

Mutilations Sexuelles Féminines (MSF) : comment sont-elles dépistées et quelle prise en charge est proposée aux victimes par des professionnels de santé réalisant du suivi gynécologique de prévention et/ou du suivi obstétrical dans le Finistère et le Morbihan ? Étude qualitative, descriptive, multicentrique réalisée auprès de sages-femmes, médecins généralistes et gynécologue-obstétricien entre mars 2020 et novembre 2020 dans le Finistère et le Morbihan

Solène Bernard

HAL Id: dumas-03441693

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03441693

Submitted on 22 Nov 2021

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

▶ **To cite this version:**

Solène Bernard. Mutilations Sexuelles Féminines (MSF) : comment sont-elles dépistées et quelle prise en charge est proposée aux victimes par des professionnels de santé réalisant du suivi gynécologique de prévention et/ou du suivi obstétrical dans le Finistère et le Morbihan ? Étude qualitative, descriptive, multicentrique réalisée auprès de sages-femmes, médecins généralistes et gynécologue-obstétricien entre mars 2020 et novembre 2020 dans le Finistère et le Morbihan. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03441693

Ecole Universitaire de Maïeutique de Brest

UFR de Médecine et des Sciences de la Santé

BREST

Mémoire de fin d'études

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année 2021

Mutilations Sexuelles Féminines (MSF) :

Comment sont-elles dépistées et quelle prise en charge est proposée aux victimes par des professionnels de santé réalisant du suivi gynécologique de prévention et /ou du suivi obstétrical dans le Finistère et le Morbihan ?

Etude qualitative, descriptive, multicentrique réalisée auprès de sages-femmes, médecins généralistes et gynécologue-obstétricien entre mars 2020 et novembre 2020 dans le Finistère et le Morbihan

Présenté et soutenu par Solène BERNARD

Née le 18 juin 1997

Directrice de mémoire : Ruth M'Bwang Seppoh

Remerciements

Je remercie Mme Gaëlle DELPECH-DUNOYER, sage-femme enseignante, pour son soutien, ses précieux conseils et sa disponibilité tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

Je remercie Mme Ruth M'BWANG SEPPOH, directrice de ce mémoire pour son aide, ses conseils et son expertise sur ce sujet.

Je remercie tous les professionnels qui ont accepté de participer à cette étude en donnant de leur temps pour réaliser des entretiens.

Je remercie mes proches, mes parents, ma sœur, mon copain, mes amis pour leurs encouragements et leur soutien constant tout au long de ces années d'étude.

Et enfin, je remercie mes amies de promotion, mes colocs Lorientaises, pour tous ces bons moments passés, cette entraide dans les bons comme dans les mauvais instants, ces fous rires, et pour tous ces souvenirs gravés dans ma mémoire.

Table des matières

1. Introduction 5
2. Matériels et méthode 8
   2.1. Objectifs 8
   2.2. Type et durée de l'étude 8
   2.3. Lieux et population de l'étude 8
   2.4. Démarches réglementaires 9
   2.5. Outils de recherche 9
   2.6. Traitement des données 10
3. Résultats 11
   3.1. Dépistage 11
      3.1.1. Interrogatoire 11
      3.1.2. Examen clinique 16
   3.2. Prise en charge 17
      3.2.1. Identifier le besoin des patientes 17
      3.2.2. Réorienter la patiente vers d'autres professionnels 18
   3.3. Ressenti du professionnel 19
      3.3.1. Estimation du nombre de femmes mutilées rencontrées par an 19
      3.3.2. Connaissances 20
4. Discussion 23
   4.1. Synthèse des résultats 23
   4.2. Forces de l'étude 23
   4.3. Biais de l'étude 24
   4.4. Dépistage et freins au dépistage 24
      4.4.1. Le manque d'informations 24
      4.4.2. Le manque de temps 25
      4.4.3. La complexité de ces consultations et de l'examen clinique 26
      4.4.4. Parallèle avec les violences faites aux femmes 27
      4.4.5. Une absence de femmes migrantes dans la patientèle 27
   4.5. Prise en charge des femmes victimes de MSF 27
      4.5.1. Les complications des MSF : la nécessité d'un accompagnement multidisciplinaire 28
      4.5.2. Réorientation vers d'autres professionnels 29
      4.5.3. La situation des mineures 30
5. Propositions 31
6. Conclusion 32

7. Références bibliographiques 33
Annexes 37
- Annexe I : Proportion de femmes victimes de MSF dans le monde 37
- Annexe II : Estimation du nombre de femmes mutilées en Bretagne 38
- Annexe III : Guide d'entretien : 40
- Annexe IV : Carte de la prévalence des MSF en Afrique: 42
- Annexe V : Plaquette d'informations réalisée par le Dr Marion dans le cadre de sa thèse (7) 43
- Annexe VI : Grille d'Analyse de la population de l'étude 44
- Annexe VII : Grille d'analyse des entretiens 44
- Annexe VIII : Affiche des consultations pluridisciplinaires du CHRU de Brest 46
8. Résumé 47

1. Introduction

Les Mutilations Sexuelles Féminines (MSF) correspondent, d'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1), à des lésions des organes génitaux externes pour des raisons autres que thérapeutiques. Il existe 4 grandes catégories de mutilations sexuelles féminines : la clitoridectomie, qui correspond à l'ablation partielle ou totale du clitoris, l'excision, qui correspond à l'ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, l'infibulation, qui correspond à un rétrécissement de l'orifice vaginal, et pour finir, toutes les autres formes d'atteintes des organes génitaux externes.

Les conséquences physiques et psychologiques dues aux mutilations sont très importantes pour ces femmes. En effet, les Mutilations Génitales Féminines (MGF) peuvent être responsables de douleurs chroniques, de dyspareunies ; elles peuvent provoquer des infections vulvaires, urinaires, gynécologiques, et être à l'origine de complications obstétricales. Elles ont de grandes répercussions psychologiques, et sont à l'origine d'angoisses, d'anxiété, et de dépression (2). Elles font partie des violences faites aux femmes définies par la convention du conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, signée à Istanbul en 2011 (3).

Bien que l'origine exacte des mutilations sexuelles soit incertaine, selon des historiens il semblerait que cette pratique ait commencé durant l'Egypte Antique (4) et se soit développée, au fil du temps, dans d'autres pays. Celle-ci perdure depuis. Cependant, un rapport de l'UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund) de juillet 2013 révèle que la pratique des mutilations sexuelles est actuellement en recul dans de nombreux pays du monde. Ceci s'explique par une diminution du soutien apporté à ces pratiques de la part de la population dans de nombreux pays (5).

A ce jour, le nombre de femmes et jeunes filles mutilées dans le monde a été estimé à environ 200 millions (6). Ces mutilations se font la plupart du temps sur des jeunes filles âgées de quelques mois à environ 15 ans, et principalement dans certains pays d'Afrique Subsaharienne comme au Mali, en Guinée ou encore en Ethiopie, ou dans des pays d'Asie comme en Indonésie (Cf annexe I). Les coutumes, la religion, l'intégration sociale, l'hygiène et l'esthétique sont les principales explications du maintien de ces pratiques (7).

Actuellement en France et plus généralement en Europe, une augmentation de l'immigration est constatée. D'après l'Organisme Français de Protection des Réfugiés et

Apatrides (OFPRA), en 2018, en France, près de 123 000 demandes d'asiles ont été effectuées ; ce nombre est en hausse de 22% par rapport à l'année 2017 (8). Une part importante des demandeurs d'asile est originaire de Guinée (5,38% des demandes) et de Côte d'Ivoire (4,20% des demandes). Dans ces deux pays les mutilations génitales sont des pratiques courantes (6). En 2018, l'OFPRA a placé sous sa protection 7550 enfants afin de leur éviter le risque de mutilations sexuelles en cas de retour dans leurs pays.

On compte en France 6,17 millions d'immigrés sur les 66,4 millions d'habitants (8). De grandes disparités existent sur le territoire. En effet, en Ile de France près de 19% de la population est d'origine étrangère pour seulement 3,3% en Bretagne (9). Cependant, entre 1999 et 2011, d'après l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques), en Bretagne, une augmentation des personnes originaires d'Afrique a été constaté, et notamment originaires d'Afrique Subsaharienne (10).

Du fait de l'augmentation de l'immigration en France, et notamment de l'immigration provenant de pays Africains pratiquant l'excision, nous pouvons facilement comprendre qu'il existe dans notre pays une augmentation du nombre de femmes ayant subi des mutilations sexuelles dans leur pays d'origine (11).

En France, en 2019, Marlène Shiappa, Secrétaire d'Etat chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations, a dévoilé « un plan national d'action visant à éradiquer les mutilations sexuelles féminines » (12). A la suite de la publication de ce plan, Santé Publique France a édité un Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) qui estime à près de 124 000 le nombre de femmes excisées présentes en France (13). A partir du BEH et des données nationales, une estimation (Cf annexe II) du nombre de femmes mutilées en Bretagne a été réalisée ; un total d'environ 3000 femmes mutilées sur la région Bretagne a été identifié. En Février 2020, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié des recommandations sur la prise en charge des mutilations sexuelles féminines afin que les professionnels aient davantage de connaissances sur ce sujet pour participer de manière plus active à la prévention et au dépistage des MSF (14).

Les Mutilations génitales féminines sont interdites et punies par la loi Française. En effet d'après l'article 222-9 du code pénal, l'auteur de celle-ci ainsi que le responsable de l'enfant mutilé peuvent être condamnés à payer 150 000 € d'amende et à exécuter une peine de 10 ans d'emprisonnement (12). De plus d'après les articles 222-10 et 222-8 du code pénal,

la peine encourue est de 15 ans si la mutilation est réalisée sur un mineur de moins de 15 ans et de 20 ans si l'auteur est un parent ou une personne ayant autorité sur le mineur (12).

Avec l'augmentation du flux migratoire, les professionnels de santé ont développé une patientèle plus cosmopolite et sont donc davantage confrontés qu'auparavant à des patientes ayant été victimes de mutilations sexuelles. Les sages-femmes lors de la réalisation du suivi de grossesse sont amenées à dépister les MSF. Mais depuis la publication, le 21 juillet 2009, de l'article 86 de la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire, elles sont autorisées à assurer le suivi gynécologique de prévention des patientes en bonne santé (15). Ceci les expose plus encore à la probabilité d'accueillir des femmes concernées par cette problématique au cours de leur pratique. Les professionnels de la santé de la femme sont donc appelés à se donner les moyens pour fournir un accompagnement complet et adapté à ces femmes victimes de MSF en France et notamment en Bretagne où près de 3000 femmes pourraient en être victimes.

Nous pouvons donc nous interroger sur les conditions actuelles de la prise en charge, sur l'état des connaissances des professionnels concernés, leur façon d'aborder la question, et d'orienter les patientes.

Nous avons donc décidé d'enquêter par le biais d'entretiens semi-directifs auprès des professionnels de santé (sages-femmes, médecins généralistes, gynécologue-obstétricien) dans les départements du Finistère et du Morbihan.

2. Matériels et méthode

2.1. Objectifs

L'objectif de l'étude est de déterminer la manière dont les professionnels réalisant du suivi gynécologique de prévention et/ ou du suivi obstétrical (sages-femmes et médecins) abordent le dépistage et la prise en charge des mutilations sexuelles féminines lors de leurs consultations courantes.

2.2. Type et durée de l'étude

Afin de répondre à la problématique, nous avons opté pour la réalisation d'une étude qualitative, descriptive, multicentrique.

En effet, le but de cette étude est de mettre l'accent sur l'expérience ; et les études qualitatives d'une manière générale ont pour objectif de rechercher le point de vue des participants et d'obtenir une grande diversité de réponses. Elles permettent d'aborder le sujet de manière plus globale et sociale.

Ainsi, nous avons réalisé des entretiens semi-directifs et individuels avec des professionnels de santé. Ces entretiens ont été réalisés de Mars 2020 à Novembre 2020.

2.3. Lieux et population de l'étude

Nous avons inclus dans notre population d'étude des sages-femmes et des médecins susceptibles de rencontrer des femmes victimes de mutilations sexuelles lors de consultations gynécologiques ou de suivi de grossesse. Ces sages-femmes et médecins exerçaient soit dans des services de consultations au Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Brest, soit au Centre Hospitalier Inter Communal (CHIC) de Quimper, soit en PMI (Protection Maternelle et Infantile) dans les agglomérations de Brest et de Lorient, soit au CPEF (Centre de Planification et d'Education Familiale) de Brest et Quimper, soit dans un cabinet libéral. L'objectif étant de recueillir des points de vue différents en fonction du lieu d'exercice, et non pas de comparer les professions entre elles.

N'ont pas été inclus les sages-femmes et médecins exerçant uniquement dans des unités hospitalières sans consultations (salles de naissance, urgences gynéco-obstétricales, maternité, service de Grossesses à Haut Risque, ou service d'Aide Médicale à la Procréation).

Les professionnels ont été contactés soit par l'envoi d'un email, soit en se rendant directement sur leurs lieux d'exercices respectifs. Les personnes contactées par email étaient les sages-femmes de la PMI 29, les professionnels de santé exerçant à l'hôpital de Quimper et le médecin généraliste exerçant en libéral. Les personnes rencontrées directement sur leurs lieux d'exercice étaient les sages-femmes et le médecin du CPEF de Brest, les sages-femmes de la PMI 56, la sage-femme de consultation au CHRU, et la sage-femme libérale.

2.4. Démarches réglementaires

Pour réaliser les enquêtes, des autorisations furent nécessaires. Les demandes pour pouvoir interroger les professionnels de santé ont été effectuées par mails auprès des différents responsables de services incluant également une présentation concise de l'objectif et de la méthodologie du mémoire.

La recherche n'impliquant pas la personne humaine, et ne recueillant pas de données spécifiques et sensibles, il ne fut pas nécessaire de faire des démarches auprès du Comité de Protection des Personnes.

Les professionnels participants aux entretiens furent volontaires et ont autorisé leur enregistrement audio. Les retranscriptions ont été anonymisées.

2.5. Outils de recherche

Les entretiens, semi-directifs, ont été réalisés à l'aide du guide d'entretien créé au préalable (Cf annexe III).

La première partie de l'entretien a concerné les informations personnelles du praticien, à savoir le type de formation dont il a bénéficié, l'année d'obtention de son diplôme et son parcours professionnel jusqu'à maintenant.

Ensuite, nous nous sommes intéressés à la façon dont les professionnels abordent le sujet des mutilations lors de consultations. Nous leur avons demandé s'ils adaptaient leurs consultations en fonction de l'origine de leurs patientes. Enfin, nous avons cherché à connaitre la prise en charge proposée par ceux-ci aux femmes victimes de mutilation. Les questions furent pour la plupart ouvertes.

La grille d'entretien a été préalablement testée en mars 2020 auprès de deux sages-femmes de PMI du Morbihan ainsi qu'auprès d'une sage-femme du CHRU de Brest. A la suite de cela, des modifications ont été réalisées : des questions ont été reformulées afin que celles-ci soient

plus ouvertes et des questions sur les caractéristiques de la population (études, année d'obtention du diplôme, expérience professionnelle) ont été rajoutées.

Une carte et un tableau de la prévalence des MSF chez les femmes âgées de 15 à 49 ans au milieu des années 2000 en Afrique (Cf annexe IV) ont été montrés aux professionnels de santé au cours des entretiens.

2.6. Traitement des données

Ces entretiens ont ensuite été retranscrits, anonymisés puis numérotés de 1 à 13 afin d'analyser les caractéristiques de la population d'étude (Cf annexe VI).

Une catégorisation sémantique a permis d'en faire une analyse (Cf grille d'analyse, annexe VII). La première partie de cette grille concerne le dépistage, la seconde concerne la prise en charge et enfin la dernière concerne le ressenti des professionnels sur ce sujet.

3. Résultats

La réalisation de treize entretiens a permis d'aboutir à une saturation des données. Les treize entretiens ont été réalisés, soit en présentiel, soit par téléphone. Leur durée moyenne est de 23 minutes.

	Type de diplôme	Année de diplôme	Lieu d'exercice actuel	Expérience professionnelle	Formations complémentaires
Professionnel 1	DE Sage-femme	1986	PMI	SDN / maternité niveau 1 puis PMI milieu citadin	DU de sexologie et DU d'éducation à la sexualité
Professionnel 2	DE Sage-femme	1993	PMI	PMI milieu rural et citadin	DU d'acupuncture en cours
Professionnel 3	DE Sage-femme	1994	CPEF	SDN / maternité niveau 3 puis CPEF	DU de gynécologie
Professionnel 4	Diplôme de médecine générale	2019	CPEF	CPEF	DU de sexologie en cours
Professionnel 5	DE Sage-femme	2002	PMI	10/12 ans en SDN / maternité niveau 3 puis PMI	DU d'allaitement
Professionnel 6	DE Sage-femme	1999	Maternité niveau 3 Consultations	SDN / maternité niveau 3 puis consultations	DU de gynécologie (2013)
Professionnel 7	DE Sage-femme	2006	Maternité niveau 2B Consultations / coordinatrice	SDN / maternité / GHR / Consultations niveau 2B	DU de gynécologie (2012-2013)
Professionnel 8	Diplôme de gynécologue obstétricien	2015	Maternité niveau 2B Consultations / SDN-UGO	Consultations, gardes SDN-UGO niveau 2B	-
Professionnel 9	Diplôme de médecine générale	Ne sait plus	CPEF	Consultations, CPEF depuis 1995	DU contraception, DU en interruption volontaire de grossesse, 2 DU de sexologie, DU communication médicale professionnelle pédagogique et DU d'éducateur sexuel international
Professionnel 10	DE Sage-femme	1999	Maternité niveau 2B Consultations /SDN	SDN / maternité / GHR / Consultations depuis 2001 niveau 2B	Une formation de gynécologie, pas de DU
Professionnel 11	DE Sage-femme	1993	Cabinet libéral Brest	11 ans : SDN / maternité niveau 3 - 7 ans coordinatrice SDN niveau 3 puis libéral milieu citadin	DU de gynécologie et DU d'éthique
Professionnel 12	Diplôme de médecine générale	1987	Cabinet libéral Brest	cabinet libéral milieu citadin	DU de gynécologie (2003-2004)
Professionnel 13	DE Sage-femme	1996	Maternité niveau 2B et CPP consultations	SDN / maternité / GHR / Consultations niveau 2B	Une formation de gynécologie puis DU de formation complémentaire en médecine préventive et santé des femmes (2019)

3.1. Dépistage

3.1.1. Interrogatoire

3.1.1.1. Origine des patientes

Parmi tous les professionnels interrogés, les sages-femmes exerçant en PMI demandent systématiquement l'origine de leurs patientes. L'ensemble des professionnels réalisant des suivis de grossesse demandent l'origine des patientes. Cependant lorsque le motif de consultation est d'ordre gynécologique, six professionnels sur dix demandent l'origine de temps en temps et trois ne la demandent jamais. **Le professionnel 6** nous explique que « *pour une consultation de grossesse oui on va demander, parce que ça fait partie de l'interrogatoire, en gynéco non on ne demande pas* ». **Le professionnel 13** nous dit : *« Effectivement quand je rencontre des personnes d'origine étrangère je leur demande oui d'où elles viennent en fait, depuis combien de temps elles sont en France. ».*

3.1.1.2. *Diagnostic des MSF chez les populations à risque et les freins*

Le sujet des MSF est abordé systématiquement lors de l'interrogatoire par un seul des professionnels de santé rencontrant en consultation des femmes originaires de pays étrangers. Il s'agit du **professionnel 1** exerçant en PMI : « *tout le temps ! Enfin tout le temps, sur les pays à risque* ». Pour aborder ce sujet, le professionnel nous indique poser la question directement, et utiliser des schémas et des dessins pour se faire comprendre si la communication avec la patiente est difficile. *« Comment vous faites pour l'aborder ? Eh bien, je pose la question directement : est-ce que vous avez subit des mutilations sexuelles, enfin je précise parce que des fois il y a la difficulté de la langue mais est ce que on a, on a coupé les grandes lèvres, le clitoris. J'essaye [d'utiliser un vocabulaire] adapté, pour qu'elles comprennent, je fais des gestes aussi pour montrer ce que je veux dire, où ça se situe, […] et je montre des dessins des fois, […] je fais des dessins. ».*

Le professionnel 8 déclare aborder ce sujet de temps en temps si la « *situation s'y prête* ».

Le reste des professionnels, soit onze professionnels sur treize n'abordent pas ce sujet lors de l'interrogatoire. Les raisons pour lesquelles ce sujet n'est pas évoqué sont différentes selon les professionnels.

3.1.1.2.1. Méconnaissance du sujet

Le manque de connaissances sur ce sujet est relevé par les professionnels, et explique le fait qu'il ne soit pas abordé avec les populations à risque, comme nous l'indique le **professionnel 2** : « *Je ressens un manque de connaissance pour aborder effectivement les …, alors bien que je me suis un peu renseignée sur le sujet, je me sens pas particulièrement à l'aise* », et le **professionnel 11** : « *Je pense que c'est par pure méconnaissance, […] je connais pas suffisamment le sujet finalement* ».

Le **professionnel 4** explique ne pas forcément faire le lien lors de la consultation entre l'origine de la patiente et la mutilation, par méconnaissance des pays dans lesquels cette pratique est courante : « *Le lien n'est pas forcément fait entre l'origine et les mutilations* ».

3.1.1.2.2. Manque de temps

Le **Professionnel 10** évoque le manque de temps dont il dispose lors des consultations pour prendre le temps d'aborder ce sujet : *« Une raison pour laquelle je n'aborde pas le sujet des mutilations ? Le temps !* ». C'est également ce que nous dit le **professionnel 12** : *« les consultations ça doit aller un petit peu vite, ça fait beaucoup de chose à récupérer sur le plan médical, donc euh malheureusement on ne reste pas trop parler, hélas ! Hélas ! ».*

3.1.1.2.3. Ne pas y penser

Certains n'y pensent pas comme le **Professionnel 7** « *en fait je n'y pense pas je pense tout simplement. Je pense pas que mes patientes peuvent avoir été victimes de mutilations effectivement parce que j'en vois pas alors peut-être* ».

3.1.1.2.4. Le questionnement systématique des violences

Plusieurs professionnels intègrent à leur interrogatoire la question des violences d'une manière générale, sans prononcer les mots « mutilations sexuelles ». Le but étant de savoir si la femme a déjà été victime de violence au cours de sa vie. C'est le cas du **professionnel 3** : « on *l'englobe dans les violences mais si la femme ne l'a pas elle-même étiqueté en tant que violence et bien nous on ne pointe pas...* », et du **professionnel 4** : « *On part d'abord sur les violences sexuelles que sur le mot mutilation en fait* ».

Le **professionnel 12** explique plutôt poser des questions sur la satisfaction vis-à-vis de leur vie sexuelle, mais ne pose pas de questions concernant les violences ou les mutilations, sauf si la patiente se plaint de dyspareunies *: « je demande de façon large si elles sont heureuses sur le plan sexuel, ça, ça revient toujours, est ce que vous avez une vie sexuelle qui vous convient ? Est-ce que ça vous fait plaisir ? Est-ce que vous allez bien ? C'est un peu délicat de demander s'il y a eu violence, s'il y a eu mutilation voilà, ça on le voit après, mais euh violence sexuelle, moi je…, enfin je demande pas trop ça, par contre je demande quand elles viennent pour dyspareunies ».*

3.1.1.2.5. De nombreuses problématiques liées aux patientes

Le **professionnel 5** qui exerce en PMI, nous explique que les multiples difficultés retrouvées chez ces patientes justifient de ne pas aborder ce sujet de prime abord : *« les personnes qu'on va accompagner elles ont déjà un certain nombre de problématiques, et du coup, c'est pas quelque chose qu'on aborde d'emblée*. ».

3.1.1.2.6. Sujet abordé après l'examen clinique

Le **professionnel 13** nous indique que cela peut lui arriver d'aborder le sujet, dans ce cas, elle ne l'abordera pas d'emblée, mais après l'examen : « *Mais je veux dire ça va être plus mon examen clinique qui va vraiment orienter mon interrogatoire, c'est vrai que d'emblée je pense que je n'irai pas, même si la personne est d'origine africaine ou autre euh lui poser la question sans l'examen clinique en fait.* ».

3.1.1.3. Conséquences des mutilations

3.1.1.3.1. Dyspareunies et insatisfaction de la sexualité

Les dyspareunies sont la première des conséquences qui viennent à l'esprit des professionnels de santé lorsque nous leur demandons quelles peuvent être les complications des mutilations sexuelles. Dix professionnels sur les treize y pensent spontanément, comme le **professionnel 6 :** « *Les dyspareunies, les difficultés aussi, les difficultés autour du rapport sexuel aussi* ».

Le **professionnel 1** évoque la diminution du plaisir lors des rapports sexuels du fait de l'ablation du clitoris : « *Il y a des conséquences déjà sur le plaisir sexuel* ».

En revanche, bien qu'ils aient cité spontanément les dyspareunies lors de l'entretien, des professionnels nous indiquent qu'ils n'auraient pas penser initialement aux mutilations si une personne susceptible d'être originaire d'un pays à risque s'était présentée avec ces symptômes, c'est le cas du **professionnel 11** : « *est-ce que si je voyais une femme africaine qui se plaint de dyspareunies, je, je… non bah non parce que j'ai déjà eu l'occasion et j'ai pas vraiment, j'ai pas du tout évoqué ce diagnostic-là, cette étiologie là…* ».

Cependant, un autre professionnel pense à cette étiologie en cas de dyspareunies évoquées lors de l'interrogatoire avec la patiente, c'est le cas du **professionnel 8** : « *Bah on y pense avec les patientes d'origine principalement africaine on y pense. Même si c'est pas notre quotidien forcément on y pense.* ».

3.1.1.3.2. Répercussions psychologiques, perte de l'estime de soi

De même, cinq professionnels sur treize évoquent les dépressions et angoisses comme conséquences des mutilations, c'est le cas du **professionnel 3** : « *syndrome dépressif aussi certainement... Voilà ce qui me vient en tête comme ça* ».

Le **professionnel 9** évoque également comme conséquence une mauvaise estime de soi : *« Oh bah je pense que dans l'image de soi, dans la valorisation de soit y en a plein…* ». Le **professionnel 12** nous explique qu'un des signes lui suggérant que la patiente a peut-être été victime de mutilation sexuelle est la difficulté à réaliser l'examen gynécologique. En effet, cette patiente peut, selon ce professionnel, avoir peur de se déshabiller par honte, ne pas se sentir à l'aise devant le professionnel : *« Des femmes qui ont du mal à mettre les jambes dans les étriers, qui sont toutes crispées à vous regarder, à surveiller, je me dis bon ici y a peut-être eu des moments difficiles. Je pense que là où je serais très méfiante c'est pour une dame qui ne voudrait pas se faire examiner ».*

Cependant plusieurs d'entre eux nous ont fait part du fait que, lorsqu'ils rencontrent des femmes originaires d'Afrique présentant ces symptômes, la mutilation n'est souvent pas, en premier lieu, une étiologie à laquelle ils pensent. En effet selon eux, leur parcours de vie compliqué, l'éloignement de leur famille sont les causes de leurs troubles psychologiques. Le **professionnel 2** nous dit : « *c'est vrai que dépression, angoisse, phobies, on va rechercher effectivement tout ce qui est de l'ordre du trauma. Euh mais ça peut-être aussi lié à des phénomènes de migration, ou des histoires personnelles effectivement très compliquées ou des histoires de vie effectivement en France très compliquées pour ces personnes migrantes. Donc c'est vrai que probablement je m'attacherais surtout à regarder ces différents éléments, et pas forcément à aller creuser*… ». Le **professionnel 5** rajoute « *Elles ont des parcours de vie compliqués donc j'aurais moins fait le lien là-dessus en fait. C'est vrai que en général, quand les migrantes elles ont des parcours tellement compliqués et des fois assez traumatisants, le syndrome dépressif un peu post traumatique qu'elles peuvent avoir en arrivant ici je vais plutôt l'associer à leur périple.* ».

3.1.1.3.3. Déchirures à l'accouchement

Parmi les conséquences possibles des mutilations, trois des professionnels pensent aux déchirures compliquées à la suite de l'accouchement. C'est le cas du **professionnel 6** : « *Des déchirures importantes, voilà moi c'est ce que j'avais en tête* ».

3.1.1.3.4. Douleurs pelviennes et dysménorrhées

Cinq professionnels évoquent également les douleurs pelviennes ou les dysménorrhées. Le **professionnel 3** évoque : « *tout ce qui est douleur, tout ce qui est gynécologique, douleurs pelviennes* ». Le **professionnel 12** nous explique penser aux mutilations lorsque la patiente à une douleur pelvienne dont on ne retrouve pas la cause, elle pense alors à un traumatisme vécu dans le passé qui pourrait expliquer cette douleur : *« toutes femmes qui a toujours des douleurs, des douleurs pelviennes, des douleurs euh, des douleurs bizarres avec imageries absolument normales, un examen tout à fait normal, vous savez ces femmes qui ont toujours mal « à droite, un peu au-dessus de votre doigt, au-dessus, en dessous, c'est un point, ça irradie… » parfois on peut se dire que l'anatomie ne permet pas d'avoir ces irradiations douloureuses là, y a pas de logique, et donc là je me dis qu'est-ce qu'il se passe, pourquoi elle est fixée sur cette région-là ? Un peu bizarre, on va jusqu'à l'IRM pelvienne absolument normale. Après je suis plutôt en panne et je me dis c'est peut-être plutôt un souvenir d'évènement douloureux. ».*

3.1.1.3.5. Infections vulvaires et urinaires

Cinq professionnels sur treize évoquent les infections urinaires et trois évoquent les infections d'ordre gynécologique comme conséquences de mutilations. Le **professionnel 7** nous dit : « *bah y a aussi des… des infections urinaires, des infections vulvaires* ».

3.1.2. Examen clinique

Les trois professionnels exerçant en PMI nous ont précisé qu'ils ne réalisent que très rarement des examens gynécologiques, comme nous l'indique le **professionnel 1** : « *j'examine pas beaucoup […] Quand elles me disent qu'elles ont été mutilées je ne vais jamais vérifier. Parce que c'est pas mon job, enfin, enfin c'est pas, c'est pas que c'est pas mon job, ce serait humiliant, peut-être d'aller regarder*. ».

Les professionnels exerçant dans les autres milieux professionnels nous indiquent réaliser le même examen pour l'ensemble de leur patientèle, sans distinction. Il n'est donc pas plus spécifique dans le cas d'une patiente originaire d'un pays où la pratique des mutilations sexuelles est développée.

Cependant, les professionnels nous disent avoir un temps lors de l'examen gynécologique où ils observent la vulve, les organes génitaux externes, comme nous l'indique le **professionnel 8** : « *En tous cas je fais particulièrement attention à l'examen de la vulve […] c'est un truc que j'ai toujours fait l'examen de la vulve, c'est un truc qu'on regarde pas toujours mais c'est un truc que j'ai toujours fait, même chez les patientes pour d'autres raisons, on trouve des pathologies vulvaires en dehors des pathologies sexuelles* ». Le **professionnel 9** nous dit : *« Et puis on va commencer par faire l'examen, on va commencer par regarder les grandes lèvres et en parler, les petites lèvres et en parler, l'entrée du vagin* ».

Parmi les dix professionnels nous indiquant réaliser des examens gynécologiques de façon régulière chez leurs patientes, six professionnels indiquent se sentir capables de dépister la présence d'une mutilation lors de cet examen, comme le **professionnel 10** : « *C'est-à-dire que les patientes d'elles-mêmes ne disent pas, et c'est… on constate la mutilation […] lors de l'examen clinique* ».

En revanche, certains nous indiquent ne pas forcément réussir à poser le diagnostic de la MSF, c'est le cas du p**rofessionnel 6** : « *on va bien voir en effet l'aspect d'une vulve qui n'est pas normal, après de là à étiqueter la mutilation non je ne me sentirai pas capable d'étiqueter quoi que ce soit* ».

Le **professionnel 11,** quant à lui ne pense pas avoir été confronté à des mutilations au cours de sa carrière mais se demande si c'est parce que la situation ne s'est pas présentée en

consultation ou si c'est parce qu'il ne les aurait pas dépistées : « *j'ai toujours un temps d'observation sur un examen […] je ne pense pas avoir été confrontée à des femmes qui ont déjà subi des mutilations sexuelles, je ne pense pas que sur des examens gynéco je sois passée à côté, et que je n'en ai pas vu, je ne pense pas. […] Je sais pas si c'est réellement parce que je n'en ai jamais vu ou si y a une part du fait que je ne les aurais peut-être pas reconnues.* ».

Le **professionnel 12** nous explique que maintenant, il se sent capable de repérer des MSF mais reconnait n'avoir peut-être pas su reconnaitre des mutilations par le passé : *« J'ai été médecin de planification pendant longtemps, plusieurs années, et donc là j'avais énormément de femmes africaines qui venaient, je crois que j'étais pas capable trop de dire « mutilation », je connaissais pas bien, mais en tout cas y avait des anatomies très particulières […] Mais là j'avoue que je suis peut-être passée à côté, j'avais aucune formation ».* Ce professionnel nous explique également que son examen clinique n'est pas plus spécifique chez une personne originaire d'un pays à risque, mais que l'examen vulvaire en lui-même est plus difficile chez les femmes à la peau noire *: « Il est plus difficile d'un point de vue cutané, parce que repérer des lésions cutanées sur une peau pigmentée c'est quand même difficile. Mais non il n'est pas plus spécifique. ».*

3.2. Prise en charge

3.2.1. Identifier le besoin des patientes

Parmi l'ensemble des professionnels de santé interrogés, un seul nous indique que les femmes victimes de MSF qu'il rencontre expriment le besoin d'une prise en charge particulière. « *Elles expriment le besoin d'en parler en tout cas* » nous indique le **professionnel 2**.

Sept professionnels sur treize ne ressentent pas de la part de leurs patientes un besoin exprimé de prise en charge. Les autres professionnels ne savent pas répondre à cette question car ils pensent ne pas en avoir rencontré dernièrement.

Le **professionnel 6** nous explique que ses patientes victimes de MSF sont « *souvent des très jeunes femmes et qui sont pas encore forcément dans cette étape là en fait* ».

Selon le **professionnel 10**, les femmes victimes de mutilation rencontrées ne sont pas forcément demandeuses d'une prise en charge particulière et ressent que ce qui gêne le plus ces patientes serait l'éloignement et la solitude en France, où elles seraient loin de leur pays d'origine : « *Mais non, elles expriment pas trop ça… Je pense qu'elles sont plus malheureuses par euh… par le détachement, le fait qu'elles soient pas dans leur pays...* ».

3.2.2. Réorienter la patiente vers d'autres professionnels

Dix professionnels sur treize déclarent connaître des professionnels ressources vers qui réorienter des patientes désireuses d'une prise en charge.

Les trois professionnels n'en connaissant pas exercent dans un centre hospitalier de proximité. Parmi ceux-ci, le **professionnel 7 :** « *Qu'est-ce que je leur proposerais ? Bah je ne sais pas, je leur proposerais euuuuh peut-être une consultation avec un psychologue, […] vers un gynécologue mais les gynécologues de l'équipe ici à Quimper je pense pas que y en ait un qui soit plus formé ou voilà... non je pense que je serai un peu embêtée effectivement ouais.* ». Ce professionnel était le seul à évoquer l'importance de proposer un suivi psychologique à ces femmes.

En cas de dépistage d'une mutilation, neuf professionnels sur treize réorientent systématiquement vers un autre professionnel de santé. Les autres le faisaient de temps en temps.

3.2.2.1. Prise en charge pluridisciplinaire à Brest

Six des professionnels déclarent que si la situation venait à se présenter, ils réorienteraient la patiente vers les consultations dédiées aux femmes victimes de mutilations sexuelles qui ont ouvert en 2020 au CHRU Morvan de Brest. Le **professionnel 11** nous dit : « *Là je sais vers qui me tourner, mais c'est vrai que y a 3-4 ans j'aurais peut-être pas su, mais j'aurais cherché à réorienter. Je l'aurais pas laissée en tous les cas c'est sûr.* ».

3.2.2.1. Prise en charge par gynécologues-obstétriciens de l'hôpital de secteur

Cinq des professionnels indiquent réorienter les patientes vers des gynécologues d'hôpital, sans connaitre forcément de confrères et consœurs en particulier. Par exemple le **professionnel 5** nous dit : « *j'essaie déjà de faire en sorte qu'elles puissent en parler avec les personnes qui les suivent en consultation à l'hôpital* ».

3.2.2.2. Prise en charge équipe pluridisciplinaire à Rennes et Nantes

Le **professionnel 2** nous informe connaitre des équipes pluridisciplinaires sur Rennes et Nantes spécialisées dans la prise en charge de femmes victimes de MSF : *« moi j'avais des adresses mais sur Nantes et aussi un médecin qui le fait sur Rennes ».* C'est également le cas du **professionnel 8 :** « *Je pense que ces patientes-là elles doivent plutôt être prises en charges dans des centres de référence, je sais que ça se fait à Nantes* ». Cependant, aucune

de ces deux personnes interrogées n'a spécifié le type de professionnels que les patientes pourraient rencontrer lors de ces consultations pluridisciplinaires.

3.3. Ressenti du professionnel

3.3.1. Estimation du nombre de femmes mutilées rencontrées par an

L'estimation du nombre de patientes mutilées que les professionnels déclarent rencontrer durant un an est très variable d'un professionnel à l'autre. Ce nombre va de vingt personnes à l'année selon une sage-femme exerçant en PMI à moins d'une par an chez six professionnels de santé exerçant en centre hospitalier de proximité (que ce soit en CPEF ou en consultation de suivi de grossesse et gynécologique), ou en libéral.

Le nombre estimé de femmes victimes de mutilations rencontrées est plus important pour les professionnels exerçant en CHRU (que ce soit en consultations de suivi de grossesse et gynécologique ou en CPEF) et en PMI.

N° du Professionnel	Estimation du nombre de femmes mutilées rencontrées par an
1	20
2	Non répondu
3	10
4	2
5	4-5
6	5 à 10
7	<1
8	<1
9	<1
10	3-4
11	<1
12	<1
13	<1

3.3.2. Connaissances

Neuf professionnels sur treize estiment ne pas être suffisamment formés à ce sujet, c'est le cas du **professionnel 9** qui nous dit : « *Non je vous ai dit hein que je me sentais pas du tout compétente, quand vous me posiez la question parce que je vous ai dit effectivement dans les formations que j'ai eues on n'en parle pas* » ; ou encore du **professionnel 4** : « *Non bah c'est un manque de connaissance de nous toutes hein c'est sûr, on devrait avoir des cours là-dessus* ».

Quatre professionnels estiment avoir des connaissances suffisamment importantes pour réaliser des diagnostics et réorienter ensuite vers des professionnels en deuxième recours. C'est le cas du **professionnel 1** : « *je sais pas jusqu'à où peut aller la formation sur ce sujet, de mon poste, de, de là où je suis avec les informations que j'ai, je pense que c'est suffisant pour orienter les femmes.* ». **Le professionnel 13** nous dit faire plus attention aux mutilations depuis la réalisation de sa formation complémentaire en médecine préventive et santé des femmes et expliquait pouvoir les reconnaitre : *« Avec la formation que j'ai eue oui, j'y suis plus sensible qu'avant quoi hein ! […] certaines mutilations qui peuvent, enfin qui ne peuvent pas passer inaperçues c'est évident, fin pour un regard de sage-femme mais oui, je saurais reconnaitre les mutilations. ».*

3.3.2.1. Carte de la prévalence de l'Afrique :

L'ensemble des professionnels évoquent l'Afrique lorsqu'ils pensent aux mutilations.

Un seul des professionnels interrogé, le **professionnel 13,** évoque l'Asie comme continent où les mutilations sont également pratiquées *« et puis aussi ça déborde donc de l'autre côté sur l'Asie, le sud de l'Asie aussi ».*

Lors des entretiens, une carte de l'OMS sur la prévalence des MSF en Afrique a été distribuée aux professionnels. Nous avons demandé à sept professionnels s'ils connaissaient les zones géographiques d'Afrique où se pratiquent les mutilations. Cinq nous ont répondu qu'elles se pratiquaient en Afrique Noire, comme le **professionnel 10** : « *Oh bah c'est l'Afrique Noire ouais* !».

Trois des professionnels sont plus précis en nous disant que les mutilations se pratiquent principalement à l'ouest et l'est de l'Afrique. Parmi ceux-ci, le **professionnel 7,** qui nous explique avoir eu connaissance de ces informations après avoir réalisé le suivi de travail d'une femme victime de mutilation originaire du Mali en salle de naissance, il nous dit : « *moi j'ai découvert ça après m'être occupée de cette patiente et j'imaginais pas, alors effectivement je me rappelais pas du chiffre mais j'imaginais pas qu'au Mali c'était aussi présent en fait, voilà que c'était aussi important dans la population en fait, ouais j'étais surprise !* ».

Le **Professionnel 3** nous explique ne pas forcément connaitre les régions d'Afrique où les mutilations sont pratiquées et par conséquent ne pas y penser en consultation lorsqu'une femme originaire de pays à risque se présente : « *En tout cas pour moi c'est pas un réflexe de me dire « Tient dans ce pays-là y a des mutilations quoi* » ! ».

.

3.3.2.1. Origine des connaissances :

3.3.2.1.1. Culture personnelle

L'ensemble des professionnels interrogés estiment que leurs connaissances viennent en très grande partie de leur culture personnelle. « *Parce que là tout ce que je sais, je l'ai su de ma propre initiative, en allant voir des articles, ou voilà même dans la presse générale il y a des articles là-dessus* » nous dit le **professionnel 3.**

3.3.2.1.2. Formation initiale

Deux professionnels expliquent que leurs connaissances sur ce sujet proviennent de leur formation initiale, lors du diplôme d'état de sage-femme, comme **le professionnel 6** : *« Euh bah la formation initiale voilà de sage-femme. Pendant le DU on parle pas trop trop des mutilations, donc non je dirai que c'est plutôt les formations initiales* ».

Au contraire d'autres professionnels expliquent n'en avoir jamais eu connaissance lors de leur cursus de formation initiale, comme le **professionnel 12** : *« pas du tout, c'est pas la fac ! […] c'est dommage qu'on n'en parle pas plus, mais peut-être que maintenant les jeunes médecins apprennent ça en fac aussi je sais pas ? ».*

3.3.2.1.3. Formation continue

Pour le **professionnel 1**, certaines de ses connaissances viennent également de la réalisation d'un Diplôme Universitaire de Sexologie : « *Oui ça a été abordé, c'est pas net mon souvenir... Alors c'est abordé, et puis comme on fait aussi la question du genre, la question de la chirurgie est également abordée, la chirurgie réparatrice ou de transformation et, un cours spécifique sur les mutilations on n'en a pas eu mais on en a parlé.* ».

Le **professionnel 13**, quant à lui, juge que ses connaissances viennent de la réalisation de son DU de formation complémentaire en médecine préventive et santé des femmes : *« Vous me disiez elles viennent du DU c'est ça ? Ah ouais clairement ! clairement !! ah oui oui oui ! Bah en fait comme on y est peu confrontés, fin voilà dans mon expérience, par rapport au bassin de population que l'on a en fait ici dans le Finistère sud… c'est vrai que là avec la formation, le DU, on a eu deux séances, deux sessions de 1h30 ou 2h chacune là-dessus. ».*

3.3.2.1.4. Expérience professionnelle

Le **professionnel 8** estime que son expérience sur le sujet s'est construite par la participation à différents congrès et à une mission humanitaire réalisée par le passé au Tchad : « *Oh bah c'est les congrès, on a régulièrement quand même des topos et puis c'est quelque chose moi j'ai été faire une mission humanitaire au Tchad très courte mais c'est un truc alors, y en a pas beaucoup des mutilations au Tchad, en tout cas pas dans les gens que j'ai rencontré, mais du coup c'est un truc sur lequel je me suis un peu intéressée quoi.* »

Enfin, le **professionnel 9** estime que certaines de ses connaissances proviennent du travail en collaboration avec d'autres centres ou associations en plus de sa culture personnelle : « *non y a rien dans les DU sur la mutilation sexuelle, je pense pas qu'on n'en ait parlé en sexologie sur les mutilations sexuelles. Elles viennent plus d'un parcours un peu plus militant j'ai envie de dire, ou, euh ouais par les associations, le planning familial, on en entend parler avec ça, ou par les médias, simplement des émissions de radio ou des choses comme ça…* ».

4. Discussion

4.1. Synthèse des résultats

Nos résultats montrent que les pratiques concernant le dépistage et la prise en charge des femmes victimes de mutilations sexuelles sont hétérogènes. Nous constatons qu'en fonction du mode d'exercice professionnel (hospitalier, territorial, libéral) et du lieu d'exercice (métropole Brestoise, ville de Quimper et de Lorient), les pratiques sont variables ; les professionnels de la métropole Brestoise semblant rencontrer davantage de femmes victimes de mutilations que les professionnels exerçant dans les autres zones urbaines.

Notre étude a montré que peu de professionnels évoquent le sujet des MSF lors des consultations et donc ne posent pas le diagnostic. Nous remarquons également que peu de professionnels estiment rencontrer des femmes victimes de mutilations sexuelles en consultations. Six professionnels sur les treize estiment n'en avoir jamais rencontré ou alors très largement moins d'une patiente par an. Ce sont les professionnels exerçant en PMI, en CPEF et en consultations dans un CHRU qui estiment en rencontrer le plus.

Ont été évoqués comme freins au dépistage : le manque de connaissances, les difficultés à poser le diagnostic, le manque de temps lors des consultations, la difficulté à aborder le sujet et la difficulté à mener ces consultations du fait d'une multitude d'autres sujets à aborder.

Concernant l'accompagnement proposé à ces femmes, les professionnels interrogés présentent des difficultés à identifier le besoin des patientes. Les professionnels exerçant dans les hôpitaux de proximité se sentent en difficulté pour réorienter les femmes victimes de mutilations sexuelles vers des professionnels formés à ce sujet. L'importance d'un accompagnement psychologique pour ces femmes est rarement soulignée.

4.2. Forces de l'étude

Tout d'abord, il s'agit d'un sujet d'actualité. En effet, la publication par le gouvernement en 2019 d'un plan national d'action visant à éradiquer les mutilations sexuelles féminines, puis par Santé Publique France d'un bulletin épidémiologique à ce sujet, et enfin de recommandations de la HAS en février 2020 ont mis récemment en lumière ce sujet.

Une des forces de cette étude est le fait d'avoir pu interroger différents professionnels exerçant différentes professions et travaillant dans divers secteurs avec des méthodes de travail variées. La méthodologie qualitative a permis de recueillir des points de vue singuliers et de diversifier les témoignages, leurs perceptions sur ce sujet.

4.3. Biais de l'étude

L'un des biais de cette étude est le biais d'interaction qui s'explique par la méthode utilisée. En effet, l'étude étant qualitative, il a pu y avoir un manque de neutralité lors de la formulation des questions, certaines questions ont pu être posées de manières différentes et à des moments différents de l'entretien selon la tournure que celui-ci prenait et selon les professionnels.

Un autre des biais de cette étude est le biais de recrutement. Nous avons eu des difficultés à recruter des professionnels qui acceptaient de réaliser un entretien. Nous pouvons en déduire que les professionnels ayant accepté de participer aux entretiens se sentent plus concernés par ce sujet que les autres. Ainsi peut-être sont-ils plus sensibles au dépistage des mutilations sexuelles que leurs confrères et consœurs. On note en effet que onze répondants interrogés sur treize ont une formation spécifique en sexologie ou santé de la femme.

Par ailleurs, les professionnels étaient informés à l'avance du thème général de l'entretien à savoir les mutilations sexuelles féminines, nous pouvons donc imaginer qu'ils avaient eu le temps de réfléchir à ce qu'ils pourraient nous dire, les réponses pouvant ainsi être moins spontanées.

De plus, la durée des premiers entretiens paraissant trop courte, nous avons procédé à une modification de certaines questions afin de les rendre ouvertes pour que le professionnel détaille davantage ses réponses. Par exemple : *« Est-ce que vous leur proposez une prise en charge particulière ?* » est devenue *« Quelle prise en charge leur proposeriez-vous ? »,* ou encore *« Est-ce que lorsque vous rencontrez des femmes originaires de pays étrangers vous réalisez un examen clinique plus spécifique ? »* est devenue *« quel examen clinique réalisez-vous ? Est-il plus spécifique ? ».* En outre, la question *: « Est-ce que vous connaissez des conséquences des MSF ? »* est devenue *« Quels sont les motifs de consultation ou les informations recueillies lors de l'interrogatoire qui pourraient vous faire dire que cette patiente a peut-être subi des mutilations ? ».*

4.4. Dépistage et freins au dépistage

4.4.1. Le manque d'informations

Un défaut d'informations sur les mutilations a été évoqué par près de neuf professionnels sur treize. Ce manque de connaissances et de formation est l'un des principaux freins au dépistage que nous avons identifiés. L'ensemble des professionnels expliquent que leurs connaissances viennent principalement de leur culture personnelle. Seuls deux professionnels

nous ont dit avoir reçu des enseignements sur ce sujet durant leur formation initiale. En 2007, une circulaire interministérielle (17) relative à la formation des étudiants en médecine dans le cadre du plan de lutte contre les mutilations sexuelles féminines a été publiée afin que l'ensemble des étudiants en médecine ait une formation à ce sujet durant leur cursus. Cette circulaire explique également 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 dans cette optique ».* Nous pouvons ainsi faire l'hypothèse que les nouveaux professionnels diplômés sont peut-être davantage sensibilisés à cette problématique. Les professionnels interrogés dans le cadre de ce mémoire ayant été, pour la plupart, diplômés avant 2007.

Il semble globalement que la formation initiale diplômante n'aborde qu'insuffisamment la problématique des MSF et la majorité de nos interrogées ont renforcé leur connaissances grâce à des formations (DU) complémentaires.

Dans d'autres études, notamment celle de la sage-femme M. Parpaite-Clain (18) réalisée en Région Parisienne en 2015, nous retrouvons une insatisfaction de la part des professionnels vis-à-vis de leur formation initiale sur ce sujet. C'est également le cas dans notre étude. Nous retrouvons aussi le même paradoxe que dans son mémoire. En effet, elle explique que les connaissances médicales des sages-femmes semblent relativement bonnes puisque 66% d'entre elles pensent pouvoir diagnostiquer une MSF dans la plupart des cas et 63% pensent pouvoir établir de quel type de MSF il s'agit. Paradoxalement, elles ne sont que 4% à estimer leurs connaissances comme très bonnes et 40% comme bonnes. Dans notre étude, neuf professionnels sur treize ont estimé leurs connaissances insuffisantes, mais six professionnels sur dix nous ont dit se sentir tout de même capables de les dépister. Néanmoins, le doute persistait chez plusieurs professionnels, estimant peut-être être passés à côté d'un dépistage par le passé.

4.4.2. Le manque de temps

D'autres freins au dépistage évoqués par les professionnels sont le manque de temps mis à disposition lors des consultations, notamment lorsque certaines patientes ont déjà de nombreux autres antécédents à aborder. Il peut alors être difficile pour le professionnel de hiérarchiser les différentes problématiques et de mettre autant l'accent sur le versant médical que sur le versant social. Il semblerait alors pertinent, lorsque ce cas se présente de proposer aux patientes d'avoir une ou plusieurs consultations supplémentaires afin de pouvoir prendre le temps nécessaire pour aborder tous les sujets plutôt que de ne pas les aborder du tout.

4.4.3. La complexité de ces consultations et de l'examen clinique

Ces consultations sont complexes. Tout d'abord, parce qu'il s'agit d'un sujet tabou touchant à l'intimité de la patiente, les professionnels peuvent alors avoir des difficultés à s'approprier cette question. La terminologie est parfois difficile à choisir ainsi que le moment approprié pour aborder le sujet. De plus, le professionnel peut parfois être préoccupé par d'autres sujets au cours de cette consultation, comme la barrière de la langue, la question du logement et des aides sociales, la précarité etc…, bien que toutes les femmes mutilées ne soient pas dans une situation précaire.

Dans le volet qualitatif de l'enquête Excision et Handicap de 2009 (19), les patientes interrogées, révélaient de façon quasi-unanime que les professionnels médicaux étaient restés silencieux face à la mutilation dont elles avaient été victimes. Le rapport expliquait qu'ils *« faisaient comme s'ils ne remarquaient rien […], il apparait ainsi que les médecins et gynécologues se trouvent souvent démunis, faute de formation spécifique pour évoquer le thème de l'excision avec leurs patientes. ».* Un mémoire réalisé en 2017 par J. Cohendet (11) montrait que si le sujet n'était pas abordé, c'était principalement par peur pour le professionnel, à la fois de la réaction de la patiente, mais également de ne pas réussir à répondre à ses questions. Cependant, d'après la loi du 4 mars 2002, dite « loi Kouchner » (20) et de l'article 35 du code de déontologie médicale (21) le professionnel de santé *« doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. ».* Nous pouvons donc nous dire que lorsqu'un professionnel n'aborde pas ce sujet après avoir diagnostiqué une mutilation, il fait preuve d'un manquement au code de déontologie.

Notre étude, comme celle d'H. Doucouré (22) montre que l'examen gynécologique n'est pas orienté ou modifié par l'origine de la patiente. Cependant, à la différence de notre étude, celle-ci a montré qu'en Région Parisienne les sages-femmes participant à l'enquête soulignent l'importance d'évoquer les mutilations sexuelles ou de les annoncer en consultation. Cette différence peut s'expliquer par une différence de population entre les deux régions. Les professionnels exerçant en Région Parisienne sont plus souvent confrontés à des femmes victimes de mutilations donc l'évoquent en consultation avec plus de facilité que les professionnels du Finistère ou du Morbihan.

4.4.4. Parallèle avec les violences faites aux femmes

Certains professionnels nous disent également ne pas systématiquement prononcer les mots « mutilations sexuelles » mais les englobaient plutôt dans le terme « violences ». Si ce terme n'alerte pas les patientes et ne les invite pas à évoquer leur potentielle mutilation, alors le sujet n'est plus abordé.

Toutefois, comme nous l'avons évoqué précédemment, les professionnels ont parfois des difficultés à aborder le sujet des mutilations, tout comme ils peuvent avoir des difficultés à aborder la question des violences faites aux femmes. Une étude menée par E. Calvez en 2018 dans le cadre de son mémoire de fin d'étude (23) révélait que seules 37,5% des sages-femmes questionnées effectuaient un dépistage systématique des violences conjugales pendant la grossesse. Nous retrouvions les mêmes raisons évoquées justifiant de ne pas réaliser ce dépistage que dans notre étude ; à savoir le manque de temps lors des consultations, la méconnaissance du réseau d'aide aux victimes, et la difficulté à amener ce sujet en consultation.

4.4.5. Une absence de femmes migrantes dans la patientèle

Le fait que les professionnels se sentent en pratique peu confrontés à ce sujet fait qu'ils n'y pensent tout simplement pas en consultation. Certains professionnels semblent ne pas se sentir très concernés car ils n'ont pas de femmes migrantes dans leur patientèle, or leur représentation est erronée et/ou restrictive. Les MSF sont souvent attribuées à des personnes primo-arrivantes ou exilées récentes. Or, elles peuvent aussi concernées des femmes nées en France ou arrivées dans l'enfance et parfaitement intégrées socialement et culturellement. En effet, les mutilations peuvent se retrouvées sur des femmes possédant la nationalité française et vivant en France mais qui auraient subi leur mutilation alors qu'elles se rendaient en vacances dans leurs pays d'origine. Elles représentent les « 2ème génération » qui ont été mieux prises en compte dans le travail statistique de M. Lesclingand : *« les femmes nées en France et dont l'un au moins des parents est né dans un pays à risque ».* Ces femmes pourraient être près de 38 000 en France.

4.5. Prise en charge des femmes victimes de MSF

Concernant la prise en charge, l'un des professionnels estime que les patientes expriment le besoin d'une prise en charge particulière. Les autres professionnels n'en ont soit pas rencontré, soit estiment ne pas avoir l'impression que les patientes sont demandeuses d'une prise en charge. Nous pouvons nous demander si ce sont les femmes qui ne sont pas

demandeuses d'aide, ou si ce sont les professionnels qui ne perçoivent pas l'impact violent que peut avoir une mutilation sexuelle sur la vie génitale et psychologique d'une femme.

4.5.1. Les complications des MSF : la nécessité d'un accompagnement multidisciplinaire

Pour comprendre la prise en charge dont ces femmes ont besoin, il est important de revenir sur les conséquences des MSF (24) et leur impact sur la vie quotidienne de ces femmes. Les mutilations sexuelles sont responsables d'une importante morbidité et de mortalité chez les femmes et les enfants qui en sont victimes. De plus, les différents types de mutilations (I, II, III, et IV) n'engendrent pas les mêmes complications, et celles-ci peuvent apparaitre à plus ou moins long terme.

Les conséquences dépendent essentiellement des conditions dans lesquelles les mutilations ont été réalisées, les voici :

- Infectieuses générales et locales par défaut d'asepsie des instruments de l'exciseur et avec un risque de transmissions virales (HIV, HBV, HCV).
- Hémorragiques
- Urinaires : infections, troubles mictionnels, dysuries
- Troubles du cycle, dysménorrhées
- Dyspareunies
- Vulvodynies
- Troubles sexuels
- Troubles psychologiques

Après l'excision, des cystites et des pyélonéphrites peuvent-être retrouvées. En cas d'infibulation, il y a un risque d'hématocolpos, qui peut être responsable de douleurs pelviennes cycliques, de dysménorrhées, ou encore d'infections génitales par stase bactérienne. Dans son étude réalisée en 2008, M. Horoks (25) décrit qu'un tiers des femmes mutilées interrogées souffrent de douleurs mictionnelles fréquentes, et/ou d'infections urinaires récidivantes, et/ou de douleurs vulvo-vaginales fréquentes.

Les différentes études réalisées, notamment les volets qualitatifs (19) et quantitatifs (26) de l'enquête Excision et Handicap de 2009, montrent que les difficultés sexuelles semblent être le principal troubles lié aux MSF rapporté par les femmes. Le clitoris est la principale zone érogène chez la femme, ainsi l'ablation du gland clitoridien peut-être à l'origine d'une altération de la sensibilité confinant à l'anorgasmie, et peut-être associée fréquemment à des dyspareunies.

Dans son enquête, Villani (27) évoque les troubles du désir rencontrés par ces femmes « excisées au Sud et vivant au Nord » et fait ressortir le fait que les décisions concernant les rapports sexuels (temporalité, pratiques, initiatives) sont le plus souvent prises par les conjoints, les femmes ne se sentant pas légitimes pour « *négocier leur sexualité* ».

De plus, anxiété, dépression, pertes de mémoire sont des conséquences fréquemment retrouvées chez les femmes victimes de mutilations sexuelles. En 2005, au Sénégal, une étude (28) a démontré que la prévalence du syndrome de stress post-traumatique était de 30% chez les femmes mutilées. Ce syndrome peut également se retrouver chez des femmes ayant été mutilées dès le plus jeune âge.

Les symptômes comme l'anxiété, l'angoisse, les phobies, l'apparition de cauchemars répétés, peuvent surgir lors d'évènements ravivant le traumatisme comme les grossesses, les accouchements, les rapports sexuels, un nouveau partenaire, c'est-à-dire les temps où le corps de la femme est au centre des attentions.

Nos professionnels interrogés n'avaient qu'une appréciation succincte de cet impact physique, psychique et sexuel.

Après avoir rappelé toutes ces conséquences, nous comprenons donc que ces patientes peuvent avoir de nombreuses répercussions sur leur vie quotidienne, qui sont souvent minimisées par les professionnels car méconnues de ceux-ci. Nous comprenons ainsi mieux la nécessité de proposer une prise en charge pluridisciplinaire, à savoir médicale, psychologique, sexologique, chirurgicale, sociale et associative afin de répondre au mieux aux attentes des femmes.

4.5.2. Réorientation vers d'autres professionnels

Douze professionnels sur les treize réorientent vers un autre professionnel de manière systématique ou régulière si le cas se présente lors de consultation. Six professionnels réorientent vers les consultations pluridisciplinaires de Brest. Les autres réorientent soit vers un gynécologue-obstétricien non spécifique, soit cherchent des informations auprès des centres pluridisciplinaires dédiés aux femmes victimes de mutilations sexuelles de Nantes et de Rennes. L'un des professionnels a reconnu ne pas savoir quoi faire en cas de diagnostic de mutilation chez une patiente et estime qu'elle se sentirait « *embêtée* » si le cas se présentait car les gynécologues-obstétriciens qu'elle connait ne sont pas formés à ce type de prise en charge.

On constate donc un réflexe adapté à la problématique de ces femmes et une orientation vers une consultation spécifique. Malgré tout 50% de nos interrogés n'ont pas encore connaissance du fléchage territorial.

Seul un professionnel parmi les treize réoriente ses patientes vers un psychologue, ce qui montre que l'impact psychologique de la mutilation n'avait pas été systématiquement pris en compte par les professionnels interrogés.

4.5.3. La situation des mineures

De plus, aucun des professionnels interrogés n'a évoqué spontanément la situation des mineures. Nous pouvons par conséquent nous demander si les textes de loi et leurs spécificités concernant le dépistage des mutilations sexuelles chez les patientes mineures sont suffisamment connus des professionnels. En effet, en cas de dépistage de mutilation chez une patiente mineure, le professionnel est dans l'obligation, d'après l'article 226-14 du code pénal (29), de réaliser un signalement en urgence sans délai au Procureur de la République par téléphone, télécopie ou courriel, avec accusé de réception. Le signalement sera confirmé par un document écrit, daté et signé en cas de signalement réalisé au préalable par téléphone ou télécopie. La HAS a également publié des recommandations de bonnes pratiques à ce sujet en février 2020 (30). Par exemple, une particulière attention et un temps exclusif d'écoute est recommandé pour toute patiente mineure en cas de facteur de risque de MSF perçu lors de la consultation.

5. Propositions

Au terme de cette étude, dont nous reconnaissons les limites et les biais, renforcée cependant par d'autres références de plus grande puissance dont les résultats croisent les nôtres, nous faisons les propositions suivantes dans le but de répondre plus correctement aux objectifs de dépistage et de prise en charge :

- Mettre à jour la plaquette d'information (Cf annexe V) élaborée par le Dr Lauren Marion à la suite de sa thèse de 2018, notamment y intégrer les données actualisées du BEH et y rajouter des informations sur le protocole de la HAS de prise en charge des femmes victimes de mutilations.
- Distribuer cette plaquette d'information au plus grand nombre de professionnels réalisant du suivi de grossesse et du suivi gynécologique de prévention dans le Finistère et le Morbihan afin de les sensibiliser au dépistage des mutilations.
- Informer l'ensemble des professionnels du secteur de l'existence des consultations pluridisciplinaires à Brest. Cette information pourrait se faire en même temps que la distribution de la plaquette d'information évoquée précédemment.
- Proposer une formation courte aux professionnels réalisant du suivi gynécologique de prévention, comprenant des informations sur l'origine des mutilations, les pays les plus concernés et les conséquences de celles-ci, ainsi que des conseils concernant la prise en charge et un rappel du versant législatif.
- Informer les professionnels de l'existence d'un site élaboré par le gouvernement : « arrêtonslesviolences.gouv.fr » sur lequel se trouve un kit de formation dédié aux professionnels composé d'un court métrage et d'un livret d'accompagnement réalisé par la MIPROF (Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes victimes de violences et de la lutte contre la traite des êtres humains).
- Elargir la diffusion de l'affiche invitant à la consultation pluridisciplinaire au CHRU de Brest (Cf Annexe VIII).

6. Conclusion

Les mutilations sexuelles féminines constituent une réelle forme de violences faite à l'égard des femmes. Les raisons évoquées pour « justifier » la réalisation des MSF sont d'ordre religieuses, coutumières ou encore esthétiques. Elles ont de nombreuses conséquences à la fois physique et psychologique sur la vie quotidienne des victimes qui seraient près de 200 millions dans le monde. En France, près de 125 000 femmes en seraient victimes, dont environ 3000 en Bretagne d'après notre extrapolation réalisée à partir des données du BEH.

Actuellement en France, cette problématique est de plus en plus médiatisée. Une des volontés du gouvernement d'Emmanuel Macron depuis 2017 est de *« faire de l'égalité entre les femmes et les hommes une grande cause mondiale et de la France un pays exemplaire en matière d'éradication des mutilations sexuelles féminines »*. En 2019, un plan national d'action visant à éradiquer les MSF a été publié par le secrétariat d'état chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. Ce plan rappelle notamment que la pratique des mutilations est condamnable par la loi.

Les professionnels réalisant du suivi gynécologique de prévention occupent une place très importante dans le dépistage des MSF. Cependant, notre étude a montré que de nombreux professionnels ne se sentaient pas capables de dépister les mutilations sexuelles, et se sentaient parfois même démunis face à cette problématique, ne sachant pas quel accompagnement proposer à ces femmes en cas de diagnostic de MSF.

Ainsi, il semble important de proposer aux professionnels la mise en place d'une formation à ce sujet ou de les diriger vers une formation en ligne disponible sur le site « arretonslesviolences.gouv.fr » afin de développer leurs connaissances et de les aider à mieux aborder cette thématique dans le but de bien accompagner les femmes victimes de MSF.

L'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire par des professionnels formés a été démontrée. A Brest un projet de consultations multidisciplinaires regroupant gynécologue-obstétricien, psychologue et sexologue a été créé. Il semblerait donc intéressant de développer cet accompagnement proposé à Brest depuis le début de l'année 2020 et de communiquer l'existence de ces consultations à l'ensemble des professionnels réalisant du suivi gynécologique de prévention du Finistère, du Morbihan et des Côtes d'Armor.

7. Références bibliographiques

(1) Organisation Mondiale de la Santé. Mutilations sexuelles féminines. Article. 2018. [En ligne]. Disponible sur : https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation . Consulté le 1er mai 2019.

(2) Secrétariat d'Etat chargé de l'Egalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. Plan d'action national visant à éradiquer les mutilations sexuelles féminines. 2019. Disponible sur : https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2019/06/mutilations_sexuelles_feminines_2019_plan_national_3.pdf . Consulté le 14 novembre 2019.

(3) Conseil de l'Europe. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique Istanbul. 2011. Disponible sur : https://www.coe.int/fr/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/210.fr . Consulté le 28 décembre 2020.

(4) Llamas. Female Circumcision: The History, the Current Prevalence and the Approach to a Patient. University of Virginia School of medicine Family medicine. Article. 2017. Disponible sur : https://med.virginia.edu/family-medicine/wp-content/uploads/sites/285/2017/01/Llamas-Paper.pdf . Consulté le 1er mai 2019.

(5) UNICEF. Mutilations génitales féminines / excision : aperçu statistique et étude de la dynamique des changements. Rapport. 2013. [En ligne]. Disponible sur : https://www.unicef.org/french/publications/files/FGM_Report_Summary_French__16July2013.pdf . Consulté le 24 avril 2019.

(6) UNICEF. Female genital mutilation/cutting : a global concern. [En ligne]. Brochure. 2016. Disponible sur : https://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf. Consulté le 24 avril 2019.

(7) Marion Beucher L. Etat des connaissances des médecins généralistes brestois et quimpérois sur les mutilations sexuelles féminines, évaluation du besoin d'informations. Thèse de doctorat en médecine. Faculté de médecine de Brest; 2018 : 73p.

(8) OFPRA. Les données de l'asile à l'OFPRA en 2018. [En ligne]. Disponible sur : https://ofpra.gouv.fr/fr/l-ofpra/actualites/les-donnees-de-l-asile-a-l-ofpra-en. Consulté le 4 mai 2019.

(9) Ministère de l'intérieur - Direction générale des étrangers en France. L'essentiel de l'immigration-Immigration dans les régions en 2015. Article. 2018. Disponible sur file:///C:/Users/33658/Downloads/5_Essentiel_regions_2015%20(1).pdf . Consulté le 4 mai 2019.

(10) INSEE. Les immigrés en Bretagne : des profils qui se diversifient fortement. Article INSEE Analyses, N°19, mai 2015. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/ . Consulté le 4 mai 2019.

(11) Cohendet J. Mutilations sexuelles féminines : connaissances, dépistage et prise en charge : état des lieux auprès des sages-femmes de l'agglomération de Grenoble. Mémoire de sage-femme. Ecole de sage-femme de l'université Grenoble-Alpes; 2017: 47 p.

(12) Secrétariat d'Etat chargé de l'Egalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. Violences contre les femmes : La loi vous protège [En ligne]. Disponible sur : https://stop-violences-femmes.gouv.fr/ . Consulté le 14 novembre 2019.

(13) Lesclingand M, Andro A, Lombart T. Estimation du nombre de femmes adultes ayant subi une mutilation génitale féminine vivant en France. Bull Epidémiol Hebd. 2019;(21):392-9. Disponible sur : http:// beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/21/2019_21_1.html . Consulté le 14 novembre 2019.

(14) Haute Autorité de Santé. Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours. Février 2020. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/reco307__recommandations_mutilations_sexuelles_feminines.pdf. Consulté le 28 mai 2020.

(15) Légifrance. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 86 | [En ligne]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/SASX0822640L/jo/article_86 . Consulté le 24 avril 2019.

(16) WHO World Health Organization. Prévalence des mutilations sexuelles féminines [En ligne]. Disponible sur : https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/prevalence/fr/. Consulté le 1er juin 2020.

(17) Direction générale de l'enseignement supérieur. Circulaire du 8 mars 2007 DGS/SD 2 C n° 2007-98 du 8 mars 2007. Disponible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040045.htm. Consulté le 30 décembre 2020.

(18) Parpaite-Clain M. La formation des sages-femmes face aux mutilations sexuelles féminines. Évaluation des pratiques professionnelles et propositions d'amélioration des prises en charge. Mémoire de fin d'études. Ecole de sages-femmes Université Paris Descartes; 2015 : 83 p.

(19) A Andro A, Lesclingand M, Pourette D. Volet qualitatif du projet Excision et Handicap (ExH). Comment orienter la prévention de l'excision chez les filles et jeunes filles d'origine Africaine vivant en France: Une étude des déterminants sociaux et familiaux du phénomène. 2009 p. 80.

(20) Légifrance. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) JORF du 5 mars 2002. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/. Consulté le 23 janvier 2021.

(21) Code de déontologie médical. [En ligne]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie . Consulté le 23 janvier 2021.

(22) Doucouré H. Les sages-femmes en consultation face aux mutilations sexuelles. Mémoire de fin d'études. Ecole de sages-femmes. Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines; 2018 : 77 p.

(23) Calvez E. Dépistage des violences conjugales : quel abord par les sages-femmes pendant la grossesse ?. Mémoire de fin d'études. Ecole de sages-femmes de Brest Université de Bretagne Occidentale; 2018 : 41 p.

(24) Gynécologie sans frontières. Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines. Juillet 2010. [En ligne]. Disponible sur : http://www.gynsf.org/MSF/praticienfaceauxmsf2010.pdf. Consulté le 23 janvier 2021.

(25) Horocks. M. Mutilations sexuelles féminines : vécu des femmes excisées et prise en charge médicale. Thèse de doctorat en médecine. Université Paris 6; 2008.

(26) Andro A., Lesclingand M., Cambois E., et al. Volet quantitatif du projet Excision et Handicap (ExH) : Mesure des lésions et traumatismes et évaluations des besoins en chirurgie réparatrice. Paris, Mars 2009. 87 p.

(27) Villani M. De la « maturité » de la femme à la chirurgie : les conditions de la réparation du clitoris. Sexologies. 2009;18(4):297-303. Disponible sur Elsevier Masson.

(28) Behrendt.A, Moritz.S. Posttraumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation. *Am J Psychiatry*. 2005 :162 (5) :1000-2.

(29) Légifrance. Article 226-14 du Code pénal. Disponible sur :https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000006181756?tab_selection=all&searchField=ALL&query=mutilations+sexuelles+mineurs&searchType=ALL&fonds=CODE&typePagination=DEFAULT&pageSize=10&page=1&tab_selection=all&anchor=LEGIARTI000042193510#LEGIARTI000042193510. Consulté le 30 décembre 2020.

(30) Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonnes pratiques en cas de mutilation sexuelle chez une mineure. Février 2020. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/reco307_fiche_5_en_cas_de_msf_chez_une_mineure_cat.pdf. Consulté le 30 décembre 2020.

Annexes

- Annexe I : Proportion de femmes victimes de MSF dans le monde

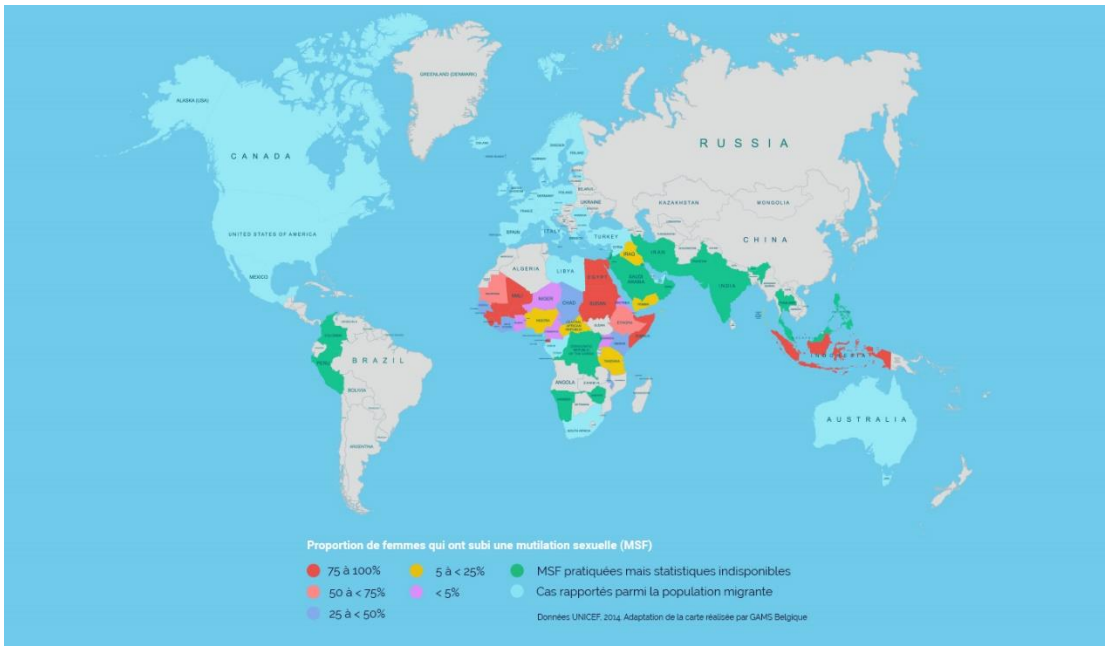


Figure 1 ; proportion de femmes qui ont subi une MSF. Source : alerte-excision.org d'après les données de l'UNICEF 2014

- Annexe II : Estimation du nombre de femmes mutilées en Bretagne

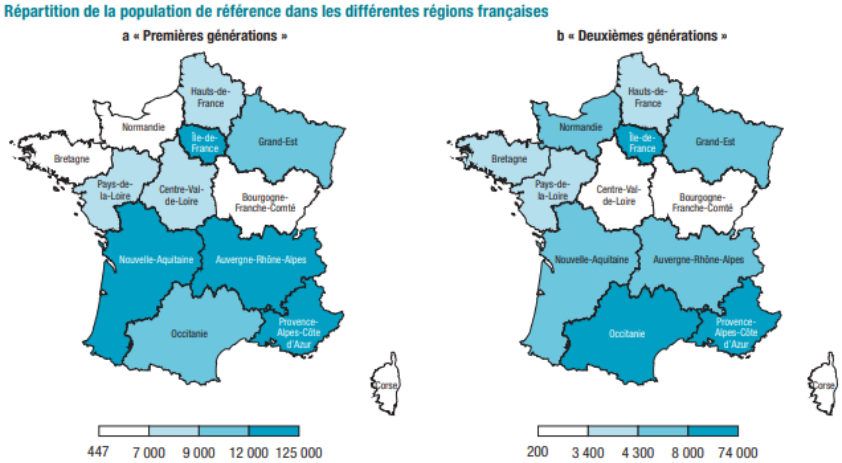


Figure 2 ; Répartition de la population de 1ères et 2èmes générations en France

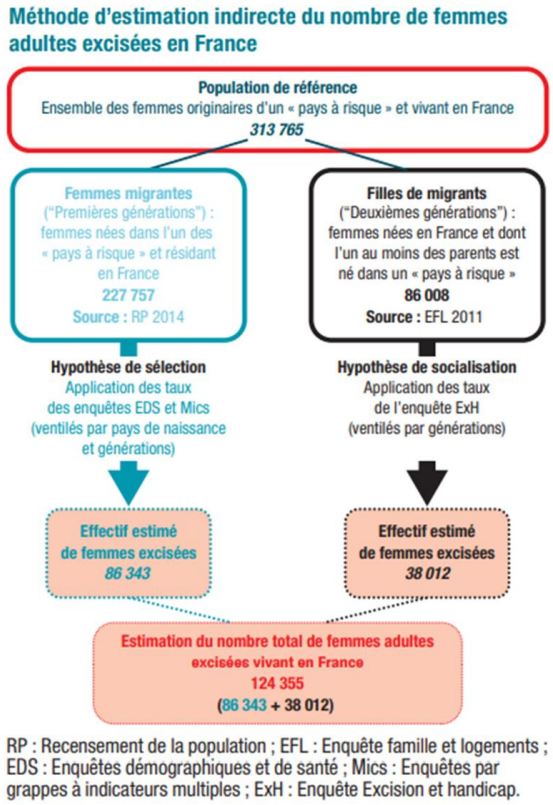


Figure 3 ; Méthode d'estimation indirecte du nombre de femmes excisées en France

Source figures 2 et 3 : BEH juillet 2019 (12)

Parmi l'ensemble des premières et deuxièmes générations originaires de « pays à risque » et vivant en France, respectivement 2,3% des premières générations et 2,5% des secondes générations vivent en région Bretagne.

Les 1ères générations correspondent aux femmes nées dans un « pays à risque » et vivants en France. Et les 2èmes générations correspondent aux femmes nées en France de parents originaires de « pays à risque ».

En faisant l'hypothèse que ces femmes qui vivent en Bretagne sont originaires des mêmes pays que ceux observés en moyenne en France, on applique ces pourcentages à la population estimée à risque d'excision (86 343 des premières générations et 38 012 des secondes générations). On arrive donc en Bretagne à un peu moins de 3 000 femmes qui seraient excisées dont 1986 des premières générations (2,3% de 86343) et 950 (2,5% de 38012) des secondes générations, soit un total de **2 936 femmes**.

- Annexe III : Guide d'entretien :

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études je m'intéresse à la prise en charge, dans le Finistère et le Morbihan, des femmes victimes de mutilations sexuelles (MSF) ou à risque de l'être.

L'objectif du mémoire est de déterminer la manière dont les sages-femmes ou médecins dépistent les MSF et de connaitre la prise en charge proposée par ceux-ci aux femmes originaires de pays à risque et/ou victimes de mutilations sexuelles.

Pour cela, l'objectif est de réaliser des entretiens avec des professionnels susceptibles de rencontrer des femmes victimes de MSF lors de consultations à savoir en CHRU, en CH, en PMI, en CPEF, et en libéral.

Les entretiens sont semi-directifs, et ils durent environ 30 minutes. Ils sont enregistrés et anonymisés.

Questions
Quel âge avez-vous ? Quelle est votre formation ? En quelle année avez-vous été diplômé(e) ? Quel est votre parcours professionnel jusqu'à maintenant ?
Connaissez-vous l'origine des patientes que vous rencontrez en consultation ? Si oui, de quelles origines sont-elles principalement ?
Est-ce que, lorsque vous rencontrez des femmes originaires de pays étrangers, - Vous intégrez une question spécifique d'ordre gynéco ? - Vous adaptez votre interrogatoire sur des problèmes gynéco particuliers ? - Vous abordez la question des mutilations ? Si oui, - Comment l'abordez-vous ? Si non, qu'est ce qui fait que vous ne l'abordez-vous pas ? - Manque de connaissances (gynécologiques, culturelles, pays pratiquants la MSF…) ? - Peur ? Si vous n'avez pas l'habitude d'en rencontrer, comment comptez-vous le faire si cela vous arrive prochainement ?
Est-ce que les femmes mutilées rencontrées présentent d'autres pathologies associées ?
Est-ce que lorsque vous rencontrez des femmes originaires de pays étrangers vous réalisez un examen clinique plus spécifique ?
Si vous dépistez des femmes victimes de mutilations sexuelles, est- ce que vous leur proposez une prise en charge particulière ?

Vous sentez-vous capables de réorienter les patientes ? Si oui, vers qui les réorientez-vous ?
Est-ce que les femmes rencontrées expriment le besoin d'une prise en charge ?
Après réflexion, pourriez-vous donner un ordre d'idée du nombre de femmes mutilées que vous rencontrez par an ? (Cf annexe 3)
Avez-vous d'autres choses à rajouter ou des attentes spécifiques à ce sujet ?

- Annexe IV : Carte de la prévalence des MSF en Afrique:

Cette carte et ce tableau ont été donnés au cours de l'entretien à chacun des professionnels interrogés.

Prévalence des MGF/E chez les filles et les femmes de 15 à 49 ans

Pays	%
Somalie	98
Guinée	96
Djibouti	93
Égypte	91
Érythrée	89
Mali	89
Sierra Leone	88
Soudan*	88
Burkina Faso	76
Gambie	76
Éthiopie	74
Mauritanie	69
Libéria	66
Guinée-Bissau	50
Tchad	44
Côte d'Ivoire	36
Kenya	27
Nigéria	27
Sénégal	26
République-Unie de Tanzanie	24
Yémen	23
République centrafricaine	15
Bénin	13
Iraq	8
Ghana	4
Togo	4
Niger	2
Cameroun	1
Ouganda	1

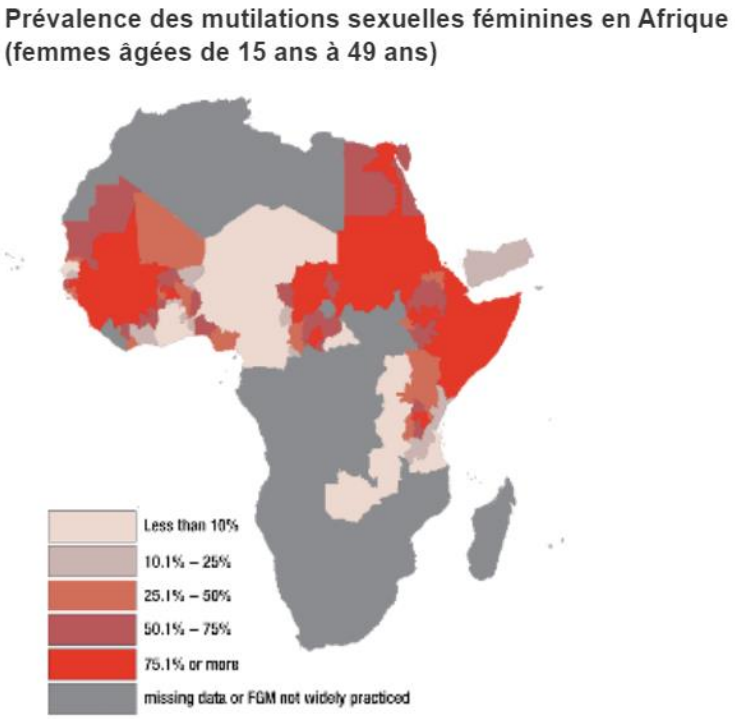
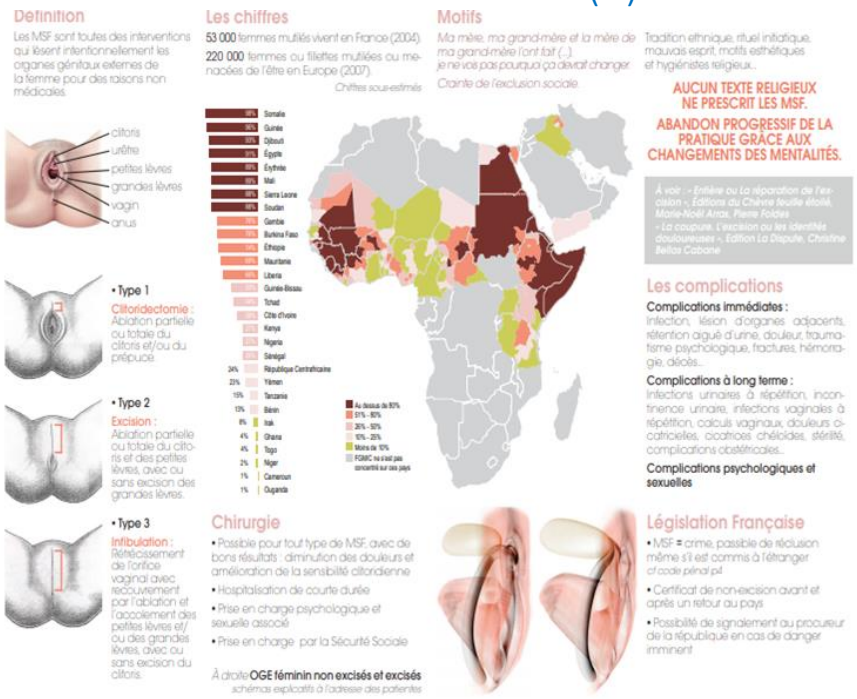


Figure 4 : Prévalence des mutilations sexuelles féminines en Afrique chez les femmes âgées de 15-49 ans au milieu des années 2000

Source : Organisation mondiale de la Santé (16)

- Annexe V : Plaquette d'informations réalisée par le Dr Marion dans le cadre de sa thèse (7)



Définition

Les MSF sont toutes des interventions qui lèsent intentionnellement les organes génitaux externes de la femme pour des raisons non médicales.

clitoris
urètre
petites lèvres
grandes lèvres
vagin
anus

• Type 1
Clitoridectomie : Ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce

• Type 2
Excision : Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres.

• Type 3
Infibulation : 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.

Les chiffres

53 000 femmes mutilés vivent en France (2004).
220 000 femmes ou fillettes mutilées ou menacées de l'être en Europe (2007).
Chiffres sous-estimés

Somalie 98%
Guinée 96%
Djibouti 93%
Égypte 91%
Érythrée 89%
Mali 89%
Sierra Leone 88%
Soudan 88%
Gambie 76%
Burkina Faso 73%
Éthiopie 74%
Mauritanie 69%
Libéria 66%
Guinée-Bissau
Tchad
Côte d'Ivoire
Kenya 27%
Nigeria 25%
Sénégal
34% République Centrafricaine
23% Yémen
15% Tanzanie
13% Bénin
8% Irak
4% Ghana
4% Togo
2% Niger
1% Cameroun
1% Ouganda

Au dessus de 80%
51% - 80%
26% - 50%
10% - 25%
Moins de 10%
FGMC ne s'est pas concentré sur ces pays

Motifs

Ma mère, ma grand-mère et la mère de ma grand-mère l'ont fait (...) je ne vois pas pourquoi ça devrait changer
Crainte de l'exclusion sociale

Tradition ethnique, rituel initiatique, mauvais esprit, motifs esthétiques et hygiénistes religieux...

AUCUN TEXTE RELIGIEUX NE PRESCRIT LES MSF.
ABANDON PROGRESSIF DE LA PRATIQUE GRÂCE AUX CHANGEMENTS DES MENTALITÉS.

À voir : - Entière ou La réparation de l'excision -, Éditions du Chèvre feuille étoilé, Marie-Noël Arras, Pierre Foldes
- La coupure. L'excision ou les identités douloureuses -, Edition La Dispute, Christine Bellas Cabane

Les complications

Complications immédiates :
Infection, lésion d'organes adjacents, rétention aiguë d'urine, douleur, traumatisme psychologique, fractures, hémorragie, décès...

Complications à long terme :
Infections urinaires à répétition, incontinence urinaire, infections vaginales à répétition, calculs vaginaux, douleurs cicatricielles, cicatrices chéloïdes, stérilité, complications obstétricales...

Complications psychologiques et sexuelles

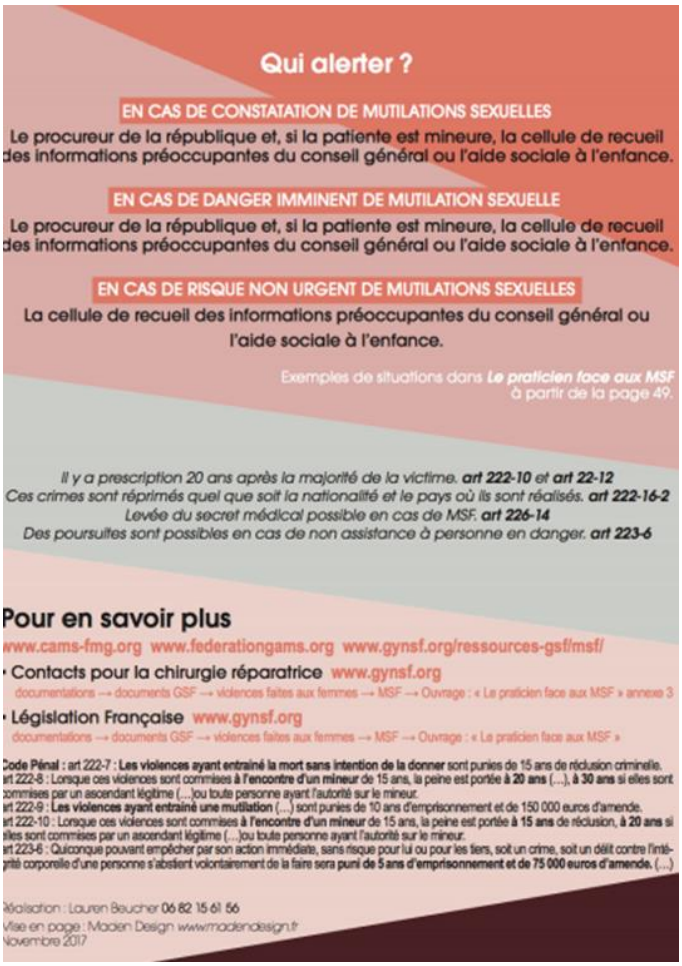
Chirurgie

- Possible pour tout type de MSF, avec de bons résultats : diminution des douleurs et amélioration de la sensibilité clitoridienne
- Hospitalisation de courte durée
- Prise en charge psychologique et sexuelle associé
- Prise en charge par la Sécurité Sociale

À droite **OGE féminin non excisés et excisés**
schémas explicatifs à l'adresse des patientes

Législation Française

- MSF = crime, passible de réclusion même s'il est commis à l'étranger *cf code pénal p4*
- Certificat de non-excision avant et après un retour au pays
- Possibilité de signalement au procureur de la république en cas de danger imminent



Qui alerter ?

EN CAS DE CONSTATATION DE MUTILATIONS SEXUELLES
Le procureur de la république et, si la patiente est mineure, la cellule de recueil des informations préoccupantes du conseil général ou l'aide sociale à l'enfance.

EN CAS DE DANGER IMMINENT DE MUTILATION SEXUELLE
Le procureur de la république et, si la patiente est mineure, la cellule de recueil des informations préoccupantes du conseil général ou l'aide sociale à l'enfance.

EN CAS DE RISQUE NON URGENT DE MUTILATIONS SEXUELLES
La cellule de recueil des informations préoccupantes du conseil général ou l'aide sociale à l'enfance.

Exemples de situations dans ***Le praticien face aux MSF*** à partir de la page 49.

Il y a prescription 20 ans après la majorité de la victime. ***art 222-10*** *et* ***art 22-12***
Ces crimes sont réprimés quel que soit la nationalité et le pays où ils sont réalisés. ***art 222-16-2***
Levée du secret médical possible en cas de MSF. ***art 226-14***
Des poursuites sont possibles en cas de non assistance à personne en danger. ***art 223-6***

Pour en savoir plus

www.cams-fmg.org www.federationgams.org www.gynsf.org/ressources-gsf/msf/

• **Contacts pour la chirurgie réparatrice** www.gynsf.org
documentations → documents GSF → violences faites aux femmes → MSF → Ouvrage : « Le praticien face aux MSF » annexe 3

• **Législation Française** www.gynsf.org
documentations → documents GSF → violences faites aux femmes → MSF → Ouvrage : « Le praticien face aux MSF »

Code Pénal : art 222-7 : **Les violences ayant entrainé la mort sans intention de la donner** sont punies de 15 ans de réclusion criminelle.
art 222-8 : Lorsque ces violences sont commises **à l'encontre d'un mineur** de 15 ans, la peine est portée **à 20 ans** (...), **à 30 ans** si elles sont commises par un ascendant légitime (...)ou toute personne ayant l'autorité sur le mineur.
art 222-9 : **Les violences ayant entrainé une mutilation** (...) sont punies de 10 ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende.
art 222-10 : Lorsque ces violences sont commises **à l'encontre d'un mineur** de 15 ans, la peine est portée **à 15 ans** de réclusion, **à 20 ans** si elles sont commises par un ascendant légitime (...)ou toute personne ayant l'autorité sur le mineur.
art 223-6 : Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle d'une personne s'abstient volontairement de la faire sera **puni de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.** (...)

Réalisation : Lauren Beucher 06 82 15 61 56
Mise en page : Maden Design www.madendesign.fr
Novembre 2017

- Annexe VI : Grille d'Analyse de la population de l'étude

	Type de diplôme	Année du diplôme	Lieu d'exercice	Expérience professionnelle
Professionnel 1				
Professionnel 2				
Professionnel 3				
Professionnel 4				
Professionnel 5				
Professionnel 6				
Professionnel 7				
Professionnel 8				
Professionnel 9				
Professionnel 10				
Professionnel 11				
Professionnel 12				
Professionnel 13				

- Annexe VII : Grille d'analyse des entretiens

N° du Professionnel	Catégorie	Thèmes	Sous thèmes	Réponses	Précisions
	Dépistage	Interrogatoire	Origine des patientes	Demandée systématiquement	
				Demandée selon le motif de consultation	
				Non demandée	
			Sujet des MSF chez femmes originaires de pays à risque	Abordé systématiquement	
				Abordé fréquemment	
				Abordé rarement	
			Signes cliniques / conséquences des mutilations	Infections vulvaires/ gynécologiques/ urinaires	Lien fait avec MSF
					Lien non fait
				Dysménorrhées algies pelvienne Accouchements difficiles	Lien fait avec MSF
					Lien non fait
				Dyspareunies	Lien fait avec MSF

					Lien non fait
				Répercussions psychologiques	Lien fait avec MSF
					Lien non fait
		Examen clinique	Examen gynécologique	Examen réalisé en systématique	Plus spécifique ?
				Examen réalisé de temps en temps	Plus spécifique ?
				Examen non réalisé	
	Prise en charge	Patients	Besoins exprimés par les patientes ?	Oui	
				Non	
		Professionnels	Connaissance de confrères(sœurs) formé(e)s à ce sujet	Oui	
				Non	
			Réorientation vers d'autres professionnels	Oui systématiquement	Lesquels ?
				Oui parfois	Lesquels ?
				Non	
	Ressenti des professionnels face à ce sujet	Connaissances	Estimation du nombre de femmes mutilées dans patientèle par an		
			Ressenti du professionnel	Suffisantes	
				Insuffisantes	
			Origines de leurs connaissances	Formation initiale	
				Formation continue	
				Culture personnelle	
				Autres	

- Annexe VIII : Affiche des consultations pluridisciplinaires du CHRU de Brest



8. Résumé

Objectifs : Savoir si les professionnels de santé réalisant du suivi gynécologique de prévention et/ou du suivi obstétrical dépistent les MSF, et si tel est le cas, quel est l'accompagnement qu'ils proposent à ces femmes. L'objectif est également de connaitre les freins au dépistage, s'il y en a, afin de mieux sensibiliser les professionnels à ces pratiques.

Matériel et méthode : Une étude qualitative, multicentrique a été réalisée via des entretiens semi-dirigés, auprès de sages-femmes, médecins généralistes et gynécologue-obstétricien hospitaliers, territoriaux et libéraux, des agglomérations de Brest, Quimper et de Lorient entre mars 2020 et novembre 2020. Ces entretiens ont ensuite été retranscrits et analysés.

Résultats : Treize entretiens ont été réalisés. Les pratiques divergent selon le mode d'exercice et le lieu d'exercice des professionnels. Notre étude a montré que peu de professionnels évoquent le sujet des MSF lors des consultations et sont donc peu à en poser le diagnostic. Ont été évoqués comme freins au dépistage : le manque de connaissances, les difficultés à poser le diagnostic, le manque de temps, et la difficulté à mener ces consultations complexes. Certains professionnels présentent des difficultés à identifier les besoins de ces patientes et à les réorienter vers des professionnels formés à cette problématique.

Conclusion : Les professionnels réalisant du suivi gynécologique de prévention occupent une place très importante dans le dépistage des MSF. Cependant, ceux-ci ont souvent des difficultés à les diagnostiquer et ressentent un manque de connaissance. Il est donc important de mieux former les professionnels afin de pouvoir fournir un accompagnement adapté à ces patientes. L'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire par des professionnels formés a été démontrée. Il semblerait donc intéressant de continuer à développer le projet de consultation pluridisciplinaire proposé à Brest depuis le début de l'année 2020.

Mots clés : mutilations sexuelles féminines, suivi gynécologique de prévention, dépistage, prise en charge

Titre : Mutilations Sexuelles Féminines (MSF) : Comment sont-elles dépistées et quelle prise en charge est proposée aux victimes par des professionnels de santé réalisant du suivi gynécologique de prévention et/ou du suivi obstétrical dans le Finistère et le Morbihan ?

Auteur : Solène BERNARD
Diplôme d'Etat de sage-femme, Brest, 2021