



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>

Université Henri Poincaré, Nancy I
École de Sages-femmes de Metz

Mutilations sexuelles féminines et
accouchement :

Pour une prise en charge adaptée.

Mémoire présenté et soutenu par
RETTEL Virginie
Promotion 2005-2009

SOMMAIRE

Sommaire	2
Introduction	4
Première partie : état des connaissances.....	5
1. Généralités	6
1.1. Rappels anatomiques.....	6
1.2. Définition	9
1.3. Classification des différents types de Mutilations Sexuelles Féminines	9
1.4. Historique.....	13
1.5. Rituels mis en place	13
1.6. L'état actuel dans le monde.....	14
1.7. Répartition géographique	15
1.8. Raisons invoquées.....	17
1.9. Législation.....	19
2. Conséquences médicales des Mutilations Sexuelles Féminines.....	21
2.1. À court terme.....	21
2.2. À moyen terme	22
2.3. À long terme.....	22
3. Conséquences obstétricales des Mutilations Sexuelles Féminines.....	24
3.1. Étude de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) : « Mutilations génitales féminines et devenir obstétrical : étude prospective concertée dans six pays africains » (Groupe d'étude OMS sur les mutilations génitales féminines et le devenir obstétrical).....	24
Deuxième partie : éléments d'études	4
1. Présentation des études.....	28
1.1. Problématique	28
1.2. Hypothèses	28
1.3. Objectifs	28
1.4. Choix de la population	29
1.5. Mode de recueil de données	29
2. Résultats des études	30
2.1. Première enquête : étude quantitative par exploitation des dossiers obstétricaux.	30
2.2. Seconde enquête : enquête qualitative auprès de 21 sages-femmes et 4 gynécologues-obstétriciens.	41
Troisième partie : comment prendre en charge ces patientes de manière adaptée ?.....	44
1. Analyse des éléments clés à l'issue des études :	45
1.1 Étude quantitative par exploitation des dossiers obstétricaux afin de mettre en évidence les incidences des mutilations sexuelles féminines.	45

1.2	Étude qualitative réalisée auprès de 21 sages-femmes et 4 gynécologues-obstétriciens, afin de connaître leur prise en charge de ces femmes.....	46
1.3	Démonstration des hypothèses	47
2.	La place de la sage-femme face aux femmes mutilées.	48
3.	Les incidences négatives des Mutilations Sexuelles Féminines.....	50
4.	Propositions visant à établir une prise en charge médicale adaptée.	51
5.	Propositions pour une prise en charge sociale adaptée.	54
6.	La reconstruction clitoridienne : un espoir ?	55
	Conclusion.....	56
	Bibliographie	57
	ANNEXE 1 :	I
	ANNEXE 2 : questionnaire	VIII
	ANNEXE 3 : circulaire.....	XI
	ANNEXE 4 : plaquette d'information.....	XVII

Introduction

‘Il y a quelques mois j’ai lu l’autobiographie « Mutilée » de Khady qui relate la vie d’une femme ayant subi une excision étant petite fille.

Ce livre m’a fait me questionner sur le sujet des mutilations sexuelles féminines, d’autant plus que j’ai toujours été attirée par les missions humanitaires qui pourraient être une perspective professionnelle. J’ai donc souhaité approfondir un sujet au cœur même de cette orientation afin de ne pas me sentir désarmée, lors d’éventuelles futures missions.’

Le thème des mutilations sexuelles féminines est finalement peu développé lors des études de sage-femme. Cependant, selon l’Organisation Mondiale de la Santé, en 2008 on estime que 100 à 140 millions de filles et de femmes sont mutilées à travers le monde, et chaque année, trois millions de jeunes filles risquent de l’être.

Ce sujet reste donc une des préoccupations de la profession, car si des lois existent contre cet acte, il reste d’actualité, notamment de par le manque de répression dans les pays où les mutilations sexuelles sont pratiquées.

Les mutilations sexuelles sont rencontrées dans certaines de nos régions. Il est donc important de les connaître afin que les professionnels exerçant autour de la naissance adoptent une prise en charge adaptée. Ces praticiens sont, d’une part, directement confrontés aux complications obstétricales que l’on peut retrouver chez les femmes mutilées et d’autre part, ils ont une place privilégiée afin d’effectuer leur mission de prévention concernant les petites filles à naître.

Ce thème sera étudié en faisant tout d’abord état des connaissances actuelles ; puis en voyant les résultats de deux enquêtes réalisées sur le sujet, l’une par étude des dossiers obstétricaux et l’autre auprès de professionnels de santé exerçant autour de l’accouchement ; enfin les résultats de cette étude seront abordés et une prise en charge adaptée à ces patientes sera proposée.

Première partie : état des connaissances

1. GÉNÉRALITÉS

1.1. Rappels anatomiques

L'appareil génital féminin est l'appareil de la reproduction chez la femme, il produit les gamètes et soutient l'embryon en voie de développement.

Il comprend :

- Les organes génitaux externes : la vulve et les glandes mammaires.
- Les organes génitaux internes : ovaires, trompes utérines, utérus et vagin.

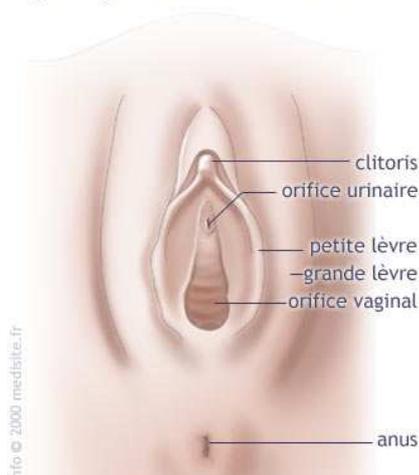
❖ **Organes génitaux externes**

La **vulve** est une fente verticale d'avant en arrière. On trouve 3 orifices, d'avant en arrière :

- **l'ostium urétral** (méat de l'urètre)
- **l'ostium vaginal** (obturé par l'hymen chez la vierge)
- **l'anus** et les plis radiaires.

Au niveau de la fente vulvaire, il y a un relief : **les petites lèvres**. C'est un repli cutané. La jonction des 2 petites lèvres s'appelle le **prépuce clitoridien**. La réunion en arrière du clitoris forme un petit renflement : le frein du clitoris. De part et d'autre, il y a des replis cutanés : **les grandes lèvres**. La peau est rose et humide, elles sont recouvertes de poils de chaque côté de la vulve. L'ostium vaginal en regard des 2 lèvres fait suite au **vestibule vaginal** : la partie toute inférieure du vagin est entourée par la pilosité pubienne.

organes génitaux externes de la femme



(1) <http://www.medisite.fr/medisite/Anatomie-de-l-appareil-genital.html>

❖ **Organes génitaux internes**

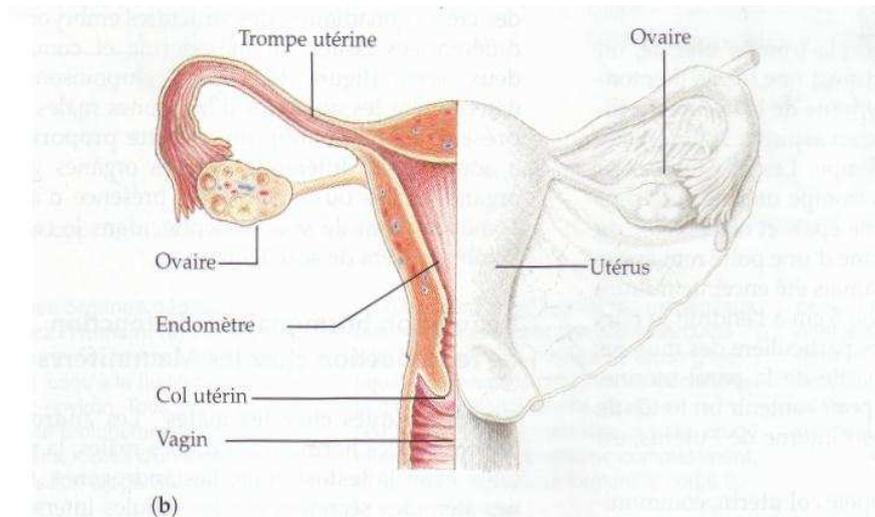
Les **ovaires** sont des glandes à double fonction : exocrine (production des ovules) et endocrine (production hormonale : œstrogènes et progestatifs).

Ce sont deux formations « en amande » (droit et gauche), situés au niveau du petit bassin, de part et d'autre de l'utérus, et qui mesurent 3.5 cm de longueur et 2 cm de largeur.

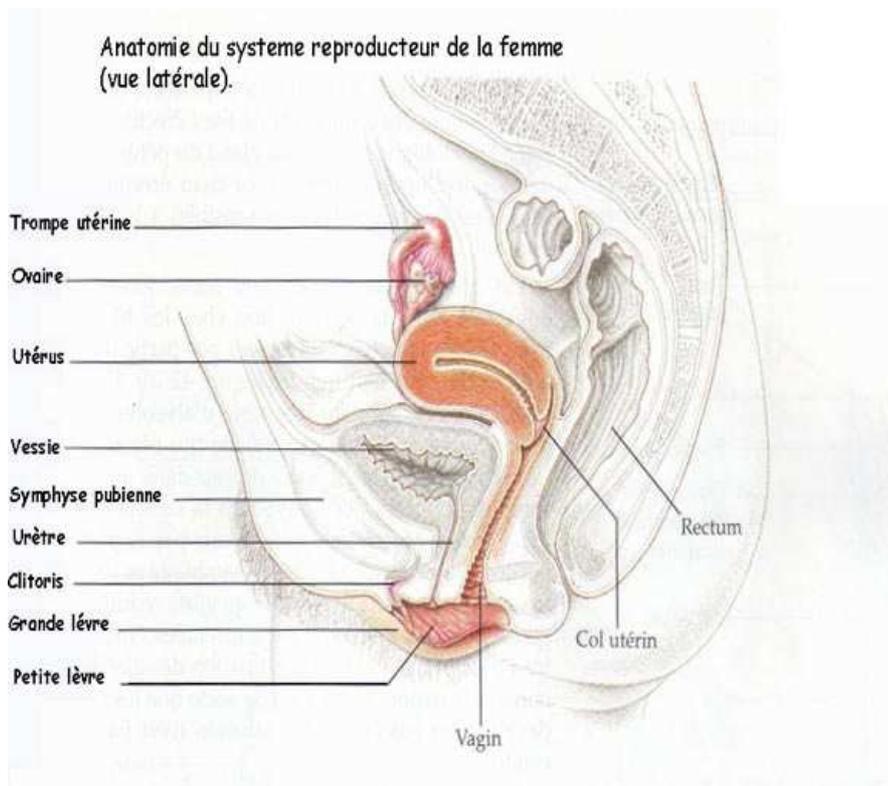
Les **trompes utérines** (de Fallope) sont deux conduits de 10 cm de longueur qui s'étendent de l'utérus aux ovaires et assurent la captation de l'ovocyte après l'ovulation et le transport de l'ovule fécondé vers l'utérus.

L'**utérus** est un organe musculaire lisse, creux, impair, médian et antéversé, situé dans le petit bassin, entre la vessie (en avant) et le rectum (en arrière). L'utérus est le lieu de la menstruation, de la nidation de l'ovule fécondé, du développement fœtal et des contractions de l'accouchement. Sa forme ressemble à un cône tronqué, à sommet inférieur, avec 6.5 cm de longueur, 4 cm de largeur et 2 cm d'épaisseur. Il se divise en trois segments : corps, isthme utérin et col s'ouvrant dans le vagin.

Le **vagin** est un conduit musculo-membraneux, impair, médian, élastique et contractile, qui s'étend du col de l'utérus jusqu'à la vulve. C'est l'organe féminin de la copulation et la voie de passage des règles, des sécrétions cervicales et du fœtus lors de l'accouchement. Il mesure 8 cm de longueur et sa compliance est variable (accouchement, ménopause). Il s'attache en haut sur le col utérin et est obstrué en bas, chez la jeune fille vierge, par une membrane perforée, l'**hymen**.



(2) <http://www.paramed-prepa.com/tableauaccueil.php3?num=16>



(2) <http://www.paramed-prepa.com/tableauaccueil.php3?num=16>

1.2. Définition [16]

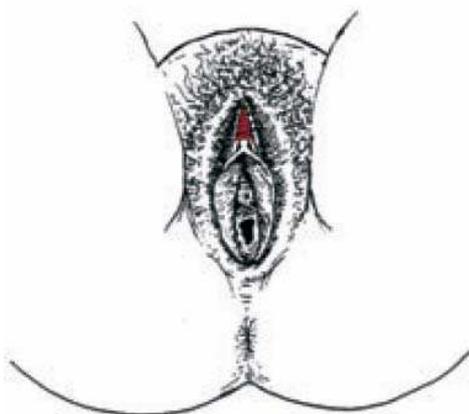
Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé, adoptée en 1995 à Genève, les Mutilations Sexuelles Féminines recouvrent toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes féminins pratiquées pour des raisons culturelles ou religieuses ou pour toute autre raison non thérapeutique.

La terminologie initiale était de Mutilations Génitales Féminines, terme adopté à la conférence régionale du Comité Inter-Africain qui s'est tenue à Addis Abeba (Ethiopie) en novembre 1990. Ce terme a été modifié plus récemment en « Mutilations Sexuelles Féminines » (MSF) se rapportant davantage aux retentissements sur la sexualité des femmes qui se trouvent ainsi soumises à la tradition.

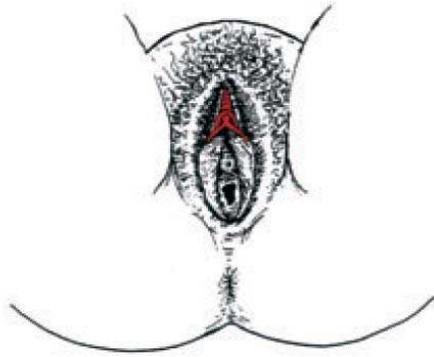
1.3. Classification des différents types de Mutilations Sexuelles Féminines [6,14,16,20,21]

CLASSIFICATION O.M.S. (2008) :

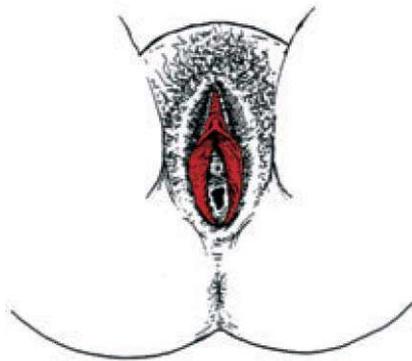
Type I : Ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce (clitoridectomie).



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

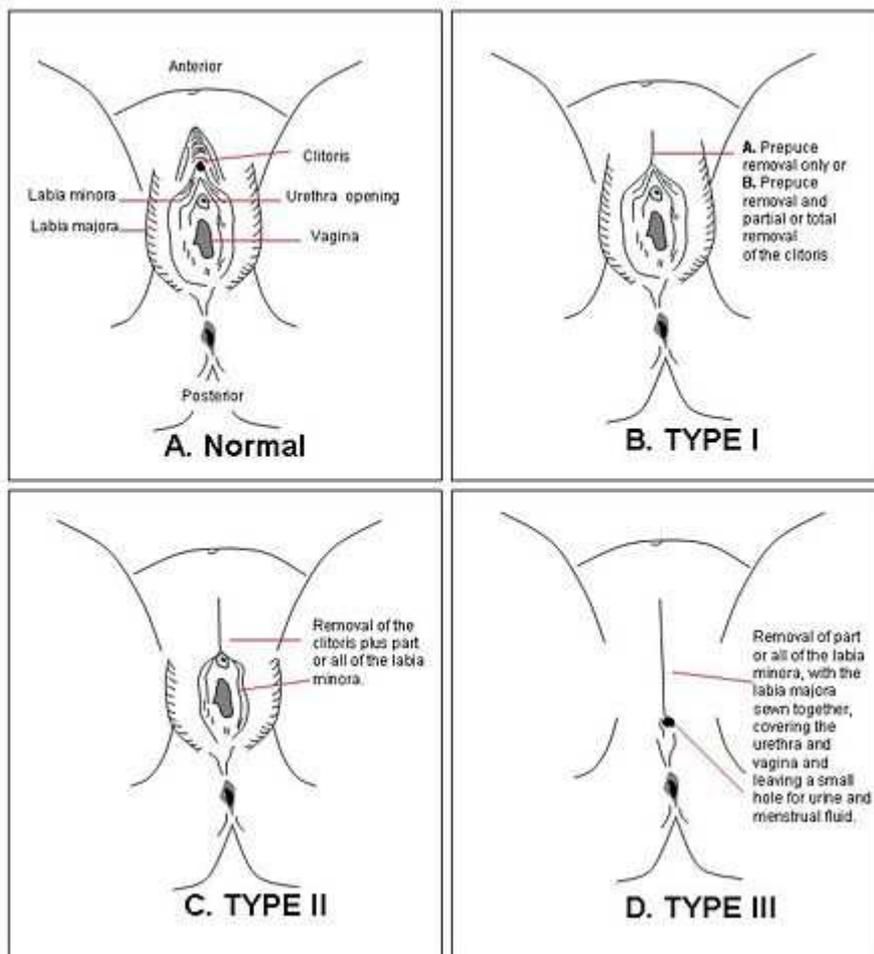


Type III : Rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris (infibulation).



Type IV : Toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, telles que la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation. Ce type regroupe toutes les interventions non classées telles que :

- Etirement du clitoris et/ou des lèvres
- Cautérisation par brûlure du clitoris et du tissu avoisinant
- Introduction de substances corrosives ou de plantes dans le vagin afin de provoquer des saignements ou pour resserrer le vagin



Cette classification a été modifiée récemment. Le tableau suivant montre les modifications apportées entre 1995 et 2007.

MODIFICATIONS CLASSIFICATION O.M.S. : [22]

Typologie modifiée de l’OMS – 2007	Typologie de l’OMS - 1995
<p>Type I : Ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce (clitoridectomie). Lorsqu’il est important de distinguer entre les principales formes de la mutilation de type I, les subdivisions ci après sont proposées :</p> <ul style="list-style-type: none"> * type Ia, ablation du capuchon clitoridien ou du prépuce uniquement ; * type Ib, ablation du clitoris et du prépuce. 	<p>Type I : Excision du prépuce, avec ou sans excision de la totalité ou d’une partie du clitoris.</p>
<p>Type II : Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision). Lorsqu’il est important de distinguer entre les principales formes qui ont été constatées, les subdivisions ci après sont proposées :</p> <ul style="list-style-type: none"> * type IIa, ablation des petites lèvres uniquement; * type IIb, ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres ; * type IIc, ablation partielle ou totale du clitoris, des petites lèvres et des grandes lèvres. <p>Notez également qu’en français le terme « excision » est fréquemment utilisé comme un terme général recouvrant tous les types de mutilations sexuelles féminines.</p>	<p>Type II : Excision du clitoris avec excision partielle ou totale des petites lèvres.</p>
<p>Type III : Rétrécissement de l’orifice vaginal avec recouvrement par l’ablation et l’accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris (infibulation). Lorsqu’il est important de distinguer entre différentes formes d’infibulation, les subdivisions ci-après sont proposées :</p> <ul style="list-style-type: none"> * type IIIa, ablation et accolement des petites lèvres ; * type IIIb, ablation et accolement des grandes lèvres. 	<p>Type III : Excision de la totalité ou d’une partie de l’appareil génital externe et suture/rétrécissement de l’ouverture vaginale (infibulation).</p>
<p>Type IV : Non classées : toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, telles que la ponction, le percement, l’incision, la scarification et la cautérisation.</p>	<p>Type IV : Diverses pratiques non classées telles que la ponction, le percement ou l’incision du clitoris et/ou des lèvres ; l’étirement du clitoris et/ou des lèvres ; la cautérisation par brûlure du clitoris et des tissus environnants ; la scarification des tissus qui entourent l’orifice vaginal (« angurya ») ou l’incision du vagin (« gishiri ») ; l’introduction de substances ou d’herbes corrosives dans le vagin pour provoquer un saignement ou pour le resserrer ; et toute autre pratique entrant dans la définition générale des mutilations sexuelles féminines.</p>

1.4. Historique [18]

La pratique des mutilations génitales féminines est très ancienne, et bien que souvent rapportée à la religion musulmane, il a été montré qu'elle est antérieure à l'avènement des religions. En effet, le début de cette pratique se situerait en Egypte et selon un papyrus grec conservé au British Muséum datant de 163 avant Jésus-Christ l'excision accompagnait la remise de la dot. Les mutilations génitales féminines ayant probablement un début en Egypte et en Mésopotamie, elles se seraient propagées vers l'Afrique, le Moyen-Orient et l'Asie. Certains écrits relatent cette pratique en Europe notamment au XIX^{ème} siècle. Par exemple, en Angleterre, le Docteur Isaac Baker Brown, Directeur de la Medical Society of London utilisait en 1865 la clitoridectomie afin de traiter des femmes atteintes d'épilepsie, d'hystérie, de migraines...

1.5. Rituels mis en place [1,2,3,5]

Les mutilations sexuelles féminines sont généralement réalisées sans que l'enfant ne sache ce qui va lui arriver. Cette dernière se retrouve avec d'autres petites filles qui ont à peu près le même âge et sont appelées les unes après les autres. Elles savent juste que c'est très douloureux au son des cris qu'elles entendent de leurs camarades qui ont été appelées avant elles. On le retrouve encore pratiqué illégalement en France par des exciseuses ; en Afrique, il s'agit généralement d'une femme de la case des forgerons.

L'exciseuse pratique différents types de mutilations génitales. Tout d'abord, elle va couper le capuchon clitoridien avec un instrument tranchant, que ce soit un couteau de cuisine, une lame de rasoir ou même un tesson de bouteille et ce, parfois en utilisant le même objet sur plusieurs petites filles. C'est ce que l'on appelle la sunna. Elle va ainsi mettre à vue le clitoris qu'elle va pouvoir déraciner, dégager et enfin couper, puis va couper les petites lèvres. Il s'agit ici de ce que l'on appelle l'excision, mutilation la plus répandue. Mais parfois à cette opération l'exciseuse ajoute d'autres actes qui vont consister en l'ablation de la paroi interne des grandes lèvres et en une suture quasi complète du périnée. En effet, les grandes lèvres sont rapprochées et fixées bout à bout avec des épines d'acacia nain (qui mesurent près de 10 cm), entre lesquelles est passé un

lien pour solidifier la suture. Seul un minuscule orifice est préservé à l'arrière pour le passage des urines et du sang menstruel, qui ne sera parfois pas plus gros qu'une allumette ou un minuscule morceau de bambou qui sont habituellement utilisés pour conserver cet espace. La plaie est ensuite recouverte d'un mélange de sucre et de gomme arabique qui forme une colle hermétique. Il s'agit alors de ce que l'on nomme infibulation (ou circoncision pharaonique).

Après ces opérations, les jambes de l'enfant sont attachées l'une à l'autre jusqu'aux chevilles pour qu'elle ne puisse empêcher la cicatrisation lors de ses mouvements.



scène d'excision

1.6. L'état actuel dans le monde [9,14,23,24,25]

Les estimations reposant sur les données de prévalence les plus récentes indiquent qu'en Afrique, 91,5 millions de filles et de femmes de plus de neuf ans vivent actuellement en subissant les conséquences de mutilations sexuelles féminines (Yoder et Khan, 2007). L'Organisation Mondiale de la Santé estime à près de trois millions en Afrique le nombre de filles qui risquent chaque année de subir de telles mutilations (Yoder et al., 2004).

Dans le monde, l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) estime à 130 millions le nombre de femmes excisées et que toutes les quinze secondes une petite fille subit le même sort. Les mutilations sexuelles féminines de types I, II et III ont été recensées dans vingt-huit pays d'Afrique et dans quelques pays d'Asie et du Moyen-Orient (voir carte). Certaines formes de mutilations sexuelles féminines ont également été signalées

dans d'autres pays, y compris parmi certains groupes ethniques en Amérique Centrale et en Amérique du Sud. Les migrations plus fréquentes ont conduit à l'augmentation du nombre de filles et de femmes vivant en dehors de leur pays d'origine qui ont subi des mutilations sexuelles féminines (Yoder et al., 2004) ou qui risquent de subir de telles pratiques.

Certains pays sont retrouvés selon le type de mutilation :

- Le *type I* se retrouve principalement au Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte D'Ivoire, Djibouti, Egypte, Ethiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Ouganda, République Centre Africaine, Sénégal, Sierra Léone, Soudan, Tanzanie, Tchad, Togo, Yémen, ainsi qu'en Australie, Bahreïn, des régions de l'Inde, l'Indonésie, la Malaisie, les Emirats Arabes Unis.
- Le *type II* se retrouve principalement au Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte D'Ivoire, Djibouti, Egypte, Ethiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Ouganda, République Centre Africaine, Sénégal, Sierra Léone, Soudan, Tanzanie, Tchad, Togo, Yémen.
- Le *type III* se retrouve principalement à Djibouti, en Egypte, Ethiopie, Mali, Somalie, Soudan.

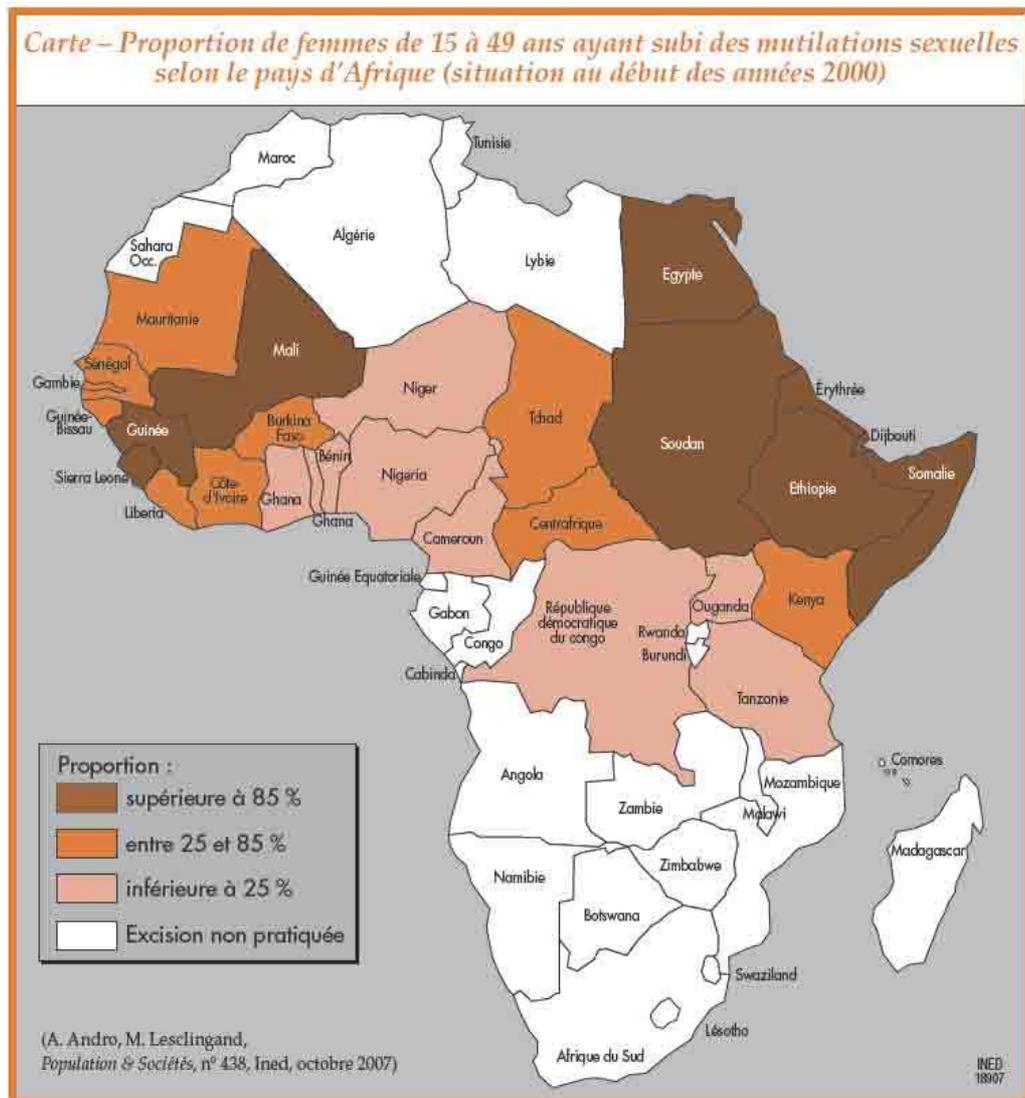
1.7. Répartition géographique [9,14,19,20]

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 Egypte, 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 plus de 120 millions de femmes et de fillettes.

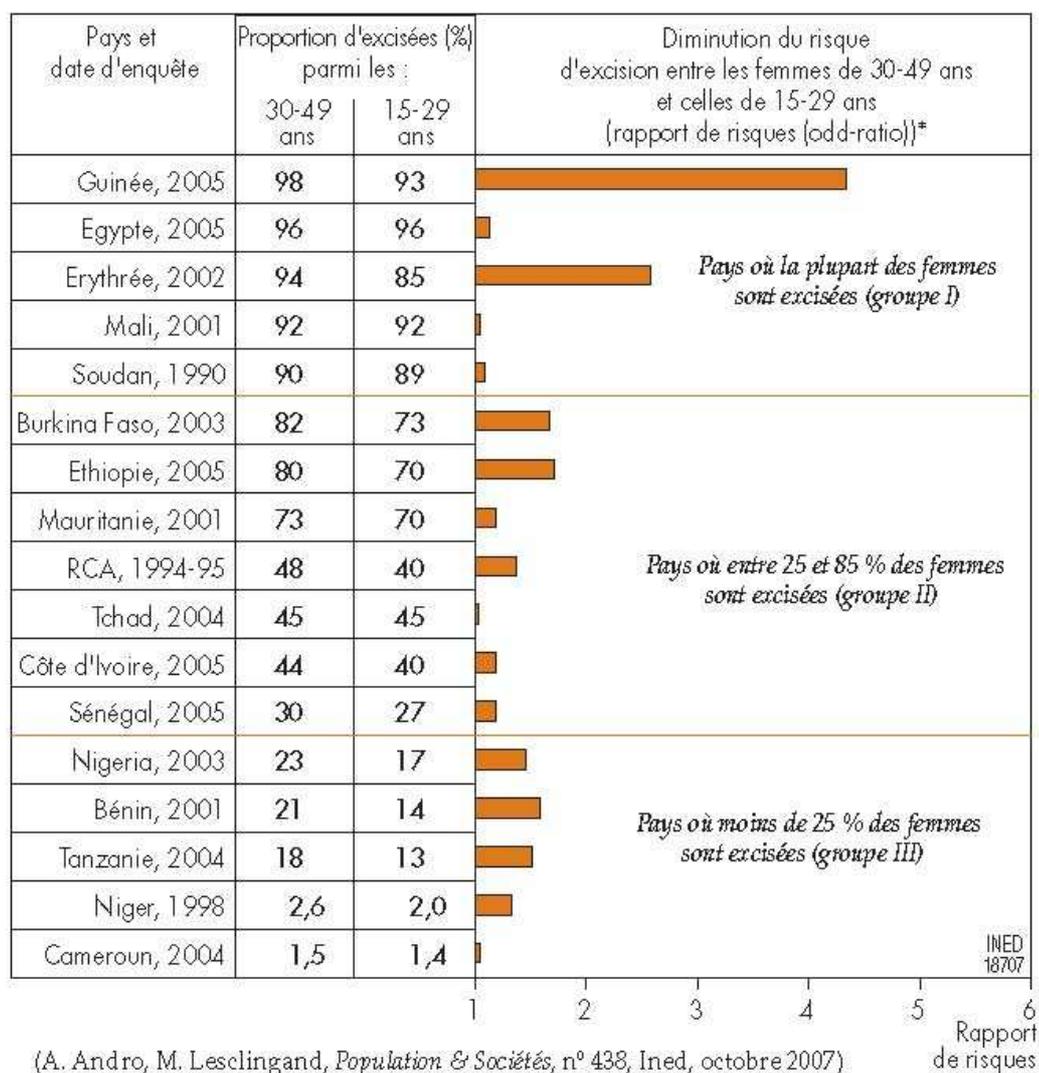
Les mutilations sexuelles féminines sont également observées dans la péninsule arabique, notamment au Yémen et à Oman, ainsi qu'en Malaisie et en Indonésie.

Avec les flux migratoires, on retrouve les populations qui pratiquent les mutilations sexuelles féminines dans plusieurs pays européens. En France, on estime que 60 000 femmes et fillettes sont mutilées ou menacées de l'être. Elles sont notamment originaires de Mali, du Sénégal, de la Mauritanie, de la Gambie et de l'Égypte.



(*Population & Sociétés*, n° 438, Ined, octobre 2007)

Le tableau suivant représente la proportion des femmes excisées par pays africain.



1.8. Raisons invoquées [4,6,10,14,20,21,25]

❖ La coutume

« Cela s'est toujours fait, ma mère, ma grand-mère l'ont fait, donc mes filles seront excisées ». Les hommes considèrent comme impures les femmes non excisées et ne sont pas prêts à les épouser.

❖ **La religion**

Les Mutilations Sexuelles Féminines sont souvent associées à l'Islam car les sociétés qui les pratiquent, principalement en Afrique musulmane, revendiquent la religion pour les justifier alors que ces mutilations ne sont ni recommandées, ni citées dans aucun texte religieux. Elles sont également pratiquées par certains chrétiens coptes ou par des juifs falashas originaires d'Éthiopie vivant actuellement en Israël. Elles précèdent l'ère chrétienne et musulmane. Mohamed n'a d'ailleurs pas fait exciser ses deux filles.

❖ **L'esthétique et la notion de pureté**

Une femme non excisée sera considérée comme impure auprès de ses proches et ne pourra pas se marier. De plus le clitoris étant considéré comme dangereux pour l'homme lors des rapports sexuels et pour l'enfant lors de l'accouchement (qui risque de mourir à son contact), il se doit d'être retiré.

❖ **La virginité et la chasteté**

Une raison couramment invoquée est la diminution du plaisir sexuel féminin permettant de conserver la virginité de la femme avant le mariage ainsi que sa fidélité une fois mariée.

❖ **L'augmentation du plaisir masculin**

Le vagin se trouvant rétréci par certaines mutilations, ceci serait en faveur d'un plaisir masculin augmenté pour certaines ethnies.

❖ **La confirmation de l'identité sexuelle**

Le clitoris est considéré dans certaines populations comme organe d'origine masculine, vestige du fœtus initialement unisexe.

1.9. Législation [4,15,20,21]

❖ Historique

Les accords internationaux les plus importants sur les mutilations sexuelles féminines datent de :

- 1948** : Déclaration universelle des droits de l'homme → **accès à la santé**
- 1984** : Convention internationale sur l'élimination de toutes formes de **discrimination à l'égard des femmes**
- 1986** : Charte africaine des droits de l'homme et des peuples → 50 états ont adhéré à cette charte → **Intégrité physique et morale (Art. 4)**
- 1990** : Convention relative aux droits de l'enfant → 192 pays → **Abolition des pratiques traditionnelles (Art. 24.3) → Santé des enfants (Art. 24)**
- 2003** : Protocole à la charte africaine des droits de l'homme et des peuples → **Interdiction et condamnation de toute forme de MSF (Art. 5).**

❖ Condamnations

En France, les peines prévues par le Code pénal pour l'auteur d'une mutilation sont les suivantes :

Art. 222-9 : 10 ans d'emprisonnement et de 150 000 € d'amende,

Art. 222-10 : 20 ans de réclusion criminelle, si mutilation commise sur un mineur, par un ascendant légitime,

Art. 222-8 : 30 ans de réclusion criminelle, si mort d'un mineur par un ascendant, sans intention de la donner,

Art. 223-6 : 5 ans d'emprisonnement et 750.000 € d'amende, si refus d'assistance à personne en danger.

La loi française s'applique aussi à des faits commis à l'étranger. **Depuis avril 2006**, elle s'applique quelle que soit la nationalité des parents.

Obligation de signalement

Obligation de signalement aux autorités judiciaires ou administratives, des privations ou mauvais traitements à l'égard des mineurs ⇔ Non assistance à personne en danger sous peine de poursuite pénale (prison et amende).

Que faire en cas de menace d'excision de fillettes ou d'adolescentes, en France ou à l'étranger ?

Il faut **appeler** soit :

- le Procureur de la République près du 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.

2. CONSÉQUENCES MÉDICALES DES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES

[10,12,14,20,21]

2.1. À court terme

Elles se retrouvent dans les heures ou les jours qui suivent la mutilation :

- La douleur aiguë provoquée par l'acte lui-même, pouvant aller jusqu'au choc.
- Les lésions des organes voisins (urètre, vagin, périnée postérieure, anus...) sont fréquentes du fait des mouvements de la petite fille. Ces lésions peuvent entraîner des fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales, respectivement responsables d'incontinence urinaire et anale.
- Les saignements sont systématiques et peuvent entraîner une hémorragie sévère si les artères cavernueuses ou l'artère dorsale du clitoris sont sectionnées. L'hémorragie peut entraîner un collapsus ou un choc hémorragique nécessitant une transfusion sanguine.
- Les infections aiguës sont très fréquentes. Elles sont dues aux conditions dans lesquelles est réalisé l'acte qui ne respectent aucune règle d'hygiène, à la nature des pansements traditionnels utilisés et à l'immobilisation prolongée de la fillette qui baigne dans ses urines et ses matières fécales. L'infection aiguë peut rester localisée à type de vulvo-vaginites, de cervicites, de phlegmons, d'abcès vulvo-vaginaux ou pelviens ou d'adénites suppurées.

Elle peut aussi s'étendre à la partie haute de l'appareil génital et au péritoine, engendrant une endométrite, une salpingite, voire une pelvipéritonite.

Enfin, elle peut se généraliser en gangrène gazeuse ou en septicémie et provoquer la mort de la fillette si elle ne reçoit pas les antibiotiques adaptés.

De plus, il y a un risque de transmission du tétanos, du SIDA, des hépatites ou d'autres maladies hématogènes lors de l'utilisation d'un même outil tranchant sur différentes fillettes.

- Le décès des fillettes survient lors d'hémorragies ou d'infections sévères car les moyens de prise en charge ne sont pas adaptés à ce type de complications. Il est de coutume de dire que si une petite fille décède lors de cet acte, il s'agit de la meilleure qui a été rappelée.

2.2. À moyen terme

Elles surviennent dans le ou les mois qui suivent la mutilation :

- La cicatrisation peut être retardée par l'infection de la plaie ainsi que par le contact prolongé avec les urines et les selles.
- L'anémie qui résulte des pertes sanguines.
- Les troubles urinaires à type de dysurie ou de rétention d'urine sont fréquentes et peuvent entraîner une infection des voies urinaires.
- Les infections génitales basses à type de vulvo-vaginite, de cervicite sont fréquentes et peuvent engendrer des infections génitales hautes.
- Les chéloïdes vulvaires (bourrelets cicatriciels épais et fibreux) sont très souvent retrouvées.

2.3. À long terme

- Le kyste dermoïde sous-cutané est la complication à long terme la plus fréquente. Il résulte de l'inclusion d'épiderme ou de glandes sudoripares dans la cicatrice. Il s'agit d'une pathologie bénigne mais qui peut être très invalidante car le kyste, peut atteindre la taille d'une orange et est alors très douloureux.
- Les algies pelviennes chroniques sont elles aussi fréquentes.
- Les dyspareunies sont très souvent décrites.
- L'hématocolpos (*rétention de sang dans le vagin*), dû à la difficulté d'élimination des menstrues, du fait de l'étroitesse de l'orifice vaginal se retrouve en cas d'infibulation.

- Les infections chroniques des voies urinaires par obstruction du méat urétral par un pont cicatriciel dans certaines mutilations de type II et dans les infibulations entraînent des affections chroniques des voies urinaires.

3. CONSÉQUENCES OBSTÉTRICALES DES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES [13]

3.1. Étude de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) : « Mutilations génitales féminines et devenir obstétrical : étude prospective concertée dans six pays africains » (Groupe d'étude OMS sur les mutilations génitales féminines et le devenir obstétrical)

Malgré les conséquences précédemment décrites de nombreuses enquêtes montrent que les mutilations sexuelles féminines ont également une incidence négative au cours du travail et de l'accouchement ; ainsi que l'étude relatée ci-après le montre.

Pour la réalisation de cette étude, 28 393 femmes se présentant pour une naissance unique entre novembre 2001 et mars 2003 dans 28 centres d'obstétrique au Burkina Faso, au Ghana, au Kenya, au Nigéria, au Sénégal et au Soudan, ont été examinées avant l'accouchement pour vérifier si elles avaient subi des mutilations ou pas, et ont été classées selon le système de l'OMS :

- mutilation de type I, excision du prépuce, avec ou sans excision partielle ou totale du clitoris ;
- mutilation de type II, excision du clitoris, avec excision partielle ou totale des petites lèvres ;
- mutilation de type III, excision partielle ou totale des organes génitaux externes et suture ou rétrécissement de l'orifice vaginal (infibulation). Des informations prospectives sur les facteurs démographiques, sanitaires et génétiques ont été recueillies. Les participantes et leurs nouveau-nés ont été suivis jusqu'à la sortie de la mère de l'hôpital.

Au total, 1760 femmes (6 %) ont été accouchées par césarienne et 1970 (7 %) ont présenté une hémorragie du postpartum d'au moins 500 ml. Les femmes ayant subi une mutilation de type II ou III avaient une probabilité significativement plus élevée de devoir accoucher par césarienne ou d'avoir une hémorragie du postpartum d'au moins 500 ml ou plus que celles qui n'avaient pas eu de mutilation

Chez les primipares, la proportion de celles ayant eu une épisiotomie allait de 41 % chez celles qui n'avaient pas eu de mutilation à 88 % pour celles ayant subi une mutilation de type III ; chez les multipares, les proportions étaient respectivement de 14 % et 61 %.

Chez les femmes n'ayant pas eu d'épisiotomie, les Risques Relatifs de déchirure périnéale pour les primipares ont été de 1,31 pour les mutilations de type I, 1,92 pour les mutilations de type II et 3,19 pour les mutilations de type III, par comparaison avec les femmes sans mutilation. Chez les multipares, les Risques Relatifs ont été de 1,37 pour les mutilations de type I, 2,17 pour les mutilations de type II et 1,93 pour les mutilations de type III, par comparaison avec les femmes sans mutilation.

Le nombre de femmes décédées pendant l'hospitalisation a été de 54 (0,19 %), dont 9 (0,13 %) chez celles sans mutilation, 15 (0,22 %) chez celles avec une mutilation de type I, 23 (0,30 %) chez celles avec une mutilation de type II et 7 (0,11 %) chez celles avec une mutilation de type III.

Pour les nouveau-nés, 2 861 (10 %) pesaient moins de 2500 g à la naissance, 2239 (8 %) sont nés vivants mais ont dû être réanimés, et 1400 (5 %) sont mort-nés ou sont décédés peu après la naissance. Il n'y a pas de relation significative entre les mutilations génitales et le risque d'avoir un nouveau-né de moins de 2500 g. Le Risque Relatif d'avoir un enfant ayant besoin d'une réanimation à la naissance a été significativement plus élevé chez les femmes ayant subi une mutilation de type II ou III que chez celles n'ayant pas eu de mutilation. Le Risque Relatif global (tous types de mutilations confondus) de décès périnatal est nettement plus élevé pour les enfants des femmes ayant subi une mutilation de type II ou III, que pour les enfants des femmes n'ayant pas eu de mutilations. Pour les enfants nés vivants, il n'y a pas eu de différences significatives dans la proportion de nouveau-nés ayant un indice d'Apgar inférieur à 4 selon que la mère avait subi ou non une mutilation, pas plus que l'on a observé de différences significatives dans la proportion d'enfants nés vivants et décédés avant la sortie de la mère de l'hôpital.

Cette étude montre qu'il y a davantage d'épisiotomies ou encore de déchirures périnéales chez les femmes mutilées. Ces résultats vont être évalués dans l'enquête relatée ci-après.

Deuxième partie : éléments d'études

1. PRÉSENTATION DES ÉTUDES

1.1. Problématique

En France, la sage-femme se trouve au cœur d'une équipe pluridisciplinaire qui prend en charge les femmes mutilées sexuellement. Elle occupe une place en lien direct avec les incidences obstétricales négatives de ces mutilations lors du travail et de l'accouchement. Dans ce contexte, il s'agit de déterminer comment assurer et adapter sa prise en charge des mères en péri-partum ainsi que sa mission de prévention envers les petites filles à naître.

1.2. Hypothèses

La lecture de différents écrits sur le sujet a permis de mettre en avant des hypothèses servant de trame au mémoire :

- Il existe des incidences négatives sur le rythme cardiaque fœtal en cas de mutilation sexuelle féminine.
- Il existe des complications plus fréquentes sur l'état du périnée des femmes mutilées.
- Il est possible de mettre en place une prise en charge médicale et sociale particulière envers ces patientes.

1.3. Objectifs

L'objectif de cette étude consiste à déterminer comment :

- sensibiliser les professionnels exerçant autour de l'accouchement sur le thème des Mutilations Sexuelles Féminines.
- définir une prise en charge particulière spécifique à ces patientes aux vues
 - o des recommandations établies,
 - o de l'expérience des professionnels recueillie
 - o et des résultats de l'étude des dossiers obstétricaux.

1.4. Choix de la population

La première partie de la recherche s'est basée sur l'étude, dans deux maternités de la région parisienne (Créteil, maternité de niveau 3 réalisant 2500 accouchements par an et Les Lilas, maternité de niveau 1 réalisant 1630 accouchements par an), de dossiers de femmes mutilées sexuellement et de dossiers de femmes africaines non mutilées à parité égale afin de pouvoir comparer les antécédents et le déroulement de l'accouchement.

La seconde partie de la recherche est basée sur la distribution d'un questionnaire aux professionnels travaillant autour de l'accouchement, dans les maternités de Nanterre et Créteil, afin de faire état de ce qui est mis en place actuellement dans la prise en charge des femmes mutilées.

1.5. Mode de recueil de données

La première phase a été réalisée sur cinq mois et a permis de recueillir 896 dossiers de femmes africaines qui, une fois ces dossiers exploités a mis en évidence dix dossiers de femmes mutilées. Il a ensuite été décidé de sortir dix dossiers de femmes non mutilées à parité égale afin de pouvoir en comparer les accouchements.

Pour la seconde phase vingt-et-une sages-femmes et quatre gynécologues-obstétriciens ont été sollicités sur la base du questionnaire à propos :

- des difficultés à aborder un tel sujet,
- d'une éventuelle prise en charge particulière de ces patientes,
- de l'orientation des patientes vers des associations particulières
- du rôle de prévention de ces professionnels.

2. RÉSULTATS DES ÉTUDES

2.1. Première enquête : étude quantitative par exploitation des dossiers obstétricaux.

LIEUX D'ENQUÊTE :

	Femmes mutilées	Femmes non mutilées
Créteil	9/780	9
Les Lilas	1/116	1

DATES D'ACCOUCHEMENT :

	Femmes mutilées	Femmes non mutilées
2005	1	1
2006	0	0
2007	3	5
2008	6	4

ORIGINE ETHNIQUE :

	Femmes mutilées	Femmes non mutilées
Sénégal	4	5
Mali	5	1
Libéria	1	0
Congo	0	3
Zaïre	0	1

VIT EN FRANCE DEPUIS :

	Femmes mutilées	Femmes non mutilées
Moins d'un an	1	1
1 à 6 ans	0	0
7 à 11 ans	0	0
Plus de 11 ans	2	0
Non renseigné	7	9

AGE :

	Femmes mutilées	Femmes non mutilées
Moins de 15 ans	0	0
16 à 20 ans	0	0
21 à 25 ans	3	3
26 à 30 ans	3	2
31 à 35 ans	1	2
36 à 40 ans	2	
Plus de 40 ans	1	3

PARITE ET GESTITE :

	Femmes mutilées	Femmes non mutilées
Ig Ip	1	1
IIg IIp	1	3
IIIg IIIp	1	1
Vg Vp	0	1
VIg Vip	1	1
VIIg VIIp	2	0
IVg Ip	1	0
IIg Ip	1	0
Vg IIp	1	0
IIIg IIp	1	1
Vg IIIp	0	1

TYPE DE MUTILATION :

	Femmes mutilées
Type 1	0
Type 2	9
Type 3	0
Type 2 + 3	1
Type 4	0

- TYPE 1 : ablation du prépuce et d'une partie ou de la totalité du gland du clitoris.
 TYPE 2 : excision du clitoris avec excision partielle ou totale des petites lèvres.
 TYPE 3 : infibulation avec fermeture quasi-complète de l'orifice vulvaire.
 TYPE 4 : tous les autres procédés de mutilation sexuelle féminine.

ANTÉCEDENTS OBSTÉTRICAUX :

			Femmes mutilées	Femmes non mutilées
Fausse Couche Spontanée	Evacuation spontanée		3	/
	Avec curetage évacuateur		/	/
	TERME	Avant 12 SA	/	/
		12 à 22 SA	/	/
Interruption Volontaire de Grossesse	Médicamenteuse		1	/
	Chirurgicale		3	2
Mort Fœtale In Utéro	TERME	22 à 30 SA	/	/
		31 à 35 SA	/	/
		36 à 38 SA	/	/
		39 à 41 SA	/	/
	Etiologie		/	/
			/	/
Grossesse Extra Utérine			1	/

SA = Semaines d'Aménorrhée

ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS :

			Femmes mutilées	Femmes non mutilées
SOUFFRANCE FŒTALE	Anomalie du Rythme Cardiaque Fœtal		/	/
	Liquide Amniotique Teinté		/	/
Accouchement Voie Basse			18	22
CESARIENNE	MOTIF	Siège	1	/
		Stagnation de la dilatation	/	/
		Souffrance fœtale	2	/
VENTOUSE	MOTIF	Non progression de la présentation	/	/
		Efforts Expulsifs Insuffisants	/	/
FORCEPS	MOTIF	Non progression de la présentation	/	1
		Efforts Expulsifs Insuffisants	1	/
Délivrance Normale Complète			20	22
Délivrance Artificielle/Révision Utérine			/	/
Révision Utérine			/	1
Episiotomie			/	2
DECHIRURE	MOTIF	1a	5	1
		1b	/	/
		1c	/	/
		2	/	/

*Type de déchirure : (à préciser dans le tableau)

1 = simple : situation : a. périnée postérieur

b. périnée antérieur

c. autre (à indiquer)

2 = complète

3 = complète compliquée

NOUVEAU-NES :

		Femmes mutilées	Femmes non mutilées
TERME	< 35 SA	/	1
	35 à 37 SA	/	1
	38 à 40 SA	1	7
	41 SA	20	14
	Post-terme	1	/
POIDS NOUVEAU-NES	≤ 2500g	2	3
	2500g à 3000g	2	6
	3000g à 3500g	15	10
	3500g à 4000g	2	3
	≥ 4000g	/	1
	Non renseigné	1	/
TAILLE NOUVEAU-NES	≤ 45 cm	/	/
	46 à 48 cm	/	/
	49 à 51 cm	/	/
	52 à 54 cm	/	/
	≥ 55 cm	/	/
	Non renseigné	21	17
SEXE	Fille	18	11
	Garçon	4	12
TRANSFERT	MOTIF	/	/
		/	/

SA = Semaines d'Aménorrhée

ANTECEDENTS MEDICAUX

	Femmes mutilées	Femmes non mutilées
Hépatite B chronique	1	/
Paludisme	/	1

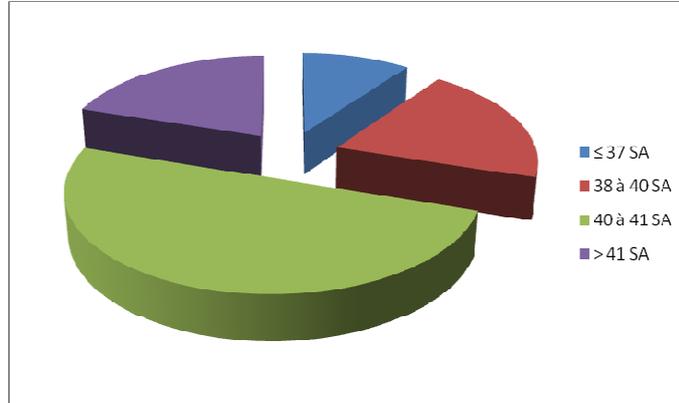
HOSPITALISATION EN COURS DE GROSSESSE

	Femmes mutilées	Femmes non mutilées
Menace d'Accouchement Prématuré	/	1 : 4jours à 27 SA
Grossesse non suivie	/	1

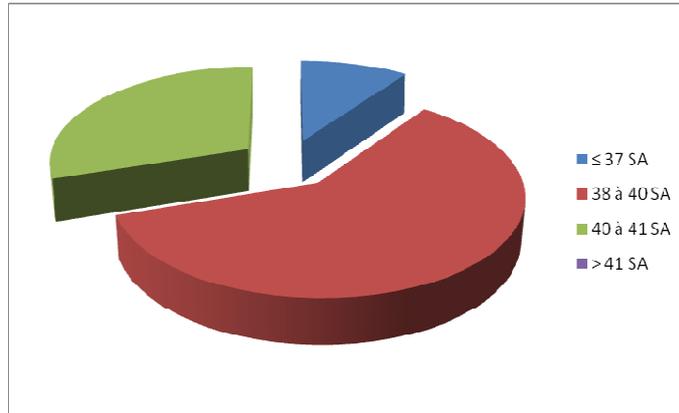
ACCOUCHEMENT :

TERME :

Terme de l'accouchement chez les femmes mutilées :



Terme de l'accouchement chez les femmes non mutilées :



SA = Semaines d'Aménorrhée

TRAVAIL :

		Femmes mutilées	Femmes non mutilées	
SPONTANE		6	9	
DECLENCHE	MOTIF	Pré-éclampsie		
		Terme Dépassé	2	
		Anomalie du Rythme Cardiaque Fœtal	/	/
		Rupture Prématuration des Membranes	/	1
		Chorioamniotite	1	
DUREE	≤ 3h	3	1	
	4 à 7h	4	6	
	8 à 11h	2	1	
	≥ 12h	/	/	
Ocytociques		7	4	
Analgésie Péridurale		8	7	

POCHE DES EAUX :

		Femmes mutilées	Femmes non mutilées
Rupture Spontanée de la Poche des Eaux		5	3
Rupture Artificielle de la Poche des Eaux		4	7
DUREE D'OUVERTURE DE L'ŒUF	≤ 2h	2	4
	3 à 5h	5	4
	6 à 8h	1	2
	9 à 11h	1	/
	≥ 12h	/	/

LIQUIDE AMNIOTIQUE :

		Femmes mutilées	Femmes non mutilées
LA CLAIR		9	3
LA TEINTE	JAUNE	1	5
	VERT	/	1
LA MECONIAL		/	1

LA = Liquide Amniotique

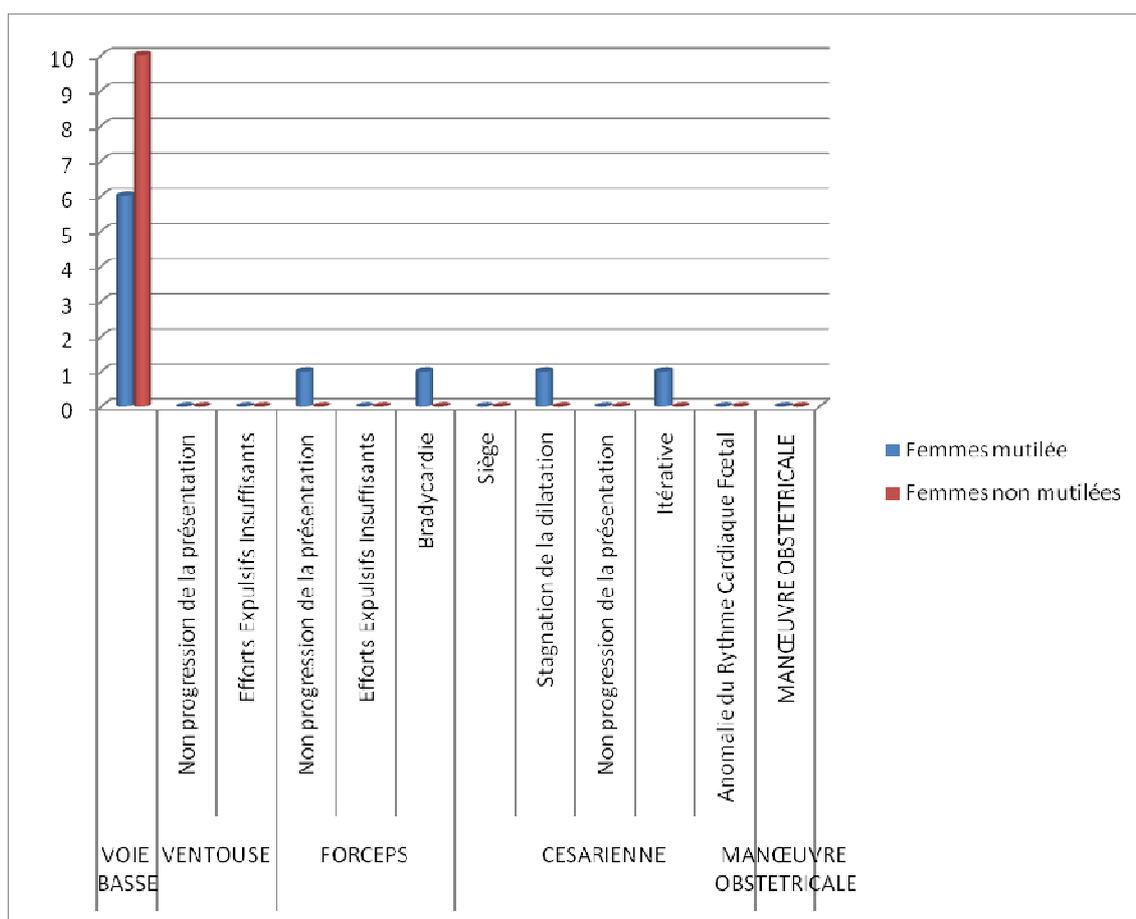
BIEN-ETRE FCETAL :

		Femmes mutilées	Femmes non mutilées
Rythme Cardiaque Fœtal normal		8	5
Anomalie du Rythme Cardiaque Fœtal	Ralentissements	1	5
	Bradycardie	1	/
	Tachycardie	/	/
pH fœtal		/	/
Oxymétrie de pouls fœtal		/	/

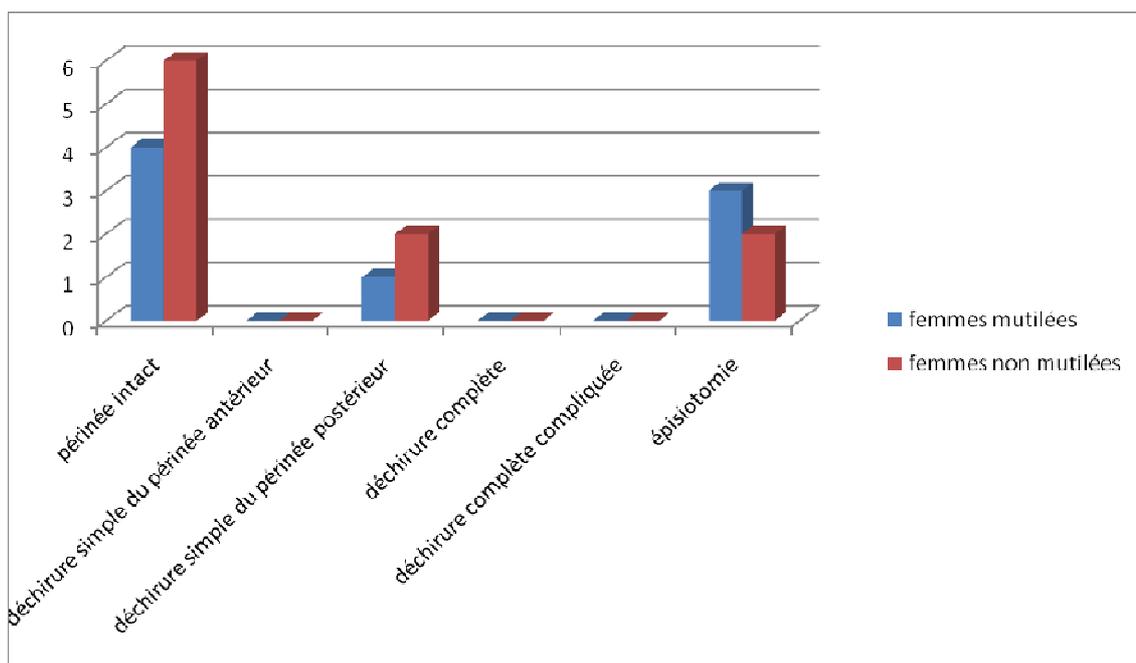
MANŒUVRE LIEE A LA MUTILATION :

DESINFIBULATION	0
-----------------	---

MODE D'ACCOUCHEMENT



PERINEE :



DELIVRANCE :

			Femmes mutilées	Femmes non mutilées
Délivrance Normale Complète			8	9
Délivrance Artificielle/Révision Utérine	MOTIF	Hémorragie	/	1
		Non délivrance après 30min	/	/
Révision Utérine	MOTIF	Placenta incomplet	/	/
		Hémorragie du Post-Partum Immédiat	/	/
		Systématique Vip	1	/

ENFANT A LA NAISSANCE :

		Femmes mutilées	Femmes non mutilées
SEXE	Fille	8	4
	Garçon	2	6
POIDS	≤ 2500g	1	2
	2600g à 3000g	1	1
	3000g à 3500g	6	4
	3500g à 4000g	2	3
	≥ 4000g	/	/
TAILLE	≤ 45cm	1	2
	46 à 48cm	1	1
	49 à 51cm	6	7
	≥ 52cm	2	/
PERIMETRE CRANIEN	≤ 30cm	1	/
	31 à 33cm	2	5
	34 à 36cm	7	5
	≥ 37cm	/	/

			Femmes mutilées	Femmes non mutilées
APGAR	A 1 minute	0 à 3	/	/
		3 à 6	/	/
		6 à 9	5	3
		10	5	7
	A 5 minutes	0 à 3	/	/
		3 à 6	/	/
		6 à 9	1	/
		10	9	10
REANIMATION IMMEDIATE			/	/
pH AU CORDON	Physiologique		5	2
	Pathologique		2	5
TRANSFERT	Maternité		9	9
	Néonatalogie		1	/
BOSSE SEROSANGUINE			/	/
CEPHALHEMATOME			/	/
ALLAITEMENT	Maternel		10	9
	Artificiel		/	1

SUITES DE COUCHES :

IMMEDIATES :

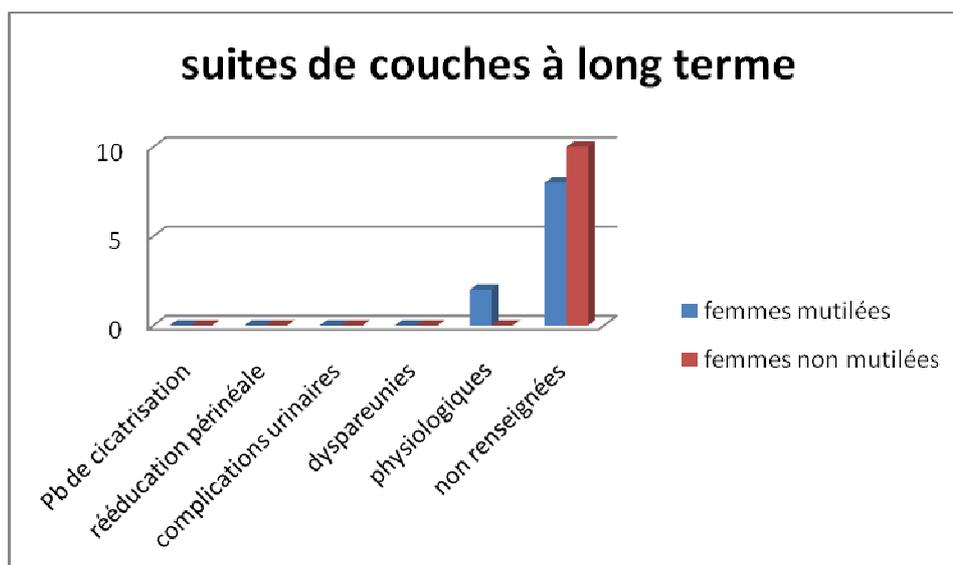
POUR LA MERE :

		Femmes mutilées	Femmes non mutilées
PHYSIOLOGIQUES		10	9
PATHOLOGIQUES	Hellp syndrome	/	1 à J2

1ers JOURS DE VIE DU NOUVEAU-NE :

		Femmes mutilées	Femmes non mutilées
PHYSIOLOGIQUES		10	10
PATHOLOGIQUES		/	/

A LONG TERME :



2.2. Seconde enquête : enquête qualitative auprès de 21 sages-femmes et 4 gynécologues-obstétriciens.

- Quelle est votre profession ?

Sage-Femme	21
Gynécologue-Obstétricien	4
Puéricultrice	0

- Quel est votre secteur d'activité ?

Salle de naissances	19
Protection Maternelle et Infantile	5
Suites de Couches	10
Libéral	1
Sage-Femme cadre Salle de Naissances et Suites de Couches	1

- Avez-vous dans votre carrière souvent été confronté(e) à la prise en charge de patientes mutilées ?

< 5 fois	7
Entre 5 et 10 fois	6
>10 fois	8

- Difficultés à aborder le sujet avec la femme

Barrière de la langue	4
Femmes qui ignorent qu'elles sont excisées	2
Sujet difficile à aborder	1
Réticence personnelle à aborder un sujet si douloureux	1
Patientes peu loquaces sur le sujet, surtout en Salle de Naissance	1
Gênée par la présence du mari ou de la famille	1
Vécu difficile, donc difficulté à aborder sujet	1
Patiente ne veut pas en parler	1
Peur que la patiente se sente jugée	1
NON	17

- **Prise en charge particulière au niveau du discours**

Prévenir des risques de déchirure et d'épisiotomie plus fréquents	1
Si fille à naître, on parle de la pratique de l'excision afin de la prévenir	5
Information sur la législation française	5
Savoir s'il reste des traumatismes psychologiques de cette mutilation	1
En parler systématiquement « ce n'est ni un secret, ni une honte »	1
Rechercher le désir de reproduire l'acte	1
Rediriger vers un spécialiste de la reconstruction si la femme le désire	1
Parler de sa propre expérience	1
Aborder les circonstances de la mutilation	1
Enquête socio-familiale pour prévention	1
Explications à l'aide de schémas	1
Savoir si elle a conscience de la mutilation	1
Se renseigner pour les filles de la famille	1
NON	13

- **Prise en charge particulière à propos des actes**

Episiotomie systématique en cas d'excision	3
Attention à une bonne anesthésie	1
Pas de point sur des éraillures non hémorragiques	1
Pas de toucher vaginal systématique en consultation	1
Episiotomie non systématique, mais d'indication facile	10
Attention particulière lors du dégagement de la tête et des épaules	1
Accouchement en Décubitus Latéral Gauche si excision car sollicite moins le périnée postérieur	1
Examens le moins souvent possible	1
NON	10

- **Orientation des patientes vers des associations particulières**

Quelles associations ?

GAMS (Groupement pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles)	3
Chirurgie réparatrice	6
NON	16

Dans quel but ?

Prévention pour les petites filles à naître	2
En cas de conflit avec le milieu familial	1
Pour qu'elles puissent obtenir des informations et un soutien psychologique	1

- **Risques pour les petites filles à naître**

Que leur dites-vous ?

Illégalité du geste	13
Risques d'infection	3
Douleurs ++	1
Risques de décès	2
Conséquences pour l'avenir des petites filles	1
Risques pour la santé	6
Risques psychologiques	1
Attention aux vacances au pays	1
Touche l'intégrité du corps	2
Prise de conscience de leur corps	1
Demande leur position quant à la prise en charge de leur fille	2
Elles doivent protéger leurs filles !	1
Conséquences sur la sexualité	1
OUI	24
NON	0

*Troisième partie : comment prendre en charge
ces patientes de manière adaptée ?*

1. ANALYSE DES ELEMENTS CLES A L'ISSUE DES ETUDES :

1.1 Étude quantitative par exploitation des dossiers obstétricaux afin de mettre en évidence les incidences des mutilations sexuelles féminines.

Le nombre de dossiers obtenus pour cette étude étant relativement faible, les résultats ne peuvent être statistiquement représentatifs. Ils donnent toutefois une base à confronter à des études réalisées à plus grande échelle.

Tout d'abord, les données recueillies ont montré que dans l'immense majorité des cas, la date de migration de ces femmes n'est pas renseignée. De plus, l'excision est le type de mutilation le plus souvent retrouvé. Par ailleurs, les femmes mutilées ont présenté dans leurs antécédents un nombre légèrement plus élevé de fausses couches spontanées, ainsi que de césariennes et de déchirures du périnée postérieur.

D'autre part, l'étude des accouchements a mis en évidence un nombre élevé de petites filles nées de femmes mutilées sexuellement, ce qui rappelle le rôle de prévention important que peuvent tenir les professionnels de santé entourant ces naissances.

Cette étude n'a pas montré de différence significative quant à la durée du travail chez les femmes mutilées ou non. Cependant, les études réalisées à plus grande échelle ont permis de mettre en évidence une durée significativement plus longue de la deuxième phase du travail. Les ocytociques ont toutefois été davantage utilisés chez les femmes mutilées.

L'exploitation des données a fait apparaître davantage de liquide amniotique teinté chez les femmes non mutilées, mais un nombre un peu plus élevé de césariennes et de forceps chez les femmes mutilées.

Il n'y a pas eu de différence significative quant à la pratique de l'épisiotomie chez les femmes mutilées par rapport aux femmes non mutilées, de même quant aux déchirures.

Enfin, un Apgar légèrement inférieur chez les enfants de femmes mutilées par rapport à ceux de femmes non mutilées est à noter.

1.2 Étude qualitative réalisée auprès de 21 sages-femmes et 4 gynécologues-obstétriciens, afin de connaître leur prise en charge de ces femmes.

Les réponses au questionnaire ont montré que dix-sept praticiens sur vingt-cinq n'ont pas de difficulté à aborder le sujet avec la patiente. Les autres présentent diverses raisons invoquant leur gêne à en parler, comme par exemple la barrière de la langue ou encore le fait que certaines femmes ignorent qu'elles sont excisées.

La grande majorité des praticiens n'adopte pas un discours particulier face à ces patientes. Malgré tout, le sujet est systématiquement abordé lorsque l'enfant à naître ou né est une petite fille pour échanger sur la prévention de la pratique de l'excision en rappelant surtout l'illégalité du geste et la législation française.

Une petite moitié des praticiens interrogés (dix) ne met pas en œuvre de prise en charge particulière au niveau de leurs actes.

Dix autres pensent que l'épisiotomie ne doit pas être systématique mais d'indication facile. Toutefois, trois professionnels de la santé disent pratiquer une épisiotomie systématique en cas d'excision, ce qui n'est pas recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé.

La majorité des professionnels interrogés n'oriente pas les femmes mutilées qu'ils rencontrent vers des associations spécifiques, seulement trois parlent du Groupement pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles féminines (G.A.M.S.)¹ à leurs patientes. Par contre, six d'entre eux abordent le sujet de la chirurgie réparatrice.

1.3 Démonstration des hypothèses

Les deux premières hypothèses énoncées précédemment ne sont pas démontrées par la première partie de l'enquête. En effet, les résultats obtenus ne montrent pas davantage d'anomalies du rythme cardiaque fœtal chez les enfants de femmes mutilées, ni même davantage de déchirures périnéales.

Par contre, il a été retrouvé un nombre plus important d'épisiotomies réalisées chez ces femmes.

Cependant, ces résultats sont à modérer et doivent être confrontés à d'autres études à plus grande échelle. L'étude O.M.S. déjà décrite, démontre davantage de déchirures du périnée chez les femmes mutilées.

La seconde enquête permet d'affirmer la dernière hypothèse formulée. En effet, il a été mis en évidence que certains professionnels adaptent leur prise en charge en présence de femmes mutilées.

En uniformisant les pratiques il serait possible d'améliorer l'efficacité de la prise en charge de ces patientes.

¹ Le G.A.M.S. est une association spécialisée dans la prise en charge et l'orientation des femmes ayant subi des mutilations sexuelles.

2. LA PLACE DE LA SAGE-FEMME FACE AUX FEMMES MUTILÉES.

Le thème des mutilations sexuelles féminines n'est que peu abordé lors des études de sage-femme.

Pourtant, la circulaire DSG/SD 2C n°2006-529 du 13 décembre 2006 relative à la formation des professions de santé dans le cadre du plan de lutte contre les mutilations sexuelles féminines (annexe 3) stipule que 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. Cette circulaire propose d'intégrer ce thème 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.

La sage-femme, de par sa place de proximité auprès des patientes se trouve au cœur même du problème notamment dans le lien de femme à femme qui se crée.

En effet, elle accompagne les femmes dans leur intimité lors de la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, ce qui lui permet d'établir un lien privilégié avec elles.

Il paraît donc important de respecter la circulaire afin de sensibiliser et de former la sage-femme sur ce thème afin qu'elle puisse adopter une prise en charge adaptée.

Mais, elle n'est pas seule à gérer ce genre de situation. En effet, elle se trouve au sein d'une équipe pluridisciplinaire dans laquelle évoluent :

- des auxiliaires de puériculture et des puéricultrices. Ces dernières ont aussi une place importante auprès des femmes, à travers les soins dispensés aux enfants. Elles

ont notamment un rôle très important dans la prévention des mutilations sexuelles féminines, lorsque l'enfant est une petite fille.

- des médecins gynécologues-obstétriciens et pédiatres pouvant servir de référents et d'aide dans des situations difficiles
- ainsi que des psychologues qui peuvent intervenir auprès des femmes ou des professionnels afin de les soutenir dans leur vécu difficile.

Enfin, deux acteurs restent importants dans la prise en charge des femmes mutilées :

- la Protection Maternelle et Infantile qui prend en charge autant les femmes durant leur grossesse que les enfants une fois nés
- les associations mises en place pour aider ces femmes vers qui l'on peut orienter ces patientes.

Malgré tout, des questions récurrentes persistent : que faut-il dire ou ne pas dire ?
Comment aborder un sujet aussi sensible ?

3. LES INCIDENCES NÉGATIVES DES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES.

Selon différentes études parfois controversées, il a été montré, d'une part, que la deuxième partie du travail est légèrement allongée chez les femmes mutilées.

L'étude De Silva, en 1989, met en évidence une prolongation significative de la seconde phase du travail de 90 minutes pour les primipares et de 60 minutes pour les multipares mutilées comparativement aux femmes non mutilées.

Cet allongement du travail a des conséquences sur le rythme cardiaque fœtal de par l'hypoxie qu'il crée ; ainsi que sur l'incidence des hémorragies du post-partum immédiat de par la fatigue musculaire qu'il implique.

D'autre part, les mutilations sexuelles féminines ont une incidence sur l'état du périnée des femmes. En effet, on constate davantage de déchirures du périnée postérieur et antérieur ainsi qu'au niveau du noyau fibreux central du périnée qui sont peu visibles mais dommageables pour la suite.

De plus, il a été montré que les épisiotomies sont plus souvent réalisées chez les femmes mutilées soit des épisiotomies préventives, soit des épisiotomies induites par des manœuvres obstétricales que sont les forceps et les ventouses.

Ces incidences négatives majeures nécessitent d'être diminuées notamment par la mise en place d'une prise en charge adaptée et par la réduction, au maximum, de la deuxième phase du travail.

4. PROPOSITIONS VISANT A ÉTABLIR UNE PRISE EN CHARGE MÉDICALE ADAPTÉE.

Comme cela a été évoqué précédemment, il convient d'établir une proposition de prise en charge adaptée afin de diminuer, au maximum, les incidences négatives des mutilations sexuelles.

Tout d'abord, l'Organisation Mondiale de la Santé ne recommande pas une épisiotomie systématique mais du fait que les déchirures du périnée postérieur et antérieur et du noyau fibreux central du périnée sont plus souvent retrouvées, cela orienterait vers une pratique de l'épisiotomie d'indication facile.

D'autre part, il paraît primordial de préparer ces femmes à leur accouchement. Il semble important de vraiment veiller à les orienter vers des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Ces femmes portent en elles un vécu difficile et douloureux qu'il conviendra de ne pas éveiller lors de l'accouchement.

L'aide peut venir :

- d'une préparation à la naissance et à l'accouchement adaptée afin qu'elles puissent exprimer leurs angoisses avant le moment même de l'accouchement, pour en améliorer le vécu.
- de la mise en place d'une analgésie péridurale (APD) qui permettrait de ne pas réveiller des souffrances passées. En effet, la douleur ressentie lors de l'accouchement pourrait rappeler à ces femmes ce moment si douloureux, vécu la plupart du temps durant leur enfance.

Comme il a été décrit précédemment, la deuxième phase du travail semble allongée chez les femmes mutilées, ce qui induit,

- d'une part, une hypoxie fœtale dont les conséquences sont des séquelles neurologiques et une mort fœtale au cours du travail,
- et d'autre part, un risque majoré d'hémorragies du post-partum immédiat, ce qui pourrait induire un travail dirigé afin de diminuer cette durée du travail et la pratique

de la délivrance dirigée systématique afin de diminuer le risque d'atonie utérine.

De nombreuses études montrent que l'accouchement dans la position en décubitus latéral gauche (DLG) permet de moins solliciter le périnée. Une telle position pour l'accouchement pourrait diminuer l'incidence des déchirures du périnée postérieur et antérieur ainsi que du noyau fibreux central du périnée.

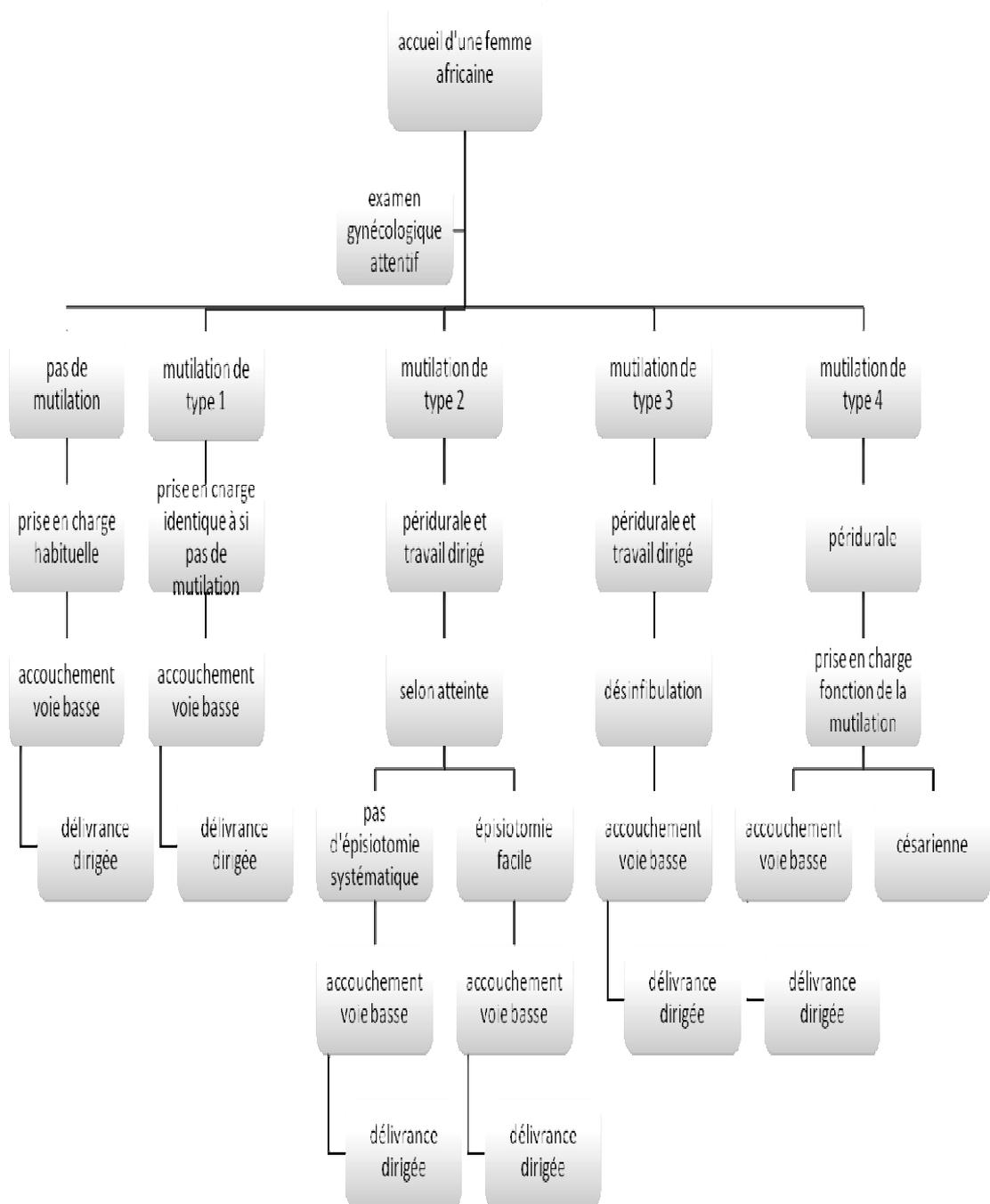
De plus, en cas d'infibulation, il conviendra de pratiquer une désinfibulation (*acte qui consiste à couper le pont cicatriciel formé jusqu'à l'apparition du méat urinaire puis suture des deux berges de part et d'autre de l'orifice vaginal mis à nu*) avant tout accouchement ou même avant une césarienne programmée ou en urgence afin de pratiquer un sondage urinaire à demeure.

Ensuite, il conviendra de mettre en place des séances de rééducation périnéale afin de diminuer les risques d'incontinence urinaire et d'incontinence anale qui sont relativement plus fréquentes chez les femmes mutilées.

Il est, aussi, important de proposer à ces patientes une prise en charge psychologique, de donner des informations sur les associations existantes ainsi que sur les techniques de réparation clitoridienne. Il faut alors mettre à profit la proximité de femme à femme qui peut être établie afin de préparer les femmes à une autre vision des choses, et de voir si elles sont prêtes à changer les choses, avec en premier lieu l'orientation vers des associations et vers la chirurgie réparatrice.

Enfin, en cas de naissance d'une petite fille ou d'une patiente âgée de moins de 18 ans, il conviendra d'effectuer un signalement à la Protection Maternelle et Infantile ainsi que si nécessaire au Procureur de la République.

Organigramme résumant, à l'issue de l'enquête, la prise en charge des femmes africaines lors de l'accouchement.



5. PROPOSITIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE SOCIALE ADAPTÉE.

L'organisation de groupes de parole spécifiques de femmes africaines encadrés par une femme de la même origine, parlant les mêmes dialectes permettrait d'aborder le sujet et notamment d'entendre leurs difficultés, leurs volontés vis-à-vis de leurs enfants. Ces groupes de parole sont mis en place dans un service de Protection Maternelle et Infantile à Nanterre dans les Hauts de Seine, tous les deuxièmes jeudis du mois. Mais le personnel se trouve confronté au fait que les échanges sont variés mais n'abordent jamais les mutilations sexuelles féminines.

De plus, il est important d'orienter les femmes vers des associations spécifiques qui les conseilleront en fonction de leur demande. La plus connue et la plus développée des associations est le Groupe de femmes pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles et autres pratiques affectant la santé des femmes et des enfants. Le G.A.M.S est constitué de femmes africaines et de femmes françaises ayant des compétences dans les champs de la santé, du social, de l'éducation, et une longue expérience de prévention des mutilations sexuelles féminines. Cette association est financée par le Service des Droits des Femmes et le Fonds d'Action Sociale.

Une action significative déjà réalisée par le G.A.M.S. est qu'à la demande des parents et avec l'aide de la Protection Maternelle et Infantile il a été rédigé un certificat selon lequel lors du dernier examen de la fillette il n'y avait pas de mutilation sexuelle observée. Ainsi, ils seront vigilants lors du retour de la petite fille lorsque celle-ci est envoyée en vacances dans le pays d'origine des parents. Il leur est également possible de fournir aux parents partant en vacances dans leur pays d'origine des lettres et cassettes audio en français et/ou en dialecte spécifique stipulant ce que les exciseuses encourent en France si la petite fille venait à être excisée même si cela a lieu dans un pays différent de la France.

6. LA RECONSTRUCTION CLITORIDIENNE : UN ESPOIR ?

Un chirurgien urologue français exerçant à Saint-Germain en Laye, le Professeur Pierre FOLDES, redonne un espoir pour les femmes mutilées en leur proposant une chirurgie réparatrice. Cette reconstruction est possible car lors de l'excision, la partie externe du clitoris est enlevée, et non sa totalité qui fait une dizaine de centimètres de longueur. L'opération consiste à retirer la cicatrice (souvent à l'origine des douleurs), à aller chercher sa partie interne, à la repositionner dans un emplacement anatomiquement normal en libérant les ligaments qui la retiennent et à la ré-innover. L'opération dure entre 45 minutes et une heure. Cette opération est remboursée en France par la sécurité sociale depuis 2004.

A travers cette chirurgie réparatrice, le Professeur FOLDES contribue à redonner leur féminité et une sexualité de meilleure qualité à ces femmes.

Conclusion

Bien que des lois soient progressivement mises en place dans différents pays en vue de l'éradication des mutilations sexuelles féminines, il s'agit bel et bien toujours d'un sujet d'actualité. En effet, la présence de mutilations sexuelles a des incidences négatives lors du travail et de l'accouchement qu'il serait possible de diminuer en définissant une prise en charge spécifique. Dans ce contexte, la formation des professionnels entourant la naissance prend toute son importance.

La première prévention réside donc en l'introduction de ce thème dans les études médicales et paramédicales ainsi qu'au développement des formations continues sur le sujet.

De plus, il ne faut pas oublier que chaque professionnel se trouve au sein d'une équipe pluridisciplinaire lui permettant de trouver un professionnel référent, sans oublier la place prépondérante qu'occupe la Protection Maternelle et Infantile dans la prise en charge de ces femmes mutilées notamment concernant son rôle de prévention.

Une autre action majeure se situe également autour de la prévention envers les petites filles à naître afin de diminuer au maximum les incidences des mutilations sexuelles féminines. D'autant plus que des associations existent pour soutenir les professionnels et les parents dans cette démarche.

Enfin, malgré tout ce qui peut être mis en place à notre échelle ne permettra pas d'éradiquer un tel fléau, il semble important de faire changer les mentalités des populations concernées, ce qui à l'échelle mondiale prendra beaucoup de temps.

BIBLIOGRAPHIE

Témoignages et documents

- [1] DIRIE Waris, Fleur du désert. Du désert de Somalie à l'univers des tops-models, J'ai lu, 2000.
- [2] HENRY Natacha et WEIL-CURIEL Linda, Exciseuse. Entretien avec Hawa GREOU, Edition City, 2007.
- [3] KHADY, Mutilée, Collection Récit Poche, Pocket, 2006.

Essais

- [4] OKRENT Christine (sous la direction de), Le livre noir de la condition des femmes, collection Essai Poche, Edition Point, 2007.
- [5] PROLONGEAU Hubert, Victoire sur l'excision. Pierre Foldès, le chirurgien qui rend l'espoir aux femmes mutilées, Albin Michel, 2006.
- [6] COUCHARD Françoise, L'excision, Que sais-je ?, 2003.

Films / documentaires

- [7] Noires douleurs, de Lorène DEBAISIEUX, Artiline Films, Paris, 2007.
- [8] Moolaade, de Sembène OUSMANE, Les Films du Paradoxe, 2005.

Articles

- [9] LOCOH Thérèse, Pratiques, opinions et attitudes en matière d'excision en Afrique, Population, 6, 1207-1240.
- [10] CARCOPINO X., SHOJAI R. et BOUBLI L. , Les mutilations génitales féminines : généralités, complications et prise en charge obstétricale, Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2004 ; 33 ; 378-383.
- [11] MILLOGO-TRAORE F., KABA S.T.A., THIEBA B., AKOTIONGA M., LANKOANDE J., Pronostic maternel et foetal au cours de l'accouchement chez la femme excisée, Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2007.
- [12] ESZTO Marie-Laure, Mutilations sexuelles. Conséquences obstétricales. Power point, 2006.
- [13] Organisation Mondiale de la Santé, Mutilations génitales féminines et devenir obstétrical : étude prospective concertée dans six pays africains, 2004.
- [14] Organisation Mondiale de la Santé, Les mutilations génitales féminines, aide mémoire n° 153, avril 1997.
- [15] Organisation Mondiale de la Santé, Mutilations sexuelles féminines, Genève 1997, 20 pages.
- [16] Organisation Mondiale de la Santé, Les mutilations sexuelles féminines, aide mémoire n° 241, juin 2000.
- [17] Direction générale de la 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

- [18] WEHENKEL Milena, Dépistage et prévention des mutilations sexuelles féminines et de leurs complications en médecine générale, thèse pour le doctorat en médecine générale.
- [19] Les mutilations sexuelles féminines : la situation en Afrique et en France, populations et sociétés n°438, INED, octobre 2007.

Outils

- [20] Plaquette « Protégeons nos petites filles de l’excision » téléchargeable sur le site internet <http://www.travail-solidarite.gouv.fr> (rubrique « Femmes/Egalité », dossier « Publications/Actions de communication »)
- [21] Cd-rom « Mutilations sexuelles féminines ; Agir, Prévenir, Accompagner, Réparer ... Pour en finir », de Gynécologie Sans Frontière en partenariat avec le Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français et le Groupement pour l’Abolition des Mutilations Sexuelles féminines (GAMS). Commande auprès de Gynécologie Sans Frontière (10 euros)
- [22] Organisation mondiale de la Santé, Eliminer les mutilations sexuelles féminines, Déclaration interinstitutions, 2008.

Sites Internet

- [23] Organisation Mondiale de la Santé : www.who.int/fr
- [24] Amnesty International : www.amnesty.org/fr
- [25] UNICEF : www.unicef.fr

ANNEXE 1 :

ENQUETE POUR LE MEMOIRE

« INCIDENCES OBSTETRIQUES DES MUTILATIONS GENITALES
FEMININES »

ORIGINE ETHNIQUE :

VIT EN FRANCE DEPUIS ANS
 NON RENSEIGNE

SITUATION FAMILIALE : MARIEE
 VIT EN COUPLE
 VIT SEULE

RELIGION :
 NON RENSEIGNE

AGE :

GESTITE :..... **PARITE :**.....

MUTILATION GENITALE : TYPE 1
 TYPE 2
 TYPE 3
 TYPE 4

TYPE 1 : ablation du prépuce et d'une partie ou de la totalité du gland du clitoris.
TYPE 2 : excision du clitoris avec excision partielle ou totale des petites lèvres.
TYPE 3 : infibulation avec fermeture quasi-complète de l'orifice vulvaire.
TYPE 4 : tous les autres procédés de mutilation sexuelle féminine.

ANTECEDENTS PERSONNELS :

ANTECEDENTS FAMILIAUX :.....

ANTECEDENTS MEDICAUX :

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :

ANTECEDENTS GYNECOLOGIQUES :

ANTECEDENTS OBSTETRICAUX :

GESTITE

DATE	FCS			IVG		MFIU	
	SP*	CE*	TERME	RU	ASPI	TERME	ETIOLOGIE

* SP = SPONTANE

* CE = AVEC CURETAGE EVACUATEUR

ACCOUCHEMENTS ANTERIEURS :

DATE	Souffrance fœtale		AVB	César (indiquer motif)	Ventouse (indiquer motif)	Forceps (indiquer motif)	DNC	DA/RU	RU	Epi	Déchirure*
	AR CF	LA teinté									

*Type de déchirure : (à préciser dans le tableau)

1 = simple : situation : **a.** périnée postérieur

b. périnée antérieur

c. autre (à indiquer)

2 = complète

3 = complète compliquée

NOUVEAUX-NES :

	Terme	Poids NN	Taille NN	Sexe	Transfert (motif à préciser)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

DEROULEMENT DE LA GROSSESSE : grossesse unique

ARRET DE TRAVAIL : TERME :
MOTIF :

PATHOLOGIE NE NECESSITANT PAS D'HOSPITALISATION :

1. TYPE :
 TERME :

2. TYPE :
 TERME :

3. TYPE :
 TERME :

HOSPITALISATION :- TERME :.....
- MOTIF :.....
- DUREE :

HOSPITALISATION :- TERME :.....
- MOTIF :.....
- DUREE :

HOSPITALISATION :- TERME :.....
- MOTIF :.....
- DUREE :

HOSPITALISATION :- TERME :.....
- MOTIF :.....
- DUREE :

ACCOUCHEMENT :

TERME : SA + **JOURS**

TRAVAIL : SPONTANE DECLENCHE :
MOTIF.....

DUREE :

OCYTOCIQUES

APD

POCHE DES EAUX : RSPE RAPE

DUREE D'OUVERTURE DE L'ŒUF :

LIQUIDE AMNIOTIQUE :

LA CLAIR JUSQU' A L'ACCOUCHEMENT

LA TEINTE : JAUNE

VERT.....min AVANT L'ACCOUCHEMENT

LA MECONIALmin AVANT L'ACCOUCHEMENT

BIEN-ETRE FŒTAL RCF NORMAL

ANOMALIE DU RCF : -TYPE :

- DUREE :

pH FŒTAL.....

OXYMETRIE DE POULS FŒTAL.....

MANŒUVRE LIEE A LA MUTILATION :

DESINFIBULATION

AUTRE :

MODE D'ACCOUCHEMENT :

VB FORCEPS : motif.....

VENTOUSE : motif.....

CESARIENNE : STAGNATION DE LA DILATATION Acm.

NON PROGRESSION DE LA PRESENTATION

AUTRE :

MANŒUVRE OBTETRICALE : TYPE :

INDICATION :

PERINEE :

- PI
- DECHIRURE SIMPLE : PERINEE ANTERIEUR
- PERINEE POSTERIEUR
- AUTRE

- DECHIRURE COMPLETE
- DECHIRURE COMPLETE COMPLIQUEE
- EPISIOTOMIE

DELIVRANCE :

- DNC
- DA/RU : INDICATION : HEMMORRAGIE
- NON DELIVRANCE APRES 30MIN
- RU : INDICATION : PLACENTA INCOMPLET
- HEMORRAGIE DU POST PARTUM IMMEDIAT

ENFANT A LA NAISSANCE :

SEXE : GARCON POIDS :g TAILLE :cm
 FILLE PC :cm

APGAR

- REANIMATION IMMEDIATE
- pH AU CORDON

TRANSFERT :

- MATERNITE
- NEONATOLOGIE

- BOSSE SERO-SANGUINE
- CEPHALHEMATOME

ALLAITEMENT : MATERNEL
 ARTIFICIEL

SUITES DE COUCHES

- immédiates :

-POUR LA MERE : PHYSIOLOGIQUES
 PATHOLOGIQUES :

-1ers JOURS DE VIE DU NN : PHYSIOLOGIQUES
 PATHOLOGIQUES

- à long terme : (visite post-natale)

PROBLEMES DE CICATRISATION :

REEDUCATION PERINEALE

COMPLICATIONS URINAIRES :

DYSPAREUNIES :

ANNEXE 2 : questionnaire

Mémoire Sage-Femme

« Les incidences obstétricales des mutilations génitales féminines »

Je suis Virginie RETTEL, élève sage-femme à l'école de Metz. Je réalise mon mémoire de fin d'études sur le thème des mutilations génitales féminines. Mon enquête est basée sur une étude rétrospective à partir des dossiers obstétricaux de patientes dans différentes maternités.

Dans le cadre de mon mémoire je souhaiterais recueillir certaines impressions que vous avez pu avoir lorsque vous avez rencontré des patientes mutilées, ainsi qu'avoir une idée de la prise en charge que vous pouvez avoir envers ces femmes.

Je vous remercie d'accorder un peu de votre temps pour remplir ce questionnaire.

*** Quelle est votre profession ?**

- Sage-Femme
- Gynécologue-obstétricien
- Puéricultrice

*** Quel est votre secteur d'activité ?**

- Salle de Naissance
- PMI
- Autre :

*** Avez-vous dans votre carrière souvent été confronté(e) à la prise en charge de patientes mutilées ?**

- < 10 fois
- > 10 fois

*** Présentez vous certaines difficultés à aborder le sujet avec la femme lorsque vous avez constaté la mutilation ?**

- Oui
- Non

Si oui, de quel type ?

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

*** Lorsque vous prenez en charge une patiente mutilée, adoptez-vous une prise en charge particulière ?**

- **Au niveau de votre discours ?**

- Oui
- Non

Si oui, pouvez-vous préciser ?

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

- **A propos de vos actes ? (épisiotomie systématique ? ou autre)**

- Oui
- Non

Si oui, lesquels et dans quelles situations précises ?

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

- **Les orientez-vous vers des associations particulières ?**

- Oui
- Non

Si oui lesquelles et dans quel but ?

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

- **Parlez-vous des risques pouvant se présenter lorsque ces patientes accouchent de filles ?**

- Oui
- Non

Si oui, que leur dites-vous ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ANNEXE 3 : circulaire

Circulaire 131206 du 13

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

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

Circulaire DGS/SD 2C n^o 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.

Référence :

- Arrêté du 13 juillet 1983 modifié relatif au diplôme d'État de puéricultrice (annexe II) ;
- Arrêté du 23 mars 1992 modifié relatif au programme des études conduisant au diplôme d'État 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 États d'Europe occidentale sont concernés par ce phénomène du fait de l'accueil de populations africaines, mais on retrouve également ces pratiques aux États-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 (GSF)** : 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



**Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche
Ministère de la Santé et des Solidarités**

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

Personne chargée du dossier :
Caroline LAFOIX
Tél : 01 40 56 44 26
Fax : 01 40 56 40 26
Mél : caroline.lafoix@sante.gouv.fr

**Sous-direction Santé et Société
Bureau Santé des populations, précarité et exclusion**

Personne chargée du dossier :
Nicole MATET
Tél : 01 40 56 41 63
Fax : 01 40 56 40 44
Mél : nicole.matet@sante.gouv.fr

**Direction générale de l'enseignement supérieur
Service des formations et de l'emploi
Sous-direction des formations post-licence
Bureau des formations de santé**

Personne chargée du dossier :
Charles JOBERT
Tél : 01.55.55.67.41
Fax : 01.55.55.69.39
Mél : charles.jobert@education.gouv.fr

Le ministre de la santé et des solidarités,
Le ministre de l'éducation nationale, de
l'enseignement supérieur et de la recherche

à

Mesdames et Messieurs les présidents
d'université s/c des recteurs d'académie,
chanceliers des universités
(pour exécution)

Mesdames et Messieurs les Doyens ;
(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 information)

Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux
des Affaires Sanitaires et Sociales
(pour information)

CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N°DGS/SD2C/2007/98 du 8 mars 2007 relative à la formation des étudiants en médecine dans le cadre du plan de lutte contre les mutilations sexuelles féminines.

Date d'application : immédiate

NOR : SANP0730157C

Classement thématique : Professions de santé

Résumé : Dépistage, prévention et prise en charge des mutilations sexuelles féminines.

Mots-clés : Mutilations sexuelles féminines – Formation des médecins.

Textes de référence :

- Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales
- Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisés de médecine
- Arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales

Textes abrogés ou modifiés : Néant
Annexes : Néant

Le Gouvernement français s'est engagé dans la lutte contre les mutilations sexuelles féminines (MSF) 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.

Ce phénomène d'ampleur touche, dans le monde, 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.

Tous les médecins doivent être formés à reconnaître ces actes assimilables à des actes de tortures et tout particulièrement ceux qui interviennent dans le champ de la médecine générale, de la gynécologie obstétrique ou médicale, de la pédiatrie et/ou de la santé publique. **C'est pourquoi, nous souhaitons que cette problématique relative aux mutilations sexuelles féminines soit une thématique intégrée systématiquement dans la formation des médecins.**

1- Formation des médecins

La prévention, le dépistage et la prise en charge des mutilations sexuelles féminines recourent différents aspects de la formation des médecins tels que :

- la prévention de la survenue de nouvelles mutilations sexuelles et le dépistage de celles ci ;
- les conséquences médicales des différents types de mutilations sexuelles, notamment les conséquences obstétricales ;
- la prise en charge pluridisciplinaire des femmes ayant subi une mutilation sexuelle ;
- les modalités de recours à la chirurgie réparatrice ;
- le cadre juridique et déontologique des MSF.

Cette problématique figure à plusieurs titres dans l'enseignement du 2^{ème} cycle des études médicales :

- du module 1 : « Apprentissage de l'exercice médical », notamment dans le contexte d'apprentissage de la relation médecin - patient et d'apprentissage du contexte médico-légal.
- du module 2 : « De la conception à la naissance » pour la prise en charge sur le plan gynécologique, le suivi d'une grossesse et de ses complications ainsi que les risques liés à l'accouchement.
- du module 3 : « Maturation et vulnérabilité » et notamment l'item n° 37, figurant au programme des études médicales, et intitulé « Maltraitance et enfants en danger. Protection maternelle et infantile » afin de permettre :
 - de repérer un risque ou une situation de maltraitance chez le nourrisson, l'enfant ou l'adolescent
 - de connaître la démarche médicale et administrative pour faire face à cette situation
- du module 7 : « Santé et environnement - maladies transmissibles » notamment l'étudiant doit intégrer cette problématique sous l'angle de la santé publique afin de constater les priorités sanitaires et les différentes mesures à mettre en œuvre pour lutter contre ce problème.

De même, il convient d'introduire cette problématique au sein des enseignements du 3^{ème} cycle des études médicales suivis par les internes et tout particulièrement dans les spécialités mentionnées ci-dessus, à savoir la médecine générale, la gynécologie obstétrique ou médicale, la pédiatrie et la santé publique.

2- Associations et contacts

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 Henri-Jean PHILIPPE

- 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
- . Mame : 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)** :

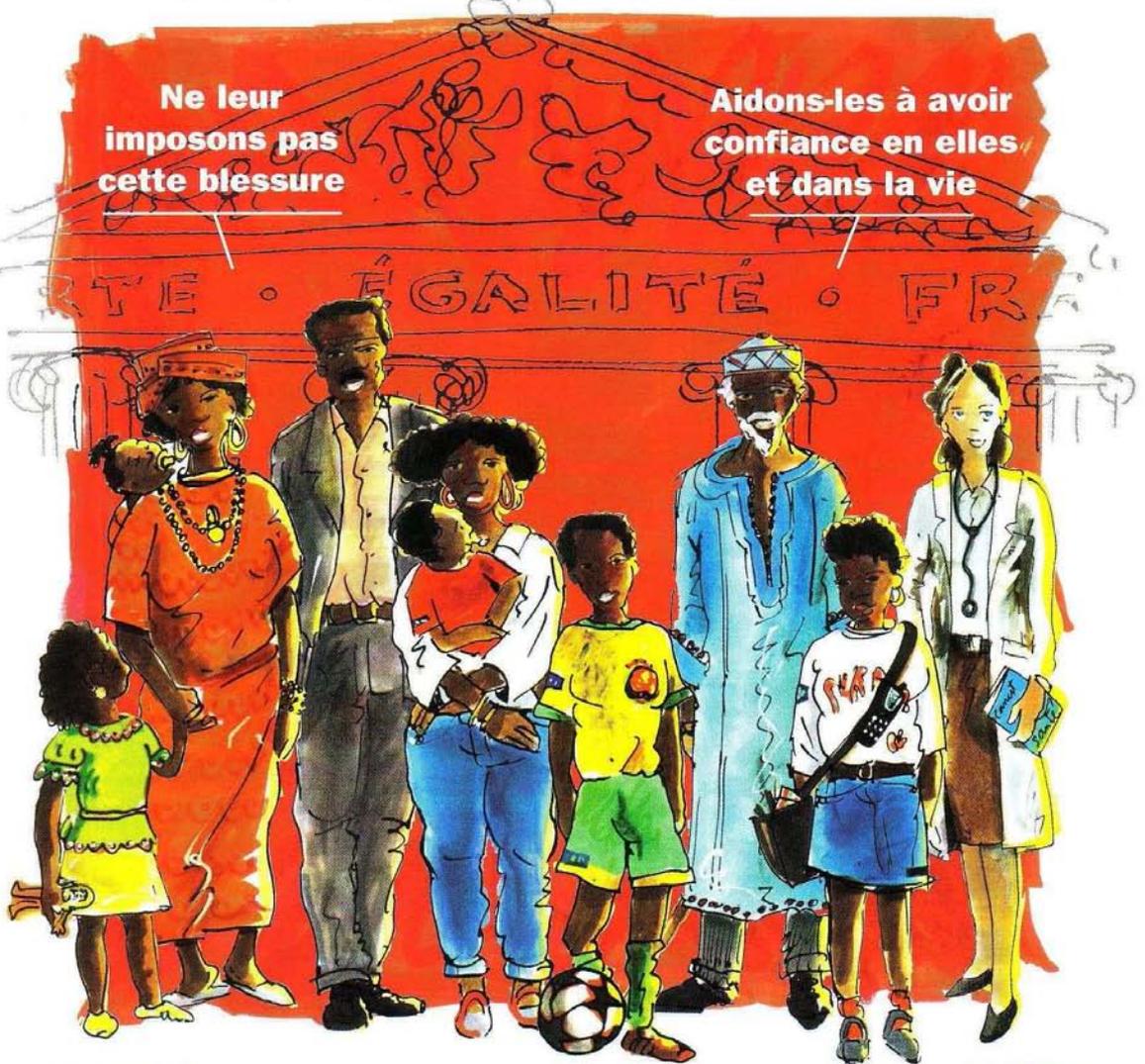
6 place Saint Germain

75006 Paris

www.cams-fgm.org

ANNEXE 4 : plaquette d'information

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.droits-femmes.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.

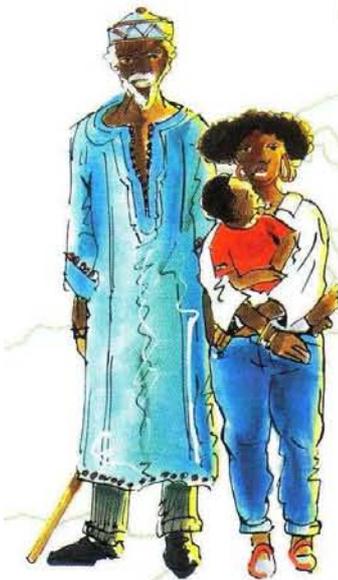
Où sont-elles pratiquées ?

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 plus de cent vingt millions de femmes et de fillettes.

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 60 000 femmes et fillettes sont mutilées ou menacées de l'être. Elles sont notamment originaires du Mali, du Sénégal, de la Mauritanie, de la Gambie et de l'Égypte.



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 pouvant 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 nocives 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...**

LA LOI FRANÇAISE

En France, la loi protège tous les enfants qui vivent sur son territoire, quelle que soit leur nationalité.

▶ Admettre que des petites filles d'origine africaine soient excisées, c'est introduire une discrimination entre les enfants en fonction de leur origine, ce qui est tout à fait contraire au principe de l'égalité de tous devant la loi.

En France, la loi 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 :

▶ 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 par la Cour d'assises, certains à des **peines d'emprisonnement ferme**.

La loi française s'applique aussi lorsque la mutilation est commise à l'étranger.

La loi pénale française est applicable à tout crime et 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 113-7 du Code pénal).

LES LÉGISLATIONS AFRICAINES

En Afrique aussi, des lois interdisent les mutilations sexuelles féminines, notamment au : Burkina-Faso, Cameroun, Centre Afrique, Côte d'Ivoire, Djibouti, Égypte, Ghana, Guinée Conakry, Kenya, Libéria, Mali, Nigeria (État d'Edo), Sénégal, Sierra Leone, 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) ;
- ▶ la *Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant*, entrée en vigueur le 29 novembre 1999 (article 21).

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 sanctionnée par l'article 223-6 du Code pénal.

Pour cela, appeler soit :

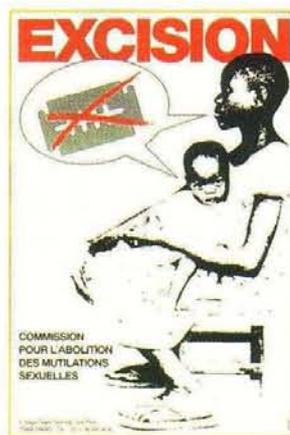
- le procureur de la République au Tribunal de grande instance du lieu de résidence ;
- les services sociaux et médico-sociaux, notamment le Service départemental de protection maternelle et infantile et le Service départemental de l'aide sociale à l'enfance.

Dans certains cas, la tutelle aux prestations sociales (aux allocations familiales notamment) pourra être ordonnée.



Des outils pour en parler

- ▶ **“ 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. Ce programme a été réalisé en 1995, avec le soutien des directions générales de l'action sociale et de la santé, du Service des droits des femmes et de l'égalité, du Fonds d'action sociale pour les travailleurs immigrés et leurs familles, de la Fondation de France et de l'Association nationale des médecins de PMI.
- ▶ **“ 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, avec le soutien du Fonds d'action sociale pour les travailleurs immigrés et leurs familles et du Secrétariat d'État chargé des droits des femmes.
- ▶ **“ Contre les mutilations sexuelles. En France, la lutte a débuté il y a vingt ans : où en sommes-nous ? ”**, dossier de presse du Mouvement français pour le planning familial, paru en 1999, disponible à la documentation du MFPF.



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

E-mail : w113111@club-internet.fr

Site en construction :

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 femmes pour l'abolition des mutilations sexuelles (GAMS)

66, rue des Grands-Champs - 75020 Paris

Tél. : 01 43 48 10 87

Site : [http://perso.wanadoo.fr/](http://perso.wanadoo.fr/..associationgams/)

[..associationgams/](http://perso.wanadoo.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.planning-familial.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.

► Le Fonds d'action et de soutien pour l'intégration et la lutte contre les discriminations (FASILD)

Pour les coordonnées des directions régionales du FASILD, adressez-vous au FASILD national :

209, rue de Bercy - 75585 Paris Cedex 12

Tél. : 01 40 02 73 30

► Les délégations régionales et départementales aux droits des femmes et à l'égalité

Toutes les coordonnées sur :

www.droits-femmes.gouv.fr

☎ Fil santé jeunes : 0800 235 236

Service téléphonique anonyme et gratuit, ouvert tous les jours de 8 h à minuit.

www.filsantejeunes.com

☎ Allô enfance maltraitée : 119

Service téléphonique anonyme et gratuit, 24 h / 24 h

www.allo119.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

► Interprétariat par téléphone

Tél. : 01 53 26 52 62

(24 h / 24 h – 7j / 7j)

► Information migrants

Tél. : 01 53 26 52 82

RESUME

Le nombre de femmes et de fillettes mutilées dans le monde reste encore très important. Cependant, les incidences négatives lors du travail et de l'accouchement décrites dans différentes études pourraient être diminuées par une prise en charge adaptée tant médicalement que socialement. Il paraît donc primordial de connaître les mutilations sexuelles féminines pour pouvoir prendre en charge et orienter les patientes.

Deux enquêtes viennent étayer les connaissances actuelles, l'une par étude des dossiers obstétricaux, l'autre par questionnaires, complétés par des professionnels de la santé exerçant autour de l'accouchement.

Les constats consécutifs à ces études ont permis de formuler des propositions, à savoir par exemple, l'orientation de ces femmes vers des associations ou encore la chirurgie réparatrice. Ainsi, les professionnels exerçant autour de la naissance pourront établir une prise en charge optimale de leurs patientes et répondre au mieux à leurs besoins.