE à une précédente consultation médicale. Dans ce cas là, la sage-femme devrait avoir déjà parlé de la MSF avec cette femme au moins une fois, c'est à dire après l'examen des OGE qui a fait constater la mutilation.

Lorsque la sage-femme qui fait l'EPI rencontre cette patiente pour la première fois, elle devrait apprendre la MSF par **transmissions interprofessionnelles** (orale, dossier médical, carnet de maternité...). En effet, la femme enceinte a toujours eu un examen médical avant l'EPI, qu'il soit couplé à un examen gynécologique ou pas. Grâce à cet examen, la MSF devrait avoir été diagnostiquée. Aussi, la personne qui a fait ce constat devrait avoir eu une discussion au sujet de la MSF avec la femme, car il ne faut pas attendre pour en parler.

Si la sage-femme sait qu'elle va revoir cette patiente à risque lors d'une consultation médicale ultérieure elle devra, cette fois là, regarder attentivement ses OGE. Si la consultation suivante est un EPI, elle devra se renseigner avant l'EPI sur l'intégrité des

OGE en contactant les professionnels de santé qui assurent le suivi de cette patiente (obstétricien, gynécologue, médecin traitant, sage-femme...). Ils devraient également systématiquement être contactés par la sage-femme lorsqu'elle n'a pas vérifié l'intégrité des OGE d'une patiente à risque qu'elle ne reverra pas.

Or on peut se demander si cet examen des OGE est bien fait ou si les transmissions interprofessionnelles au sujet des MSF existent, car seulement 11,2% des sages-femmes exerçant dans les régions à risque disent avoir déjà pratiqué un EPI avec une patiente mutilée. De plus, nous avons pu remarquer dans différentes lectures [38,45], en discutant plus longuement avec les spécialistes et lors d'un stage de PMI en Seine-Saint-Denis; que l'examen des OGE n'est pas toujours fait: le médecin ou la sage-femme fait un examen gynécologique sans regarder attentivement. Aussi bien trop souvent la MSF n'est pas notée dans le dossier médical, or c'est un élément clé de la transmission interprofessionnelle dans lequel la MSF doit être mentionnée.

Les OGE doivent être regardés soigneusement car les MSF ne sont pas dépistées si on ne regarde pas, d'autant plus lorsqu'elles sont de type I ou II.

Les MSF devraient donc avoir été diagnostiquées avant l'EPI par un professionnel de santé qui en aurait parlé avec la femme, qui l'aurait noté dans le dossier médical (le carnet de maternité fait partie des documents médicaux), et qui aurait assuré la transmission de l'information au corps médical qui assure le suivi de cette femme.

On peut noter que le faible pourcentage de patientes mutilées rencontrées en EPI, selon certaines sages-femmes ayant fait des remarques dans les questionnaires, pourrait aussi être expliqué par le fait que ces femmes ne se rendent pas à cette consultation.

2. Parler avec la patiente de la MSF

Nous venons de voir que la MSF devrait avoir été diagnostiquée avant l'EPI. Par conséquent, **à cet entretien, la mutilation devrait être connue par la sage-femme** dont le rôle serait d'en parler avec la patiente: pour l'aider mais aussi pour prévenir le risque de récurrence sur les fillettes.

Or seulement 15,9% des sages-femmes parleraient d'une MSF constatée ou connue durant l'EPI (17,6% en parleraient si la femme est à risque). Ces sages-femmes ont plus souvent que les autres pris en charge une femme mutilée. Aussi elles ont de meilleures connaissances des types de MSF et leurs complications, sur les organismes de lutte et des démarches de signalement.

Donc de **bonnes connaissances des MSF et de leur prévention**, mais aussi l'expérience de la sage-femme avec des patientes mutilées, facilitent la parole à ce sujet pour la sage-femme mais aussi pour la patiente. En effet, connaître les MSF permet à la sage-femme d'aider au mieux la femme et ses filles, mais aussi d'éviter de commettre des erreurs qui pourraient choquer la patiente ou encore la mettre dans une situation telle qu'elle ne souhaiterait plus en parler. Selon les professionnels, la sage-femme doit éviter de prononcer des termes choquants comme « mutilation », elle doit savoir que certaines femmes ne savent pas qu'elles sont mutilées donc qu'elles peuvent l'apprendre par la sage-femme, que ces femmes peuvent présenter de lourdes séquelles psychologiques...

Mais aussi comme pour tout EPI, pour favoriser la communication, la sage-femme doit faire preuve d'**empathie** sans aller dans l'excès.

De plus, **la patiente doit être active** dans cet entretien. Le rôle de la sage-femme n'est pas de donner une leçon ou une information, mais d'aider la femme à résoudre ses problèmes par elle-même en la rassurant dans ses compétences et en lui apportant ce dont elle a besoin.

Il ne faut pas oublier que l'EPI doit **prendre en compte la globalité de la personne**: lorsque la MSF est connue il ne faut pas uniquement parler de cela. Les MSF peuvent entraîner des complications psychologiques, sexuelles et obstétricales chez la patiente. Elles peuvent parfois aussi être liées à des problèmes relationnels avec leur conjoint par exemple (violences conjugales, mariages forcés...).

Parler des violences durant l'EPI (dont les MSF), fait partie des recommandations de l'HAS. Les violences peuvent être physiques, verbales, sexuelles... La sage-femme pourrait, en parlant de cela, aborder naturellement le sujet des MSF.

Enfin, pour pouvoir parler il faut se comprendre; la sage-femme ne doit pas hésiter à avoir recours à un **interprète**. Dans un entretien est souligné le fait que l'interprète ne doit pas être le mari.

Aussi pour parler de certaines choses dont les MSF, il est important d'avoir un **temps seul avec la femme**, sans le mari. Il sera cependant important de parler des MSF avec lui aussi, car il ne voudra protéger ses filles de ces pratiques que s'il est convaincu qu'elles sont nuisibles à la santé.

La parole est primordiale, mais en complément des **brochures d'information sur les MSF** existent et elles doivent être remises aux femmes mutilées (**ANNEXE 20**). Ces plaquettes d'information devraient être disponibles dans tous les centres de santé, surtout dans les départements à risque de MSF. Il faut une médiatique importante pour que plus de femmes soient informées, pour qu'elles sachent que les MSF sont nuisibles.

3. Mettre en oeuvre une aide et une prévention durant l'EPI

Dans les entretiens avec les professionnels on retrouve que pour une aide et une prévention il faut: expliquer à la femme quel type de MSF elle a, l'aider à comprendre que les MSF sont nuisibles et pourquoi en parlant des complications et des raisons des MSF, lui proposer l'aide nécessaire et lui expliquer comment on peut protéger ses filles des MSF.

Pour pouvoir faire cela, il faut des **connaissances suffisantes** dans ce domaine. Or 15,1% des sages-femmes ne connaissent aucun type de MSF, 16,1% ne connaissent aucune complication et 30% ne connaissent pas les raisons des MSF. Seulement 14,4%

connaissent un organisme de lutte. En ce qui concerne la protection de l'enfance: 43,4% sauraient faire une démarche de signalement mais elles ne sont que 16,6% à savoir que des démarches sont utiles pour protéger une fillette lors d'un retour au pays. La plupart des sages-femmes manquent donc de connaissances pour prévenir les MSF durant l'EPI.

La prévention est meilleure lorsque les sages-femmes ont de l'expérience avec des femmes mutilées et des connaissances des complications liées aux MSF.

Il faut donc d'abord **dire à la femme qu'elle a une MSF**, pour qu'elle l'apprenne si elle l'ignorait, mais aussi pour **l'aider à bien comprendre son type de mutilation et les complications** qui en découlent. Pour cela la sage-femme peut s'aider de schémas montrant une vulve saine et une vulve mutilée. C'est également le moment de faire un rappel sur l'anatomie féminine, voire la grossesse et l'accouchement. Des images accompagnées de texte explicatif extraites du livre Universel de la Naissance, édité par le G.A.M.S peuvent aider la sage-femme à illustrer les MSF et leurs complications (ANNEXE 21).

Pour que la femme comprenne que les MSF sont nuisibles, que ce n'est pas normal, elle doit en comprendre les complications. Or parmi les sages-femmes qui parleraient des MSF (33,5%), seulement 35% parleraient des complications.

La sage-femme pourra par la suite expliquer et proposer à la patiente la **reconstruction des OGE**; voire la désinfibulation si la patiente est infibulée tout en rappelant que la réinfibulation notamment après l'accouchement est interdite en France. Parler de cette reconstruction à ce moment peut aussi aider la femme à comprendre que ses OGE sont « abîmés ».

Parmi les sages-femmes qui parleraient des MSF (33,5%), elles seraient 45% à parler du caractère interdit de ce geste. Elles parleraient donc plus souvent de l'interdiction que des complications pour la santé qui justifient cette interdiction. Or il faut parler des complications des MSF en premier lieu car la femme ne peut comprendre que la loi est justifiée, donc qu'il faut la respecter, que si elle a compris que les MSF sont nuisibles. Il faut donc parler des **lois pénalisant les MSF dans un deuxième temps**, tout en sachant que la plupart des femmes savent que cette pratique est interdite en France.

Connaître les raisons des MSF permet à la sage-femme de réfléchir à la complexité de ce sujet, de comprendre pourquoi les MSF sont justifiées pour ceux qui les pratiquent; ainsi elle sera plus à même d'écouter la patiente sans la juger, mais aussi

de savoir réfuter les arguments que la patiente pourrait donner en faveur des MSF. Par exemple il est important de savoir qu'aucune religion ne prescrit les MSF. De même qu'il ne faut pas juger les traditions car même si certaines sont nuisibles comme les MSF, d'autres sont bénéfiques (le massage des nourrissons, l'allaitement maternel...); mais aussi expliquer que toutes les sociétés ont eu des pratiques néfastes (bandages des pieds des chinoises, pratique des MSF en Europe jusqu'au 19^{ème} siècle...). La patiente doit comprendre que la santé des femmes et des filles est ce qu'il y a de plus important.

Parmi les sages-femmes qui parleraient des MSF (33,5%), seulement 27% parleraient des raisons des MSF. Or nous venons de voir pourquoi il est important de les connaître et d'en parler.

Les organismes de lutte sont nombreux en France. Ils apportent de l'information et de l'aide aux femmes mais aussi aux professionnels de santé à propos des MSF, leurs coordonnées sont en **ANNEXE 22**. Ils devraient être contactés davantage par les sages-femmes, d'autant plus lorsqu'elles n'ont pas les connaissances suffisantes. Aussi la femme mutilée aurait parfois plus de facilité à parler de MSF avec des femmes d'origine africaine, qui sont souvent présentes dans ces associations.

En cas de risque de mutilation sexuelle d'une fillette, la sage-femme se doit de faire une **démarche de signalement**. Depuis la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance (article L.226-2-1), ce signalement doit être fait au président du Conseil Général (il exerce l'autorité sur l'observatoire départemental de protection de l'enfance) ou au responsable désigné par lui (par exemple le médecin responsable du service départemental de PMI): ils sont représentés par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Le président du Conseil Général décidera d'en avertir le Procureur de la République. Si la situation est particulièrement grave, le signalement peut être directement fait au Procureur de la République, qui donnera la conduite à tenir au président du Conseil Général (article L.226-4). Le signalement est préventif.

Il est parfois utile de contacter dans un premier temps les associations de lutte contre les MSF car elles ont l'habitude de travailler avec les professionnels de santé. Elles parviennent souvent à dissuader les parents de faire mutiler leurs filles et connaissent les démarches nécessaires pour empêcher la famille de le faire lors d'un retour au pays.

Aussi, 15,8% des sages-femmes ne proposeraient pas à leur patiente de rencontrer, si elles le souhaitent, un autre professionnel. C'est d'autant plus grave que

ces sages-femmes ont de moins bonnes connaissances des complications liées aux MSF, des organismes de lutte et des démarches de signalement (que celles qui proposeraient cette autre rencontre à leur patiente). Lorsque la sage-femme pense que ce qu'elle doit gérer dépasse son domaine de compétence, elle ne doit pas l'occulter mais demander de l'aide ou trouver un autre professionnel qui prenne le relais.

Un entretien avec un **psychologue** devrait être systématiquement proposé à la patiente mutilée car elle a subi un traumatisme. Aussi car la grossesse est une période de transparence psychique durant laquelle la femme peut revivre les moments les plus traumatisants de sa vie pouvant être source de grande angoisse. Avec le psychologue elle pourra peut être également parler de sexualité, d'acceptation du corps mutilé, du relationnel dans le couple...

La PMI a également son rôle à jouer au long terme, un suivi par celle-ci devrait être systématiquement proposé par les sages-femmes exerçant en maternité. La loi du 5 mars 2007 de la protection de l'enfance prévoit une mise en contact à la maternité des professionnels de la PMI avec les parents [36]. En effet, la sage-femme de PMI pourra proposer de voir la femme, voire le couple et les enfants à domicile et ainsi nouer des liens facilitant la parole quant aux MSF. Elle pourra aussi proposer une rencontre avec l'assistante sociale, mais aussi avec le pédiatre et la puéricultrice qui seront amenés à voir l'enfant après la naissance et qui pourront le suivre jusqu'à l'âge de ses six ans. Ce contact précoce pendant la grossesse permet à la famille de mieux accepter le suivi post-natal de l'enfant, de se sentir en confiance avec les professionnels. Après l'âge de six ans, le risque de MSF s'élève puisque la prévention par la médecine scolaire est impossible du fait de la pénurie grave de médecins scolaire. Une prévention véritablement efficace existe surtout lorsque les parents sont convaincus de ne pas vouloir mutiler leur enfant et qu'ils sont aidés pour cela lorsqu'ils partent au pays (rôle des associations), le signalement de la fillette est également efficace pour un suivi rapproché en PMI avant l'âge de ses six ans.

Enfin un **deuxième entretien** devrait être proposé si nécessaire, dans tous les cas il ne faut pas que cet EPI ait été pour la femme l'unique occasion de parler de MSF.

.ANALYSE DES POINTS FORTS ET DES POINTS FAIBLES DE L'ETUDE

1. Questionnaires destinés aux sages-femmes

L'étude a été réalisée dans toutes les régions ciblées par le Ministère de la Santé et des Solidarités comme à « risque de MSF », c'est le point fort de l'étude.

Cependant, le taux de réponses par régions et départements varie significativement, et les régions et départements les plus touchés par les MSF ne sont pas ceux pour lesquels le taux de réponse est le plus élevé.

Aussi, il existe des biais. En effet, dans chaque région le taux de réponse des sages-femmes de maternité est plus élevé que pour celles de PMI. Mais encore, il n'y a eu aucune réponse interprétée pour les départements suivants: Aube, Ardenne, Hautes Alpes, Seine Saint-Denis et Somme. Enfin, il n'y a pas eu de réponse interprétée pour les maternités dans les départements suivants: Paris, Essonne, Val de Marne; et pour la PMI dans les régions Nord-Pas-de-Calais et Picardie et dans vingt et un départements (détails en **ANNEXE 17**).

Nous avons décidé de ne pas inclure dans l'étude les sages-femmes travaillant en clinique et en secteur libéral. Cela afin de limiter le nombre de questionnaires pour la faisabilité de l'étude dans les délais impartis, mais aussi parce que ces sages-femmes ne sont certainement pas les plus touchées par les femmes ayant subi une MSF. L'étude n'est donc pas représentative de tous les secteurs où les sages-femmes pratiquent l'EPI.

Un autre point fort des questionnaires est la question ouverte dans laquelle les sages-femmes pouvaient faire part de leurs remarques. Elles ont abordé des thèmes ne figurant pas dans le questionnaire car nous n'y avons pas pensé. Ainsi nous avons pu nous rendre compte que beaucoup de sages-femmes souhaitent avoir plus d'information sur les MSF, aussi certaines se demandent si elles font parfois des EPI avec des patientes mutilées sans le savoir. Cela confirme les résultats de l'étude statistique: les

sages-femmes manquent de connaissance au sujet des MSF et rares sont celles qui disent avoir déjà pris en charge une femme mutilées durant l'EPI.

Aussi, ces questions n'ont pas été analysées pour les raisons suivantes:

- « *Avez-vous suivi une formation pour l'entretien prénatal individuel? Et pensez-vous que cette formation est utile?* » **car** son interprétation n'apportait rien à l'étude d'autant plus que les sages-femmes ayant eu une formation sur les MSF ne l'ont jamais reçue lors de la formation pour l'EPI.
- « *Depuis combien de temps pratiquez-vous cet entretien?* » **car** les réponses étaient ininterprétables du fait que beaucoup de sages-femmes de PMI, ayant un long temps de parole et d'échanges avec les patientes, considèrent qu'elles pratiquaient implicitement l'EPI avant même sa création.
- « *Combien (en pourcentage) de patientes à qui vous avez fait l'entretien suivez-vous durant toute leur grossesse ?* » **car** la question a été mal posée donc ininterprétable. Nous aurions dû demander si la sage-femme rencontrait dans d'autres consultations de suivi de grossesse la femme qu'elle voyait pour l'EPI.
- « *Et pour faire des transmissions pour l'orientation vous utilisez?* » et « *Proposez-vous un deuxième entretien à votre patiente ayant une MSF?* » **car** le nombre de non réponses pour ces deux questions était trop élevé donc les résultats ininterprétables.

Toujours en ce qui concerne les questions, nous n'aurions pas dû demander aux sages-femmes si elles font un examen gynécologique mais plutôt si elles regardent attentivement les OGE durant l'EPI car cela suffit pour voir les MSF.

Cependant, leur demander si elles font un examen gynécologique a été avantageux dans le sens où cela nous a permis de savoir pour quelles raisons elles font cet examen. Sachant que regarder les OGE est moins intrusif (pas de toucher vaginal), elles pourraient au moins regarder les OGE pour ces mêmes raisons.

Aussi il aurait été intéressant de demander aux sages-femmes qui rencontrent des problèmes liés à la barrière de la langue si elles ont facilement recours à un interprète.

Enfin, un biais existe pour les deux questions suivantes auxquelles beaucoup de sages-femmes incluses dans l'étude n'ont pas répondu: « Parlez-vous des MSF durant l'EPI? » et « Proposez-vous à la patiente mutilée une orientation vers un autre professionnel ». Ces sages-femmes l'ont souvent justifié par le fait qu'elles ne se sentaient pas concernées ou ne savaient pas quoi répondre. Effectivement, la plupart n'ont jamais eu l'occasion de prendre en charge une femme mutilée et ont de moins bonnes connaissances générales sur les MSF que les autres.

Nous pouvons en déduire que les sages-femmes ayant moins de connaissances et d'expérience des MSF ont certainement moins souvent répondu aux questionnaires que les autres. Alors l'étude surestime peut-être les connaissances et l'expérience des sages-femmes, ce qui biaiserait aussi nos résultats.

2. Entretiens avec les spécialistes

Nous n'avons rencontré que des militants contre les MSF car l'objectif de ce travail est la prévention. Ils ont des connaissances et une expérience confirmée au sujet des MSF, c'est un point fort de l'étude.

Leurs témoignages sont indispensables pour mieux comprendre les raisons qui font que les MSF sont perpétuées. Mais aussi, ils sont d'une grande aide pour la prévention des MSF.

En effet, leur expérience à ce sujet permet de donner une conduite à tenir à la sage-femme pour effectuer une prévention efficace des MSF et pour aider ces femmes mutilées. Mais aussi de soulever toute la complexité des MSF, tout en témoignant de la faisabilité de cette aide et de cette prévention par des moyens simples.

Nous avons conservé leur anonymat car certains propos, s'ils sont retranscrits hors du contexte de l'étude, pourraient être mal interprétés.

Conclusion

Pour faire disparaître les mutilations sexuelles féminines une prévention doit être réalisée le plus tôt possible: elle doit commencer dès la grossesse des femmes originaires des pays où elles sont pratiquées, car le risque de mutilation existe déjà pour le nouveau-né. Il est donc primordial que les parents aient été informés des conséquences dramatiques des MSF sur la santé et de leur interdiction en France, avant même la naissance.

Le rôle des professionnels de santé assurant le suivi des grossesses est donc très important pour prévenir les MSF. Pour aider ces femmes et leurs enfants, ils doivent dépister les MSF, puis en parler avec elles. Or l'objectif de l'entretien prénatal individuel est de permettre un véritable temps d'écoute, d'information, de prévention et d'orientation; qui est souvent insuffisant durant les autres consultations de suivi de grossesse par manque de disponibilité.

Malheureusement, notre étude montre qu'il est rare qu'une sage-femme ait l'occasion de pratiquer un EPI avec une femme mutilée. Or les MSF devraient toutes avoir été dépistées avant l'EPI, car les femmes enceintes ont toujours eu au moins une consultation médicale avant cet entretien. Le professionnel de santé qui aurait posé ce diagnostic devrait en avoir parlé avec la femme, l'avoir noté dans le dossier médical, et avoir assuré la transmission de l'information au corps médical qui assure le suivi de cette femme. Ainsi la sage-femme qui reçoit une patiente mutilée en EPI ne l'ignorerait pas, son rôle serait l'information et la prévention.

L'EPI doit être proposé à ces femmes, même tardivement dans la grossesse. Si elles ne souhaitent pas cet entretien, il faudra quand même parler de MSF et faire de la prévention.

Les sages-femmes ont un réel manque de connaissances des MSF, de leur prévention; et ne sauraient souvent pas comment aborder ce sujet avec ces femmes pour les aider. Pour pouvoir réaliser ce travail, pour la santé des femmes et de leurs enfants, une formation initiale et continue pour les professionnels de santé est donc primordiale.

BIBLIOGRAPHIE

- Documents:

[1]- Académie nationale de médecine- Bulletin de l'Académie nationale de médecine- 2004 ; 6

[2]- Académie nationale de médecine- Les mutilations sexuelles féminines. Un autre crime contre l'humanité. Connaître, prévenir, agir- Supplément au Bulletin de l'Académie nationale de médecine, 2004 ; 6

[3]- ALLAG F., ABOUB P., MANSOUR G., ZANARDI M., QUEREUX C.- Mutilations génitales rituelles féminines. La parole aux femmes- Gynecol Obstet Fertil., 2001; 29 (11)

[4]- ALMROTH L., ALMROTH-BERGGREN V., HASSANEIN OM., AL-SAID SS., HASSAN SS., LITHELL UB., et al.- Male complications of female genital mutilation- Soc Sci Med., 2001 ; 53 (11)

[5]- AMARA D.- Pratique des médecins de protection infantile de Seine-Saint-Denis en matière de prévention des mutilations sexuelles féminines- Thèse pour le Doctorat en Médecine : Université Paris 13. 2006

[6]- AMNESTY INTERNATIONAL- Mutilations sexuelles féminines. Les religions sont-elles impliquées?- document public, 2005

[7]- ANAES- Grossesse et tabac- Recommandation conférence de consensus, 2004

[8]-ANDRO A., LESCLINGAND M.- Les mutilations sexuelles féminines: le point sur la situation en Afrique et en France- Population et société, 2007 ; 438

[9]- AUFFRET S.- Des couteaux contre les femmes- Paris: Grasset, 1982, p.145

[10]- BEHRENDT A.- Tradition et Droits. L'excision en Afrique de l'Ouest- Plan International, Bureau Régional de l'Afrique de l'Ouest, 2006

[11]- BERTRAND X. MINISTRE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES- Colloque mutilations sexuelles féminines- Institut Pasteur, discours sous réserve du prononcé, lundi 4 décembre 2006

[12]- BOCAR LY-TALL A.- Marcher pour éliminer les mutilations génitales féminines- Recherches féministes 2000 ; 1(13): 117-130

- [13]-BOUJHAMA D.- Les mutilations sexuelles féminines: états des lieux et prise en charge- Mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-femme : Ecole de sages-femmes de la faculté de médecine libre de Lille. 2007
- [14]- CAPRAGAS D.- L'entretien de grossesse et le travail en réseau périnatal- Les Dossiers de l'Obstétrique, 2005 ; 337
- [15]- CARCOPINO X., SHOJAI R., BOUBLI L.- Les mutilations génitales féminines: généralités, complications et prise en charge obstétricale- J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004; 33 : 378-383
- [16]- Centre d'Information Géopolitique- Afrique: les mutilations génitales féminines- 2001
- [17]- Colloque régional de Lille- Les mutilations sexuelles féminines- 11 décembre 2006
- [18]- Colloque Rouen- Les mutilations sexuelles féminines- DRASS Haute-Normandie, 23 janvier 2007
- [19]-Colloque sous la présidence de SENESCHAL C., LEVENT F., PHILIPPE HJ. Et GONIN MF.- Les mutilations sexuelles féminines- dans le cadre du Programme Régional d'Insertion des Populations Immigrées, HME-CHU Nantes, le 15 juin 2006
- [20]- Commission des recours aux réfugiés- Les mutilations génitales féminines- Centre d'information géopolitique, 24 novembre 2001
- [21]-Commission Femmes et Développement- Le combat contre les MGF: acquis et challenge- Notes sur la présentation de Madame Berhane Ras-Work, Directrice Exécutive du Comité Inter-Africain sur les Pratiques Traditionnelles Néfastes lors de la séance plénière ouverte du 26 janvier 2006
- [22]- DARQUES A.- Entretien individuel ou en couple: quand les mots ont le pouvoir d'apaiser les maux...- Mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-femme : Université Henri Poincaré, Nancy I, Ecole de sages-femmes A. Fruhinsholz. 2006
- [23]- DEBAR M.-H., POUTAS M.- L'entretien individuel ou du quatrième mois en Lorraine: expériences de sages-femmes- Profession sage-femme, 2005 ; 120
- [24]- DOUSTE-BLAZY P., Ministre de la santé et de la protection sociale- Plan Humanité, proximité, sécurité, qualité- 2004
- [25]-FELDMAN-JACOBS C., PRB et RYNIAC S.- L'abandon des mutilations génitales féminines et de l'excision: un examen attentif de pratiques prometteuses- Population Référence Bureau à l'aide de financements de l'Agence des États-Unis pour le Développement international (USAID) au titre du Projet BRIDGE, 2007
- [26]- FOLDES P.- Chirurgie plastique reconstructrice de l'excision et des mutilations sexuelles- Sexologos, 2007 ; 27

- [27]- GILLETTE-FAYE I.- La juridiciarisation de l'exision: historique- Paris : Edition G.A.M.S., 2006
- [28]- GILLETTE-FAYE I.- Les mutilations génitales: c'est aussi en France- Pratiques de la sage-femme, Hors série vocation sage-femme, 2006
- [29]- HAUTE AUTORITE DE SANTE- Préparation à la naissance et à la parentalité- Recommandations professionnelles, 2005
- [30]- HENRION R.- Mutilations génitales féminines, mariages forcés, et grossesses précoces- Bulletin Académie Nationale de Médecine, 2003 ; 187 (6)
- [31]- HERZBERGER-FOFANA P.- Les mutilations génitales féminines – Université Erlangen-Nuremberg, 2000
- [32]- KARUNGARI K., PH.D.- La mutilation génitale des femmes: un problème de santé publique- Population Report, Série J ; 41
- [33]- KHADY- Mutilée- Oh! Editions, 2005
- [34]- MASSELOT-GUIR A.- L'entretien du quatrième mois. Repérer les situations de fragilité- Profession sage-femme, 2005 ; 12
- [35]- Ministère de la Santé et des Solidarités- Circulaire DHOS/01/03/CNAMTS/2006/151 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité- Santé Publique, 2006
- [36]- Ministère de la Santé et des Solidarités- Prévention en faveur de l'enfant et de l'adolescent- Guide Pratique, Protection de l'enfance, 2007
- [37]- MOUGEL A.- L'entretien prénatal individuel en Moselle: pratiques actuelles- Mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-femme : Ecole de sages-femmes de Metz. 2006
- [38]- NURET L.- Le rôle de la sage-femme face aux mutilations sexuelles féminines- Mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-femme : Université François Rabelais UFR de Médecine, Ecole régionale de sages femmes de Tours. 2006
- [39]- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE- Les mutilations sexuelles féminines; Déclaration conjointe OMS/UNICEF/UNFPA- Genève : OMS, 1995
- [40]- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE- Female genital mutilation. Programmes to date: what work and what doesn't- Genève: OMS, 1999; 166
- [41]- PANIEL BJ- Les diverses mutilations sexuelles féminines et leurs conséquences- Supplément Bulletin Académie Nationale Médecine, 2004 ; 188 (6)
- [42]- PARLEMENT EUROPEEN: COMMISSION DES LIBERTES ET DES DROITS DES CITOYENS, DE LA JUSTICE ET DES AFFAIRES INTERIEURES- Projet d'avis à l'intention de la commission des droits de la femme et de l'égalité des chances sur les mutilations génitales féminines- 12 juin 2001

[43]- POULAIN C.- *Les mutilations sexuelles féminines: les pratiques professionnelles dans les maternités de Seine-Saint-Denis*- Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine : Université Paris Val-de-Marne- Faculté de Médecine de Créteil. 2007

[44]- UNICEF, DIGEST INNOCENTI- *Changing a harmful social convention: female genital mutilation/cutting*- Florence: Unicef, 2005

[45] VAYSSE J.- *Le rôle de la sage-femme dans la prévention des mutilations génitales féminines*- Mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-femme : Université René Descartes de la Faculté de médecine Cochin- Port Royal, Ecole de sages-femmes de Baudelocque. 2006

[46]- WHO STUDY GROUP ON FEMALE GENITAL MUTILATION AND OBSTETRIC OUTCOME- *Female genital mutilation and obstetric outcome*- WHO collaborative prospective study in six african countries, Lancet 2006; 367

[47]- YODER PS., ABDERRAHIM N., ZHUZHUNI A.- *L'excision dans les Enquêtes Démographiques et de Santé: Une analyse Comparative. Rapports Comparatifs EDS Numéro 12*- Calverton: ORC Macro, 2005 ; 65

- **Sites Internet:**

[48]- http://www.acat.asso.fr/courrier/annee_2007/Courrier_273/abolir_msf_272.htm

[49]- <http://www.afree.asso.fr/Referentiel.pdf>

[50]- <http://www.afrology.com/soc/mutilation.html>

[51]- <http://www.amnesty.fr>

[52]- <http://www.cams-fgm.org>

[53]- <http://www.cimade.org>

[54]- <http://cyber.law.harvard.edu>

[55]- <http://www.equipop.org/index.php?rel=10&typ=2&art=375>

[56]- www.femmes-egalite.gouv.fr

[57]- <http://www.ipu.org>

[58]- <http://www.irinnews.org>

[59]- <http://www.legifrance.gouv.fr>

[60]- <http://www.npwj.org>

[61]- <http://muti.moostik.net/index.php3?>

[62]- <http://perso.orange.fr/associationgams/pages/legis.html>

[63]- <http://www.planning-familial.org/documentation/Index-Documentation.htm>

[64]- <http://www.reproductiverights.org>

[65]- <http://www.senat.fr/dossierleg/pjl05-330.htm>

[66]- <http://www.stopfgmc.org>

[67]- http://www.target-human-rights.com/HP-01_genitaleVerstuemmelung/u1-1_dasVerbrechen/index.php

[68]- <http://www.unicef.org>

[69]- <http://www.who.int>

- **Documents visuels:**

<http://www.respect-ev.org/mambots/content/mgm>

GYNECOLOGUES SANS FRONTIERES- **Mutilations sexuelles féminines. Agir, prévenir, accompagner, réparer... pour en finir**- cédérom destiné à l'enseignement, support de 9 colloques régionaux sur les Mutilations Sexuelles Féminines réalisés en 2007 sous l'égide du Ministère de la Santé et des Solidarités, en partenariat avec: G.A.M.S, C.N.G.O.F, Dr. P. Foldès, C.I.D.F, unité U.G.O.M.P.S du CHU de Nantes, faculté de médecine de Nantes et service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital Rotschild.

- **Formation:**

ENTRETIENS DE BICHAT- **Entretiens des sages-femmes**- Paris, 11 septembre 2007

STAGE OPTIONNEL- **Protection maternelle et infantile avec une sage-femme territoriale**- Seine-Saint-Denis, Saint-Ouen, novembre 2007

TABLE DES MATIERES

Remerciements.....	3
Sommaire	4
Préface	8
Introduction	9

Partie 1: Présentation des mutilations sexuelles féminines et de l'entretien prénatal individuel.....	10
--	-----------

. Les mutilations sexuelles féminines	11
1. Définition, classification	11
2. Population victime.....	13
2.1. Pays concernés dans le monde, hors pays d'immigration occidentaux	13
En Afrique [2, 20, 40, 44, 47, 57]	13
Au Moyen Orient, en Asie, en Amérique Latine [8].....	13
2.2. Pays d'immigration.....	14
En France [2, 5, 13, 20, 43]	14
3. Motivations [12, 13, 30, 45, 50, 63, 68].....	15
3.1. Origines [2, 9, 13, 20, 38].....	15
3.2. Motivations sociologiques [18, 21]	15
3.3. Motivations religieuses [6, 13].....	16
3.4. Motivations d'ordre hygiénique et esthétique [45, 68].....	17
3.5. Motivations psycho sexuelles [13, 38, 45].....	17
3.6. Motivations économiques [13, 45].....	17
3.7. Raisons médicales [13, 38, 45].....	18
4. Mode opératoire [13, 19, 31, 33, 44, 45, 47, 61, 67].....	18
5. Conséquences [2, 13, 15, 32, 38, 40, 41, 45, 69]	20
5.1. Conséquences à court terme	20
5.2. Conséquences à moyen et long terme	21
5.3. Conséquences psychologiques et sexuelles [3, 13, 38, 41, 44, 45]	22
5.4. Conséquences obstétricales [8, 13, 17, 28, 38]	23
Pendant la grossesse	23
Pendant le travail et l'accouchement	23
Pendant le post-partum	24
6. Chirurgie réparatrice [5, 8, 26, 43, 45].....	24

7.	Législation contre les MSF [1, 13, 45, 56, 62, 66].....	25
7.1.	Chartes et conventions internationales et africaines(ANNEXE 3):	26
7.2.	En France.....	27
	Code pénal [52, 56, 59, 62] (ANNEXE 5)	27
	Codes de déontologie (ANNEXE 6)	29
	Droit d'asile [53].....	29
7.3.	Dans les pays d'immigration, hormis la France [27, 38, 44, 57, 64].....	29
7.4.	Dans les pays pratiquant les MSF [45, 48, 51, 64].....	30
8.	Campagnes de prévention [10, 16, 25, 44, 52, 68].....	30
8.1.	Organismes Non Gouvernementaux, associations	30
8.2.	Actions gouvernementales	31
. L'entretien individuel ou en couple	[7, 15, 22, 24, 29, 35, 37].....	33
1.	Objectifs de l'entretien [7, 24, 29]	33
2.	Pratique de l'entretien [23, 29]	34
3.	Travail en réseau [14, 24, 29].....	36
Partie 2: Etude	37
. Questionnaires destinés aux sages-femmes	38
1.	Introduction, matériel et méthode	38
2.	Résultats	39
2.1.	Population.....	39
2.2.	Connaissances et prévention des MSF par les sages-femmes.....	40
	L'enseignement des MSF.....	40
	Les différents types de MSF.....	41
	Les raisons de la pratique des MSF.....	41
	Les complications des MSF	41
	Si les sages-femmes savent qu'elles travaillent dans une région à risque et ce qu'elles en pensent.....	42
	Les organismes de lutte contre les MSF.....	42
	Les MSF et la loi en France.....	43
	La protection des fillettes du risque de MSF.....	43
2.3.	Ce que font ou feraient les sages-femmes face à une femme mutilée durant l'EPI.....	44
	Si les sages-femmes rencontrent des femmes mutilées en EPI	45
	L'examen gynécologique	45
	Parler ou pas des MSF durant d'EPI.....	46
	Ce que les sages-femmes aborderaient durant la discussion sur les MSF.....	47

Si les sages-femmes proposeraient à leur patiente de s'orienter vers un autre professionnel et lequel.....	48
La barrière linguistique	48
2.4. Facteurs influençant les connaissances des sages-femmes, la prévention, et leur prise en charge des patientes mutilées en EPI.....	49
Mode d'exercice des sages-femmes: maternité et PMI	49
Enseignement sur les MSF	50
Connaissances sur les MSF	51
Expérience professionnelle quant aux MSF	52
Connaissances des organismes de lutte	54
Connaissances des démarches de signalement	55
Examen gynécologique durant l'EPI	56
Parler des MSF à l'EPI.....	57
Orientation de la patiente mutilée vers un autre professionnel	60
3. Résumé et propositions d'après les résultats obtenus	63
3.1. Connaissances, prévention et pratiques quant aux MSF des sages-femmes faisant l'EPI.....	63
Connaissances	63
Prévention.....	63
Prise en charge durant l'EPI.....	64
3.2. Propositions pour une amélioration de la prévention	65
 . Entretiens auprès des professionnels luttant contre la pratique des MSF.....	67
1. Introduction, matériel et méthode	67
2. Résultats	68
 Partie 3: Analyse de l'étude, discussion et propositions.....	74
 . Les différents temps de l'EPI avec une femme ayant subi une MSF.....	75
1. Savoir que la patiente a subi une MSF	75
2. Parler avec la patiente de la MSF.....	78
3. Mettre en oeuvre une aide et une prévention durant l'EPI	79
 . Analyse des points forts et des points faibles de l'étude.....	83
1. Questionnaires destinés aux sages-femmes.....	83
2. Entretiens avec les spécialistes.....	85

Conclusion.....	86
Bibliographie.....	87
Table des matières	92
Annexe 1: Prévalence des mutilations sexuelles féminines	96
Annexe 2: Les ethnies pratiquant les MSF [16]	98
Annexe 3: Les Chartes et Conventions internationales et africaines	99
Annexe 4: Conclusion de la résolution du parlement européen en 2001 [42]	104
Annexe 5: Le code pénal français [59]	106
Annexe 6: Code de déontologie des médecins et des sages-femmes	112
Annexe 7: Législation dans les pays qui pratiquent les MSF	113
Annexe 8: Recommandations de l'académie nationale de médecine visant à l'éradication des MSF	114
Annexe 9: Extrait du guide de l'égalité entre les hommes et les femmes issus de l'immigration	117
Annexe 10: Circulaire de formation	119
Annexe 11: Conditions de dialogue et techniques de communication selon la Haute Autorité de Santé	122
Annexe 12: Adapter l'accompagnement périnatal en fonction des besoins et des difficultés	123
Annexe 13: Facteurs de vulnérabilité selon la Haute Autorité de Santé	125
Annexe 14: Extraits de la circulaire du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médicopsychologique en périnatalité	127
Annexe 15: Faire preuve de discernement au moment de la transmission interprofessionnelle d'informations selon l'HAS	134
Annexe 16: Questionnaires envoyés aux sages-femmes pratiquant l'EPI	135
Annexe 17: Tableau du nombre de questionnaires exploités par département	144
Annexe 18: Questions posées durant les entretiens aux professionnels luttant contre les MSF	146
Annexe 19: Entretiens réalisés auprès des professionnels	148
Annexe 20: Brochures d'information sur les MSF	168
Annexe 21: Textes et images pour illustrer les MSF et leurs complications	191
Annexe 22: Organismes luttant contre les MSF dans les régions à risques	198

ANNEXE 2: LES ETHNIES PRATIQUANT LES MSF

[16]

- Bambara, Baridas, Bocos, Bussansis, Bandas, Bondo,
- Chagga (ou Kilimandjaro), Cotocolli,
- Dargantis, Diakhanke,
- Fulas, Frafias,
- Grunshies,
- Hapulaar, Haoussas,
- Ibos,
- Jolas,
- Kantonsis, Kassenas, Kussasis,
- Lobis,
- Malinké, Mangingues, Manpprushies, Moshies, Mandjas, Mossi,
- Nogos, Nankannes, Nyominka,
- Peuls,
- Sarakollés, Sissalas, Sononké, Sande, Soce,
- Tchamba, Toucouleur,
- Wanas, Walas,
- Yorubas, Yanga,
- Zarma

ANNEXE 3: LES CHARTES ET CONVENTIONS INTERNATIONALES ET AFRICAINES

1. La déclaration universelle des droits de l'homme de 1948:

Article 5: Nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

Article 25.1: Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, [...].

2. La Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales de 1950:

Article 2: Le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi [...].

Article 3: Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants.

Article 4: Nul ne peut être tenu en esclavage ni en servitude.

Article 5: Toute personne a droit à la liberté et à la sûreté [...].

3. Le Pacte International relatif aux droits civils et politiques de 1966:

Article 7: Nul ne sera soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. En particulier, il est interdit de soumettre une personne sans son libre consentement à une expérience médicale ou scientifique.

Article 24.1: Tout enfant, sans discrimination aucune fondée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'origine nationale ou sociale, la fortune ou la naissance, a droit, de la part de sa famille, de la société et de l'Etat, aux mesures de protection qu'exige sa condition de mineur.

4. Le Pacte International relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966:

Article 12.1: Les Etats parties présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.

5. Convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes entrée en vigueur de 13 janvier 1984:

Article 12: Les Etats parties condamnent la discrimination à l'égard des femmes sous toutes ses formes, conviennent de poursuivre par tous les moyens appropriés et sans retard une politique tendant à éliminer la discrimination à l'égard des femmes et, à cette fin, s'engagent à:

- a) Inscrire dans leur constitution nationale ou toute autre disposition législative appropriée le principe de l'égalité des hommes et des femmes, si ce n'est déjà fait, et à assurer par voie la législation ou par d'autres moyens appropriés, l'application effective dudit principe;
- b) Adopter des mesures législatives et d'autres mesures appropriées assorties, y compris des sanctions en cas de besoins, interdisant toute discrimination à l'égard des femmes;
- c) Instaurer une protection juridictionnelle des droits des femmes sur un pied d'égalité avec les hommes et garantir, par le truchement des tribunaux nationaux compétents et d'autres institutions publiques, la protection effective des femmes contre tout acte discriminatoire;
- d) S'abstenir de tout acte ou pratique discriminatoire à l'égard des femmes et faire en sorte que les autorités publiques et les institutions publiques se conforment à cette obligation;
- e) Prendre toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination pratiquée à l'égard des femmes par une personne, une organisation ou une entreprise quelconque;
- f) Prendre toutes les mesures appropriées, y compris des dispositions législatives, pour modifier ou abroger toute loi, disposition réglementaire, coutume ou pratique qui constitue une discrimination à l'égard des femmes;

g) Abroger toutes les dispositions pénales qui constituent une discrimination à l'égard des femmes.

Article 5: Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour modifier les schémas et modèles de comportement socioculturel de l'homme et de la femme en vue de parvenir à l'élimination des préjugés et des pratiques coutumières, ou de tout autre type, qui sont fondés sur l'idée d'infériorité ou de la supériorité de l'un ou l'autre sexe ou d'un rôle stéréotypé des hommes et des femmes [...].

6. La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples de 1981:

Article 4: La personne humaine est inviolable. Tout être humain a droit au respect de sa vie et à l'intégrité physique et morale de sa personne. Nul ne peut être privé arbitrairement de ce droit.

7. La convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants de 1984:

Article 16.1: Tout Etat partie s'engage à interdire dans tout territoire sous sa juridiction d'autres actes constitutifs de peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants [...].

8. La convention internationale relative aux droits de l'enfant entrée en vigueur le 6 septembre 1990:

Article 19.1: Les Etats parties prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitement ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié.

Article 24.3: Les Etats parties prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants.

9. La charte africaine des droits et du bien être de l'enfant de 1999:

Article 21: Les Etats parties à la présente Charte prennent toutes les mesures appropriées pour abolir les coutumes et les pratiques négatives, culturelles et sociales qui sont au détriment du bien-être, de la dignité, de la croissance et du développement normal de l'enfant, en particulier:

- a) Les coutumes et pratiques préjudiciables à la santé, voire à la vie de l'enfant;
- b) Les coutumes et pratiques qui constituent une discrimination à l'égard de certains enfants, pour des raisons de sexe ou autres raisons [...].

10. La déclaration sur l'élimination de la violence contre les femmes de 1993:

Article 4: La commission des droits de l'homme affirme que la violence contre les femmes constitue une violation des droits fondamentaux et des libertés fondamentales des femmes et les empêche partiellement ou totalement de jouir de ces droits et libertés.

11. Le protocole à la charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique de 2003 (protocole de Maputo):

Article 5 sur l'élimination des pratiques néfastes: Les Etats interdisent et condamnent toutes les formes de pratiques néfastes qui affectent négativement les droits humains des femmes et qui sont contraires aux normes internationales. Les Etats prennent toutes les mesures législatives et autres mesures afin d'éradiquer ces pratiques et notamment:

- a) Sensibiliser tous les secteurs de la société sur les pratiques néfastes par des campagnes et programmes d'information, d'éducation formelle et informelle et de communication;
- b) Interdire par mesures législatives assorties de sanctions, toutes formes de mutilation génitale féminine, la scarification, la médicalisation et la paramédicalisation des mutilations génitales féminines et toutes les autres pratiques néfastes;

- c) Apporter le soutien nécessaire aux victimes des pratiques néfastes en leur assurant les services de base, tels que les services de santé, l'assistance juridique et judiciaire, les conseils, l'encadrement adéquat ainsi que la formation professionnelle pour leur permettre de se prendre en charge;
- d) Protéger les femmes qui courent le risque de subir les pratiques néfastes ou toutes autres formes de violence, d'abus et d'intolérance.

ANNEXE 4: CONCLUSION DE LA RÉOLUTION DU PARLEMENT EUROPÉEN EN 2001 [42]

La commission des libertés et des droits des citoyens, de la justice et des affaires intérieures invite la commission des droits de la femme et de l'égalité des chances, compétente au fond, à incorporer dans la proposition de résolution qu'elle adoptera les éléments suivants:

1. Considère que les mutilations génitales féminines constituent une atteinte irréversible à l'intégrité physique et psychique des femmes et des jeunes filles, qu'aucune motivation de nature culturelle ou religieuse ne peut justifier;
2. Considère que les mutilations génitales féminines constituent une violation des droits des femmes et des enfants sanctionnés par plusieurs Conventions internationales et reconnus comme principes fondamentaux de l'Union européenne en tant qu'espace de sécurité, de liberté et de justice;
3. Considère que les États membres disposent désormais d'un cadre juridique communautaire qui leur permet d'adopter une politique efficace de lutte contre les discriminations et de mettre en place un régime commun en matière d'asile ainsi qu'une nouvelle politique de l'immigration (article 13 et titre IV du traité CE), invite en conséquence le Conseil, la Commission et les Etats membres à:
 - s'assurer que les mutilations génitales féminines soient poursuivies comme un crime contre l'intégrité personnelle passible de sanctions pénales tant pour leurs auteurs que leurs complices et que ses victimes puissent bénéficier d'une assistance appropriée ;
 - réaliser une enquête approfondie afin de déterminer la portée de ce phénomène dans les pays de l'UE ;
 - promouvoir des campagnes publiques d'information, d'éducation, de formation (forces de police, médecins, enseignants, ...) et de prévention sur les risques sanitaires causés par les mutilations génitales féminines;

- reconnaître aux femmes menacées par ces pratiques l'octroi du droit d'asile ou de la protection humanitaire;
- recourir à la clause des droits de l'homme afin de faire de la lutte contre les mutilations génitales féminines une priorité d'action dans les relations avec les pays tiers et de faire pression sur ceux-ci pour qu'ils adoptent les mesures législatives, administratives, judiciaires et préventives nécessaires pour mettre fin à ces pratiques ;
- soutenir les ONG et les projets locaux qui oeuvrent pour l'élimination de ces pratiques dans les pays où celles-ci sont justifiées sur le plan culturel et/ou religieux ;
- prendre toutes les mesures nécessaires afin de parvenir à l'inclusion du thème « octroi du droit d'asile pour les femmes menacées de subir des mutilations génitales féminines » comme une question prioritaire à l'agenda de l'Assemblée Générale des Nations Unies de 2002.

ANNEXE 5: LE CODE PÉNAL FRANÇAIS [59]

Article 113-7: La loi française est applicable à tout crime, ainsi qu'à tout délit puni d'emprisonnement, commis par un français ou par un étranger hors du territoire de la république lorsque la victime est de nationalité française au moment de l'infraction.

Article 121:

Article 121-6: Sera puni comme auteur le complice de l'infraction, au sens de l'article 121-7.

Article 121-7: Est complice d'un crime ou d'un délit la personne qui sciemment, par aide ou assistance, en a facilité la préparation ou la consommation. Est également complice la personne qui par don, promesse, menace, ordre, abus d'autorité ou de pouvoir aura provoqué à une infraction ou donné des instructions pour la commettre.

Article 222:

Article 222-1: Le fait de soumettre une personne à des tortures ou à des actes de barbarie est puni de quinze ans de réclusion criminelle.

Article 222-3: L'infraction définie à l'article 222-1 est punie de vingt ans de réclusion criminelle lorsqu'elle est commise:

- 1) Sur un mineur de quinze ans;
- 2) Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur [...];
- 3) À raison de l'appartenance ou de la non appartenance, vraie ou supposée, de la victime à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée [...];

4) Par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions ou de sa mission [...].

La peine encourue est portée à trente ans de réclusion criminelle lorsque l'infraction définie par l'article 222-1 est commise sur un mineur de quinze ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur.

Article 222-5: L'infraction définie à l'article 222-1 est punie de trente ans de réclusion criminelle lorsqu'elle a entraîné une mutilation ou une infirmité permanente.

Article 222-6: L'infraction définie à l'article 222-1 est punie de la réclusion criminelle à perpétuité lorsqu'elle a entraîné la mort de la victime sans intention de la donner.

Article 222-7: Les violences ayant entraîné la mort sans l'intention de la donner sont punies de quinze ans de réclusion criminelle.

Article 222-8: L'infraction définie à l'article 222-7 est punie de vingt ans de réclusion criminelle lorsqu'elle est commise:

- 1) Sur un mineur de quinze ans;
- 2) Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur;
- 3) À raison de l'appartenance ou de la non appartenance, vraie ou supposée, de la victime à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée;
- 4) Par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions ou de sa mission;
- 5) Par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice.

La peine encourue est portée à trente ans de réclusion criminelle lorsque l'infraction définie à l'article 222-7 est commise sur un mineur de quinze ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur.

Article 222-9: Les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente sont punies de dix ans d'emprisonnement et de 150000 euros d'amende.

Article 222-10: L'infraction définie à l'article 222-9 est punie de quinze ans de réclusion criminelle lorsqu'elle est commise:

- 1) Sur un mineur de quinze ans;
- 2) Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur;
- 3) À raison de l'appartenance ou de la non appartenance, vraie ou supposée, de la victime à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée;
- 4) Par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions ou de sa mission;
- 5) Par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice.

La peine encourue est portée à vingt ans de réclusion criminelle lorsque l'infraction définie à l'article 222-9 est commise sur un mineur de quinze ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur.

Article 222-11 : Les violences ayant entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de huit jours sont punies de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende.

Article 222-12: L'infraction définie à l'article 222-11 est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende lorsqu'elle est commise :

- 1) Sur un mineur de quinze ans ;
- 2) Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur ;
- 3) Sur un ascendant légitime ou naturel ou sur les père ou mère adoptifs ;

4) Par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions ou de sa mission [...].

Les peines encourues sont portées à dix ans d'emprisonnement et à 150000 euros d'amende lorsque l'infraction définie à l'article 222-11 est commise sur un mineur de quinze ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur. Les peines sont portées à sept ans d'emprisonnement et 100000 euros d'amende lorsque cette infraction est commise dans deux des circonstances prévues aux 1) et suivants du présent article. Les peines sont portées à dix ans d'emprisonnement et 150000 euros d'amende lorsqu'elle est commise dans trois de ces circonstances.

Article 222-16-2: Dans les cas où les crimes et délits prévus par les articles 222-8, 222-10 ou 222-12 sont commis à l'étranger sur une victime mineure résidant habituellement sur le territoire français, la loi française est applicable par dérogation aux dispositions de l'article 113-7 [...].

Article 223:

Article 223-1: Le fait d'exposer directement autrui à un risque immédiat de mort ou de blessures de nature à entraîner une mutilation ou une infirmité permanente par la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende.

Article 223-4: Le délaissement qui a entraîné une mutilation ou une infirmité permanente est puni de quinze ans de réclusion criminelle.

Article 223-6: Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne, s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende.

Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours. Le délaissement qui a provoqué la mort est puni de vingt ans de réclusion criminelle.

Article 226:

Article 226-13: La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende.

Article 226-14: L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable:

- 1) A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles ou mutilations, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique;
- 2) Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatées, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises.

Lorsque la victime est mineure, son accord n'est pas nécessaire; le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire.

Article 434:

Article 434-1: Le fait, pour quiconque ayant connaissance d'un crime dont il est encore possible de prévenir ou de limiter les effets, ou dont les auteurs sont susceptibles de commettre de nouveaux crimes qui pourraient être empêchés, de ne pas en informer les

autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende.

Article 434-3: Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende.

ANNEXE 6: CODE DE DÉONTOLOGIE DES MEDECINS ET DES SAGES-FEMMES

1) Code de déontologie des sages femmes:

Article 2: La sage-femme exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il est donc de son devoir de prêter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes pour la protection de la santé.

Article 15: Une sage-femme qui se trouve en présence d'une femme enceinte, d'une parturiente, d'une accouchée ou d'un nouveau-né en danger immédiat ou qui est informée d'un tel danger doit lui porter assistance ou s'assurer que les soins nécessaires lui sont donnés.

Article 16: Lorsqu'une sage-femme discerne qu'une femme auprès de laquelle elle est appelée ou son enfant est victime de sévices, elle doit mettre en oeuvre les moyens les plus adéquats pour les protéger.

2) Code de déontologie des médecins:

Article 43: Le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage.

Article 44: Lorsqu'un médecin discerne chez une personne auprès de laquelle il est appelé, est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en oeuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. S'il s'agit d'un mineur de moins de quinze ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique il doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives.

ANNEXE 7: LÉGISLATION DANS LES PAYS QUI PRATIQUENT LES MSF

Tableau 2: Législation africaine [5, 54, 57, 60, 66]

Pays	Loi spécifique contre les MSF	Ratification à la charte africaine des droits de l'homme et des peuples	Ratification à la charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant	Ratification à la convention sur l'élimination des discriminations des femmes	Protocole de Maputo
Bénin	oui	oui	oui	oui	oui
Burkina Faso	oui	oui	oui	oui	oui (s)
Cameroun	<i>non</i>	oui	oui	oui	<i>non</i>
Cote d'Ivoire	oui	oui	oui (s)	oui	oui (s)
Djibouti	oui	oui	oui (s)	oui	oui
Egypte	oui	oui	oui	oui	<i>non</i>
Erythrée	oui	oui	oui	oui	<i>non</i>
Ethiopie	<i>non</i>	oui	oui	oui	oui (s)
Gambie	<i>non</i>	oui	oui	oui	oui
Ghana	oui	oui	oui	oui	oui (s)
Guinée Bissau	<i>non</i>	oui	oui (s)	oui	oui (s)
Guinée	oui	oui	oui	oui	oui (s)
Kenya	oui	oui	oui	oui	oui (s)
Liberia	oui	oui	oui (s)	oui	oui (s)
Mali	<i>non</i>	oui	oui	oui	oui
Mauritanie	<i>non</i>	<i>non</i>	oui	<i>non</i>	oui
Niger	<i>non</i>	oui	oui	oui	oui (s)
Nigeria	<i>non</i>	oui	oui	oui	oui
Ouganda	<i>non</i>	oui	oui	<i>non</i>	oui (s)
R Centrafric.	oui	oui	oui (s)	oui	<i>non</i>
R D Congo	<i>non</i>	oui	<i>non</i>	oui	oui (s)
Sénégal	oui	oui	oui	oui	oui
Sierra Leone	oui	oui	oui	oui	oui (s)
Somalie	<i>non</i>	oui	oui (s)	<i>non</i>	<i>non</i>
Soudan	oui	oui	<i>non</i>	<i>non</i>	<i>non</i>
Tanzanie	oui	oui	oui	oui	oui (s)
Tchad	<i>non</i>	oui	oui	<i>non</i>	oui
Togo	oui	oui	oui	oui	oui

Note: (s)= signature et non ratification

ANNEXE 8: RECOMMANDATIONS DE L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE VISANT A L'ÉRADICATION DES MSF

Améliorer les connaissances:

- Sur l'ampleur et les caractéristiques des mutilations sexuelles féminines (MSF) constatées en France (observations médicales, sociales, judiciaires).
- Favoriser les recherches et enquêtes dans les différents pays sur les MSF.
- Inscrire les MSF dans la nomenclature internationale des maladies de l'OMS (CIM).
- Inscrire les conséquences des MSF au programme des études médicales, de la FMC et, plus généralement, de l'enseignement de tous les personnels de santé.

Favoriser la diffusion des connaissances au sein du corps social:

- Notamment auprès des professionnels appartenant aux secteurs concernés: santé, éducation, action sociale, justice, médias.
- Développer la publicité autour des décisions de justice: sanctions pénales et dommages et intérêts.
- Faire connaître les mesures éducatives et répressives prises dans les pays d'origine pour éradiquer les MSF.
- Impliquer dans cette lutte les personnalités influentes au sein des communautés.
- Faire connaître les structures sociales et associatives menant une action dans ce domaine.

Renforcer et améliorer les pratiques médicales:

- Conformément aux directives de l'OMS aucun professionnel de santé ne doit pratiquer une forme de mutilation sexuelle féminine quelle qu'elle soit.
- Toujours penser à la possibilité d'une MSF lors d'une consultation pour troubles urinaires ou gynécologiques lorsque la patiente est originaire d'un pays à risque.
- Lors de la consultation d'une femme ayant subi une mutilation:
 - l'informer de l'existence de la mutilation et en évoquer avec elle les divers aspects (risques, interdit légal, protection des enfants à naître, évolution dans les pays d'origine vers l'abolition),
 - rechercher les séquelles: douleurs, infection, troubles de la sexualité,
 - l'informer sur la possibilité d'envisager une réparation chirurgicale.
- Lorsque la consultante est enceinte et vient d'accoucher d'une fille rappeler les dispositions légales concernant les MSF.
- A l'occasion de tout examen médical dans une famille exposée à ce risque informer les parents des procédures de protection de l'enfant (signalement à la justice) en insistant sur les risques et les séquelles des MSF:
 - ne pas omettre l'examen de la vulve.
 - rappeler aux parents l'interdiction légale et les conséquences judiciaires de la mutilation.
 - rappeler ses effets délétères sur la santé.
- La constatation d'une MSF chez une mineure doit faire l'objet d'un signalement auprès du Procureur de la République (articles 434-3, 113-7, 226-14 du Code pénal)

Améliorer les conditions de prise en charge des femmes excisées et/ou infibulées:

- En renforçant la recherche et la promotion des connaissances anatomiques et des techniques chirurgicales de réparation.

- En obtenant l'inscription à la nomenclature CCAM de tous les actes de correction des MSF.

Inciter les autorités nationales à mettre en oeuvre des politiques efficaces en prévention:

- Rappeler aux pouvoirs publics qu'ils doivent informer les migrants à l'arrivée et à la sortie du territoire national, en particulier sur l'interdit et les conséquences judiciaires des MSF.
- Obtenir une harmonisation européenne en matière d'information et de prévention des MSF.

Projet mis au point par la Commission IX le 5 mai 2004, accepté par le Conseil d'Administration le 7 juin 2004. L'Académie, saisie dans sa séance du 15 juin 2004, a adopté ce texte à l'unanimité.

ANNEXE 9: EXTRAIT DU GUIDE DE L'ÉGALITÉ ENTRE LES HOMMES ET LES FEMMES ISSUS DE L'IMMIGRATION

Ce guide a été réalisé par le Ministère de l'emploi et la cohésion sociale et du logement et par le Ministère délégué à la cohésion sociale et à la parité. Voici la partie qui aborde les MSF:

Toute intervention pratiquée sur les organes génitaux féminins sans raison médicale, notamment l'excision et l'infibulation, est interdite en France. Ces mutilations sexuelles féminines constituent de graves atteintes à l'intégrité physique de la personne, qui ont des conséquences immédiates et ultérieures sur la santé et le psychisme ; elles peuvent entraîner la mort.

En France, des femmes et des hommes combattent ces pratiques et plusieurs associations sont à votre disposition comme le Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles (66, rue de Grands-Champs - 75020 Paris - Tél. : 01 43 48 10 87) ou la Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles (6, place Saint-Germain des Prés - 75006 Paris - Tél. : 01 45 49 04 00).

La loi française protège tous les enfants qui vivent sur son territoire, quelle que soit leur nationalité, et s'applique à toute personne vivant sur le territoire. Aujourd'hui, la loi française punit lourdement les auteurs d'une mutilation ainsi que les personnes responsables de l'enfant mutilé. Les peines prononcées peuvent atteindre vingt ans d'emprisonnement et 150 000 euros d'amende.

La loi française s'applique également lorsque la mutilation est commise à l'étranger, que la victime résidant habituellement sur le territoire français ait ou non la nationalité française.

Vous disposez d'un délai de vingt ans après votre majorité pour porter plainte et faire condamner ces pratiques devant la justice française (soit jusqu'à vos trente-huit ans).

Si vous-même ou une personne de votre entourage êtes menacée de mutilations sexuelles en France ou à l'étranger n'hésitez surtout pas à :

- en parler à un médecin, à un centre de protection maternelle infantile (PMI), ou encore à un centre de planification et d'éducation familiale ;
- appeler le procureur de la République au tribunal de grande instance du lieu de votre résidence ;
- contacter les services sociaux et médico-sociaux, notamment le Service départemental de protection maternelle et infantile et le Service départemental de l'aide sociale à l'enfance.

En France, toute personne qui a connaissance d'un tel risque a l'obligation de signaler au procureur de la République ou aux services sociaux et médico-sociaux présents dans chaque département (Aide sociale à l'enfance et Protection maternelle infantile) que la fillette, l'adolescente ou la femme menacée de mutilations sexuelles est en danger.

Ces pratiques doivent disparaître. Pour celles d'entre vous qui en ont été victimes, sachez toutefois que des médecins ont développé une technique chirurgicale réparatrice, prise en charge par l'assurance maladie. Pour en savoir plus n'hésitez pas à en parler à un médecin.

ANNEXE 10: CIRCULAIRE DE FORMATION

Direction générale de la santé

Sous-direction de la qualité
du système de santé
Bureau des formations
des professions de santé

Circulaire DGS/SD 2C n° 2006-529 du 13 décembre 2006 relative à la formation de certaines professions de santé dans le cadre du plan de lutte contre les mutilations sexuelles féminines

NOR : SANP0630548C

Date d'application : immédiate.

Références :

Arrêté du 13 juillet 1983 modifié relatif au diplôme d'Etat de puéricultrice (annexe II) ;

Arrêté du 23 mars 1992 modifié relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier ;

Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sages-femmes

Arrêté du 16 janvier 2006 relatif à la formation conduisant au diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture.

Textes abrogés ou modifiés : néant.

Annexes : néant.

Le ministre de la santé et des solidarités à Mesdames et Messieurs les préfets de régions (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour exécution]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales), (directions de la santé et du développement social [pour exécution]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales d'hospitalisation (pour information).

Le Gouvernement français s'est engagé dans la lutte contre les mutilations sexuelles féminines dans le but de mettre fin à ces pratiques, qui portent gravement atteinte à l'intégrité des femmes et d'améliorer leur prise en charge.

La formation des professionnels de santé et notamment des médecins, des sages-femmes, des infirmiers, des puéricultrices et des auxiliaires de puériculture constitue un élément essentiel de la prévention de nouvelles mutilations sexuelles et de la qualité de l'accompagnement des femmes mutilées.

Il convient de rappeler que ce phénomène d'ampleur touche environ 130 millions de femmes et que les conséquences de telles pratiques sur la santé des femmes et celle des enfants nés de femmes mutilées sont gravissimes et varient selon le type d'acte pratiqué. Elles sont d'ordre physique (douleurs, hémorragies, ulcérations, lésions des tissus adjacents...), obstétrical (complications à l'accouchement, déchirure périnéale...) et psychologique (traumatisme, dépression...).

L'OMS définit les mutilations sexuelles féminines comme « toutes interventions faites sur les organes génitaux externes des femmes sans motif médical » et distingue

quatre types de mutilations :

- type 1 : excision du prépuce avec ou sans ablation partielle ou totale du clitoris
- type 2 : excision du clitoris et ablation totale ou partielle des petites lèvres
- type 3 : excision totale ou partielle des organes génitaux externes avec suture des deux moignons des grandes lèvres entraînant un rétrécissement de l'orifice vaginal
- type 4 : toute autre intervention sur les organes génitaux externes comme les piqûres, les étirements et les perforations.

Tous les Etats d'Europe occidentale sont concernés par ce phénomène du fait de l'accueil de populations africaines, mais on retrouve également ces pratiques aux Etats-Unis, au Canada et en Australie. En France, l'émergence de la question des mutilations sexuelles remonte à la fin des années 70, moment où les premières femmes d'étrangers travaillant en France sont arrivées dans le cadre du regroupement familial. Par ailleurs, si la France n'a jamais disposé de loi spécifique sur ce sujet, elle a été pendant un certain temps, le seul pays au monde à poursuivre les femmes concernées en justice. La loi française, qui empêche toute mutilation sur quiconque, a toujours été appliquée.

Les professionnels de santé particulièrement concernés par cette problématique sont ceux qui interviennent dans le champ de la gynécologie obstétrique et de la protection maternelle et infantile. C'est pourquoi la prévention, le dépistage et la prise en charge des mutilations sexuelles féminines sont des thématiques qui doivent être intégrées dans la formation des sages-femmes, des infirmiers, des puéricultrices et des auxiliaires de puériculture.

1. Formation des sages-femmes

Des contenus peuvent être programmés au niveau de l'enseignement théorique de la deuxième phase des études de sage-femme lors des modules suivants :

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

2. Formation des infirmiers

Cette thématique peut largement être traitée au cours des modules :

- sciences humaines (module 2 - anthropologie et ethnologie) : mutilations sexuelles et cultures
- législation : (module éthique et déontologie) : mutilations sexuelles et droits de la femme
- santé publique : lutte contre les mutilations
- soins infirmiers en maternité et auprès des personnes atteintes d'affections gynécologiques : dépistage et prise en charge des femmes ayant subi une mutilation sexuelle

3. Formation des puéricultrices

Un enseignement centré sur le dépistage et la prévention des mutilations sexuelles doit être réalisé dans le cadre des parties du programme suivantes :

- politique de santé : programme de lutte contre les mutilations sexuelles
- sociologie : cultures et mutilations sexuelles
- période de un an à quinze ans : prévention et dépistage des mutilations en secteur de protection maternelle et infantile ; approche psychologique et sociologique d'une enfant ou adolescente face aux mutilations sexuelles.

4. Formation des auxiliaires de puériculture

Une sensibilisation sur cette thématique doit être réalisée auprès des élèves auxiliaires de puériculture au cours du module 1 lors de l'étude des politiques de santé publique. Elle doit permettre à ces futurs professionnels, par leur capacité à reconnaître et à signaler toute situation anormale, de s'inscrire dans la prévention et le dépistage des mutilations sexuelles.

Afin de faciliter l'organisation des interventions sur le thème des mutilations sexuelles féminines, vous trouverez ci-après une liste non exhaustive d'associations et de contacts auxquels vous pouvez vous adresser :

- association Gynécologie Sans Frontières (AGSF) : présidée par le professeur Philippe (Henri-Jean)

- www.gynsf.org

- groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines (GAMS), 66, rue des Grands-Champs 75020 Paris, tél : 01-43-48-10-87 ; fax : 01-43-48-00-73 ; courriel : association.gams@wanadoo.fr ; site internet : <http://perso.orange.fr/associationgams/>

Permanences GAMS :

- Seine-Maritime : 06-30-36-42-42 ;

- Les Yvelines : 06-70-83-31-73 ;

- Marne : 06-88-44-41-28 ;

- PACA : 06-73-43-96-33 ;

- Mouvement français pour le planning familial (MFPF) : 4, square Saint-Irénée, 75011 Paris, tél : 01-48-07-29-10 ; www.mfpf@planning-familial.org ;

- Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles (CAMS) : 6, place Saint-Germain, 75006 Paris ; www.cams-fgm.org

Je vous serais obligé de bien vouloir me communiquer les difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans l'application de la présente circulaire.

Pour le ministre et par
délégation :

Le directeur général de la santé,

D. Houssin

ANNEXE 11: CONDITIONS DE DIALOGUE ET TECHNIQUES DE COMMUNICATION SELON LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Conditions de dialogue et techniques de communication utilisables lors du déroulement de l'entretien individuel ou en couple:

- Qualité de l'accueil, écoute active, tact, attitude encourageante non culpabilisante, non disqualifiante, empathie
- Temps d'expression suffisamment long de la femme et du futur père
- Reconnaissance de l'expérience et du savoir-faire de la femme et du couple
- Utilisation de questions ouvertes qui permet d'accéder au ressenti de la femme et du couple et de tenir compte de sa logique de raisonnement. Les questions fermées sont utilisées pour obtenir une précision
- Reformulation, relance pour explorer une dimension en particulier
- Possibilité de s'entretenir un moment avec la femme seule ou programmation d'une rencontre ultérieure pour évoquer des problèmes délicats comme la violence domestique ou conjugale, des traumatismes anciens
- Progressivité dans la délivrance des informations, des conseils
- Clarté de l'information délivrée et adaptation du niveau de langage, en particulier en cas de handicap sensoriel, de faible niveau d'études ou pour les femmes et couples venant de pays étrangers (recours à un interprète)
- Assurance d'une bonne compréhension des informations délivrées
- Résumé de la situation, confirmation de ce qui a été dit, proposé, décidé
- Assurance que la décision finale appartient à la femme. Cette décision peut évoluer au cours de la grossesse
- Confidentialité de l'entretien, en particulier sur les questions délicates comme la violence domestique
- Information et accord de la femme pour la transmission d'informations entre les professionnels des champs sanitaire, social et médico-social.

ANNEXE 12: ADAPTER L'ACCOMPAGNEMENT PÉRINATAL EN FONCTION DES BESOINS ET DES DIFFICULTES

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé

En réponse à des facteurs de vulnérabilité ou des demandes d'aide formulées par la femme ou le couple, tout particulièrement pour des familles connaissant des vulnérabilités de nature sociale ou psychologique, des dispositifs d'aide et d'accompagnement doivent être proposés.

La littérature suggère (sans résultat significatif en population générale) qu'un soutien de qualité le plus précoce possible pendant la grossesse et après la naissance constitue un facteur de prévention de maltraitance et de psychopathologie infantile et adolescente.

Le groupe de travail recommande que la mise en place des dispositifs d'aide et d'accompagnement, quel que soit le moment de la période périnatale, s'accompagne :

- d'un contact avec les acteurs les plus à même de répondre, si possible lors d'un entretien téléphonique en présence de la femme ou du couple ;
- d'une coordination des actions autour de la femme et du couple, qui implique un travail en réseau entre les divers professionnels concernés, sanitaires (quels que soient leur mode d'exercice et leur discipline), sociaux et médico-sociaux ;
- d'un accord de la femme ou du couple et du respect de leurs souhaits vis-à-vis des démarches ou des contacts pris auprès de ces professionnels ;

- de règles de transmission interprofessionnelle d'informations, qui permettent à la femme et à son entourage de garder confiance dans le système de soins et de rester au centre du dispositif activé autour d'eux ;
- d'un lien avec le médecin traitant ;
- d'un suivi de la période anténatale à la période postnatale ;
- d'une définition en commun des bonnes pratiques professionnelles qui favorisent et soutiennent la fonction parentale ;
- d'un inventaire des dispositifs et des ressources locales (acteurs des champs sanitaire, social et médico-social, structures, etc.) qui doivent être mis à disposition des professionnels de santé. Cet inventaire pourrait être élaboré à l'initiative des réseaux établis dans le champ de la périnatalité.

ANNEXE 13: FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ SELON LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Définition et liste des principaux facteurs de vulnérabilité

La vulnérabilité est une caractéristique « principalement psychologique qui signifie être dans une condition non protégée et donc susceptible d’être menacé du fait *de circonstance physique, psychologique ou sociologique* ».

Principaux facteurs de vulnérabilité

- *Les antécédents obstétricaux mal vécus* : précédente grossesse ou naissance compliquée ou douloureuse.
- *Les problèmes de type relationnel, en particulier dans le couple* : avec comme conséquence l’isolement et un sentiment d’insécurité par absence de soutien de l’entourage.
- *La violence domestique*, en particulier conjugale.
- *Le stress* traduit la relation entre une situation qui se modifie et une personne confrontée à cette situation : challenge à surmonter ou menace à laquelle elle peut succomber. Le stress est sous-tendu par la perception personnelle à la fois des exigences de la situation et de ses capacités.
- *L’anxiété* est un processus de blocage cognitif avec des manifestations somatiques, à la différence de la peur (de l’accouchement par exemple) qui se nomme et peut être exprimée par la femme enceinte.
- *Les troubles du sommeil du début de grossesse* peuvent être un signe d’alerte d’une anxiété ou d’une dépression.
- *Un épisode dépressif durant la grossesse* se caractérise par une perte d’intérêt ou de plaisir (perte de l’élan vital) pour presque toutes les activités.
- *La dépression du post-partum* est fréquente. Selon les études, sa prévalence varie de 3 à 10 % selon le moment du *post-partum* où elle est étudiée. Elle se dépiste au moyen

d'un instrument d'auto-évaluation, validé et traduit en français (EPDS : *Edinburgh Postnatal Depression Scale*), son utilisation avant la naissance n'est pas recommandée.

- *La dépendance ou l'addiction (alcool, tabac, drogue, médicaments)* entraîne des effets néfastes physiques ou psychologiques chez la femme enceinte et des conséquences physiques chez le nouveau-né qu'il convient d'anticiper.

- *La précarité* est l'absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations et leurs responsabilités.

- *Le risque social* est lié à des événements dont la survenue incertaine et la durée variable pourraient mettre en danger la capacité d'un individu ou d'un ménage à répondre à ses besoins à partir de ses ressources disponibles financières ou autres (maladie, chômage, changement de la composition familiale : enfants, parent isolé ou rupture conjugale).

- *La naissance à haut risque psycho-affectif* après l'annonce pré et postnatale d'une maladie, d'une malformation ou d'un handicap.

ANNEXE 14: EXTRAITS DE LA CIRCULAIRE DU 4 JUILLET 2005 RELATIVE A LA PROMOTION DE LA COLLABORATION MEDICOPSYCHOLOGIQUE EN PÉRINATALITÉ

Extraits de la circulaire du 4 juillet 2005 - relative à la promotion de la collaboration médicopsychologique en périnatalité

Ministère de la santé et des solidarités - Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins - Direction générale de la santé

1) Introduction

Le plan périnatalité a pour objectif de moderniser l'environnement de la grossesse et de la naissance, propose un ensemble de mesures visant à améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche. Il vise également à améliorer la connaissance de ce champ et à mieux reconnaître les professionnels qui y travaillent.

Dans ce cadre, l'un des principaux enjeux consiste à améliorer l'environnement psychologique et social des parents et de l'enfant.

Cette démarche s'articule essentiellement autour de trois mesures : la mise en place d'un entretien individuel du quatrième mois, la prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance et le développement des réseaux en périnatalité.

La présente circulaire est précisément destinée à initier une meilleure prise en compte de la dimension psychologique et se fonde sur la conviction désormais largement partagée chez les professionnels concernés de l'importance de la dimension affective dans le processus de la naissance. La place accordée à cette dimension conditionne, en effet, le bon déroulement du processus physiologique entourant la naissance ainsi que la construction harmonieuse des liens familiaux. Par ailleurs, des programmes et des

études ont démontré qu'un soutien précoce et de qualité à la parentalité, dès le pré et le post-partum, constituait un facteur de prévention de maltraitance et de psychopathologie infantile et adolescente. Un tel soutien constitue à cet égard un véritable enjeu de santé publique.

L'articulation entre la psychiatrie et la périnatalité s'est développée en France sur la base de rares initiatives militantes et individuelles. Cette articulation a effectivement permis de répondre aux difficultés de professionnels de la naissance confrontés à des psychopathologies maternelles avérées ou à des situations à haut risque médical (risque foetal, grande prématurité, malformation...), générant chez les femmes et leurs conjoints des troubles émotionnels, importants à considérer dans la prise en charge. Il convient, désormais, de développer de manière générale cette articulation entre ces deux disciplines et tout particulièrement pour des familles connaissant des vulnérabilités de nature sociale ou psychologique pour lesquelles la grossesse constitue un moment favorable pour une rencontre avec les acteurs de soins concernés. [...]

Il s'agit, dans le cadre de cette circulaire, d'atteindre un objectif global de continuité et de cohérence impliquant le renforcement des partenariats et la poursuite de l'évolution des pratiques dans le sens d'un travail en réseau renforcé entre les différents acteurs concernés : sanitaires (quels que soient le mode d'exercice et la discipline), sociaux et médico-sociaux.

Si la sécurité affective de l'enfant passe par celle de ses parents, la sécurité des parents passe notamment par celle des professionnels qui les entourent. La formation, en particulier collective, est un moyen essentiel pour que les professionnels développent une confiance mutuelle nécessaire au développement du travail en collaboration.

Par ailleurs, des missions particulières dévolues aux professionnels du champ psychique exerçant en maternité contribuent à la mise en place de ce travail en réseau. L'enjeu consiste effectivement à permettre à l'ensemble des professionnels concernés de s'associer à cet objectif de santé publique par un travail d'appropriation et de mise en oeuvre de cette démarche qui concourt au développement des collaborations médico-psychologiques en périnatalité. [...]

2) Les objectifs

Il s'agit globalement d'accrocher la confiance et/ou de maintenir la confiance dans le système, afin que les parents puissent mettre au monde l'enfant dans les meilleures conditions de sécurité émotionnelle, et qu'ils puissent faire appel ultérieurement si besoin :

- permettre aux parents d'exprimer leurs attentes, leur projet de naissance, leurs questions, leurs craintes éventuelles = reprendre avec eux là où ils en sont du suivi médical (médicosocial) et leurs antécédents médicaux dans leur aspect émotionnel explorer avec eux les points d'appui existants en se centrant sur la venue de l'enfant (ce qui n'est pas intrusif) entourage personnel environnement professionnel (confiance? perception des liens interprofessionnels selon les cas ?...);
- respecter et activer le réseau de proximité s'il existe et si cela a un sens pour le couple (médecin généraliste, pédiatre, autres selon les antécédents) ;
- aider à anticiper une continuité d'intervention de manière personnalisée ; évoquer la possibilité d'autres acteurs en fonction des besoins exprimés, mais sans les introduire trop vite et après avoir consolidé les premiers liens ;
- soutenir en direct la place des autres professionnels dans les cas difficiles.

3) Un état d'esprit

Il est fondé sur des éléments de respect, hors duquel les parents ne pourront se confier :

- *la qualité de l'accueil* lors du premier contact conditionnera la suite. Elle met en jeu la sécurité du professionnel qui reçoit (formation, acceptation de son rôle par l'ensemble des partenaires, connaissance personnalisée des référents d'autres disciplines...);

- *la confidentialité* garantit la confiance des parents les plus vulnérables en particulier lorsque existe des problèmes affectifs ou des conduites culpabilisantes (toxicomanie, alcool etc...) ;
- *la rigueur dans les transmissions* d'information concernant l'intimité (conditions de vie, éléments relationnels...), ce qui obéit à des principes à acquérir ;
- *l'engagement relationnel* auprès des femmes enceintes les plus en souffrance : rappeler, intensifier le suivi etc.

4) Les conditions nécessaires à un bon exercice

- avoir bénéficié de formations adéquates, en particulier des formations en réseau donnant une bonne connaissance des divers acteurs (médical, social, psychiatrique, public et privé) : leurs besoins, leurs contraintes... ;
- avoir acquis la sécurité suffisante pour organiser la diversité des places professionnelles (ouvrir les relais, ne pas tout faire soi-même etc.) ;
- adhérer au réseau périnatal régional s'il existe, pour accélérer la connaissance mutuelle et pouvoir rendre compte aux moments utiles ;
- être soutenu par une reprise régulière avec un psychologue/psychiatre pour les cas difficile démarrer sur un terrain de manière expérimentale, avec quelques professionnels déjà sensibilisés et formés, pour valider une manière de faire, s'assurer de l'évolution par des retours d'information... ;
- évaluer à 1 ou 2 ans par des questionnaires de satisfaction des familles et des acteurs concernés.

L'ensemble de ces critères doit permettre aux futurs parents de faire l'expérience:

- qu'ils pouvaient se confier ;
- qu'ils n'étaient pas jugés ;
- qu'on tenait compte de leurs dires pour ajuster les réponses ;

- que le professionnel tenait la route malgré la violence des confidences ;
- que le professionnel n'était pas seul ;
- que les divers acteurs se respectaient mutuellement à leur propos.

Cette expérience vécue constitue en soi une première sécurité. Elle est la condition pour ajuster l'intervention de spécialistes, et surtout pour que les parents osent faire appel après le retour à la maison, au lieu de se replier dans leur culpabilité si problème.

Il semble plus intéressant que cet entretien prénatal soit différencié de la préparation à la naissance qui débute plus tard dans la grossesse.

Il peut être limité si les futurs parents sont en sécurité (bon réseau préexistant) et ne présentent pas de vulnérabilité particulière.

Il doit pouvoir se répéter dans les cas difficiles, la sage-femme restant alors dans un rôle de coordination le temps nécessaire. Ce qui amène à discuter du statut administratif d'autres entretiens (consultations dans le cadre de grossesse à risque?).

Dans les situations de vulnérabilité, il paraît essentiel que la sage-femme «coordinatrice » ait la possibilité de revoir la mère (les parents) en post-partum pour un véritable repérage du malaise qui pourrait anticiper une dépression, une pathologie du lien, un décalage dans l'investissement de l'enfant source de culpabilité et d'hyperprotection ultérieure... Si elle ne revoit pas elle-même, elle devrait s'assurer de l'existence d'un professionnel de confiance (médecin généraliste) dont la place devra être activée auprès de la famille, en particulier par une liaison personnalisée.

[...]

5) Continuité et cohérence : un principe essentiel, fondement de la prise en charge médico-psychologique en périnatalité

[...]

Le respect et la mise en oeuvre de ce principe implique de veiller tout particulièrement :

- **au décloisonnement des pratiques professionnelles.** L'effet iatrogène de leur cloisonnement a largement été mis en évidence par la clinique pédopsychiatrique, en particulier à partir de situations impliquant les familles les plus vulnérables. La périnatalité met, par définition, en action des acteurs de champs différents dont l'articulation est indispensable afin d'instaurer une continuité et une cohérence dans la prise en charge.
- **à l'organisation de la prise en charge et des réponses à apporter, notamment lorsque des** soins sont nécessaires, centrées autour des besoins propres de chaque famille par un ensemble **de professionnels**, agissant dans **une cohérence** suffisante de l'ante au post-natal.

Ces deux objectifs, qui concourent à la qualité des collaborations interprofessionnelles, supposent la reconnaissance par les équipes obstétricales et pédiatriques de la place des professionnels qui ont été choisis par la femme enceinte (médecin généraliste, sage-femme, assistante sociale...) même si leur implication évolue selon les étapes. Ainsi, sera donné **aux familles une bonne lisibilité des rôles de chacun**, lisibilité rendue possible par une communication entre professionnels et un travail de liaison dans le respect de la confidentialité due aux familles. Cette qualité des pratiques partenariales participe à rendre les familles **actrices de leur projet de naissance**.

- **à la mise en place de formations**, élément clé et incontournable afin que l'ensemble des professionnels et des institutions apprennent à travailler ensemble. Ces formations seront spécifiques et adaptées et auront pour principal objectif d'améliorer la qualité de ces collaborations.

Enfin, la mise en place d'un entretien précoce permettra non seulement d'ouvrir le dialogue et de recueillir les facteurs de vulnérabilité, mais également constituera en soi un premier point d'entrée dans ce processus de collaboration. Cet entretien, tel qu'il est présenté dans la première partie du plan périnatalité selon l'HAS, sera réalisé au 4^e mois de grossesse, sous la responsabilité d'une sage-femme ou d'un autre professionnel de la naissance disposant d'une expertise reconnue par le réseau de périnatalité auquel ils appartiennent.

[...]

Encourager sur l'ensemble du territoire le développement des réseaux de périnatalité associant la ville, le service de PMI, l'hôpital et l'ensemble des acteurs concernés relevant des champs médico-social et social. ... Ces réseaux constituent un outil, un support juridique pour mettre en oeuvre ces collaborations et organiser les formations pluridisciplinaires, nécessaires à ce fonctionnement.... Le suivi de ces collaborations pourra s'effectuer dans le cadre des procédures d'évaluation prévues lors de la mise en place des réseaux de périnatalité.

ANNEXE 15: FAIRE PREUVE DE DISCERNEMENT AU MOMENT DE LA TRANSMISSION INTERPROFESSIONNELLE D'INFORMATIONS SELON L'HAS

Les questions suivantes peuvent aider les professionnels impliqués dans un réseau périnatal à faire preuve de discernement au moment d'un passage d'information (adapté d'un document de réflexion sur la prévention des troubles de la relation autour de la naissance édité par le ministère de la Communauté française de Belgique (Vander Linden Roegiers 2004)):

- Si je transmets de l'information, c'est dans quel objectif ? Pour aider qui ?
- Avec quelle retombée positive espérée ?
- Est-ce approprié à la fonction du professionnel concerné ?
- L'alliance avec le professionnel à qui je pense parler nécessite-t-elle vraiment cet échange de contenus ?
- La femme ou le couple à aider est-il au courant de cet éventuel passage d'information ? Puis-je me passer de leur accord ?
- Comment vais-je formuler la part utile de l'information à transmettre ?
- En fonction de tout cela, que vais-je garder pour moi, que vais-je transmettre ?

ANNEXE 16: QUESTIONNAIRES ENVOYES AUX SAGES-FEMMES PRATIQUANT L'EPI

REMY Marlène

Étudiante sage-femme 4^{ème} année

Ecole A.Frunhinsholtz, Nancy (54)

A l'intention des sages-femmes

Bonjour,

Actuellement en dernière année d'étude à l'école de sage-femme de Nancy, je prépare mon mémoire sur Le rôle de la sage-femme pratiquant l'entretien prénatal individuel (EPI) dans la prévention des mutilations sexuelles féminines (MSF).

Mon objectif est de savoir si l'entretien prénatal individuel joue son rôle de prévention à l'encontre des mutilations sexuelles féminines.

On estime à 30 000 le nombre de femmes ayant subi des mutilations sexuelles sur le sol français, et 35 000 mineures ont déjà été mutilées ou menacées de l'être. Les complications engendrées par ces mutilations sont importantes, notamment pour la petite fille mais aussi pour la femme durant la grossesse et l'accouchement.

L'entretien prénatal individuel s'inscrit principalement dans une démarche préventive, grâce à l'information et l'écoute qu'apportent les professionnels de santé. Mais s'ils connaissent peu les mutilations sexuelles féminines, cette démarche est difficilement réalisable.

Le but de mon étude est d'évaluer les besoins et les attentes des sages-femmes, pour optimiser le rôle de l'entretien prénatal individuel dans la prévention des mutilations sexuelles féminines.

Je vous remercie par avance pour votre collaboration et vous prie d'agréer mes sentiments les plus respectueux.

Marlène REMY

Ce questionnaire s'adresse aux sages-femmes faisant l'entretien prénatal individuel, même si elles n'ont pas rencontré de mutilation sexuelle féminine durant l'exercice de leur profession.

Questionnaire:

1. Où travaillez-vous?

☐ maternité

☐ protection maternelle et infantile

☐ autre:.....

2. Avez-vous suivi une formation pour l'entretien prénatal individuel?

☐ oui

☐ non

et pensez-vous que cette formation est utile?

☐ oui

☐ non

3. Depuis combien de temps pratiquez-vous cet entretien?

.....

4. Vous pratiquez un examen gynécologique lors de cette séance d'entretien prénatal individuel:

☐ toujours

☐ souvent

☐ lorsque c'est nécessaire c'est à dire:

.....

☐ rarement

☐ jamais

5. Combien (en pourcentage) de patientes à qui vous avez fait l'entretien suivez-vous durant toute leur grossesse ?%

6. Approximativement, vous avez des femmes mutilées en entretien prénatal individuel?

- ☐ une par semaine ou plus
- ☐ une par mois
- ☐ une tous les 3 mois
- ☐ une tous les 6 mois
- ☐ plus rarement c'est à dire:
- ☐ je n'en ai jamais eu mais j'en ai rencontré dans d'autres conditions
- ☐ je n'en ai jamais vu

7. Saviez-vous que vous faites partie des « neufs régions prioritaires » ciblées par le Ministre de la Santé et des Solidarités en décembre 2006, pour la prévention des mutilations sexuelles féminines?

- ☐ **oui**
- ☐ **non**

Si oui, comment l'avez-vous appris?

.....
.....

8. Pensez-vous qu'il est justifié que vous fassiez partie de ces régions ayant une population « à risque » de mutilations sexuelles féminines?

- ☐ oui
- ☐ je ne sais pas
- ☐ non

et pourquoi:

.....
.....

9. Quand avez-vous eu un enseignement sur les mutilations sexuelles féminines?

- ☐ jamais
- ☐ j'ai appris par moi-même (expérience, lecture)
- ☐ à l'école de sage-femme: quelle année?
- ☐ durant ma formation à l'EPI
- ☐ durant une autre formation: laquelle?
.....

10. Quels sont les différents types de mutilations sexuelles féminines?

.....

.....

.....

.....

11. Connaissez-vous des raisons justifiant les mutilations sexuelles féminines
(croyances...)?.....

.....

.....

.....

12. Citez des complications qui peuvent survenir chez une femme ayant subi une
mutilation sexuelle féminine:

.....

.....

.....

13. Parlez-vous des mutilations sexuelles féminines pendant votre entretien?

- ☐ oui toujours
- ☐ si la femme aborde le sujet

☐ après avoir constaté une mutilation aux organes génitaux externes

☐ si elle est à risque, c'est à dire:

.....

☐ non car ce n'est pas le moment

☐ non car ce n'est pas mon rôle

☐ non car je n'ose pas

☐ non car je n'ai pas les connaissances suffisantes à ce sujet

☐ autre:.....

si oui, de quoi parlez-vous surtout?

☐ de ses croyances justifiant les mutilations

☐ des complications engendrées par les mutilations

☐ de l'interdit de ces pratiques

☐ vous l'écoutez

☐ vous l'orientez directement vers des personnes qui ont les connaissances pour l'aider car vous en connaissez

☐ autre(s):.....

.....

14. Lorsqu'une femme a subi une mutilation sexuelle, vous lui proposez une orientation vers un spécialiste?

☐ **toujours**

☐ souvent

☐ parfois

☐ jamais

si vous avez coché **toujours ou souvent ou parfois** vers qui l'orientez-vous?

☐ médecin ou sage-femme ayant des connaissances à ce sujet

☐ psychologue

☐ assistante sociale

☐ organisme de lutte contre les MSF

☐ autre:.....

.....

et pour faire des transmissions pour l'orientation vous utilisez:

☐ le carnet de maternité

☐ une lettre

☐ le téléphone

☐ autre(s):.....

si vous avez coché **jamais**, pourquoi ne l'orientez-vous pas vers un spécialiste?

☐ je ne saurais pas à qui l'adresser (difficulté de travail en réseau, peu de personnel formé...)

☐ je n'en vois pas l'utilité

☐ elle refuserait donc je ne lui propose pas

15. Connaissez- vous des organismes de lutte contre les MSF?

☐ oui par exemple:.....

☐ non

16. En France, les mutilations sexuelles féminines sont:

☐ **autorisées**

☐ **interdites**, sanctionnées par: ☐ une amende

☐ de la prison

☐ autre:.....

☐ **je ne sais pas**

17. Pensez-vous qu'il est possible de protéger la fillette qui va naître de subir, comme sa mère, une mutilation sexuelle?

- ☐ **non** rien n'est prévu dans la loi
- ☐ **non** je ne peux pas lever le secret professionnel
- ☐ c'est **inutile** il n'y a plus de mutilations en France
- ☐ **oui** tant qu'elle reste en France
- ☐ **oui** lors du retour au pays (vacances...) si ce pays interdit les mutilations sexuelles féminines
- ☐ **oui** lors du retour au pays même si le pays n'interdit pas les mutilations sexuelles féminines
- ☐ **autre:**.....
.....
- ☐ je ne sais pas

si vous avez répondu **oui**, quelles démarches administratives feriez-vous:

.....
.....
.....

18. La barrière linguistique est-elle un problème pour vos entretiens prénataux individuels?

- ☐ souvent
- ☐ rarement
- ☐ jamais

19. Proposez-vous un deuxième entretien à votre patiente ayant une MSF?

- ☐ oui souvent
- ☐ oui rarement
- ☐ non jamais

20. Avez-vous des questions ou des remarques à formuler?

.....

.....

.....

ANNEXE 17: TABLEAU DU NOMBRE DE QUESTIONNAIRES EXPLOITES PAR DEPARTEMENT

Régions	Départements	Nombre de questionnaires maternité	Nombre de questionnaires PMI
<i>Champagne Ardenne</i>	Ardenne	0	0
	Aube	0	0
	Marne	5	2
	Haute Marne	3	0
<i>Haute Normandie</i>	Eure	4	0
	Seine Maritime	5	0
<i>Ile de France</i>	Paris	0	1
	Seine et Marne	4	0
	Yvelines	3	2
	Essonne	0	1
	Seine Saint Denis	0	0
	Haut de Seine	2	1
	Val de Marne	0	1
	Val d'Oise	3	2
	Nord	11	0
	Pas de Calais	9	0
<i>Provence Alpes Côte d'Azur</i>	Alpes de Hte Provence	1	0
	Hautes Alpes	0	0
	Alpes Maritimes	6	7
	Bouches du Rhône	5	0
	Var	1	3
	Vaucluse	6	0
<i>Pays de Loire</i>	Loire Atlantique	5	7
	Maine et Loire	11	3
	Mayenne	1	1
	Sarthe	3	0
	Vendée	0	0

<i>Picardie</i>	Aisne	3	0
	Oise	1	4
	Somme	0	0
<i>Poitou-Charentes</i>	Charente	0	0
	Charente Maritime	0	5
	Deux Sèvres	1	6
	Vienne	0	1
<i>Rhône Alpes</i>	Ain	1	1
	Ardèche	1	0
	Drôme	3	0
	Isère	3	0
	Loire	7	1
	Rhône	12	3
	Savoie	8	2
	Haute Savoie	18	5

ANNEXE 18: QUESTIONS POSEES DURANT LES ENTRETIENS AUX PROFESSIONNELS LUTTANT CONTRE LES MSF

Question I: Quelles sont les raisons qui les poussent à **poursuivre ces pratiques**? (pression familiale, mariage des filles avec un homme originaire du pays, identité culturelle, désir d'un retour au pays, manque d'information sur les complications, croyances...)

Question II: Qu'est-ce qui peut faire penser à la sage-femme que la **patiente a subi ou risque de** faire subir une MSF à ses filles? (pays d'origine, religion, niveau d'insertion, niveau d'éducation, complications médicales/gynécologiques/obstétricales...)

Question III: La **femme** ayant subi une MSF **en parle-t-elle**? (de façon spontanée, lorsqu'elle se sent en confiance, avec sa famille, avec son mari, avec les soignants, la grossesse facilite-t-elle la parole à ce sujet...)

Question IV: Si la sage-femme pense que la patiente est à risque de MSF, comment peut-elle **aborder le sujet** avec elle? (par quoi commencer pour établir la confiance, quelles sont les erreurs à ne pas faire...)

Question V: Quelles sont les **actions de prévention** à mettre en place par la sage-femme en présence d'une femme ayant une MSF à l'entretien du quatrième mois? (informations médicales, informations sur les lois en France et dans le pays d'origine, rôle des associations, suivi pluridisciplinaire...)

Question VI: Pensez-vous qu'un entretien qui dure environ **une heure est trop court** pour mettre en place un soutien, une prévention, quant aux MSF? Faudrait-il renouveler cet entretien?

Question VII: Que pensez-vous de la **présence du mari** durant une discussion avec la femme à propos des MSF? (faut-il lui proposer de sortir pour en parler, faut-il en reparler avec lui après...)

ANNEXE 19: ENTRETIENS REALISES AUPRÈS DES PROFESSIONNELS

Entretien avec une salariée du centre d'information du droit des femmes et des familles, originaire de Côte d'Ivoire (novembre 2007).

I) Quelles sont les raisons qui les poussent à poursuivre ces pratiques?

Je ne suis pas pour les MSF, mais je vais expliquer pourquoi encore aujourd'hui cette pratique a des adeptes.

Les sociétés traditionnelles africaines sont régies par les rites de passage d'une classe à l'autre. L'excision pour la femme est un rite de passage. Avant la pratique de ce geste, elle est bisexuée: le clitoris est masculin parce qu'il est son organe érectile, il faut lui retirer pour qu'elle devienne une « vraie » femme. C'est différent de l'infibulation qui est un contrôle de la sexualité de la femme, afin qu'elle n'existe que pour son mari. Dans d'autres sociétés la MSF est juste symbolique, on fait juste le geste. Le symbolique est très important en Afrique. Par exemple, la dot: c'est l'ensemble des cadeaux offerts par la famille du fiancé à la famille de la jeune femme à titre de compensation pour la perte qu'il leur aura occasionné en la prenant pour femme. Auparavant cette dot était donnée par la famille du mari en échange de sa fille qui a de la valeur, elle est encore donnée de façon symbolique.

La femme qui n'est pas mutilée ne sera jamais intégrée à la société, dans les régions qui pratiquent les MSF. Les MSF servent aussi à pouvoir se marier avec un homme de la même communauté. C'est aussi dans un rêve des parents de pouvoir retourner au pays tout en étant intégré.

Lors d'un retour au pays, parfois les jeunes filles peuvent se faire mutiler de force, contre leur volonté mais aussi contre la volonté de ses parents car elle appartient à la société entière. Par exemple, dans certaines régions qui pratiquent les MSF, le risque

est grand surtout durant la puberté et les premières règles, et surtout à la campagne. Après l'âge de 25 ans, qu'elle soit mutilée sexuellement ou pas, la jeune fille est devenue une femme donc il y a donc moins de risque qu'elle se fasse mutiler. Aussi il arrive que la fillette demande elle même à avoir une MSF, pour être comme les autres, ou parce qu'elle ne sait pas ce que c'est mais on lui a dit qu'elle aurait beaucoup de cadeaux.

Les femmes ayant recours aux MSF n'en connaissent souvent pas les complications. Aussi lorsque l'on ne parvient pas à soigner une fillette qui a de graves complications suite à ce geste, et qu'elle en meurt, on dira que de toute façon elle devait mourir, ce n'est pas lié à ce qu'elle a subi; mais les sociétés évoluent et cela tend à disparaître.

Les filles ayant eu une MSF apprennent à avoir du plaisir autrement qu'avec leur clitoris.

II) Qu'est-ce qui peut faire penser à la sage-femme que la patiente a subi ou risque de faire subir une MSF à ses filles?

Les familles qui mutilent sont souvent dans les traditions, celles-ci englobent également souvent le mariage forcé. Souvent ces pratiques touchent les filles non scolarisées, qui parlent peu français; les filles scolarisées sont plus souvent « européennes » et ont donc moins de risque de subir cela. Aussi une femme qui a vécu en Afrique durant son enfance, qui vient en France pour se marier par exemple, et qui est mutilée sexuellement; a beaucoup de risques de reproduire ces pratiques sur sa fille car elle est restée dans la tradition.

III) La femme ayant subi une MSF en parle-t-elle?

La femme mutilée n'en parlera pas spontanément, c'est lorsqu'il y a des problèmes (fillette morte suite à cette pratique, peur pour leur fille d'avoir à subir la mutilation qu'elles ont elles-mêmes eue, situation de crise...) que tout surgit, que la femme se met à en parler.

Il faut faire attention, car si la femme se sent jugée par son interlocuteur alors elle se ferme, le dialogue devient alors impossible. Comme pour toute personne qui change de pays et qui arrive dans une culture qui lui est étrangère, l'immigré a un repli identitaire très important.

La femme enceinte est plus vulnérable: est elle plus à l'écoute, surtout si elle est seule elle va énormément se reposer sur la sage-femme qui l'accompagne. Mais aussi elle est plus forte, car c'est le fait de devenir mère qui va faire qu'elle peut se réaliser.

La femme ayant subi une MSF en parle peu dans sa famille, car ça lui remémore de mauvais souvenirs. Elle en parlera si ça lui pose problème, ou alors avec sa mère durant la grossesse par rapport à son choix de faire subir ou pas à sa future fille une MSF.

IV) Si la sage-femme pense que la patiente est à risque de MSF, comment peut-elle aborder le sujet avec elle?

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise méthode, l'empathie joue un rôle très important.

La sage-femme ne doit pas se positionner en juge, car pour ces femmes les MSF sont quelque chose de normal. Il faut réussir à faire des MSF un problème pour qu'elle puisse en parler, elles ne vont pas parler de quelque chose qu'elles trouvent normal.

Il faut travailler à partir des éléments qu'elle nous donne, avec de la curiosité positive: « Vous vivez en France depuis quand? », « Vous habitez où? », « Vous allez bien? ».

Il faut avoir une approche humaine, s'intéresser à la personne entière et non pas seulement à ce qui nous intéresse, car la femme qui se sent en confiance pourra ensuite nous parler de ce qui nous intéresse. On peut aussi trouver des liens entre différents sujets, afin d'arriver naturellement sur celui des MSF; par exemple en parlant de la parentalité, ce que la femme projette pour sa petite fille, si elle va retourner au pays...

Il faut également être attentif aux signes non verbaux, ils sont aussi un moyen de communication.

Il faut saisir le moment pédagogique, le court moment où la femme s'ouvre: on le voit dans ses yeux, ça peut aussi être un moment de silence...

On peut aussi demander à la personne « Ca va? », avec insistance si besoin. En effet, le « Ca va » questionne sur la condition morale, mais aussi sur la condition physique; et souvent ça peut aider à aider la personne à s'exprimer.

Lorsque l'on sait que la femme a subi une MSF, il faut l'emmener à s'interroger, à être active et non passive: « Qu'est-ce que ça vous a apporté? », « Comment ça s'est passé? », « Ca vous a fait du bien? », « Vous avez été déçue? », « Voulez-vous que votre fille ait la même chose que vous? ». En France, la femme peut aussi être amenée à se questionner par rapport aux filles non mutilées: elles sont heureuses, elles vivent autre chose...

On peut aussi trouver quelqu'un de la même communauté qu'elle, qui n'est pas trop francisé, pour parler avec elle; mais attention pour quelqu'un de la même communauté il y a beaucoup de protocoles oraux (ne pas regarder dans les yeux...); alors cette personne ne doit pas être insolente sinon la femme ne parlera pas.

Il faut savoir s'adapter à la personne, trouver les mots pour qu'elle comprenne. Au lieu du terme « mutilation » on peut par exemple dire: « Quand vous étiez jeune pour devenir femme ». Il est aussi intéressant de s'aider de dessins, d'images, pour les représentations du corps par exemple. Les images sont souvent beaucoup plus parlantes que les termes médicaux qui sont trop compliqués; aussi elles sont d'une grande aide, surtout lorsqu'il y a une barrière de la langue et lorsque la femme connaît mal son corps: c'est le photo langage. Il faut voir comment la personne comprend les choses au fur et à mesure, ne pas hésiter à la questionner pour vérifier qu'elle a bien tout compris. Mais aussi, il faut s'assurer que nous même comprenons la femme, surtout si elle vient d'une culture étrangère, les mots n'ont pas toujours la même signification pour elle que pour nous. Il faut l'inviter à développer certains mots qui ne nous paraissent pas clairs pour savoir exactement ce qu'elle veut dire: par exemple, en Côte d'Ivoire, on est « sale » une semaine avant et une semaine après les règles, ici sale correspond à un état d'impureté lié aux menstrues... cela n'a pas la même signification pour nous. Pour être sûr de s'être bien compris on peut également utiliser la reformulation. Mais aussi pour comprendre les gens, c'est plus facile lorsque l'on a appris à les connaître avant.

On peut lui parler de la loi dans son pays d'origine, mais elle doit savoir que même si une loi interdit ces pratiques dans son pays d'origine il y a des risques que sa petite fille se fasse mutiler de force.

La convaincre avec la loi française doit être le dernier recours, parler directement du côté pénal peut faire peur à la femme, elle peut alors dire qu'elle est contre les MSF pour éviter de prendre des risques. D'autant plus que la plupart des gens savent que les MSF sont interdites en France et connaissent les peines qu'ils encourent. La femme doit comprendre que les MSF sont dangereuses pour comprendre que les lois répressives sont justifiées.

Parfois, la femme peut rejeter sa propre culpabilité sur le professionnel (par rapport aux MSF, à la peur d'être une mauvaise mère...), en lui disant par exemple: « Vous ne pouvez pas comprendre, vous n'avez pas été excisée ». Elle touche alors à un point sensible et personnel du professionnel. La sage-femme peut alors dire qu'elle a du recul par rapport à ce sujet puisqu'elle ne l'a pas vécu, qu'elle s'intéresse à ce sujet. La femme qui a subi une MSF sait beaucoup de choses à ce sujet, des choses qu'elle a à apprendre à la sage-femme; mais la sage-femme en sait aussi d'autres que la femme ne sait peut être pas et elle peut elle aussi lui faire partager. Dans ces conditions on apprend l'un de l'autre, il y a un échange et non pas un qui a tort et l'autre qui a raison. Cela permet aussi de revaloriser la femme et de l'inviter à s'exprimer à ce sujet.

Si l'entretien se passe mal, parce que la sage-femme n'a pas employé les termes adéquats par exemple, s'il n'y a pas d'entente possible avec la patiente; il ne faut pas abandonner mais savoir déléguer ce travail à une collègue sage-femme par exemple. Aussi il ne faut pas hésiter à lui dire que si elle n'est pas à l'aise avec cette sage-femme, ça ne pose pas de problème pour trouver quelqu'un d'autre avec qui elle se sentira plus à l'aise. Parfois, le simple fait de soulever ce problème, permet à la femme de s'exprimer et de s'ouvrir à nouveau. Il ne faut pas laisser des choses qui mettent mal à l'aise de côté, pour favoriser le dialogue il faut parler de ces problèmes.

V) Quelles sont les actions de prévention à mettre en place par la sage-femme en présence d'une femme ayant une MSF à l'entretien du quatrième mois?

Il est important qu'au début de l'entretien la sage-femme présente à la femme son domaine de compétence afin que celle-ci comprenne bien le rôle de la sage-femme, pour qu'elle comprenne que les questions que va lui poser la sage-femme ne sont pas de l'indiscrétion mais qu'elle lui sont utiles en tant que professionnel de santé. En même temps, cela fixe les limites à la sage-femme elle-même; elle doit savoir où s'arrête son domaine de compétence, à quel moment elle devra proposer une orientation vers un autre professionnel. Cela permettra aussi à la femme de comprendre pourquoi la sage-femme lui propose une réorientation. En effet, beaucoup de femmes pensent que la sage-femme fait uniquement les accouchements. Alors si elle pose des questions intimes à la patiente, elle risque de ne pas comprendre et de prendre cela comme de la curiosité malsaine.

Souvent ces femmes ont peu de connaissances en ce qui concerne l'anatomie, mais aussi la sexualité car dans leur culture c'est souvent un tabou. Il peut donc être intéressant d'expliquer l'anatomie, les organes génitaux, la sexualité. Lui montrer à travers des dessins comment sont les organes génitaux normaux, lui dire que dans certaines cultures on coupe le clitoris, les petites voire les grandes lèvres; lui demander ce qu'elle en pense, si elle était au courant de cela. Il faut l'inciter à s'exprimer à ce sujet; aussi par exemple lui demander si elle sait à quoi sert le clitoris... Ecouter les représentations qu'elle a de l'anatomie, voir si elles sont justes ou fausses, en parler avec elle pour qu'elle comprenne le rôle et le fonctionnement des organes génitaux féminins, ce n'est que comme ça qu'elle pourra comprendre les complications que les MSF peuvent entraîner.

La prévention, c'est aussi donner à la femme les moyens, les outils pour lutter elle-même contre les MSF; elle doit être active. Ce sera d'autant plus efficace si elle trouve elle-même les arguments contre les MSF si elle est contre. Cela grâce à la sage-femme qui va lui donner des pistes de réflexion grâce à l'écoute active, à l'aide de questions ouvertes ou fermées, mais aussi par la reformulation et la relance.

Pour être sûre que la femme qui dit être contre les MSF dit vrai, qu'elle ne va pas faire subir cela à ses filles, il faut l'inciter à argumenter contre ces pratiques; par

exemple en lui disant: « Mais si votre fille n'est pas excisée, il y a des risques lors du retour au pays », « Et comment va-t-elle faire pour trouver un mari? », « Ne va-t-on pas se moquer d'elle? »... Il n'y a que si elle est convaincue qu'elle va bien argumenter.

VI) Pensez-vous qu'un entretien qui dure environ une heure est trop court pour mettre en place un soutien, une prévention, quant aux MSF? Faudrait-il renouveler cet entretien?

Ce n'est pas forcément la durée qui fait la qualité, la personne doit sentir qu'on s'intéresse à elle pour parler. On est parfois surpris de l'efficacité du travail en peu de temps. L'humanité est universelle.

Effectivement, il y a beaucoup de choses à aborder durant cet entretien. Si le temps est trop court il est alors utile de proposer un deuxième entretien si la femme le désire; mais aussi il est possible de demander à des collègues s'ils seraient prêts à prendre le relais pour la suite de prise en charge de la femme ayant subi ou étant susceptible d'avoir subi une MSF.

VII) Que pensez-vous de la présence du mari durant une discussion avec la femme à propos des MSF?

La femme a son intimité, son jardin secret pour beaucoup de choses. Il est bien de la prendre quelques secondes à part pour lui demander si elle souhaite la présence de son mari. Il faut savoir que lorsque la femme est battue, lorsqu'il y a des violences dans le couple; en présence du mari la femme va jouer un rôle, ce n'est pas vraiment elle.

Entretien avec une militante du GAMS (décembre 2007).

I) Quelles sont les raisons qui les poussent à poursuivre ces pratiques?

Tous les êtres humains viennent dans un pays avec leur culture et leurs pratiques, quelles soient bonnes ou mauvaises. Ils continuent comme leur mère, leur grand-mère...

En ce qui concerne les pratiquants des MSF, il est nécessaire pour le mariage d'une fille de lui enlever son sexe masculin. L'adolescente est bisexuée, il faut lui enlever son sexe masculin qui est le clitoris pour qu'elle puisse devenir une femme. Après l'excision, on offre à la femme des habits (les jeunes filles n'ont que quelque chose pour se cacher le sexe); elle devient alors une femme qui cache son corps donc qui donne envie aux hommes. Aussi on dit que le clitoris qui touche le sexe de l'homme le rendrait impuissant. Le clitoris est aussi un organe maléfique qui rend stérile.

C'est aussi la nature de l'être humain que de vouloir vivre avec des personnes de la même culture, de la même religion. Ainsi, les fillettes sont aussi excisées pour pouvoir se marier avec quelqu'un de leur pays, c'est le rêve de leur maman.

II) Qu'est-ce qui peut faire penser à la sage-femme que la patiente a subi ou risque de faire subir une MSF à ses filles?

Avant, le problème des MSF ne se posait pas. Les gynécologues, surtout les hommes, ne regardaient pas la vulve, n'y pensaient pas.

Ce sont des pratiques qui ont été mises dans la tête des gens depuis longtemps. Donc que la personne soit éduquée ou pas c'est la même chose, quelque soit le niveau socioprofessionnel, tout le monde y passe.

III) La femme ayant subi une MSF en parle-t-elle?

Le sexe est tabou dans la culture judéo-chrétienne. Si les MSF perdurent, c'est parce qu'elles sont taboues. Si la sage-femme parle de sexualité à des personnes qui sont ouvertes (ce sont surtout celles qui ont été à l'école) alors elles vont parler des MSF. Ce sera plus difficile d'aborder ce sujet avec des personnes qui ont du mal à s'exprimer. La grossesse facilite peut être la parole à propos des MSF. Au début de l'association, on sensibilisait les gens en parlant du déroulement de la grossesse entre autres. On montrait, avec des images, le déroulement de la grossesse et de l'accouchement chez une femme non mutilée et chez une femme mutilée.

IV) Si la sage-femme pense que la patiente est à risque de MSF, comment peut-elle aborder le sujet avec elle?

La sage-femme ne doit pas se mettre en donneuse de leçon, et malheureusement ça existe: « Vous êtes mutilée donc vous ne pourrez pas accoucher par voie basse », « Vous êtes mutilée donc on va vous hospitaliser trois semaines avant la date d'accouchement prévue ». Parfois on ne demande pas son avis à la femme, on ne lui explique rien. La sage-femme doit lui parler, lui expliquer les complications que risque d'engendrer la MSF, lui dire qu'elle va l'aider à surmonter cela... Il faut d'abord expliquer les conséquences de la MSF (fistules...) pour dissuader la future maman de mutiler ses petites filles. On parle de la loi après, lorsque la femme peut comprendre pourquoi ces pratiques sont interdites. La sage-femme formée peut en parler, mais ce n'est pas le cas de toutes les sages-femmes.

V) Quelles sont les actions de prévention à mettre en place par la sage-femme en présence d'une femme ayant une MSF à l'entretien du quatrième mois?

Certaines filles ne savent pas qu'elles sont excisées. La génération qui a grandi en Afrique n'est pas traumatisée.

Ce sont les filles qui vivent en France et qui l'apprennent (quand elles en parlent ou se montrent avec leurs copines par exemple) qui sont traumatisées, elles ne comprennent pas pourquoi on leur a fait cela, pourquoi elles sont différentes des autres filles.

Elles peuvent aller voir un psychologue si elles le souhaitent. Il faut aussi savoir que la reconstruction est possible à toute femme majeure qui le désire.

Après l'accouchement, pour la prévention des MSF sur les petites filles, la sage-femme peut orienter la maman vers le GAMS ou la PMI. Elle peut lui dire qu'au GAMS il y aura des femmes africaines qui pourront parler avec elle.

Les filles peuvent être excisées au pays, sans que les parents soient avertis. La MSF est faite dans leur dos, car la communauté trouve normal d'exciser les petites filles: ils n'ont jamais vu une femme avec un pénis.

Depuis les procès, les certificats médicaux sont dissuasifs. On conseille aux parents de faire une cassette audio avec leur famille pour dire que les MSF sont interdites en France et que si la fille revient excisée en France alors son père ira en prison et ne pourra donc plus envoyer de l'argent chaque mois à la famille qui est au pays. C'est surtout le père qui doit faire la cassette car c'est la famille du père qui va décider le mutiler la fille, et dans la langue du pays. Même en présence des parents, c'est la famille qui décide. La cassette pourra être donnée au chef du village quand elle arrivera au pays, ainsi tous pourront se réunir pour l'écouter sous l'arbre à palabre. Alors tous sauront que si les filles sont mutilées, quand elles reviendront en France le père ira en prison et ne pourra plus envoyer d'argent.

La radio RFI est captée en Afrique donc les villages écoutent quand la justice fait des verdicts en France; aussi avec les téléphones portables les gens sont au courant. On connaît la loi française en Afrique, mais comme il faut de tout pour faire un monde: des gens sont à l'écoute et d'autres ne veulent pas changer. Les organismes non gouvernementaux ont aussi un grand rôle dans la prévention des MSF en Afrique, aussi les animatrices, les groupes de théâtre... Je pense que le nécessaire est fait.

VI) Pensez-vous qu'un entretien qui dure environ une heure est trop court pour mettre en place un soutien, une prévention, quant aux MSF? Faudrait-il renouveler cet entretien?

Lorsqu'on commence à parler des MSF, il faut tout dire d'un coup. Il ne faut pas leur dire: "Vous reviendrez une prochaine fois et on parlera de l'excision". Parce que souvent ces femmes sont fatalistes, elles pensent à propos des MSF: "C'est mon destin", "On ne revient pas là-dessus", "Il n'y a rien à y faire"... Elles ne sont pas de nature à se lamenter.

VII) Que pensez-vous de la présence du mari durant une discussion avec la femme à propos des MSF?

En Europe, c'est vrai, on dit que les MSF sont une histoire de femmes. Mais c'est une histoire de femme et d'homme car la sexualité se vit à deux. Au début, c'est mieux d'en parler avec la femme seule car elles sont souvent pudiques et même avec leur mari. Souvent ce sont des populations qui ne sont pas éduquées, elles n'ont pas été à l'école, il y a beaucoup de secrets: les femmes cachent leur corps, elles sont pudiques, l'acte sexuel se pratique toujours dans le noir et souvent sans se déshabiller... Certains hommes n'ont jamais vu le corps de leur femme: la femme est un objet sexuel. L'acte sexuel n'est pas pratiqué pour le plaisir, mais uniquement dans un but de reproduction. La femme qui prend du plaisir est une femme dévergondée, le mot plaisir n'existe pas et il ne faut même pas le prononcer. Si la sage-femme aborde la notion de plaisir devant le mari, il pourra dire à sa femme: « Tu n'iras plus voir cette femme car elle peut te dévergondner ». Il ne faut donc pas non plus parler de reconstruction devant ces hommes. Mais dans les couples modernes, éduqués, souvent le mari pousse sa femme à se faire reconstruire. La sage-femme pourra parler avec le mari en plus dans un deuxième temps.

Entretien avec un médecin de PMI en Seine-Saint-Denis, travaillant à l'abolition des mutilations sexuelles féminines depuis plus de vingt ans (décembre 2007).

I) Quelles sont les raisons qui les poussent à poursuivre ces pratiques?

Les raisons sont diverses, on les trouve dans les livres.

II) Qu'est-ce qui peut faire penser à la sage-femme que la patiente a subi ou risque de faire subir une MSF à ses filles?

Les MSF sont pratiquées dans certains pays, dans d'autres pas. La sage-femme doit connaître le pays d'origine de la femme, cela lui donne une première idée.

Les femmes qui savent qu'elles ont une MSF sont pour la majorité fâchées et ne reproduiront pas ce geste sur leur fille, ou alors elles le revendiquent et son pour. Ce sont celles qui le revendiquent qui sont le plus à risque de mutiler leurs filles.

Certaines femmes ne savent pas qu'elles ont été mutilées, parce qu'elles étaient trop jeunes donc ne se souviennent pas. Ou parce que lorsqu'il y a un traumatisme grave comme les MSF, pour supporter psychologiquement la femme va avoir un « disjonctage cérébral »: elle ne se rappelle plus, c'est tellement terrible que ça abîme les circuits de la mémoire (la mémoire en ce qui concerne l'acte de mutilation, mais aussi pour d'autres choses!). C'est par exemple le cas pour les primo arrivantes fausses qui ont vécu en France jusqu'au CM 2, sont retournées au pays pour y être mutilées et souvent subir un mariage forcé, et qui reviennent en France vers 18 ans. Primo arrivantes fausses car elles ont déjà vécu en France, mais le traumatisme qu'elles ont subi lors du retour au pays les a « décérébré », elle ne se souviennent plus du tout de leur enfance ni de la France. Donc certaines femmes ne savent pas qu'elles ont été mutilées, ou ne savent pas que c'est interdit: ces femmes sont également à risque de mutiler leur filles.

III) La femme ayant subi une MSF en parle-t-elle?

Les femmes ne parlent que ce dont les professionnels leur parlent en ce qui concerne les MSF, mais aussi les violences conjugales. Dans la famille, elles en parlent entre jeunes filles en France parfois; mais sinon c'est plutôt un sujet tabou surtout qu'en France c'est interdit.

IV) Si la sage-femme pense que la patiente est à risque de MSF, comment peut-elle aborder le sujet avec elle?

Il est important de demander à la femme où elle est née. Ensuite la sage-femme peut lui demander comment se passe la relation avec le géniteur: cela permet de savoir s'il y a des violences dans le couple, des dyspareunies...

Ensuite il faut au moins regarder la vulve, même si le toucher vaginal n'est pas fait. Ce n'est pas bien de parler de MSF sans avoir regardé les organes génitaux externes car beaucoup de femmes ne savent pas qu'elles ont été mutilées. Après avoir constaté la MSF il faut leur en parler. Et avant de leur poser des questions, il faut explicitement leur dire quel type de MSF elles présentent, il faut leur envoyer ce que l'on pense: des mots prononcés à des moments donnés par les soignants peuvent donner le déclic à la femme. Il faut en même temps leur parler de comment ça se passe dans leur vie, dans leur sexualité, avec leur compagnon, de la nature de leurs relations sexuelles et de leur relation avec leur mari; car tout cela est lié aux MSF.

V) Quelles sont les actions de prévention à mettre en place par la sage-femme en présence d'une femme ayant une MSF à l'entretien du quatrième mois?

L'entretien du quatrième mois est un excellent moment pour la prévention, il permet à la femme de penser sa relation avec le géniteur et de se rendre compte de la violence dans le couple s'il y en a.

Pour une bonne compréhension de la patiente quant au MSF, il est bien de dessiner devant la femme un périnée normal avec l'insertion du clitoris sur l'os pubien, le clitoris, les petites lèvres, les grandes lèvres, urètre, l'anus... Ensuite avec un stylo d'une autre couleur, on note sur ce schéma ce que la mutilation leur a enlevé. Il faut leur demander ce qu'elles en pensent, comment ça s'est passé, comment elles le ressentent, si elles se souviennent comment c'est arrivé, si elles sont fâchées, si elles feraient cela à leur fille, si elles pensent que les MSF leur ont posé d'autres problèmes, si elles savent qu'il existe une chirurgie réparatrice... Lorsqu'elles se souviennent du geste, il faut parler de cela avec elles, être avec elles dans ce souvenir: on aborde souvent la douleur, les cris, le sang... C'est vraiment important d'avoir ce temps de partage. Celles qui ne se souviennent pas disent qu'elles ont oublié, ou alors elles sont fâchées. D'autres disent qu'on ne peut pas l'éviter.

Ensuite on peut parler de sexualité et d'une éventuelle reconstruction qui n'est pratiquée que sur les femmes majeures. Il faut leur demander comment se passent leurs relations sexuelles, leur dire qu'il leur reste encore un peu de clitoris puisqu'il s'insère en profondeur sur l'os pubien, donc qu'elles peuvent encore parfois avoir un peu de plaisir à ce niveau c'est normal et que l'on peut reconstruire cela. Il est important de ne pas leur laisser penser qu'elles sont amputées définitives. On peut aussi aider ces femmes si elles ont une sécheresse vaginale avec du lubrifiant. Ce sont les femmes mutilées qui n'ont ni plaisir ni douleur qui souffrent le moins lors des rapports sexuels.

Pour expliquer la reconstruction, toujours avec le même schéma, on peut dessiner avec une autre couleur en quoi consiste la reconstruction. Leur dire que la reconstruction peut être effectuée quand elles veulent, si elles veulent et comme elles veulent; et que cela impose un jour d'hospitalisation puis que ça reste douloureux durant trois semaines. Aussi c'est remboursé à cent pour cent par la sécurité sociale. Leur parler de réparation est important, ça leur signifie bien que leur organes génitaux externes ont été abîmés: quand on répare quelque chose c'est que c'est abîmé. La reconstruction est surtout indiquée lorsque la femme trouve sa vulve « moche », ou lorsqu'il y a une dyspareunie; ce n'est pas le cas de toutes les femmes mutilées.

Il faut savoir que certains hommes n'aiment pas lorsque la femme n'a pas mal, ils veulent que le vagin soit petit et qu'il résiste... Là aussi il faut renvoyer à la femme ce que l'on pense, lui dire avec des mots clairs pour qu'elle réagisse, qu'elle se rende compte que ce n'est pas normal: « Alors votre mari, ce qu'il aime, c'est que ça vous fasse mal? ». Les MSF, les rapports forcés, ça existe partout: il faut en parler.

La sage-femme doit avoir des idées pour aider la patiente. Elle doit lui dire qu'elle est là pour l'aider, mais qu'il y a aussi les associations et la PMI. Des dépliants d'information sur les MSF doivent être donnés.

Il faut aussi rappeler à la femme l'interdit des MSF. Lorsqu'elle dit être convaincue de ne pas vouloir que ses filles soient mutilées il ne faut pas insister sur la loi, mais il est important d'écrire sur le carnet de santé et le dossier médical que la femme dit être contre les MSF. Ça l'aidera à comprendre, à ne pas nier s'il y a un procès au tribunal, mais aussi à travailler avec elle à ce propos. Si la femme dit qu'elle ne peut pas éviter les MSF et que ce n'est pas elle qui décide, il faut alors bien lui signaler qu'elle risque de la prison même si c'est pratiqué en Afrique, qu'il y aura un signalement pour le mineur car c'est une véritable destruction de l'intégrité physique et que c'est une solution pour que les parents et la communauté arrêtent de pratiquer les MSF.

Il faut aider la femme à s'intégrer, à comprendre; pour cela il faut parler avec elle et ne pas hésiter à avoir recours à un interprète.

VI) Pensez-vous qu'un entretien qui dure environ une heure est trop court pour mettre en place un soutien, une prévention, quant aux MSF? Faudrait-il renouveler cet entretien?

Le temps n'a pas de sens, on peut aller vite si on pense avec les gens. Mais surtout pour les choses douloureuses, c'est mieux de revoir la patiente que d'insister en y passant trop de temps. Il faut renouveler cet entretien si besoin. L'entretien du quatrième mois est bien, mais toutes les consultations doivent s'intéresser à l'humain.

VII) Que pensez-vous de la présence du mari durant une discussion avec la femme à propos des MSF?

Il est important d'avoir un premier temps avec la patiente seule. Si le mari est là, il est impossible de parler de la violence conjugale et la femme pourra avoir des difficultés à exprimer ses anxiétés, la dyspareunie... Il est aussi important que le mari ne traduise pas pour la femme, il faut un interprète extérieur lorsqu'il y a une barrière de la langue.

Après ce premier temps avec la femme seule, il faut lui demander ce qu'elle souhaite qu'on dise à son compagnon. Alors un second temps avec le couple peut être envisagé.

Entretien avec une sage-femme, ayant rédigé son mémoire de fin d'études sur «la sage-femme dans la prévention des mutilations génitales féminines » (janvier 2008).

I) Quelles sont les raisons qui les poussent à poursuivre ces pratiques?

En France, c'est principalement la pression de la famille restée dans le pays d'origine. Il arrive bien plus souvent qu'on ne le pense que la famille restée dans le pays d'origine mutile la fillette lors d'un retour pour les vacances sans que les parents ne soient concertés, voire contre leur gré. La seconde raison est l'identité culturelle, le fait de ne pas oser dire non à des pratiques qui se sont toujours faites dans son ethnie.

II) Qu'est-ce qui peut faire penser à la sage-femme que la patiente a subi ou risque de faire subir une MSF à ses filles?

C'est simplement l'examen des organes génitaux externes qui fait penser à la sage-femme que la patiente a subi une MGF. Le pays d'origine peut mettre la puce à l'oreille mais tout dépend de la situation (si la femme est née en France ou au Mali c'est différent...). Mais il ne faut surtout jamais généraliser car il n'y a jamais 100% de femmes mutilées; c'est une faute de supposer qu'une femme est mutilée sous prétexte qu'elle est malienne par exemple.

Quant à sa fille, le risque est présent lorsque la femme minimise les mutilations, leurs conséquences; voire qu'elle sous-entend qu'elle ne pourra pas « empêcher ça »! Mais le risque pour les enfants existe aussi, même lorsque la femme refuse de mutiler ses filles, à partir du moment où elle rentre dans le pays d'origine et que la famille perpétue ces pratiques.

C'est pourquoi il faut toujours informer ces femmes de ce risque et leur expliquer l'intérêt de faire établir un certificat de non excision et de contacter le GAMS avant le départ...

III) La femme ayant subi une MSF en parle-t-elle?

Non jamais, et certainement pas avec son mari, sa famille... ni avec les soignants!

Elle n'en parlera jamais d'elle même, mais par contre elles en parlent en général facilement à partir du moment où on aborde le sujet et que l'on montre qu'on est ouvert à la discussion.

Ce n'est pas la grossesse, mais le suivi régulier avec la même personne pendant neuf mois qui facilite la conversation: la femme en parlera plus facilement si elle sait qu'elle reverra la sage-femme et qu'elle pourra en reparler.

IV) Si la sage-femme pense que la patiente est à risque de MSF, comment peut-elle aborder le sujet avec elle?

Après l'examen, après avoir constaté la MSF, on peut aborder le sujet simplement en disant: « J'ai constaté que vous étiez excisée », aussi demander à la femme si elle souffre de complications (en les citant pour qu'elle fasse le lien entre les complications dont elle est susceptible de souffrir et la mutilation subie), à quel âge elle a été mutilée...

Les erreurs à ne pas faire sont de dire au moment de l'examen à la femme qu'elle est mutilée; il faut aussi éviter dans la mesure du possible de prétendre que la femme est mutilée par simple origine (sauf si cette dernière n'est pas examinée et qu'on ne la reverra pas pour un examen...), il ne faut pas avoir l'air choquée ou attristée et enfin éviter les termes choquants tels que « mutilation ».

V) Quelles sont les actions de prévention à mettre en place par la sage-femme en présence d'une femme ayant une MSF à l'entretien du quatrième mois?

Il faut l'informer des complications et surtout lui expliquer les raisons médicales justifiant pourquoi il faut cesser ces pratiques. Aussi il faut réfuter les arguments que la femme pourrait avancer tels que la religion par exemple.

Dans le cas où la femme exprime le refus de mutiler ses enfants, lui expliquer les démarches à suivre pour les protéger lors des retours au pays et lui donner les coordonnées des associations afin qu'elle puisse continuer à parler de ce qu'elle a vécu.

Dans le cas où elle est vague dans ses opinions, voire si elle est pour la mutilation de ses enfants; il faut rappeler l'interdiction de ces pratiques en France et dans le pays d'origine. Il faut insister afin de tenter de faire comprendre à la femme pourquoi c'est dangereux, et si possible faire intervenir les associations. Enfin il faut effectuer un signalement afin que l'enfant soit suivi et protégé.

VI) Pensez-vous qu'un entretien qui dure environ une heure est trop court pour mettre en place un soutien, une prévention, quant aux MSF? Faudrait-il renouveler cet entretien?

Non, cela laisse largement le temps d'aborder le sujet parmi plein d'autres. Par contre il ne faut pas que ce soit l'unique occasion pour la femme d'en parler: il faut laisser la porte ouverte à la discussion car mettre le doigt sur une blessure qu'on risque de rouvrir ne doit pas être sans suite...

VII) Que pensez-vous de la présence du mari durant une discussion avec la femme à propos des MSF?

Tout dépend du type de couple... S'il s'agit d'un couple « moderne » où semble régner une complicité et dans lequel la femme n'est pas en position soumise, la présence du mari est un avantage car il est lui aussi sensibilisé et prendra très souvent position

contre les MGF. Au contraire, si la femme semble soumise, passive, et que la présence de l'homme semble un frein à la discussion (mari qui répond à la place de sa femme par exemple); il est préférable de lui demander de sortir pour l'examen. Il sera alors possible de parler avec la femme, lui poser des questions afin de savoir quelle est la position de son mari et s'il est possible d'en parler avec lui. De toute façon, il faut que le mari fasse partie de la prévention, car celle-ci ne peut être efficace s'il n'est pas lui aussi convaincu du fait qu'il faille protéger ses filles.

ANNEXE 20: BROCHURES D'INFORMATION SUR LES MSF

Brochure 1:

COMMISSION POUR L'ABOLITION
DES MUTILATIONS SEXUELLES
Section Française



Association déclarée selon la loi du 1er Juillet 1901

Bureau : 6, place St Germain-des Prés 75006 PARIS
Tél : 45 49 04 00 Fax : 45 49 16 71

NOUS COMBATTONS L'EXCISION

Qu'est-ce que l'excision ?

■ C'est une pratique essentiellement africaine qui consiste à trancher le clitoris et les petites lèvres du sexe féminin.

Il ne faut pas la confondre avec la circoncision car la pratique équivalente sur le sexe masculin conduirait à sectionner le pénis au lieu de seulement retirer la peau qui recouvre le gland.

Qui pratique l'excision en France ?

■ Surtout les Africains originaires du Mali, du Sénégal, de Gambie et de Mauritanie.

Plus importante que la nationalité est l'appartenance à une ethnie pratiquant l'excision.

La très grande majorité des Maliens immigrés en France appartiennent à des ethnies pratiquant l'excision et parfois l'infibulation. Ce sont des Soninkés, des Bambaras, des Peuls, des Sénoufos etc., tandis que les Sénégalais Wolofs n'excisent pas.

L'infibulation est une forme aggravée de l'excision puisqu'après avoir coupé le clitoris et les lèvres, la matrone rapproche les moignons pour qu'ils cicatrisent et ferment l'accès au vagin à l'exception d'un trou minuscule pour les urines et les règles.

Sur qui pratique-t-on l'excision ?

■ Les victimes de cette mutilation sont le plus souvent des bébés, âgés de quelques semaines ou de quelques mois et même parfois des enfants de 3 ou 4 ans.

A cet âge il ne s'agit pas d'un rituel initiatique permettant d'accéder au statut de femme.

Comment l'excision est-elle pratiquée ?

■ Les excisions sont faites le plus souvent par des natrones traditionnellement habilitées, appartenant à la caste des forgeronnes, qui se font rémunérer.

L'exciseuse choisie par les parents opère soit chez elle, soit au domicile des parents, soit dans les foyers de ravailleurs.

NOUS COMBATTONS L'EXCISION

En général, l'enfant est placée sur les genoux de sa mère qui maintient fermement écartées les jambes du bébé et l'exciseuse tranche à vif le sexe avec soit une lame de rasoir, soit un couteau spécial à lame souple, soit même une paire de ciseaux.

Quelles sont les conséquences de l'excision ?

■ Bien sûr, une douleur atroce pouvant provoquer un choc avec arrêt cardiaque, une hémorragie massive parfois stoppée par des crèmes hémostatiques et des saignements continus pouvant entraîner la mort.

D'autres enfants ont pu être soignées et sauvées mais l'excision comporte toujours des conséquences telles que : anémie, douleurs locales, difficultés à uriner, infections, risque de stérilité, absence de plaisir sexuel lié à la fonction clitoridienne, complications à l'accouchement, et des problèmes d'ordre psychologique.

Imagine-t-on qu'un petit garçon à qui on aurait tranché le pénis pourrait vivre épanoui et sans conserver de séquelles sur le plan physique ou psychologique ?



Alors pourquoi les excisions ?

■ Les parents souvent se réfèrent à leur religion, en l'occurrence l'Islam, bien que le Coran ne fasse nulle mention de l'excision. Ils disent que la fille doit être "propre" pour pouvoir se marier; les hommes expliquent volontiers qu'ainsi les filles restent "sages", qu'elles ont moins de désirs, ce qui serait un gage de fidélité, et permet au père de percevoir une dot du futur époux.

NOUS COMBATTONS L'EXCISION

Pourquoi y-a-t-il des procès ?

Notre loi punit sévèrement ceux qui sont responsables de sévices infligés à des enfants (Article 312-3 du Code pénal actuel et article 222/10 du nouveau Code pénal).

Les faits relèvent de la Cour d'Assises lorsqu'ils ont eu pour conséquence une mutilation ou ont entraîné la mort : il s'agit alors d'un crime commis sur l'enfant.

Les parents qui font exciser leurs fillettes sont jugés pour complicité car ce sont eux qui décident de l'excision, qui recherchent une exciseuse et la paient.

Lorsque l'exciseuse est retrouvée, mais c'est rare car les parents refusent de donner son identité, elle aussi est jugée en Cour d'Assises comme auteur principal puisque c'est elle qui tient la lame.

Que signifie la constitution de partie civile de la CAMS, c'est-à-dire sa participation au procès ?

Dans un procès pénal, la victime demande réparation en se constituant partie civile.

Dans les affaires d'excision, les victimes étant de tous jeunes enfants, ils sont légalement représentés par leurs parents, qui sont ,en l'occurrence, accusés de les avoir fait mutiler.

C'est pourquoi la loi autorise, sous certaines conditions, des associations à intervenir pour prendre la parole au nom des victimes, aux côtés du représentant du Ministère Public qui a la charge de requérir une peine.

La CAMS intervient au procès pour protester contre la violence qui est faite à des enfants, incapables de se défendre, au nom d'une coutume étrangère illégale en France.

Elle demande que l'intégrité des enfants soit respectée par tous, y compris et surtout par les parents.

NOUS COMBATTONS L'EXCISION

Est-ce normal que des parents africains qui invoquent le respect de leur coutume soient jugés par nos tribunaux ?

La loi s'applique à toute personne se trouvant sur le territoire national. Elle protège ainsi tous les enfants quelle que soit leur origine, et permet de poursuivre tous ceux qui leur portent atteinte.

Quels sont les arguments des parents exciseurs ?

Conduits devant le juge d'instruction, ils disent qu'étant illettrés, ils ne connaissent pas la loi française.

Mais depuis la mort de la petite Bobo TRAORÉ en juillet 1982, une information officielle a été donnée et diffusée par le canal des associations africaines. La presse et la TV se sont fait l'écho des "affaires d'excision", largement commentées dans les foyers de travailleurs.

Le bouche-à-oreille est le meilleur garant de diffusion de l'information.

L'interdit est connu : sinon, pourquoi les parents se cacheraient-ils pour exciser leurs filles, et taieraient-ils si obstinément l'identité de l'exciseuse ?

Ensuite, ils disent qu'ils n'ont pas voulu de mal à leur enfant mais au contraire qu'ils ont "agi pour son bien". L'excision serait un acte d'amour parental alors même qu'il s'exprime par un couteau, le sang et la souffrance de l'enfant...

Lorsque les parents se justifient en disant qu'ils ont fait pratiquer l'excision par respect de leur tradition, pour que l'enfant se trouve ainsi intégrée à leur société d'origine, ils fournissent une explication; celle-ci ne saurait atténuer le fait que l'enfant a été mutilée, en sachant que l'excision est interdite en France.

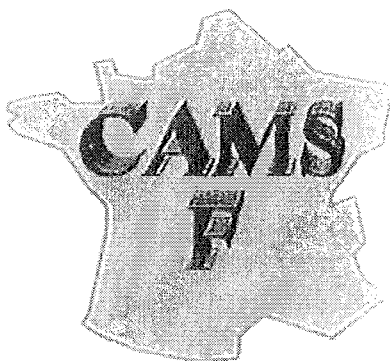
POURQUOI NOUS DEVONS REFUSER ET PUNIR L'EXCISION ?

■ Refuser de sanctionner les parents voudrait dire qu'en France on introduit une discrimination entre les enfants selon leur origine : on accepterait pour les petites Africaines une torture jugée intolérable pour les autres enfants.

■ Prétendre que l'on accepte la coutume des autres, c'est non seulement méconnaître qu'en Afrique même cette tradition est combattue, mais c'est surtout laisser en marge de notre société des enfants nées en France et qui, dans leur majorité, grandiront ici.

■ Quelle explication donnerez-vous à ces enfants devenues jeunes filles lorsqu'elles se rendront compte de leur mutilation et constateront que la société française ne les a pas protégées ?

■ Si la coutume voulait que l'oreille droite des petites filles soit coupée, songeriez-vous un seul instant à l'accepter en fonction de l'origine des parents ?



Brochure 2:

les DROITS HUMAINS
s'accordent
aussi
AU FÉMININ

Amnesty International



AMNESTY INTERNATIONAL LUTTE CONTRE LES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES

■ 130 millions de femmes et de fillettes
ont subi des mutilations génitales féminines.

■ 2 millions de femmes et de fillettes
subissent ou risquent de subir, chaque
année, des mutilations génitales féminines.

*Avec Amnesty International,
dites NON
aux mutilations génitales féminines !*

Amnesty International

Amnesty International, Section française
76, Boulevard de la Villette 75940 Paris Cedex 19
tél : 01.53.38.65.65 : www.amnesty.asso.fr

■ Où

Afrique, Péninsule arabique, Asie, Europe, Amériques,
partout des fillettes et des femmes subissent ces pratiques
néfastes.

■ Types de mutilation

Clitoridectomie : ablation partielle ou totale du
clitoris.

Excision : clitoridectomie avec ablation partielle
ou totale des petites lèvres.

Infibulation : excision accompagnée de la suture
partielle des grandes lèvres pour garder un petit orifice
pour l'écoulement de l'urine et des règles.

■ Instruments utilisés

Couteaux, lames, rasoirs et ciseaux.

■ Raisons invoquées

Virginité, fidélité, religion, tradition, esthétique.

■ Conséquences

Hémorragie mortelle, septicémie, stérilité, fistules,
kystes, infections sexuelles (contamination VIH-SIDA),
douleurs lors des règles, douleurs lors des rapports
sexuels.

les DROITS HUMAINS
s'accordent
aussi
AU FÉMININ

Amnesty International



SF05CA016

FÉVRIER 2005

Pour Amnesty International, la lutte contre les mutilations génitales féminines (MGF) et la défense des droits humains sont liées.

Amnesty International interpelle les États sur leur obligation de respecter et de faire respecter les droits fondamentaux de l'être humain, comme le droit à l'intégrité physique et mentale, le droit de ne pas être l'objet de discrimination en fonction de son sexe, et le droit à la santé.

Les gouvernements qui ne prennent aucune mesure pour combattre la pratique des MGF bafouent ces droits.

Au regard du droit international, les États doivent empêcher les violences infligées aux femmes, enquêter sur ces actes et les punir.

La loi française

La loi condamne et sanctionne toute mutilation sexuelle féminine et s'applique à toute personne vivant sur le territoire.

art.222-9 du Code pénal : une violence ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente est punie de 10 ans d'emprisonnement et de 150000 euros d'amende.

art.222-10 du Code pénal : si la mutilation est commise sur un mineur de moins de 15 ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur, la peine encourue est de 20 ans d'emprisonnement ferme.

La loi française s'applique à l'étranger si la victime est de nationalité française.

En 1993, la Conférence mondiale sur les droits de l'Homme qui s'est tenue à Vienne, sous l'égide des Nations unies, a constitué un tournant historique en demandant l'élimination de toutes les formes de violence contre les femmes.

En 2003, le Protocole à la Charte africaine, relatif aux droits des femmes, adopté par tous les pays de l'Union africaine, interdit toutes les pratiques traditionnelles néfastes dont les MGF.

" Si [les comportements humains et] les pratiques culturelles peuvent paraître insensées ou destructrices de l'extérieur, elles ont une signification et une fonction particulières pour ceux qui les respectent. Cela dit, la culture n'est pas figée, elle doit faire perpétuellement l'objet d'adaptations et de réformes. Les populations modifieront leurs comportements lorsqu'elles comprendront que ces pratiques sont dangereuses et avilissantes et admettront qu'il est possible de renoncer à des pratiques néfastes sans abandonner des aspects importants de leur culture. "

Déclaration commune OMS/UNICEF/FNUAP*, février 1996.

* Fonds des Nations Unies pour la Population.

Les mutilations génitales féminines (MGF), même dans leur forme minimale, ne doivent être pratiquées sous aucun prétexte, ni culturel, ni religieux car il s'agit d'un acte irréversible, cruel, inhumain et dégradant.

Le 6 février 2005, à l'occasion de la Journée internationale contre les mutilations génitales féminines, l'UNICEF a exhorté les États à intervenir rapidement pour empêcher ces pratiques néfastes et discriminatoires, ajoutant que leur élimination est « un élément indispensable à [...] l'amélioration de la santé maternelle et l'égalité entre les sexes. »

Amnesty International rappelle que les MGF portent atteinte à l'intégrité physique et mentale des fillettes et des femmes. Il faut les combattre dans le cadre d'une stratégie d'ensemble de lutte contre les violences faites aux femmes.

Amnesty International considère que la lutte contre les MGF fait partie du combat contre les pratiques discriminatoires.

Réparation du clitoris

Le clitoris se prolonge sur plus de 10 cm le long de l'os pubien. Lors de l'excision, les exciseuses sectionnent la partie apparente du clitoris (gland clitoridien). L'opération de réparation consiste à remettre à jour la partie enfouie, à libérer les ligaments qui la retiennent au pubis et à la remettre à sa place pour former un nouveau gland. Au bout de quelques mois, les nerfs sont à nouveau sensibles. Réalisable sous anesthésie locale, l'opération qui dure 45 minutes, est pratiquée sous anesthésie générale afin d'éviter que les patientes ne revivent un nouveau traumatisme.

En France, l'opération est, depuis peu, prise en charge par la sécurité sociale.



Infos pratique :

ALLO Enfance Maltraîtée

tél : 119 (gratuit et anonyme, 24h/24) ; www.allo119.gouv.fr

Fil Santé Jeunes (gratuit et anonyme) 0 800 235 236 ; www.filsantejeunes.com

www.tasante.com

Mouvement français pour le Planning Familial (MFPF)
tél : 01 48 07 29 10 ; www.planning-familial.org

Service de l'Aide Sociale à l'Enfance de votre département (ASE)

Service de Protection Maternelle et Infantile de votre département (PMI)

Groupe de Femmes pour l'Abolition des Mutilations sexuelles féminines (GAMS)
tél : 01 43 48 10 87 ; association.gams@wanadoo.fr

Commission pour l'Abolition des Mutilations sexuelles féminines (CAMS)
tél : 01 45 49 04 00 ; www.cams-fgm.org

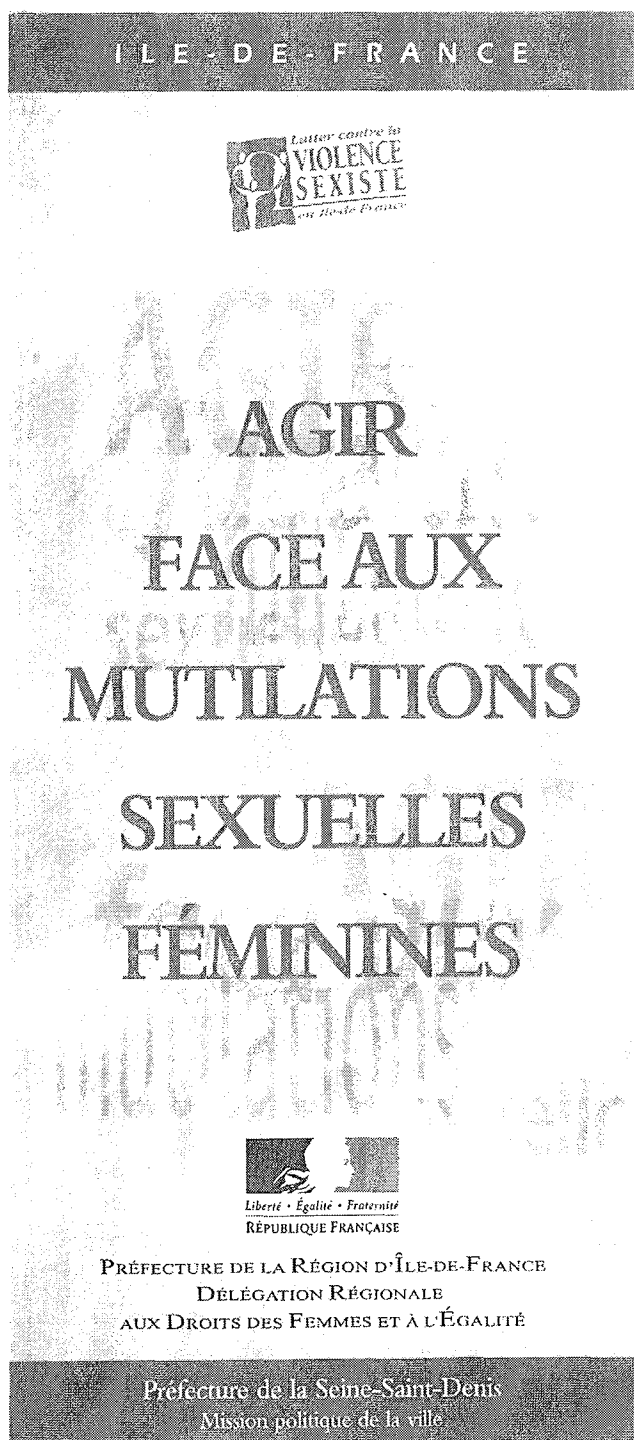
Amnesty International, Section française
Commission Femmes : comfemmes@amnesty.asso.fr
www.amnesty.asso.fr, rubrique Campagne Femmes

Réparation du clitoris

Clinique Louis XIV, 4 place Louis XIV
78100 Saint Germain-en Laye . tél : 01 39 10 26 26
RER A, arrêt Saint-Germain-en Laye, Bus 5 ou 24 arrêt Vauban

Avec Amnesty International,
dites **NON**
aux mutilations génitales féminines !

Amnesty  international



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'ethnies vivant en Afrique de l'Ouest. On peut la comparer à la section du pénis chez le garçon.

L'INFIBULATION

L'excision du clitoris et des petites lèvres est complétée par la section des grandes lèvres dont les deux moignons sont rapprochés bord à bord de telle façon qu'il ne persiste qu'une minuscule ouverture pour l'écoulement des urines et des règles. La vulve a disparu et une cicatrice très dure la remplace qu'il faudra couper au moment du mariage et de la naissance d'un enfant. L'infibulation est surtout pratiquée en Afrique de l'Est.

Un type particulier d'infibulation peut être observé en Afrique de l'Ouest : les grandes lèvres sont laissées intactes mais les petites lèvres sectionnées sont rapprochées l'une de l'autre pour fermer presque complètement le vagin.

Quelles sont les raisons 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 et elles peuvent au contraire rendre stérile. L'accouchement peut être plus difficile et 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. Leur origine relève de coutumes pré-existantes aux religions. Le Coran n'en parle pas.

■ **ON DIT** qu'il faut assurer la pureté et la virginité d'une fille ainsi que la fidélité d'une épouse.

■ **EN RÉALITÉ** : la conduite d'un être humain relève de ses qualités d'esprit et de cœur et non pas d'une blessure.

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

■ **EN RÉALITÉ** : il existe des coutumes et des traditions bénéfiques pour la santé (par exemple l'allaitement maternel ou le port des nourrissons sur le dos). Il en existe d'autres qui sont très dangereuses comme les mutilations sexuelles féminines.

LES TRADITIONS OU COUTUMES QUI CONTRIBUENT À L'ÉPANOUISSEMENT DOIVENT ÊTRE ENCOURAGÉES
CELLES QUI ATTENTENT À LA VIE ET À L'INTÉGRITÉ D'UN ÊTRE HUMAIN DOIVENT DISPARAÎTRE.

En France la loi interdit les mutilations sexuelles féminines.

Des pères, des mères, des exciseuses
ont été condamnés à de la prison.

AGISSONS POUR PROTÉGER LES PETITES FILLES MENACÉES D'EXCISION ET AUTRES PRATIQUES DE MUTILATION SEXUELLE

Vous vous trouvez face au risque d'une excision ou d'une autre mutilation sexuelle qu'il s'agisse :

de vous-même
de votre voisine
de votre fille
de votre élève
de votre sœur
de votre patiente
de votre cousine
d'une amie...

VOUS POUVEZ AGIR POUR PRÉVENIR CETTE VIOLENCE

Quand il s'agit d'un risque, d'une menace, d'une probabilité liée à l'origine de la famille

Dans un premier temps

CHERCHER DE L'AIDE ET DU SOUTIEN auprès des personnes qui agissent pour prévenir les mutilations sexuelles en Afrique et en France (voir adresses au dos)

■ Elles pourront vous aider à convaincre les familles qui croient encore à la nécessité de ces pratiques. Elles peuvent aussi vous aider dans d'autres circonstances comme les mariages forcés.

■ Elles rencontreront la famille concernée et lui expliqueront le danger de ces pratiques pour la fillette et le risque de sanction pénale pour ses deux parents et l'exciseuse.

Si la démarche de persuasion ne suffit pas

AYEZ RECOURS À LA LOI

■ elle interdit et sanctionne les mutilations sexuelles

■ elle protège les enfants

■ elle soutient les pères et les mères qui refusent d'infliger cette blessure à leurs fillettes et s'opposent à la perpétuation d'une coutume néfaste.

QUE FAIRE SI ON REDOUTE QU'UNE FILLETTE SOIT PROCHAINEMENT MUTILÉE ?

Toute personne, médecin ou simple citoyen, qui a connaissance d'un tel risque est contrainte de signaler que cette fillette est en danger. Pour cela appeler soit :

- le procureur de la République au tribunal de grande instance
- le service départemental d'aide à l'enfance

Dans ce cas le secret professionnel est levé pour les personnels qui y sont par ailleurs soumis.

QUE FAIRE SI ON SAIT QU'UNE FILLETTE DOIT ÊTRE EMMENÉE EN AFRIQUE OÙ ELLE RISQUE D'ÊTRE MUTILÉE ?

Fillettes ou adolescentes peuvent d'ailleurs à cette occasion être données en mariage contre leur gré.

Dans un premier temps

CHERCHER DE L'AIDE ET DU SOUTIEN auprès des personnes qui luttent pour prévenir les mutilations sexuelles (voir adresses au dos)

■ Elles tenteront de dissuader les parents d'accomplir ce projet. Les animatrices du GAMS (Groupe femmes pour l'abolition des mutilations sexuelles) travaillent en relation avec les Comités de lutte agissant dans les pays africains.

■ Elles mettront les parents en contact avec des organismes qui, au pays d'origine, aideront à faire respecter leur décision de ne pas mutiler leur fille.

■ Si la fillette part sans son père, ce dernier peut mettre en garde la famille au village par un message écrit, ou oral sur une cassette audio-phonique.

Si la démarche de persuasion ne suffisait pas

AYEZ RECOURS À LA LOI

Faites appel soit :

■ au tribunal du parquet des mineurs

■ au service départemental de l'Aide sociale à l'enfance (ASE)

Ces instances saisiront le juge des enfants, celui-ci est compétent dès lors que la santé et la sécurité du mineur sont en danger.

(Article 375 du Code Civil).

Ce juge convoquera les parents et leur expliquera que l'excision comme toute autre mutilation, est un crime passible de la cour d'assises.

Si la fillette doit être envoyée à l'étranger pour subir la mutilation, pour la protéger le juge peut interdire sa sortie du territoire. Le recours au juge des enfants peut être précieux dans ce cas.

QUE FAIRE SI ON CONSTATE UNE EXCISION OU TOUTE AUTRE MUTILATION SEXUELLE ?

Il n'y a pas d'alternative : médecins et autres professionnels, comme tout citoyen, sont contraints par la loi à signaler qu'une mutilation a été pratiquée. Le silence serait incitatif et nuirait à la sécurité et à la protection d'autres fillettes de la même famille ou du même groupe social.

La loi protège tous les enfants résidant en France quel que soit le pays d'origine de leurs parents.

Que dit la loi ?

La loi condamne et 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.

"Les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente sont punies de dix ans d'emprisonnement et de 1 000 000 F d'amende" Article 222-9 du Code pénal.

"L'infraction définie à l'article 222-9 est punie de quinze ans de réclusion criminelle lorsqu'elle est commise sur un mineur de quinze ans" Article 222-10 du Code pénal.

Quand il constate une excision ou une autre forme de mutilation, le professionnel est tenu de le 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 40 du Code de procédure pénale.

Le secret professionnel est levé pour :

"Celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou privations dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur de quinze ans." Article 226-14 du Code pénal.

La loi française s'applique à l'étranger si la victime est de nationalité française :

"La loi pénale française est applicable à tout crime (...) commis par un français ou un étranger hors du territoire de la République lorsque la victime est de nationalité française au moment de l'infraction." Article 113-7 du Code pénal.

Le délit de non-assistance à personne en danger s'applique à toute personne, professionnel ou simple citoyen, qui ne signale pas le danger qu'encourt une fillette menacée de mutilation sexuelle, que celle-ci soit prévue en France ou à l'étranger.

Articles 226-14 et 223-6 du Code pénal.

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

Qui contacter ?

EN FRANCE

**Permanences téléphoniques nationales
ALLÔ ENFANCE MALTRAITÉE 119
Numéro d'urgence gratuit 24h/24
FIL SANTÉ JEUNES 0 800 235 236**

Institutions de protection de l'enfance

Services départementaux de l'Aide sociale à l'enfance (ASE)

Paris :	01 53 46 85 69	Essonne :	01 60 91 91 91	Val de Marne :	01 43 99 78 00
Seine-et-Marne :	01 64 14 77 21	Hauts-de-Seine :	0 800 00 92 92	Val d'Oise :	01 30 30 31 31
Yvelines :	01 39 07 74 23	Seine-St-Denis :	01 43 93 93 93		

Tribunal des mineurs

Paris :	01 44 32 64 65	Yvelines :	01 39 07 39 07	Seine-St-Denis :	01 48 95 13 93
Seine-et-Marne :	01 60 09 75 97	Essonne :	01 60 76 76 00	Val de Marne :	01 49 81 18 70
	01 69 09 76 02	Hauts-de-Seine :	01 40 97 13 18	Val d'Oise :	01 30 30 31 31

Services départementaux de protection maternelle et infantile (PMI)

Paris :	01 42 71 32 72	Essonne :	01 60 91 91 91	Val de Marne :	01 43 99 78 00
Seine-et-Marne :	01 64 14 77 04	Hauts-de-Seine :	01 47 29 30 31	Val d'Oise :	01 34 25 35 64
Yvelines :	01 39 07 74 16	Seine-St-Denis :	01 43 93 81 09		

ASSOCIATIONS LUTTANT CONTRE LES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES

Groupe femmes pour l'abolition des mutilations sexuelles (GAMS)
66, rue des Grands Champs 75020 PARIS Tél : 01 43 48 10 87 Fax : 01 42 09 52 99
Le GAMS est la section française du Comité Inter-Africain. L'association regroupe des femmes africaines et françaises. Le GAMS privilégie l'information des familles et des professionnels de santé, travailleurs sociaux et enseignants. Le GAMS propose des journées de formation.

Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles (CAMS)
6, place St-Germain des Prés 75006 PARIS Tél : 01 45 49 04 00 Fax : 01 45 49 16 71
L'association créée en 1982 par une Sénégalaise Awa Thiam auteure de "La parole aux négresses" axe son action sur l'aspect juridique des mutilations sexuelles féminines. L'association se porte partie civile dans les procès de mutilation sexuelle.

Mouvement français pour le planning familial (MFPF)
Mouvement féministe d'éducation populaire, le MFPF accueille et informe le public, notamment les femmes et les jeunes sur les questions de sexualité. Il est agréé comme organisme formateur des personnels concernés par ces thèmes. Il lutte aux niveaux mondial, européen et national pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines.

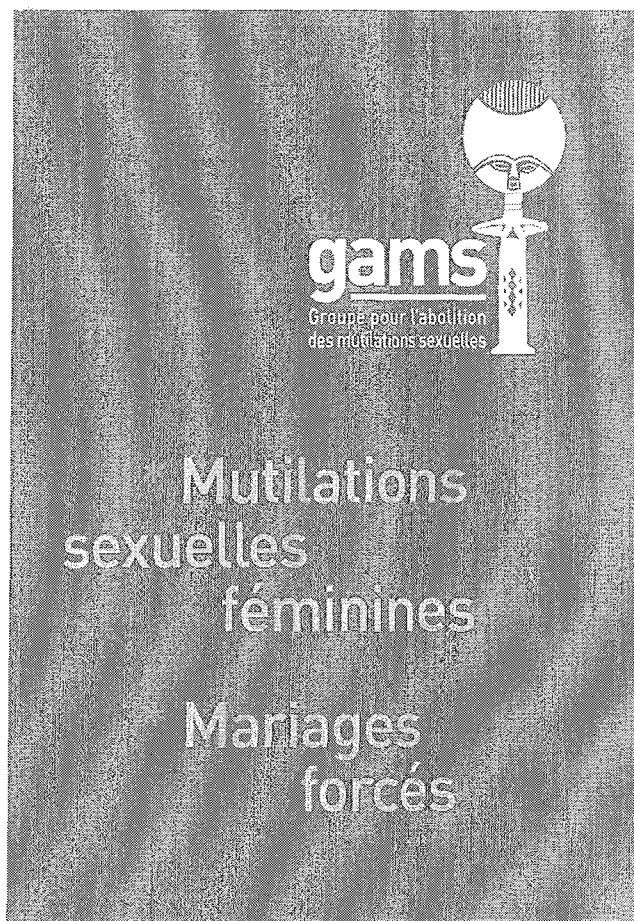
Paris :	01 42 60 93 20	Hauts-de-Seine :	01 47 98 44 11
Val de Marne :	01 43 76 65 87	Essonne :	01 64 54 05 99
Seine-St-Denis :	01 43 83 63 88	Val d'Oise :	01 30 38 23 94

**Pour les professionnels qui souhaitent faire appel à des interprètes médiateurs
INTER SERVICE MIGRANTS**
12, rue Guy de la Brosse 75005 - Paris 01 45 35 57 57

En Afrique : Comité Inter-Africain de lutte contre les pratiques ayant effet sur la santé des femmes et des enfants.

Documents disponibles gratuitement en Ile-de-France :

* auprès des chargées de mission départementales aux Droits des Femmes - Préfecture des départements * à la Délégation Régionale aux Droits des Femmes et à l'Égalité - Préfecture d'Ile-de-France - 29, rue Barbet de Jouy - 75007 PARIS - Tél : 01 44 42 62 20



- Prévention
- Sensibilisation
- Soutien
- Accompagnement

Le combat s'organise

La prévention et le soutien de la loi

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

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

pourra être poursuivi en France si la victime est de nationalité française ou si elle réside habituellement en France.

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

► En France, les femmes ayant subi une mutilation sexuelle peuvent porter plainte jusqu'à 20 ans après leur majorité (38 ans).

Des lois contre l'excision

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

► Des lois les interdisent aujourd'hui en Afrique (18 pays sur 28). En Europe, de nombreux pays ont pris des dispositions pour les interdire.

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

► Depuis la loi du 4 avril 2006, la Protection de l'Enfance s'applique quel que soit le pays où la mutilation a été pratiquée et sans condition de nationalité française : l'auteur

La protection contre les mariages forcés

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

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

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

Des atteintes à l'intégrité des femmes

► Les mutilations sexuelles féminines

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

Ces mutilations, qui ne relèvent pas du religieux et visent à placer sous contrôle la sexualité féminine, sont pratiquées :

- dans de nombreux pays du continent africain,
 - dans certains pays d'Asie et du Moyen-Orient,
 - dans tous les pays d'immigration, notamment en Europe.
- En France, de nombreuses femmes en ont été victimes. Des fillettes et adolescentes sont actuellement encore menacées de l'être.

Pratiquées sur des nourrissons de quelques jours, des enfants en bas âge, jusqu'à l'adolescence, voire jusqu'à l'âge adulte, elles peuvent prendre plusieurs formes :

→ L'excision

C'est l'ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres de la vulve. Elle peut aboutir à une infibulation partielle due à la coalescence des petites lèvres.

→ L'infibulation

Excision complétée par l'ablation des grandes lèvres dont les moignons sont ensuite suturés bord à bord. L'ouverture de la vulve se réduit ainsi à un minuscule orifice pour l'écoulement des urines et des règles.

La vulve laisse place à une cicatrice très dure qui devra être incisée au moment du mariage ou de l'accouchement.

La « réparation » clitoridienne est aujourd'hui possible.

► Le mariage forcé

Le mariage forcé est une union coutumière, religieuse et/ou civile conclue sans tenir compte des aspirations, des souhaits, du consentement de chacun des membres du couple. Les jeunes filles ou les femmes qui le subissent y sont contraintes par des pressions morales, affectives, matérielles et/ou par des violences physiques.

Il relève de traditions présentes dans toutes les cultures à différentes périodes de leur histoire. Honneur et réputation sont souvent invoqués pour les justifier.

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

Ces traditions témoignent de la volonté d'assigner les jeunes filles et les femmes à un statut qui s'inscrit dans la tradition familiale.

Elles persistent aujourd'hui dans des familles vivant en France ; de nombreuses adolescentes, jeunes femmes et femmes en sont menacées ou victimes.

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

Témoignage de Khadou, Éthiopienne, *Le Pacte d'Awa*, Syrus, en partenariat avec le GAMS (2006).

Conséquences

physiques et médicales

- Les conséquences directes sur la sexualité, la santé de la reproduction des femmes et des fillettes qui en sont victimes peuvent être très graves :
- risques de mort immédiate par hémorragie, par choc lié à la douleur (arrêt cardiaque) ;
- infections locales ou généralisées (septicémie, tétanos, infections

uro-génitales...) pouvant entraîner la stérilité ou provoquer la mort

- rapports sexuels douloureux
- douleurs suraiguës
- accouchement difficile, parfois fatal pour la mère et/ou l'enfant
- fistules recto-vaginales ou vesico-vaginales
- traumatismes psychiques, anxiété, angoisse, dépression pouvant conduire au suicide.

→ Conséquences

Le mariage forcé constitue une grave atteinte aux droits humains fondamentaux et à l'intégrité morale et physique des femmes.

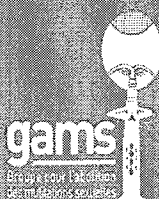
Ce type d'union a des conséquences très graves pour les personnes qui en sont victimes :

- viols
- menaces, pressions diverses
- violences conjugales

- harcèlement moral et psychologique

- grossesses précoces et/ou non désirées
- séquestration, perte de liberté, déscolarisation
- automutilations, troubles de l'alimentation, dépressions pouvant conduire au suicide.

Un engagement au quotidien



Association de loi 1901, à but non lucratif, créée en 1982, à l'initiative de femmes africaines résidant en France et de femmes européennes, le Gams est la Section française du Comité Inter-Africain.

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

Son action s'exerce à Paris et sur l'ensemble du territoire français avec le concours de militantes bénévoles et de salariées impliquées au quotidien dans la prévention sur le terrain.

Régulièrement consulté et soutenu par des organismes institutionnels et associatifs, le Gams met son expérience et ses compétences au service du grand public comme des professionnels :

- Animation de formation initiale et continue pour les professionnels sociaux, médico-sociaux, éducatifs ;
- Sensibilisation pour les publics concernés par ces pratiques néfastes (PMI, collèges, lycées, centres de planification, etc.) ;
- Participation à des actions de réflexion (colloques, séminaires, conférences-débats, etc.) ;
- Accueil, aide et soutien personnalisé à des fillettes, jeunes filles et femmes menacées ou victimes de ces pratiques ; accueil possible par des professionnels parlant les langues et pouvant conduire les médiations ;
- Conseil technique pour les professionnels sociaux, de la santé et de l'éducation ;
- Mise à disposition d'un fonds documentaire spécifique.

Pour nous contacter

→ Siège social

66, rue des Grands Champs
75020 Paris

Métro Buzenval
Tel. (33) 01 43 48 10 87

06 74 16 77 38

Fax (33) 01 43 48 00 73

Courriel

association.gams@wanadoo.fr

* Permanences

de 9 h 30 à 12 h 30

et 14 h 30 à 17 h

du lundi au vendredi

* Accueil sur rendez-vous

→ et dans nos antennes en région

* Yvelines

06 70 83 31 73

* Seine Maritime

06 30 36 42 42

* Marne

06 32 22 79 99

* Région PACA

06 73 43 96 33

Pour en savoir plus...

Film

* *Femmes assises sous le couteau*
de Laurence Petit-Jouvet,
production AMIP, TLT et Gams,
1995.

Ouvrage

* Manuel de sensibilisation,
Femmes assises sous le couteau
Édition Gams, 1995.

* *Le Pacte d'Awa*

Agnès Boussuge et Elise Thiebaut,
Syros/Collection l'accusé, 2006

* *Nos filles se seront pas excisées**
ouvrage collectif,
photos Emmanuelle Barbaras,
Édition Gams, 2006.

Planettes informatives, cartes postales, affiches *

* disponibles au siège du Gams

Avec le concours du Gams

Dans le cadre de votre activité professionnelle, de votre vie associative ou sociale, pour des proches, pour vous-même...

Le Gams apporte aide et soutien pour :

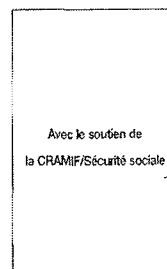
– mieux connaître et prévenir les pratiques traditionnelles portant atteinte à l'intégrité, à la dignité et à la santé des femmes ;

– mieux faire face à une situation d'excision, de mariage forcé ;

– organiser des actions de prévention et de sensibilisation, de formation ;

– faire une recherche dans le cadre d'un mémoire ou d'une thèse.

<http://perso.orange.fr/..associationgams/>





Protégeons nos petites filles de l'excision

Ne leur
imposons pas
cette blessure.

Aidons-les à avoir
confiance en elles
et dans la vie.



**En France,
c'est interdit par la loi**

**En Afrique, de nombreux pays
interdisent l'excision**

www.femmes-egalite.gouv.fr



Que sont les mutilations sexuelles féminines ?

Toute intervention pratiquée sur les organes génitaux féminins sans raison médicale, et notamment :

l'excision

c'est l'ablation totale ou partielle du clitoris et des petites lèvres ;

l'infibulation

l'excision du clitoris et des petites lèvres est complétée par l'ablation des grandes lèvres ; les deux côtés de la vulve sont alors cousus bord à bord ou accolés, de telle façon qu'il ne subsiste qu'une minuscule ouverture pour l'écoulement des urines et des règles. La vulve laisse place à une cicatrice très dure, qu'il faudra inciser au moment du mariage ou de la naissance d'un enfant.

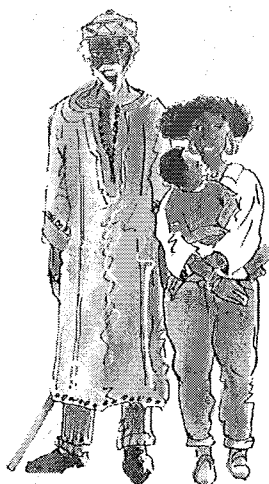
Où sont-elles pratiquées ?

Les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées par différentes ethnies dans de nombreux pays africains. L'excision est surtout pratiquée en Afrique de l'Ouest et en Égypte, tandis que l'infibulation est courante en Afrique de l'Est.

Les mutilations sexuelles féminines concernent une femme sur trois sur le continent africain, c'est-à-dire environ 130 millions de femmes, avec 3 millions de nouveaux cas par an.

Les mutilations sexuelles féminines sont également observées dans la péninsule arabique, notamment au Yémen et à Oman, ainsi qu'en Malaisie et en Indonésie.

Avec les flux migratoires, on retrouve les populations qui pratiquent les mutilations sexuelles féminines dans plusieurs pays européens. En France, on estime que 65 000 femmes et fillettes sont mutilées ou menacées de l'être. Elles sont notamment originaires de la Côte d'Ivoire, de l'Égypte, de la Gambie, de la Guinée Conakry, du Mali, de la Mauritanie, du Sénégal et de la Somalie.



LA LOI FRANÇAISE

En France, la loi protège tous les enfants qui vivent sur son territoire, quelle que soit leur nationalité.

La loi française est applicable à toute personne vivant sur le territoire national.

Les peines prévues pour l'auteur d'une mutilation et pour le(les) responsable(s) de l'enfant mutilée sont définies par le code pénal, notamment :

► les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente sont punies de **dix ans d'emprisonnement** et de **150 000 euros d'amende** (article 222-9) ;

► si la mutilation est commise sur un mineur de moins de quinze ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif, ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur, la peine encourue est de **20 ans de réclusion criminelle** (article 222-10).

C'est ainsi que de nombreux parents et des exciseuses ont été condamnés en Cour d'assises, certains à des **peines d'emprisonnement ferme**.

Une action en justice peut être engagée **20 ans après la majorité** de la victime (c'est-à-dire jusqu'à ses 38 ans).

La loi française s'applique aussi lorsque la mutilation est commise à l'étranger.

Dans ce cas, *l'auteur*, qu'il soit français ou étranger, **pourra être poursuivi en France**, à condition que la victime soit de nationalité française ou, si elle est étrangère, qu'elle réside habituellement en France (article 222-16-2 du Code Pénal).

LES LÉGISLATIONS AFRICAINES

En Afrique aussi, des lois interdisent les mutilations sexuelles féminines, notamment dans les pays suivants : Bénin, Burkina-Faso, Centre Afrique, Côte d'Ivoire, Djibouti, Égypte, Ghana, Guinée Conakry, Kenya, Libéria, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Togo, Tanzanie...

LES CONVENTIONS INTERNATIONALES

Différentes conventions internationales dénoncent les pratiques discriminantes à l'égard des femmes et des enfants :

Ces deux conventions ont été ratifiées par la France et près de 50 pays africains.

► la *Convention internationale sur les droits de l'enfant*, entrée en vigueur le 6 septembre 1990 (article 24) ;

► la *Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes*, entrée en vigueur le 13 janvier 1984 (article 12) ;

Aujourd'hui, plus de 50 États africains ont adhéré à cette charte.

► la *Charte africaine des droits de l'homme et des peuples*, entrée en vigueur le 21 octobre 1986 (article 4), et notamment le *Protocole relatif aux droits des femmes en Afrique* (Protocole de Maputo) qui en fait partie, déjà ratifié le 26 septembre 2005 par 15 États membres.

QUE FAIRE en cas de menace d'excision de fillettes ou d'adolescentes, en France ou à l'étranger ?

Toute personne, médecin ou simple citoyen, qui a connaissance d'un tel risque a l'obligation de signaler que cette fillette est en danger. L'abstention constitue une infraction pour non-assistance à personne en danger, sanctionnée par l'article 223-6 du Code pénal.

Pour cela, appeler soit :

- le procureur de la République au Tribunal de grande instance du lieu de résidence ;
- les services sociaux et médico-sociaux, notamment le Service départemental de protection maternelle et infantile et le Service départemental de l'aide sociale à l'enfance.

Dans certains cas, la tutelle aux prestations sociales (aux allocations familiales notamment) pourra être ordonnée.



Pourquoi ces pratiques ?

ON DIT que les mutilations sexuelles féminines rendent les femmes plus fécondes...

FAUX

Les mutilations sexuelles féminines, loin d'augmenter la fécondité, peuvent au contraire rendre stérile. Elles peuvent générer, lors des accouchements, des complications majeures qui risquent d'entraîner la mort du nouveau-né et/ou de sa mère.

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

FAUX

Aucune religion n'impose les mutilations sexuelles féminines. C'est une très ancienne pratique coutumière qui ne correspond aux préceptes d'aucune religion.

ON DIT qu'il faut assurer la pureté et la virginité d'une fille, ainsi que la fidélité d'une épouse...

EN RÉALITÉ

La mutilation ne peut avoir aucune incidence positive sur la conduite d'un être humain, qui relève uniquement de ses qualités d'esprit et de cœur.

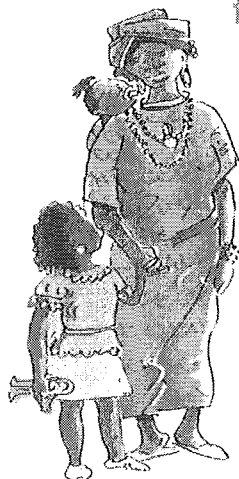
ON DIT qu'il faut respecter coutumes et traditions...

IL FAUT AVANT TOUT RESPECTER LA LOI.

Certaines coutumes et traditions peuvent être bénéfiques pour la santé, par exemple l'allaitement maternel ou le port des nourrissons sur le dos. Elles contribuent à l'épanouissement et doivent être encouragées.

En revanche, d'autres coutumes et traditions, comme les mutilations sexuelles féminines, ont de graves conséquences sur la santé physique et mentale. Elles attentent à la dignité, à l'intégrité et à la vie d'un être humain et tombent donc sous le coup de la loi.

Quelles sont les conséquences des mutilations sexuelles féminines ?



Les conséquences immédiates :

- ▶ une douleur intense, intolérable, accompagnée de peur, d'angoisse et parfois d'un grave état de choc ;
- ▶ un saignement, qui peut être hémorragique et entraîner la mort ;
- ▶ des brûlures à l'émission des urines.

Les conséquences ultérieures et à tout moment de la vie de la fillette ou de la femme mutilée :

- ▶ des infections vulvaires, urinaires, gynécologiques, qui peuvent évoluer en septicémies et provoquer la mort ou entraîner une stérilité ;
- ▶ des accouchements difficiles : une femme excisée est menacée bien plus souvent qu'une autre de déchirure du périnée, une femme infibulée et l'enfant à naître sont en danger de mort ;
- ▶ la diminution ou la disparition de la sensibilité des organes génitaux, ce qui entraîne l'insatisfaction sexuelle ;
- ▶ des rapports sexuels très douloureux ;
- ▶ de graves répercussions sur la santé mentale : anxiété, angoisse, dépression pouvant conduire au suicide.



Toutes ces souffrances sont inutiles et doivent être évitées.

En Afrique, des parents en sont aujourd'hui convaincus et refusent ces souffrances pour leurs filles.

Des comités de lutte contre les pratiques néfastes à la santé se sont constitués dans de nombreux pays africains. En France, des hommes et des femmes combattent ces pratiques.

N'hésitez pas à en parler à votre médecin, à votre centre de PMI, au centre de planification et d'éducation familiale...

Des outils pour en parler

- ▶ **"Le pacte d'Awa. Pour en finir avec les mutilations sexuelles"**, Agnès Boussuge et Élise Thiébaut, Syros, 2006. Témoignages et dossier complet, facile d'accès, pour comprendre et prévenir l'excision. À lire dès 13 ans.
- ▶ **"Nos filles ne seront pas excisées"**, ouvrage collectif, édition GAMS, 2006.
- ▶ **"Femmes assises sous le couteau"**, documentaire de 26 minutes réalisé par Laurence Petit-Jouvet, sur une idée et avec la participation du GAMS. Un manuel du même titre, destiné aux animateurs des réunions, accompagne le film.
- ▶ **"Le pari de Bintou"**, film de 17 minutes, réalisé sur une idée et avec la participation de la CAMS. Disponible en version française (sous-titrée en anglais) et en version anglaise, en cassette vidéo et en DVD.
- ▶ **"Excision"**, une cassette audio (disponible auprès de la CAMS) dont le texte, dit en français et en quatre langues africaines, invite à la discussion et démontre que l'excision n'est pas une exigence de la religion musulmane.
- ▶ **"L'Afrique accusée ? L'excision et les Droits de l'Homme"**, également intitulé **"Des femmes et des lames"**, film de 34 minutes, réalisé en 1990.



Adresses utiles

► **La Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles (CAMS)**
6, place Saint-Germain-des-Prés
75006 Paris
Tél. : 01 45 49 04 00
Mél : w113111@club-internet.fr
Site : www.cams-fgm.org

L'association axe son action sur l'aspect juridique de l'excision. Elle se porte partie civile dans les procès de mutilations sexuelles et donne des conseils aux professionnels, aux associations et aux particuliers.

► **Le Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles (GAMS)**
66, rue des Grands-Champs
75020 Paris
Tél. : 01 43 48 10 87
Mél : association.gams@wanadoo.fr
Site : <http://perso.orange.fr/~associationgams/>

Le GAMS est reconnu comme section française du Comité interafricain sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants. Il privilégie l'information des familles et la formation des professionnels qui les côtoient, notamment les professionnels de santé, les travailleurs sociaux et les enseignants.

► **Le Mouvement français pour le planning familial (MFPF)**
4, square Saint-Irénée
75011 Paris
Tél. : 01 48 07 29 10
Site : www.planningfamilial.org

Mouvement féministe d'éducation populaire, le MFPF accueille et informe le public sur les questions de sexualité et de santé dite reproductive. Il est agréé comme organisme formateur des personnels concernés par ces thèmes.

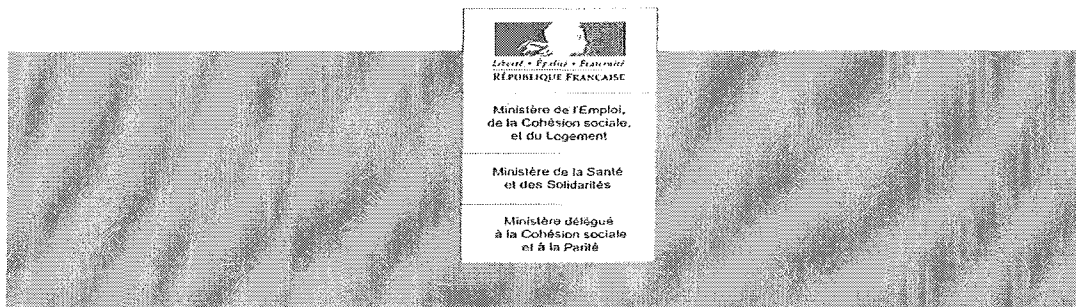
► **Fil santé jeunes : 0800 235 236**
Service téléphonique anonyme et gratuit, ouvert tous les jours de 8 h à minuit.
Site : www.filsantejeunes.com

► **Allô enfance maltraitée : 119**
Service téléphonique anonyme et gratuit, 24 h / 24 h
Site : www.allo119.gouv.fr

► **Les délégations régionales et départementales aux droits des femmes et à l'égalité**
Toutes les coordonnées sur :
www.femmes-egalite.gouv.fr

Pour les professionnels qui souhaitent faire appel à des interprètes médiateurs :
Inter service migrants interprétariat
251, rue du Faubourg Saint-Martin - 75010 Paris
Tél. : 01 53 26 52 50 - Site : www.ism-interpretariat.com

- Interprétariat par téléphone - Tél. : 01 53 26 52 62 (24 h/24 h – 7j/7j)
- Information migrants - Tél. : 01 53 26 52 82



ANNEXE 21: TEXTES ET IMAGES POUR ILLUSTRER LES MSF ET LEURS COMPLICATIONS

Le Livre d'Images Universel de la Naissance

HISTOIRE ILLUSTRÉE DE LA REPRODUCTION RACONTÉE DU POINT DE VUE DE LA FEMME
(avec son additif sur les mutilations sexuelles féminines)

GUIDE DE L'ANIMATEUR : SUJETS DE DISCUSSION

AUX ANIMATRICES/ANIMATEURS

Commencez votre exposé par la première page du livre de la naissance et continuez immédiatement après en montrant la partie sur l'excision. Pour la discussion, revenez ensuite au début du livre sur la naissance pour introduire les sujets et passez à l'excision en encourageant toujours la participation du public.

EXCISION/CLITORIDECTOMIE (mutilation génitale des femmes) RÉSULTATS IMMÉDIATS

IMAGES 35 ET 36

Montrez les deux images et lisez le texte. Revenez ensuite à :

Image 35 - Sujets de discussion :

- **Rôle des organes génitaux naturels** : les organes génitaux de la femme sont parfaitement adaptés à l'accouchement (voir les images de la rangée supérieure). Les replis de peau sont souples et élastiques et peuvent ainsi s'écarter pendant l'accouchement. Les replis de peau ou lèvres servent aussi à protéger l'ouverture donnant sur l'intérieur du corps des blessures et de la saleté.
- **L'excision du clitoris et/ou d'une autre partie de la vulve** peut entraîner une hémorragie car il y a de nombreux vaisseaux sanguins dans cette partie du corps. Souvent cette hémorragie ne peut être arrêtée qu'à l'hôpital. Des infections dont le tétanos (souvent fatal) sont d'autres conséquences immédiates. La formation de cicatrices, comme on le voit sur la dernière image, change tout à fait l'apparence naturelle. Les lèvres protectrices ont disparu et l'entrée du vagin est presque fermée. Des tissus cicatriciels durcis remplacent le clitoris et les replis de peau élastiques.

Image 36 - Sujets de discussion

- **les effets immédiats** de l'opération, comme vous pouvez le voir ici, sont des saignements abondants de la vulve, des enflures qui peuvent empêcher l'élimination normale des urines, de la fièvre, des infections, et toutes ces complications peuvent être fatales à votre enfant.
- **Douleur** : Les opérations entraînent de terribles souffrances parce que le clitoris et les replis de peau qui l'entourent (les petites lèvres) ont plus d'extrémités nerveuses que n'importe quelle autre partie du corps féminin. La clitoridectomie est l'opération la plus douloureuse qui soit pour une fillette. Celle-ci peut faire une dépression et devenir craintive en raison des souffrances physiques prolongées. Cela peut changer la vie de votre enfant, jusqu'à alors heureuse et insouciante.
- **Encouragez la participation et les questions du groupe.**

Montrez l'image et lisez le texte. Retournez ensuite à :

Image 37 - Sujets de discussion :

- **La miction** : un résultat immédiat et fréquent de l'opération est la rétention des urines en raison de la douleur qui survient quand les urines touchent la blessure. Les difficultés de la miction peuvent pourtant être aussi permanentes en raison de l'obstruction du méat urinaire par les cicatrices. Si le méat urinaire est trop petit, vider sa vessie peut demander un long moment (cela prend normalement quelques secondes). La fonction normale et répétée de la miction devient un problème permanent.
- **La rétention des urines** est très dangereuse. Les urines contiennent de nombreux déchets. Le ventre de la fillette va grossir et devenir très douloureux. Une aide hospitalière immédiate doit être recherchée.
- **Les règles** : la formation de cicatrices peut empêcher l'élimination normale du sang des règles. Du sang peut être retenu en plus ou moins grande quantité. Le sang peut former des caillots durs. Les règles deviennent aussi douloureuses puisque le sang ne peut plus être éliminé. Des infections peuvent encore survenir.
- **Des problèmes de santé physique et mentale** résultant de l'opération peuvent durer et devenir permanents en raison des difficultés constantes pour uriner et avoir ses règles. Ils peuvent bouleverser la vie entière de la fillette. Au passage des urines ou du sang menstruel, la fillette se souvient à chaque fois de la douleur de l'opération.
- **Les rapports sexuels** peuvent aussi être très douloureux du fait de l'opération. L'ouverture du vagin peut être trop petite pour permettre la pénétration et les cicatrices peuvent être douloureuses au toucher. L'excision est responsable de nombreuses insatisfactions et malheurs dans le mariage.
- **Encouragez la participation et les questions du groupe.**

L'ACCOUCHEMENT/LES DIFFICULTÉS DE L'ACCOUCHEMENT

IMAGES 38 ET 39

Montrez les deux images et lisez le texte. Retournez ensuite à :

Image 38 - Sujets de discussion :

- **Accouchement normal** : en haut, on voit une partie du déroulement d'un accouchement normal, il en est de même sur l'image n° 26 qui le montre vu du dehors. Les organes génitaux naturels sont capables de beaucoup se distendre car ils sont souples et élastiques, ce qui leur permet de s'écarter autour de la tête du bébé.
- **L'accouchement est rendu difficile par les cicatrices de l'excision** : sur l'image du bas, vous voyez une femme excisée qui accouche. Les cicatrices empêchent une dilatation normale — la tête du bébé ne peut pas sortir et est retenue. A la fin, la peau commence à se déchirer, ce qui est très douloureux et peut faire perdre beaucoup de sang. La tête fragile du bébé peut aussi être abîmée en étant poussée contre la peau durcie.

Image 39 - Sujets de discussion :

- **Accouchement normal** : en haut, on voit la naissance normale d'un bébé dont la tête est en train d'apparaître en pivotant entre les replis de peau élastiques qui entourent l'ouverture vaginale. La tête du bébé sort sans problèmes, ni pour la mère, ni pour son enfant.
- **Naissance rendue difficile par l'excision** : en bas, on voit la tête du bébé qui est retenue par les cicatrices durcies de l'excision. A la fin, quelques incisions doivent être faites. La coupure des cicatrices est très douloureuse et peut faire saigner beaucoup, ce qui est très dangereux pour la vie de la mère.
- **Complications chez l'enfant** : le bébé peut être privé d'oxygène si l'accouchement dure trop longtemps. Il peut en résulter des dégâts permanents.
- **Encouragez la participation et les questions du groupe.**

LE DÉROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT NATUREL ET EN PRÉSENCE D'UN OBSTACLE .

IMAGE 40

Montrez l'image et lisez le texte. Revenez ensuite à :

Image 40 - Sujets de discussion :

- **Accouchement naturel** : en haut, vous voyez de côté le déroulement d'un accouchement naturel avec la tête de l'enfant qui est expulsée rapidement.
- **Accouchement avec obstacle** : en bas, vous voyez un accouchement où les cicatrices génitales de la mère constituent un obstacle. Le bébé est poussé violemment contre l'obstacle par les contractions de l'utérus. La tête du bébé est aplatie et abîmée. A la fin, la mère doit être coupée pour obtenir une ouverture suffisante — sans aide, mère et enfant sont en danger de mort.
- Encouragez la participation et les questions du groupe.

LES COMPLICATIONS DE L'ACCOUCHEMENT DUES AUX OPÉRATIONS GÉNITALES

IMAGE 41

Montrez l'image et lisez le texte. Revenez ensuite à :

Image 41 - Sujets de discussion :

- **Accouchement avec obstacle** : voici un gros plan de profil et une vue de face d'une mère excisée qui accouche. L'utérus est complètement ouvert mais la tête du bébé ne peut sortir parce que les cicatrices durcies de la région génitale de la mère ne s'écartent pas. La tête du bébé est poussée encore et encore contre la peau durcie de la mère. C'est très douloureux pour la mère et très dangereux pour l'enfant. Il faut couper et c'est dangereux pour la mère aussi bien que pour le bébé. Sans ces incisions, mère et enfant risquent de mourir.
- **Les résultats de l'excision** : l'excision n'est pas toujours responsable des complications montrées ici. Parfois, la peau, malgré les cicatrices, conserve une certaine élasticité. De petites incisions sont suffisantes et parfois même aucune. Pourtant, si vous faites opérer votre enfant, vous prenez toujours le risque qu'elle ou ses futurs bébés meurent au moment de l'accouchement, et même si elle a traversé l'opération sans complications majeures : ceci est dû au fait que la formation de cicatrices est différente d'une personne à une autre.
- Encouragez la participation et les questions du groupe.

LE NOUVEAU-NÉ

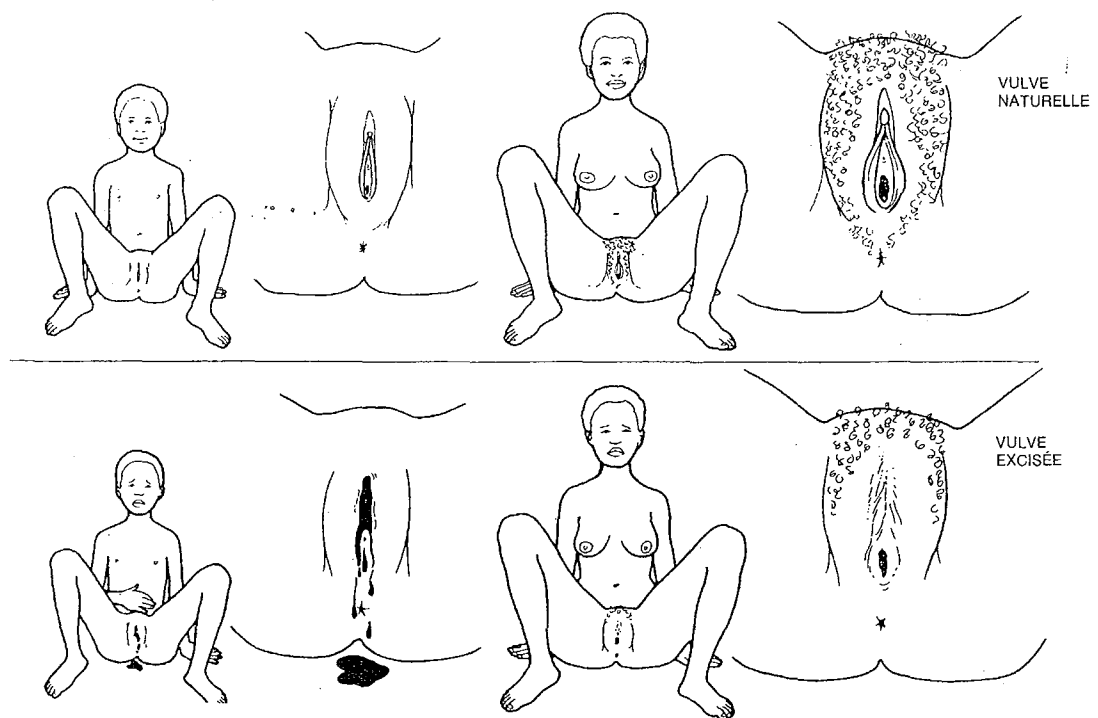
IMAGE 42

Montrez l'image et lisez le texte. Revenez ensuite à :

Image 42 - Sujets de discussion :

- **Naissance normale** : en haut, vous voyez une enfant née d'une femme qui n'a pas été opérée. Le bébé est vigoureux et commence immédiatement à bouger et à respirer.
- **Effet de l'obstacle à la naissance** : en bas, vous voyez un enfant en train de naître d'une mère excisée. L'ouverture vaginale doit être coupée en raison de l'obstacle au travail. Le bébé est épuisé et sans réactions après la terrible épreuve qu'a été pour lui d'être poussé encore et encore contre la peau durcie du corps de sa mère. La tête du bébé est abîmée et aplatie. Il est possible que le bébé récupère avec le temps mais il peut aussi être atteint pour toujours. Ceci est dû au fait que lorsque la tête est retenue, le bébé manque d'oxygène et que cela entraîne des dégâts cérébraux permanents. Il peut arriver encore que la tête reste déformée après avoir été comprimée.
- **Le danger des opérations génitales** : les opérations génitales sont dangereuses, non seulement pour la mère mais aussi pour ses bébés à venir. Elles sont un sérieux obstacle à l'accouchement normal en dehors des dangers immédiats d'infections et de saignements lors de l'opération. Il faudra recoudre les incisions faites pour laisser sortir le bébé. En conséquence, la peau devient encore plus dure et abîmée, ce qui rend toutes les futures naissances dangereuses et douloureuses.

Si vous avez une fille, ne la faites pas opérer. Cette opération peut la faire souffrir toute sa vie. Elle et ses enfants peuvent même en mourir.
- Encouragez la participation et les questions du groupe.

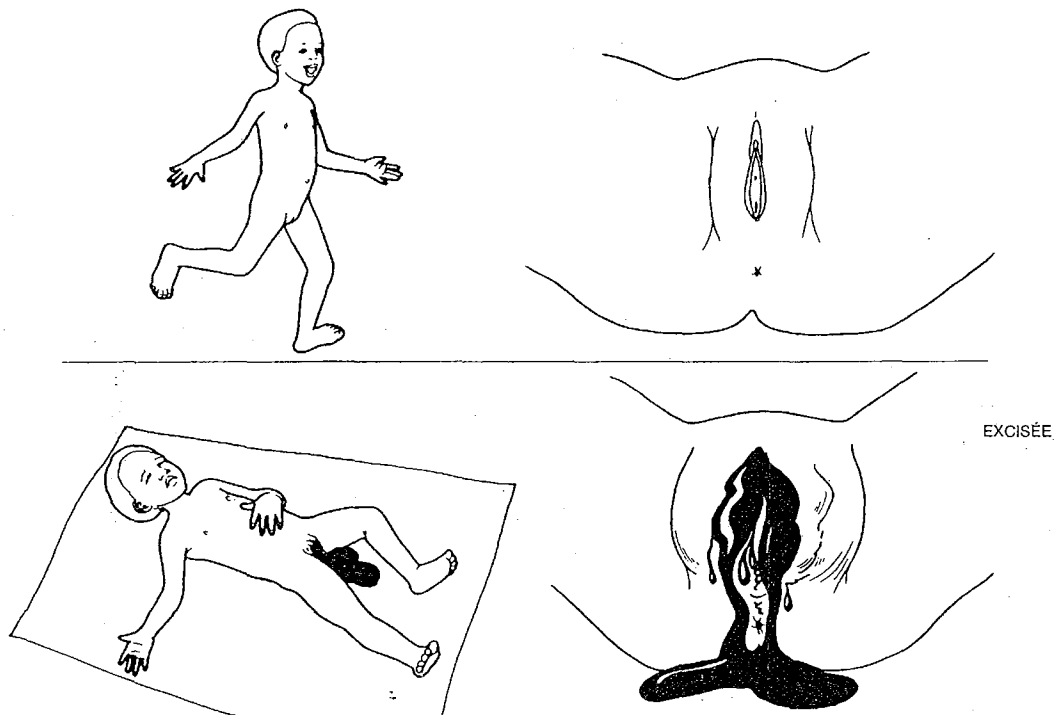


35. EXCISION/CLITORIDECTOMIE

Couper le clitoris et d'autres parties des organes génitaux externes est une opération dangereuse et nuisible. Cela entraîne de nombreux problèmes de santé tout au long de la vie. Cela nuit à la sexualité naturelle de la femme.

En haut, on voit la vulve naturelle d'une fillette et d'une femme.

En bas, on voit une fillette qui saigne après l'opération et une femme qui est excisée.



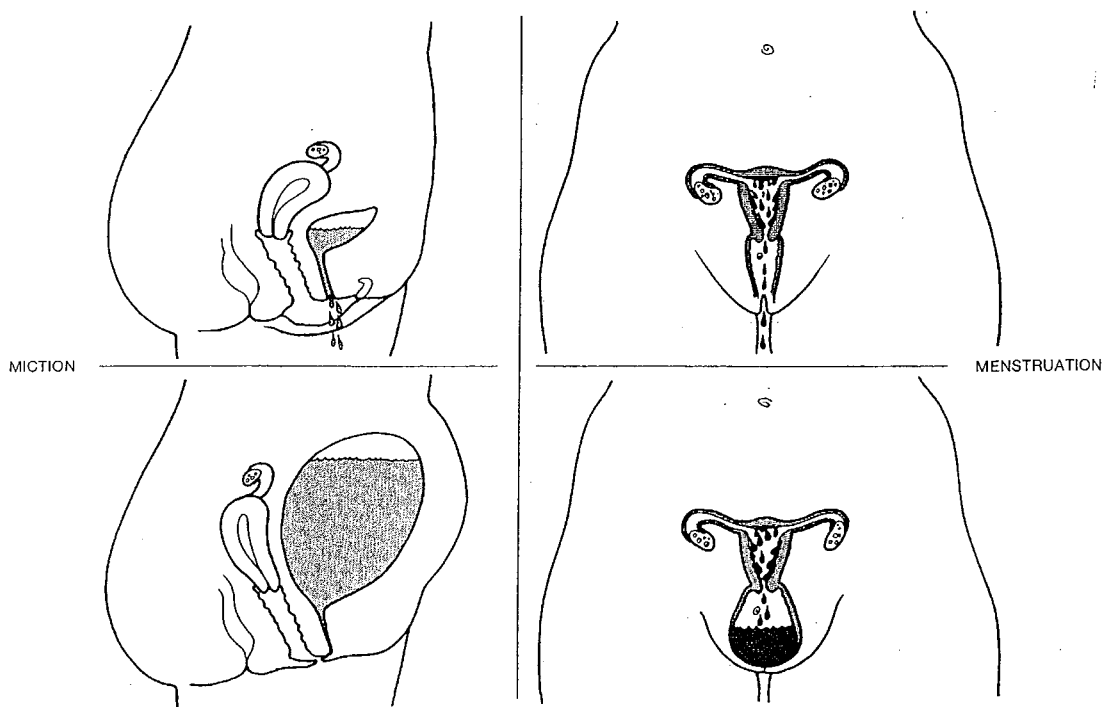
36. RÉSULTATS IMMÉDIATS DES OPÉRATIONS GÉNITALES

L'ablation de parties d'organes génitaux peut provoquer des saignements.

L'ablation d'une partie de la vulve peut entraîner un saignement abondant qui ne s'arrête pas et qui peut tuer votre enfant.

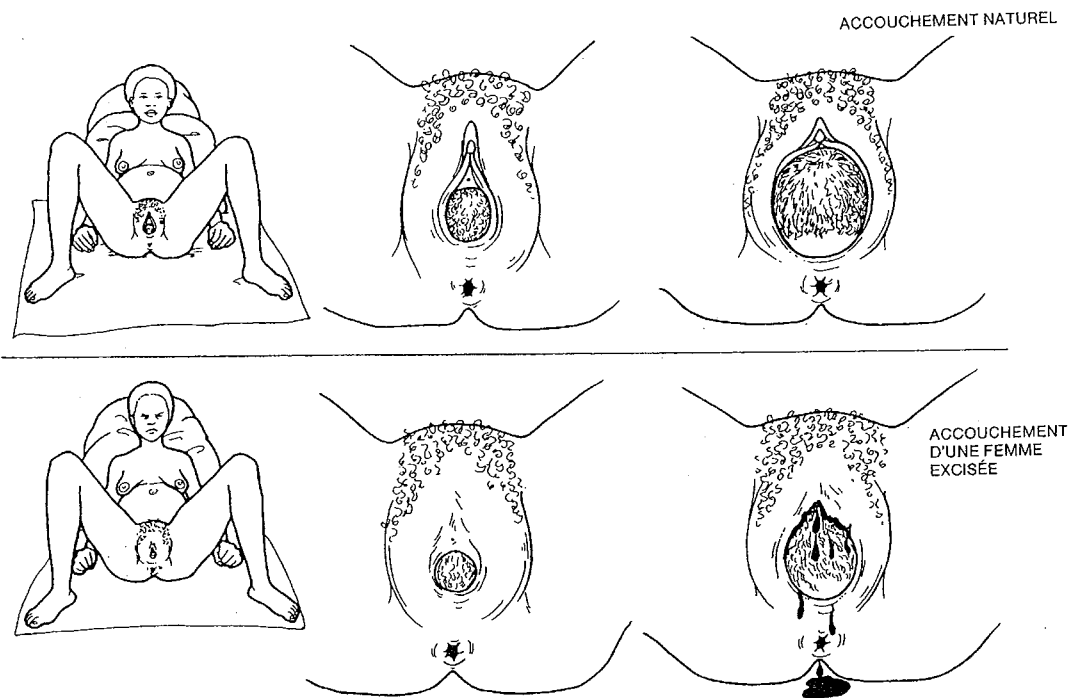
Elle peut être suivie de dangereuses infections qui rendront malade votre fille pendant longtemps.

Cela peut l'empêcher d'avoir des enfants. Ces opérations inutiles sont responsables de nombreuses souffrances.



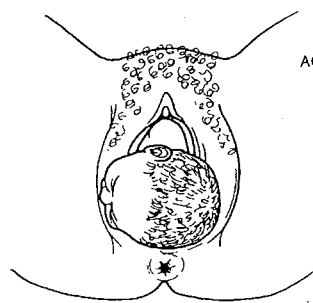
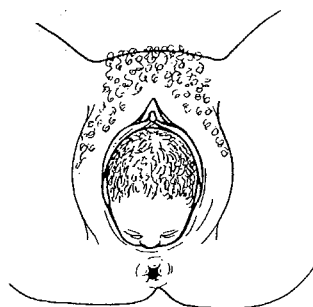
37. PROBLÈMES DE MITION ET DE MENSTRUATION

Les infections et les cicatrices de l'opération peuvent empêcher une mition normale. Le sang des règles ne peut pas sortir si l'ouverture est trop petite. Des caillots de sang et des infections peuvent en résulter, ce qui est dangereux pour la santé et peut affecter la fertilité

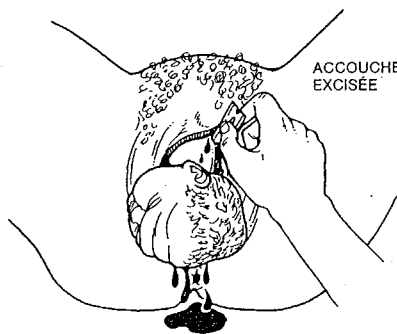


38. LES DIFFICULTÉS DE L'ACCOUCHEMENT

Nos organes génitaux externes (vulve) sont souples et élastiques, ce qui leur permet de s'écarter pour laisser sortir la tête du bébé comme vous pouvez le voir en haut. Les cicatrices de l'excision ne peuvent pas s'écarter pour laisser sortir la tête du bébé. La peau se déchire, ce qui entraîne des souffrances et un saignement importants comme vous pouvez le voir en bas



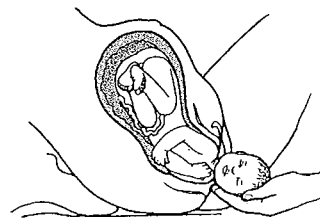
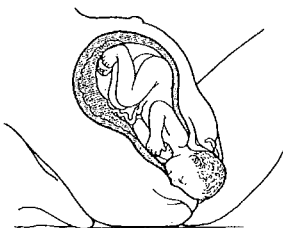
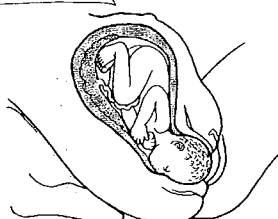
ACCOUCHEMENT NATUREL



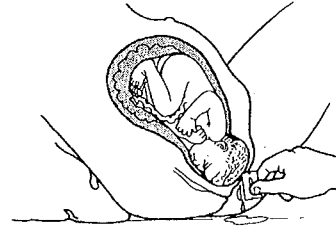
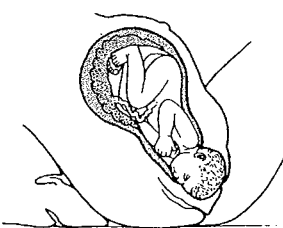
ACCOUCHEMENT D'UNE FEMME EXCISÉE

39. DIFFICULTÉS A L'ACCOUCHEMENT

En haut, on voit un accouchement normal où la tête du bébé sort facilement. En bas, on voit le résultat des opérations génitales. Le travail est long et très douloureux parce que le peau ne peut se distendre. A la fin, on doit couper la peau, parfois à deux reprises. Poussée contre des cicatrices rigides, la tête du bébé peut être abîmée



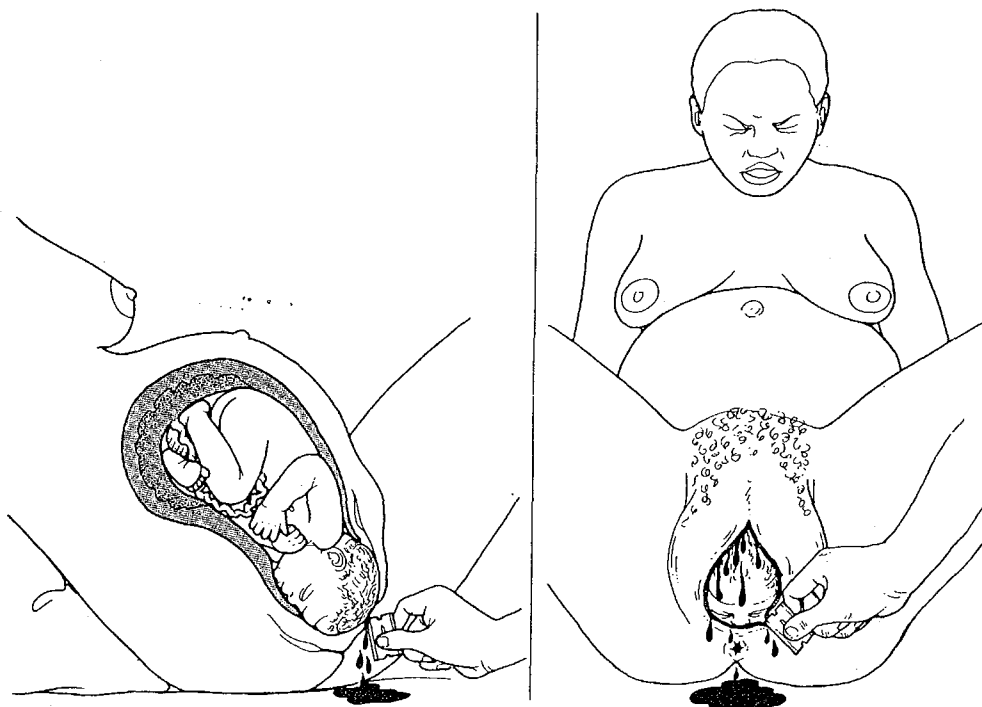
ACCOUCHEMENT NATUREL



ACCOUCHEMENT D'UNE FEMME EXCISÉE

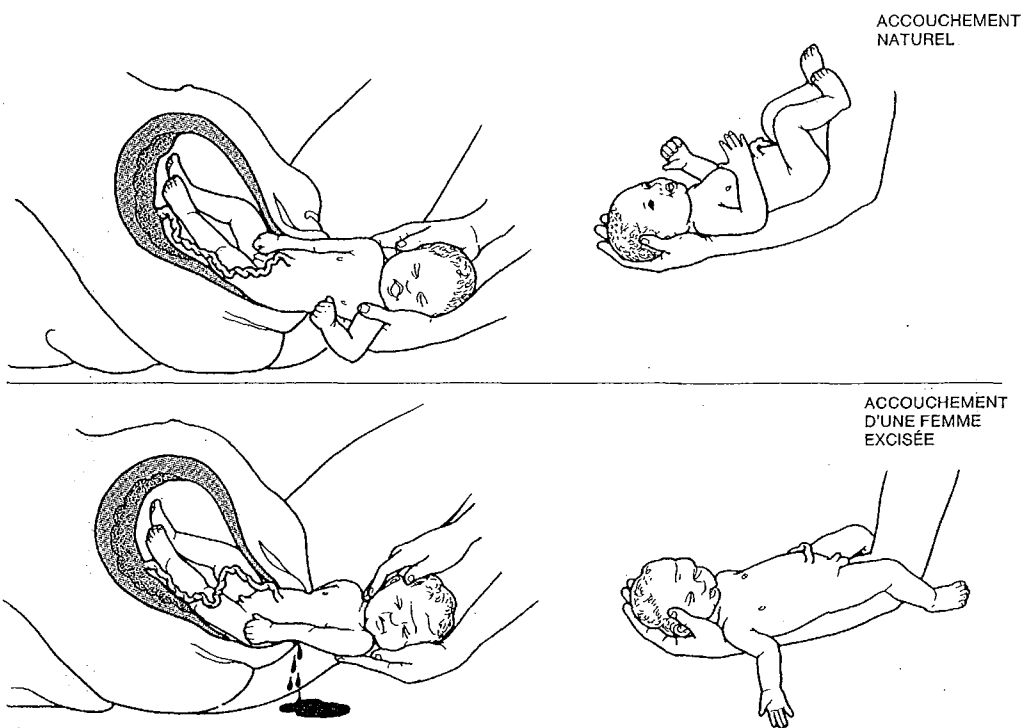
40. LE DÉROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT : NATUREL ET EN PRÉSENCE D'UN OBSTACLE

En haut, le bébé est poussé à travers les replis de la peau qui entourent l'orifice vaginal et il sort facilement. En bas, on voit un bébé qui ne peut pas sortir parce que l'ouverture est trop petite — ceci est dû aux cicatrices. La tête du bébé est poussée avec force contre les cicatrices. C'est douloureux pour la mère et nuit à l'enfant. A la fin, il est nécessaire de couper



41. LES COMPLICATIONS DE L'ACCOUCHEMENT DUES AUX OPÉRATIONS GÉNITALES

On voit ici les complications et la souffrance qu'entraînent d'inutiles opérations génitales pour les mères et leur bébé. Si vous avez une fille, ne la faites pas opérer pour lui éviter les complications et la grande souffrance que vous voyez sur le dessin



42. LE NOUVEAU-NÉ

En haut, on voit un nouveau-né vigoureux et bien vivant né d'une femme ayant une vulve naturelle. En bas, on voit l'enfant né d'une femme excisée. On a dû la couper pour faire sortir son bébé. Le bébé ne bouge pas et sa tête est aplatie. Pourra-t-il vivre ?

ANNEXE 22: ORGANISMES LUTTANT CONTRE LES MSF DANS LES REGIONS A RISQUES

- Groupe de femmes pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles Féminines (GAMS):

Le GAMS effectue des actions de prévention et d'information sur les MSF auprès des familles et des professionnels.

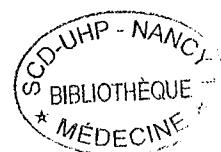
Paris (siège social): 01.43.48.10.87 ou 06.74.16.77.38

Marne : 06.32.22.79.99

Région PACA: 06.73.43.96.33

Seine Maritime: 06.30.36.42.42

Yvelines: 06.70.83.31.73



- Commission d'Abolition des Mutilations Sexuelles (CAMS):

Le CAMS est une association axée sur l'aspect juridique des MSF, il se porte partie civile dans les procès.

Paris: 01.45.49.04.00

- Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF):

Le MFPF lutte contre les mutilations sexuelles en solidarité avec les femmes africaines. Il mène des actions de prévention et d'information et défend les droits des petites filles au cours de procès en justice.

Paris: 01.42.60.93.20

Le MFPF est également présent dans toutes les régions qui sont le plus à risque de MSF (pas dans tous les départements). Les coordonnées téléphoniques pour chaque département sont disponibles sur internet à l'adresse suivante:

<http://www.planning-familial.org/annuaire/index.php>

Ecole de sages-femmes Albert Fruhinsholz
Mémoire présenté et soutenu par Marlène REMY
Promotion 2008

***Le rôle de la sage-femme pratiquant l'entretien prénatal individuel
dans la prévention des mutilations sexuelles féminines***

Domaine : Obstétrique et Santé Publique

Mots clés: Mutilation sexuelle féminine, Entretien prénatal individuel, Excision, Infibulation, Prévention, Grossesse, Sage-femme.

Keys words : *Female genital mutilation, Prenatal interview, Excision, Infibulation, Prevention, Pregnancy, Midwife.*

Résumé:

Les mutilations sexuelles féminines existent depuis des milliers d'années et continuent encore aujourd'hui de nuire à la santé des femmes. On estime entre 100 et 140 millions le nombre de femmes mutilées dans le monde, dont 43000 à 65000 en France.

L'entretien prénatal individuel est un moment privilégié pour évoquer des questions mal ou peu abordées durant les consultations de suivi de grossesse. Il devrait aussi être une occasion pour les femmes ayant subi une mutilation sexuelle de pouvoir parler de ce sujet qui demeure encore trop souvent tabou. Le rôle de la sage-femme serait l'écoute, l'information, mais aussi la prévention du risque de récurrence sur les fillettes.

Mais l'entretien prénatal individuel joue-t-il son rôle pour aider ces femmes et prévenir les mutilations sexuelles sur leurs filles? Comment les sages-femmes peuvent-elles agir?

Summary:

Female genital mutilations have been existing for thousands years and they are still prejudicial to the women's health nowadays.

We estimate between 100 and 140 millions the number of mutilated women in the world, and between 43000 and 65000 in France.

The prenatal interview is a privileged moment to evocate some questions that we don't approach very often and which are not seriously approached during consultations about pregnancy.

It should be also an opportunity for the women who have gone through a sexual mutilation to speak about this suspect, that carries on to be taboo.

The role of midwife would be listening, information, but also prevention of the risk of second offence on their daughters. Is the prenatal interview playing its role to help these women and is it warning them about sexual mutilations for their daughters? How midwives can act?