

# Mémoire

**Faculté de Médecine  
École de Sages-Femmes**

**Diplôme d'État de Sage-femme**

2021-2022

**Connaissances et pratiques des sages-femmes du GHT  
Limousin concernant les mutilations sexuelles féminines.**

Présenté et soutenu publiquement le **17 mai 2022**

par

**Chloé CHOMILIER**

Expert scientifique : Sophie MARTINEZ

Expert méthodologique : Karine BOMPARD-GRANGER



## Remerciements

---

A Madame Karine Bompard-Granger, sage-femme enseignante, pour sa disponibilité, ses nombreuses relectures et son accompagnement dans l'élaboration de ce mémoire.

A Madame Sophie Martinez, sage-femme coordinatrice, pour son investissement et ses conseils tout au long de ce travail.

Au Docteur Xavier Plainard, chirurgien urologue, et à Monsieur Joël Juis, infirmier sexologue, pour avoir accepté de me recevoir et de m'apporter leur expertise.

Aux sages-femmes du GHT Limousin qui ont répondu à mon questionnaire, sans qui cette étude n'aurait pas été réalisable.

A mes proches, famille et amis, pour m'avoir toujours soutenue et encouragée.

## Droits d'auteurs

---

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



## Table des matières

---

Liste des abréviations .....	6
Première partie : Introduction .....	7
1. Les Mutilations Sexuelles Féminines .....	7
1.1. Définitions et classification.....	7
1.2. Territoires géographiques.....	8
1.3. MSF et coutumes .....	8
1.4. Types de pratiques.....	9
2. Complications des MSF .....	9
2.1. Complications générales .....	9
2.2. Complications obstétricales .....	10
Deuxième partie : Matériel et Méthode .....	12
1. Type d'étude .....	12
2. Population étudiée .....	12
3. Collecte des données .....	12
4. Critères d'évaluation et variables étudiées .....	12
5. Méthode d'analyse des données.....	13
Troisième partie : Résultats .....	14
1. Caractéristiques de la population .....	14
2. Les connaissances des SF sur les MSF .....	15
3. Les pratiques des SF .....	18
Quatrième partie : analyse et discussion .....	25
1. Points forts et limites de l'étude.....	25
1.1. Points forts .....	25
1.2. Limites de l'étude .....	25
2. Analyse et discussion .....	26
2.1. Le niveau de connaissances global des sages-femmes .....	26
2.1.1 Le niveau de connaissance global selon les caractéristiques des sages-femmes .....	26
2.1.2 Les connaissances des généralités des MSF .....	28
2.1.3 Les connaissances des complications .....	29
2.2. Les pratiques des sages-femmes.....	30
2.2.1 Prévalence de l'exposition aux MSF .....	30
2.2.2 La prise en charge des MSF .....	31
2.2.3 Les freins à l'abord du sujet .....	34
2.2.4 Le rôle dans la prévention.....	35
2.2.5 Sentiments de compétences et satisfaction des connaissances .....	37
3. Proposition d'amélioration .....	39
Conclusion .....	41
Références bibliographiques .....	42
Annexes .....	45

## Table des figures et tableaux

---

Figure 1 : Le niveau de connaissances global des SF .....	15
Figure 2 : Niveau de connaissances en fonction du mode d'exercice .....	18
Figure 3 : Aptitude des SF à reconnaître le type de MSF en fonction de la fréquence de prise en charge de celles-ci.....	18
Figure 4 : Contexte entraînant la vérification des OGE .....	19
Figure 5 : Raisons de l'abord du sujet MSF .....	20
Figure 6 : Les freins à l'abord du sujet.....	20
Figure 7 : Raisons de l'absence de recherche de complication .....	21
Figure 8 : Place de la prévention .....	21
Figure 9 : Moyens de prévention .....	22
Figure 10 : Raisons de l'absence de prévention .....	23
Figure 11 : Information donnée sur la possibilité de réparation.....	23
Figure 12 : Auto-évaluation des connaissances et sentiment de compétence .....	24
Tableau I : Caractéristiques de la population.....	14
Tableau II : Notes obtenues sur les connaissances des MSF par thèmes .....	16
Tableau III : Pourcentages de réponses sur les complications liées aux MSF .....	17

## Liste des abréviations

---

<b>GHT</b>	Groupement Hospitalier de Territoire
<b>HME</b>	Hôpital Mère Enfant
<b>MIPROF</b>	Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains
<b>MSF</b>	Mutilations Sexuelles Féminines
<b>OGE</b>	Organes Génitaux Externes
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PMI</b>	Protection Maternelle et Infantile
<b>SF</b>	Sage-Femme
<b>UNICEF</b>	Fond des Nations Unies pour l'Enfance
<b>UNFPA</b>	Fond des Nations Unies pour la Population

## Première partie : Introduction

---

Bien qu'illégales dans de nombreux pays, et décriées par de plus en plus d'associations, les Mutilations Sexuelles Féminines (MSF) perdurent de nos jours. Il n'est donc pas rare de rencontrer des femmes victimes de MSF, notamment en maternité. Il faut rappeler que les professionnels de santé sont dans l'obligation d'alerter les autorités judiciaires lorsqu'ils sont face à des fillettes menacées de MSF en France ou à l'étranger (1).

Cependant, le caractère culturel des MSF mais aussi le manque de connaissances de celles-ci perpétuent le tabou lié à ces mutilations, engendrant bien souvent une prise en charge mal adaptée. En effet, selon les résultats de l'enquête de l'INED, « excision et handicap », sur 27 femmes interrogées, il en ressort le silence des médecins et gynécologues face à ces MSF en consultation. Les femmes mutilées déplorent que les praticiens n'abordent généralement pas le sujet et font comme si de rien n'était ; ou alors s'ils l'abordent, c'est bien souvent de façon inappropriée (2). Face à ce constat, nous pourrions nous demander ce qu'il en est du positionnement des sages-femmes (SF) dans la prise en charge des MSF, ces professionnelles de santé au plus proche des femmes et de leur intimité. Depuis 2006, le gouvernement français s'est engagé dans la lutte contre les MSF : une circulaire stipule que « 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 » (3).

Tout d'abord, il semble nécessaire de définir ces MSF.

### 1. Les Mutilations Sexuelles Féminines

L'OMS estime qu'il y a actuellement 200 millions de jeunes filles et femmes victimes de MSF (4) dans le monde, 30 millions de filles sont susceptibles d'être mutilées sexuellement au cours des 10 prochaines années. D'après une étude publiée par Santé Publique France en 2019, 125 000 femmes mutilées vivaient en France. (5)

Interdites dans de nombreux pays, ces pratiques restent courantes, notamment en Afrique et en Asie, souvent de façon illégale, associées à de nombreuses séquelles.

#### 1.1. Définitions et classification

D'après la définition donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Fond des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et du Fond des Nations Unies pour la Population (UNFPA) en 1997 : « les MSF recouvrent toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou autres lésions des organes génitaux féminins pratiquées à des fins non thérapeutiques » (6), (7), (8).

Les MSF sont classées en quatre types :

- **Type I** — Ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce.
- **Type II** — Ablation partielle ou totale du clitoris avec ou non ablation des petites lèvres et/ou des grandes lèvres.
- **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.

Les différences de pratiques dépendent des coutumes locales mais aussi de l'habileté de l'opératrice. Elle peut alors léser les tissus avoisinants. Les types de mutilations diffèrent également selon les pays dans lesquels ils sont pratiqués.

## 1.2. Territoires géographiques

Près de 96% des femmes ont subi une forme de MSF en Guinée, au Mali, au Soudan, en Egypte et en Indonésie. Nous comptons d'autres pays comme la Sierra Leone, le Burkina Faso, la Somalie... (cartographie en annexe II)

Les MSF sont pratiquées selon des traditions et coutumes propres à chaque culture et peuvent avoir cours pour diverses raisons. (9)

## 1.3. MSF et coutumes

- **Croyances**

Bien que la pratique des MSF semble profondément ancrée dans les coutumes des peuples concernés, il est difficile d'avancer que celle-ci relève d'une croyance religieuse. Elles sont majoritairement pratiquées dans des pays de confession musulmane, alors que le Coran n'en fait pas mention. Et des pays très pratiquants comme l'Iran ou l'Arabie Saoudite ne pratiquent pas les MSF. Ceux qui la pratiquent pensent répondre à un Hadith (ensemble de paroles attribuées à Mahomet). De plus, on observe également des cas de MSF chez les chrétiens d'Afrique, chez les animistes et les athées. (10), (11)

- **Motivations culturelles**

Cette pratique est le résultat de la transmission de traditions ancestrales : on lui attribue des vertus de fertilité, hygiéniques, esthétiques ou même de longévité. Dans certains peuples, le clitoris est considéré comme un reliquat masculin, ou comme un dard qui pourrait piquer et tuer le bébé à la naissance, qu'il faut donc retirer. Sa finalité serait plutôt de

contrôler la fécondité des femmes et leur sexualité en assurant ainsi aux hommes, la virginité des jeunes filles, la fidélité de leur femme et l'origine de leur progéniture. Ces MSF sont souvent assimilées à la représentation de l'oppression masculine. Cependant, il faut noter que ce sont des coutumes essentiellement perpétuées par les femmes. La décision est généralement prise par la mère ou la grand-mère et le geste est réalisé par une femme. Le but est de faire de leur fille, une bonne épouse afin de pouvoir la marier. (10), (12)

#### **1.4. Types de pratiques**

Les MSF sont généralement réalisées entre 4 et 10 ans, mais aussi sur des adolescentes qui vivent en Europe et qui retournent dans leur pays pour des vacances. Une deuxième intervention peut être effectuée chez les jeunes femmes lors du mariage, à la demande du futur mari. Elle peut être faite individuellement ou collectivement, au domicile familial ou publiquement, le plus souvent par une exciseuse dans des conditions d'hygiène précaires, sans asepsie ni anesthésie avec un instrument tranchant : un couteau de cuisine, une lame de rasoir, un tesson de bouteille, qui peut être utilisé sur plusieurs petites filles. Dans les cas d'infibulation, l'exciseuse peut couper la paroi interne des grandes lèvres et suturer presque entièrement le périnée à l'aide d'épines d'acacia nain, entre lesquelles est passé un lien pour solidifier la suture. Dans ce cas, seul un minuscule orifice de la taille d'une allumette est préservé à l'arrière pour le passage des urines et du sang menstruel. Les jambes des fillettes sont ensuite souvent attachées l'une à l'autre pour empêcher les mouvements afin de faciliter la cicatrisation. (10), (11), (13)

Dans la majorité des cas, les mutilations continuent à être pratiquées par des exciseuses « traditionnelles ». Cependant, dans certains pays, les fillettes sont excisées par des professionnels de santé en milieu médical, qui prétendent ainsi réduire les risques sanitaires de l'opération. Pourtant, à l'initiative de la UNFPA, les organisations internationales ont condamné ces pratiques allant à l'encontre de l'éradication des MSF, le but étant de voir disparaître ces pratiques et non de les médicaliser. (14)

## **2. Complications des MSF**

### **2.1. Complications générales**

#### **A court terme**

Au-delà de la douleur extrême qui peut aboutir au choc neurogénique, il existe bon nombre de conséquences immédiates et à court terme.

Le manque d'asepsie peut être source de multiples infections : abcès, gangrène, ulcération, septicémie, tétanos. Il existe aussi des risques d'hépatites ou de VIH causés par l'utilisation du même outil pour plusieurs fillettes. Lors du geste, ces filles sont exposées à un

risque de lésions traumatiques des organes adjacents ou de l'artère clitoridienne dont la conséquence peut être une hémorragie sévère, voire un décès. (10), (13)

### **A long terme**

Les douleurs chroniques génitales sont les conséquences les plus présentes : le vaginisme, les dyspareunies, mais surtout les douleurs pré menstruelles et menstruelles liées à la rétention de sang entraînant un hémocolpos. L'apparition de kystes dermoïdes sur le trajet de la cicatrice est une complication courante, pouvant être très invalidante en fonction de la taille des kystes, leur localisation, ou des douleurs qu'ils entraînent. Ils peuvent aussi s'infecter et entraîner une suppuration locale. Le saignement provoqué lors de l'acte peut être responsable d'une anémie, dont les répercussions sur la croissance d'une fillette dénutrie peuvent être importantes.

Une mauvaise cicatrisation, une mauvaise hygiène ainsi qu'une rétention d'urine et/ou des menstrues dans les cas d'infibulation peuvent être sources d'infections génitales basses puis hautes, avec des conséquences néfastes sur la fertilité. La rétention d'urine peut provoquer des cystites à répétition, des pyélonéphrites, des lithiases urinaires... Des plaies de vessie, de l'urètre, du rectum sont également possibles, pouvant entraîner des fistules vésico-vaginales et recto-vaginales. Il est important de noter que les séquelles psychologiques à la suite des MSF sont importantes. Quel que soit l'âge auquel la MSF est effectuée il existe une forme de mémoire traumatique, à l'origine chez ces femmes, de signes d'anxiété, de dépression, de névrose. (11), (13)

## **2.2. Complications obstétricales**

Chez les femmes ayant subi des MSF, la période obstétricale s'avère risquée avec des complications qui sont proportionnelles au degré d'atteinte. Elles sont donc maximales lors d'une MSF de type III.

### **En pré partum**

Les infections génitales et urinaires chroniques causées par les MSF entraînent plus de fausses couches spontanées, de ruptures prématurées de la poche des eaux, d'accouchements prématurés, voire de mort fœtale in utéro.

Les douleurs post traumatiques, l'augmentation du taux de vaginisme chez ces femmes, et le potentiel rétrécissement de l'orifice vaginal, peuvent rendre les touchers vaginaux compliqués voire impossibles, rendant ainsi le suivi de grossesse difficile. (11), (15), (16), (17), (18)

### **En per partum**

Il a été montré un allongement de la phase de dilatation et de la phase d'expulsion parmi les femmes victimes de MSF. Par conséquent, les césariennes sont plus fréquentes ainsi que le recours à l'utilisation de ventouses, forceps et spatules. Fatalement, les nouveau-nés de ces mères présentent plus de détresses respiratoires et nécessitent plus souvent une réanimation. Les risques d'épisiotomie et de déchirures sont également augmentés, plus particulièrement chez les primipares, en raison du manque d'élasticité du tissu cicatriciel. De plus, le caractère scléreux de la cicatrice peut rendre les déchirures extrêmement hémorragiques. Le risque d'hémorragie du post partum est également augmenté. (11), (15), (16), (17)

### **En post partum**

Le risque algique dans le post partum et les difficultés de cicatrisation sont plus importants chez les femmes victimes des MSF. Nous pouvons aussi relever l'apparition de fistules obstétricales à la suite d'un accouchement difficile ou d'un travail prolongé, ainsi que plus d'incontinences urinaires et fécales. (11), (15), (16), (17)

Psychologiquement, la période du post partum peut s'avérer compliquée, ces femmes sont souvent plus anxieuses, angoissées, voire sujettes aux dépressions et les douleurs de l'accouchement peuvent faire ressurgir le traumatisme de la mutilation : on parle alors de reviviscence traumatique.

Les MSF constituent alors un risque accru de morbidité pour les mères et de mortalité pour les nouveau-nés. Les femmes victimes des MSF semblent alors susceptibles de recevoir une prise en charge particulière et adaptée qui permettrait de réduire ces différents risques.

Face à ce constat, il paraît intéressant de savoir quelles sont les connaissances et les pratiques des SF du GHT Limousin quant aux MSF et leurs complications.

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer le niveau de connaissances des SF du GHT Limousin concernant les MSF et leurs complications. Par ailleurs, les objectifs secondaires étaient de mettre en évidence la proportion de rencontre de femmes mutilées et les modalités de prise en charge de celles-ci. Mais aussi, faire une auto-évaluation des connaissances des SF et d'évaluer la satisfaction qu'elles avaient de celles-ci. Nous avons aussi comme objectif de mettre en évidence le rôle que les SF estiment avoir dans la prévention primaire des MSF.

## Deuxième partie : Matériel et Méthode

---

### 1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude descriptive, multicentrique, transversale à l'aide de questionnaires anonymes comportant des questions fermées à choix multiples, diffusés par mail au format GoogleForm® aux SF du GHT Limousin.

### 2. Population étudiée

Notre population était composée des SF des maternités de l'Hôpital Mère Enfant (HME) et des Emailleurs de Limoges, de Brive, Tulle, Guéret, Saint-Junien et Ussel, des SF libérales de l'ancien Limousin et de Protection Maternelle et Infantile (PMI) de Haute-Vienne. Les adresses mail ont été retrouvées via le site du conseil de l'Ordre des SF. Un pré test a été réalisé auprès d'étudiantes de 5<sup>ème</sup> année en décembre 2020 pour évaluer le temps de remplissage et la bonne compréhension des questionnaires.

### 3. Collecte des données

Les données ont été collectées de février à juin 2021 avec 3 relances par mail. Les données ont été retranscrites dans un tableur Excel® après anonymisation des questionnaires.

### 4. Critères d'évaluation et variables étudiées

- **Critère d'évaluation principal**

Le critère d'évaluation principal était le niveau de connaissances globales des SF du GHT Limousin sur les MSF, à partir de l'évaluation des connaissances sur les territoires réalisant des MSF, la législation des MSF, les raisons de perpétuité de cette pratique et les complications des MSF. Une moyenne était ensuite calculée à l'aide des notes obtenues. Pour chaque réponse juste, 1 point a été attribué et 0 point pour une réponse fausse. La moyenne des notes rapportées sur 20 a permis de classer le niveau des connaissances en

catégories : un niveau de connaissances insatisfaisant pour une note moyenne  $< 10$ , moyennement satisfaisant pour une note comprise entre [10-13], satisfaisant pour une note entre [14-16] et très satisfaisant pour une note  $> 16$ .

Des variables comme l'expérience professionnelle, les lieux d'exercice ou le suivi de formations étaient étudiées afin de savoir si celles-ci avaient une influence sur le niveau de connaissances.

- **Critères d'évaluations secondaires**

Ils concernaient la prise en charge des MSF, le rôle que s'attribuent les SF dans la prévention des MSF, une auto-évaluation des connaissances des SF et la satisfaction qu'elles avaient de celles-ci.

## **5. Méthode d'analyse des données**

Le niveau de connaissances a été évalué sous forme de moyenne. Pour les variables qualitatives concernant la pratique, nous avons fait des proportions de SF selon leurs caractéristiques (sociaux démographiques, notes obtenues...) à l'aide de pourcentages. Ces données ont été comparées avec les données concernant les niveaux de connaissances à l'aide des tests du Chi2 ou de Fisher selon les effectifs. Le but ici était de savoir si le niveau de connaissances des SF était en lien avec la pratique des SF, et si les caractéristiques des SF pouvaient influencer leur niveau de connaissances et leurs pratiques.

Pour ce faire nous avons utilisé les logiciels Excel® et JMP®.

Le seuil de significativité était fixé à  $p < 0,05$  avec un risque alpha à 5%.

## Troisième partie : Résultats

---

### 1. Caractéristiques de la population

Au total 87 questionnaires ont été remplis sur les 180 envoyés, tous ont été exploitables, soit un taux de réponse de 48%.

Tableau I : Caractéristiques de la population

---

Caractéristiques de la population	Nombre de SF	Pourcentages
<b>Modes d'exercice (n=87)</b>		
Consultations	19	22%
Suites de naissances	43	49%
Salles de naissances	41	47%
Libéral	24	28%
PMI	4	5%
<b>Expérience professionnelle (n=87)</b>		
< 5 ans	17	20%
5 à 10 ans	16	18%
11 à 20 ans	23	26%
21 à 30 ans	22	25%
> 30 ans	9	10%
<b>Suivi d'une formation sur les MSF (n=87)</b>		
Pas de suivi de formation	42	48%
Oui lors de la formation initiale	32	37%
Oui lors de la formation continue	13	15%
<b>Expérience professionnelle des SF sur les territoires concernés par les MSF (n=87)</b>		
Ile de France	10	12%
Afrique de l'Ouest	3	3%
Afrique de l'Est	1	1%
Asie	0	0%
Aucun des territoires	74	85%

---

Dans notre population, 73,5% des SF travaillaient en structures hospitalières, 28% en type 1, 14% en type 2 et 59% en type 3.

La majorité des SF exerçait depuis 11 à 20 ans et elles étaient 16% à avoir eu une expérience dans les territoires les plus concernés par les MSF.

## 2. Les connaissances des SF sur les MSF

- Le niveau de connaissances global

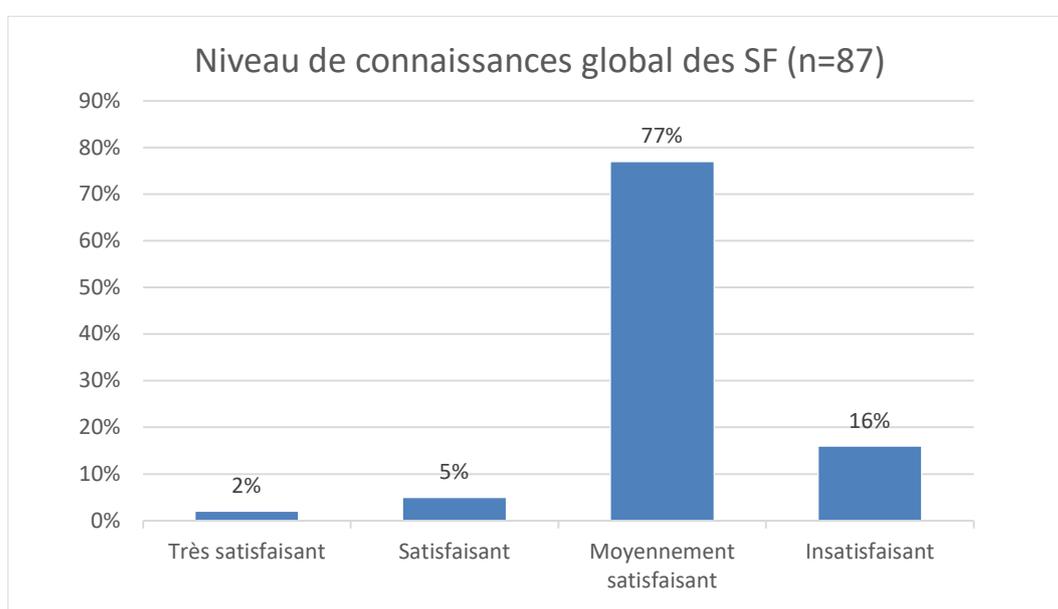


Figure 1 : Le niveau de connaissances global des SF

La moyenne obtenue par les SF pour les connaissances était de 11,7/20, avec une note maximale à 18,6/20 et une minimale à 6,9/20. Elles avaient donc un niveau de connaissances moyennement satisfaisant (entre 10/20 et 13/20). 7% des SF ont obtenu une note supérieure ou égale à 14/20 et présentaient donc un niveau de connaissances satisfaisant voire très satisfaisant.

Ces moyennes ont été faite suite aux réponses des SF à des questions concernant la localisation, la législation, les raisons de la pratique des MSF, mais aussi les complications générales et obstétricales de celles-ci.

- Les connaissances par thèmes

Tableau II : Notes obtenues sur les connaissances des MSF par thèmes

Connaissances	Note moyenne	Note minimale	Note maximale
<b>Répartition géographique des MSF</b>	10,1/20	0/20	20/20
<b>Législation des MSF</b>	14,3/20	5/20	20/20
<b>Raisons de persistance des MSF</b>	8,4/20	4/20	20/20
<b>Complications générales des MSF</b>	14,3/20	8,5/20	20/20
<b>Complications obstétricales des MSF</b>	11,7/20	6,6/20	16,6/20

A la question qui interrogeait les SF sur les territoires où plus de 75% des femmes avaient subi une mutilation, les SF étaient 77% à connaître la Guinée, 66,7% le Soudan, 65,5% le Mali. Elles étaient seulement 19,5% à savoir pour l’Egypte et 13,8% pour l’Indonésie. Elles étaient respectivement 56% et 32% à penser au Niger et au Ghana alors que ce sont des pays ne pratiquant que très peu les MSF.

Pour la législation, 99% des SF savaient que les MSF étaient interdites en France, et 76% qu’elles devaient alerter les autorités en présence d’une mineure mutilée. Seules 56% des SF savaient qu’elles pouvaient être poursuivies si elles n’alertaient pas en présence d’un danger de MSF chez une mineure. Elles étaient 55% à savoir qu’une famille vivant sur le territoire français était punissable si elle mutilait sa fille.

87,4% des SF pensaient que les MSF perduraient pour des raisons religieuses. Elles étaient 78,2% à savoir que les MSF pouvaient favoriser l’insertion sociale. Les croyances concernant une favorisation de la fécondité étaient connues par 20,7% des SF. Les vertus hygiéniques et esthétiques attribuées aux MSF n’étaient connues que par respectivement 19,5% et 3,4% des SF.

Tableau III : Pourcentages de réponses sur les complications liées aux MSF

<b>Propositions de complications générales des MSF</b>	<b>Pourcentage de réponses</b>	<b>Propositions de complications obstétricales des MSF</b>	<b>Pourcentage de réponses</b>
Infections urinaires et génitales	97,7%	Hémorragie du post partum	64,4%
Troubles anxieux	92%	Allongement de la phase de dilatation	55,2%
Fistule vésico-urinaire	72,4%	Prématurité	24,1%
Incontinence urinaire	64,4%	Détresse respiratoire du nouveau-né	19,5%
Kystes dermoïdes	50,6%		
Douleurs pré menstruelles	49,4%		

Pour les complications générales, les SF étaient 26% à sélectionner l'item constipation alors qu'il était faux.

Pour les complications obstétricales, les réponses fausses proposées étaient l'hématome retro placentaire et la grossesse extra utérine, sélectionnées par respectivement 3% et 6% des SF.

- Le niveau de connaissances selon le mode d'exercice

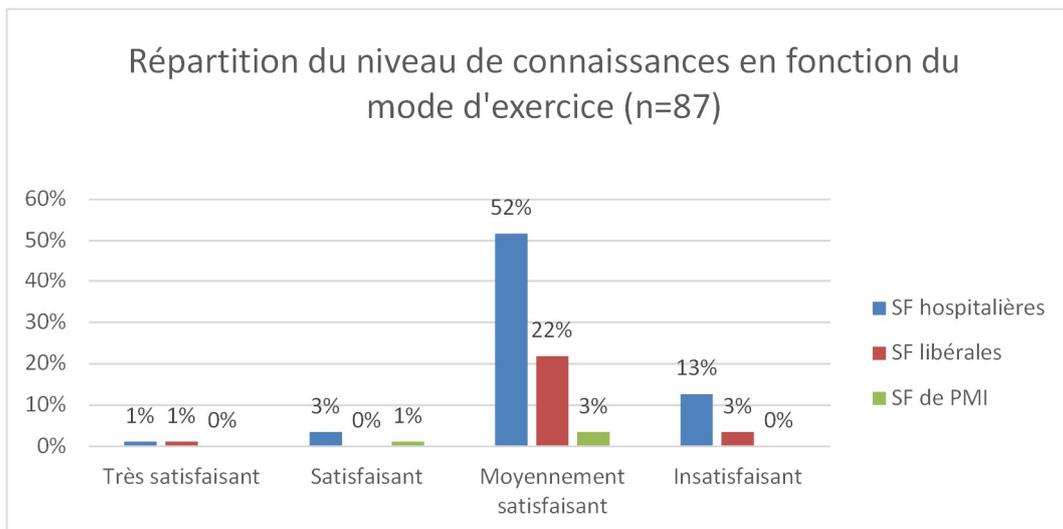


Figure 2 : Niveau de connaissances en fonction du mode d'exercice

Les SF avaient majoritairement un niveau de connaissances moyennement satisfaisant quel que soit leur mode d'exercice. Nous n'avons pas retrouvé de différence significative du niveau de connaissances global selon le mode d'exercice ( $p=0,41$ ), l'expérience ( $p=0,0989$ ), le suivi d'une formation ( $p=0,088$ ) ou l'expérience dans les territoires concernés par les MSF ( $p=0,58$ ).

### 3. Les pratiques des SF

- Fréquence de rencontre de femmes mutilées et détermination du type de MSF

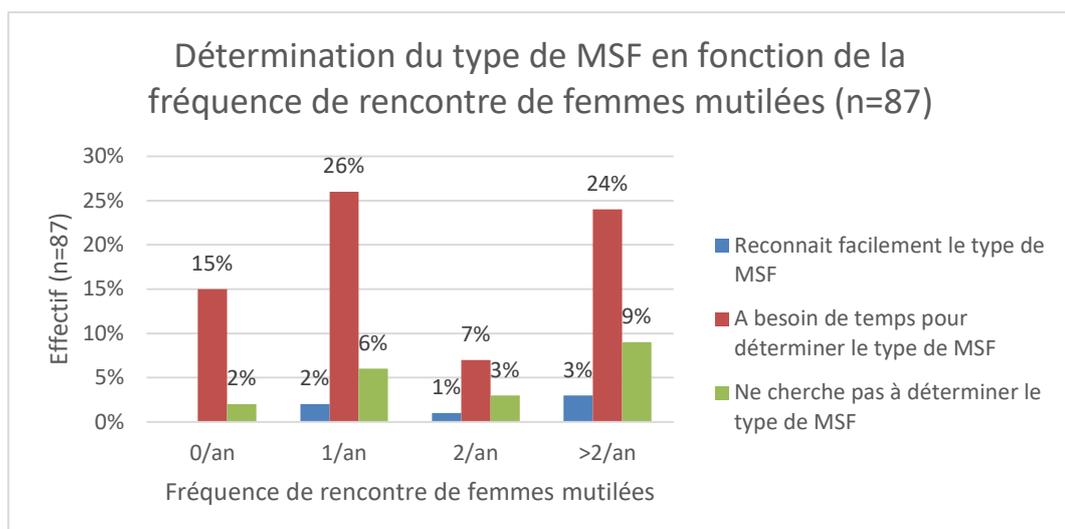


Figure 3 : Aptitude des SF à reconnaître le type de MSF en fonction de la fréquence de prise en charge de celles-ci.

La majorité des SF (36%) prend en charge plus de 2 femmes mutilées par an. 17% n'en ont jamais prise en charge au cours de leur exercice. Il n'y a pas de différence significative ( $p=0,7$ ) pour la reconnaissance du type de MSF en fonction de la fréquence de rencontre de femmes mutilées. Ni les SF les plus expérimentées ( $p=0,149$ ) ni celles ayant un meilleur niveau de connaissances ( $p=0,1370$ ) ne semblent avoir plus de facilité à reconnaître le type de MSF. En revanche, les SF ayant eu une formation reconnaissent significativement plus facilement le type de MSF que celles n'en ayant pas eu ( $p=0,0254$ ).

- Vérification de l'intégrité des Organes Génitaux Externes (OGE)

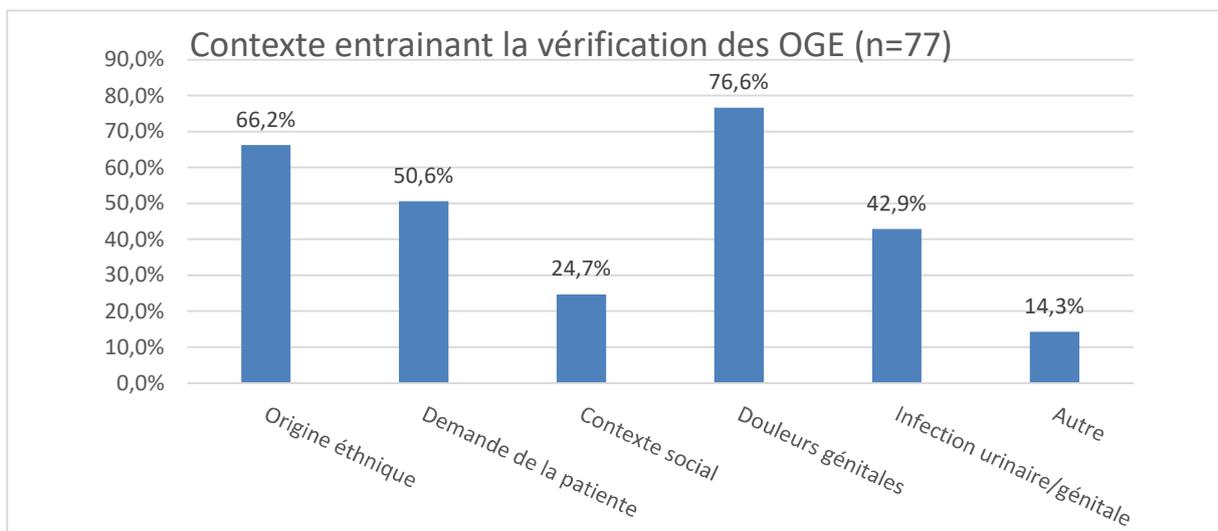


Figure 4 : Contexte entrainant la vérification des OGE

Les SF étaient 88,5% à vérifier l'intégrité des OGE selon les situations et 11,5% à ne jamais les vérifier. Parmi les SF qui vérifiaient les OGE, les raisons qui revenaient majoritairement étaient les douleurs pelviennes (76,6%), ainsi que l'origine ethnique (66,2%).

- Abord du sujet des MSF

La majorité des SF (52,9%) abordait le sujet des MSF avec leurs patientes selon la situation. Elles étaient 42,5% à le faire systématiquement et étaient 4,6% à ne pas aborder le sujet. Il n'y a pas de différence significative dans l'abord du sujet MSF avec les patientes en fonction du suivi de formation ( $p=0,7$ ), de l'expérience ( $p=0,68$ ) et du niveau de connaissances ( $p=0,14$ ).

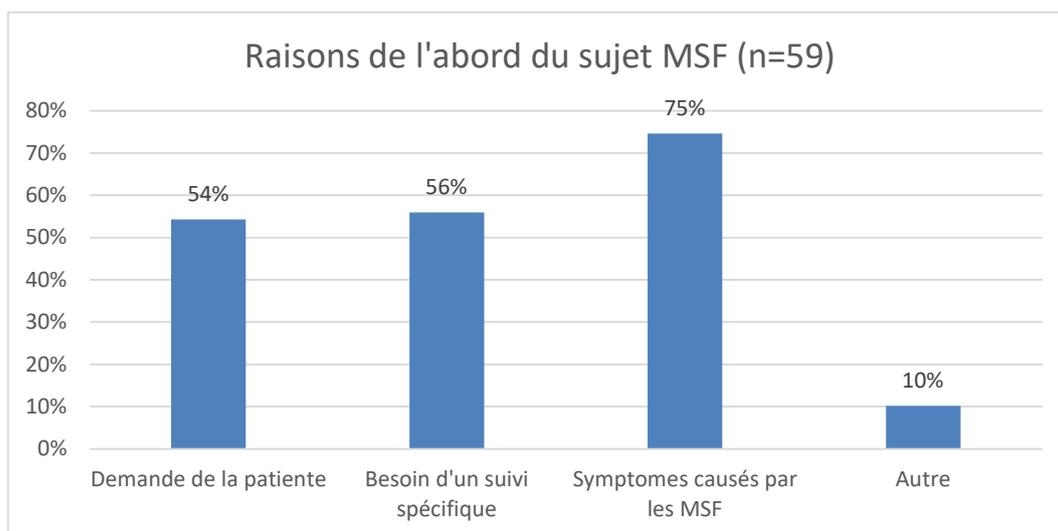


Figure 5 : Raisons de l'abord du sujet MSF

Parmi les SF qui abordaient le sujet avec leur patiente, elles le faisaient majoritairement en cas de symptômes liés à la MSF.

- Les freins à l'abord du sujet

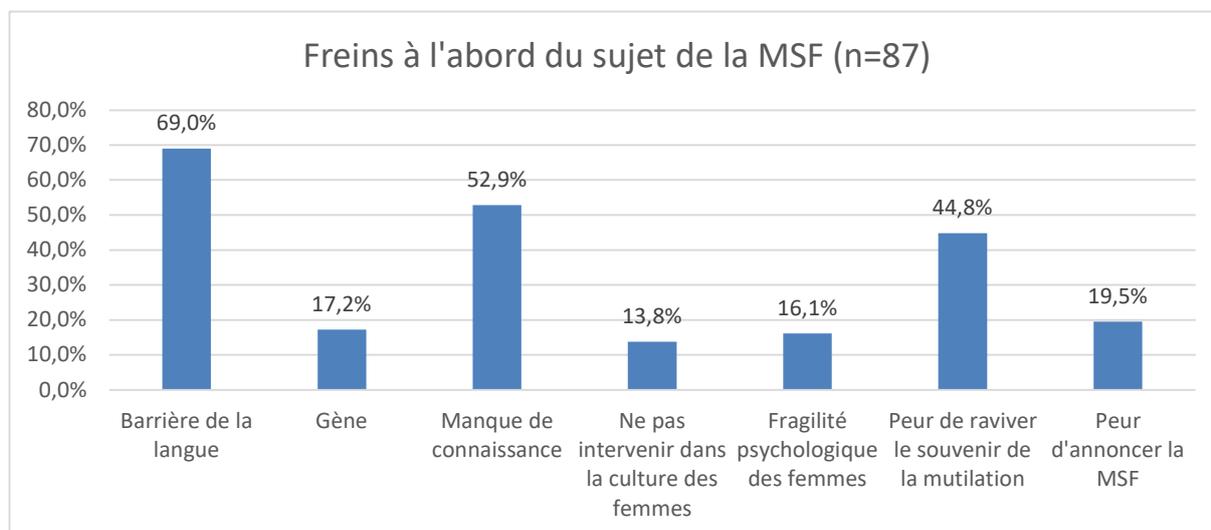


Figure 6 : Les freins à l'abord du sujet

Ici, plusieurs réponses étaient possibles. Le frein le plus évoqué était la barrière de la langue (69%), suivi par le manque de connaissance (52,9%). La peur de raviver le souvenir de la mutilation était aussi un frein pour 44,8% des SF.

- La recherche de complications

42,5% des SF recherchaient des complications en lien avec les MSF. Les SF avec un niveau de connaissances satisfaisant voir très satisfaisant recherchaient plus les complications ( $p=0,049$ ) que les autres SF. Il n'y avait pas de différence significative concernant la recherche de complications selon la formation ( $p=0,27$ ) ou l'expérience professionnelle ( $p=0,86$ ).

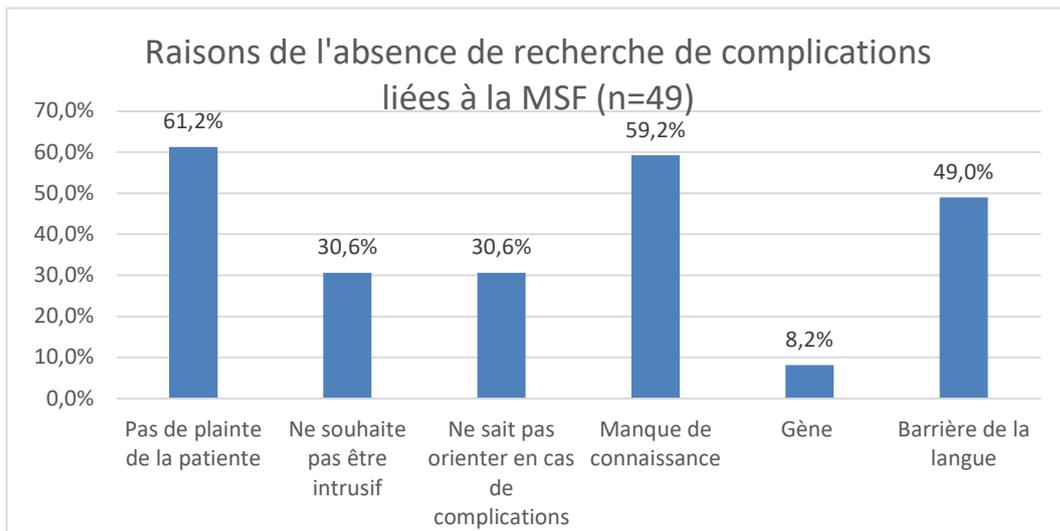


Figure 7 : Raisons de l'absence de recherche de complications

Les principales raisons de l'absence de recherche de complications sont : l'absence de plainte de la patiente (61,2%), le manque de connaissance (59,2%) et la barrière de la langue (49%).

- Place de la prévention

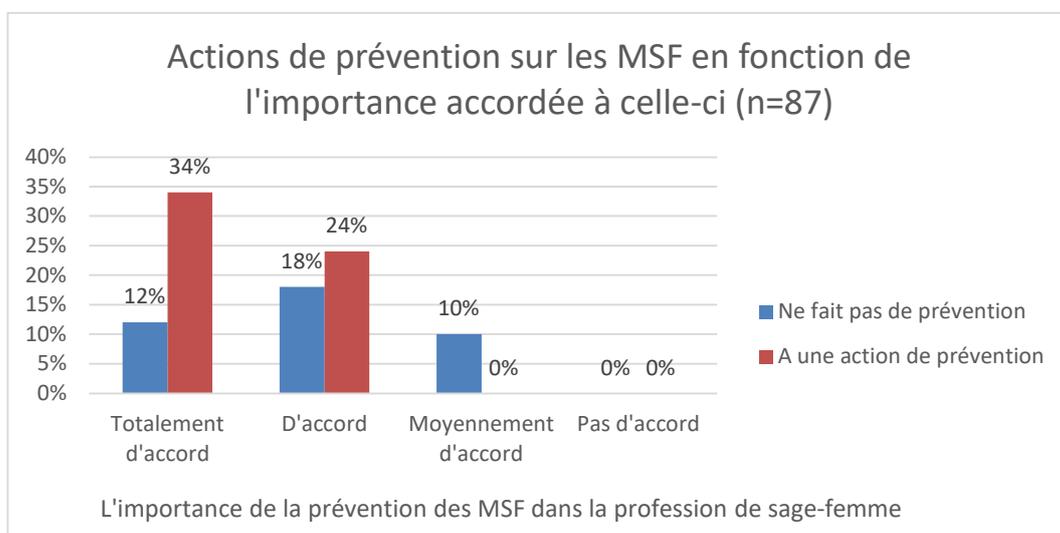


Figure 8 : Place de la prévention

Nous avons demandé aux SF leur avis sur l'importance de la prévention primaire des MSF (la prévention pour les petites filles) dans le métier de SF. La majorité (46%) estimait être totalement d'accord sur l'importance de la SF dans la prévention. Pourtant 12% de ces SF ne faisaient aucune action de prévention. Nous avons noté que les SF ayant un niveau de connaissances satisfaisant ou très satisfaisant réalisaient davantage d'actions de prévention ( $p=0,0407$ ). Nous avons aussi retrouvé une tendance significative pour les SF ayant suivi une formation ( $p=0,06$ ). Il n'y a cependant pas de différence significative concernant les actions de prévention selon l'expérience professionnelle des SF ( $p=0,5$ ).

- Moyens de prévention

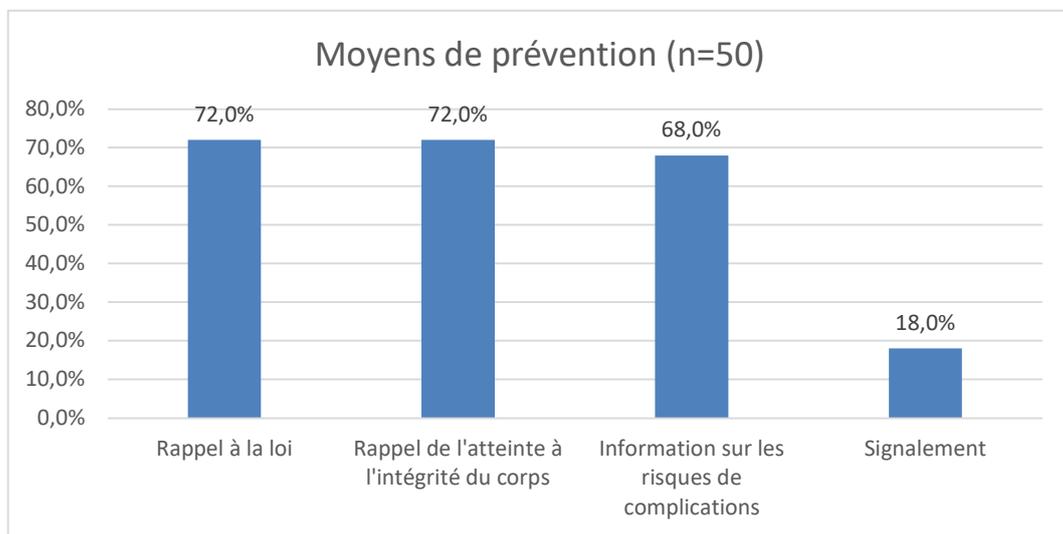


Figure 9 : Moyens de prévention

Le rappel à la Loi (72%) et à l'atteinte de l'intégrité physique (72%) étaient majoritairement cités. En revanche seule 18% des SF faisaient un signalement.

- Raisons de l'absence de prévention

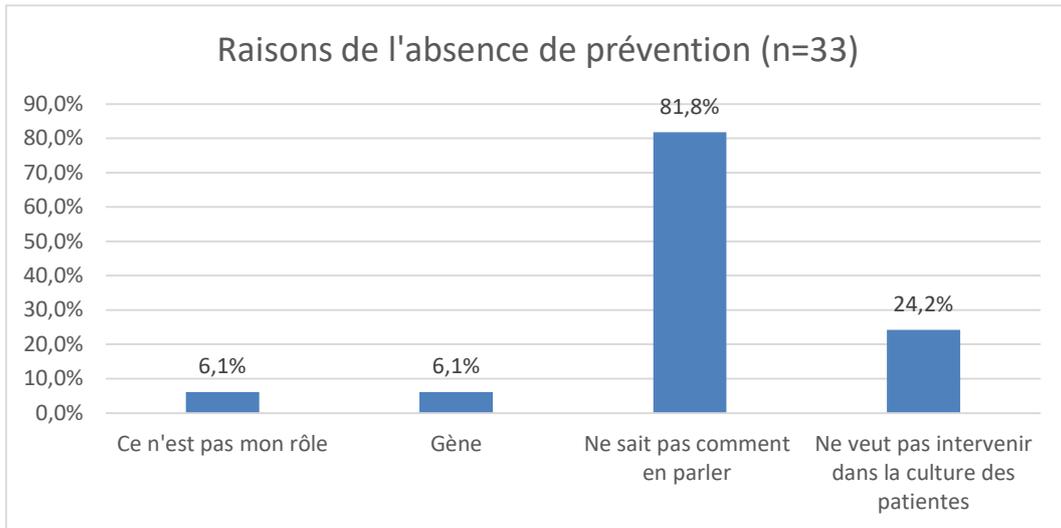


Figure 10 : Raisons de l'absence de prévention

Parmi les SF qui ne faisaient pas de prévention, elles étaient 81,8% à dire qu'elles ne savaient pas comment en parler.

- Concernant l'information donnée sur la possibilité de réparation

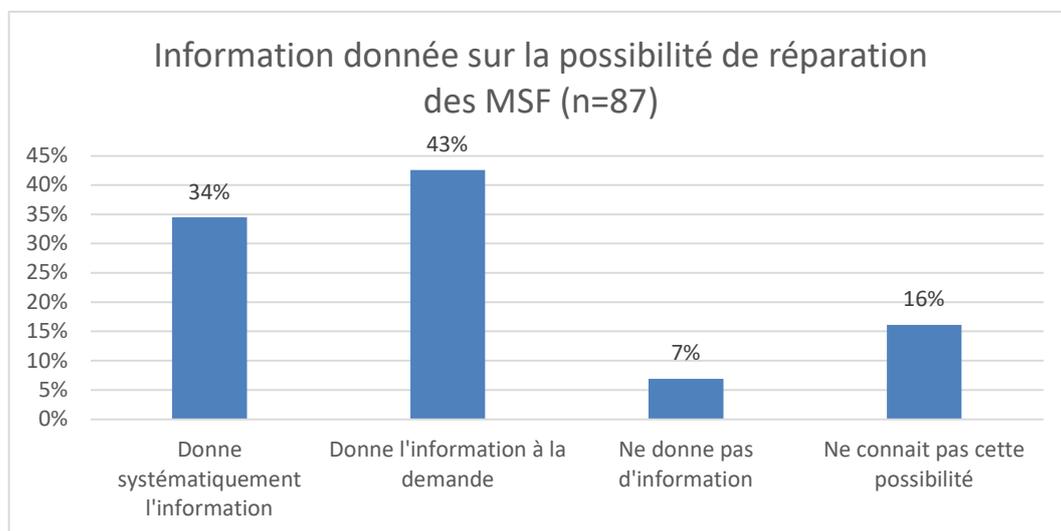


Figure 11 : Information donnée sur la possibilité de réparation

Une majorité de SF délivrait une information sur la possibilité de réparation, qu'elle soit systématique (34%) ou à la demande (43%). En revanche 16% d'entre elles ne savaient pas qu'une opération de réparation était possible. Les SF avec un niveau de connaissance

satisfaisant ou très satisfaisant étaient celles qui délivraient le plus ces informations ( $p=0,0093$ ).

- Concernant l'auto-évaluation des connaissances et le sentiment de compétence dans sa pratique

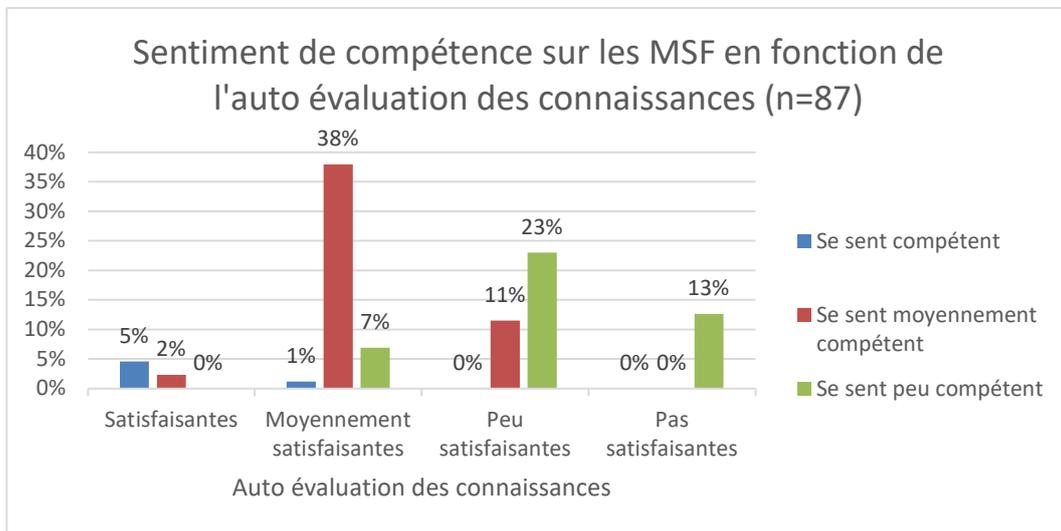


Figure 12 : Auto-évaluation des connaissances et sentiment de compétence

Majoritairement les SF disaient avoir des connaissances moyennement satisfaisantes (46%) ou peu satisfaisantes (35%). Et elles estimaient être moyennement compétentes (52%) ou peu compétentes (43%). Les SF se sentant les plus à l'aise avec les MSF étaient aussi celles qui considéraient leurs connaissances les plus satisfaisantes. Les SF ayant suivi une formation étaient significativement celles estimant avoir de meilleures connaissances ( $p=0,0039$ ). Et il y avait une tendance à la significativité en ce qui concerne le sentiment de compétence ( $p=0,0746$ ).

## Quatrième partie : analyse et discussion

---

### 1. Points forts et limites de l'étude

#### 1.1. Points forts

Tous les questionnaires reçus étaient exploitables, peut-être en raison de l'intérêt porté par certaines SF à ce sujet. Cela peut aussi être expliqué par la bonne compréhension du questionnaire et par le faible temps de remplissage de celui-ci (10 minutes).

Il s'agit de la première étude faite sur ce thème au sein du GHT Limousin. Elle concerne les violences faites aux femmes, un sujet au cœur des préoccupations actuelles. Cette étude a permis de faire le point sur les connaissances des SF sur les MSF et de mettre en évidence les points à améliorer tant lors de la formation initiale que continue. Cette étude pourrait ainsi permettre une prise de conscience des professionnels quant à la nécessité d'une prise en charge spécifique des MSF et de renforcer la prévention.

La diversité du mode d'exercice des SF dans notre étude était aussi un point fort qui permettait une comparaison des différentes connaissances et pratiques en fonction de l'activité des SF.

#### 1.2. Limites de l'étude

Le taux de réponse de 48% était faible d'où un manque de puissance de l'étude, notamment pour les établissements de type 2. Malgré plusieurs relances par mail ou orales, et informations données par des étudiantes sur place, nous avons collecté seulement 9 réponses sur 3 établissements constitués de 57 SF au total. Les SF ont pu se sentir moins concernées en raison d'une moindre fréquentation de ces établissements par les femmes victimes de MSF.

Cependant, l'existence de mails professionnels individuels dans certains établissements comme l'HME (type 3) ou pour les SF libérales a peut-être aussi favorisé une meilleure diffusion des questionnaires.

La présence de questions fermées avec la présence d'un item « autre » sans possibilité de préciser leur réponse était une limite puisque cela ne permettait pas de spécifier leur point de vue.

Les MSF sont un sujet sensible et un biais de désirabilité sociale peut être évoqué. En effet, certaines SF ont pu cocher certaines réponses car considérées comme socialement désirables, afin de se présenter sous un jour favorable, et de ne pas évoquer leurs opinions sincères.

## **2. Analyse et discussion**

### **2.1. Le niveau de connaissances global des sages-femmes**

Notre objectif principal était d'évaluer le niveau de connaissances global des SF sur les MSF et leurs complications. Afin d'y répondre, nous avons classé des niveaux de connaissances en fonction des notes moyennes obtenues par les SF sur leurs connaissances des généralités et des complications des MSF.

Nous avons pu mettre en évidence que le niveau de connaissances global des SF du GHT Limousin était moyennement satisfaisant, soit une note moyenne comprise entre 10/20 et 13/20. Ces résultats sont inférieurs à ceux retrouvés dans les études de Julie Vaysse (10) et Myriam Parpaite-Clain (19) en région Parisienne, où les SF avaient des connaissances satisfaisantes. Le GHT Limousin n'étant pas le territoire qui recense le plus de femmes provenant de pays à risque de MSF, il est possible que les SF étant moins confrontées à ces problématiques, aient un niveau de connaissances moindre (5). Cependant, les groupes de niveaux étant déterminés de façon arbitraire, et les questions et barèmes de notations n'étant pas les mêmes au sein de nos études, il est difficile de comparer les résultats obtenus par les SF.

#### **2.1.1 Le niveau de connaissance global selon les caractéristiques des sages-femmes**

Ni l'expérience professionnelle ni le suivi d'une formation n'augmentaient significativement le niveau de connaissances des SF. Ces résultats semblent étonnants puisque l'expérience professionnelle procure généralement plus de maîtrise sur un sujet. Cependant, il est possible que par une faible exposition aux MSF, les SF n'aient pas pu acquérir un meilleur niveau de connaissances au cours de leur carrière.

Il est aussi regrettable que le suivi d'une formation n'influe pas le niveau de connaissances puisqu'elle a justement pour but d'apporter des connaissances. Il est possible que la formation ait été trop succincte ou au contraire trop développée causant une difficulté à retenir tous les éléments abordés. Il peut aussi exister un biais de mémorisation, en cas de formation datant de plusieurs années, ou suivie sans réel attrait pour le sujet.

Ces hypothèses sont à nuancer puisque nos résultats étaient à la limite de la tendance significative avec  $p=0,0989$  pour l'expérience professionnelle et  $p=0,088$  pour la formation. Nous pouvons supposer qu'avec une étude plus puissante, ils auraient pu être significatifs. En effet, si nous comparons avec l'étude parisienne de Julie Vaysse, ayant un

effectif de SF supérieur au nôtre, la formation influençait le niveau de connaissances des SF. Elle n'avait cependant pas étudié leur expérience professionnelle (10).

Nous n'avons également pas pu mettre en évidence de différence de niveau de connaissances en fonction du mode d'exercice. En effet, les niveaux de connaissances étaient les mêmes pour les SF hospitalières, libérales ou de PMI. Pourtant, nous pourrions supposer que les SF de PMI possèdent un meilleur niveau de connaissances car elles sont souvent amenées à rencontrer des populations issues de l'immigration dans le cadre de leur exercice. En effet, il n'est pas rare que des femmes enceintes fuient leur pays et se réfugient en France afin d'éviter l'excision à leur fille. Ces populations sont souvent précaires et ont plus facilement recours à la PMI qui propose un service gratuit, financé par le conseil général. De plus, la PMI met à disposition des structures de proximité ou des visites à domicile pour ces femmes ayant plus de difficultés à recourir aux soins, par manque de moyens de transports, de ressources ou d'accès à l'information. Les SF de PMI deviennent alors des interlocutrices privilégiées pour ces femmes et peuvent leur permettre d'aborder leur MSF, notamment lors des consultations à domicile, souvent plus longues qu'en milieu hospitalier et favorisant ainsi la création d'un lien de confiance. Les quatre SF de PMI interrogées ont répondu à notre étude, ce qui peut montrer leur intérêt pour ce sujet. Seulement, ce faible effectif entraîne un manque de puissance à notre étude et peut expliquer l'absence de différence significative.

De la même manière, il n'y avait pas de différence de niveau de connaissances chez les SF ayant travaillé dans des territoires où la proportion de femmes mutilées était importante, notamment en Ile de France où la moitié des femmes mutilées vivant en France résident (5). Il est possible que ces SF n'aient pas su tirer profit de cette expérience, soit par une durée d'exercice insuffisante, soit par un biais de mémorisation si l'expérience était lointaine. Il peut aussi s'agir d'un manque de puissance de l'étude, causant une absence de différence significative. Il aurait été intéressant de pouvoir comparer nos résultats avec ceux de SF travaillant en région parisienne, afin de voir si le fait de travailler dans des territoires concernés par les MSF améliorerait les connaissances. Les SF des études Parisiennes de Julie Vaysse (10) et Myriam Parpaite-Clain (19) avaient de meilleures connaissances que les SF de notre étude : elles avaient des connaissances satisfaisantes, cependant nos méthodologies différaient, nous ne pouvons pas réellement comparer.

## 2.1.2 Les connaissances des généralités des MSF

- La connaissance de la répartition géographique des MSF

La répartition géographique des territoires pratiquants les MSF semblait mal maîtrisée des SF. Elles étaient 77% à savoir que la Guinée pratiquait fortement les MSF, 66,7% pour le Soudan et 65,5% pour le Mali. En revanche 56% des SF pensaient au Niger et 32% au Ghana alors que moins de 5% des femmes y sont mutilées. Ces pays majoritairement cités faisant partis de l'Afrique subsaharienne, nous pouvons émettre l'idée que les SF attribuent la pratique des MSF à cette région géographique sans pour autant connaître exactement les pays la pratiquant. Effectivement, seules 13,8% et 19,5% respectivement des SF ont mentionné l'Indonésie et l'Egypte. Pourtant plus 75% des femmes y sont mutilées. Au-delà du fait que ces pays ne fassent pas partie de l'Afrique subsaharienne, ces populations sont peu représentées en région Limousin, pouvant entraîner une méconnaissance des SF à leur sujet (20).

- La législation des MSF

Au niveau de la législation, 99% des SF savaient que les MSF étaient interdites en France et 76% qu'elles devaient alerter les autorités compétentes en présence d'une mineure mutilée. Cependant, uniquement 56% des SF savaient qu'une SF est condamnable si elle n'alerte pas les autorités compétentes en présence d'un danger de MSF sur une mineure et 55% qu'une famille vivant en France est punissable si elle excise sa fille à l'étranger. Ces derniers résultats sont nettement inférieurs à ceux retrouvés dans la littérature. En effet, les études de Julie Vaysse (10) et Myriam Parpaite-Clain (19) en région Parisienne, montrent que 80 à 100% des SF étaient informées qu'une famille est punissable en cas de MSF chez une mineure, même lorsque l'acte était réalisé à l'étranger. Ces meilleures connaissances pourraient s'expliquer par la plus grande proportion de femmes victimes de MSF en Ile de France (5). Les SF sont alors plus confrontées aux MSF et ainsi mieux informées de la législation.

Pourtant, dans notre étude, les SF sont 88% à déclarer être d'accord voire totalement d'accord avec le fait que la SF ait un rôle dans la prévention des MSF. Il semble cependant paradoxal qu'elles soient si nombreuses à affirmer ce rôle sans pour autant maîtriser la législation. Cependant, le biais de désirabilité sociale évoqué dans les limites de l'étude, peut aussi expliquer ce paradoxe. En tant que SF, déclarer ne pas avoir de rôle dans la prévention des MSF semblerait antinomique avec la place qu'elles occupent dans la santé génésique des femmes et la prise en charge des patientes. Et pour autant, elles ne semblent pas s'investir en s'appropriant la législation, d'où ces lacunes. Il paraît pourtant nécessaire

que les SF soient informées de la législation en vigueur, afin de connaître les actes punissables et leur devoir à leurs propos.

- Les raisons de la pérennité des MSF

L'item sur la pérennité des MSF a obtenu les moins bons résultats. Plusieurs réponses étaient possibles. 87% des SF évoquaient à tort les MSF comme une pratique religieuse, au lieu d'une pratique culturelle. Cet amalgame est probablement en lien avec le fait que la majorité des pays pratiquants les MSF sont musulmans. Or, aucun texte ne prône les MSF dans le Coran, et ces dernières sont aussi pratiquées par certaines populations chrétiennes. De plus, la réponse « raison culturelle » n'était pas proposée aux SF dans le questionnaire, ce qui a pu les induire en erreur. Cependant, les SF étaient 78% à mentionner que les MSF permettaient une insertion sociale, ce qui montre que la majorité d'entre elles avait conscience de l'aspect culturel des MSF.

### **2.1.3 Les connaissances des complications**

- Les complications générales des MSF

Les complications générales semblaient maîtrisées par les SF puisqu'elles ont obtenu une moyenne de 14,3/20.

La grande majorité des SF (98%) connaissait les risques d'infections urinaires et génitales. Ce bon résultat semble logique, les MSF touchant directement la sphère génito-urinaire. Il est cependant rassurant que ces complications soient connues puisqu'elles risquent d'influencer la prise en charge obstétricale.

92% des SF ont cité les troubles anxieux que les MSF pouvaient engendrer, ce qui sous-entend une bonne maîtrise du sujet. En effet, les troubles anxieux sont pourtant une symptomatologie fréquemment retrouvée pendant la grossesse, et peut être attribuée à de nombreux facteurs personnels autres que les MSF.

En revanche, moins de la moitié des SF (49%) connaissait le risque de douleurs pré menstruelles liées aux MSF. Ce risque pourtant important, semble peu connu des professionnels, mais il concerne spécifiquement les femmes victimes d'infibulation. Or ce type de mutilation est peu fréquente en région Limousin. Ceci expliquant sans doute la méconnaissance des SF à ce sujet, puisque peu exposées à ces problématiques.

- Les complications obstétricales

Les complications obstétricales des MSF semblaient moyennement connues des SF, elles ont obtenu une note moyenne de 11,7/20.

Les complications hémorragiques n'étaient connues que par 64,4% des SF du GHT Limousin. Cette proportion semble insuffisante d'autant que c'est une des complications majeures liée aux MSF, pouvant mettre en jeu le pronostic vital des patientes.

Les autres complications étaient également peu connues : le risque d'allongement de la phase de latence n'était cité que par 55,2% des SF alors que les tissus cicatriciels sont sources de dystocies. Le risque de prématurité n'était mentionné que par un quart des SF (24,1%), pourtant les MSF sont corrélées à l'augmentation du risque infectieux, susceptible d'entraîner une naissance prématurée. Il en est de même pour le risque de détresse respiratoire du nouveau-né lié à la prématurité : seules 19,5% des SF le mentionnaient.

Le fait que la totalité des SF ne soient pas informées de ces complications peut être en lien avec le peu de publications faites en France sur le sujet, entraînant un manque de recommandations. En effet, les études que nous avons retrouvées ont été faites en Afrique (15) (21). Or, les pratiques et conditions d'exercices ne sont pas identiques en France. Il est alors difficile d'attribuer certaines complications à la présence de MSF, les conditions de prise en charge pouvant aussi influencer.

En effet, Cécile Vernon (22) a pu mener une étude sur les complications survenues pendant l'accouchement de femmes mutilées en région parisienne. Elle a surtout mis en évidence un risque plus important de déchirures chez les femmes mutilées. En effet, 84,8% des femmes mutilées ont eu des déchirures après un accouchement alors que 71,7% des femmes non mutilées en ont eu. Elle a aussi pu observer un score d'Apgar plus bas pour les nouveau-nés de femmes mutilées : ils n'étaient que 75% à avoir un Apgar égal à 10, alors qu'ils étaient 90,2% pour les nouveau-nés de femmes non mutilées (22). Les risques que nous avons cités précédemment n'étaient pas augmentés dans son étude.

## **2.2. Les pratiques des sages-femmes**

### **2.2.1 Prévalence de l'exposition aux MSF**

Mettre en évidence la proportion de rencontre de patientes victimes de MSF par les SF au cours de leur carrière faisait partie de nos objectifs. Dans notre étude, 83% des SF déclaraient avoir rencontré au moins 1 fois/an une femme victime de mutilation. Les SF qui rencontraient le plus de femmes mutilées exerçaient en maternité de type 3. Ce qui peut

sembler logique dans le sens où la maternité de type 3 est représentée par l'HME de Limoges qui est susceptible de recevoir une plus forte population immigrée que les hôpitaux périphériques. Ces derniers se situent dans des territoires ruraux qui peuvent être moins investis par les populations issues de l'immigration puisqu'ils sont souvent moins bien desservis par les transports, avec un accès au soin plus difficile. Les SF de la clinique des Emailleurs (type 1), située également à Limoges, auraient elles aussi pu rencontrer des femmes victimes de MSF régulièrement, seulement les cliniques privées présentent souvent moins de mixités sociales, en raison notamment d'éventuels restes à charges ou dépassements d'honoraires.

En majorité, les SF rencontraient plus de deux femmes mutilées par an. Seules 17% des SF déclaraient n'avoir jamais rencontré de patiente victime de MSF, soit moins d'une SF sur cinq. Effectivement, il est possible qu'elles n'aient jamais rencontré de femmes mutilées, d'autant que la proportion estimée de ces femmes en région Limousin n'est pas extrêmement importante (5). Il est aussi possible que certaines MSF n'aient pas été repérées et diagnostiquées. Bien que la quasi-totalité de ces SF affirmaient vérifier les OGE lors de la prise en charge de femmes à risque de mutilations, les MSF ne sont pas toujours évidentes à repérer et peuvent ne toucher qu'une petite partie des OGE. Il est facile de ne pas s'en apercevoir même lors d'un examen clinique. En effet, dans les études de Manuella Goncalves (23) et Jeanne Cohendet (24) les SF étaient respectivement 84% et 82% à reconnaître la MSF seulement si celle-ci était évidente.

Le questionnaire ne proposait ici que des réponses précises pas toujours adaptées aux pratiques des professionnels. Certaines SF ont pu avoir régulièrement des patientes victimes de MSF lors d'expériences antérieures, mais n'en rencontrent plus depuis plusieurs années. Ce qui biaise un peu les résultats. En effet, cela ne permet pas réellement d'estimer le nombre de femmes victimes de MSF que rencontrent les SF du GHT Limousin au cours de leur carrière. De plus, elles n'ont alors plus toujours le même niveau de connaissances et pratiques qu'elles avaient lorsqu'elles étaient en présence récurrente de MSF.

### **2.2.2 La prise en charge des MSF**

Un de nos objectifs secondaires était de mettre en évidence les pratiques des SF dans le diagnostic et la prise en charge des MSF.

- L'examen des OGE et la détermination du type de MSF

Le diagnostic des MSF requérant souvent un examen minutieux des OGE, nous avons voulu savoir quelles conditions amenaient les SF à l'effectuer.

L'origine ethnique était déterminante pour 66,2% d'entre elles. En effet, l'origine ethnique est une information facile et rapide à obtenir en consultation, permettant d'orienter les SF dans leur examen. Cela laisse supposer qu'elles estiment connaître les territoires pratiquants les MSF, ce qui est le cas pour la Guinée. Malheureusement, les autres localisations géographiques des MSF n'étaient pas toujours bien maîtrisées.

Parmi les situations entraînant une vérification des OGE, les douleurs génitales et les infections uro-génitales étaient citées avec respectivement 76,2% et 42,9%. Ces symptomatologies sont largement citées. En effet, elles peuvent évoquer aux SF la vérification de l'intégrité des OGE puisque la nécessité de réaliser un examen des OGE est reconnue pour aider au diagnostic des infections génitales ou sexuellement transmissibles, même en l'absence de risque de MSF. Il peut cependant aussi s'agir d'une bonne maîtrise de ces complications de la part des SF.

L'examen des OGE est primordial puisqu'il peut permettre le diagnostic des MSF et ainsi leur prise en charge. Dans notre étude, nous avons pu mettre en évidence des résultats significatifs (**p=0,0254**) concernant le suivi d'une formation et l'aptitude à déterminer le type de MSF (type 1, 2 ou 3). En l'absence de formation, les SF font face à des difficultés de diagnostic, d'abord par un mauvais repérage des MSF, entraînant ensuite moins de détermination du type de MSF.

- La recherche de complications en lien avec les MSF

Les SF n'étaient que 42,5% à rechercher des complications en lien avec les MSF, alors qu'elles semblaient les connaître à la vue des résultats obtenus. Les SF avec un niveau de connaissances satisfaisant et très satisfaisant étaient celles recherchant le plus des complications liées aux MSF (**p=0,049**). En ayant plus de connaissances théoriques, elles ont probablement plus d'assurance, et sont plus susceptibles de proposer une prise en charge adaptées aux patientes en fonction des complications retrouvées. En effet le manque

de connaissances était la cause de l'absence de recherche de complications pour 59,2% des SF, juste derrière l'absence de plainte des patientes pour 61,2% des SF.

Selon, l'étude de Jeanne Cohendet (24) à Grenoble, seules 27,7% des SF recherchaient des complications, soit une proportion plus faible que celle de notre étude. La région de Grenoble est moins concernée par les MSF que la région Limousin (5), les SF sont alors peut-être moins au fait des complications possibles, ce qui peut expliquer les différences de résultats.

- Information donnée sur la possibilité de réparation

Actuellement, il est possible pour les femmes ayant subies une MSF de bénéficier d'une opération de chirurgie réparatrice. Cette chirurgie va permettre la reconstruction du clitoris à l'aide du moignon clitoridien restant dans les tissus cicatriciels. Elle peut aussi permettre la reconstruction des petites lèvres au besoin. (25)

Concernant la possibilité de réparation, les SF étaient plus de trois quarts (77%) à proposer une information à leurs patientes, systématiquement (34%) ou sur demande (43%). Cette possibilité était donc bien connue des SF, seules 16% des SF ne connaissaient pas cette intervention chirurgicale. C'est un chiffre minime, mais logique puisque sans un minimum d'informations, de recherches ou d'intérêt sur le sujet, il est difficile de connaître cette chirurgie. Néanmoins, ces dernières années des sujets comme les MSF étant de plus en plus évoqués, des campagnes d'informations voient le jour, comme celle menée en 2018 à l'initiative de l'association « excisions parlons-en » avec la diffusion de vidéos informatives. La Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) a également mis à dispositions des professionnels et des usagers des documents et vidéos informatives en 2021. Ces campagnes permettent alors une information accessible à tous.

Il restait une faible part des SF (7%) qui connaissait cette chirurgie mais qui n'informait jamais leurs patientes. Plusieurs raisons peuvent être évoquées. Une méconnaissance de cette reconstruction chirurgicale et de son intérêt tout d'abord. Ensuite, le manque de temps, la durée des consultations étant généralement limitée, les SF se recentrent souvent sur l'aspect immédiat ou urgent de la prise en charge.

Ainsi, ce sont les SF ayant un niveau de connaissances satisfaisant ou très satisfaisant qui vont le plus informer les patientes à ce sujet (**p=0,0093**). Ces techniques de

réparation étant plutôt spécifiques, il est normal que les SF formées soient plus à même d'en expliquer les particularités et la procédure. Ce genre d'intervention se généralisant dans de nombreux centres et étant vraiment bénéfiques pour certaines patientes, il semble nécessaire que l'information sur les possibilités et lieux de réparations soient diffusés plus largement.

### **2.2.3 Les freins à l'abord du sujet**

Dans l'étude « excisions et handicap », était mentionné que les femmes regrettaient le silence des médecins face à leur MSF en consultations, c'est pourquoi nous avons souhaité connaître les freins des SF à l'abord du sujet MSF. (2)

Le premier cité était la barrière de la langue, pour 70% des SF. En effet, il n'est pas toujours possible de recourir à l'anglais, la langue universelle, puisqu'elle n'est pas toujours maîtrisée, autant par les professionnels que par les patientes. C'est pourquoi des traducteurs sont répertoriés dans les structures hospitalières pour pallier ce problème. Cependant, leur manque de disponibilités au moment souhaité et les démarches pour les joindre sont souvent laborieuses et chronophages. De plus, ce sujet étant sensible et spécifique, des biais de traductions peuvent survenir, en cas de présence d'un interprète de même culture, en faveur d'une perpétuation des MSF notamment. La présence d'un interprète masculin peut également être inacceptable pour les patientes et les empêcher de se livrer. Reste à évoquer la possibilité d'utiliser des traducteurs en ligne, mais ils ne sont pas toujours adéquats pour traduire toutes les langues et dialectes des patientes concernées. De plus, la barrière de la langue peut aussi servir d'argument pour ne pas évoquer ce sujet sensible. Aborder ce sujet peut provoquer un profond malaise chez le professionnel en le confrontant aux souffrances endurées par ces femmes.

Le deuxième frein retrouvé était le manque de connaissances : 59,2% des SF évoquaient ce frein pour ne pas aborder le sujet. Il est difficile d'être à l'aise avec un sujet mal maîtrisé, autant dans ses aspects médicaux que culturels. En effet, maîtriser les us et coutumes des peuples concernés est nécessaire afin de trouver les mots justes et appropriés auprès des patientes, pour pouvoir les informer sans stigmatisation. Ensuite, la connaissance de toute la partie médicale des MSF permet une explication claire et précise aux patientes quant aux différents risques et possibilités de prise en charge qui s'offrent à elles.

Le troisième frein majoritairement cité était la résurgence du traumatisme de leur patiente pour 44,8% des SF. Interroger la patiente à ce sujet risque de réactiver le vécu traumatique. Pourtant, contrairement à ce que nous pourrions penser et selon l'étude

d'Excision et Handicap (2), les femmes qui vivent avec une MSF sont prêtes à l'évoquer et déplorent le fait que les professionnels n'abordent pas le sujet avec elle.

Malgré tous les freins mis en évidence, 95% des SF de notre étude déclaraient aborder le sujet avec leurs patientes, que ce soit selon les situations (52,9%) ou systématiquement (42,5%). Ces chiffres semblent plutôt élevés au regard des autres études. En effet, seules 57,5% des SF parisiennes abordaient le sujet avec leurs patientes dans l'étude de Julie Vaysse (10). Il en est de même pour les jeunes SF parisiennes de l'étude de Myriam Parpaite-Clain (19) : elles étaient un peu moins de 60% à aborder le sujet. Nous pouvons émettre l'idée que face à une plus grande proportion de femmes victimes de MSF en Ile de France, il existe peut-être une forme de banalisation des MSF de la part des SF, avec une moindre prise en considération.

L'étude menée à Grenoble par Jeanne Cohendet (24) met en évidence des résultats similaires aux nôtres : 88,4% des SF abordent le sujet systématiquement ou selon les situations. Les SF de provinces moins confrontées aux femmes mutilées, peuvent être plus attentives au vécu des femmes, soit par curiosité pour cette problématique qu'elles rencontrent peu, soit simplement par volonté d'accompagnement.

Cependant, dans notre étude, comme dans celle de Jeanne Cohendet, les SF étaient plus nombreuses à aborder le sujet en fonction des situations plutôt que systématiquement. Dans le GHT Limousin, elles le faisaient majoritairement en cas de symptômes causés par la MSF pour 75% d'entre elles, ou en cas de besoin d'un suivi spécifique lié à la MSF à 56%. Pour ces SF il était donc ici plutôt question de raisons médicales que psychologiques. Nous pouvons supposer que ces SF sont d'abord attentives à la santé physique des patientes avant de pouvoir penser à leur vécu.

#### **2.2.4 Le rôle dans la prévention**

Il est du devoir des professionnels de santé de dépister et prévenir toutes les formes de violences, et les MSF en font parties (3). De plus, ils doivent assister et protéger aux mineurs en danger en signalant un risque de MSF ou une MSF (26), (27), (28). Il semble donc nécessaire que les SF prennent la mesure de leur rôle et même de leur devoir, dans la prévention des MSF.

Un de nos objectifs secondaires était de mettre en évidence le rôle que les SF estimaient avoir dans la prévention primaire des MSF. La majorité des SF du GHT Limousin (88%) estimait avoir un rôle à jouer dans ce domaine. Elles sont donc dans leur rôle de

professionnels de santé. Ces résultats sont similaires avec l'étude de Julie Vaysse en région parisienne où 87,5% des SF estimaient avoir un rôle à jouer (10). En Loire-Atlantique, dans l'étude de Manuella Goncalves, 100% des SF estiment le rôle de la SF comme important voire primordial dans la prévention et la prise en charge des MSF (23).

Pour les 10,3% de SF de notre étude moyennement d'accord avec le fait d'avoir un rôle à jouer, le manque de temps est peut-être responsable. En effet, le temps de séjour à la maternité se raccourcit, avec notamment les sorties précoces, et la charge de travail reste incompressible, à la vue toutes les surveillances et conseils devant déjà être prodigués aux femmes lors de leur séjour. Il reste alors peu de temps pour faire de la prévention sur les MSF. Par la suite, les SF libérales sont habilitées à suivre les femmes et leurs bébés jusqu'à 12 jours après l'accouchement dans le cadre du programme de retour à domicile (PRADO). Elles peuvent estimer qu'il est trop tôt pour faire de la prévention auprès des parents pour leurs filles. Pourtant, aborder ce sujet dans les suites de naissance peut permettre une première approche. En effet, cette information peut être répétée ensuite par les médecins traitants ou de PMI pour renforcer la prévention. D'autant que les MSF sont pratiquées chez des filles de tout âge, que ce soit dans les premières années de vie ou plus tard à l'adolescence. De plus, les SF ne sont effectivement compétentes que pendant le premier mois de vie dans le suivi des nouveau-nés, mais elles restent présentes dans le suivi des femmes post accouchement, avec la visite post natale par exemple, la rééducation périnéale ou le suivi gynécologique si les femmes sont observantes. Ce qui laisse tout de même de nombreuses possibilités en ce qui concerne la prévention des MSF auprès des patientes.

Finalement, dans notre étude, seules 58% des SF qui estimaient avoir un rôle à jouer menaient une action de prévention, ce qui est assez paradoxal. Ici aussi le biais de désirabilité social pourrait être évoqué, il y a une différence entre leur positionnement et leur pratique. Néanmoins, elles peuvent avoir notion des problèmes que cela engendre et de leur devoir en tant que professionnels, mais sans savoir concrètement comment agir. En effet parmi les SF ne faisant pas de prévention, elles étaient 81,8% à expliquer ne pas savoir comment en parler. Pourtant plusieurs possibilités s'offrent aux SF, elles peuvent par exemple prendre contact avec des associations telles que la GAMS (groupe pour l'abolition des MSF) ou la CAMS (commission pour l'abolition des MSF) qui peuvent les conseiller, ou simplement orienter leurs patientes vers ces structures. Il existe aussi le livret « Bilakoro » mis à disposition des professionnels de santé par la MIPROF en 2021, leur expliquant les différentes possibilités d'actions. Ce livret est accompagné d'une vidéo permettant de saisir toute l'ampleur des conséquences de siècles de fausses croyances pour les peuples concernés (29).

Nous pouvons aussi espérer que remplir un questionnaire sur ce sujet leur aura apporté une prise de conscience quant à l'importance de leur rôle dans la prévention, qu'elles n'avaient pas mesuré jusque-là.

Nous remarquons que les SF ayant un niveau de connaissances satisfaisant ou très satisfaisant réalisaient significativement davantage d'action de prévention ( $p=0,0407$ ) et qu'il y a une tendance à la significativité pour les SF ayant suivi une formation ( $p=0,06$ ). En effet, elles ont été sensibilisées à la question, aux différents risques et complications possibles des MSF. Des informations pratiques sur les MSF, leur cadre légal, la culture des femmes, les signaux qui doivent alerter, ainsi que la façon de mener un entretien sont par exemple des notions abordées en formation.

Avoir un niveau de connaissances satisfaisant ou très satisfaisant sur ces différents thèmes permet donc aux SF de mener une meilleure prévention des MSF. Être formée permet de saisir l'importance d'endiguer ces MSF, et d'avoir des solutions et des ressources pour le faire. Par exemple, les rappels à la Loi, ou des complications possibles auprès des patientes sont des moyens de prévention, mais ils ne sont possibles que lorsqu'ils sont connus des professionnels. Signaler un risque de MSF est aussi un moyen de prévention des MSF et il est du devoir du professionnel de le faire. Cependant connaître la procédure est une chose, dénoncer, avec parfois le risque de faire erreur, en est une autre, pouvant freiner les professionnels. En effet, dans notre étude seules 18% des SF citaient le signalement comme moyen de prévention alors qu'elles étaient 72% à faire un rappel à la Loi et à l'intégrité physique. Il est regrettable que les SF n'aient pas plus recours à ce signalement car il permet de protéger au mieux les mineurs.

### **2.2.5 Sentiments de compétences et satisfaction des connaissances**

Pour répondre à notre dernier objectif, nous avons cherché à savoir si les SF étaient satisfaites de leurs connaissances et si elles se sentaient compétentes face aux MSF. Ces auto-évaluations peuvent permettre de faire un bilan et peuvent être le moyen de sensibiliser le professionnel sur la nécessité de revoir certaines thématiques.

Les SF ayant suivi une formation estimaient significativement avoir de meilleures connaissances que celles n'en ayant pas eu ( $p=0,0039$ ). Elles semblaient aussi se sentir plus compétentes face aux MSF ( $p=0,0746$ ). Malgré tout, la majorité des SF de notre échantillon restait très critique et jugeait que leurs pratiques et connaissances étaient insuffisantes. En effet, elles étaient seulement 6% à se sentir compétentes et 7% à estimer

leurs connaissances satisfaisantes. Ces auto-évaluations se révèlent en corrélation avec les résultats obtenus sur les niveaux de connaissances. Seules 7% des SF avaient obtenu des niveaux de connaissances satisfaisants voir très satisfaisants. Elles semblaient donc être conscientes de leurs capacités.

Il semble cependant dommage de constater qu'elles étaient si peu à estimer avoir de bonnes connaissances malgré le suivi d'une formation initiale ou continue. Il aurait été intéressant d'explorer leur ressenti pour expliquer de tels chiffres.

- La formation sur les MSF

Nous savons que depuis 2006, une formation sur les MSF est obligatoire dans le cursus initial des SF : la prévention, le dépistage et la prise en charge des MSF doivent être abordées (3).

Malgré cela, sur les 34 SF qui ont maximum 10 ans d'expérience et qui ont donc été diplômées après 2006, 5 déclaraient ne pas avoir été formées à ce sujet pendant leur cursus. Nous ne pouvons pas savoir si c'est un biais de mémorisation, ou si réellement elles n'y ont pas eu accès. D'après gynécologie sans frontière, seule une école de SF sur deux avait intégré ce module en 2013 alors qu'il est obligatoire depuis 2006 (30). De plus, dans son étude de 2014, Myriam Parpaite-Clain (19) montre que 61% des SF ne sont pas satisfaites de leur formation initiale. Elles sont même 75% à déclarer qu'elles ont acquis leurs connaissances avec leur expérience professionnelle et non grâce à la formation initiale. Nous pouvons penser que depuis cette étude, la formation initiale a évolué. D'autant qu'en 2011, le traité d'Istanbul sur la lutte contre les violences faites aux femmes mentionne qu'il est important de renforcer la formation des professionnels (31). Et en 2013, la Commission Consultative des Droits de l'Homme mentionne aussi l'importance de la formation des professionnels de santé : « la formation doit être médicale, anthropologique et juridique » (30). Cet enseignement devrait donc être complet et accessible à tous. Nous pourrions ajouter que, même si les SF n'ont pas eu de formation à ce sujet, le code de déontologie (article 4) mentionne que les SF ont le devoir d'entretenir et de perfectionner leur connaissances (27).

Dans notre étude nous avons cependant pu constater que la formation était utile puisqu'elle permettait aux SF de faire un meilleur diagnostic des MSF, de faire plus de prévention, de s'estimer plus compétentes et de juger leurs connaissances meilleures. Nous n'avons cependant pas retrouvé de différences significatives entre le niveau de connaissances global et le suivi de la formation initiale seule ou le suivi d'une formation continue.

Pourtant, les notes moyennes obtenues par les SF ayant suivi une formation continue étaient meilleures : 12,6/20 vs 11,8/20 pour la formation initiale. L'absence de chiffres significatifs est peut-être liée à un manque de puissance de l'étude. Ces meilleures notes peuvent être expliquées par le fait que la formation continue va être plus importante en volume horaire, plus détaillée et spécifique que la formation initiale. De plus, les personnes qui y participent sont souvent volontaires, parce qu'intéressées par le sujet, qui demande une certaine maturité et une ouverture d'esprit. A moins que ce ne soit après s'être retrouvé démuni à plusieurs reprises face à une telle situation, que le professionnel souhaite s'informer sur celui-ci. La formation sera donc d'autant plus enrichissante et utile si suivie avec intérêt. Le professionnel pourra alors réinvestir plus facilement les connaissances acquises lors de la formation.

Nous aurions également pu interroger les SF sur leur volonté ou non de suivre une formation continue à ce sujet. Dans l'étude de Manuella Goncalves 95,6% des SF n'ayant pas suivi de formation souhaitaient en faire une (23). Ce sujet suscite donc de l'intérêt et montre une réelle volonté de la part des SF dans la prise en charge des MSF.

### **3. Proposition d'amélioration**

La formation semble utile et contribue à une prise en charge de qualité des MSF. Il serait tout d'abord intéressant de proposer une formation aux SF n'en ayant pas eu. Cela leur permettrait d'intégrer des connaissances théoriques au sujet des MSF, pour ensuite pouvoir les diagnostiquer, les prendre en charge, et les prévenir. Plusieurs points seraient importants à aborder, notamment : le ciblage des populations à risque de MSF, les complications et les symptômes causés par les MSF, les techniques de réparation, le contenu de la Loi à propos des MSF et les méthodes de prévention. Ces formations pourraient également permettre de rappeler les démarches à suivre en termes de signalement, ainsi que diffuser les numéros utiles à contacter en cas de besoin.

Proposer un atelier pratique à cette formation pourrait permettre l'apprentissage notamment des techniques d'entretiens et d'écoute active. En effet, nous avons constaté que la façon d'aborder le sujet avec les femmes était un problème majeur.

De plus, aborder le trans culturalisme semble primordial. Il est souvent difficile de répondre aux questions purement médicales mais le versant culturel et social reste une source de difficulté. Le professionnel connaîtrait ainsi les fondements des MSF et serait plus à même de les aborder. Il s'agirait d'apprendre à être à l'aise avec le sujet, de ne plus le considérer comme un tabou, en parler librement, sans paraître accusateur. L'objectif étant de

ne plus craindre de s’immiscer dans la culture des gens et de connaître les bénéfices de la prévention.

En parallèle, mettre à disposition des professionnels des protocoles ou arbres décisionnels sur la prise en charge des MSF au sein des services leur permettrait de toujours avoir des ressources en cas de doute. Avoir un écrit sur la marche à suivre est parfois rassurant mais permet aussi une incitation à la prise en charge. Le site « [www.arretonslesviolences.gouv](http://www.arretonslesviolences.gouv) » et la MIPROF proposent par exemple des arbres décisionnels qui aident à déterminer le risque de subir une MSF (relatif, imminent...), des conduites à tenir adaptées, des informations pratiques sur les techniques d’entretiens etc... (32).

Pour les patientes, un entretien pourrait être proposé en ante natal, afin de proposer une prise en charge adaptée à la patiente pendant la grossesse, l’accouchement, et le post partum, ainsi qu’aborder la prévention pour les petites filles. Ce thème entrant dans le cadre des violences faites aux femmes, il devrait être de plus en plus abordé au cours de l’entretien pré natal du 4<sup>ème</sup> mois, un temps précieux pour ce genre d’échange, en prévoyant un traducteur au besoin. Cela permettrait une première approche et la création d’un lien de confiance.

Pour appuyer les propos abordés en entretien, ou pour les patientes ne souhaitant pas d’entretien pré natal, il pourrait être judicieux de leur remettre des plaquettes informatives, comme celle proposée par le gouvernement dans la lutte contre les violences (33). Cette plaquette informe sur ce que sont les MSF, leurs conséquences et les idées reçues à leur propos. Elle fournit aussi un rappel à la Loi en abordant les peines encourues pour les auteurs en cas de mutilations, que faire en cas de menace de MSF pour soi ou pour autrui, et donne également les numéros et adresses utiles pour aider les patientes désireuses de prise en charge.

## Conclusion

---

Actuellement, nous estimons que 200 millions de femmes et filles sont victimes de MSF dans le monde. 125 000 de ces femmes vivraient en France. La pratique des MSF entraîne de sévères conséquences chez les femmes et viole leur intégrité physique, c'est pourquoi elle est interdite en France. Pourtant, cette pratique perdure. Les professionnels de santé ont alors un rôle à jouer dans la prise en charge de ces femmes, mais aussi dans la prévention pour les petites filles.

Au cours de notre étude, nous avons évalué les connaissances et mis en avant les pratiques des SF du GHT Limousin sur les MSF par le biais d'un questionnaire. Nous avons pu montrer qu'elles avaient un niveau de connaissances moyennement satisfaisant sur les MSF. De plus, le suivi d'une formation entraînait un meilleur diagnostic de MSF, plus d'actions de prévention et des SF qui se sentaient plus compétentes. Nous avons aussi démontré que les SF avec un meilleur niveau de connaissances recherchaient mieux les complications des MSF, réalisaient plus de prévention et donnaient plus d'informations à leurs patientes quant à la réparation chirurgicale.

Les principaux freins identifiés dans la prise en charge des MSF étaient la barrière de la langue, le manque de connaissances et le malaise des professionnels quant à la façon d'aborder ce sujet avec les patientes.

Dans une optique d'amélioration, proposer des formations complètes, abordant des versants théoriques et pratiques pourrait aider les professionnels dans le diagnostic, la prise en charge et la prévention des MSF. Elles permettraient de donner des clés aux SF afin qu'elles puissent mieux orienter les femmes. L'objectif serait d'aborder sans tabou ni jugement les MSF avec les patientes et que les SF soient conscientes de leur rôle et agissent concrètement en matière de prévention.

Pour les patientes, en plus d'une information orale, des supports écrits ou numériques sur les MSF, leurs conséquences, la législation et la réparation chirurgicale pourraient être diffusés. L'objectif est qu'elles soient sensibilisées au sujet, qu'elles connaissent leurs droits et qu'elles sachent se protéger ou protéger les fillettes de leur entourage.

Il serait ensuite intéressant de voir, rétrospectivement, l'utilité de la mise en place de telles actions, pour les populations concernées, dans la prévention des MSF.

## Références bibliographiques

---

1. Mutilations sexuelles féminines [Internet]. [cité 2 avr 2020]. Disponible sur: <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/mutilations-sexuelles-feminines.html>
2. volet\_qualitatif\_de\_exh\_rapport\_final.fr.pdf [Internet]. [cité 22 juin 2020]. Disponible sur: [https://www.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/269/volet\\_qualitatif\\_de\\_exh\\_rapport\\_final.fr.pdf](https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/269/volet_qualitatif_de_exh_rapport_final.fr.pdf)
3. Circulaire\_MSF\_SF\_PM.pdf [Internet]. [cité 28 août 2020]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Circulaire\\_MSF\\_SF\\_PM.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Circulaire_MSF_SF_PM.pdf)
4. Organisation Mondiale de la Santé. Mutilations sexuelles féminines [Internet]. [cité 27 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
5. Lesclingand - ESTIMATION DU NOMBRE DE FEMMES ADULTES AYANT SUBI .pdf [Internet]. [cité 29 janv 2022]. Disponible sur: [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/21/pdf/2019\\_21\\_1.pdf](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/21/pdf/2019_21_1.pdf)
6. OMS | Classification des mutilations sexuelles féminines [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 2 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/overview/fr/>
7. Les mutilations génitales féminines [Internet]. [cité 20 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.unicef.org/fr/protection/mutilations-genitales-feminines>
8. Fonds des Nations Unies pour la population. Mutilations génitales féminines [Internet]. Fonds des Nations Unies pour la population. [cité 20 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.unfpa.org/fr/mutilations-g%C3%A9nitaux-f%C3%A9minines>
9. Cartographie mondiale des pratiques d'excision | Excision, parlons-en ! [Internet]. [cité 2 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.excisionparlonsen.org/comprendre-lexcision/cartographie-mondiale-des-pratiques-dexcision/>
10. Vaysse J. Le rôle de la sage-femme dans la prévention des mutilations génitales féminines. *Rev Sage-Femme*. 1 oct 2006;5(4):171-81.
11. Carcopino X, Shojai R, Boubli L. Les mutilations génitales féminines : généralités, complications et prise en charge obstétricale. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 1 sept 2004;33(5):378-83.
12. Carillon S, Petit V. La pratique des mutilations génitales féminines à Djibouti : une « affaire de femmes » entre les mains des hommes. *Autrepart*. 28 déc 2009;n° 52(4):13-29.
13. Mutilations sexuelles féminines et accouchement , pour une prise en charge adaptée. :85.
14. Andro A, Lesclingand M. Les mutilations génitales féminines dans le monde. *Popul Soc*. 2017;N° 543(4):1-4.
15. Ndiaye P, Diongue M, Faye A, Ouedraogo D, Dia AT. Mutilation génitale féminine et complications de l'accouchement dans la province de Gourma (Burkina Faso). *Sante Publique (Bucur)*. 22 déc 2010;Vol. 22(5):563-70.

16. Vernon C. COMPLICATIONS OBSTETRIQUES ET NEONATALES DES MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES. :74.
17. Joëlle FB. Haute Autorité de santé. 2020;217.
18. Les conséquences psychologiques de l'excision [Internet]. E-Santé. [cité 19 août 2020]. Disponible sur: <https://www.e-sante.fr/consequences-psychologiques-excision/actualite/856>
19. Parpaite-Clain M. La formation des sages-femmes face aux mutilations sexuelles féminines. Évaluation des pratiques professionnelles et propositions d'amélioration des prises en charge. :83.
20. L'essentiel sur... les immigrés et les étrangers | Insee [Internet]. [cité 15 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212#tableau-infographie>
21. fgm-obstetric-study-fr.pdf [Internet]. [cité 18 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/fgm-obstetric-study-fr.pdf>
22. Vernon C. COMPLICATIONS OBSTETRIQUES ET NEONATALES DES MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES. :74.
23. Goncalves Manuella. 1ère partie : Les mutilations sexuelles féminines : de quoi parle t-on. 2007;102.
24. Cohendet J. Mutilations sexuelles féminines: connaissances, dépistage et prise en charge: état des lieux auprès des sages-femmes de l'agglomération de Grenoble. :48.
25. Masson E. Chirurgie réparatrice des mutilations sexuelles féminines [Internet]. EM-Consulte. [cité 20 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/994313/chirurgie-reparatrice-des-mutilations-sexuelles-fe>
26. Les textes législatifs sur l'excision [Internet]. Fédération GAMS. [cité 19 févr 2022]. Disponible sur: <https://federationgams.org/excision-2/les-textes-legislatifs-sur-l'excision/>
27. Code-de-déontologie-des-sages-femmes-version-consolidée-au-28-mai-2021.pdf [Internet]. [cité 1 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Code-de-d%C3%A9ontologie-des-sages-femmes-version-consolid%C3%A9e-au-28-mai-2021.pdf>
28. Article 223-6 - Code pénal - Légifrance [Internet]. [cité 19 févr 2022]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000037289588/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037289588/)
29. msf-guide-médecin.pdf [Internet]. [cité 19 févr 2022]. Disponible sur: <https://cfcv.asso.fr/wp-content/uploads/2020/05/msf-guide-m%C3%A9decin.pdf>
30. 13.11.28 Avis sur les mutilations sexuelles féminines. :14.
31. 1680084840.pdf [Internet]. [cité 19 févr 2022]. Disponible sur: <https://rm.coe.int/1680084840>
32. msf\_2019\_plaquette\_parcours\_0.pdf [Internet]. [cité 1 mars 2022]. Disponible sur: [https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2020-04/msf\\_2019\\_plaquette\\_parcours\\_0.pdf](https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2020-04/msf_2019_plaquette_parcours_0.pdf)

33. 25-11-2014\_depliant-MSF-2.pdf [Internet]. [cité 1 mars 2022]. Disponible sur: [https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2020-04/25-11-2014\\_depliant-MSF-2.pdf](https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2020-04/25-11-2014_depliant-MSF-2.pdf)

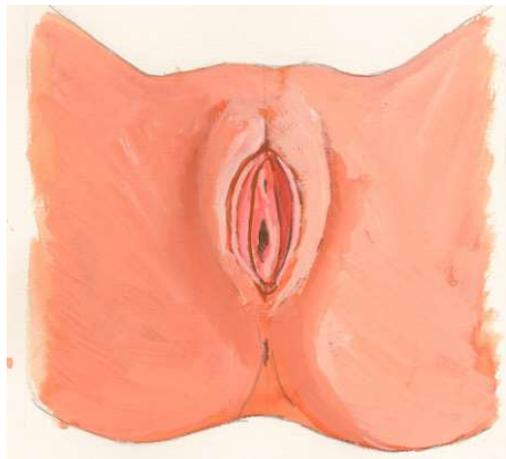
## Annexes

---

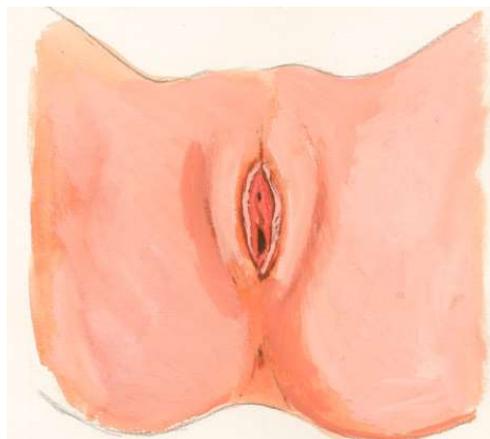
Annexe I. Différents types de MSF.....	46
Annexe II. Cartographie des MSF .....	47
Annexe III. Questionnaire.....	48

## Annexe I. Différents types de MSF

Source « excision parlons-en »



Type I

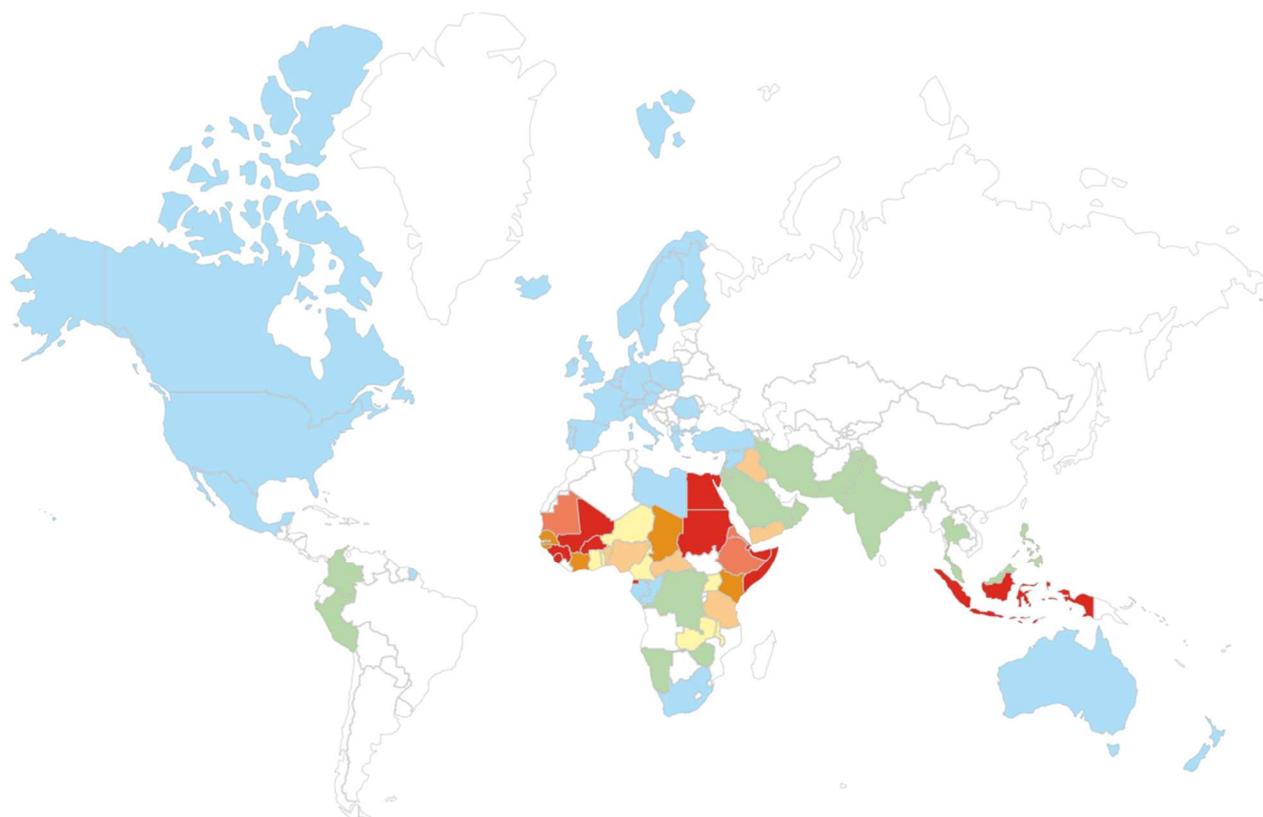


Type II

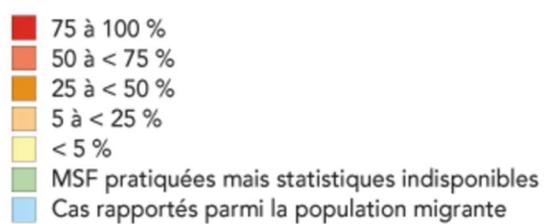


Type III

## Annexe II. Cartographie des MSF



### Proportion de femmes qui ont subi une mutilation sexuelle (MSF)



Données UNICEF, 2014. Adaptation de la carte réalisée par GAMS Belgique

Source : « excision parlons-en »

### Annexe III. Questionnaire

« Connaissances et pratiques des sages-femmes de l'ancien limousin concernant les mutilations sexuelles féminines. »

Je suis Chloé Chomilier, étudiante sage-femme de 4<sup>ème</sup> année à l'école de Limoges. Je réalise mon mémoire de fin d'étude sur le thème des Mutilations Sexuelles Féminines (MSF), et plus particulièrement à propos des connaissances et des pratiques des sages-femmes à ce sujet.

Dans le cadre de mon étude, je souhaite donc vous interroger sur vos connaissances et vos pratiques, mais aussi sur la satisfaction que vous avez de celles-ci.

Si vous acceptez de participer à cette étude, je vous remercie pour le temps accordé au remplissage de ce questionnaire.

#### 1. A propos de vos connaissances :

Selon vous, quel(s) est(sont) le ou les pays où plus de 75% des femmes ont subi une MSF ? (cochez la ou les réponse(s) vraie(s))

- Guinée
- Ghana
- Niger
- Indonésie
- Egypte
- Soudan
- Mali

A propos de la législation des MSF, quelle(s) sont la ou les réponse(s) vraie(s) ?

- Les MSF sont interdites en France
- Une mineure vivant en France se fait mutiler lors d'un voyage dans son pays d'origine : sa famille est punissable
- Une fillette est menacée de MSF : une SF peut être poursuivie pour non-assistance à personne en danger si elle ne le signale pas
- Lorsqu'une mineure vient d'être excisée la SF doit alerter les autorités chargées de la protection de l'enfance

Selon vous, la ou les raison(s) de la perpétuité des MSF sont : (cocher la ou les réponse(s) vraie(s))

- Religieuses
- Hygiénique

- Esthétique
- Favoriser l'insertion sociale
- Favoriser la fécondité

D'après vous, quelles peuvent être les complications générales des MSF ? (cocher la ou les réponse(s) vraie(s))

- Trouble anxieux
- Incontinence urinaire
- Douleurs pré menstruelles
- Infections urinaires et génitales
- Kystes dermoïdes
- Fistules vésico-urinaire
- Constipation

A présent, quelles peuvent être les complications obstétricales des MSF ? (cocher la ou les réponse(s) vraie(s))

- Allongement de la phase de dilatation
- Hémorragie du post partum
- Détresse respiratoire du nouveau-né
- Hématome rétro placentaire
- Prématurité
- Grossesse extra utérine

## **2. A propos de votre pratique :**

Dans votre pratique de sage-femme, à quelle fréquence avez-vous rencontré des femmes victimes de MSF ? (cocher la réponse vraie)

- 1 fois / an
- 2 fois / an
- > 2 fois / an
- Vous n'en avez jamais rencontré

Votre aptitude à reconnaître une MSF et son type : (cocher la réponse vraie)

- Vous reconnaissez facilement une MSF et son type
- Vous avez besoin de temps pour poser le diagnostic du type de MSF
- Vous ne cherchez pas à déterminer le type de MSF

Vous arrive-t-il de vérifier l'intégrité des organes génitaux externes ? (cocher la réponse vraie)

- Non, jamais
- Oui, selon les situations

Si vous avez répondu « Oui, selon les situations » : Lesquelles ? (cocher la ou les réponse(s) vraie(s))

- Origine ethnique
- Demande de la patiente
- Contexte social
- Douleurs génitales
- Infections urinaires et génitales à répétition

En présence d'une MSF vous : (cocher la réponse vraie)

- N'abordez pas le sujet
- Abordez systématiquement le sujet en cas de constat
- Abordez le sujet les situations

Si vous abordez le sujet selon les situations, lesquelles ? (cocher la ou les réponse(s) vraie(s))

- Demande de la patiente
- Nécessité d'un suivi particulier lié à cette MSF
- La MSF est la cause de symptômes évoqués par la patiente

Quels sont les freins éventuels à l'abord du sujet ? (cocher la ou les réponse(s) vraie(s))

- Barrière de la langue
- Gène
- Manque de connaissance
- Touche la culture des gens
- Fragilité psychologique de la femme
- Vous craignez de raviver le souvenir de la mutilation
- Vous craignez d'annoncer une MSF si la femme n'était pas au courant de celle-ci

Recherchez-vous systématiquement des complications que pourraient engendrer une MSF chez la patiente ? (cocher la réponse vraie)

- Oui
- Non

Si vous avez répondu « non », pourquoi ? (cocher la ou les réponse(s) vraie(s))

- Pas de plainte de la patiente
- Vous ne souhaitez pas vous montrer intrusif
- Vous craignez de ne pas savoir orienter ou prendre en charge correctement la patiente en cas de complications
- Manque de connaissance
- Gène
- Barrière de la langue

Concernant la possibilité de reconstruction, vous : (cocher la réponse vraie)

- Informez systématiquement les patientes
- Informez la patiente à sa demande
- N'en parlez pas
- Ne connaissez pas cette possibilité

Estimez-vous que la sage-femme a un rôle dans la prévention primaire des MSF ? (cocher la réponse vraie)

- Totalement d'accord
- D'accord
- Moyennement d'accord
- Pas d'accord

Faites-vous de la prévention lorsque l'enfant d'une femme mutilée est une fille ? (cocher la réponse vraie)

- Oui
- Non

Si oui, comment ? (cocher la ou les réponse(s) vraie(s))

- Rappel à la loi
- Rappel de l'atteinte à l'intégrité physique
- Rappel des risques et complications causés par les MSF
- Signalement à des organismes/associations

Si non, pourquoi ? (cocher la ou les réponse(s) vraie(s))

- Ce n'est pas mon rôle
- Gène
- Ne sait pas comment en parler
- Ne souhaite pas intervenir dans la culture des patientes

### **3. A propos de la satisfaction de vos connaissances et de vos pratiques :**

Comment évalueriez-vous vos connaissances ? (cocher la réponse vraie)

- Totalelement satisfaisante
- Satisfaisante
- Moyennement satisfaisante
- Peu satisfaisante
- Pas satisfaisante

Vous sentez-vous compétent(e) face à des MSF ? (cocher la réponse vraie)

- Totalelement compétent(e)
- Compétent(e)
- Moyennement compétent(e)
- Peu compétent(e)

### **4. A propos de vous :**

Pendant combien de temps avez-vous exercé le métier de sage-femme à ce jour ? (cocher la réponse vraie)

- < 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Entre 11 et 20 ans
- Entre 21 et 30 ans
- > 30 ans

Avez-vous suivi un enseignement sur les MSF ? (cocher la réponse vraie)

- Oui, dans le cadre de la formation initiale
- Oui, dans le cadre de la formation continue
- Non

Parmi les territoires suivants, dans lesquels avez-vous exercé ? (cocher la ou les réponse(s))

- Ile de France
- Afrique de l'Ouest (Mali, Burkina Faso, Guinée, Sierra Leone...)
- Afrique de l'Est (Soudan, Egypte, Ethiopie, Somalie...)
- Asie du Sud (Indonésie, Inde, Philippines...)
- Aucun des territoires cités

Quel est votre mode d'exercice à ce jour ? (cocher la ou les réponse(s) vraie(s))

- Hospitaliers
- Consultation

- Suite de naissance
- Salle de naissance
- Libéral
- PMI

Si vous exercez à l'hôpital, dans quel type de maternité ?

- Type 1
- Type 2
- Type 3

**CHOMILIER Chloé**

**Connaissances et pratiques des sages-femmes du GHT Limousin concernant les mutilations sexuelles féminines.**

**54 pages.**

**Mémoire de fin d'études – école de sages-femmes de LIMOGES – 2021-2022.**

---

Les Mutilations Sexuelles Féminines (MSF) concernent 200 millions de filles et femmes dans le monde. 125 000 femmes seraient concernées en France.

A l'aide d'une étude descriptive, multicentrique et transversale, menée par questionnaires nous nous sommes intéressées aux connaissances et aux pratiques des sages-femmes du GHT Limousin sur les MSF.

Le niveau de connaissances des SF était moyennement satisfaisant.

Nous avons répertorié les facteurs influents la pratique des SF.

Les pratiques concernant la prise en charge et la prévention, étaient significativement améliorées avec un bon niveau de connaissances ou lors du suivi d'une formation.

Le développement de formations destinées aux professionnels semble nécessaire pour améliorer les pratiques et promouvoir la prévention.

---

Mots-clés : Mutilations sexuelles féminines, sages-femmes, niveau de connaissances, pratiques, prévention, prise en charge

