



**Université de Poitiers**

Faculté de Médecine et de Pharmacie

**Ecole de Sages-femmes de Poitiers**

**Prise en charge médicale des mutilations génitales féminines :**  
**qu'en est-il des attentes des femmes ?**

**Mémoire présenté**

Par Melle GESSON Julia

Née le 16 août 1997

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

**Année 2021**

Sage-femme enseignante référente : Madame DEPARIS Julia\*.

Directeur de mémoire : Monsieur PEQUERIAU Antonin\*\*.

\*Ecole de sages-femmes de Poitiers, Poitiers, France.

\*\*Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers, Poitiers, France.





**Université de Poitiers**

Faculté de Médecine et de Pharmacie

**Ecole de Sages-femmes de Poitiers**

**Prise en charge médicale des mutilations génitales féminines :**  
**qu'en est-il des attentes des femmes ?**

**Mémoire présenté**

Par Melle GESSON Julia

Née le 16 août 1997

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

**Année 2021**

Sage-femme enseignante référente : Madame DEPARIS Julia\*.

Directeur de mémoire : Monsieur PEQUERIAU Antonin\*\*.

\*Ecole de sages-femmes de Poitiers, Poitiers, France.

\*\*Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers, Poitiers, France.



## **REMERCIEMENTS**

Monsieur PEQUERIAU Antonin, sage-femme au CHU de Poitiers et directeur de ce mémoire : *pour sa disponibilité et son soutien tout au long de la réalisation de ce mémoire et pour ses nombreuses relectures.*

Monsieur le Professeur GIL et le Comité d’Ethique du CHU de Poitiers : *pour leur analyse de mes projets et les échanges précieux pour mener à bien ce mémoire.*

Madame DEPARIS Julia, sage-femme enseignante référente de ce mémoire : *pour ses nombreux conseils lors des difficultés rencontrées et sa disponibilité durant l’élaboration de ce mémoire.*

Les associations de lutte contre l’excision et les professionnels de santé : *pour l’intérêt porté à cette étude et pour avoir contribué à la diffusion du questionnaire.*

Léa : *pour son soutien dans la mise en place de cette étude, comme dans tout le reste, et pour m’avoir accompagnée à Paris à la rencontre du Professeur Foldès, son équipe et toutes les associations.*

Ma famille et mes proches : *pour leur soutien sans faille durant toutes ces années d’étude et leurs relectures.*



# **SOMMAIRE**

<b>1. Introduction</b>	<b>1</b>
<b>2. Méthodologie</b>	<b>5</b>
<b>2.1 – Objectifs de l'étude</b>	<b>5</b>
<b>2.2 – Hypothèses</b>	<b>5</b>
<b>2.3 – Schéma d'étude</b>	<b>5</b>
<b>2.4 – Population d'étude</b>	<b>5</b>
<b>2.5 – Période de l'étude</b>	<b>6</b>
<b>2.6 – Outils de recueil des données et diffusion</b>	<b>6</b>
<b>2.7 – Analyse des données</b>	<b>7</b>
<b>2.8 – Aspects éthiques et réglementaires</b>	<b>7</b>
<b>3. Résultats</b>	<b>9</b>
<b>3.1 – Description de la population d'étude</b>	<b>9</b>
<b>3.2 – Le vécu de l'excision</b>	<b>10</b>
<b>3.3 – Les MGF responsables de douleurs et de troubles au quotidien         chez les femmes</b>	<b>11</b>
<b>3.4 – Le vécu de la prise en charge</b>	<b>11</b>
<b>3.5 – Les attentes des femmes</b>	<b>13</b>
<b>3.6 – Connaissances des femmes atteintes de MGF au sujet de l'excision</b>	<b>14</b>
3.6.1 – Sources d'informations pour les femmes	14
3.6.2 – Quelles connaissances globales pour les femmes atteintes de MGF	14
<b>3.7 – Améliorer la prise en charge médicale</b>	<b>15</b>
<b>4. Discussion</b>	<b>17</b>
<b>4.1 – Résumé des principaux résultats</b>	<b>17</b>
<b>4.2 – Forces et limites de l'étude</b>	<b>18</b>
<b>4.3 – L'expérience des femmes atteintes de MGF</b>	<b>20</b>
4.3.1 – Leurs vécus de la prise en charge	20
4.3.2 – Les freins au dépistage	20
4.3.3 – Le traumatisme de la MGF	21

4.3.4 – Le quotidien avec les douleurs de la MGF	22
4.3.5 – Les principales sources d’informations	23
<b>4.4 – Les attentes des femmes atteintes de MGF</b>	<b>23</b>
4.4.1 – Le dépistage en systématique	23
4.4.2 – L’examen clinique	25
4.4.3 – L’accompagnement psychologique	25
4.4.4 – Les renseignements sur la reconstruction chirurgicale clitoridienne	26
4.4.5 – La prévention et la protection	27
<b>4.5 – Développer cette étude pour améliorer la formation du corps médical</b>	<b>27</b>
<b>5. Conclusion</b>	<b>29</b>
<b>6. Bibliographie</b>	<b>31</b>
<b>7. Annexes</b>	<b>33</b>
<b>8. Résumé</b>	<b>37</b>
<b>9. Abstract</b>	<b>39</b>

## **SOMMAIRE DES TABLEAUX ET DES GRAPHIQUES**

<b>Tableau I :</b> Caractéristiques socio-démographiques de la population des femmes atteintes de Mutilations Génitales Féminines ayant répondu au questionnaire	<b>9</b>
<b>Graphique 1 :</b> Répartition des origines géographiques des femmes atteintes de Mutilations Génitales Féminines	<b>10</b>
<b>Graphique 2 :</b> Quel souvenir de l'excision pour les femmes atteintes de Mutilations Génitales Féminines ?	<b>10</b>
<b>Graphique 3 :</b> Ressentez-vous une gêne liée à l'excision ?	<b>11</b>
<b>Graphique 4 :</b> Satisfaction dans la prise en charge chez les patientes ayant abordé ou n'ayant pas abordé le sujet de la Mutilations Génitales Féminines avec le professionnel de santé	<b>12</b>
<b>Graphique 5 :</b> Souhaits de prise en charge par les professionnels médicaux selon les femmes atteintes de Mutilations Génitales Féminines	<b>13</b>
<b>Graphique 6 :</b> Sources d'informations sur la prise en charge pour les femmes atteintes de Mutilations Génitales Féminines	<b>14</b>
<b>Graphique 7 :</b> Connaissez-vous la chirurgie reconstructrice clitoridienne ?	<b>15</b>
<b>Graphique 8 :</b> Réponses à la question ouverte pour améliorer la prise en charge pour les femmes atteintes de Mutilations Génitales Féminines	<b>15</b>



## **LISTE DES ABREVIATIONS**

CEROG : Comité d’Ethique de la Recherche en Obstétrique et Gynécologie

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPP : Comité de Protection des Personnes

GAMS : Groupe pour l’Abolition des Mutilations Sexuelles

HAS : Haute Autorité de Santé

MGF : Mutilations Génitales Féminines

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

UNFPA : Fonds des Nations unies pour la population

UNICEF : Fonds des Nations unies pour l'enfance







## 1. Introduction

Les mutilations génitales féminines (MGF) sont une pratique que l'on retrouve dans beaucoup de pays du monde, encore de nos jours, et dont les femmes sont victimes dès la petite enfance.

Ces mutilations sont définies par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme étant une ablation partielle ou totale affectant les organes sexuels externes de la femme dans un but non thérapeutique. L'OMS distingue 4 types de mutilations génitales féminines : clitoridectomie, excision, infibulation et les formes non classées (1).

Aujourd'hui, l'agence des Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) estime à plus de 200 millions le nombre de femmes atteintes de MGF. A l'avenir, 30 millions de filles et de femmes pourraient être victimes et selon l'OMS, une jeune fille est victime de ces mutilations toutes les 15 secondes dans le monde (2)(3). En France, selon les nouvelles estimations parues en 2019, 120 000 femmes adultes sont excisées ; la prévalence aurait donc doublé en l'espace de 10 ans (4). Il a été observé une hausse du nombre de jeunes filles subissant ces mutilations dans le monde entier, corrélé à la croissance de la population ; bien que, selon l'UNICEF, la pratique de l'excision soit en régression. Le confinement lié à la crise sanitaire du virus Covid-19 en 2020 a freiné la prévention faite dans les pays, le nombre de mutilations génitales féminines estimé par l'Organisation des Nations Unies (ONU) aura augmenté de 2 millions d'ici 2030 (5). L'UNICEF et l'agence des Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA) sont les promoteurs de l'édification du principal programme mondial d'élimination des MGF, qui cible l'élimination de l'excision chez les filles et les femmes d'ici 2030 dans les nouveaux objectifs de développement durable internationaux (2).

Les MGF, répondant à des normes culturelles ancestrales, sont surtout pratiquées dans certains pays d'Afrique mais également en Asie et au Moyen-Orient. Elles y sont de plus en plus médicalisées (1).

Elles sont une pratique considérée dans le monde comme étant une violation aux droits humains car portant atteinte à l'intégrité du corps de la femme et à sa santé. En France, la pratique est interdite et punie par la loi. Une demande d'asile peut être accordée pour les jeunes filles et les femmes exposées au risque de mutilation (6).

Les MGF affectent la vie des jeunes filles et des femmes au quotidien, entraînant des risques sur leur santé à court et long terme. Cet acte a des conséquences physiques, gynécologiques, obstétricales, infectieuses et psychologiques sur les femmes ; ceci nécessite donc une prise en charge pluridisciplinaire (7) (8) (9).

Le Professeur Pierre Foldès a proposé une chirurgie reconstructrice qui a prouvé ses bénéfices sur le bien-être des femmes et la diminution de leurs souffrances (10). Cette chirurgie est aujourd'hui pratiquée au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Poitiers par le praticien hospitalier Richard Sarfati. Cette reconstruction est entièrement prise en charge financièrement par la sécurité sociale.

Il est important de la part des professionnels de santé de savoir dépister ces femmes, aborder le sujet avec elles et les accompagner à travers une prise en charge adaptée à leurs besoins. Un guide a été rédigé par Gynécologie sans frontière et publié par le Ministère de la Santé et des Sports en 2010, fixant un cadre aux professionnels pour assurer la prise en charge de ces femmes (11).

Précédemment, Chloé Desgranges, sage-femme libérale, a mené une étude faisant un état des lieux des connaissances des médecins généralistes et des sages-femmes libérales sur le diagnostic et la prise en charge des mutilations génitales féminines à Poitiers (12). Elle a pu constater un manque de connaissances des professionnels, ne permettant pas un diagnostic optimal des patientes mutilées. De plus, bien que la plupart des professionnels rencontrés pensaient avoir dans leur patientèle des femmes excisées, seule une partie d'entre eux disaient pratiquer un dépistage. Son étude a également permis de mettre en avant le manque de connaissance sur les modalités de prise en charge des patientes mutilées.

Les demandes des professionnels rencontrés concernent surtout la manière de prendre en charge les femmes excisées, ils attendent des explications sur la classification pour un meilleur dépistage mais également au sujet de la chirurgie. Persiste de plus une hésitation sur la manière d'aborder le sujet avec la patiente sans qu'elle ait le sentiment d'être stigmatisée ou jugée (12).

L'étude Excision et handicap a mis en avant le fait que les femmes souffrent du silence des médecins à ce sujet, ceci accentuant chez elles le sentiment de honte et de différence. Certaines femmes relatent même un discours culpabilisant de la part du professionnel rencontré et une absence de réponses claires à leurs interrogations (13).

Les femmes sont parfois dans un déni de la mutilation, du lien entre celle-ci et les douleurs, celles-ci ne voient pas forcément l'intérêt d'en parler. D'autres femmes ne connaissent pas les possibilités de prises en charges spécialisées donc elles n'osent pas aborder le sujet sans attentes particulières. Il y a bien souvent des antécédents psychotraumatiques, un sentiment de honte ou des problèmes conjugaux qui pèsent dans la vie de ces femmes en plus de la douleur physique, du sentiment de manque d'intégrité féminine et du manque de plaisir

sexuel. Il est donc important de communiquer sur le sujet, et de proposer des solutions de mieux-être pour les femmes si des souffrances émanent de cette mutilation (14) (15).

Les femmes ayant conscience de leur mutilation ont des craintes qu'elles n'osent pas toujours exprimer concernant le déroulement de leur accouchement, la douleur ressentie et les risques obstétricaux. Malgré la pudeur de ces femmes liée à leur traumatisme, l'expérience de leur grossesse et de l'accouchement peut être améliorée par la communication avec les professionnels de santé (16).

Il a été mis en évidence qu'un tiers des femmes excisées sont intéressées par la chirurgie reconstructrice (13). Cependant après rencontre avec les équipes spécialisées composées de psychologues, sexologues et du chirurgien, seule une partie aura recours à la chirurgie (15).

Afin d'aboutir à une formation correspondant aux besoins des patientes, il semble donc nécessaire de questionner les femmes concernées sur leurs attentes.

Au cours de l'élaboration de ce mémoire, nous avons essayé de connaître les attentes des femmes mutilées vis-à-vis des professionnels de santé concernant la prise en charge médicale et psychologique des mutilations génitales féminines.



## **2. Méthodologie**

### **2.1 – Objectifs de l'étude**

L'objectif primaire de cette étude est de comprendre les attentes des femmes atteintes de MGF au sujet de la prise en charge par le corps médical, afin de leur donner le meilleur encadrement possible.

Les objectifs secondaires sont de décrire la prise en charge médicale des patientes ayant déjà abordé ce sujet avec un professionnel de santé et d'identifier les freins à la prise en charge pour celles qui n'ont jamais abordé le sujet. Aussi, nous cherchons à connaître l'impact des mutilations génitales féminines dans le quotidien de ces femmes.

### **2.2- Hypothèses**

Nous supposons que les femmes souhaitent en parler avec leurs médecins et/ou leurs sages-femmes mais sont en attente que le professionnel brise le tabou en abordant leur vécu de la mutilation au quotidien et propose des prises en charges afin de trouver ce qui correspond le mieux à leurs besoins.

Ces femmes sont probablement en demande d'une communication plus étendue sur les moyens pouvant être mis à leur disposition pour leur mieux-être, tels que la reconstruction chirurgicale, la création de groupes de paroles encadrés par des professionnels spécialistes ou encore d'autres prises en charges possibles.

### **2. 3- Schéma d'étude**

L'étude est observationnelle, transversale. Les données ont été collectées par un questionnaire à destination des femmes atteintes de MGF.

### **2. 4- Population d'étude**

Ont été incluses dans cette étude toutes les femmes atteintes de MGF quelles qu'elles soient. Les critères de non inclusion sont les femmes non mutilées ou en incapacité de comprendre l'objet de l'étude en raison d'une mauvaise compréhension de la langue française ou anglaise.

## **2.5- Période de l'étude**

La diffusion du questionnaire a débuté lors de la Journée Internationale de Lutte contre l'Excision le 7 février 2020 et s'est clôturée le premier mars 2021.

## **2. 6- Outils de recueil des données et diffusion**

Les données ont été collectées grâce à un questionnaire anonyme en ligne édité via le logiciel Lime Survey ®. Pour limiter le frein de la barrière de la langue pour cette étude, le questionnaire a été traduit en anglais.

Le questionnaire a été diffusé sur les principaux réseaux sociaux (Facebook, Instagram, Twitter). La première association nationale de lutte contre les MGF « Excision Parlons-En ! » a partagé le lien du questionnaire sur ces mêmes réseaux sociaux, offrant une grande visibilité de l'étude vis-à-vis de la population cible. De nombreuses associations nationales et internationales et des personnalités actives dans la lutte contre la pratique des MGF ont été contactées au téléphone et par mail pour leur proposer de diffuser l'étude, après leur avoir fourni une description précise du déroulement et des objectifs de celle-ci.

Le lien du questionnaire a été distribué aux femmes concernées par l'étude en consultations du service obstétrique au CHU de Poitiers après accord du chef de service en juin 2020.

Les Conseils des Ordres Départementaux des Médecins et des Sages-Femmes ont transmis aux professionnels libéraux de la Vienne l'objet de l'étude et un document à remettre aux patientes où était inscrit le lien, permettant ainsi la diffusion auprès de leur patientèle.

Des associations de soutien aux familles immigrées ont également été contactées et ont reçu les mêmes documents à transmettre aux femmes, avec une présentation de l'objet d'étude et son caractère anonyme.

Le questionnaire était constitué de 15 questions et de sous-questions qui s'affichaient selon la réponse sélectionnée. Il comprenait des questions à choix uniques, à choix multiples et des questions ouvertes. Les premières questions portaient sur les caractéristiques générales pour permettre une description de notre population d'étude. Les suivantes concernaient le suivi médical et les attentes des femmes pour la prise en charge de la MGF. Pour comprendre au mieux le vécu et les attentes des femmes, le questionnaire s'adaptait aux femmes si elles avaient

déjà eu ou non une prise en charge médicale à ce sujet, demandant si elles aimeraient que le sujet soit abordé et dans quel but précisément. Enfin, elles pouvaient grâce à une question ouverte, nous expliquer comment le corps médical pourrait améliorer la prise en charge.

## **2. 7- Analyse des données**

Les données ont été analysées via le logiciel Excel ®.

Pour connaître les attentes des femmes nous avons analysé de manière objective leurs réponses en tenant compte des caractéristiques socio-démographiques de des femmes ayant participé à l'étude : âge, pays d'origine, la date de leur arrivée en France, leur situation familiale et leur niveau d'étude.

Leurs attentes pouvant dépendre également de leur vécu et connaissances, nous avons tenu compte de ceux-ci dans nos critères de jugement ; des questions leur ont été posées à ce sujet. L'analyse des réponses sous forme de graphiques et pourcentages a permis de regrouper et de classer par ordre d'importance les besoins des femmes.

## **2.8 - Aspects éthiques et réglementaires**

L'étude ne rentrait pas en recherche impliquant la personne humaine catégorie 3, aucun accord ni autorisation préalable a été nécessaire pour la diffusion sur les réseaux sociaux. Seuls les sujets désirant participer à l'étude ont rempli le questionnaire après avoir bénéficié d'une information éclairée portant sur :

- L'identité du responsable du traitement des données,
- L'objectif de la collecte d'information,
- Le caractère non obligatoire de la participation à l'étude,
- Le caractère anonyme des questionnaires et résultats.

En parallèle de la diffusion de l'étude sur internet, une rencontre avec le Comité d'Ethique du CHU de Poitiers, en la présence du Professeur Gilles, a été organisée en vue d'obtenir un accord pour mener des entretiens semi-dirigés avec les femmes. L'objectif était d'apporter à l'étude une approche qualitative du vécu des femmes, l'entretien offrant une plus grande adaptabilité des réponses.

Suite à cet entretien, le Comité a approuvé l'objectif et la méthodologie de l'étude mais a conseillé de faire appel au Comité de Protection des Personnes (CPP) avant de réaliser les

entretiens avec ces femmes. Cette démarche n'était malheureusement pas envisageable dans le délai imparti pour la réalisation de notre projet de mémoire.

### 3. Résultats

Le questionnaire en ligne comptait 11 réponses analysables sur les 15 réponses complètes obtenues. 4 des réponses ont été retirées car elles entraient dans les critères de non inclusion en répondant « non » à la question « Avez-vous été excisée ? ». Les explications faites au début du questionnaire indiquaient pourtant que celui-ci était uniquement destiné aux femmes ayant subi une mutilation génitale féminine.

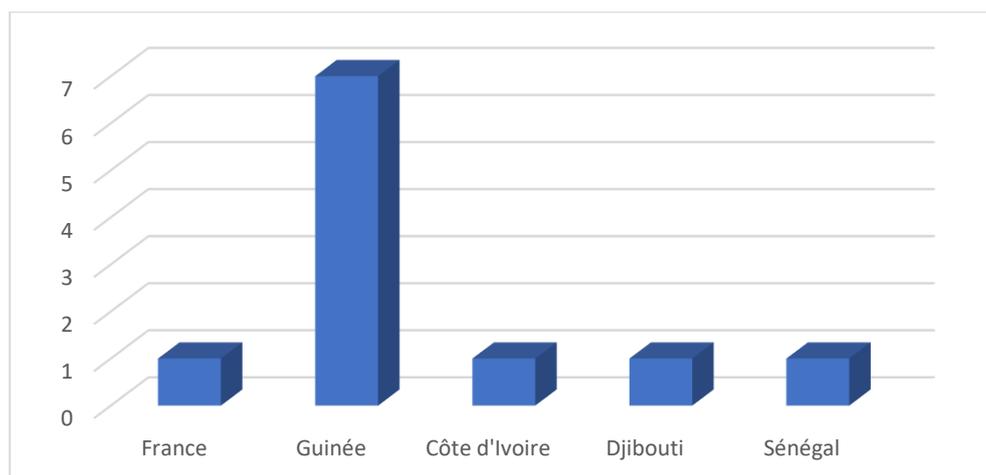
#### 3.1- Description de la population d'étude

**Tableau I : Caractéristiques socio-démographiques de la population des femmes atteintes de Mutilations Génitales Féminines ayant répondu au questionnaire (n = 11)**

		EFFECTIFS	POURCENTAGES (%)
n		11	100
<i>Âge (années)-20</i>	<20	1	9,1
	[20-30]	8	72,7
	> 30	2	18,2
	<i>moyenne</i>	26	
	<i>min</i>	19	
	<i>max</i>	35	
<i>Situation familiale</i>	<i>Célibataire</i>	5	45,5
	<i>En couple</i>	6	54,5
	<i>Sans enfants</i>	4	36,7
	<i>Avec enfants</i>	7	63,6
<i>Niveau de formation</i>	<i>Primaire</i>	4	36,4
	<i>Collège</i>	0	0
	<i>Lycée</i>	3	27,3
	<i>Etudes supérieures</i>	4	36,4

10 femmes de la population ayant répondu au questionnaire vivent en France aujourd'hui. Parmi celles-ci, 5 sont nées en France. 4 de ces femmes vivent en France depuis plus de 10 ans. Une femme n'a pas cité son année d'arrivée en France.

Une femme vit à Djibouti, pays où elle est née et a été excisée.



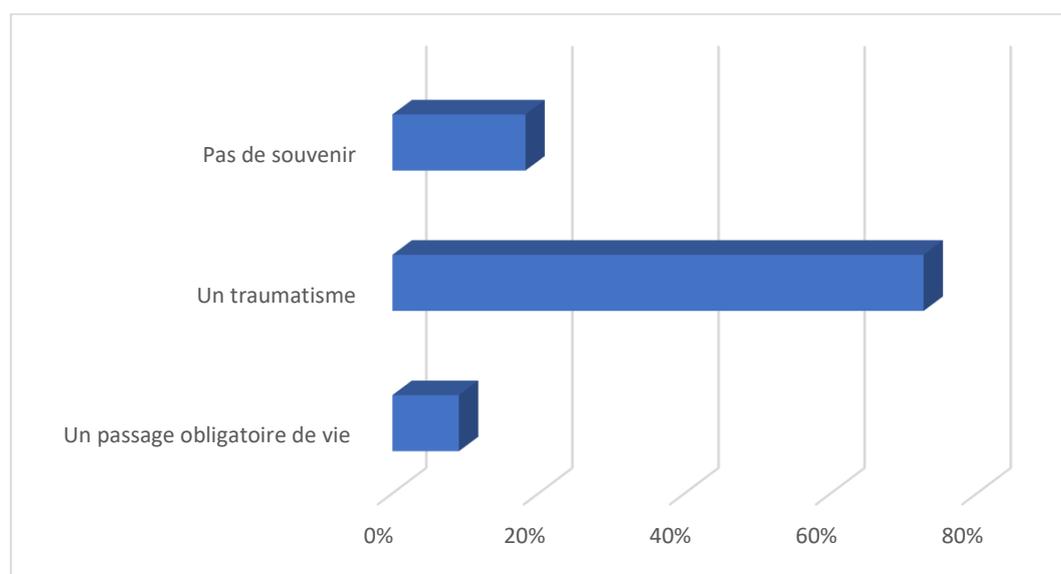
**Graphique 1 : Répartition des origines géographiques des femmes atteintes de Mutilations Génitales Féminines (n = 11)**

### 3.2- Le vécu de l'excision

Toutes les femmes interrogées ont été excisées à l'étranger, dans leur pays d'origine et durant l'enfance.

8 femmes se souvenaient de l'âge auquel elles ont été excisées parmi les 11. L'âge moyen de l'excision chez les femmes ayant témoigné au questionnaire est de huit ans. Toutes ont été excisées entre quatre et douze ans.

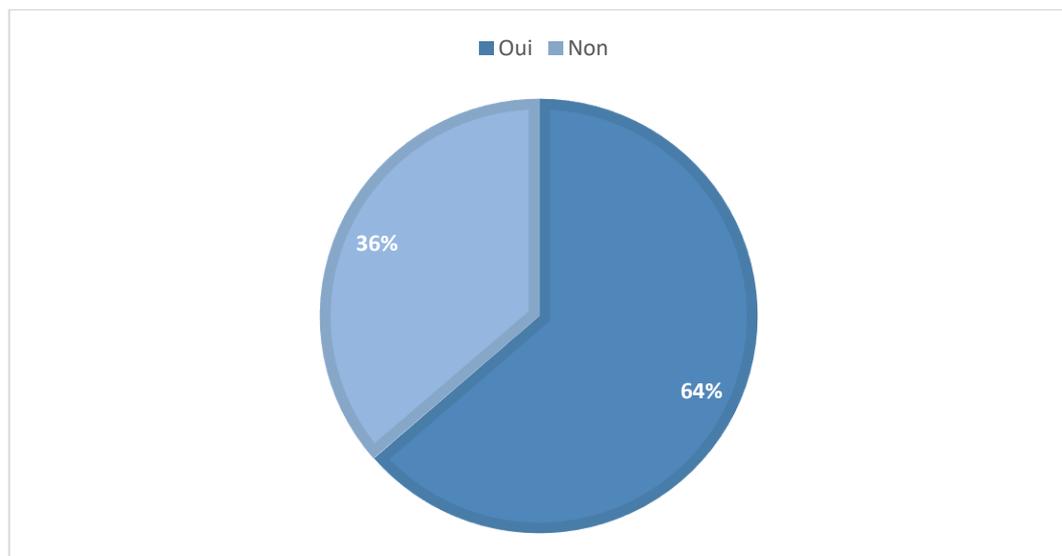
Une femme a déclaré ne pas se souvenir du moment où elle a été excisée.



**Graphique 2 : Quel souvenir de l'excision pour les femmes atteintes de Mutilations Génitales Féminines ? (n = 11)**

8 femmes qualifiaient le souvenir de l'excision comme traumatisant en citant qu'il s'agit d'un rituel « traumatisant et violent ». Une femme a cité qu'elle « n'oubliera jamais la douleur qu'elle a pu ressentir » et une femme a insisté sur le fait que l'excision qu'elle a subie a été faite contre l'accord de son propre père.

### 3.3- Les MGF responsables de douleurs et de troubles au quotidien chez les femmes

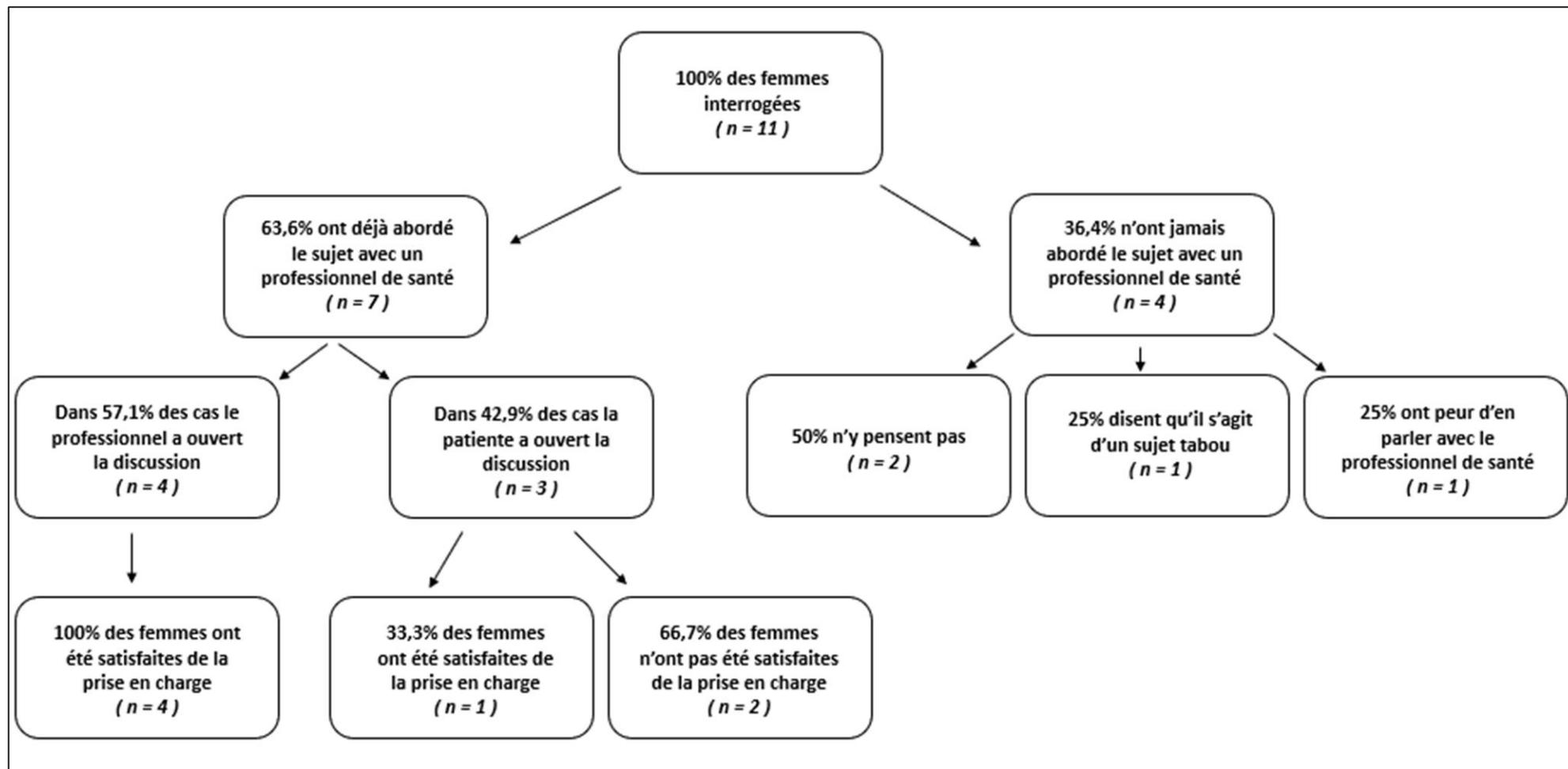


**Graphique 3 : Ressentez-vous une gêne liée à l'excision ?  
(n = 11)**

7 femmes ont rapporté une gêne liée à la MGF dans leur quotidien. Toutes déclaraient ressentir des douleurs. Une femme a ajouté qu'elle souffrait de troubles urinaires en plus des douleurs. Toutes ces femmes font partie du groupe ayant qualifié le souvenir de l'excision comme un acte traumatisant.

Parmi les 4 femmes disant ne pas ressentir de gêne liée à l'excision dans leur quotidien, se retrouvent celles ayant également témoigné ne pas avoir de souvenir de l'acte et celle ayant qualifié l'acte d'un passage obligatoire de vie. Une se remémore l'excision comme étant un acte traumatisant.

### 3.4- Le vécu de la prise en charge



**Graphique 4 : Satisfaction dans la prise en charge chez les patientes ayant abordé ou n'ayant pas abordé le sujet de la Mutilations Génitales Féminines avec le professionnel de santé**

**(n = 11)**

Une femme, qui faisait partie du groupe des femmes ayant abordé le sujet d'elles-mêmes, a rapporté qu'il était important que le praticien soit au courant lors de la consultation. Celle-ci faisait partie du groupe ayant répondu ressentir une gêne au quotidien liée à l'excision.

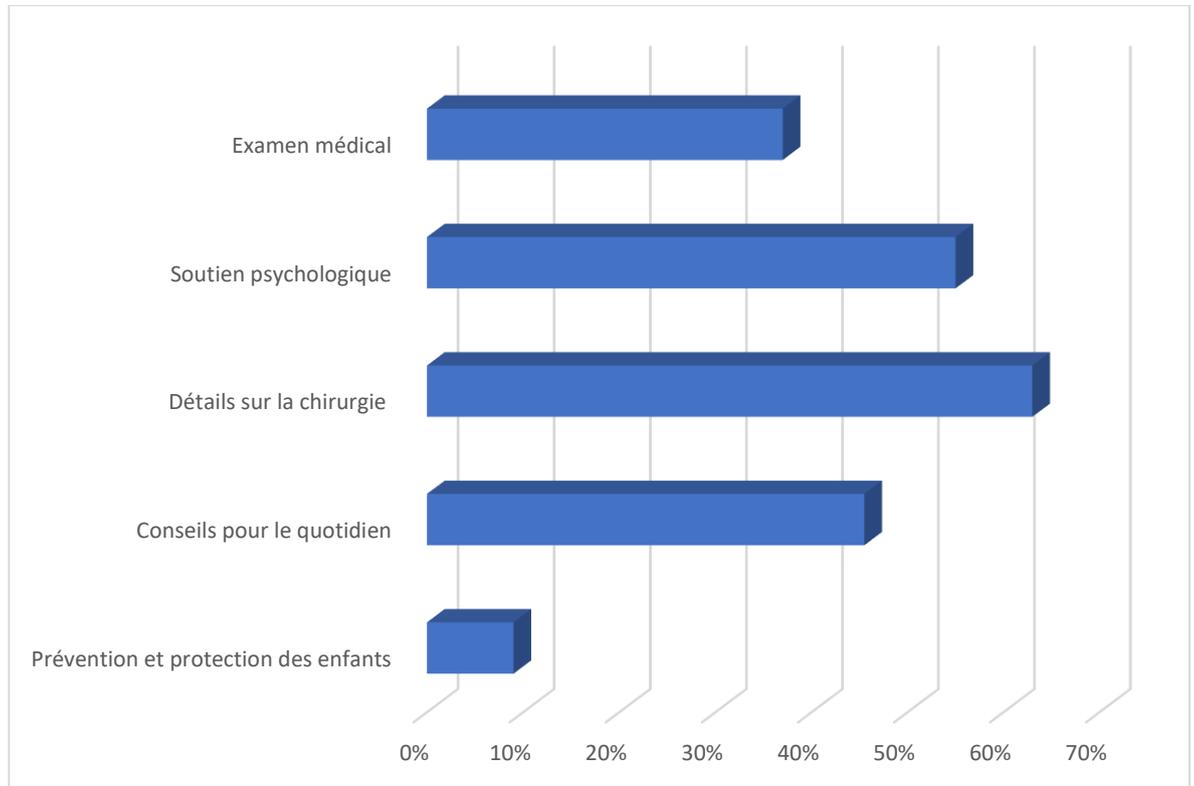
Deux autres l'ont fait dans l'intérêt de leurs filles pour les protéger du risque de subir l'excision à leur tour.

Parmi les femmes ayant abordé d'elles-mêmes le sujet, deux n'ont pas été satisfaites de la prise en charge disant qu'elles n'avaient pas eu d'aide ni de suivi.

Une des deux femmes qui disaient ne pas penser à en parler faisait pourtant partie du groupe de femmes témoignant de douleurs quotidiennes.

### 3.5- Les attentes des femmes

Toutes les femmes qui ont témoigné dans cette étude s'accordaient sur l'importance que le sujet soit abordé par le professionnel de santé.

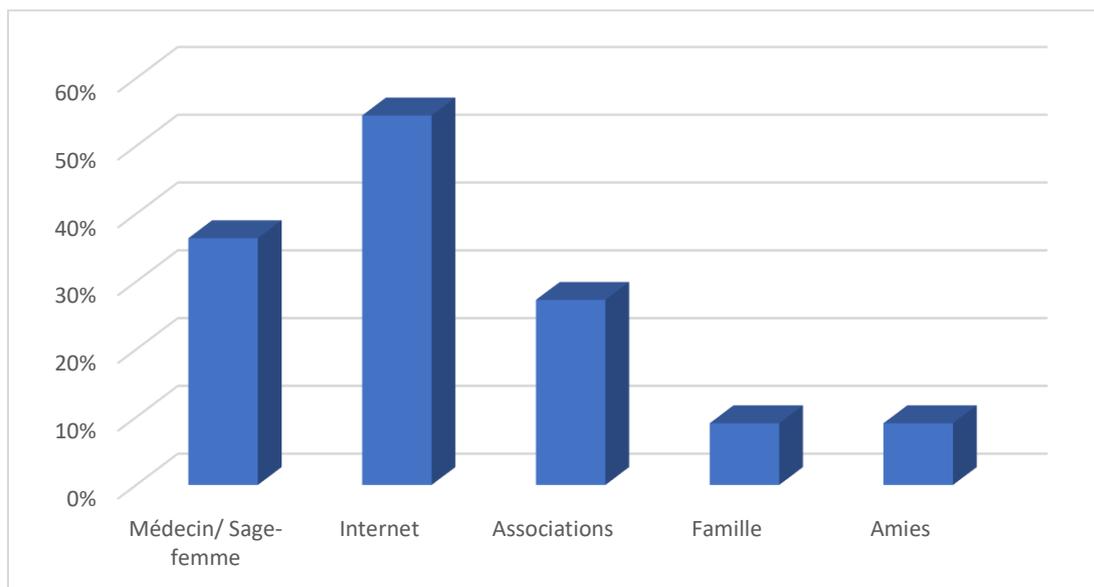


**Graphique 5 : Souhaits de prise en charge par les professionnels médicaux selon les femmes atteintes de Mutilations Génitales Féminines (n = 11)**

Une femme a formulé la demande d'informations pour protéger sa fille de l'excision. Une autre était dans l'attente de plus d'informations sur les démarches et les professionnels à rencontrer pour accéder à la chirurgie reconstructrice.

### 3.6- Connaissances des femmes atteintes de MGF au sujet de l'excision

#### 3.6.1 – Sources d'informations pour les femmes



**Graphique 6 : Sources d'informations sur la prise en charge pour les femmes atteintes de Mutilations Génitales Féminines (n = 11, question à choix multiple)**

#### 3.6.2- Quelles connaissances globales pour les femmes atteintes de MGF

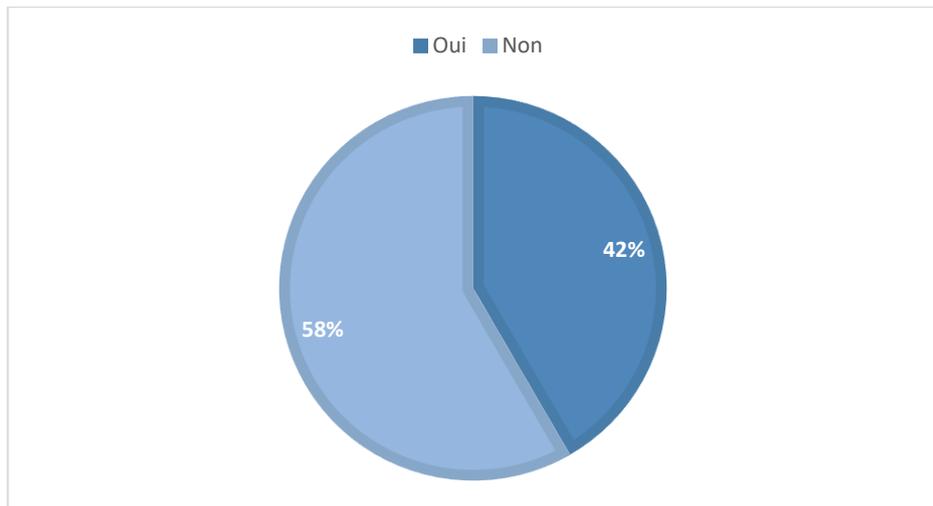
6 femmes ont déclaré ne rien connaître sur la prise en charge possible des MGF quand la question ouverte leur était posée.

3 ont répondu connaître uniquement la chirurgie reconstructrice comme prise en charge mais n'ont pas été capables d'en dire plus à ce sujet.

Une femme a exprimé le manque important d'information.

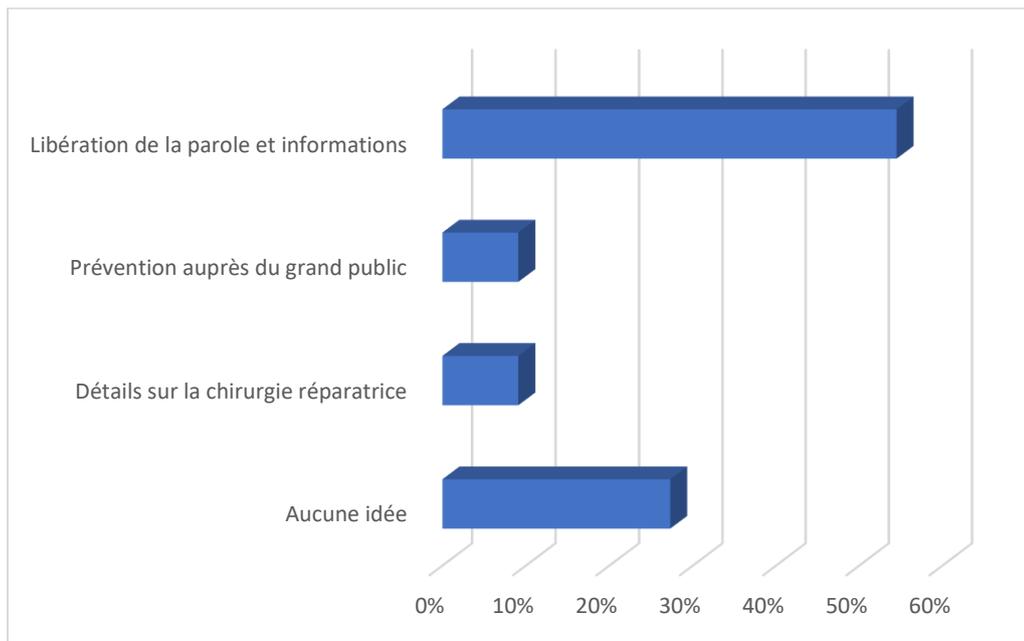
Une femme a dit avoir reçu des informations pour prendre en charge son excision mais ne s'en souvenait pas car le professionnel de santé n'avait mis en place aucun accompagnement. La MGF qu'avait subie cette femme n'impactait pas son quotidien.

7 femmes ont dit de pas connaître la chirurgie reconstructrice quand la question leur a été posée et 5 femmes avaient notion de l'existence de cette prise en charge.



**Graphique 7 : Connaissiez-vous la chirurgie reconstructrice clitoridienne ?  
(n = 11)**

### 3.7- Améliorer la prise en charge médicale



**Graphique 8 : Réponses à la question ouverte pour améliorer la prise en charge pour les femmes atteintes de Mutilations Génitales Féminines  
(n = 11)**

Parmi celles qui attendaient une libération de la parole, une femme a insisté sur le fait que ces informations soient données dans la langue maternelle. Une femme a répondu qu'il serait important que le professionnel de santé ne victimise et ne stigmatise pas la patiente.



## 4. Discussion

### 4.1- Résumé des principaux résultats

La majorité de notre population est originaire de Guinée et vit en France depuis plus de 10 ans. Les femmes qui témoignent ont toutes plus de 19 ans et huit femmes ont étudié jusqu'au lycée ou ont fait des études supérieures.

Parmi les femmes interrogées, huit ont vécu l'excision comme un traumatisme qui a eu lieu durant leur enfance. Elles ressentent encore, pour la plupart, des douleurs au quotidien provoquant des troubles de la sexualité mais également des troubles urinaires. Toutes les femmes qui ressentent encore une gêne liée à l'excision dans leurs quotidiens qualifient l'acte de traumatisant, contre une seule des quatre femmes témoignant ne pas avoir de gêne. Les trois autres femmes disant ne pas avoir de gêne n'ont aucun souvenir de l'excision ou le considèrent comme un passage obligatoire de vie.

Seules sept femmes ont déjà abordé le sujet de leur MGF avec un professionnel de santé. Dans plus de la moitié des cas, c'est le praticien qui a abordé le sujet avec les femmes, dans ce cas-là, toutes les femmes interrogées témoignent de la satisfaction de la prise en charge. Lorsque les femmes ont d'elles-mêmes abordé le sujet avec le professionnel de santé, la majorité n'ont pas été satisfaites de la prise en charge, décrivant celle-ci comme non adaptée voire inexistante.

Parmi les femmes qui ont répondu ne jamais avoir abordé le sujet avec un professionnel de santé, la moitié n'y pensent pas, même lorsque des douleurs sont ressenties au quotidien. Les autres trouvent le sujet tabou ou n'osent pas ouvrir le dialogue à ce sujet.

Toutes les femmes interrogées disent souhaiter que les professionnels de santé fassent un dépistage et abordent le sujet pour offrir une prise en charge adaptée. Les attentes sont principalement de recevoir plus d'informations sur la chirurgie réparatrice, recevoir un soutien psychologique et également des conseils pour mieux vivre avec la MGF au quotidien malgré les douleurs.

La majorité des femmes trouvent des informations sur les prises en charges possibles sur internet. Plus de la moitié des femmes ne connaissent cependant pas la chirurgie reconstructrice comme prise en charge possible.

La première proposition faite par les participantes à l'étude, pour améliorer la prise en charge des MGF, est de libérer la parole en abordant le sujet ouvertement et en apportant une information large sur les accompagnements possibles.

#### 4. 2- Forces et limites de l'étude

La force de cette étude est d'offrir la parole aux femmes pour entendre leurs vécus et leurs ressentis et permettre aux soignants d'adapter leurs prises en charge et leurs soins. Il s'agit en effet d'une étude quantitative interrogeant la population des femmes atteintes de mutilations génitales féminines au sujet de leurs attentes dans l'offre de soins. Le nombre d'études réalisées sur ce sujet et permettant l'expression des femmes est très limité. Elles apportent pourtant de nombreuses informations nous permettant d'améliorer notre prise en charge. La diffusion d'un questionnaire en ligne offre la possibilité d'atteindre toute population y ayant accès et pas seulement les femmes déjà intégrées dans un parcours le soin.

Malgré la diffusion élargie de l'étude, nous avons obtenu peu de témoignages de femmes. Nous avons constaté les limites de cette méthodologie pour la population choisie. Ceci s'ajoutant parfois à la barrière de la langue et au sujet tabou de l'étude. La compréhension des questions posées en français et anglais pouvait être un frein à la participation de l'étude. En effet, la majorité des femmes concernées par l'étude sont d'origine africaine, où les langues parlées sont propres à chaque pays ou tribu. Nous supposons qu'il y a également une difficulté pour les femmes d'accéder à internet et les réseaux sociaux sur lesquels l'étude a été partagée. La population interrogée dans cette étude est souvent ancrée dans la culture de son pays d'origine, avec une forte présence religieuse sur laquelle s'appuie la pratique de l'excision. Ceci peut expliquer le fait que même si les pensées divergent dans ces populations grâce à l'ouverture à d'autres cultures, il a pu être compliqué pour les femmes de témoigner de leurs vécus et de leurs remises en question de l'excision. Les auteurs des études similaires citées dans ce mémoire ont également rencontré des difficultés d'inclusion, n'arrivant à recueillir qu'une dizaine de témoignages. Ces témoignages ont alors une valeur qualitative dans l'approche de la population ciblée.

Certaines femmes ayant pris connaissance du questionnaire ont pu refuser de participer à l'étude car doutant encore des bénéfices d'une prise en charge médicale, ceci a pu limiter le nombre de témoignages obtenus. L'excision, pour la population ciblée, fait partie des nombreux rituels culturels et peut restreindre la parole des femmes sur ce sujet. Les femmes qui acceptent de répondre à cette étude sont probablement plus dans une démarche progressiste et abordent plus facilement le sujet avec les professionnels de santé que la majorité de la population. Ceci a pu induire un biais de réponse dans l'étude.

La population cible de cette étude est difficile à atteindre du fait du faible suivi médical de ces femmes, c'est pourquoi nous avons fait le choix méthodologique de diffuser le

questionnaire par le biais d'internet et des associations d'aide aux femmes immigrées. Cependant, début 2020, au lancement de notre étude, la crise sanitaire liée à la Covid-19 a débuté. Celle-ci a eu, entre autres, de multiples impacts sur la diffusion de notre questionnaire. Lors du premier confinement la population française, comme celle de nombreux autres pays, a dû arrêter ses déplacements et les centres d'accueil du grand public ont été fermés. Les associations intéressées par l'étude ont tout de même été contactées durant cette période pour tenter de trouver un compromis pour la diffusion du questionnaire, mais de toutes les conversations téléphoniques menées, aucune n'ont abouties à la possibilité pour les membres associatifs de nous aider. Ces derniers ne pouvaient plus accompagner les populations dans le besoin de la même manière qu'avant la crise sanitaire et quand c'était possible il s'agissait d'un accompagnement d'urgence avec des priorités vitales. De nombreuses associations d'aide aux populations isolées ont axé leurs priorités sur l'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales et sans foyer. Notre étude est donc passée au second plan face à ces drames sociaux.

Des associations étrangères et des personnalités militant contre l'excision, qui avaient été rencontrées lors de la Journée Internationale de Lutte contre l'Excision et qui avaient donné un accord tacite pour nous soutenir dans cette étude, ont également été relancées durant cette période de confinement. Mais là encore la priorité était portée sur l'urgence sanitaire et sociale liée à la Covid-19.

Les consultations médicales ont été limitées aux consultations d'urgence ou aux consultations obligatoires de suivi de grossesse dans ce contexte de crise sanitaire. Aborder le sujet de l'étude sur la prise en charge des MGF a alors été difficile pour les professionnels de santé. Au CHU de Poitiers, les consultations destinées à la prise en charge des patientes victimes de MGF menées par le médecin spécialiste, ont été arrêtées durant la période du premier confinement.

Les comités de réflexion éthique avaient été interpellés en février, juste avant la période de crise sanitaire, afin de compléter notre recueil de données par une approche qualitative en menant des entretiens semi-dirigés et ainsi optimiser la qualité de nos résultats. Le Comité Ethique du CHU de Poitiers, qui portait un avis favorable à la suite de la lecture de notre projet et d'un entretien, nous a alors proposé de consulter le CPP pour obtenir son avis avant de commencer ces entretiens. Le Comité d'Ethique de la Recherche en Obstétrique et Gynécologie (CEROG) qui avait également été consulté a répondu ne pas pouvoir rendre d'avis au sujet de notre demande car elle ne rentrait pas dans leurs critères d'analyses. Ces mêmes réponses ont été reçues en juin et septembre 2020 suite à la demande de diffusion sous forme de questionnaire

papier lors des consultations. Cependant l'attente aurait été longue avant l'obtention d'un avis de la part du CPP, notamment dans ce contexte de crise sanitaire, et n'aurait pas permis la réalisation de l'étude souhaitée avant juin 2021.

### **4.3 - L'expérience des femmes atteintes de MGF**

#### **4.3.1- Leurs vécus de la prise en charge**

La majorité des femmes interrogées sont satisfaites de la prise en charge. Deux femmes qui témoignent ici se disent insatisfaites de la prise en charge proposée citant même une absence de soutien. Nous pouvons expliquer cela par les résultats obtenus par Chloé Desgranges qui a démontré que les professionnels de santé n'abordent pas le sujet car ils se sentent mal à l'aise (12).

Dans notre étude, la majorité des femmes ayant abordé le sujet avec leur professionnel de santé n'ont pas eu d'examen clinique, or l'identification de la MGF peut permettre d'adapter la prise en charge en fonction de la plainte de la patiente.

#### **4.3.2- Les freins au dépistage**

Il y a une méconnaissance des possibilités de prise de parole au sujet de la MGF pour certaines femmes (17). D'où l'importance que le professionnel de santé aborde ce sujet avec elles. Ceci est dû aux différences socio-culturelles entre les pays d'origines et le pays d'immigration. De plus, l'âge moyen de l'excision chez les femmes étant très jeune, certaines ne se savent pas excisées ou ne font pas le lien entre les douleurs et l'acte qu'elles ont subi dans l'enfance. Le diagnostic posé par le praticien de premier abord joue alors un rôle très important dans la prise en charge de la femme.

Les femmes n'ont pas toujours conscience que la douleur ressentie peut être diminuée voire disparaître avec une prise en charge adaptée. En effet, quand la question leur est posée, seulement 35% des femmes ont un espoir que la douleur s'estompe complètement (18). Dans notre étude, à la question abordant les connaissances des femmes la majorité ont répondu qu'elles ne connaissaient « rien » aux prises en charges possibles, d'où l'importance d'apporter des informations exhaustives pour un accompagnement le plus généralisé et approprié possible. Dans l'étude de Chloé Desgranges, les professionnels de santé sont capables pour la majorité d'expliquer les conséquences des MGF sur la santé de la femme donc ils sont en première ligne

pour repérer les symptômes de la patiente (12). Une fois le dépistage fait, ils peuvent alors expliquer les différentes prises en charges à leurs patientes pour atténuer voire faire disparaître ces symptômes.

Dans la majorité des témoignages obtenus, il ressort que l'ouverture de la discussion par le médecin ou la sage-femme est important car le silence pèse souvent pour la femme. En plus du tabou général qu'est la sexualité, les troubles de la libido et les dyspareunies que peuvent ressentir les femmes, ici s'ajoute le poids de la culture pour les femmes qui ont été victimes de MGF. En effet dans l'étude qualitative *Excision et Handicap*, les femmes énoncent la gêne et la honte qu'elles peuvent ressentir lorsqu'elles se disent excisées dans notre société. Cette honte est parfois même renforcée par des mots culpabilisants exprimés par des médecins (13). Cependant le professionnel de santé est le premier accompagnant dans le processus de réparation psychique des femmes.

Deux questions liées à l'âge apparaissent dans notre étude. La peur de prise de parole devant le professionnel médical peut être liée au jeune âge des femmes qui témoignent. En effet les jeunes femmes immigrées en France n'ont pas toujours connaissance des pratiques de notre pays, de l'accompagnement possible par les professionnels de santé. D'après les témoignages, les femmes plus âgées ne sont plus dans un souci de réparation, la douleur est parfois enracinée dans leur quotidien comme une fatalité (13) (17). La prise en charge la plus tôt possible permettrait probablement de mieux faire adhérer la femme aux propositions de soins.

Un autre frein que les femmes expriment est la barrière de la langue. En conséquence, 43% de celles-ci n'arrivent pas à communiquer sur le sujet des MGF avec le professionnel de santé. Pour pallier ce manque de compréhension créant un frein à l'échange, il a été mis en évidence l'importance de la présence d'un interprète ou médiateur culturel pour faciliter le dialogue par le lien de confiance intracommunautaire (19).

### **4.3.3- Le traumatisme de la MGF**

Notre étude confirme l'acte traumatisant qu'est l'excision pour les femmes, 70% de femmes qui ont témoigné ont choisi ce terme pour qualifier l'acte qu'elles ont subi. Toutes les études à ce sujet s'accordent sur le fait que la majorité des femmes vivent l'excision comme un traumatisme (20) (18) (9). D'après le rapport de la psychiatre Alice Behrendt, 30,4% des femmes présentent un syndrome de stress post-traumatique (21). Celui-ci est lié à un sentiment de perte identitaire et à la douleur chronique ressentie qui peut se manifester sous la forme de

dépressions ou de crises d'angoisse (18) (22). Chaque femme a un vécu unique de l'excision et de son entrée dans le parcours de soin français, d'où l'importance de l'adaptabilité du professionnel. Ce vécu est également fonction de la pratique qui varie entre les pays et les communautés (19). Ce traumatisme est abordé dans d'autres études et la douleur peut alors être remémorée lors de l'évocation du sujet en consultations ou suite à une reconstruction chirurgicale comme le cite le Professeur Foldès (10) (13) (23). L'étude de Vloeberghs démontre un risque de reviviscence du traumatisme lors de l'examen clinique (23).

#### **4.3.4- Le quotidien avec les douleurs de la MGF**

Dans cette étude, 64% des femmes ont exprimé une gêne due à la MGF dans leur quotidien. Les principaux troubles rapportés étaient pour la majorité des femmes des troubles sexuels, et pour une femme des troubles mictionnels. Ann-Melody BEHLE retrouvait des résultats similaires dans son mémoire avec 90% des femmes qui souffraient de troubles de la libido et dyspareunies et près de 40% de troubles urinaires (24). Ces troubles doivent être accompagnés par les professionnels de santé car beaucoup de femmes sont dans l'acceptation de la douleur chronique en raison d'une méconnaissance des solutions pouvant les aider à mieux vivre. Les troubles de la libido peuvent être abordés avec des professionnels spécialisés en sexologie (25). Les rapports sexuels sont souvent impactés par l'excision, les pratiques légèrement modifiées, l'usage de gels lubrifiants et l'écoute peuvent améliorer le vécu de la sexualité pour la femme. La douleur physique doit également être évaluée par des professionnels spécialisés pouvant dire objectivement si la chirurgie peut apporter un bénéfice dans la qualité de vie de la femme. Pour que la femme soit redirigée vers des spécialistes, il semble essentiel que des professionnels de santé de premier recours soient formés au dépistage, à la réalisation d'une anamnèse spécifique et à l'examen clinique.

Certaines femmes de notre échantillon disent ne pas ressentir de symptômes liés à l'excision. En effet, cela peut dépendre du type de MGF et du rapport à la douleur. Le ressenti de la douleur est relatif à chaque femme et dépend pour beaucoup de la perception de l'acte. La douleur de l'excision peut être minimisée par l'acceptation sociale de celle-ci. Ceci se justifie dans notre étude par le fait que parmi les femmes n'ayant pas de souvenirs de l'excision ou qualifiant le souvenir de l'acte comme un passage obligatoire de vie, aucune ne souffre d'une gêne actuellement ; alors que 100% des femmes ayant qualifié ce souvenir de traumatisant vivent avec une gêne au quotidien.

### **4.3.5- Les principales sources d'informations**

Concernant les mutilations génitales féminines et leur prise en charge, notre étude montre que l'accès aux informations se fait dans seulement 36,7% des cas par les professionnels de santé rencontrés. Cette faible proportion peut être liée au silence instauré par les professionnels de santé ne faisant pas de dépistage systématique car les professionnels qui se sentent en manque de connaissances instaurent un tabou induisant un défaut de prise en charge. 21% des professionnels de santé interrogés dans l'étude de Chloé Desgranges ont déclaré de pas aborder ce sujet avec leur patientèle (12).

La majorité des femmes s'informent sur internet. Cependant les informations diffusées ne sont pas toujours vraies et exhaustives. Il faut tenir compte des différents types de MGF induites par diverses pratiques et des maux ressentis qui ne sont pas les mêmes pour toutes les femmes, d'où l'importance d'adapter l'information et la prise en charge.

Des femmes se sont aussi renseignées auprès d'associations d'aides à l'immigration ou de leur foyer d'hébergement en arrivant en France, ceci dans 27,3% des cas. Les associations citées dans ce mémoire sont très présentes sur les réseaux sociaux, comme « Excision Parlons-En ! » et la Fédération Nationale Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (GAMS). Elles organisent, depuis le confinement, beaucoup de vidéos en direct durant lesquelles des femmes excisées et des professionnels de santé peuvent s'exprimer et échanger.

La famille et les amis restent un recours dans seulement 9,1% des témoignages de cette étude, certaines femmes peuvent échanger librement sur le sujet mais ce n'est pas une généralité.

58% des femmes ayant répondu au questionnaire ne savent pas en quoi consiste la reconstruction chirurgicale clitoridienne et 63,6% souhaiteraient des informations sur l'accès possible à celle-ci et connaître les bénéfices que la chirurgie aurait dans leur quotidien.

## **4.4- Les attentes des femmes atteintes de MGF**

### **4.4.1 – Le dépistage en systématique**

Toutes les femmes ayant répondu au questionnaire expriment le souhait que le professionnel de santé aborde le sujet de l'excision, or dans le mémoire mené par Chloé Desgranges, 21% des professionnels de santé libéraux n'abordent pas le sujet avec leurs patientes (12). Les résultats de notre étude sont similaires aux attentes des femmes témoignant

dans les études de R. BAUDU et V. PERRO et celle de P. BASTIEN et C. PACCARD ; ces femmes pensent qu'il est positif que les professionnels de santé parlent des MGF avec toutes les femmes susceptibles d'en être victimes, pour proposer une prise en charge (17) (20).

Les femmes qui témoignent dans cette étude sont demandeuses de la libération de la parole et également d'un accompagnement pour mieux vivre avec le souvenir ou les symptômes de l'excision. La confiance instaurée et la disponibilité du professionnel de santé permet ainsi d'offrir un premier soutien à la femme pour pouvoir se livrer et ainsi que le professionnel de santé puisse la rediriger selon ses besoins vers un psychologue, sexologue ou la chirurgie reconstructrice.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en février 2020 de nouvelles recommandations de prise en charge des MGF par les professionnels de santé de premier recours, pour guider au mieux les soignants face à leur patientèle cible. Celle-ci incite les professionnels à faire un dépistage chez toutes les femmes susceptibles, par leurs origines, d'être atteintes d'une MGF. Elle recommande de faire un examen clinique vulvaire systématique après en avoir parlé avec la patiente, et de faire part du diagnostic à la femme en lui expliquant les prises en charges possibles (26).

Un arbre décisionnel existe pour adapter la prise en charge de la patiente majeure ou mineure et être capable de prévenir le risque de MGF ou accompagner les femmes ayant subi une mutilation sexuelle vers le bon soin (Annexe 2). La HAS indique alors que la prise en charge de l'excision est bien pluridisciplinaire : elle comprend la reconstruction chirurgicale mais aussi une prise en charge globale, psychique, sexuelle et psychocorporelle. Ceci est perçu également dans les attentes des femmes questionnées par l'étude puisque la majorité des femmes interrogées sont avant tout dans l'attente de discussion et de conseils pour améliorer leur quotidien.

Dans d'autres études ayant recueilli des témoignages, les femmes souhaitent également des informations sur le déroulement des accouchements et les risques ajoutés du fait qu'elles aient une MGF. Ces informations sont peu connues des professionnels de santé de premier abord, qui pourraient pourtant offrir un meilleur accompagnement avec la confiance établie (27).

#### **4.4.2- L'examen clinique**

Grace à cette étude, nous pouvons observer que les femmes sont demandeuses d'un examen clinique pour que les médecins objectivent la MGF. Cependant, d'après le mémoire de Chloé Desgranges, seuls 61% des praticiens interrogés cherchent à dépister les MGF, une grande majorité par la réalisation d'un examen gynécologique (12).

Dans ce contexte, le praticien adapte sa prise en charge en fonction des symptômes somatiques et psychiques de la femme. Les discours doivent être rassurants, sans jugements et adaptés à la capacité de compréhension de la patiente. Il semble important de sensibiliser les professionnels au besoin des femmes du respect de leur volonté pour l'examen clinique.

Les résultats de notre étude montrent que les recommandations de pratiques publiées par la HAS répondent à un besoin des femmes concernant l'examen clinique. Ces résultats sont également retrouvés dans d'autres études donnant la parole aux femmes excisées (13) (17) (20). Cependant, il a été prouvé que les professionnels de santé ne sont en majorité pas capable de différencier chaque type de MGF, par exemple lorsque Chloé Desgranges interroge les praticiens 39% d'entre eux disent connaître les types de MGF, un seul est capable d'identifier les 4 types de MGF, les autres ont conscience de leur difficulté dans le dépistage et ont besoin de nouvelle formation (12).

L'idée d'une formation apportée à tous les praticiens de premier abord paraît donc être en accord avec les nouvelles recommandations publiées par la HAS.

#### **4.4.3- L'accompagnement psychologique**

Dans notre étude, 54,5% des femmes atteintes de MGF sont favorables à la mise en place d'un suivi psychologique pour les accompagner dans leur processus de reconstruction. Cette demande se retrouve aussi dans les témoignages recueillis par P. BASTIEN et C. PACCARD, doctorantes en médecine de l'Université de Toulouse, ainsi que par R. BAUDU et V. PERRO de l'Université de Grenoble (17) (20).

L'OMS recommande une thérapie cognitivo-comportementale après avoir fait une évaluation de troubles psychiques qui émanent de la violence qu'a subi la femme, à condition que le suivi soit proposé par des individus compétents ou par des programmes d'auto-assistance psychologique sur internet pour offrir un suivi adapté aux femmes sans contraintes financières ou de déplacement. L'OMS recommande, de plus, un accompagnement sexologique des femmes pour investir leur corps et leur sexualité malgré l'excision et suite à une reconstruction

chirurgicale (28). Ces recommandations sont, selon notre étude, plébiscitées par les femmes car celles-ci expriment un traumatisme douloureux du souvenir de l'excision et sont dans l'attente d'un soutien psychologique au-delà des attentes d'une reconstruction physique qu'offre la chirurgie.

L'ouverture de groupes de paroles fait aussi parti de la prise en charge pluridisciplinaire. Les femmes expriment le besoin de communiquer avec d'autres personnes atteintes de MGF, pour échanger sur leurs vécus, entendre d'autres témoignages, accéder à des solutions pour mieux vivre avec des symptômes liés à l'excision, ou entendre des retours de femmes ayant eu accès à la chirurgie reconstructrice. Plusieurs groupes de paroles existent au sein d'associations en France : l'association Women Safe à Paris, les centres GAMS et Les Orchidées Rouges qui a ouvert en septembre 2020 à Bordeaux. Ces associations locales accueillent les femmes en petits groupes pour développer les échanges.

#### **4.4.4- Les renseignements sur la reconstruction chirurgicale clitoridienne**

Par notre approche, nous avons remarqué que les femmes sont demandeuses de renseignements sur les démarches à faire pour avoir accès à la reconstruction clitoridienne. D'après les nouvelles recommandations de la HAS, les professionnels de premier recours doivent répondre à cette demande : informer et orienter les femmes vers les professionnels experts en chirurgie reconstructrice (26). Dans l'étude menée précédemment par Chloé Desgranges, seulement 72,7% des professionnels de santé savaient expliquer brièvement en quoi consiste la reconstruction clitoridienne et 42,4% des professionnels la proposent à leurs patientes. La majorité disent ne pas savoir expliquer à la patiente en quoi consiste cette chirurgie et ils ne connaissent pas les modalités de remboursements (12). Ce manque de connaissance et la difficulté d'aborder le sujet pour eux aboutit parfois à l'absence de prise en charge des patientes victimes d'excision. Il serait donc intéressant de fournir à ces professionnels des plaquettes explicatives pour décrire plus précisément ce que sont les types de MGF, les répercussions sur la santé, expliquer ses symptômes et décrire brièvement ce qu'est la reconstruction en insistant sur le bénéfice d'une prise en charge pluridisciplinaire. Cette même plaquette pourrait également être donnée lors des consultations aux patientes après que le praticien ait apporté toutes les informations nécessaires à la femme.

#### **4.4.5- La prévention et la protection**

Une femme interrogée souhaitait que le médecin communique sur le sujet des MGF pour connaître les démarches permettant de protéger sa fille. C'est l'attente de beaucoup de femmes, mettant de côté leurs vécus et leurs douleurs mais voulant protéger les générations à venir. De nombreuses consultations se font dans le but d'obtenir un certificat de non excision dans les cabinets de médecins généralistes libéraux, les centres de Protection Maternelle et Infantile et en consultations gynécologiques avec le médecin spécialisé au CHU de Poitiers. Nous pouvons imaginer la valeur ajoutée à l'accompagnement des familles lorsque les professionnels abordent le sujet de l'excision avec les mères pour apporter un accompagnement.

#### **4.5- Développer cette étude pour améliorer la formation du corps médical**

Il serait intéressant de pouvoir interroger les femmes grâce à des entretiens semi-directifs pour avoir une approche globale et qualitative de l'expérience et des attentes de ces femmes. Ce projet serait réalisable grâce à l'obtention de l'accord du CPP, en dehors du contexte de la crise sanitaire. L'entretien permettrait en effet d'aborder plus de questions avec une adaptabilité au vécu unique de la femme interrogée.

De même, il serait intéressant d'interroger plusieurs sexologues et psychologues pour profiter des conseils et de l'expérience de ces professionnels afin de construire la formation. Cela permettrait de connaître l'approche la plus adaptée et les premiers conseils pouvant être donnés avant de rediriger la femme vers un suivi pluridisciplinaire.



## 5. Conclusion

Les femmes interrogées trouvent un bénéfice au dépistage généralisé et au fait que le corps médical aborde le sujet systématiquement lors de la consultation pour offrir une prise en charge à toutes les femmes atteintes de MGF. Elles pensent qu'il est important de lever le tabou pour les professionnels de santé.

L'examen clinique en systématique ne fait pas parti de leur première demande mais si cela permet d'adapter la prise en charge de la femme selon le type de MGF pour aller au plus vite vers la guérison, il est accepté par les femmes. Les nouvelles recommandations de la HAS sont en cohérence avec les résultats de notre étude et les attentes des femmes atteintes de MGF (26).

En plus du dépistage, les femmes souhaitent que les professionnels de santé puissent apporter des solutions pour mieux vivre au quotidien avec les difficultés physiques ou psychiques liées à la MGF qu'elles ont subie. Cependant, d'après le mémoire de Chloé Desgranges, les professionnels de santé sont en difficulté face à ce type de demande car ils n'ont que peu de formation. Il sera alors important de leur fournir les informations et les contacts pour apporter une prise en charge globale de la femme (12).

Les femmes interrogées sont intéressées par la chirurgie réparatrice si cela leur permet de limiter ou éliminer leurs douleurs au quotidien et de se sentir mieux dans leur peau. Cela fait partie, pour certaines, du processus de reconstruction.

Ces demandes formulées par les femmes sont liées à la douleur chronique qu'elles ont souvent à cause de la MGF qu'elles ont subi. Le soutien ainsi que l'accompagnement moral et psychologique permettent d'apaiser le traumatisme qu'elles ont vécu au moment de l'excision.

Certains professionnels de santé ont su dépister la MGF et accompagner les femmes dans leurs besoins, cependant certaines se sont vu refuser tout accompagnement. Ces résultats concordent avec ce qu'avait mis en avant Chloé Desgranges dans son mémoire, certains professionnels de santé ne sont pas en capacité de répondre aux besoins des femmes excisées et cela créé un vide dans la prise en charge (12).

Les résultats de cette étude nous confortent donc dans la nécessité de créer une formation adaptée pour que les femmes puissent être prises en charge suite à un dépistage systématique et être guidées vers des professionnels spécialisés pour répondre à leurs besoins et retrouver un bien-être. Cette formation pourrait comprendre, d'après les observations faites, une première partie sur la manière d'aborder la MGF avec tact et empathie pour que les professionnels de

santé se sentent aptes à parler librement avec la patiente. Une seconde partie pourrait porter sur les différents types de MGF, les pratiques et les conséquences pour la femme. Dans une autre partie, il semblerait essentiel d'informer largement les professionnels de santé sur le soutien moral et psychique dont les femmes ont besoin lorsqu'elles rentrent dans un processus de reconstruction et ainsi leur donner les adresses des psychologues, sexologues, associations. Enfin, il paraît important que le professionnel puisse organiser la suite de la prise en charge globale pour les patientes, en connaissance des modalités de suivi et de remboursement, car elles sont souvent seules lorsqu'elles entament les démarches et elles ont peu de connaissances sur notre système de soins français.

Les femmes souhaitent également protéger leurs filles de l'excision, risque qu'elles encourent parfois en retournant dans leurs pays d'origine (26). Grâce à une formation globale sur les MGF, les professionnels de santé pourraient participer à la protection des générations futures en mettant en place un échange avec toutes les femmes dont les filles sont susceptibles d'être excisées.

## 6. Bibliographie

1. OMS. Mutilations sexuelles féminines [Internet]. WHO. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
2. UNICEF. Nouveau rapport statistique sur les mutilations génitales féminines [Internet]. UNICEF France. 2016. Disponible sur: <https://www.unicef.fr/contenu/espace-medias/nouveau-rapport-statistique-sur-les-mutilations-genitales-feminines>
3. OMS. Nouvelles tendances enregistrées en matière de mutilations sexuelles féminines [Internet]. WHO. Disponible sur: [https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/fgm\\_trends/fr/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/fgm_trends/fr/)
4. Lesclingand M, Armelle Andro TL. Estimation du nombre de femmes adultes ayant subi une mutilation génitale féminine vivant en France. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(21):392-9.
5. ONG Plan International France. Somalie : les filles déscolarisées et mutilées pendant le confinement | Parrainage d'enfants et aide au développement [Internet]. Disponible sur: <https://www.plan-international.fr>
6. OFPRA. Demander l'asile en cas de mutilation sexuelle féminine [Internet]. Disponible sur: <https://www.ofpra.gouv.fr>
7. Carcopino X, Shojai R, Boubli L. Les mutilations génitales féminines : généralités, complications et prise en charge obstétricale. /data/revues/03682315/00330005/378/. 9 mars 2008.
8. OMS. Complications sanitaires des mutilations sexuelles féminines [Internet]. WHO. Disponible sur: [https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/health\\_consequences\\_fgm/fr/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/health_consequences_fgm/fr/)
9. Buggio L, Facchin F, Chiappa L, Barbara G, Brambilla M, Vercellini P. Psychosexual Consequences of Female Genital Mutilation and the Impact of Reconstructive Surgery: A Narrative Review. Health Equity. 20 févr 2019;3(1):36-46.
10. Foldès P, Cuzin B, Andro A. Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study. The Lancet. 14 juill 2012;380(9837):134-41.
11. Ministère de la Santé et des Sports. Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines. GSF. juill 2010;115.
12. Desgranges C. Etat des lieux des connaissances des médecins généralistes libéraux et sage-femmes libérales sur le diagnostic et la prise en charge des mutilations sexuelles féminines. [Poitiers]: Université de Poitiers; 2019
13. Andro A, Lesclingand M, Pourette D. Volet qualitatif du projet Excision et Handicap (ExH) [Internet]. Université Paris 1: Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie sociale; 2009 janv p. 80
14. Goncalves M. Les mutilations sexuelles féminines : Quelle prise en charge en maternité ? [Diplôme d'Etat de sage-femme]. [Nantes]: Université de Nantes; 2007.

15. Antonetti Ndiaye E, Fall S, Beltran L. Intérêt de la prise en charge pluridisciplinaire des femmes excisées. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 1 nov 2015;44(9):862-9.
16. Minjon E. L'appréhension de l'accouchement en France des femmes victimes de mutilations sexuelles féminines. *Gynécologie et obstétrique*. 2016. dumas-01521014
17. Bastien P, Paccard C. Quelle prise en charge des mutilations génitales féminines à Toulouse : la parole aux femmes. Etude qualitative en région toulousaine. [Thèse de médecine générale] Université de Toulouse II ; 2015.
18. Allag F, Abboud P, Mansour G, Zanardi M, Quéreux C. Mutilations génitales rituelles féminines. La parole aux femmes. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 1 nov 2001;29(11):824-8.
19. François K, Pétremand N, Tadesse A, Topkiran N. Osons parler excision: Etat des lieux des ressources et des besoins. Lausanne, 2012.
20. Baudu R, Perrod V. Mutilations sexuelles féminines : vécu et attentes des femmes excisées sur leur prise en charge médicale à Grenoble. :150. [Thèse de médecine générale]. Faculté de Médecine de Grenoble ; 2019.
21. Behrendt A, Moritz S. Syndrome de Stress Posttraumatique et problèmes de mémoire après une Mutilation Génitale Féminine. *Journal Américain de Psychiatrie* 2005 ; 162(5).
22. Bourgeois et al. Deuxième session : conséquences et prise en charge des Mutilations Génitales Féminines. DRASS Haute Normandie. [Internet]. Disponible sur: <https://www.gynsf.org/MSF/actesrouen.pdf>
23. Vloeberghs E, van der Kwaak A, Knipscheer J, van den Muijsenbergh M. Adaptation et conséquences psychosociales chroniques des mutilations génitales féminines aux Pays-Bas. *Ethn Health*. 2012; 17 (6): 677-95.
24. Behle Ann-Melody. Les Mutilations Génitales Féminines : Qu'en savent les sages-femmes ? Enquête auprès de 179 professionnels de Seine-Maritime. Centre Hospitalier Universitaire de Rouen; 2009.
25. De Schrijver et al. A multidisciplinary approach to clitoral reconstruction after female genital mutilation. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* : 3 juil 2016-21 (4):269-275.
26. Haute Autorité de santé. Recommandation de bonne pratique : Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours. HAS. [Internet]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr>
27. Rettel Virginie. Mutilations sexuelles féminines et accouchement: pour une prise en charge adaptée. [Metz]. Ecole de sages-femmes de Metz; 2009.
28. OMS. Lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines [Internet]. WHO. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/>

## 7. Annexes

### Annexe 1 : Questionnaire MGF diffusé en ligne

#### Questionnaire MGF

Bonjour,

Je suis étudiante sage-femme à la faculté de Poitiers. Je mène un mémoire ayant pour but de connaître les besoins des femmes ayant subi des mutilations génitales féminines durant leur prise en charge par le corps médical.

Votre réponse à ce questionnaire restera confidentielle et permettra de prendre en compte vos attentes pour améliorer l'accompagnement dans votre parcours de soin.

Pour ce faire, voici un questionnaire anonyme auquel vous pouvez répondre si vous vous sentez concernée par cette étude.

Plus nous obtiendrons de réponses à ce questionnaire, plus l'étude aura de la valeur et nous pourrons proposer des solutions pour que les professionnels de santé qui vous prendront en charge puissent vous accompagner selon vos demandes.

Je vous remercie par avance de l'intérêt que vous porterez à cette étude.

**1. Etes-vous excisée ?**

- Oui
- Non

**2. Quel est votre âge ?**

**3. Quel est votre pays d'origine ? Ethnie ?**

**4. Vivez-vous en France ?**

- Oui
  - > *Etes-vous née en France ?*
    - Oui
    - Non
  - > *En quelle année êtes-vous arrivée en France ?*
- Non
  - > *Vivez-vous encore dans le pays où vous avez été mutilée ?*

**4. Quelle est votre situation conjugale ?**

- Célibataire
- En couple

**5. Avez-vous des enfants ?**

- Oui
- Non

**6. Quel est votre niveau de formation ?**

- Ecole primaire
- Collège
- Lycée
- Etudes supérieures

**7. Savez-vous à quel âge vous avez été excisée ?**

- Oui
  - > *A quel âge ?*
- Non

**8. Quel est le souvenir de l'excision pour vous ?**

- Je n'ai pas de souvenir
- Un moment nécessaire à vivre
- Un traumatisme

**9. Ressentez-vous une gêne dans la vie de tous les jours ?**

- Oui
- > *De quel type ?*
- Non

**10. En avez-vous déjà parlé avec votre médecin ou votre sage-femme ?**

- **Oui**
  - > Qui a abordé le sujet ?
    - Le/la professionnel(le)
    - Moi
  - > *Pour quel motif ?*
  - > Avez-vous été satisfaite de la prise en charge ?
    - Oui
    - Non
  - > *pourquoi ?*
- **Non**
  - > Pour quelle raison ?
    - Je n'y pense pas
    - Je n'en vois pas l'intérêt
    - Je pense que c'est tabou
    - J'ai peur d'en parler au professionnel de santé
    - J'ai peur d'être jugée par mon entourage s'il est amené à l'apprendre

**11. Souhaitez-vous que le médecin ou la sage-femme abordent le sujet de la mutilation avec vous ?**

- **Oui**
  - > Quelles sont vos attentes sur ce sujet ?
    - Soutien psychologique
    - Examen médical
    - Aide pour mieux vivre au quotidien
    - Reconstruction chirurgicale
- **Non**
  - > Pourquoi ?

**12. Que savez-vous des possibles prises en charges mises en place pour les femmes mutilées ?**

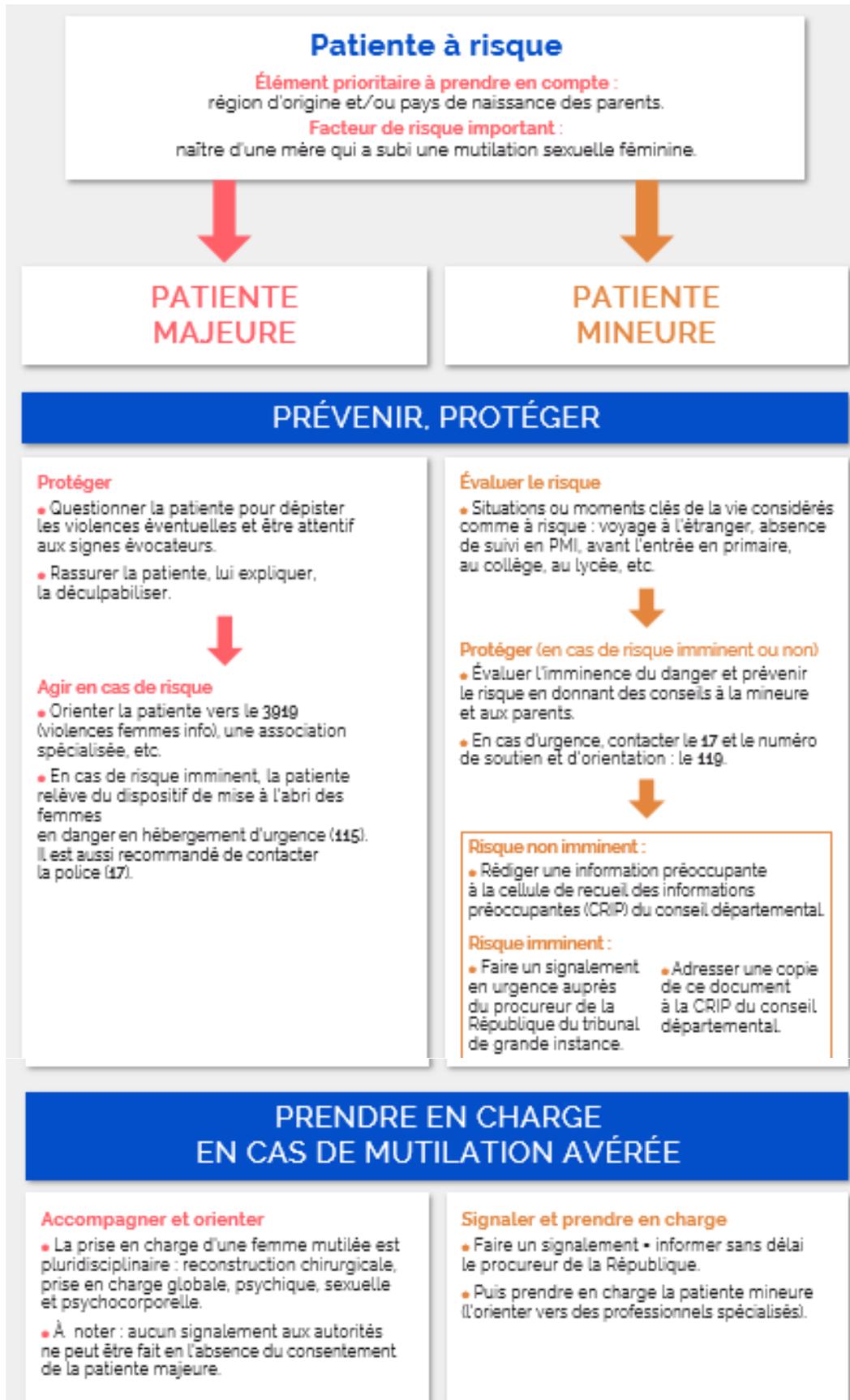
**13. Connaissez-vous la reconstruction chirurgicale clitoridienne ?**

- **Oui**
  - > Comment vous êtes-vous renseignée sur ce sujet ?
    - Médecin / Sage-femme
    - Famille
    - Association
    - Amies
    - Internet
    - Lecture
    - Autre
- **Non**

**14. Selon-vous comment pourrait-on mieux prendre en charge les femmes mutilées ?**

**15. Avez-vous des commentaires autres à nous apporter pour nous aider à mieux appréhender ce sujet ?**

## Annexe 2 : Arbre décisionnel publié par la HAS





## 8. Résumé

**Introduction et objectifs :** En France, selon les nouvelles estimations parues en 2019, 120 000 femmes adultes sont excisées. Des études ont révélé la difficulté de dépistage et proposition de prise en charge adapté pour les professionnels de santé. Ceux-ci sont en demande d'une formation pour améliorer la qualité de leur soin. Afin d'aboutir à une formation correspondant aux besoins des patientes, il semblait nécessaire de questionner les femmes concernées sur leur vécu et leurs attentes. Au cours de l'élaboration de ce mémoire, nous avons essayé de connaître le vécu et les attentes des femmes mutilées vis-à-vis des professionnels de santé concernant la prise en charge médicale et psychologique des mutilations génitales féminines.

**Matériel et méthode :** L'étude était observationnelle et s'est déroulée de février 2020 à Mars 2021. Les données ont été collectées par un questionnaire anonyme à destination des femmes atteintes de MGF. Le questionnaire était diffusé via internet et le lien du questionnaire distribué lors de consultations.

**Résultats et discussion :** Toutes les femmes interrogées souhaitent que les professionnels de santé fassent un dépistage systématique et abordent le sujet pour offrir une prise en charge personnalisée. 64% des femmes excisées ont une gêne liée à la MGF au quotidien et plus de 72% parlent d'un traumatisme en abordant le souvenir de l'excision. Seules 63% des femmes ont échangé sur leur MGF avec le professionnel de santé et plus de la moitié de celles qui ont abordé le sujet n'ont pas été satisfaites de la prise en charge. Les attentes des femmes excisées sont principalement de recevoir plus d'informations sur la chirurgie réparatrice, recevoir un soutien psychologique et également des conseils pour mieux vivre avec la MGF au quotidien malgré les douleurs.

**Conclusion :** Les résultats de cette étude nous ont conforté dans la nécessité de créer une formation pour un dépistage systématique des femmes et que celles-ci puissent être accompagnée et orientée vers des professionnels spécialisés pour répondre à ses besoins. Des entretiens auprès des spécialistes, sexologues et psychologues pourraient permettre de recueillir des conseils pratiques à intégrer dans cette formation pour améliorer l'approche des professionnels de première ligne.

**Mots clés :** Mutilation génitale féminine / Vécu / Dépistage / Attentes / Prise en charge / Reconstruction.



## 9. Abstract

**Introduction and objectives:** There are 120,000 circumcised women in France according to new estimates published in 2019. Studies have revealed the difficulties for health professionals to make a diagnostic and propose an appropriated care. Theses professionals would like to receive a training to improve the quality of their care about FGM. In order to provide a training in response to patient needs, it seems necessary to ask the concerned women about their expectations. In this study, we tried to know the experiences and expectations of circumcised women about the medical and psychological support of FGM.

**Material and method:** It was an observational study which took place from February 2020 to March 2021. Data were collected through an anonymous survey for women with FGM. The survey was broadcasted on the internet and the link of the survey was distributed during medical consultations.

**Results and discussion:** All interviewed women said they would like that health professionals make a systematic diagnosis and discuss the subject to provide appropriate care. 64% of the circumcised women were embarrassed by FGM in their daily lives and 72% spoke of the trauma of the FGM. Only 63% of women discussed their FGM with the health professional and more than half of those who broached the subject were not satisfied with the care. The expectations are mainly to receive more information on reconstructive surgery, to receive psychological support and advices to live better with FGM in spite of the pain.

**Conclusion:** The results of this study showed the importance to create an adapted training for all women receive appropriated care after a systematic diagnosis and be accompanied and oriented towards specialized professionals according to her needs. Interviews with specialists, sexologists and psychologists could provide practical advice to be included in this training to improve the approach of front-line professionals.

**Key words:** Female genital mutilation / Experience / Diagnostic / Expectations / Care / Reconstruction.

