

UNIVERSITE DE POITIERS
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE POITIERS

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE POITIERS

**Etat des lieux des connaissances des médecins généralistes
libéraux et des sages-femmes libérales sur le diagnostic et la
prise en charge des mutilations sexuelles féminines**

*Etude observationnelle qualitative prospective auprès de 24 médecins généralistes libéraux et
de 9 sages-femmes libérales de la ville de Poitiers*

Mémoire soutenu le 20 Juin 2019

Par Melle Desgranges Chloé

Née le 6 Mars 1996

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

Année 2019

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur BOUIN, sage-femme

Membres : Madame PETIT, sage-femme

Madame CONTAL, sage-femme enseignante

Directeur de mémoire : Monsieur PEQUEREAU, sage-femme

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers
ECOLE DE SAGES-FEMMES DE POITIERS

**Etat des lieux des connaissances des médecins généralistes
libéraux et des sages-femmes libérales sur le diagnostic et la prise
en charge des mutilations sexuelles féminines**

*Etude observationnelle qualitative prospective auprès de 24 médecins généralistes libéraux et
de 9 sages-femmes libérales de la ville de Poitiers*

Mémoire présenté
Par Melle DESGRANGES Chloé
Née le 6 Mars 1996

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme
Année 2019

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

Je remercie :

Monsieur PEQUERIAU Antonin, sage-femme au CHU de Poitiers et directeur de ce mémoire : *pour sa confiance, pour le temps et l'aide précieuse accordés à l'élaboration de ce mémoire et pour ses très nombreuses relectures.*

Madame DEPARIS Julia, sage-femme enseignante référente de ce mémoire : *pour ses nombreux conseils, son soutien et sa disponibilité durant l'élaboration de ce mémoire.*

Docteur TUDREJ Benoît et Docteur PEQUERIAU Gabrielle : *pour avoir accepté de participer à l'entretien test, pour la relecture du questionnaire, pour leurs conseils bien avisés et le temps qu'ils m'ont accordé.*

Docteur SARFATI Richard : *pour son avis d'expert sur le sujet, pour la relecture de ce mémoire ainsi que pour ses corrections.*

L'ensemble des médecins généralistes libéraux et des sages-femmes libérales ayant accepté de participer à cette étude : *pour leur participation et le temps qu'ils m'ont consacré.*

Mon entourage proche : *pour leurs relectures et leurs conseils.*

Guillaume : *pour avoir supporté mes longues interrogations et mes insomnies, pour son soutien et pour avoir toujours cru en moi, pour ses petits plats.*

SOMMAIRE

1. Introduction	1
2. Méthodologie	3
2.1. Objectifs de l'étude	
2.2. Hypothèses	3
2.3. Matériel et méthode	4
2.3.1. Schéma d'étude	4
2.3.2. Population étudiée	4
2.3.3. Déroulement de l'étude	5
2.3.4. Outils de recueil des données	5
2.3.5. Collecte des données	6
2.3.6. Analyse des entretiens	6
2.3.7. Aspects éthiques et réglementaires	6
3. Résultats	7
3.1. Description de la population d'étude	7
3.1.1. Pratique de la gynécologie	7
3.1.2. Caractéristiques de la population étudiée	7
3.1.3. Localisation des cabinets libéraux par quartier de Poitiers	8
3.2. La pratique des professionnels de santé	9
3.2.1. Le diagnostic et le dépistage des mutilations sexuelles féminines	9
3.2.2. L'évocation du sujet des mutilations sexuelles féminines à l'interrogatoire	10
3.2.3. Le diagnostic d'une mutilation sexuelle féminine à l'examen clinique	11
3.2.4. La prise en charge des mutilations sexuelles féminines	11
3.3. Les connaissances des professionnels de santé	12
3.3.1. Les populations à risque	12
3.3.2. Les différents types de mutilations sexuelles féminines	13
3.3.3. Les conséquences des mutilations sexuelles féminines	14
3.3.4. La reconstruction clitoridienne	15

3.4. Les besoins des professionnels de santé afin de faciliter le diagnostic et la prise en charge des mutilations sexuelles féminines	16
4. Discussion	18
4.1. Résumé des principaux résultats	18
4.1.1. La pratique des professionnels de santé	18
4.1.2. Les connaissances des professionnels de santé	18
4.1.3. Les attentes des professionnels de santé	19
4.2. Cohérence interne	19
4.2.1. Les points faibles de l'étude	19
4.2.2. Les points forts de l'étude	20
4.3. Cohérence externe	21
4.3.1. Le dépistage des mutilations sexuelles féminines	21
4.3.2. Le diagnostic, par l'interrogatoire, des mutilations sexuelles féminines	22
4.3.3. Le diagnostic, par l'examen clinique, des mutilations sexuelles féminines	23
4.3.4. La prise en charge des mutilations sexuelles féminines	24
4.3.5. Les populations à risque	25
4.3.6. Les différents types de mutilations sexuelles féminines	26
4.3.7. Les conséquences des mutilations sexuelles féminines	26
4.3.8. La reconstruction clitoridienne	27
4.3.9. Les attentes des professionnels de santé	27
5. Conclusion	28
6. Bibliographie	30
7. Annexes	33
8. Résumé	41
9. Abstract	42

SOMMAIRE DES TABLEAUX ET DES GRAPHIQUES

Tableau I : Obtention d'un DU de gynécologie et/ou participation à une formation sur les MSF par les professionnels de santé interrogés. **8**

Graphique 1 : Localisation des cabinets libéraux des professionnels de santé ayant accepté de participer à l'étude. **8**

Graphique 2 : Pratique du dépistage et du diagnostic des MSF par les professionnels de santé interrogés. **9**

Graphique 3 : Quels motifs encouragent les professionnels de santé à dépister les MSF. **9**

Graphique 4 : Pour quels motifs, quand et comment le sujet des MSF est abordé par les professionnels de santé. **10**

Graphique 5 : Quel examen clinique est réalisé par les professionnels de santé afin de poser le diagnostic de MSF. **11**

Graphique 6 : Quelle prise en charge est mise en place par les professionnels de santé après le diagnostic de MSF. **11**

Tableau II : Populations majoritairement touchées par les MSF d'après les professionnels de santé interrogés. **12**

Graphique 7 : Connaissances des professionnels de santé sur les différents types de MSF décrits par l'OMS. **13**

Tableau III : Comparaison des connaissances des différents types de MSF entre les professionnels de santé non-formés sur le sujet des MSF et ceux qui détiennent un DU de gynécologie et/ou qui sont formés sur le sujet des MSF. **14**

Graphique 8 : Conséquences des MSF sur la santé des femmes d'après les professionnels de santé interrogés. **14**

Tableau IV : Comparaison des connaissances des conséquences des MSF entre les professionnels de santé non-formés sur le sujet des MSF et ceux qui détiennent un DU de gynécologie et/ou qui sont formés sur le sujet des MSF. **15**

Graphique 9 : Comment perfectionner le diagnostic et la prise en charge des MSF d'après les professionnels de santé interrogés. **16**

Graphique 10 : Les attentes des professionnels de santé interrogés concernant la création d'un éventuel outil de formation. **17**

Graphique 11 : Diagramme de flux représentant la localisation, la répartition, la pratique de la gynécologie et le taux de participation à l'étude des médecins généralistes libéraux de Poitiers (*annexe 7*). **39**

Graphique 12 : Diagramme de flux représentant la localisation, la répartition, la pratique de la gynécologie et le taux de participation à l'étude des sages-femmes libérales de Poitiers (*annexe 8*). **40**

LISTE DES ABREVIATIONS

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DU : Diplôme Universitaire

GSF : Gynécologie Sans Frontière

HAS : Haute Autorité de Santé

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

MSF : Mutilations Sexuelles Féminines

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

1. Introduction.

Les « mutilations sexuelles féminines », connues également sous le terme d' « excision », désignent toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et/ou toutes autres lésions des organes génitaux féminins pratiquées à des fins non thérapeutiques (1). Ces pratiques violent les droits fondamentaux des filles et des femmes (2).

Le terme « mutilation » souligne la gravité de l'acte. Le terme « excision » permet d'éliminer tout jugement à l'encontre des communautés pratiquant ces actes (2).

Nous utiliserons le terme « mutilations sexuelles féminines » car c'est le terme employé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1).

L'OMS, en 2007, a classé les mutilations sexuelles féminines (MSF) en quatre stades (1) (3) (annexes 1 et 2).

On estime de 100 à 140 millions le nombre de filles et de femmes ayant subi ces mutilations dans le monde (1). Chaque année, trois millions de filles sont à risque de subir cet acte (1). La pratique de ces MSF existe partout dans le monde mais elle est plus fréquente dans les régions occidentales, orientales et nord-orientales de l'Afrique, dans certains pays d'Asie et du Moyen-Orient, et parmi certaines communautés immigrantes d'Amérique du Nord et d'Europe (1) (annexes 3 et 4).

Toutes les études sur les répercussions des MSF sur la santé physique et mentale des femmes énoncent que ces mutilations n'ont aucun avantage connu pour la santé. Bien au contraire, l'ablation ou l'endommagement de tissus génitaux normaux et sains entraînent des dysfonctionnements immédiats ou plus durables de l'organisme génital féminin (1) (annexe 5).

Les travaux réalisés en 2007 par l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) estiment que 220 000 femmes de tout âge présentent sur le territoire de l'Union Européenne sont mutilées ou sont considérées comme menacées de l'être de part leur nationalité d'origine (4). La France est le pays le plus concerné et est considérée comme étant le premier pays d'asile pour ces femmes mutilées (4) (5) . En effet, l'INED estime, qu'en 2004, 53 000 femmes adultes mutilées vivent en France (4). La région la plus concernée de part sa forte population immigrée est l'ancienne région Centre (Eure-et-Loir, Loiret). L'ancienne région Poitou-Charentes (Charente, Charente-Maritime, Vienne) est quand à elle placée en huitième position (4).

Le Docteur Pierre Foldès, chirurgien urologue français, a mis au point, en 1984, une technique de chirurgie plastique reconstructrice du clitoris après mutilation sexuelle. Bien que cette chirurgie soit entièrement prise en charge par la Sécurité sociale en France depuis 2004, peu de femmes y ont recours (6) (7). La quasi-totalité des patientes ayant bénéficié de cette chirurgie témoignent d'une diminution des douleurs et d'une augmentation de la sensibilité du clitoris (8) (9). Les bénéfices de cette chirurgie ont été prouvés par des très bons résultats fonctionnels et esthétiques (8) (10).

Les professionnels de santé libéraux, notamment le médecin généraliste et la sage-femme, doivent informer les femmes mutilées sur les différentes possibilités de prise en charge. Ils doivent également les informer que la loi française considère les MSF comme étant une “violation grave des droits humains des femmes et des filles” (11).

De nombreuses études ont été menées auprès de tous professionnels de santé susceptibles de prendre en charge des femmes mutilées afin d'évaluer leurs formations, leurs connaissances et leurs pratiques professionnelles concernant les MSF (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23).

Ces différentes études témoignent de manière unanime qu'il existe :

- un manque de connaissances des professionnels de santé au sujet de ces pratiques, des raisons d'y mettre fin, des soins à prodiguer aux femmes mutilées, des moyens de résister aux demandes de mutilations et des conseils à donner aux patientes concernées.
- une absence de politiques claires, de protocoles, de manuels et de lignes directrices destinés à guider le personnel de santé en le renseignant sur la façon de résoudre les problèmes liés aux MSF (2).
- peu d'institutions de formation du personnel de santé incluent des connaissances au sujet des mutilations sexuelles dans leurs programmes d'étude. Par exemple, d'après Gynécologie Sans Frontière (GSF), seule la moitié des écoles de sages-femmes françaises ont intégré un module spécifique aux MSF dans leur formation (13).

En parallèle, d'après l'enquête "Excision et Handicap", les femmes Africaines mutilées interrogées soulignent le silence des médecins et des gynécologues face aux mutilations (24).

Il apparaît ainsi que les professionnels de santé se sentent souvent démunis, faute de formation spécifique, pour évoquer ce sujet avec leurs patientes. Ce manque de formation de base et de formation continue ralenti le diagnostic et la prise en charge des MSF.

Les femmes mutilées ne se sentent ni comprises, ni soutenues et ainsi, continuent à souffrir autant physiquement que mentalement (23).

A travers ce mémoire, nous chercherons à savoir : **Quelles sont les difficultés rencontrées par les professionnels de santé lors du diagnostic et de la prise en charge des mutilations sexuelles féminines ?**

L'intérêt des réponses apportées par ce mémoire est de cibler au mieux les difficultés rencontrées par les professionnels de santé libéraux face aux MSF dans le but de créer, par la suite, une éventuelle formation sur le sujet.

2. Méthodologie.

2.1. Objectifs de l'étude :

- Evaluer la proportion de professionnels de santé qui pratiquent le dépistage des mutilations sexuelles féminines.
- Identifier les difficultés rencontrées par les professionnels de santé lors du diagnostic et de la prise en charge des mutilations sexuelles féminines.
- Identifier les besoins des professionnels de santé afin de faciliter le diagnostic et la prise en charge des mutilations sexuelles féminines.

2.2 Hypothèses :

Nous émettons l'hypothèse que les sages-femmes et les médecins généralistes libéraux exprimeront, à travers cette étude, un manque de connaissances sur les MSF ainsi que sur les moyens de prendre en charge les patientes concernées de façon globale et appropriée. Nous pensons que ce manque de connaissance concerne essentiellement le dépistage et la prise en charge de ces mutilations. Nous présumons qu'il est principalement dû à un manque de formation.

Nous supposons également que certains soignants vont exprimer le fait que ce sujet reste tabou dans notre société et qu'ils rencontrent des difficultés à l'aborder, de manière appropriée, avec leurs patientes.

Nous envisageons que les professionnels de santé que nous allons rencontrer seront convaincus que l'élaboration d'un outil de formation, élaboré sous la forme d'un protocole de soins, constituerait une aide certaine à leur pratique professionnelle.

2.3. Matériel et méthode :

2.3.1. Schéma d'étude :

Il s'agissait d'une étude observationnelle qualitative prospective par entretiens semi-directifs. L'étude s'est déroulée sur une période allant du 1^{er} Janvier 2018 au 1^{er} Août 2018.

2.3.2. Population étudiée :

L'ensemble des médecins généralistes libéraux et des sages-femmes libérales exerçant à Poitiers et pratiquant le suivi gynécologique ont été sollicités, de façon exhaustive, afin de participer à cette étude.

- Vérification des critères d'inclusion :

Afin d'accéder aux coordonnées des professionnels de santé répondant favorablement aux critères d'inclusion de notre étude, nous avons utilisé la liste des médecins généralistes et des sages-femmes libéraux inscrits respectivement au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Vienne et au Conseil Départemental de l'Ordre des Sages-femmes de la Vienne exerçant dans la ville de Poitiers. L'ensemble de ces professionnels ont été contactés par appel téléphonique afin de savoir si leur pratique professionnelle incluait le suivi gynécologique.

- Les critères de non-inclusion étaient :

Médecins généralistes et sages-femmes libéraux installés dans un cabinet situé en-dehors de la ville de Poitiers.

Médecins généralistes et sages-femmes libéraux dont la pratique professionnelle n'inclut pas le suivi gynécologique des patientes.

Médecins généralistes et sages-femmes libéraux remplaçants.

- Le seul critère d'exclusion était :

Médecins généralistes et sages-femmes libéraux ayant décidé de sortir de l'étude au cours de sa réalisation.

2.3.3. Déroulement de l'étude :

Chaque entretien semi-dirigé était structuré par 12 questions permettant d'aborder 3 thématiques différentes (grille d'entretien en annexe 6) :

- L'expérience et la pratique du professionnel de santé face aux MSF ainsi que les difficultés qu'il rencontre lors du diagnostic et de la prise en charge d'une patiente mutilée (questions 1 à 5) : présence ou absence de patientes mutilées dans sa patientèle, pratique du dépistage, évocation du sujet avec les patientes concernées, diagnostic et prise en charge des MSF.
- Les connaissances théoriques du professionnel de santé sur les MSF (questions 6 à 10) : populations à risque, classification, conséquences et prise en charge chirurgicale.
- Les attentes du professionnel de santé concernant la création d'un éventuel outil de formation à ce sujet (questions 11 et 12).

A la fin de chaque entretien, des variables ont été recueillies afin de décrire la population étudiée :

- L'âge.
- Le sexe.
- L'année et le lieu d'obtention du diplôme d'Etat de docteur en médecine ou du diplôme d'Etat de sage-femme.
- L'obtention ou non d'un Diplôme Universitaire de gynécologie.
- Le suivi ou non d'une formation au sujet des mutilations sexuelles féminines.
- La localisation du cabinet.
- Le nombre d'année d'exercice en libéral.

2.3.4. Outils de recueil des données :

Les données ont été recueillies à l'aide d'entretiens semi-directifs réalisés individuellement avec chaque professionnel ayant accepté de participer à l'étude.

Une grille d'entretien a été créée et testée par réécoute critique d'un entretien test afin de discuter de la qualité de celle-ci et de l'attitude de l'investigateur. La réécoute critique de cet entretien test a été réalisée en présence du Docteur TUDREJ Benoît (médecin généraliste libéral à Poitiers, membre titulaire de la Société Française de Médecine Générale et Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Poitiers au moment de la réalisation de l'étude), de Monsieur PEQUERIAU Antonin (directeur général du mémoire et sage-femme au Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers), de Madame DEPARIS Julia (sage-femme enseignante référente du mémoire), du Docteur PEQUERIAU Gabrielle (médecin généraliste libéral à Poitiers ayant participé à l'entretien test) et de l'étudiante sage-femme en charge de ce mémoire.

A la suite de cette réécoute critique, la grille d'entretien fut modifiée. Les modifications apportées ont essentiellement porté sur la formulation et sur la chronologie des questions.

2.3.5. Collecte des données :

Les entretiens ont été menés par l'étudiante sage-femme en charge de cette étude et ont eu lieu au cabinet de chaque professionnel participant à l'étude. La date de chaque entretien a été déterminée par appel téléphonique au cours duquel a été convenu un rendez-vous ultérieur. L'enregistrement des entretiens a été réalisé à l'aide d'un dictaphone de type SONY® ICD-PX240.

2.3.6. Analyse des entretiens :

Chaque entretien a été retranscrit de façon intégrale puis une synthèse des différents discours a été réalisée par identification des thèmes et des mots clés récurrents.

Afin de traiter les données recueillies, une base de données de type Excel® a été utilisée.

Lorsqu'il a été nécessaire de comparer des groupes, le logiciel Epi-Info® a été utilisé. Nous avons eu recours au test statistique de Fisher et au test statistique du Chi2 pour la comparaison de données qualitatives. Les résultats ont été considérés comme significatifs lorsque le « p » était inférieur à 0,05.

2.3.7. Aspects éthiques et réglementaires :

L'accord de participation des professionnels de santé à cette étude a été recueilli par appel téléphonique. Un rendez-vous a été fixé à la suite de cet appel téléphonique.

Le jour de l'entretien, l'anonymat des paroles recueillies a été assuré à la personne interrogée après signature d'un formulaire de consentement.

Chaque entretien a été rendu anonyme en attribuant à chaque professionnel de santé interrogé un numéro d'identifiant, selon l'ordre chronologique des enregistrements. Ce numéro d'identifiant fut précédé d'un MG pour les médecins généralistes libéraux et d'un SF pour les sages-femmes libérales. Les données recueillies ont été conservées pendant toute la durée de l'étude puis supprimées conformément aux réglementations en vigueur.

3. Résultats.

3.1. Description de la population d'étude :

3.1.1. Pratique de la gynécologie :

En nous basant sur les données du Conseil Départemental de l'Ordre des médecins de la Vienne, nous avons recensé 84 médecins généralistes libéraux exerçant dans la ville de Poitiers. Parmi ces médecins généralistes, 46% (n = 39) ont signalé inclure le suivi gynécologique dans leur pratique professionnelle dont 62% (n = 24) ont accepté de participer à l'étude (annexe 7).

En nous basant sur les données du Conseil Départemental de l'Ordre des sages-femmes de la Vienne, nous avons recensé 14 sages-femmes exerçant en cabinet libéral dans la ville de Poitiers. Parmi ces sages-femmes, 64% (n = 9) ont signalé pratiquer le suivi gynécologique dont 100% (n = 9) ont accepté de participer à notre étude (annexe 8).

3.1.2. Caractéristiques de la population étudiée :

Notre population d'étude était composée de 33 professionnels de santé libéraux pratiquant la gynécologie dont :

72,7% (n = 24) de médecins généralistes et 27,3% (n = 9) de sages-femmes.

39,4% (n = 13) étaient des hommes et 60,6% (n = 20) étaient des femmes.

L'âge des professionnels de santé interrogés était compris entre 26 ans et 71 ans avec une moyenne de 50,8 ans ($\pm 13,7$).

Les professionnels de santé interrogés (n = 32) ont été diplômés entre 1973 et 2017 : 78,1% (n = 25) à Poitiers, 2,3% (n = 2) à Limoges, 2,3% (n = 2) à Paris, 3,1% (n = 1) à Nancy, 3,1% (n = 1) à Tours et 3,1% (n = 1) à Lille. Un professionnel de santé n'a pas renseigné le lieu d'obtention de son diplôme.

L'ancienneté d'exercice en libéral dans le cabinet actuellement occupé était comprise entre 1 an et 44 ans avec une moyenne de 17ans (± 13).

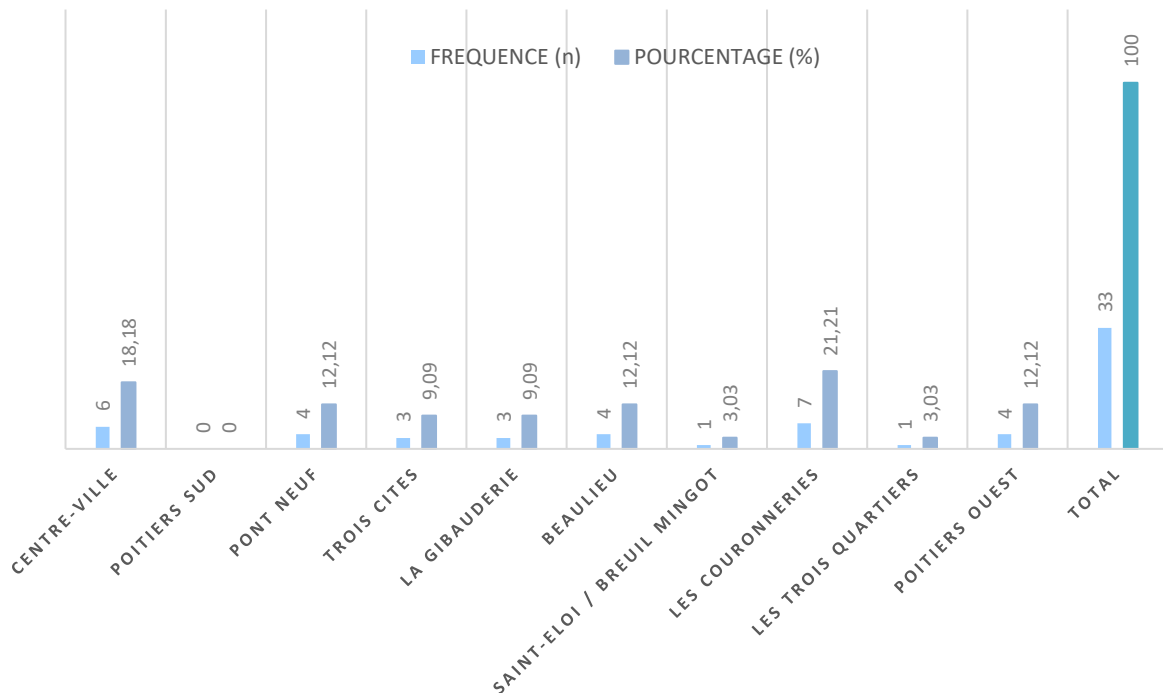
Tableau I : Obtention d'un DU (1) de gynécologie et/ou participation à une formation sur les MSF (2) par les professionnels de santé interrogés (n = 32).

	EFFECTIFS	POURCENTAGES (%)
A obtenu un DU de Gynécologie seul	11	34,4
A participé à une formation sur les MSF seul	11	34,4
DU de Gynécologie et formation sur les MSF	4	12,5

(1) DU : Diplôme Universitaire.

(2) MSF : Mutilations Sexuelles Féminines.

3.1.3. Localisation des cabinets libéraux par quartier de Poitiers :



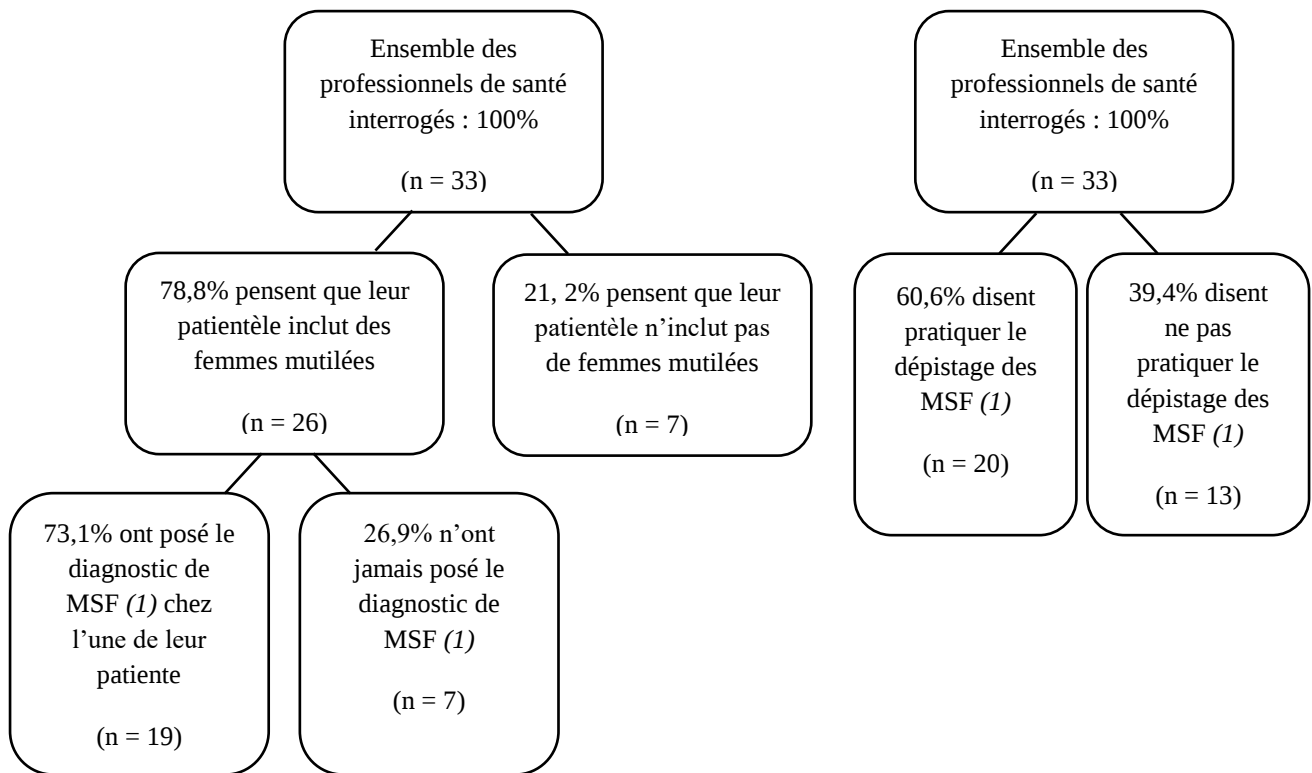
Graphique 1 : Localisation des cabinets libéraux des professionnels de santé ayant accepté de participer à l'étude (n = 33).

L'ensemble des professionnels de santé interrogés exerçaient dans un cabinet libéral localisé dans la ville de Poitiers virtuellement divisée en 10 quartiers.

21,2% (n = 7) des professionnels de santé interrogés exerçaient dans le quartier des Couronneries.

3.2. La pratique des professionnels de santé :

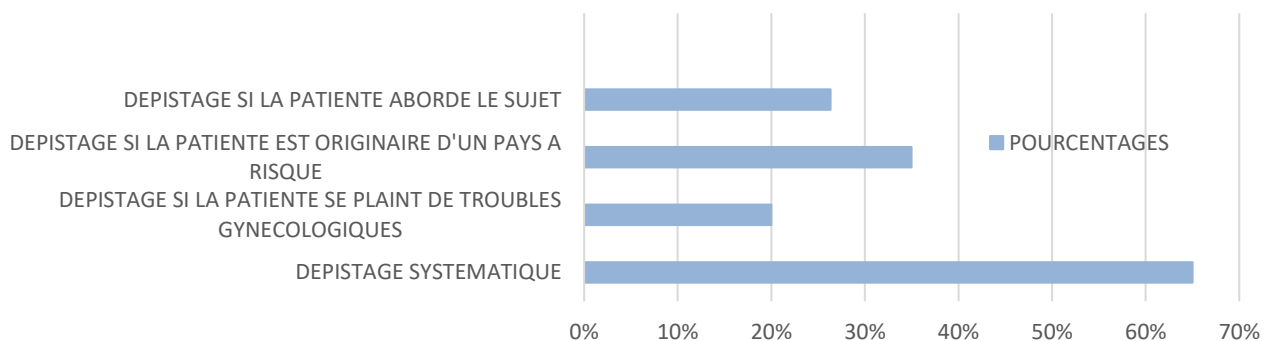
3.2.1. Le diagnostic et le dépistage des mutilations sexuelles féminines :



Graphique 2 : Pratique du dépistage et du diagnostic des MSF (1) par les professionnels de santé interrogés (n = 33).

(1) MSF : Mutilations sexuelles féminines.

Sur l'ensemble des professionnels de santé interrogés (n = 33) : 78,8% (n = 26) pensent que leur patientèle inclut des femmes mutilées et 60,6% (n = 20) disent pratiquer le dépistage des MSF. Sur les 26 professionnels de santé pensant que leur patientèle inclut des femmes mutilées, 73,1% (n = 19) ont déjà posé le diagnostic de MSF chez l'une de leur patiente.



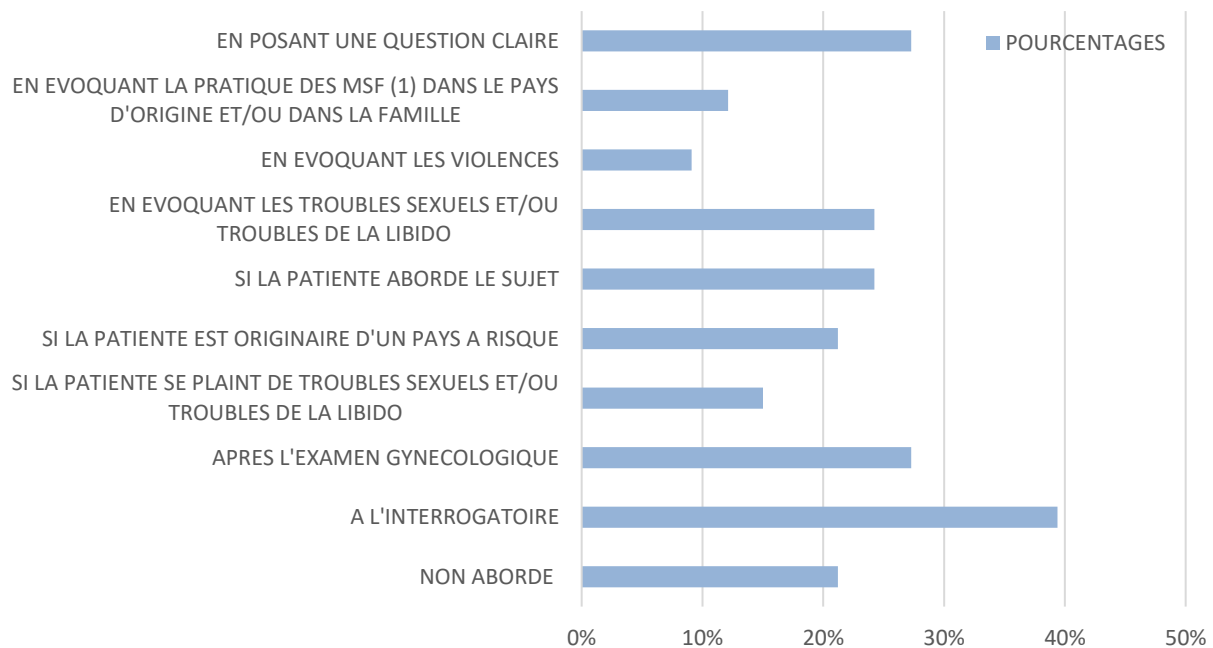
Graphique 3 : Quels motifs encouragent les professionnels de santé à dépister les MSF (1)

(n = 20, question à choix multiples).

(1) MSF : Mutilations Sexuelles Féminines.

Le graphique 3 montre que 65% (n = 13) des professionnels de santé qui pratiquent le dépistage des MSF le font de manière systématique chez toutes les patientes quelle que soit leur origine et que 35% (n = 7) des professionnels de santé pratiquant le dépistage des MSF le font seulement s'ils estiment que la patiente est originaire d'un pays à risque.

3.2.2. L'évocation du sujet des mutilations sexuelles féminines à l'interrogatoire :



Graphique 4 : Pour quels motifs, quand et comment le sujet des MSF

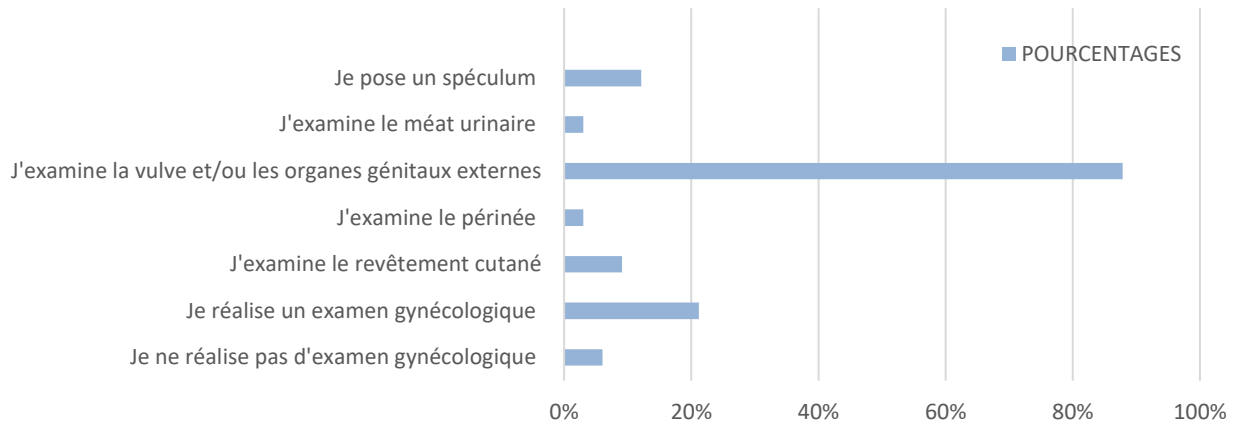
(1) est abordé par les professionnels de santé

(n = 33, question à choix multiples).

(1) MSF : Mutilations Sexuelles Féminines.

Parmi les professionnels de santé interrogés : 27,3% (n = 9) disent qu'ils abordent le sujet des MSF en posant une question claire, 39,4% (n = 13) abordent ce sujet à l'interrogatoire, 27,3% (n = 9) l'abordent après l'examen gynécologique seulement s'ils ont posé le diagnostic de MSF et 21,2% (n = 7) n'abordent pas ce sujet avec leur patientèle.

3.2.3. Le diagnostic d'une mutilation sexuelle féminine à l'examen clinique :

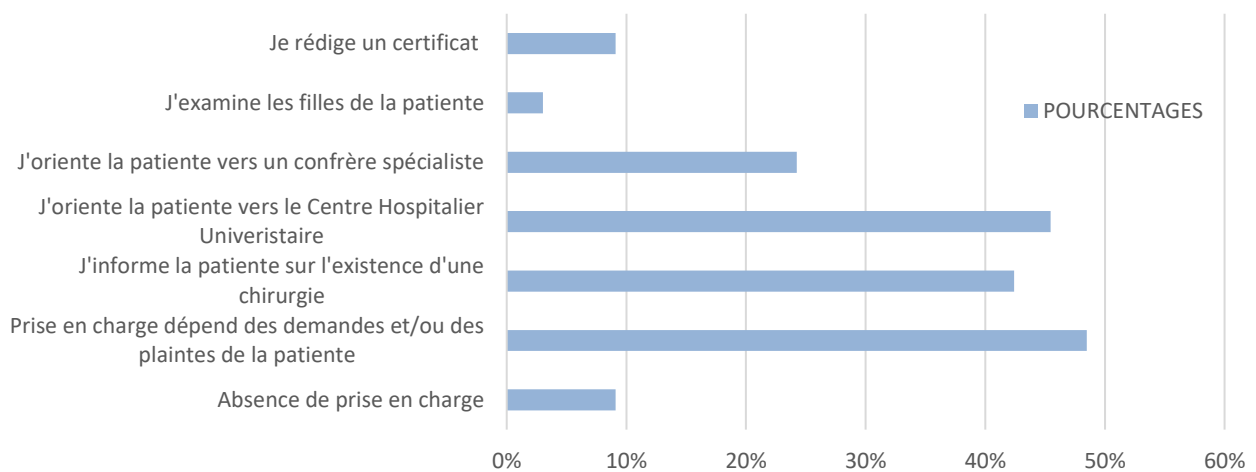


Graphique 5 : Quel examen clinique est réalisé par les professionnels de santé afin de poser le diagnostic de MSF (1)
(n = 30, question à choix multiples).
(1) MSF : Mutilations Sexuelles Féminines.

Nous nous sommes basés sur la définition du Professeur Kamina afin de décrire l'organe génital externe féminin ou vulve : « Elle comprend : le mont du pubis, les grandes et petites lèvres, le vestibule, les organes érectiles et les glandes vulvaires » (25).

D'après le graphique 5, 87,9% (n = 29) des professionnels de santé interrogés expriment qu'ils examinent la vulve et/ou les organes génitaux externes d'une patiente afin de poser le diagnostic de MSF.

3.2.4. La prise en charge des mutilations sexuelles féminines :



Graphique 6 : Quelle prise en charge est mise en place par les professionnels de santé après le diagnostic de MSF (1)
(n = 33, question à choix multiples).
(1) MSF : Mutilations Sexuelles Féminines.

D'après le graphique 6, sur l'ensemble des professionnels de santé interrogés :
 48,5% (n = 16) ont précisé qu'ils modulent leur prise en charge en fonction des demandes et/ou des plaintes de la femme mutilée.
 45,5% (n = 15) orientent la patiente mutilée vers le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Poitiers.
 42,4% (n = 14) informent la patiente mutilée sur l'existence d'une chirurgie réparatrice.
 9,1% (n = 3) disent ne pas instaurer de prise en charge particulière après avoir diagnostiqué une MSF.

3.3. Les connaissances des professionnels de santé :

3.3.1. Les populations à risque :

Le tableau II montre que 100% des professionnels de santé interrogés ont cité l'Afrique lorsque nous leur avons demandé de citer les secteurs géographiques les plus à risque de MSF. Parmi ces 33 professionnels :

66,7% (n = 22) ont précisé qu'ils pensent que l'Afrique subsaharienne est majoritairement concernée ;

9,1% (n = 3) ont cité l'Afrique centrale ;

39,4% (n = 13) ont cité l'Afrique de l'Ouest dont certains ont précisé la Guinée-Conakry (n = 9), la Guinée-Bissau (n = 2), le Sénégal (n = 1) et le Mali (n = 1) ;

9,1% (n = 3) ont cité l'Afrique de l'Est dont l'Egypte (n = 3) et le Soudan (n = 1).

L'Asie a été citée comme pays à risque par 6,1% (n = 2) des professionnels de santé interrogés.

Le Moyen-Orient a été cité par 3% (n = 1) des professionnels de santé interrogés

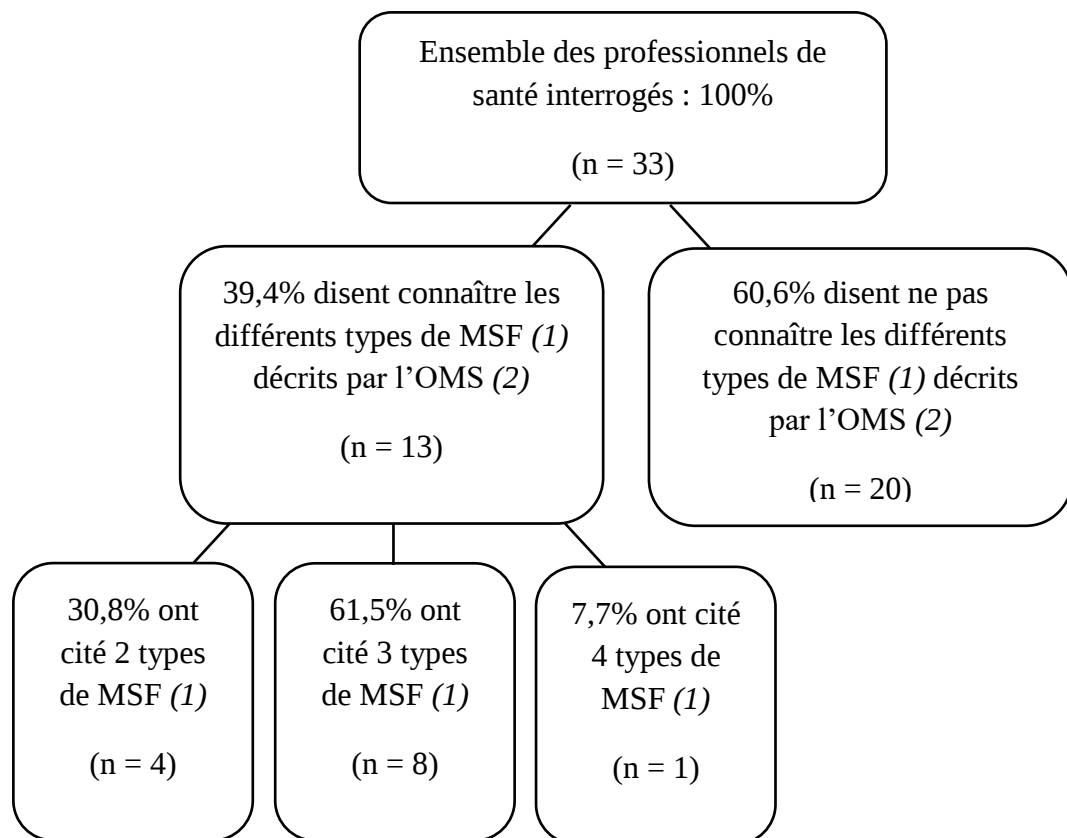
Tableau II : Populations majoritairement touchées par les MSF (1) d'après les professionnels de santé interrogés

(n = 33, question à choix multiples).

(1) MSF : Mutilations Sexuelles Féminines.

SECTEURS GEOGRAPHIQUES	EFFECTIFS	POURCENTAGES (%)
Afrique	33	100
Afrique subsaharienne	22	66,7
Afrique centrale	3	9,1
Afrique de l'Ouest	13	39,4
Afrique de l'Est	3	9,1
Asie	2	6,1
Moyen-Orient	1	3

3.3.2. Les différents types de mutilations sexuelles féminines :



Graphique 7 : Connaissances des professionnels de santé sur les différents types de MSF (1) décrits par l'OMS (2).

(1) MSF : Mutilations sexuelles féminines.

(2) OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

D'après le graphique 7, 39,4% (n = 13) des professionnels de santé interrogés disent connaître les différents types de mutilations sexuelles féminines décrits par l'OMS (3) (annexes 1 et 2).

Après avoir demandé aux 13 professionnels pensant connaître les différents types de MSF de les décrire, nous constatons que :

4 d'entre eux sont capables de décrire avec exactitude 2 types de mutilations dont 1 a décrit le type 1 et le type 2 et 3 ont décrit le type 2 et le type 3.

8 d'entre eux sont capables de décrire avec exactitude 3 types de mutilations qui sont les types 1, 2 et 3.

1 seul professionnel de santé parmi la population d'étude a décrit de façon exacte les 4 types de mutilations sexuelles féminines décrits par l'OMS.

Tableau III : Comparaison des connaissances des différents types de MSF (1) entre les professionnels de santé non-formés sur le sujet des MSF et ceux qui détiennent un DU (2) de gynécologie et/ou qui sont formés sur le sujet des MSF ($n = 13$).

	≥ 2 types connus	≥ 3 types connus
Absence de formation sur les MSF et de DU de gynécologie	4	2
DU de Gynécologie et/ou formation sur les MSF	9	7
Différence entre les 2 groupes	p = 0,89	p = 0,35

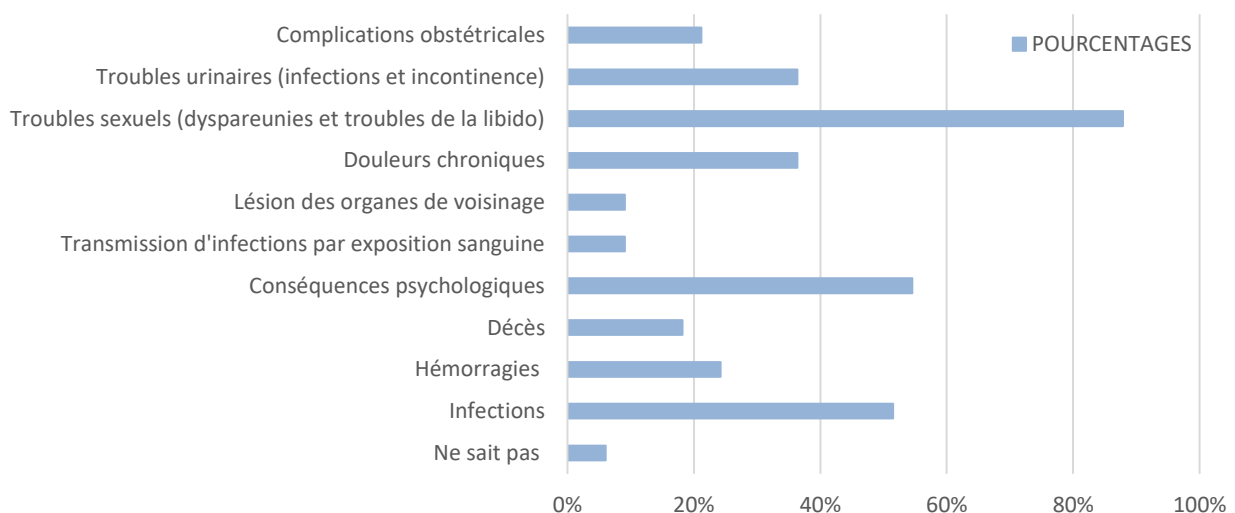
(1) MSF : Mutilations Sexuelles Féminines.

(2) DU : Diplôme Universitaire.

Les 13 professionnels de santé ayant répondu connaître les différents types de MSF connaissent au moins 2 types de MSF et 9 ont obtenu un DU de gynécologie et/ou ont participé à une formation sur les MSF. Sur les 13 professionnels de santé ayant répondu connaître les différents types de MSF, 9 ont cité au moins 3 types de MSF et parmi eux, 7 ont obtenu un DU de gynécologie et/ou ont participé à une formation sur les MSF.

La connaissance des différents types de MSF n'est significativement pas améliorée par l'obtention d'un DU de gynécologie et/ou par la participation aux formations actuellement existantes sur le sujet.

3.3.3. Les conséquences des mutilations sexuelles féminines :



Graphique 8 : Conséquences des MSF (1) sur la santé des femmes d'après les professionnels de santé interrogés ($n = 33$, question à choix multiples).
(1) MSF : Mutilations Sexuelles Féminines.

D'après le graphique 8, les professionnels de santé interrogés s'accordent sur le fait que les MSF ont des conséquences immédiates ainsi que des conséquences à long terme sur la santé des femmes. Les professionnels de santé sont également avertis des conséquences psychologiques de ces mutilations sur la santé des femmes concernées.

Tableau IV : Comparaison des connaissances des conséquences des MSF (1) entre les professionnels de santé non-formés sur le sujet des MSF et ceux qui détiennent un DU (2) de gynécologie et/ou qui sont formés sur le sujet des MSF ($n = 32$).

(1) MSF : Mutilations Sexuelles Féminines.

	Complications obstétricales	Troubles sexuels	Douleurs chroniques	Conséquences psychologiques
Absence de formation sur les MSF et de DU de gynécologie	2	11	6	6
DU de Gynécologie et/ou formation sur les MSF	5	17	6	12
Différence entre les 2 groupes	$p = 0,32$	$p = 0,21$	$p = 0,30$	$p = 1,81$

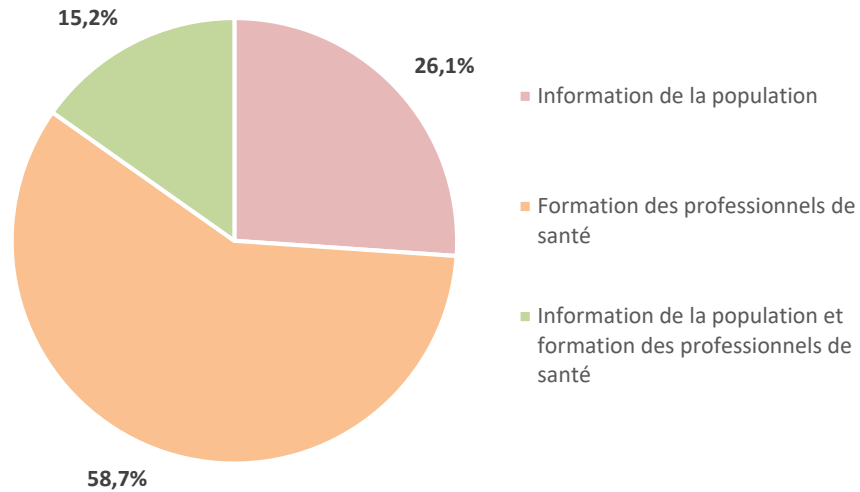
(2) DU : Diplôme Universitaire.

D'après le tableau IV : Comparé à l'absence de toute formation sur le sujet, l'obtention d'un DU de gynécologie et/ou la participation à une formation sur les MSF n'influence pas significativement la connaissance des 4 principales conséquences des MSF : complications obstétricales ($p = 0,32$), troubles sexuels ($p = 0,21$), douleurs chroniques ($p = 0,30$), conséquences psychologiques ($p = 1,81$).

3.3.4. La reconstruction clitoridienne :

Concernant la reconstruction clitoridienne, 72,7% ($n = 24$) des professionnels de santé interrogés disent ne pas pouvoir expliquer brièvement en quoi consiste cette chirurgie. De plus, 66,7% ($n = 22$) des professionnels participant à l'étude ne connaissent pas les modalités de remboursement de cette chirurgie.

3.4. Les besoins des professionnels de santé afin de faciliter le diagnostic et la prise en charge des mutilations sexuelles féminines :

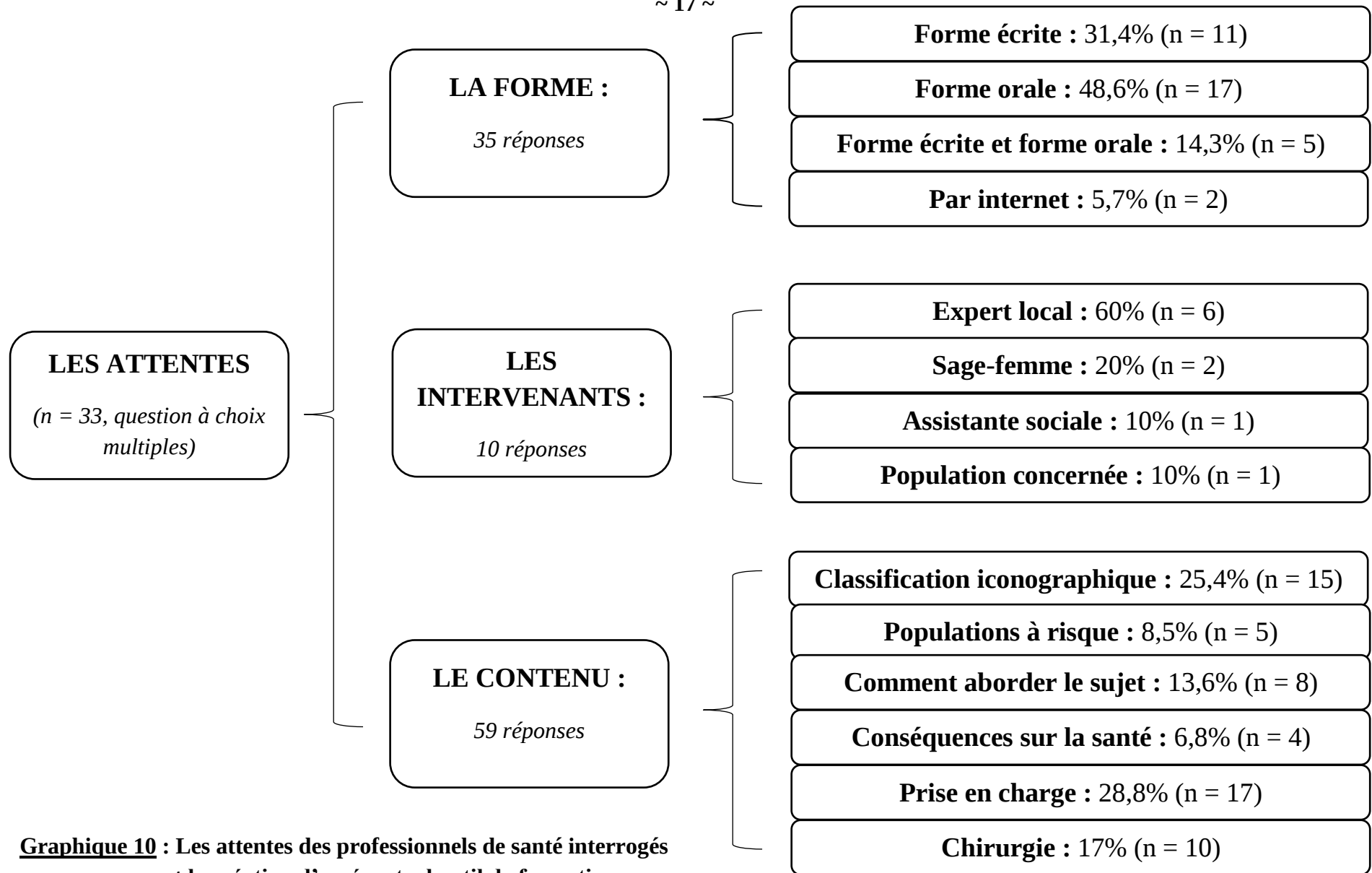


Graphique 9 : Comment perfectionner le diagnostic et la prise en charge des MSF (1) d'après les professionnels de santé interrogés
(n = 33, question à choix multiples, 46 réponses).
(1) MSF : Mutilations Sexuelles Féminines.

Sur l'ensemble des réponses obtenues, 58,7% sont en faveur d'une formation des professionnels de santé sur les MSF.

26,1% des réponses montrent que les professionnels de santé pensent que la sensibilisation de la population au fait qu'une prise en charge existe et que les MSF sont interdites par la loi serait un tremplin au dépistage des mutilations.

15,2% des réponses mettent en avant la complémentarité entre la sensibilisation de la population au sujet des MSF et la formation des professionnels à ce sujet.



Graphique 10 : Les attentes des professionnels de santé interrogés concernant la création d'un éventuel outil de formation
(n = 33, questions à choix multiples).

4. Discussion.

4.1. Résumé des principaux résultats :

4.1.1. La pratique des professionnels de santé :

D'après notre étude, 79% des professionnels de santé pensent que leur patientèle inclut des femmes mutilées mais seuls 61% disent pratiquer le dépistage des MSF. Parmi les professionnels pensant que leur patientèle inclut des femmes mutilées, 73% ont déjà posé le diagnostic de MSF chez l'une de leur patiente. Parmi les professionnels de santé pratiquant le dépistage des MSF : 65% le font de manière systématique chez toutes les patientes quel que soit leur pays d'origine et 35% le font seulement s'ils estiment que la patiente est originaire d'un pays à risque.

Parmi les professionnels de santé interrogés : 27% disent qu'ils abordent le sujet des MSF en posant une question claire, 39% abordent ce sujet à l'interrogatoire, 27% l'abordent après l'examen gynécologique seulement s'ils ont posé le diagnostic de MSF et 21% n'abordent pas ce sujet avec leurs patientes.

88% des professionnels de santé examinent la vulve et/ou les organes génitaux externes d'une patiente afin de poser le diagnostic de MSF.

Concernant la prise en charge des patientes mutilées par les professionnels de santé : 48% ont précisé qu'ils modulent leur prise en charge en fonction des demandes et/ou des plaintes de la femme mutilée, 45% l'orientent vers le CHU de Poitiers, 42% l'informent sur l'existence d'une chirurgie réparatrice et 9% disent ne pas instaurer de prise en charge particulière après avoir diagnostiqué une MSF.

4.1.2. Les connaissances des professionnels de santé :

Lorsque nous leur avons demandé de citer les pays les plus à risque de MSF : 100% des professionnels de santé interrogés ont cité l'Afrique dont 67% ont précisé l'Afrique subsaharienne et 39% l'Afrique de l'Ouest, 6% ont cité l'Asie et 3% ont cité le Moyen-Orient. Parmi les pays les plus souvent cités par les professionnels de santé interrogés : la Guinée-Conakry (n = 9), l'Egypte (n = 3) et la Guinée-Bissau (n = 2).

39% des professionnels de santé pensent connaître les différents types de MSF décrits par l'OMS et, parmi eux, seul 1 professionnel de santé a décrit de façon exacte les 4 types.

6% des professionnels ne connaissent pas les conséquences des MSF sur la santé des femmes.

73% des professionnels de santé interrogés disent ne pas pouvoir expliquer brièvement en quoi consiste la reconstruction clitoridienne et 67% n'en connaissent pas les modalités de remboursement par la Sécurité sociale.

4.1.3. Les attentes des professionnels de santé :

Sur l'ensemble des réponses obtenues : 59% sont en faveur d'une formation des professionnels de santé et 26% montrent que la sensibilisation de la population à propos de l'existence d'une prise en charge et de l'interdiction des MSF par la loi serait un tremplin au dépistage de ces mutilations.

Concernant la forme d'une éventuelle formation : 49% des réponses sont en faveur d'une formation orale, 31% encouragent une formation écrite et 14% pensent que ces deux formes sont complémentaires.

Concernant les intervenants : Les professionnels interrogés ont exprimé leur souhait que différents spécialistes participent à cette éventuelle formation.

Concernant le contenu : 25% des réponses révèlent qu'une classification des MSF accompagnée d'une iconographie serait une aide au diagnostic, 14% des réponses soulèvent des questionnements sur la l'utilité et la façon d'aborder le sujet des MSF, 29% des réponses sont en faveur d'une sensibilisation sur la prise en charge des femmes mutilées et 17% des réponses montrent que les professionnels souhaitent connaître les modalités de réalisation, les bénéfices et les risques de la chirurgie réparatrice.

4.2. Cohérence interne :

4.2.1. Les points faibles de l'étude :

- Biais de sélection :

Nous pouvons supposer que les professionnels ayant accepté de participer à notre étude sont ceux qui accordent davantage d'importance à la prévention et au dépistage des MSF et/ou qui possèdent davantage de connaissances sur le sujet.

- Biais d'information :

Le fait de contacter, dans un premier temps, par appel téléphonique, l'ensemble des professionnels de santé exerçant dans la ville de Poitiers afin de leur présenter notre étude, de vérifier les critères d'inclusion et de leur proposer un futur entretien s'ils acceptaient d'y participer a pu encourager ces professionnels à se renseigner sur le sujet soumis à étude avant le recueil des données.

Pour ce type d'enquête, il est nécessaire que l'investigateur soit entraîné et n'influence pas les réponses aux questions. Cependant, le risque que les professionnels de santé interrogés aient répondu en fonction de ce qu'ils pensaient que l'investigateur attendait existe.

De part la subjectivité de l'opérateur, il est possible qu'il existe une distorsion de l'information lors du classement des données par catégories.

4.2.2. Les points forts de l'étude :

Notre étude est innovante car les études précédentes réalisées sur ce sujet sont, pour la plupart, basées sur l'utilisation de questionnaires. Nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-directifs structurés par 2 questions fermées et 10 questions ouvertes permettant d'aborder 3 thématiques différentes (la pratique, les connaissances et les attentes des professionnels de santé) (grille d'entretien en annexe 6). En effet, la particularité de cette méthode est de recueillir le ressenti et le vécu des professionnels interrogés sans suggérer les réponses. La recherche qualitative n'a pas pour but de quantifier de manière précise un phénomène mais elle consiste à recueillir des données verbales et donc un éventail de profils et d'expériences qui sont représentatifs de la population globale.

Un des points forts de notre étude est que la grille d'entretien a été testée par réécoute critique d'un entretien test afin de discuter de la qualité de celle-ci et de l'attitude de l'investigateur. Cette réécoute critique a été réalisée en présence du Docteur TUDREJ Benoît (médecin généraliste libéral à Poitiers, membre titulaire de la Société Française de Médecine Générale et Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Poitiers au moment de la réalisation de l'étude), de Monsieur PEQUERIAU Antonin (directeur général du mémoire et sage-femme au CHU de Poitiers), de Madame DEPARIS Julia (sage-femme enseignante référente du mémoire), du Docteur PEQUERIAU Gabrielle (médecin généraliste libéral à Poitiers ayant participé à l'entretien test) et de l'étudiante sage-femme en charge de ce mémoire. Cela a entraîné des modifications dans la formulation et la chronologie des questions.

L'inclusion à notre étude de 2 types de professionnels de santé différents ainsi que le fait qu'ils soient des professionnels libéraux est une force car aucune autre étude a réalisé ce type d'inclusion. Ces professionnels sont pourtant positionnés en première ligne en ce qui concerne le dépistage et l'orientation des femmes mutilées. Ils sont les pivots d'une prise en charge pluridisciplinaire et globale nécessaire.

Le choix de réaliser cette étude dans l'ancienne région Poitou-Charentes a été conforté par le fait qu'elle est la 8^{ème} région de France la plus concernée par les MSF (4). De plus, nous avons choisi de réaliser cette étude en milieu urbain car nous pensons que les flux migratoires contemporains à notre étude entraînent une majoration de la présence des populations mutilées dans Poitiers plutôt qu'en périphérie de la ville.

Le taux de participation à notre étude est de 69% au total même s'il existe des disparités entre les différents quartiers de Poitiers. Les taux de participation dans les 3 quartiers que nous pensons, malgré l'absence de chiffres précis, les plus concernés par les MSF sont de : 71%, 100% et 100%. Ces taux de participation particulièrement élevés par rapport à d'autres quartiers peuvent être expliqués par le fait que les professionnels de santé les plus confrontés aux MSF sont aussi ceux qui souhaitent davantage que le diagnostic et la prise en charge de celles-ci soient facilités.

4.3. Cohérence externe :

4.3.1. Le dépistage des mutilations sexuelles féminines :

D'après nos résultats, nous pouvons relever le fait que seuls 61% des professionnels de santé interrogés disent pratiquer le dépistage des MSF alors que 79% des professionnels interrogés pensent que leur patientèle inclut des femmes mutilées. Parmi les raisons invoquées : « c'est un sujet difficile à aborder car on sait que derrière cet acte, il y a une culture, des traditions... J'avoue que je ne cherche pas spécialement à aborder le sujet et donc à pratiquer le dépistage des mutilations sexuelles féminines », « ... je ne suis pas très à l'aise avec ce sujet ». 65% des professionnels parmi les 61% qui pratiquent le dépistage des MSF le font systématiquement chez toutes les patientes. Cependant, comme l'ont souligné 35% d'entre eux, il convient d'autant plus d'aborder ce sujet avec les femmes originaires de pays à risque.

« Le/la praticien-ne face aux mutilations sexuelles féminines » recommande d'aborder le sujet avec les femmes originaires d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique de l'Est car les femmes mutilées vivant en France sont principalement originaires de ces pays (11).

Cependant, compte tenu de l'importance des mouvements migratoires des dernières décennies, il convient d'être alerté sur le fait que les MSF risquent d'être pratiquées sur des femmes quel que soit leur pays d'origine et de résidence (11). En effet, comme le montre la carte réalisée par *Excision, parlons-en!*, de nombreux cas sont rapportés parmi les populations migrantes dans des pays où les MSF ne sont pas pratiquées par les populations originaires de ces pays (annexe 3) (26). D'après le Kit BILAKORO le dépistage systématique des MSF, comme pour toutes autres violences, est indispensable (26).

4.3.2. Le diagnostic, par l'interrogatoire, des mutilations sexuelles féminines :

Nos résultats ont mis en évidence que 79% des professionnels de santé interrogés pensent que leur patientèle inclut des femmes mutilées mais seuls 73% affirment avoir déjà posé le diagnostic chez l'une de leur patiente. Ce chiffre peut être expliqué par le fait que les praticiens rencontrent des difficultés à poser le diagnostic de ces mutilations.

21% des professionnels de santé interrogés disent qu'ils n'abordent pas ce sujet avec leur patientèle car « ... il y a aussi, souvent, la barrière de la langue », « Je me demande s'il faut automatiquement aborder le sujet avec la patiente chez qui on constate une mutilation sexuelle féminine, si elle, elle ne m'en parle pas », « Je pars du principe que si une patiente m'en parle, c'est qu'elle ressent des gênes dues à cette mutilation sexuelle féminine... donc là, il est nécessaire de lui proposer une prise en charge particulière. Mais si elle ne m'en parle pas, je ne pense pas que j'aborderais le sujet avec elle ». Comme le souligne l'étude de A.M BEHLE et *al.*, réalisée en Seine-Maritime en 2009, le recours à un interprète et/ou à un médiateur culturel pourrait faciliter le dialogue entre le praticien et la patiente ainsi que favoriser l'installation d'un climat de confiance (12). Aussi, l'étude de J. COHENDET et *al.*, réalisée à Grenoble en 2017, affirme que les patientes se plaignent rarement de leur mutilation et que les patientes ne sont pas toujours au courant de leurs mutilations car certaines sont pratiquées extrêmement tôt dans l'enfance. Il appartient alors au professionnel de santé d'aborder le sujet (27). En parallèle, d'après l'enquête "Excision et Handicap", les femmes Africaines mutilées interrogées soulignent le silence des médecins et des gynécologues face aux mutilations (24). Elles affirment que les praticiens font comme s'ils ne remarquaient rien ou, lorsqu'ils abordent la question, ne le font pas toujours de manière appropriée (24).

En effet, les MSF constituent dans les sociétés occidentales un sujet tabou. Comme le précise l'étude de Myriam PARPAITE-CLAIN et *al.*, réalisée en Ile-de-France en 2014, l'évitement est souvent la solution adoptée soit par crainte de mal faire, soit pour ne pas s'aventurer sur un terrain inconnu (13).

27% des professionnels de santé interrogés disent qu'ils abordent le sujet des MSF en posant une question claire : « Avez-vous été mutilée ? », « Avez-vous été coupée ? », « Est-ce que quelqu'un a touché cette zone de votre corps contre votre grès ? », « Avez-vous été victime de mutilations sexuelles féminines ? ». 39% des professionnels de santé abordent ce sujet à l'interrogatoire alors que 27% le font après l'examen gynécologique seulement s'ils ont diagnostiqué une MSF. Les praticiens qui n'abordent pas ce sujet de façon systématique doivent alors être certains de ne jamais omettre le diagnostic de MSF. Cependant, d'après nos résultats, seul 1 professionnel de santé a décrit de façon exacte les 4 types de MSF décrits par l'OMS.

« Le/la praticien-ne face aux mutilations sexuelles féminines » recommande de demander aux patientes, lors de l'interrogatoire, si elles savent si elles ont subi des mutilations sexuelles (11). Le kit BILAKORO conseille aux professionnels de santé d'utiliser des questions simples qu'ils se sentent capables de poser afin d'offrir un espace d'expression à la patiente et afin de repérer les mutilations sexuelles en projet ou réalisées : « Savez-vous ce qu'est l'excision ? Avez-vous déjà entendu parler de cela ? » (26). Le questionnement systématique ouvre un espace de parole à l'initiative du professionnel, dans lequel la patiente mutilée entrera lorsqu'elle se sentira prête (26).

4.3.3. Le diagnostic, par l'examen clinique, des mutilations sexuelles féminines :

88% des professionnels de santé interrogés examinent la vulve et/ou les organes génitaux externes d'une patiente afin de poser le diagnostic de MSF. Ce résultat concorde avec l'étude de A.M BEHLE et *al.* qui montre que 79% des sages-femmes effectuent une inspection systématique des organes génitaux externes lors d'un examen clinique (12). D'après « Le/la praticien-ne face aux mutilations sexuelles féminines » le diagnostic repose sur l'examen attentif de la vulve et du périnée (11). Toutes lésions du revêtement cutanée, du gland du clitoris, du périnée, des petites et des grandes lèvres ainsi que du méat urinaire devront être examinées (11).

6% des professionnels de santé interrogés ont exprimé ne pas réaliser d'examen gynécologique car : « ... dès que je suspecte une mutilation sexuelle féminine, par exemple grâce à l'interrogatoire, je l'oriente vers un spécialiste qui lui l'examinera. Je ne vois pas l'intérêt d'examiner une femme alors que de toute façon, je ne suis pas capable de la prendre en charge », « ... je n'ai jamais été formé à le faire et pour être sûr de ne pas poser de faux diagnostic ».

4.3.4. La prise en charge des mutilations sexuelles féminines :

48% des professionnels de santé interrogés ont verbalisé qu'ils modulent leur prise en charge en fonction des demandes et/ou des plaintes de la femme mutilée. Nous pensons que ce chiffre est sous-estimé de part l'évidence de la prise en considération de l'avis et du consentement de la patiente.

45% des professionnels de santé interrogés orientent la patiente mutilée vers le CHU de Poitiers et 42% des professionnels de santé interrogés informent la patiente mutilée sur l'existence d'une chirurgie réparatrice.

Aucun professionnel participant à notre étude oriente les patientes concernées vers un psychologue et/ou un sexologue. En comparaison, la thèse d'A.C POULAIN et *al.*, réalisée en Seine-Saint-Denis en 2007, montre que 5% des praticiens interrogés le font (18).

9% des professionnels de santé interrogés disent ne pas instaurer de prise en charge particulière après avoir diagnostiqué une MSF. Nous pensons que ce chiffre est très certainement sous-estimé de part la difficulté pour les professionnels de santé à avouer leur manque de solutions face à cette problématique. Parmi les raisons invoquées face à cette absence de prise en charge, nous pouvons citer : « C'est très compliqué surtout quand on n'est pas certain du diagnostic ».

D'après « Le/la praticien-ne face aux mutilations sexuelles féminines », les éventuelles complications liées à la mutilation doivent être repérées, lors de la consultation, par le professionnel de santé (11). Ainsi, il doit évaluer les attentes de la femme et l'orienter vers une équipe pluridisciplinaire (11). Cette brochure recommande de réaliser immédiatement, si nécessaire, certains actes simples afin d'améliorer la situation de la patiente : prescription de lubrifiants ou de crèmes émollientes, traitement des infections et des troubles urinaires... (11).

Aussi, à travers ce guide, le professionnel de santé est prévenu qu'il est possible que la patiente ait besoin d'un certificat attestant des mutilations qu'elle a subies ou attestant de la non excision de ses filles comme l'ont également souligné 9% des professionnels de santé ayant participé à notre étude (11).

4.3.5. Les populations à risque :

100% des professionnels de santé interrogés ont répondu que les populations vivant en Afrique sont à risque de MSF mais seuls 39% d'entre eux sont capables de citer au moins un pays Africain à risque, 6% des professionnels de santé interrogés ont cité l'Asie et 3% ont cité le Moyen-Orient. D'après « Le/la praticien-ne face aux mutilations sexuelles féminines » ainsi que le kit BILAKORO, les MSF sont pratiquées dans 28 pays Africains, dans certains pays d'Asie et du Moyen-Orient (11) (26).

39% des professionnels interrogés ont cité l'Afrique de l'Ouest dont certains ont précisé la Guinée-Conakry (n = 9), la Guinée-Bissau (n = 2), le Sénégal (n = 1) et le Mali (n = 1) et 9% ont cité l'Afrique de l'Est dont certains ont précisé l'Egypte (n = 3) et le Soudan (n = 1). D'après « Le/la praticien-ne face aux mutilations sexuelles féminines » ainsi que le kit BILAKORO, les femmes mutilées vivant en France sont principalement originaires de pays d'Afrique de l'Ouest (Mali, Guinée-Conakry, Burkina-Faso, Côte d'Ivoire, Sénégal...), d'Afrique de l'Est (Somali, Djibouti, Erythrée, Soudan...) mais aussi d'Egypte (11) (26).

Aucun professionnel de santé interrogé n'a cité l'Indonésie et l'Ethiopie et seuls 3 professionnels ont cité l'Egypte comme pays à risque alors que la moitié des femmes ayant subi une MSF vivent dans ces 3 pays (26).

En comparaison, l'étude de Julie VAYSSE-BUITYS et *al.*, réalisée en région Parisienne en 2006, a montré que 58% des sages-femmes ne connaissent pas les pays où sont pratiquées les MSF (14).

En parallèle, 35% des professionnels de santé disent pratiquer le dépistage des MSF seulement s'ils estiment que la patiente est originaire d'un pays à risque et 21% disent aborder le sujet des MSF en fonction de l'origine de la patiente. Nous pouvons souligner que le manque de connaissances des professionnels de santé à propos des populations à risque de MSF est en contradiction avec un dépistage ciblé seulement sur l'origine des patientes. En effet, nos résultats laissent penser que les praticiens rencontrent des difficultés à cibler les populations concernées et donc qu'ils risquent d'omettre le dépistage de certaines patientes seulement car ils ne savent pas que celles-ci font partie d'une population à risque.

4.3.6. Les différents types de mutilations sexuelles féminines :

Lorsque nous leur posons la question, 39% des professionnels de santé interrogés disent connaître les différents types de MSF décrits par l'OMS (annexe 1). Contrairement à notre étude, l'étude de A.M BEHLE et *al.*, réalisée en Seine-Maritime en 2009, montre que 49% des sages-femmes disent connaître ces 4 types mais il ne leur a pas été demandé de les décrire (12).

Après avoir demandé aux 13 professionnels pensant connaître les différents types de mutilations sexuelles de les décrire, nous avons constaté qu'un seul professionnel de santé était capable de décrire de façon exacte les 4 types de MSF. De plus, notre étude montre que 61% des professionnels disent connaître aucun type de MSF mais, a contrario, 61% des praticiens interrogés disent pratiquer le dépistage des MSF. Ces résultats soumettent l'idée que la plupart des professionnels ne savent pas exactement ce qu'ils recherchent. Aussi, nous avons montré que l'absence de formation sur le sujet des MSF comparée à l'obtention d'un DU de gynécologie et/ou à la participation à une formation n'influencait pas significativement la connaissance des différents types de MSF décrits par l'OMS.

En comparaison, l'étude de Julie VAYSSE-BUITYS et *al.* montre que seuls 21% des sages-femmes interrogées ne connaissent aucun type de MSF et que les sages-femmes ayant reçu une formation sur le sujet connaissent significativement mieux les différents types de MSF comparée à celles n'en ayant pas reçue (14).

4.3.7. Les conséquences des mutilations sexuelles féminines :

D'après nos résultats, l'ensemble des professionnels de santé interrogés s'accorde sur le fait que les MSF ont des conséquences immédiates ainsi que des conséquences à long terme sur la santé des femmes. Les professionnels de santé sont également avertis des conséquences psychologiques de ces mutilations. D'après notre étude, l'obtention d'un DU de gynécologie et/ou la participation à une formation sur les MSF n'influence pas significativement les connaissances sur les conséquences de ces mutilations.

Le mémoire de Julie VAYSSE-BUITYS et *al.* montre que seuls 8% des sages-femmes ne connaissent aucune des complications des MSF et montre également que les sages-femmes ayant reçu une formation sur le sujet ne connaissent pas significativement davantage les complications des MSF (14).

Nous pouvons alors conclure que les formations actuellement proposées sur le sujet ne permettent pas l'acquisition de connaissances précises sur le sujet des MSF.

4.3.8. La reconstruction clitoridienne :

D'après notre étude, 73% des professionnels de santé interrogés disent ne pas pouvoir expliquer brièvement en quoi consiste cette chirurgie et 67% disent ne pas en connaître les modalités de remboursement. Ce résultat concorde à celui de l'étude de Myriam PARPAITE-CLAIN et *al*, réalisée en Ile-de-France en 2014, qui montre que seules 21% des sages-femmes interrogées se disent capables d'expliquer les modalités de cette chirurgie à leurs patientes (13).

4.3.9. Les attentes des professionnels de santé :

59% des réponses sont en faveur d'une formation des professionnels de santé sur les MSF. Ce chiffre est en accord avec l'étude d'A.M BEHLE et *al*. qui souligne que 52% des sages-femmes interrogées expriment le besoin d'avoir davantage de connaissances sur le sujet grâce à une formation ou un colloque sur les mutilations sexuelles (12). Nos résultats montrent que 14% des professionnels de santé interrogés expriment qu'une trace écrite en plus d'une formation orale serait un atout. Ce chiffre concorde avec l'étude réalisée par A.M BEHLE et *al*. qui montre que 10% des sages-femmes souhaitent qu'il existe une brochure destinée aux professionnels (12). De plus, l'étude d'A.C POULAIN et *al*. montre qu'il existe une différence significative entre les praticiens ayant reçu une formation et les praticiens n'ayant pas reçu de formation quant à la prise en charge des patientes mutilées (18). L'ensemble de ces résultats encourage la création d'une éventuelle formation sur le sujet.

26% des réponses montrent que les professionnels de santé pensent que la sensibilisation de la population au fait qu'une prise en charge existe et que les MSF sont interdites par la loi serait un tremplin au dépistage des mutilations. En effet, l'étude de A.M BEHLE et *al*. a mis en évidence que 13% des sages-femmes souhaiteraient pouvoir remettre une brochure explicative aux patientes (12). Ce prospectus devrait fournir les coordonnées des associations de défense des droits des femmes situées dans la ville de Poitiers, affirmer le droit au recours judiciaire pour les patientes victimes et rappeler l'interdiction de pratiquer les mutilations sexuelles sur le territoire français (12).

15% des réponses mettent en avant la complémentarité entre la sensibilisation de la population au sujet des MSF et la formation des professionnels à ce sujet.

Cela montre que l'intérêt des professionnels de santé pour le sujet semble vif. En effet, ils sont nombreux à déplorer un manque de connaissances concernant la prise en charge des mutilations et la formation reçue à ce sujet leur semble insuffisante.

Nous pensons que cet intérêt vient du fait que les MSF sont fréquemment rencontrées par ces professionnels et qu'ils souhaitent proposer une prise en charge optimale aux patientes concernées.

5. Conclusion.

Les professionnels de santé pratiquant la gynécologie ont un rôle déterminant dans le dépistage ainsi que dans la prise en charge des MSF et de leurs conséquences. Les sages-femmes libérales et médecins généralistes libéraux sont des acteurs clés dans la lutte contre les MSF car ils sont les premiers interlocuteurs des femmes mutilées et de leur famille. Les professionnels libéraux de Poitiers sont très nombreux à penser que leur patientèle inclut des femmes mutilées et pourtant, ils sont peu à savoir dépister et prendre en charge ces patientes.

Beaucoup reconnaissent ne pas avoir les connaissances nécessaires à un diagnostic fiable et exacte. En effet, certains disent pratiquer le dépistage des MSF ou aborder le sujet des MSF seulement chez les populations à risque mais leur manque de connaissance sur les pays à risque est en contradiction avec un dépistage seulement basé sur l'origine des patientes. De plus, le manque de connaissance des professionnels de santé sur les différents types de MSF ne peut permettre un diagnostic optimal de ces mutilations.

Certains déclarent ne pas pratiquer le dépistage des MSF à cause de leur manque de connaissances concernant la prise en charge des patientes concernées. En effet, les professionnels de santé sont nombreux à ne pas savoir comment aider et orienter les femmes mutilées. Par exemple, nombre d'entre eux ne savent pas expliquer en quoi consiste la reconstruction clitoridienne et ne connaissent pas les modalités de remboursement de cette chirurgie par la Sécurité sociale.

La plupart des praticiens expriment le besoin d'être davantage formés sur le sujet. Il paraît capital qu'une formation plus spécifique que celles déjà existantes soit créée afin d'améliorer le dépistage et la prise en charge des MSF. En effet, les formations déjà existantes sur le sujet ne semblent pas permettre aux professionnels y ayant participé d'avoir davantage de connaissances sur le sujet.

Des plaquettes d'information de qualité sur le sujet existent déjà comme « Le/la praticien face aux mutilations sexuelles féminines » et le Kit BILAKORO mais celles-ci sont peu connues dans la ville de Poitiers et sont seulement destinées aux professionnels de santé.

Les professionnels de santé interrogés encouragent la création d'une formation pluridisciplinaire spécifiquement axée sur les MSF. Cette formation devra davantage insister sur la reconnaissance des différents types de MSF (photos, schémas) ainsi que sur les prises en charge pluridisciplinaires possibles. Il semble également important pour les praticiens de revoir l'utilité et la manière d'évoquer le sujet avec la patiente, la peur de la réaction de celle-ci étant un frein important à l'abord du sujet.

D'après les professionnels, il est nécessaire que cette formation soit accompagnée de l'élaboration d'un fascicule permettant de garder une trace écrite et afin de les guider dans le dépistage et la prise en charge des MSF. Un fascicule concernant les recommandations de bonne pratique sur la prise en charge des MSF est actuellement en cours d'élaboration par la Haute Autorité de Santé (HAS) et sera disponible fin 2019. Il serait alors également intéressant de créer une brochure, traduite en plusieurs langues, destinée aux populations concernées afin de les informer sur les possibilités thérapeutiques et d'encourager l'instauration d'un dialogue entre les patientes et les professionnels. Aussi la formation et la sensibilisation de traducteurs sur ce sujet pourrait faciliter le dialogue avec les femmes concernées.

Il semble pertinent de montrer, à travers une prochaine étude, quels sont les ressentis et les besoins des patientes mutilées. Ainsi, en croisant les résultats de notre étude et de cette future étude, un protocole de soins pourra être élaboré. Celui-ci répondra aux questions des professionnels de santé et sera en accord avec les besoins des patientes.

6. Bibliographie.

1. OMS. Eliminer les mutilations sexuelles féminines: déclaration interinstitutions HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM. 2008 [cité 12 oct 2017]; Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43902/1/9789242596441_fre.pdf
2. OMS. Stratégie mondiale visant à empêcher le personnel de santé de pratiquer des mutilations sexuelles féminines. *Droit Déontologie Soin*. 2010;11(2):189–201.
3. OMS. Classification des mutilations sexuelles féminines. 2010 [cité 12 oct 2017]; Disponible sur: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/overview/fr/>
4. Ministère de la Santé et des Sports. Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines. *GSF*. juill 2010;115.
5. Excision et asile [Internet]. Espoir d’asile. 2013. Disponible sur: <http://www.espoirdasile.org/images/uploaded/Excision%203.pdf>
6. Vigogne Le Coat C. Portrait : Pierre Foldès. Architecte du clitoris. [Internet]. *Libération*. 2012 [cité 12 oct 2017]. Disponible sur: http://www.liberation.fr/societe/2012/07/13/pierre-foldes-architecte-du-clitoris_833258
7. Pigaglio R. Le Dr Pierre Foldès, au service des femmes excisées - La Croix [Internet]. 2014 [cité 12 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.la-croix.com/Ethique/Medecine/Le-Dr-Pierre-Foldes-au-service-des-femmes-excisees-2014-03-11-1118542>
8. Foldès P, Cuzin B, Andro A. Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study. *The lancet*. 2012;380(9837):134–141.
9. MIPROF. Le lettre de l’observatoire national des violences faites aux femmes. *MinIstère Fam Enfance Droits Femmes*. févr 2017;(11):12.
10. Foldès P. Chirurgie plastique reconstructrice de l’excision et des mutilations sexuelles. [Internet]. *Sexologos*. 2007 [cité 12 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.sfsc.fr/publi/puz2703.htm>
11. DGS, MIPROF. Le La praticien-ne face aux MSF, 2016.pdf [Internet]. 2016 [cité 20 janv 2019]. Disponible sur: https://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Le_praticien_face_aux_mutilations_sexuelles_feminines_-_Fevrier_2016-2.pdf
12. Behle A-M. LES MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES: Qu’en savent les sages-femmes? Enquête auprès de 179 professionnels de Seine-Maritime [Internet]. *CHU de Rouen*; 2009 [cité 12 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.gynsf.org/MSF/memoireannmelodybehle.pdf>

13. 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 [Internet]. 2014 [cité 12 oct 2017]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01063220/document>
14. Vaysse-Buitys J. Le rôle de la sage-femme dans la prévention des mutilations génitales féminines [Internet] [Mémoire de fin d'étude pour le diplôme d'état de sage-femme]. [Ecole de sages-femmes de Baudelocque]: Université René Descartes de la Faculté de médecine Cochin-Port-Royal; 2006 [cité 12 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.gynsf.org/MSF/memoirejulievaysse.pdf>
15. Goncalves M. Les mutilations sexuelles féminines : Quelle prise en charge en maternité ? [Internet] [Diplôme d'Etat de sage-femme]. [Nantes]: Université de Nantes; 2007. Disponible sur: <https://www.gynsf.org/MSF/memoiremanuelagoncalves.pdf>
16. Rémy M. Le rôle de la sage-femme pratiquant l'entretien prénatal individuel dans la prévention des mutilations sexuelles féminines [Internet]. [Ecole de sages-femmes Albert Fruhinsholz]: Université Henri Poincaré, Nancy I; 2008. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_MESF_2008_REMY_MARLENE.pdf
17. Rettel V. Mutilations sexuelles féminines et accouchement : Pour une prise en charge adapté. [Internet]. [Ecole de sages-femmes de Metz]: Université Henri Poincaré, Nancy I; 2009. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_MESF_2009_RETTEL_VIRGINIE.pdf
18. Poulain A-C. Les mutilations sexuelles féminines : Les pratiques professionnelles dans les maternités de Seine-Saint-Denis [Internet] [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. [Faculté de médecine de Créteil (Paris XII)]: Université Paris Val-de-Marne; 2007. Disponible sur: <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0487183.pdf>
19. Rémy A, Lecalvez L. Analyses des pratiques des médecins généralistes face aux mutilations sexuelles féminines : enquête dans le département de Seine-et-Marne. [Paris]: Université Pierre et Marie Curie; 2009.
20. Antoine J-D, Tisserand C. Mutilations sexuelles féminines : évaluation des connaissances et de la prise en charge chez les praticiens de Côte d'Or et Saône-et-Loire. Université de Bourgogne; 2015.
21. Morrise-Sanson M, Boulet P. Les mutilations sexuelles féminines : étude qualitative sur les ressentis et besoins en formation des médecin généralistes de Haute-Normandie. 2012.
22. Villalon E. Dépistage, prévention et prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les médecins de protection maternelle et planification familiale des centres de protection maternelle et infantile de Seine-Saint-Denis : description et pratique. [Internet] [Thèse pour le Doctorat en Médecine]. [Paris XIII]: Université Paris Nord (Paris XIII); 2014. Disponible sur: https://dumg.univ-paris13.fr/IMG/pdf/these_integrale_de_elena_villalon.pdf

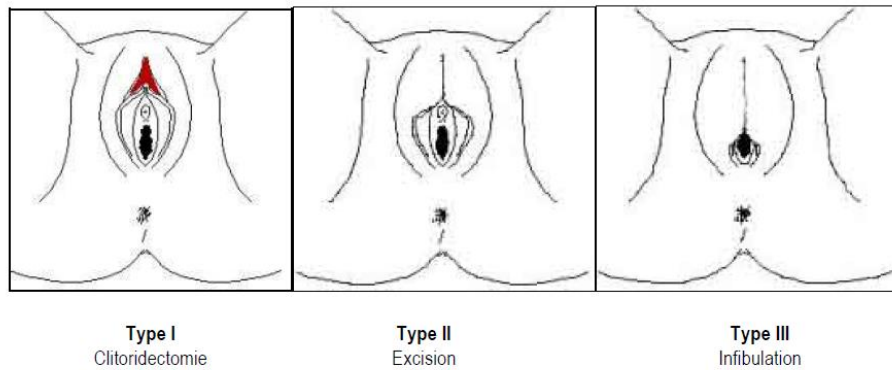
23. Schwarz F, Piketty M. Prise en charge des mutilations sexuelles féminines: Quel est le rôle du médecin généraliste en Centre de Planification Familiale? [Internet] [Mémoire pour le DU de formation complémentaire en gynécologie-obstétrique pour les médecins généralistes]. [Paris]; 2013 [cité 12 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.gynsf.org/MSF/memoirecpef.pdf>
24. Andro A, Lesclingand M, Pourette D. 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. [Internet]. Université Paris 1: Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie sociale; 2009 janv p. 80. Report No.: Volet qualitatif du projet Excision et Handicap (ExH). Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/269/volet_qualitatif_de_exh_rapport_final.fr.pdf
25. KAMINA P. Anatomie clinique : Tome 4, Organes urinaires et génitaux, pelvis, coupes du tronc [Internet]. 2e édition. Poitiers: Maloine; 2006. 383 p. (ANATOMIE CLINIQUE). Disponible sur: <https://med-sba.blogspot.com/2017/08/livre-kamina-tome-4-pdf.html>
26. Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes, MIPROF. LIVRET D'ACCOMPAGNEMENT DU COURT-METRAGE DE FORMATION «BILAKORO» [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/>
27. Cohendet J. Mutilations sexuelles féminines: connaissances, dépistage et prise en charge: état des lieux auprès des sages-femmes de l'agglomération de Grenoble. 23 juin 2017;48.
28. GYNSF, GAMS. QUE SAVOIR SUR LES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES ? [Internet]. 2008. Disponible sur: <https://www.gynsf.org/MSF/PlaquetteMSFGSF2008.pdf>
29. UNICEF. Mutilations génitales féminines /excision : aperçu statistique et étude de la dynamique des changements [Internet]. UNICEF. 2013 [cité 2 mai 2019]. Disponible sur: https://www.unicef.org/french/publications/index_69875.html

7. Annexes.

Annexe 1 - Typologie des mutilations sexuelles féminines (1).

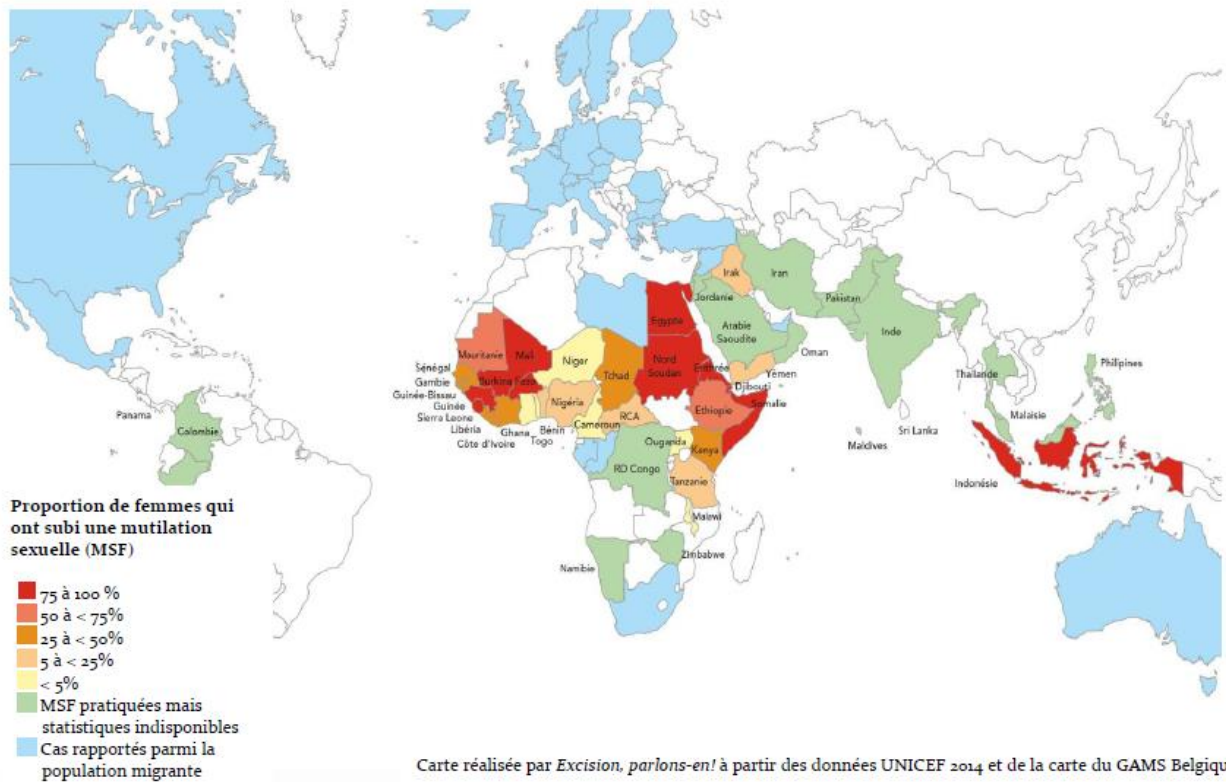
Typologie modifiée de l'OMS, 2007	Typologie de l'OMS, 1995
Type I : Ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce (clitoridectomie). Lorsqu'il est important de distinguer entre les principales formes de la mutilation de type I, les subdivisions ci après sont proposées : type Ia, ablation du capuchon clitoridien ou du prépuce uniquement ; type Ib, ablation du clitoris et du prépuce.	Type I : Excision du prépuce, avec ou sans excision de la totalité ou d'une partie du clitoris.
Type II : Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision). Lorsqu'il est important de distinguer entre les principales formes qui ont été constatées, les subdivisions ci après sont proposées : type IIa, ablation des petites lèvres uniquement ; type IIb, ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres ; type IIc, ablation partielle ou totale du clitoris, des petites lèvres et des grandes lèvres. Notez également qu'en français le terme « excision » est fréquemment utilisé comme un terme général recouvrant tous les types de mutilations sexuelles féminines.	Type II : Excision du clitoris avec excision partielle ou totale des petites lèvres.
Type III : Rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris (infibulation). Lorsqu'il est important de distinguer entre différentes formes d'infibulation, les subdivisions ci après sont proposées : type IIIa, ablation et accolement des petites lèvres ; type IIIb, ablation et accolement des grandes lèvres.	Type III : Excision de la totalité ou d'une partie de l'appareil génital externe et suture/rétrécissement de l'ouverture vaginale (infibulation).
Type IV : Non classées : toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, telles que la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation.	Type IV : Diverses pratiques non classées telles que la ponction, le percement ou l'incision du clitoris et/ou des lèvres ; l'étirement du clitoris et/ou des lèvres ; la cautérisation par brûlure du clitoris et des tissus environnants ; la scarification des tissus qui entourent l'orifice vaginal (« angurya ») ou l'incision du vagin (« gishiri ») ; l'introduction de substances ou d'herbes corrosives dans le vagin pour provoquer un saignement ou pour le resserrer ; et toute autre pratique entrant dans la définition générale des mutilations sexuelles féminines.

Annexe 2 - Typologie des mutilations sexuelles féminines (28).



(Source images : HUSTON P. Rapport compilé pour le groupe de travail fédéral interministériel sur les mutilations des organes génitaux féminins. Bureau pour santé des femmes, Santé Canada, Automne 2000.)

Annexe 3 - Les mutilations sexuelles féminines : l'ampleur du phénomène dans le monde (9).



Annexe 4 - Prévalence des mutilations génitales féminines / excisions chez les filles et les femmes âgées de 15 à 40ans (29).

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	78
Gambie	76
Éthiopie	74
Mauritanie	69
Libéria	66
Guinée-Bissau	50
Tchad	44
Côte d'Ivoire	38
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

* Les données concernant les MGF/E ont été recueillies uniquement dans la partie nord de l'ancien Soudan, avant que la République du Soudan du Sud ne se sépare de la République du Soudan en juillet 2011. Aucune donnée n'a été recueillie dans ce qui correspond à l'actuel Soudan du Sud car on considère que les MGF/E n'y sont généralement pas pratiquées. Par conséquent, ce rapport traite uniquement de la République du Soudan.

Annexe 5 - Les complications des mutilations sexuelles féminines (23).

Les complications des MSF¹⁶

IMMEDIATES	A MOYEN TERME	A LONG TERME
Le décès	Le décès	Le kyste dermoïde clitoridien
La douleur suraiguë => choc neurogénique	Le névrome cicatriciel	Les algies pelviennes chroniques
Saignements => choc hémorragique	L'anémie	Les dyspareunies
Les infections locales (abcès, phlegmon), locorégionales (adénite suppurée, gangrène gazeuse) ou généralisées (septicémie, tétanos...)	Les infections génitales basses	Les infections génitales hautes => hypofertilité (MSF de type III)
La rétention d'urine réflexe => infections des voies urinaires	Les troubles urinaires (dysurie, rétention urinaire, infections urinaires, incontinence urinaire)	Les infections chroniques des voies urinaires (MSF de type III) => cystites + pyélonéphrites => insuffisance rénale
Lésion des organes de voisinage (vessie, anus) => fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales	La pseudo-infibulation par coalescence des petites lèvres	Dysménorrhées, l'hématocolpos* (MSF de type III)
La transmission de maladies hématogènes (Virus de l'immunodéficience humaine (VIH), hépatite B, C...)	Les chéloïdes vulvaires	La sténose de l'orifice vaginal (sauf MSF de type I)
Les fractures (clavicule, humérus, fémur...)	Le défaut de cicatrisation	

*Hématocolpos : accumulation de sang des règles dans le vagin par fermeture totale de l'orifice vaginal externe.

Annexe 6 – Grille d’entretien :

GUIDE D'ENTRETIEN :

L'entretien semi-dirigé sera structuré par des questions ouvertes portant sur l'expérience, les difficultés rencontrées, les connaissances et les besoins des professionnels de santé concernant le diagnostic et la prise en charge des mutilations sexuelles féminines :

1- Pensez-vous que votre patientèle inclut des femmes mutilées ?

Si oui, avez-vous déjà posé le diagnostic de MSF chez l'une de vos patientes ?

2 - Peut-on dire, d'une manière générale, que vous pratiquez le dépistage des MSF ?

Si oui, qu'est-ce qui vous "encourage / amène" à le faire ?

3 - A l'interrogatoire, comment abordez-vous / aborderiez-vous le sujet des MSF avec vos patientes ?

Pensez-vous pouvoir aisément aborder le sujet des mutilations sexuelles féminines avec vos patientes ? Pourquoi ?

Prenez-vous des précautions particulières afin d'aborder ce sujet ?

Existe-t-il une question « type » que vous utilisez / utiliseriez afin d'aborder le sujet des MSF avec vos patientes.

4 - Comment procédez-vous / procéderiez-vous pour poser le diagnostic clinique de MSF ?

Qu'examinez-vous / examineriez-vous en pratico-pratique ?

5 - Que mettez-vous / mettriez-vous en place après avoir diagnostiqué une MSF ?

Quel accompagnement ? Quelle prise en charge ? Quels traitements ? Vers quels professionnels de santé orientez-vous une femme mutilée ?

6 - D'après vous, quelles sont les populations majoritairement touchées par les MSF, en terme d'âge et de pays d'origine ?

7 - Connaissez-vous les différents types de MSF décrits par l'OMS ?

Si oui, pouvez-vous les citer ou les décrire ?

Décrivez les types de MSF auxquels vous avez déjà été confronté ?

8 - D'après vous, quelles sont les conséquences des MSF sur la santé des femmes ?

9 - Pouvez-vous expliquer, brièvement, en quoi consiste la reconstruction clitoridienne ?

10 - Connaissez-vous les modalités de remboursement de la reconstruction clitoridienne ?

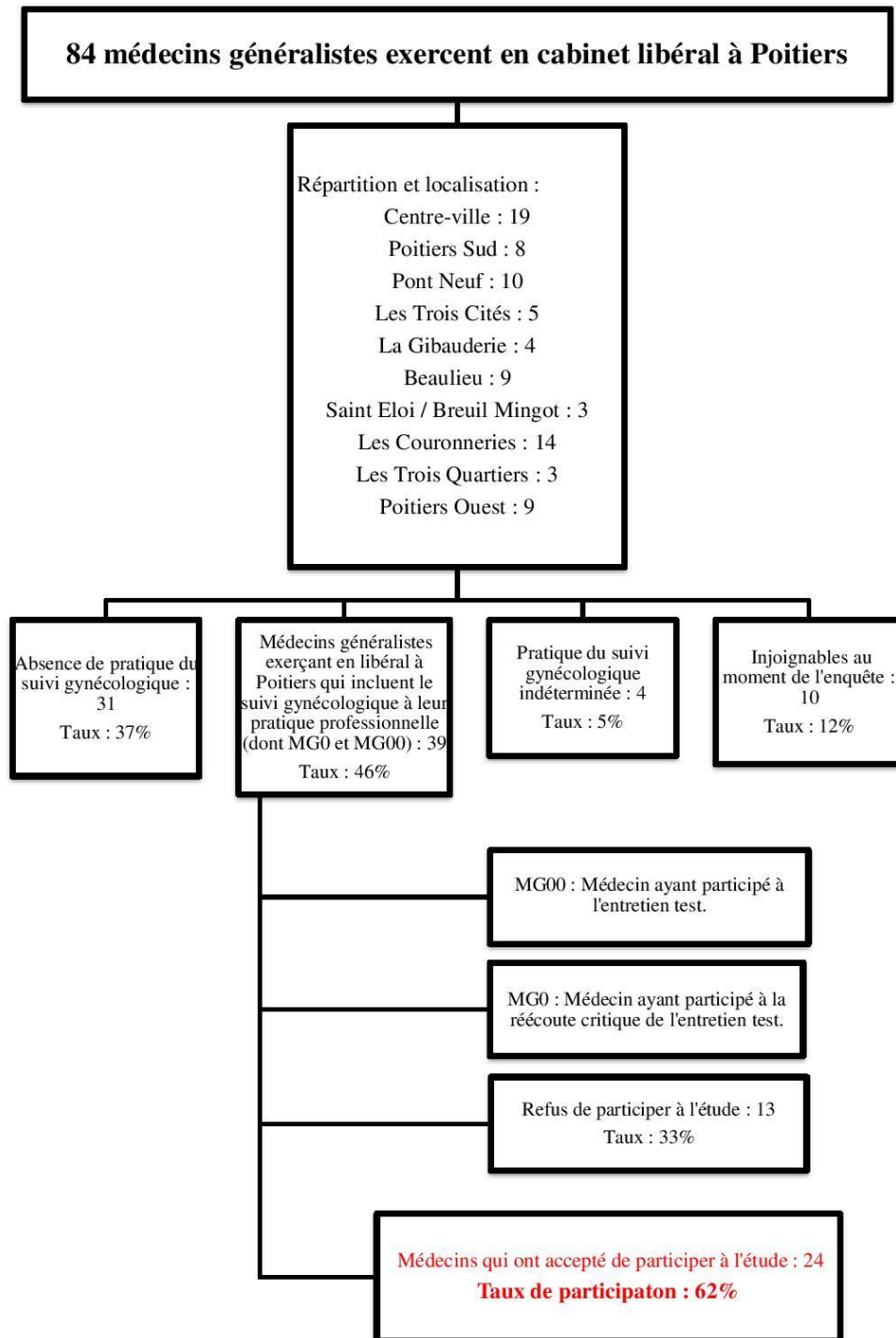
11 - Quels seraient, selon vous, les moyens de perfectionner le diagnostic et la prise en charge des MSF ?

12 - Quelles seraient vos attentes concernant la création d'un éventuel outil de formation au sujet des MSF ?

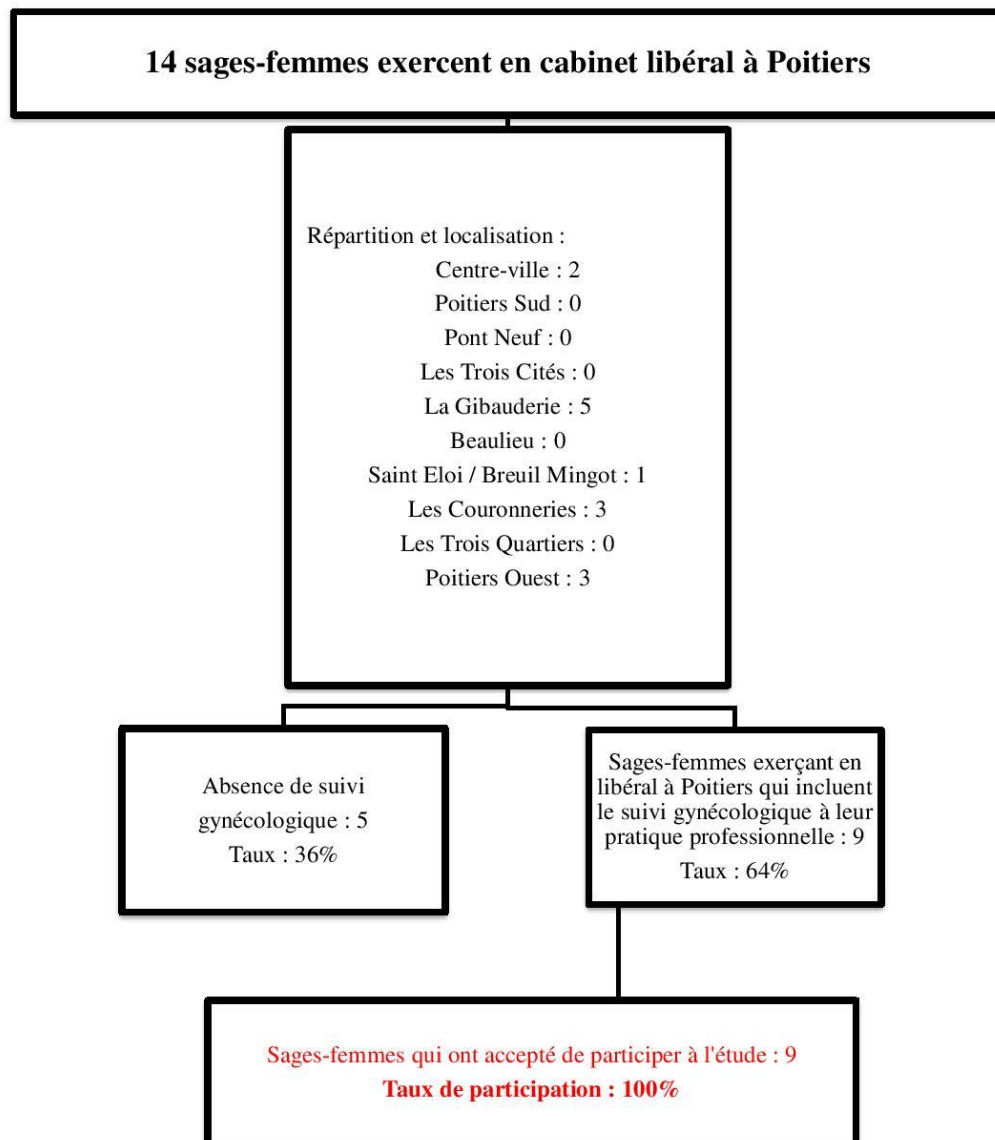
A la fin de l'entretien semi-directif, nous recueillerons les informations susceptibles d'avoir influencé les réponses de chaque professionnel de santé interrogé :

- Leur âge.
- Leur sexe.
- Leur année de d'obtention de leur diplôme d'Etat de docteur en médecine / Leur année d'obtention de leur diplôme d'Etat de sage-femme.
- Le lieu d'obtention de leur diplôme d'Etat de docteur en médecine / Le lieu d'obtention de leur diplôme d'Etat de sage-femme.
- L'obtention ou non d'un Diplôme Universitaire de gynécologie.
- Le suivi d'une formation au sujet des mutilations sexuelles féminines (pendant leurs études ou après).
- Le quartier où se situe le cabinet.
- Le nombre d'année d'exercice en libéral.

Annexe 7 – Graphique 11 : Diagramme de flux représentant la localisation, la répartition, la pratique de la gynécologie et le taux de participation à l'étude des médecins généralistes libéraux de Poitiers.



Annexe 8 – Graphique 12 : Diagramme de flux représentant la localisation, la répartition, la pratique de la gynécologie et le taux de participation à l'étude des sages-femmes libérales de Poitiers.



8. Résumé.

Introduction et objectifs :

Des études ont montré que les professionnels de santé se sentent démunis face au diagnostic et à la prise en charge des MSF et que les femmes mutilées se sentent ni comprises ni soutenues.

Nos objectifs étaient : évaluer la proportion de médecins généralistes libéraux et de sages-femmes libérales qui pratiquent le dépistage des MSF, identifier les difficultés qu'ils rencontrent lors du diagnostic et de la prise en charge des MSF et identifier leurs besoins afin de faciliter le diagnostic et la prise en charge des MSF.

A travers ce mémoire, nous avons cherché à savoir : **Quelles sont les difficultés rencontrées par les professionnels de santé lors du diagnostic et de la prise en charge des mutilations sexuelles féminines ?**

Matériel et méthode :

Il s'agissait d'une étude observationnelle qualitative prospective interrogeant les médecins généralistes libéraux et les sages-femmes libérales de Poitiers qui pratiquent le suivi gynécologique.

Chaque entretien semi-dirigé était structuré par 12 questions permettant d'aborder l'expérience et la pratique du professionnel de santé, les difficultés rencontrées, les connaissances théoriques et les attentes concernant la création d'un éventuel outil de formation.

Résultats :

61% des professionnels de santé interrogés pratiquent le dépistage des MSF et 73% ont posé le diagnostic de MSF chez l'une de leur patiente alors que 79% des professionnels interrogés pensent que leur patientèle inclut des femmes mutilées.

61% des professionnels disent ne connaître aucun type de MSF.

9% des professionnels de santé interrogés disent ne pas instaurer de prise en charge particulière après avoir diagnostiqué une MSF.

59% des réponses obtenues sont en faveur d'une formation des professionnels de santé sur les MSF.

Conclusion :

Les professionnels libéraux de Poitiers sont très nombreux à penser que leur patientèle inclut des femmes mutilées et pourtant, ils sont peu à savoir dépister et prendre en charge ces patientes. Les professionnels de santé encouragent la création d'une formation pluridisciplinaire spécifiquement axée sur les MSF.

Il semble pertinent de montrer, à travers une prochaine étude, quels sont les ressentis et les besoins des patientes mutilées. Ainsi, en croisant les résultats de notre étude et de cette future étude, un protocole de soins pourra être élaboré.

Mots clés :

Mutilation sexuelle féminine / Médecins généralistes libéraux / Sages-femmes libérales / Diagnostic / Prise en charge / Formation.

9. Abstract.

Introduction and objectives :

Studies have shown that health professionals feel overwhelmed when confronted with diagnosis and care of FGM and that mutilated women feel neither understood nor supported. Our objectives were : to assess the proportion of private-practice general practitioners and free-lance midwives who practice FGM screening, identify the difficulties they encountered concerning the diagnosis and the care of FGM and identify their needs to facilitate the diagnosis and the care of FGM.

Through this study we sought a response to the following question : **What are the difficulties faced by health professionals in the diagnosis and the care of female genital mutilation ?**

Materials and method :

This was a prospective, qualitative and observational study of private-practice general practitioners and free-lance midwives in Poitiers who practice gynecological monitoring.

Each semi-structured interview contained 12 questions about the experience and practice of the health professional, the difficulties that they encountered, theoretical knowledge and expectations about the creation of a potential training tool.

Results :

61% of the health professionals practise FGM screening and 73% have diagnosed one of their patients with FGM, while 79% of the professionals believe that mutilated women are included among their patients.

61% of the professionals say they don't know the different types of FGM.

9% of the health professionals don't initiate any particular care after diagnosing a FGM.

59% of the responses were in favour of FGM training for health professionals.

Conclusion :

There are many private-practice professionals in Poitiers that believe that there are mutilated women amongst their patients but only a few know how to detect an FGM or how to care for these patients. Health professionals encourage the creation of multi-disciplinary training specifically focused on FGM.

It appears necessary to expose, through a future study, what the feelings and needs of mutilated patients are. A protocol of care could be developed by comparing the results of our study and this future study.

Key Words :

Female Genital Mutilation / Private-practice general practitioners / Free-lance midwives / Diagnosis / FGM care management / Training.