

**UNIVERSITE TOULOUSE III- Paul SABATIER
FACULTE DE MEDECINE**

Année 2016

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement le 15 Avril 2016
par Héloïse TATIN et Marie ZOUZOUO

**COMPORTEMENTS DES SOIGNANTS
LORS DE LA PRISE EN CHARGE
DES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES
À TOULOUSE.**

Étude Qualitative

DIRECTRICE DE THÈSE: Madame le Docteur Valérie COURTEAUT

JURY: **Président:** Monsieur le Professeur Pierre LEGUEVAQUE
Assesseur: Monsieur le Docteur Marc VIDAL
Assesseur: Monsieur le Docteur Thierry BRILLAC
Assesseur: Madame le Docteur Virginie MAINCION
Assesseur: Madame le Docteur Valérie COURTEAUT

REMERCIEMENTS COMMUNS

À Monsieur le Professeur Pierre LEGUEVAQUE,

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant la présidence de ce jury. Votre expérience et votre implication dans le domaine des Mutilations génitales féminines nous ont beaucoup aidées à la réalisation de ce travail. Nous tenons à vous assurer de notre profonde reconnaissance pour l'intérêt que vous avez porté à cette thèse.

À Monsieur le Docteur Marc VIDAL, et à Monsieur le Docteur Thierry BRILLAC,

Vous nous avez fait l'honneur de faire partie de notre jury. Nous vous en sommes extrêmement reconnaissantes.

À Madame le Docteur Virginie MAINCION,

Nous te remercions sincèrement pour tes idées, pistes de recherche, et les discussions que nous avons eu ensemble. Nous sommes honorées que tu aies accepté de faire partie de ce jury.

À Madame le Docteur Valérie COURTEAUT,

Tu nous as fait l'honneur de diriger ce travail de thèse, et nous as accompagné tout au long de ces deux années. Nous tenons à te remercier profondément pour ton soutien, tes conseils avisés, et ton discernement.

À tous les médecins qui ont accepté de témoigner,

Merci pour votre investissement.

À Mesdames les Docteurs Pauline BASTIEN et Carole PACCARD, À Madame Coumba BABY,

Sans qui ce travail n'aurait pas été possible.

REMERCIEMENTS DE MARIE

À Héloïse, pour toute son amitié, sa gentillesse, sa patience avec moi. Je te remercie pour tous ces moments passés ensemble, tu es quelqu'un de formidable !

À mes maîtres de stage pour toute leur écoute, leurs conseils et leur aide tout au long de mes stages.

À ma famille, pour leur amour et leur confiance en moi. Et plus spécialement à mes parents, pour leur soutien et leur aide tout au long de ce travail.

À mes amis,
Notre départ à Paris n'a fait que renforcer l'amour que je vous porte. Je remercie spécialement les expatriés qui nous rejoignent dans le Nord et qui se reconnaîtront.

À Derrick,
Sans toi je ne suis rien. Je t'aime.

REMERCIEMENTS HÉLOÏSE

Merci à Marie pour cette synergie au travail et cette belle rencontre.
T'es géniale !

Merci à mes parents pour m'avoir poussé à faire des études.
Bon courage pour ce moment difficile. Je vous aime.

À mes super sisters, vous serez toujours mes modèles, mes idoles,
et à leurs petites familles : Laurent, Luc, Leïna qui grandit trop vite et à Gaspard qui arrive
! Je vous aime !!!!!

Aux Royannaises : Phinou, Sandra, Aurélie, Flo, Maïion , July ,
et avec qui ça fait si longtemps ;

Aux intemporelles : Alma, Gomard, Florane, Aurèl et à leur grain de folie ;

À mes piliers Léa et Maxoo's,
À mon Anso, super Loulou, Aurora, Stiqmou, et tous mes autres potes de Poitiers,
pour toutes ces années de pur bonheur passées ensemble ;

À mes colocs, Mathie, Momo, Clarisse, Dorian, Charly, Gérem
et toute l'ancienne clique du 106,
quelle chance de vous avoir ;

Aux belles rencontres de cet internat,
les St Gaudinois Guillaume, Clément, Toto, Delphine, Emma, Céline, Pierrot, Angel ;
à la dream team de l'internat du CHOG, trop hâte de vous revoir ;
et aussi à Nab et Lulu of course ;

Je vous aime !

Merci à Gasan et mes autres rencontres de voyages pour leur philosophie de vie.

Merci à mes amis de la danse africaine de Poitiers de m'avoir transmis cette passion.

Merci aux docteurs Fabienne Remondet, Didier Rigal, Caroline Misslin-Tritch, Bernadette Coulaud, et à ceux du cabinet de St Béat, qui m'inspireront toujours dans ma pratique de la médecine générale .

PS : Encore merci aux correcteurs de Mathie, Cla et mes parents qui ont relu cette thèse
moulte fois, ainsi qu'aux dompteurs du tableur excel Maxou et Gérem ;-)

ABRÉVIATIONS

ARS : agence régionale de santé

CNV : Communication Non Violente

DU : Diplôme Universitaire

GAMS : Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles

MGF : mutilations génitales féminines

VFF : violences faites aux femmes

OFPPA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatride

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

LEXIQUE

Âgisme : Regroupement de toutes les formes de discrimination, de ségrégation, de mépris, fondé sur l'âge.

Communication Non Violente : Méthode de communication résumée en 4 temps : Observation de la situation, Exprimer les sentiments et attitudes suscités dans cette situation, Clarifier les besoins, Faire une demande concrète, réalisable, précise et formulée positivement (définition de M. B. Rosenberg).

Compétence interculturelle : Intégration des significations autres, par une ouverture, un intérêt aux besoins du patient, une disposition à relativiser son point de vue et ses propres valeurs afin de pouvoir admettre l'existence d'autres perspectives. La prise de conscience de l'autre dans son univers de significations propre n'est pas une chose aisée car elle passe par une prise de conscience de ses propres cadres de référence, de ses comportements et valeurs, ce qui signifie que cela touche au plus profond de l'individu, c'est-à-dire à son image de soi, à ses croyances, à ses valeurs. Cette prise de conscience permettrait la négociation, la recherche de la compréhension de l'autre et éviterait l'exclusion.

Éducation sexuelle : Informer sur la sexualité et transmettre un certain nombre de valeurs et de recommandations. Elle peut avoir également pour objet l'expression et la discussion autour des sentiments amoureux, des pratiques sexuelles et du respect mutuel.

Focus group ou groupe de discussion : Forme de recherche qualitative qui prend forme au sein d'un groupe spécifique culturel, sociétal ou idéologique, afin de déterminer la réponse de ce groupe et l'attitude qu'il adopte au regard d'un thème.

Groupe Balint : Groupe de personnes qui se retrouvent régulièrement, pour réfléchir autour de la présentation d'un cas clinique dans lequel la relation soignant-soigné pose problème et questionne.

Multiculturalité : Notion que la diversité culturelle a des répercussions dans la pratique pédagogique.

Pudeur : Émotion, action de discrétion soucieuse du bien-être de chacun. Il s'agit d'un monde intime intérieur présent chez chacun, qu'il s'agisse du corps ou des pensées, que chacun veut garder secret. Elle représente un mode relationnel, et est indispensable à toute interaction sociale.

Violence faite aux femmes (VFF) : « tout acte de violence fondé sur l'appartenance au sexe féminin causant ou susceptible de causer aux femmes des dommages ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques (...) »
(déclaration de l'ONU sur l'élimination de la violence contre les femmes 1993).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	4
---------------------------	----------

MÉTHODES	6
-----------------------	----------

A - LE THÈME

1. CHOIX DU THÈME
2. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE SUR LE THÈME
3. RENCONTRE AVEC LES ACTEURS DE PREMIERS RECOURS

B - L'ÉTUDE

1. CHOIX DE LA QUESTION DE RECHERCHE
2. CHOIX DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

Choix du type de l'étude

Formation et recherche bibliographique sur la démarche qualitative

Choix de l'entretien semi dirigé

Confection d'un journal de bord

3. CHOIX DE LA POPULATION

Échantillonnage

Recrutement

4. ÉLABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN

5. VALIDATION DU COMITÉ ÉTHIQUE

6. RÉFLEXIVITÉ

7. RECUEIL DES DONNÉES

Contexte d'énonciation

Modalité de recueil des données

Retranscription des données

8. ANALYSES

Analyse longitudinale

Analyse transversale

Analyse thématique

Saturation des données

Conceptualisation

RÉSULTATS 13

A - FLUX MIGRATOIRES ET QUESTIONNAIRE URPS

B - DÉROULEMENT DES ENTRETIENS

C - CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLONNAGE

D - ANALYSE EXPLICATIVE

I) REPRÉSENTATIONS DES SOIGNANTS AU SUJET DES MGF

1. REPRÉSENTATIONS INSTINCTIVES ET SPONTANÉES DES MGF

Une vision très négative : une horreur

Une atteinte du corps et de la personne

Une domination sur la femme : une violence acceptée ou combattue

Une imprégnation culturelle et une responsabilité de la société

Un grand questionnement

2. DES SOUVENIRS MARQUANTS À LA SYMPATHIE

3. AMBIVALENCE ENTRE DEVOIR D'IMPLICATION ET PEUR D'INTRUSION

Une implication forte

Prévention quaternaire et ingérence médicale

Un dépistage systématique intrusif dans la sphère intime

Un détachement du sujet des MGF

II) DIFFICULTÉS POUR ABORDER ET DIAGNOSTIQUER LES MGF

1. POUR LES FEMMES À TRAVERS LE REGARD DES SOIGNANTS

2. COMPLEXITÉ DES THÈMES TRANSVERSAUX

3. UN OEIL AVISÉ

III) DIFFICULTÉS DE PRISE EN CHARGE SUR TOULOUSE

1. CÔTÉ SOIGNANT

Une reconstruction à la fois physique et psychologique

Un suivi aléatoire

2. CÔTÉ PATIENTE

3. MÉFIANCE DES PROTOCOLES : PRISE EN CHARGE AU CAS PAR CAS

4. DU SILENCE AU RÉSEAU TOULOUSAIN IDENTIFIÉ

DISCUSSION 27

A - FORCES ET LIMITES

Méthode qualitative

Recueil et analyse des données

Recrutement de la population

Thématique

B - ANALYSE DES RÉSULTATS

I) REPRÉSENTATIONS DES SOIGNANTS AU SUJET DES MGF

1. DES REPRÉSENTATIONS SPONTANÉES TRÈS NÉGATIVES
2. DE L'EMPATHIE À LA SYMPATHIE
3. AMBIVALENCE ENTRE DEVOIR D'IMPLICATION ET PEUR D'INTRUSION

II) DIFFICULTÉS POUR ABORDER ET DIAGNOSTIQUER LES MGF

1. L'ABORD DU SUJET : UNE ATTENTE DES FEMMES
2. COMPLEXITÉ DES THÈMES TRANSVERSAUX

[Comment aborder la violence ?](#)

[Comment aborder la sexualité ?](#)

[Comment aborder une culture différente de la sienne ?](#)

3. IMPORTANCE DE LA RELATION DE CONFIANCE
4. UN OEIL AVISÉ

III) DIFFICULTÉS DE PRISE EN CHARGE SUR TOULOUSE

1. LA QUESTION DU GENRE
2. UN MANQUE DE COMPÉTENCE MAIS UNE FORMATION QUI EXISTE
3. RÉPARATION , PLURIDISCIPLINARITÉ ET INGÉRENCE MÉDICALE
4. DU SILENCE AU RÉSEAU TOULOUSAIN IDENTIFIÉ

IV) AMÉLIORER LE DÉPISTAGE DES MGF À TOULOUSE

CONCLUSION 42

RÉFÉRENCES 44

ANNEXES 48

INTRODUCTION

Nombre de cas

On compte aujourd'hui 1 femme excisée toutes les 15 secondes dans le monde.

Au niveau mondial, les régions principalement concernées sont l'Afrique Subsaharienne, la péninsule Arabique, certains pays d'Asie et les pays de migration actuels : Australie, Amérique du Nord et Europe.

Aucune étude ne répertorie précisément la prévalence des Mutilations Génitales Féminines (MGF) en France, en tenant compte des ethnies (1). En 2007, on estimait en moyenne 53000 femmes et fillettes excisées ou menacées de l'être en France (2). Quatre excisions sur dix seraient réalisées sur le territoire Français, cependant le risque est majeur lors du voyage dans le pays d'origine (1).

Causes

Dans un contexte d'immigration, les femmes se retrouvent devant des représentations contradictoires des MGF : une pratique ancestrale de leur pays d'origine condamnée par leur pays d'accueil (3).

En effet, les nombreuses raisons invoquées pour argumenter cette pratique sont culturelles, religieuses, sociales mais **non médicales** : rites initiatiques, mythes, religions, hygiène, esthétique, maintien de la chasteté, plaisir de l'homme, intégration communautaire ... (1, 4, 5).

Conséquences médicales

Les conséquences pour la santé des femmes dépendent évidemment du type de mutilation pratiquée. L'Organisation Mondiale de la Santé définit les MGF en quatre sous-types selon l'ampleur des lésions des organes génitaux.

Leurs conséquences en matière de santé sont classées en trois catégories : conséquences médicales à court terme (douleur, hémorragie, infection et décès) ; conséquences médicales à long terme (infections pelviennes, stérilité, dysménorrhée, problèmes obstétricaux, fistules); conséquences sexuelles, mentales et sociales (dyspareunies, frigidité, complications psychiatriques) (5).

Pour faire face à ces complications, la stratégie de lutte mondiale s'est accentuée, puisque la législation internationale (5) et les sanctions pénales en France ont été récemment renforcées (4, 6).

Enjeux

Les MGF font partie des sujets tabous. Pourtant on sait que 84% des femmes excisées émettent un avis positif sur le fait d'en avoir parlé à un soignant (7). Mais elles soulignent une incapacité des médecins et gynécologues à aborder cette question (3). Ceci s'expliquerait par le manque de formation (7, 8, 9), et par la peur du soignant de stigmatiser et de porter un jugement culturel (4, 8). **Face à ces constats, les chercheuses ont choisi d'interroger des médecins pour connaître leurs ressentis et leur vécu lors des consultations afin de comprendre pourquoi ce sujet était tabou.**

Afin d'aider les professionnels de santé, les recommandations françaises de 2010 établissent un guide axé sur le dépistage, la prévention, et la prise en charge. La prise en charge globale de ces femmes s'organise autour d'un parcours de soin multidisciplinaire: psychologique, sexologique et chirurgical. La reconstruction chirurgicale est remboursée à 100% par la sécurité sociale (4, 10).

Sur Toulouse, un état des lieux montre que les interlocuteurs de premiers recours constatent la présence de femmes excisées, mais se retrouvent démunis face à leur demande étant donné l'absence de réseau de soin identifié (11). Pourtant, deux chirurgiens toulousains apparaissent sur la liste nationale des référents en chirurgie réparatrice (4). Dans les autres villes françaises, présentant un chirurgien de la liste, il y a systématiquement un réseau de soins associé . **La présence de ces deux chirurgiens mais l'absence de réseau clairement identifié sur Toulouse ont interpellé les chercheuses. Elles ont essayé de comprendre en quoi la situation différait sur Toulouse.**

Les chercheuses se sont donc demandé comment comprendre la complexité des comportements des soignants face aux MGF pour améliorer la prise en charge de ces femmes sur Toulouse ?

METHODES

A - LE THÈME

1. CHOIX DU THÈME

En 2013, une interne de médecine générale a enquêté sur le thème des MGF auprès des acteurs de soin et du secteur juridico-social sur Toulouse. Suite à cela, en Janvier 2014, elle a recherché un partenaire sur ce thème.

Trois autres chercheuses ont répondu, ayant elles même été interpellées par le sujet pendant leur internat sur Toulouse. Elles se sont rencontrées et ont décidé d'approfondir les recherches.

2. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE SUR LE THÈME

Une recherche bibliographique a été réalisée entre Janvier et Août 2014. Les mots-clés ont été utilisés avec les moteurs de recherche Pubmed, CISMef, EBMR, BDSP, EM-Premium, à partir du site de la bibliothèque universitaire de Toulouse 3 et de la BIU santé de Paris Descartes.

Les mots-clés ont été choisis suivant le langage MeSH bilingue :

- Mots anglais utilisés : female* circumcision*, female* genital* mutilation*, female* genital* cutting*, mutil* gen* wom*
- Mots français utilisés : mutil* sex* fem*, excision*, migration* ET santé* communautaire*, patient* migrant*, culture* et migration*, violence* fem*

Le catalogue SUDOC a également été interrogé afin de vérifier l'originalité de notre question de recherche.

Il s'est avéré qu'il y avait peu de thèses sur le point de vue des soignants face aux MGF. Si c'était le cas, elles évaluaient principalement leurs connaissances et leurs prises en charge.

Une nouvelle recherche avec les mêmes mots-clés a été effectuée en Janvier 2016 à la fin de l'analyse thématique. Elle a permis aux chercheuses d'ajouter les références publiées entre Août 2014 et Janvier 2016, dont quatre étaient Toulousaines.

3. RENCONTRE AVEC LES ACTEURS DE PREMIERS RECOURS

Les chercheuses ont discuté de leur constat avec des médecins généralistes intéressés. Ces derniers leur ont permis de rencontrer une étudiante en sociologie qui organisait un « focus group » autour de la question de l'excision avec différents acteurs de premiers recours toulousains : une juriste, trois sociologues, deux médecins généralistes et une formatrice du GAMS. À cette occasion, a été soulignée la nécessité d'un dispositif identifiable et accessible à tous afin de rompre l'isolement des professionnels face aux MGF. Ce constat a conforté les chercheuses dans la pertinence de leur question de recherche.

B - L'ÉTUDE

1. CHOIX DE LA QUESTION DE RECHERCHE

Suite à cette recherche bibliographique et à l'analyse de terrain, les chercheuses ont choisi d'interroger des médecins pour connaître leurs ressentis, leur vécu et comprendre les obstacles dans leur prise en charge de ces femmes sur Toulouse. Leur question de recherche a donc été la suivante :

Comment comprendre la complexité des comportements des soignants face aux MGF pour améliorer la prise en charge de ces femmes sur Toulouse ?

2. CHOIX DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

Choix du type d'étude

Pour les chercheuses, la méthode qualitative était la plus appropriée à la question de recherche. En effet, la particularité de cette méthode est de recueillir le ressenti et le vécu des professionnels interrogés, des données subjectives difficiles à mesurer. La recherche qualitative n'a donc pas pour but de quantifier de manière précise un phénomène. Au contraire, elle consiste à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative pour avoir une nouvelle approche du sujet. Elle permet aussi de recueillir un éventail de profils et d'expériences différentes représentatif de la population globale.

Formation et recherche bibliographique sur la démarche qualitative

Les chercheuses ont suivi les cours sur la thèse qualitative dispensés par le Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse. Elles ont rédigé leur thèse en respectant les critères de la grille de lecture critique d'articles en recherche qualitative en médecine générale (12).

Choix de l'entretien individuel et semi-dirigé

Les chercheuses ont choisi de mener des entretiens individuels afin de permettre aux personnes interrogées de s'exprimer librement et sans influence extérieure sur un sujet complexe. Pour cela, elles ont posé des questions ouvertes et semi-dirigées.

Confection d'un journal de bord

Tout au long de leur thèse, les chercheuses ont tenu un journal de bord pour noter leur ressenti, l'évolution de leurs pensées ainsi que leurs difficultés, afin de ne pas perdre les détails des différentes étapes de ce travail de deux ans.

3. CHOIX DE LA POPULATION

Échantillonnage

Les chercheuses ont choisi d'interroger des médecins généralistes et les gynécologues, médicaux et obstétriciens, car se sont des interlocuteurs de premier recours des femmes excisées. Elles n'ont pas sélectionné les sages-femmes, une étude les concernant étant alors en cours à Toulouse (13). De plus, elles n'auraient pas été certaines d'arriver à saturation des données.

Le critère d'exclusion était l'absence de patiente excisée rencontrée sur Toulouse.

Leur population a donc été composée de médecins généralistes, gynécologues médicaux et obstétriciens. Certains étaient spécialisés en sexologie ou psychologie. Les interviewés ont été choisis selon les critères socio-démographiques suivants : âge, sexe, expérience à ce sujet, type de structures d'exercice, année d'installation et localisation sur Toulouse. Le but étant d'obtenir un échantillonnage de profils le plus diversifié possible.

Recrutement

Le recrutement s'est tout d'abord fait par rapport au lieu d'exercice. En effet, les chercheuses ont d'abord effectué une étude des flux migratoires sur Toulouse (14, 15) grâce à laquelle elles ont décidé de recruter au hasard, par quartier, à l'aide d'un annuaire téléphonique. Cette méthode s'est avérée longue, peu fructueuse et révélant des profils

similaires avec peu d'expérience. Elles ont donc choisi par la suite, de recruter des professionnels plus expérimentés grâce au bouche à oreille, dans différentes structures de soins. Afin d'être certaines d'obtenir une diversité maximale de l'échantillonnage, les chercheuses ont choisi d'envoyer le talon sociologique ainsi qu'un questionnaire à tous les médecins généralistes toulousains via l'URPS. Ce questionnaire a été envoyé une première fois en Juin 2015 à tous les médecins généralistes de l'agglomération toulousaine, puis renvoyé en Septembre 2015 à l'ensemble des médecins généralistes de Midi-Pyrénées (annexe 1).

4. ELABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN

Les chercheuses ont élaboré un guide d'entretien semi-dirigé (annexe 2). Les questions étaient ouvertes avec des phrases de relance éventuelles pour permettre aux interviewés d'aborder les différents sujets à explorer. À la fin de chaque entretien, les chercheuses demandaient s'ils voulaient rajouter quelque chose et ce qu'ils en avaient pensé. Un entretien-test a permis de valider la pertinence de ce guide. Seul cet entretien a été réalisé à deux, à la fois pour ajuster leur attitude d'enquêtrices et pour déterminer un codage commun du langage non verbal.

Au fur et à mesure des entretiens, le guide a légèrement évolué suite aux idées nouvelles amenées par les brainstormings, les analyses de données et l'avis d'une experte extérieure.

5. VALIDATION DU COMITÉ ÉTHIQUE

La question de recherche et le guide d'entretien ont été approuvés par la commission d'éthique du département de médecine générale de Midi-Pyrénées (annexe 3).

6. RÉFLEXIVITÉ

Les chercheuses ont essayé de faire abstraction de leurs connaissances, leur statut de médecins, leur éducation, vécu et environnement personnel, et de rester strictement dans une position neutre sans jugement ni interprétation.

7. RECUEIL DES DONNÉES

Contexte d'énonciation

Les rendez vous étaient convenus après accord oral ou écrit des participants. Le lieu était fixé par la personne interviewée. Les chercheuses se présentaient en tant qu'interne en médecine générale. Les entretiens se faisaient en face à face, une chercheuse par entretien. Les enquêtrices adoptaient tant que possible une attitude d'écoute active, de mise en confiance et de neutralité. Durant les entretiens la plupart des interviewés posaient beaucoup de questions, les chercheuses ont essayé de ne pas y répondre en expliquant qu'elles enverraient les résultats une fois la thèse terminée.

Modalité de recueil des données

Avant de débiter l'entretien, les interviewés se voyaient remettre un formulaire d'information et de consentement (annexe 4), qui leur expliquait le type et le thème de la thèse et les assurait de son caractère strictement anonyme et confidentiel. Revoir les données socio-démographiques remplies au préalable par les interviewés, permettait aux enquêtrices et enquêtés de faire connaissance et de se sentir plus à l'aise.

Les entretiens étaient recueillis à l'aide d'un enregistreur numérique. Parallèlement, les deux chercheuses notaient le langage non verbal, les émotions perçues afin de conserver l'ambiance la plus fidèle possible.

À chaud, elles retranscrivaient directement leurs impressions dans leur carnet de bord. Ce brainstorming servait à faire ressortir les mots-clés, les codes *in vivo* et les nouvelles idées.

Retranscription des données

Une couleur différente était attribuée à chaque entretien ainsi qu'un chiffre ou une lettre, précédée par l'initiale de la chercheuse qui réalisait l'entretien. L'une des chercheuses a réalisé les entretiens : MH1A, M2, M3, M4, M5, M6, M7, M8, M9 et l'autre les entretiens : MH1A, HB, HC, HD, HE, HF, HG, HH, HI(+J).

L'intervieweuse réalisait rapidement une retranscription rigoureuse des données mot à mot sur un logiciel de traitement de texte. Elle y notait l'intégralité des entretiens avec les silences, les hésitations, les répétitions, les tics de paroles, les émotions ressenties dans la voix, etc...

8. ANALYSES

Analyse longitudinale

La transcription rigoureuse des données, décrite ci-dessus, a permis aux chercheuses de faire ressortir l'atmosphère de chaque contexte d'énonciation (Annexe 5). Par la suite, l'intervieweuse envoyait l'entretien audio et écrit à son binôme et à la directrice de thèse pour qu'elles puissent s'en imprégner, faire une lecture flottante et un brainstorming de chaque entretien (Annexe 6).

Analyse transversale

- Séquençage: les chercheuses découpaient le texte par unités de sens appelées *verbatim*.
- Codage en aveugle: un code a été donné à chaque unité de sens par rapport au contexte d'énonciation. Cette analyse a été faite systématiquement en aveugle, c'est à dire qu'un codage des données a été réalisé par chacune des chercheuses de façon séparée.
- Double lecture: les analyses des codes ont été mises en commun afin de les comparer. En cas de désaccord, un mode de résolution des difficultés avait été établi : l'entretien était réécouté afin de trouver un terrain d'entente. En cas de non-résolution la directrice de thèse intervenait finalement pour trancher.
- Triangulation: au final, tous les codes ont été validés par les deux chercheuses et leur directrice de thèse.

Analyse thématique

Les chercheuses ont classifié dans un tableau Excel les codes dont les sens se rapprochaient afin d'en dégager des thèmes. Les places de chaque unité de sens et leur regroupement thématique dans le tableau, ont été discutés entre les deux chercheuses.

Cette grille construite comme un arbre a été enrichie tout au long de l'analyse des entretiens. Le tronc de l'arbre se traduit par les différents thèmes et sous-thèmes, les branches sont les codes sur lesquelles se regroupent une ou plusieurs feuilles qui représentent quand à elles les *verbatim*. Un *verbatim* pouvant donner différents codes et inversement (annexe 7).

Saturation des données

Les chercheuses ont eu le sentiment subjectif de saturation des données grâce à l'analyse continue et régulière des données et après avoir recherché la variation maximale des profils. Elles ont réalisé deux entretiens supplémentaires afin de s'assurer de l'absence d'apparition de nouveaux thèmes. Toutes les données qui semblaient ne rien apporter ont été mises de côté car elles ne répondaient pas à la question de recherche.

Conceptualisation

Quand les chercheuses ont fini l'analyse descriptive des données, elles ont entamé le travail de conceptualisation. Elles se sont réunies avec leur directrice de thèse afin de prendre du recul et d'avoir une vision globale des résultats pour sélectionner tous les thèmes qui répondaient vraiment à leur question de recherche et les recouper entre eux. Elles ont également réalisé un deuxième travail de recherche bibliographique pour y incorporer les nouvelles études publiées entre temps. En les comparant aux références, elles ont essayé de mettre en valeur l'originalité de leurs résultats et de les conceptualiser afin que puissent émerger des idées nouvelles.

RESULTATS

A - FLUX MIGRATOIRES ET QUESTIONNAIRE URPS

Flux migratoires

À partir des années 60, les populations Africaines, Asiatiques et Maghrébines ont occupé 80% des logements sociaux dans le Grand Ouest Toulousain : quartiers Bellefontaine, Purpan, Mirail, Reynerie.

Les populations d'Europe du Sud dont les Roms se sont réparties plutôt dans le Nord : quartiers Borderouge, Faubourg Bonnefoy.

Puis elles se sont étendues au Sud et au centre ville de Toulouse : quartiers St Cyprien, Empalot, Montaudran, Ranguel (14,15).

Ainsi, la population immigrée susceptible d'être concernée par les MGF se retrouvait plutôt dans les quartiers Toulousains Nord, Ouest, Sud et centre ville.

Questionnaire URPS

Le questionnaire URPS a été envoyé à plus de 500 médecins généralistes de l'agglomération Toulousaine. Sur les quatre réponses, deux des soignants avaient rencontré au moins une femme excisée et ont été interviewés.

Sur les onze réponses supplémentaires obtenues, lors de la relance du questionnaire aux 3000 médecins de la région Midi-Pyrénées, 4 soignants en avaient rencontré. Un seul profil a été sélectionné pour un entretien.

B - Déroulement des entretiens

Au total, 17 entretiens ont été réalisés pour 18 médecins interviewés, entre Septembre 2014 et Janvier 2016. Ces entretiens individuels ont duré entre 15 et 47 minutes soit une moyenne de 26 minutes par entretien. Ils se sont déroulés au cabinet médical ou au domicile des soignants.

C - CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLONNAGE

Les caractéristiques des médecins interrogés ont été reprises dans un tableau récapitulatif (Annexe 8). Les chercheuses ont sélectionné les différents profils grâce aux données socio-démographiques suivantes :

Identité

- La spécialité : 10 généralistes et 8 gynécologues.
- Le genre : 7 hommes et 11 femmes.
- L'âge : de 32 à 63 ans.

Exercice

- La date d'installation sur Toulouse: de 1985 à 2015.
- Les lieux d'exercice antérieurs: principalement Toulouse.
- Les lieux d'activité comprenaient des structures libérales ou publiques: cabinet, maison médicale, centre de santé communautaire, service public de solidarité. Certains exerçaient dans plusieurs endroits.
- Le prix de la consultation: la plupart appliquaient les prix du secteur conventionné, hormis ceux qui pratiquaient des consultations de sexologie libérale.
- Le pourcentage de patientèle immigrée allait de 5 à 90 %.
- Les lieux de travail ont été choisis d'après l'étude des flux migratoires. Ils étaient situés dans les secteurs Toulousains suivants dont le centre ville, Borderouge, les Minimes (quartiers nord), Reynerie, Rangueil (quartiers sud), Purpan, St Cyprien, Mirail (quartiers ouest).

Orientation de l'activité

- **Une expérience très variable allant de 1 à 300 femmes excisées rencontrées en consultation sur Toulouse.**
- Des degrés de connaissances très diversifiés allant de simples notions, à une formation spécifique sur les MGF.
- Des pratiques complémentaires différentes en sexologie, santé des femmes, santé communautaire, psychologie, humanitaire. Sachant que tous exerçaient plus ou moins la gynécologie.

La diversité concernant les critères de sélection a été obtenue.

D - ARRÊT DU RECUEIL DES DONNÉES

La saturation des données, essentielle à la validité de l'étude qualitative, a été atteinte après 15 entretiens. Elle a été confirmée par les 3 derniers qui n'ont pas amené de nouveaux thèmes répondant à la question de recherche.

E - ANALYSE EXPLICATIVE

I) REPRÉSENTATIONS DES SOIGNANTS AU SUJET DES MGF

1. REPRÉSENTATIONS INSTINCTIVES ET SPONTANÉES DES MGF

Une vision très négative : une horreur

Les chercheuses ont demandé aux médecins ce que représentaient pour eux les MGF en trois mots. Spontanément, toutes les personnes interrogées ont prononcé au moins un mot d'ordre négatif. Le mot « *horreur* » (12 fois) a souvent été cité en premier : « *horreur injustice colère ! (M6)* », « *Une horreur, une atteinte à la dignité des femmes, je sais pas quelque chose qui devrait pas exister (HB)* ».

D'autres mots forts ont également été dits suite à cette question ou pendant l'entretien notamment : « *choc* » (15 fois), « *traumatisme* » (16 fois), et « *terrible* » (17 fois).

Une atteinte du corps et de la personne

Plusieurs soignants ont insisté sur le fait que c'était une mutilation qui modifiait l'intégrité corporelle. Le terme « *amputation* » a été dit 10 fois.

Pour eux, cette atteinte du corps se répercutait sur l'identité de la personne : « *c'est une amputation de euh... ton intégrité parce que, il manque en soi, ça modifie ton image, ça modifie ta sexualité, ça modifie euh... c'est un retentissement physique, mais également psychologique (M3)* ».

Une domination sur la femme : une violence acceptée ou combattue

Souvent les MGF ont été classées en tant que violence faite aux femmes : « *mmm violence faite aux femmes, ça fait déjà trois mots (HF)* ». Pour certains c'était « *une violation de la personne (M3)* ». Le mot « *viol* » a été cité 12 fois, et le mot « *subir* » 21 fois.

Plusieurs soignants voyaient les MGF comme une domination de la femme par l'homme, la famille, la communauté et la société.

Pour d'autres au contraire c'était un symbole de lutte. Les soignants ont alors valorisé le courage de ces femmes de remettre en question cette domination ancrée dans leur société : « *Puisque pour un certain nombre de femmes c'est impossible d'aller euh euuuuh... contre l'homme quoi, parce qu'il y a quelque chose en Afrique quand même qui est très particulier autour de ça quoi ! Donc déjà les femmes pour qu'elles trouvent les racines d'elles-mêmes bonjour hein mmm il faut s'accrocher hein, il faut qu'elles s'accrochent hein mmm des sacrées femmes hein mmm (M6)* ».

Une imprégnation culturelle et une responsabilité de la société

Pour ces soignants il fallait du temps pour que la pratique des MGF évolue puisque c'était une coutume ancestrale ancrée.

En effet, ce respect des traditions, notamment dans un contexte d'immigration, permettait de lutter contre l'isolement et de réintégrer facilement un groupe : « *à la (cite une structure d'accueil pour migrants) et qu'on voit l'isolement social la destruction que ça peut avoir pour des gens, euh je me dis qu'une des priorités c'est d'être dans un groupe (M7)* ».

Certains concevaient plus les MGF comme une pression communautaire que comme un véritable choix : « *quelques fois il y a cet espèce de silence un peu comme dans les omerta alors que dans les communautés j'ai l'impression que ...il y a une une pression là-dessus qui est la religion ou je ne sais pas quoi, et donc heu elle heu..... (HD)*».

Les soignants avaient conscience de leur difficulté à comprendre le rituel de l'excision en tant qu'occidentaux.

Le fait que le corps médical puisse parfois participer à cela les interpellait d'autant plus : « *mais c'était le fait que ce soit fait à l'hôpital, après donc par des gens qui ont ma profession ! hein ou qui sont des personnels euh...hein de santé quand même donc ça je trouve ça choquant. (M4)* ».

Enfin, certains disaient que ce n'était pas leur rôle de condamner cette pratique, et ils pointaient du doigt la société.

Un grand questionnement

Pendant les entretiens, certains soignants se sont beaucoup interrogés au sujet des MGF et réalisaient une réelle introspection.

2. DES SOUVENIRS MARQUANTS À LA SYMPATHIE

A certains moments, les visages des soignants ont exprimé de la colère, de la ré-pulsion, de la tristesse. Des rires gênés aux tics nerveux de leurs mains... il y a eu de l'émotion, comme s'ils revivaient les consultations. Au fur à mesure que certains soignants parlaient de leur expérience, d'autres histoires chargées d'émotion ont ressurgi : « *Oui je me rends compte que je l'avais un peu occulté... Voyez c'est en en reparlant que ça me revient (inspiration profonde) (HB) ».*

Souvent c'était des histoires éprouvantes pour la patiente et par conséquent elles étaient difficiles à entendre pour les soignants.

Pour certains, l'histoire la plus marquante était souvent la première rencontre, avec une femme excisée.

La souffrance physique de ces femmes était aussi très présente dans leurs souvenirs : « *elle avait des douleurs monstrueuses, (...) en permanence tous les jours elle avait des douleurs, en rapport avec un probable heu heu névrome (HF)* ».

Les infibulations par leur grande modification de l'anatomie vulvaire et leurs conséquences psychologiques et obstétricales marquaient souvent les soignants.

En écoutant l'histoire d'une femme ou en voyant une excision, c'était comme si certains soignants vivaient eux même cette douleur. Cette attitude sympathique était toujours présente quand ils ont raconté les histoires de ces femmes : « *j'ai vu beaucoup de choses ...mais quand je vois un sexe excisé ça me.. ça me fait mal ! (Blanc 4 secondes) et pourtant j'ai vu beaucoup deviolences et de tortures (inspiration profonde) ça me fait mal aussi, mais ça c'est... c'est comme si c'était viscéral....(M4) ».*

3. AMBIVALENCE ENTRE DEVOIR D'IMPLICATION ET PEUR D'INTRUSION

Une implication forte

Une fois sensibilisés suite à une consultation ou à un voyage en Afrique pour de l'humanitaire, ils s'auto-formaient souvent au sujet des MGF. Ils se tournaient alors vers les congrès, leurs groupes de pairs ou un confrère spécialisé sur la question.

La majorité des soignants s'était engagée personnellement dans cette prise en charge. Prêts à remuer ciel et terre : « *et euh et quand je l'ai vu, j'ai enfin pour elle je, c'est là, enfin c'est une de celle qui m'a fait euh qui a fait que j'ai tapé un peu à toutes les portes que j'ai appelé partout pour essayer de savoir ce qu'on pouvait faire? (.....) Elle était demandeuse mais alors pour le mettre en place (inspiration profonde) oh putain ! (HF) ».*

Pour eux, cette lutte anti-excision était un devoir pour la société, un droit pour l'individu, et pour certains une lutte intérieure : « *j'aime pas pouvoir dire que l'excision a un sens, euh j'aime pas dire ça, j'aime pas m'entendre dire ça, je je je voudrais que ce soit qu'une lutte! Mais ça peut pas être qu'une lutte! ça a aussi je pense un sens... communautaire! (M7)».* Pour certains soignants cela devenait même un devoir d'accompagnement.

Permettre aux femmes qui le demandaient d'accéder à la réparation chirurgicale était au delà de l'aspect psycho-fonctionnel, c'était un symbole féministe international : « *mais symboliquement oui bien sûr qu'il faut il faut les rép... les opérer (M5)».*

Prévention quaternaire : méfiance de l'ingérence médicale

Les soignants connaissaient les conséquences des MGF mais ont souligné que ce n'était pas le cas pour toutes les femmes excisées : « *Nous on le voit en tant qu'europeens comme étant choquant, violent euh, toutes nos représentations, euuuuh mais après, euhh, elles ont vécu des choses, elles ont une sexualité qui fonctionne plus ou moins bien mais elles ont aussi leur propre culture et je crois que c'est à elles euhh vraiment de décider (M5)».* Ils se demandaient si l'autorité inconsciente de la parole du médecin ne favorisait pas une ingérence : « *il arrive parfois que les médecins puissent parfois faire un peu d'ingérence aussi hein (...) il y a une forme d'autorité qui peuvent les gêner (M5)».*

Ils prenaient cela en compte afin de ne pas les victimiser : « *je pense qu'il faut faire attention de ne pas non plus en faire tout un drame et un plat... et d'aller les mettre dans des traumatismes qu'elles ne vivent pas quoi voilà, je pense encore une fois que toutes les femmes excisées n'en souffrent pas ! (M7)».*

Donner un avis de soignant pouvait être déplacé, ils ne se sentaient pas légitimes. Les critiques devaient venir des populations qui pratiquent les MGF : « *après..euh j'a..j'apprécie quand c'est des gens là-bas qui font évoluer une culture (M7)* ».

L'idéal pour eux était la disparition de cette pratique.

Un dépistage systématique intrusif dans la sphère intime

Les soignants faisaient souvent le parallèle avec le dépistage systématique des violences. Certains savaient qu'il est recommandé de poser la question et pourtant ne le faisaient pas systématiquement.

Une des raisons à ce réfrènement était la peur de l'intrusion: « *je suis pour qu'on dépiste les violences bien sûr ! je me méfie du « systématique intrusif » voilà. (M4)* ». Certains avaient l'impression de faire irruption dans les histoires familiales. Beaucoup se demandaient si ces craintes se justifiaient ou si c'était dû à un manque d'expérience: « *Euh, bon, d'un manque d'habitude, peut-être mal à l'aise, est-ce que je me dis peut-être faussement que c'est intrusif (M9)* ». D'autres soignants n'osaient pas parler des MGF car avec l'expérience ils se rendaient compte que ça n'aidait pas forcément les femmes. Certains, n'arrivant pas à prendre du recul, préféraient que les femmes soient accompagnées par des spécialistes de la question.

Ce manque de sensibilisation au sujet des MGF faisait qu'ils ne rencontraient pas de femmes excisées et inversement. Un cercle vicieux : « *compte tenu... de ce qui existe (inspiration profonde), euh de par le monde (...) je devrais en... la problématique devrait resurgir beaucoup plus souvent que ça ! (M9)* ».

Le résultat était donc un grand silence autour du sujet. Même si certains n'avaient pas envie d'appeler ce sujet un tabou, il l'était vraisemblablement.

Un détachement du sujet des MGF

Au contraire, d'autres soignants voyaient ce sujet comme une rareté, un hasard : « *C'était juste pour me dire où est ce qu'elle en était un petit peu de ses démarches euhh (rire gêné). Voilà. Ça a dû venir sur sur le tapis ! (HC)* ».

Enfin, certains ne posaient pas la question des MGF en consultation parce qu'ils n'y pensaient pas.

II) DIFFICULTÉS POUR ABORDER ET DIAGNOSTIQUER LES MGF

1. POUR LES FEMMES À TRAVERS LE REGARD DES SOIGNANTS

Les soignants ont expliqué que les femmes ne parlaient pas spontanément des MGF. Elles consultaient pour une autre raison, « *un motif valable (M9)* », comme une plainte de la sphère génito-urinaire.

Pour eux, certaines en gardaient un souvenir marquant et s'enfermaient dans un cercle vicieux : « *elle a continué à supporter sa douleur et euh et à 'fin voilà... à se sentir mutilée aussi et et à pas réussir à en parler (HF)* ».

Du point de vue des soignants, pour la plupart des femmes c'était honteux d'en parler. Ils ont comparé cette peur du jugement à la réaction des femmes victimes de violences : « *c'est peut être des femmes aussi qui ont un peu honte de ça hein alors qu'elles devraient pas en avoir honte, elles sont victimes (HB)* ».

Certaines femmes attendaient des soignants qu'ils abordent le sujet lors de la première consultation : « *donc elle rentre elle s'assied et elle me dit : « comment ça se fait que vous avez pas vu que j'étais excisée? » (Blanc 3 secondes) (M6)* ».

Mais même une fois la discussion engagée, la parole n'était pas évidente : « *mais enfin tu sens que c'est (...) un terrain sur lequel elles ont pas forcément envie d'aller. Du coup souvent ça passe surtout au début par essayer de les faire parler quoi... (HG)* ».

D'autres médecins ont souligné que certaines femmes n'éprouvaient pas le besoin d'en discuter: « *Elle voit beaucoup de femmes qui vivent très bien leur excision, qui n'en parlent pas (M7)* ». Pour la plupart, ce n'était pas une de leurs priorités : « *et après quand elles arrivent ici bah c'est pas leur préoccupation première hein ! Quand elles arrivent ici c'est la migration ou la maladie (HD).* » Ou en parler n'arrangerait pas les choses : « *c'est la fatalité (M2)* ». Enfin, certaines ne savaient tout simplement pas qu'elles étaient excisées.

Parfois, le médecin n'était pas reconnu comme un interlocuteur.

2. COMPLEXITÉ DES THÈMES TRANSVERSAUX

Les soignants ont expliqué que sujet des MGF, touchant à des domaines multiples, les rendaient « *mal à l'aise (HE)* ».

D'une part, car ce sujet se rattachait à la violence : « *aborder de front des questions heu qui sont de l'ordre de la violence c'est jamais simple (HE)* ».

D'autre part, parce qu'il concernait la sexualité de ces femmes. En effet, certains soignants en raison de leur âge et de leur genre, se sentaient plus ou moins gênés : « *Je pense que le fait que je sois un homme plutôt jeune ce n'est certainement c'est pas simple voilà d'aborder ces questions-là en consultation (HE)* ».

De plus, la culture différente de ces femmes ne facilitait pas le dialogue : « *ça se greffe à d'autres questionnements, la migration hein, notamment sur les différences culturelles (HE)* ». Enfin, pour les soignants de cette étude, il était plus facile d'écrire des certificats d'excision ou de non excision pour les demandes de protection subsidiaire que de dénoncer une excision.

La consultation était d'autant plus compliquée quand la relation de confiance avec la patiente n'était pas établie.

Contrairement à leurs aînés, les plus jeunes soignants ont eu accès à une formation sur les MGF dans les DU de sexologie ou de médecine humanitaire. De plus, un congrès médical récent programmait spécifiquement ce thème à Toulouse.

Mais pour la majorité des soignants, le manque d'expérience et de connaissances expliquait les difficultés à aborder le sujet. Certains sont même allés plus loin en dénonçant la formation universitaire.

Ils ont critiqué le manque de formation générale en psychologie et sexologie : « *dans un zéro apprentissage !... finalement de l'individu dans sa globalité c'est à dire essentiellement euh... être un sujet mmm et pas un corps (M6)* » et ont souligné l'absence totale de formation en ethnologie médicale pendant leurs études : « *Bon j'ai jamais eu un cours d'ethno médicale en quelque sorte. Santé du migrant: zéro ! (HE)* ».

3. UN ŒIL AVISÉ

La plupart des soignants a rapporté un diagnostic clinique loin d'être facile, même pour les plus expérimentés : « *en général l'excision ne SAUTE pas aux yeux ! Parfois c'est pas évident ! (HB)* ». Notamment parce que les différents types étaient difficiles à distinguer, en raison d'une grande variabilité des MGF. Beaucoup de soignants ne regardant pas spécifiquement le clitoris, le type 1 pouvait passer inaperçu : « *parce qu'en fait les lèvres elle les avait, les petites lèvres elle les avait ...et comme je regarde pas spécialement au niveau du clitoris (M6)* ». Certains pensaient qu'il y avait donc une sous estimation du nombre de femmes excisées.

Il existait aussi parfois des diagnostics différentiels présentant le même aspect : « *Parfois on voit des jeunes femmes qui ont une atrophie des petites lèvres et heu et c'est un un lichen scléreux (HB)* ».

La pose du spéculum selon le type de MGF était parfois difficile : « *bon j'ai j'ai quand même pu mettre un spéculum, de vierge ... c'était une consultation qui n'était pas évidente du tout (HB)* ».

Certains soignants masculins ont senti une barrière pour réaliser l'examen gynécologique : « *car aussi y'a celle qui n'ont pas envie d'en parler, ou qui savent pas, oui qui veulent pas d'examen gynéco car je suis un mec (HD)* ».

Enfin, l'absence de clarté sur la prise en charge de ces femmes rendait difficile le diagnostic : « *si on le voit pas c'est aussi parce que si on voyait après qu'est ce qu'on en faisait, enfin qu'est ce qu'on peut en faire quoi ? (HF)* ».

III) DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGE SUR TOULOUSE

1. CÔTÉ SOIGNANT

Une reconstruction à la fois physique et psychologique

Pour certains gynécologues obstétriciens, la réparation des MGF n'était pas une chirurgie si simple : « *On dit type 1 type 2 type 3, c'est pour avoir simplifié médicalement la prise en charge chirurgicale, mais en fait c'est beaucoup plus compliqué que ça. Et en particulier c'est une chirurgie souvent qui est découverte au moment de l'excision (HI)* ». Notamment en raison de leur grande variabilité : « *ils utilisent un tesson de bouteille ou un*

bout de verre ou une lame de rasoir et ils coupent l'ensemble du sexe. C'est pour ça qu'il y a des grandes variabilités de mutilations sexuelles (HI)». Le type 3 était toujours le plus difficile à opérer : « l'infibulation...dite la pharaonique, qui est la pire et la plus difficile à réparer d'ailleurs chirurgicalement.(HI) ». Le résultat anatomique était souvent meilleur que le résultat fonctionnel.

Certains chirurgiens refusaient difficilement ce geste symbolique quand la chirurgie n'était pas indiquée si les dégâts étaient invisibles ou trop conséquents. Les chirurgiens essayaient de « *repousser le versant magique (1A)*» de la réparation imaginé par certaines à l'aide d'un relai psychologique ou sexologique.

Enfin, certaines patientes ont refusé de se faire opérer par un soignant homme : « *il fallait un chirurgien femme aussi pour un certain nombre de patientes qui ont un peu de mal , en particulier les musulmanes, qui ont un peu de mal parfois à se faire opérer par un homme (HI)*».

Les sexologues pouvaient être confrontés à l'absence d'éducation sexuelle de certaines femmes: « *Rien ! elles ne savent rien, même pas comment ça se passe. Encore moins sur l'anatomie de l'homme, il n'y a vraiment absolument aucune info de quelque nature qu'elle soit en rapport avec la sexualité qui soit véhiculée.(M5) ». Parfois ils s'aidaient de schémas, de photos et de mots simples.*

Un suivi aléatoire

Le suivi de ces femmes n'a pas toujours été réalisable, alors que la prise en charge était amorcée: « *alors l'impression que j'ai c'est queeee on va en parler, on va l'évoquer, on va euh...., je vais guider, je vais orienter et après pffft je veux dire elles elles s'évaporent voilà (HD)*».

Pour eux, les patientes ne revenaient pas voir leur médecin pour plusieurs raisons. Ils ont eu le sentiment qu'elle pouvaient « décrocher » facilement : «*il faut être euuuuh.. efficace en peu de temps, parce qu'elles décrochent facilement. (M5)*», notamment en raison de leurs doutes : « *peut-être y-a-t-il des doutes à un moment donné, qui font qu'elles peuvent sauter une consult ..puis revenir Ça fait vraiment ça quoi. (M5)*» ou de leur statut, qui en obligeait certaines à déménager: « *c'est souvent des demandeurs d'asile et quand ils ont l'asile après souvent ils déménagent (HD)*».

Mais ils ne connaissaient pas toutes les raisons de ces « pertes de vue » : « *alors est ce que c'est parce que elles allaient mieux et que je les ai pas revues ? (HG)*».

Enfin, le manque de temps et de compétences a également été un frein dans la prise en charge de ces femmes.

2. CÔTÉ PATIENTE

Parfois le recueil des attentes était difficile en raison de la barrière de la langue, malgré l'interprétariat.

Les femmes concernées étaient souvent en situation de précarité. Le financement de consultations sexologiques ou psychologiques n'étant pas remboursé en libéral cela représentait souvent un frein à leur prise en charge.

De plus, depuis quelques années un commerce parallèle de la réparation chirurgicale est en développement et certaines femmes doivent déboursier des sommes énormes pour se faire opérer : *« Y'a des malades qui payent jusqu'à 6000 euros (H1) »*.

Les soignants soulignaient de nombreux freins administratifs pour les femmes. Dont les délais d'attente des rendez-vous pris : *« ce qui est compliqué c'est les délais. (...) ouai heu avec avec nom du chirurgien donc pffff là c'est, c'est long, c'est vraiment long. C'est long ! (HD) »*.

Et la contrainte pour certaines d'obtenir obligatoirement un certificat médical annuel pour la procédure de protection subsidiaire : *« l'OFPPRA leur demande ça à chaque fois. Oui c'est tous les ans mais y'a des règlements intérieurs qui font que... (HD) »*.

Certains soignants ont expliqué que d'après les études, ce n'était qu'après deux ans environ après leur arrivée dans leur pays d'accueil, que les femmes se penchaient vers la chirurgie réparatrice : *« Et lorsqu'elles sont dans une société qui est dite Occidentale, il faut deux ans pour qu'émerge la demande de réparation (H1) »*.

D'une part cette immersion culturelle faisait qu'elles pouvaient se sentir incomplète : *« plus une patiente rentre dans une démarche intégrative dans la société française plus elle a besoin (...) de venir réparer ce dont elle s'aperçoit, que finalement elle l'a accepté mais que c'est peut-être pas tout à fait normal. Alors je dis pas que ça soit toutes les femmes mais... (M8) »*.

D'autre part, certaines femmes étaient partagées entre leur désir de prise en charge et la peur d'être rejetées par leurs parents. C'est pourtant ce que certaines recherchaient dans leur démarche de « résilience » : *« c'est transgresser quelque part la parole maternelle donc c'est souvent compliqué, et quelque part c'est avoir mieux que sa mère, ce qui peut être compliqué pour une fille, on a même pas besoin de l'excision pour ça d'ailleurs (M6) »*.

Pour les soignants certaines femmes n'y arrivaient qu'à un moment de leur vie où elles se sentaient *« suffisamment matures (M5) »*. Pourtant, certaines de par leur âge, ne se voyaient pas proposer une prise en charge sexologique : *« J'veux dire que c'était*

pas une petite jeunette avec qui il fallait peut être, vraiment accroché sur l'idée de, d'avoir un jour une vie sexuelle. C'était une dame je pense d'une cinquantaine d'année (HB)».

Durant ce processus d'affirmation de soi au cours duquel elles ont rencontré certains soignants, leurs demandes pouvaient donc changer lorsqu'elles doutaient.

3. MÉFIANCE DES PROTOCOLES : PRISE EN CHARGE AU CAS PAR CAS

Les soignants se méfiaient souvent des protocoles, pour eux la prise en charge parfaite n'existait pas. Ils n'ont pas été unanimes sur la prise en charge multidisciplinaire de ces femmes, car selon les situations elles pouvaient ne pas en avoir nécessairement besoin : *« tout ce qui est systématique pour moi est idiot mais il faut faire une analyse de la demande (M8)».*

En effet, devant la diversité des femmes et des types de mutilation, ils ne pouvaient pas généraliser. Il n'y avait pas une excision mais des situations différentes c'est pour cette raison qu'ils agissaient au cas par cas.

Ils essayaient donc les écouter au mieux pour recueillir leurs attentes. Ils allaient au rythme de la femme en montrant leur disponibilité : *« et puis on va chercher au fur et à mesure et puis ça se construira aussi dans le temps, de toute façon ce sont des histoires qui durent des années en fait tout ça (HF)».*

Les soignants s'accordaient pour dire qu'il fallait *« tendre la perche »* (dit 4 fois) à ces femmes afin de leur permettre de faire leurs propres choix en toute liberté et être actrice de leur santé : *« ça doit vraiment être.. euuuh elle qui décide, ça je crois que c'est fondamental. Elles ont déjà subi, euuh...voilà il faut qu'elles soient décisionnaires à 100% pour la démarche suivante (M5) ».*

Par contre tous ont abordé la nécessité d'une formation de tous les acteurs rencontrant ces femmes : *« on peut toujours améliorer les circuits, améliorer la connaissance des médecins, la connaissance des patientes elles-mêmes, des administrations aussi (M8)».*

Enfin, un lieu de référence visible était largement souhaité.

4. DU SILENCE AU RÉSEAU TOULOUSAIN IDENTIFIÉ

Certains soignants ne savaient pas à qui adresser les femmes excisées sur Toulouse.

Une des raisons invoquées était le silence des chirurgiens qui ne s'affichaient pas: « *je me suis pas affiché comme étant euuuuh...l'anti-exciseur* » ou qui craignaient un détournement de l'activité en faveur des opérations de « re-virginisation » : « *beaucoup de centres se sont vu finalement détourner la réparation des mutilations par cette activité de réparation de la virginité (HI)* ».

L'absence de formation des secrétaires médicales des structures spécialisées était également regrettée : « *hé hé hé puis t'appelais dans les services « exci quoi . exci quoi ? » (...) et bah c'est former les secrétaires aussi quoi, parce que tu tu galères mais à un point (HF)* ».

Les soignants notaient aussi la réticence des associations à mettre en place des groupes de parole : « *y a plein de structures dans les violences faites aux femmes qui sont très très réticentes à parler de la question de l'excision et à faire des groupes de paroles par rapport à ça, qui trouvent ça très délicat (HF)* ».

Les professionnels de santé toulousains essayaient de se renseigner entre eux afin de savoir qui pouvait prendre le relais. Et c'est souvent les structures sociales ou associatives qui permettaient le maillage entre eux.

Les chirurgiens n'étant pas forcément connus, certains soignants se retrouvaient contraints d'adresser leurs patientes dans d'autres villes.

Parfois ce manque d'information était pallié par le « bouche à oreille » entre les femmes : « *beaucoup l'avaient fait à Paris, euuh étaient montées parce que parce qu'elles n'avaient pas d'informations, elles se tuyautent entre elles (M5)* ».

Entre le début et la fin de l'étude, un réseau clairement identifié était en train de voir le jour. Il manquait seulement l'aval de l'ARS pour la formalisation d'un centre de recours. Et certains soignants étaient en relation avec une association nouvellement créée. Ils en avaient parlé aux patientes pour les accompagner : « *et donc là quand je l'ai revue j'ai eu le plaisir de lui parler de l'association de (nom de la personne) au moins, de lui dire que ça bougeait et heu je pense qu'elle la contactera et que elle ira elle ira voir ce qui se passe ! (HF)* ».

DISCUSSION

A - FORCES ET LIMITES

Méthode qualitative

Le choix de la méthode qualitative a entraîné une interaction riche et une exploration fructueuse sur ce sujet délicat.

Le travail de recherche qualitative a été une expérience nouvelle pour les deux chercheuses. Elles ont essayé de procéder toutes deux de la même façon lors des interviews en adoptant une attitude neutre. Afin de s'accorder au mieux, elles ont réalisé le premier entretien ensemble. Néanmoins, malgré un travail de réflexivité, il est possible que leurs propres représentations aient influencé le recueil des données.

Les chercheuses se sont présentées lors des entretiens comme des internes en médecine générale. Cette thèse est une étude déclarative basée sur des entretiens semi-dirigés. Devant ce type de sujet, les médecins ont pu faire varier les réponses en ce qu'ils estimaient comme étant ou non une position appropriée en accord avec les attentes sociales et médicales.

Recueil et analyse des données

Le travail de retranscription s'est fait de la manière la plus fidèle possible, et le codage strictement en double aveugle. La rigueur de cette méthode permet d'affirmer la validité interne de l'étude.

Dans la majorité des cas, les entretiens se sont réalisés dans de bonnes conditions, en tête à tête, au calme et sans limites temporelles. Mais quelques médecins avaient donné rendez-vous aux chercheuses en plein milieu de leur journée de consultation, ce qui pouvait favoriser les interruptions. Enfin une personne s'est rajoutée à la fin d'un entretien et y a participé, ceci a pu influencer légèrement les dernières réponses.

Il est impossible de garantir que tous les aspects de notre sujet aient pu être abordés ou développés de manière exhaustive.

Recrutement de la population

Aucun des médecins sollicités n'a refusé d'entretien. Le rééquilibrage de l'échantillon a été fait en fonction de la localisation, de la structure d'exercice, de l'expérience, du genre, de l'âge. Cette diversité a permis d'extrapoler les conclusions à l'ensemble des soignants Toulousains concernés. De plus, l'atteinte de la saturation des données et le fait que l'ensemble de l'étude ait été approuvé par un expert toulousain des MGF, ont permis une validité externe de l'étude.

Le recrutement s'est fait sur la base du volontariat et du bouche à oreille. Certains acteurs interrogés étaient déjà dans une démarche personnelle de recherche d'informations et de possibilités de prise en charge des MGF sur Toulouse. La neutralité de leurs réponses a donc pu être affectée.

Thématique

Quinze mois se sont écoulés entre le premier et le dernier entretien. Les chercheuses se sont rendu compte que, durant ce laps de temps, la situation toulousaine pour la prise en charge des MGF était en train d'évoluer par la création d'une association pour l'accompagnement de ses femmes. D'ailleurs, cette dynamique a souligné l'actualité de la question de recherche qui était un réel besoin des soignants.

Enfin, le thème a été accueilli à la fois avec intérêt et avec une réelle volonté d'investissement de leur part.

B - ANALYSE DES RÉSULTATS

I) REPRÉSENTATIONS DES SOIGNANTS AU SUJET DES MGF

1. DES REPRÉSENTATIONS SPONTANÉES TRÈS NÉGATIVES

La **vision personnelle très péjorative** sur les MGF des soignants est une originalité de cette étude. En effet, ils ont employé des mots très forts, comme « horreur », « amputation ». De plus ces mots sont cités par tout type de soignants indépendamment de leur expérience face à ce sujet. Même si certains ont pris du recul et rappelé que toutes les femmes excisées ne souffrent pas de leur situation.

Ces résultats n'ont jamais été retrouvés dans les études sur les MGF hormis dans un mémoire récent interrogeant des sages femmes et des gynécologues obstétriciens (13).

Ces représentations gêneraient certains soignants pour aborder les MGF. Éviter le sujet pourrait être le résultat **d'un mécanisme de protection inconscient**.

2. DE L'EMPATHIE À LA SYMPATHIE

Les chercheuses ont constaté que les soignants ont **un souvenir marquant** rattaché à l'excision : une infibulation, un lien d'amitié, un accouchement difficile, une douleur, une femme en détresse. D'ailleurs, certains ont pris conscience lors des entretiens qu'ils avaient occulté ce souvenir de leur mémoire. Ceci n'est pas traité dans la littérature.

Les chercheuses supposent que la relation médecin-patient en devenant trop personnelle augmenterait la difficulté des soignants à garder une **distance empathique juste**. Une prise de conscience de leurs émotions face aux MGF, leur permettrait de se repositionner et faciliterait les échanges avec les femmes. Ce sont les principes de nombreuses techniques de communications, groupes Balint, Communication non violente (cf lexique), utilisés en médecine générale (16, 17).

3. AMBIVALENCE : ENTRE DEVOIR D'IMPLICATION ET PEUR D'INTRUSION

Une implication forte....

Les soignants de cette étude ont affirmé leur **devoir d'implication** afin de lutter contre la pratique des MGF et de protéger les générations futures. Ils ont été très concernés même s'ils n'ont rencontré que rarement cette problématique dans leur pratique. Au contraire, une autre étude, évaluant l'implication des médecins généralistes face aux MGF, montre un désintérêt pour le sujet puisqu'ils y sont peu confrontés. Mais dans cette enquête, la moitié des médecins interrogés n'a jamais rencontré de femmes excisées (18). C'est pourquoi beaucoup d'études insistent sur l'importance de la formation des médecins afin de les sensibiliser à ce sujet (1, 4, 7,8, 9).

..... contrebalancée par la peur de l'intrusion.

Au fur et à mesure des entretiens, les chercheuses ont remarqué que parfois les médecins les plus expérimentés ne sont pas nécessairement les plus à l'aise avec le sujet des MGF. En effet, les soignants de cette étude sont partagés entre la **peur d'être intrusifs** et leur devoir d'implication. À travers leurs représentations et leur expérience, la prise en charge des femmes excisées serait une véritable remise en question des soignants. De nombreuses études rapportent que l'une des principales craintes des soignants est d'être intrusif (3, 9, 18, 19) et une seule décrit cette **ambivalence** (20).

II) DIFFICULTÉS POUR ABORDER ET DIAGNOSTIQUER LES MGF

1. L'ABORD DES MGF : UNE ATTENTE DES FEMMES

Les soignants de cette étude ont émis certaines réserves pour aborder le sujet des MGF. De nombreuses études à grande échelle sur les MGF interrogeant les femmes, montrent que celles-ci sont **favorables au dépistage à 84 %** (1, 7). Une étude toulousaine qualitative récente interrogeant les femmes (21) soulignent que la parole, pouvant être libératrice, est une attente de la plupart d'entre elles.

Dans la littérature, de nombreux freins sont avancés par les soignants pour aborder le sujet des MGF et sont similaires à ceux retrouvés dans cette étude. Les principaux seront développés dans les paragraphes suivants avec d'une part les conditions techniques de consultations (22,23) et d'autre part les déterminants de la relation médecin-patient (3, 7, 9, 18,19, 24).

2. COMPLEXITÉ DES THÈMES TRANSVERSAUX

Comment aborder la violence ?

Dans un premier temps, les soignants de l'étude ont été gênés pour aborder le sujet des MGF car il se rapporte à la **violence**.

En novembre 2014, un plan de lutte contre les **VFF** est publié dans le Journal Officiel (cf lexique); il énumère les violences, des plus visibles aux plus insidieuses, et classe les MGF parmi elles (25). Au vu des conséquences sur la santé des femmes, les recommandations sont claires en ce qui concerne le dépistage des violences et des MGF. Il est nécessaire de l'aborder en consultation même si la relation de confiance avec la patiente n'est pas encore établie (4, 26).

Dans la littérature concernant les VFF, on retrouve fréquemment les mêmes difficultés que celles citées par les médecins de cette étude pour aborder les MGF :

Difficultés liées aux conditions techniques de consultation :

Dans la littérature, parmi les **freins organisationnels**, la chronophagie, la complexité des problèmes médico-psycho-sociaux rencontrés par les patientes et le manque de formation des médecins sont souvent mis en avant (19, 23, 24, 27) et ont été rapportés par certains soignants de cette étude.

Parmi les **freins à la sensibilisation**, un manque d'intérêt entraîne une méconnaissance du sujet (27). Le flux des consultations fait parfois oublier d'aborder la problématique des violences (23, 24). Ceci est également démontré dans cette étude.

Difficultés à construire une communication efficace entre le médecin et la patiente :

Les études rapportent des **freins émotionnels**, il peut même y avoir une peur inconsciente du médecin accentuée parfois par des expériences négatives (27). Ce résultat a été aussi retrouvé dans cette étude. Les chercheuses pensent qu'il pourrait s'agir d'une sorte de **réflexe de protection** de la part du soignant.

L'influence du genre, c'est à dire l'hypothèse que les médecins femmes soient plus sensibles à ce type de sujet (27) n'est pas retrouvée dans cette étude. Les chercheuses ont en effet interrogé autant d'hommes que de femmes et leur sensibilité au sujet des MGF est généralement liée à leur vécu, leurs rencontres personnelles et professionnelles, plus qu'à leur sexe.

D'autres freins, dus à une **relation de confiance médecin-patient** mal établie, empêchent les soignants d'en parler même s'ils le souhaitent (22, 23, 27). Ce que rapportent aussi certains des soignants de cette étude.

La **peur d'être intrusif** (19, 22, 23, 27) **et de brusquer** la patiente dans un sujet jugé tabou est retrouvée chez 50% des soignants (19). Les médecins appréhendent d'être mal jugés par des femmes se sentant stigmatisées, surtout si elles n'étaient pas excisées (27, 28). Par conséquent, une part des soignants craignaient que les patientes ne se renferment (22). Ces constats sont également fait par les soignants de cette étude. Les chercheuses pensent que certains préféreraient attendre une autorisation implicite des femmes et ne feraient qu'un dépistage sur signes d'appels.

Parmi les freins, **le sentiment d'impuissance et la peur de mal faire** sont renforcés par le sentiment pour le médecin d'être seul et sans réseau de prise en charge. Le manque de visibilité des réseaux est un obstacle supplémentaire pour aborder le sujet des violences. Les soignants se sentent démunis et dans l'incapacité de proposer des solutions aux femmes concernées (19, 23). Certains ont peur de réveiller des souffrances enfouies pour ensuite n'avoir rien à leur proposer pour les soutenir (19). Tous ces constats sont également démontrés dans cette étude.

Enfin une étude explique que quand les soignants ont peur de **stigmatiser** les patientes ou de les culpabiliser ils n'abordent pas habilement le sujet (27). Ceci a été dit dans l'étude présente. Ne pas condamner l'acte culturel mais dénoncer les conséquences de l'excision est conseillé dans des études sur les MGF, afin de déconstruire le processus décisionnel de la pratique (2, 29).

Pour toutes ces raisons, le **dépistage systématique** des violences ne fait pas l'unanimité dans les études (19, 22, 23). Dans cette étude, certains médecins ont déclaré hésiter à poser systématiquement la question en fonction de l'origine géographique de la patiente. Pourtant, plusieurs études montrent l'absence d'effet délétère du dépistage systématique sur la santé des femmes (19, 28). Lors des études concernant les violences sexuelles, les questionnaires sont acceptés par presque toutes les patientes (28). D'ailleurs il est démontré que ne pas faire le dépistage systématique des violences mais opter uniquement pour un dépistage orienté, sur signes d'appel, **sous-estime** grandement le nombre de femmes concernées car les symptômes sont aspécifiques ou absents

(19). De nombreuses études recensent à chaque fois un nombre de nouveaux cas de VFF décelé impressionnant : une femme sur quatre, victime de violences intrafamiliales n'en avait jamais parlé avant une étude ciblée (19).

Enfin, dans cette étude, les soignants ont rapporté que les femmes parlent rarement spontanément de leur excision, c'est **un motif de consultation caché**. Ceci est présent dans de nombreuses études concernant l'excision (1, 9) et les violences (19, 22). Une des raisons pourrait être que les femmes aborderaient plus facilement le sujet par l'intermédiaire d'une plainte de la sphère génito-urinaire. Ceci corrobore les résultats d'une thèse toulousaine récente (21) dans laquelle les femmes préfèrent aborder le sujet avec un médecin ayant des compétences en gynécologie.

Une autre raison citée ici et dans d'autres études serait la non reconnaissance des médecins en tant qu'**interlocuteur** sur ce sujet (1, 11, 19, 22, 29, 30). Ceci est évalué pour les violences intrafamiliales : seulement 14 % des femmes en parlent au médecin contre 40% à la famille (19).

Comment aborder la sexualité ?

Dans un second temps, les soignants ont expliqué parfois leur difficulté à aborder ce sujet parce qu'il touche à la **sexualité**. Cette notion est souvent traitée dans la littérature (3, 9).

Dans cette étude les médecins pensaient que la question de la sexualité rendait la parole difficile des deux côtés. Pourtant dans une étude 73% des femmes n'ont pas de réticences à parler de leur excision avec un soignant (7).

Dans cette étude, certains soignants n'ont pas envisagé prendre en charge la sexualité des femmes excisées à partir d'un certain âge : cette notion d'âgisme est également dénoncée dans une étude sur la sexualité (31).

Donc, les chercheuses estiment que ce serait le rôle des médecins de détecter si la patiente veut en parler et de lui « *tendre des perches* » indépendamment de son âge.

Une étude sur les représentations des soignants face à la sexualité des personnes âgées décrit quatre postures des soignants pour aborder des sujets intimes : les « évitants » qui ne veulent pas être intrusifs et attendent du patient qu'il en parle lui même ; ceux qui abordent le sujet de manière purement médicale ; ceux qui abordent le thème dans sa globalité et les experts qui maîtrisent le sujet, grâce à une formation spécifique (31). Pourtant, comme expliqué précédemment, l'étude actuelle a montré que l'expérience

face aux MGF ne rendrait pas toujours plus à l'aise mais elle permettrait peut-être d'aborder plus fréquemment le sujet.

Les chercheuses pensent que cette difficulté à aborder la sexualité pourrait également s'expliquer par une **pudeur** des soignants (cf lexique). Lors de certains entretiens, celle-ci a pu se manifester par des rires gênés, un détournement du regard, une éviction de certains mots comme « clitoris », une intonation de la voix modifiée, chuchotement, lorsque le thème de la sexualité était abordé. Dans cette étude, les soignants percevaient la pudeur davantage comme un frein au dialogue : le mot « *pudeur* » n'a été cité qu'une fois mais le mot « *honte* » qui a une connotation négative 6 fois. Certains ont raconté ouvertement que ce sujet les gênait, d'autres ont parlé plus volontiers de la pudeur des femmes excisées.

Une étude montre que la pudeur est influencée par trois facteurs : propres au patient, au médecin lui-même et à la relation médecin-patient (32). Elle peut diminuer avec l'avancée en âge de la patiente ou selon le sexe du soignant, mais aussi avec la confiance et l'habitude. La pudeur n'est donc pas seulement un frein : elle a une fonction protectrice dans la relation médecin-malade (33).

Les soignants de l'étude ont semblé très attentifs au respect des valeurs intimes familiales, religieuses, culturelles des patientes. Certes il est très important de respecter cette pudeur (33) mais elle peut renforcer le silence sur des « sujets tabous » (23, 31, 34). **L'accès à l'intimité** de la personne n'est-il pas justement une des particularités et un privilège de la relation médecin-patient comme le souligne le Dr Michael Balint (16, 35) ?

Comment aborder une culture différente de la sienne ?

Dans cette étude, la culture différente de ces femmes excisées a rendu la parole difficile. Les médecins se posent souvent ce problème de **multiculturalité** (cf lexique) dans certaines études (36, 37). Pourtant, une étude souligne le point de vue des patients migrants sur leur relation avec leur généraliste : les patients ne font pas de liens entre la qualité de prise en charge et le contexte culturel (38). Les chercheuses émettent donc l'hypothèse que le « malaise » dû au choc des cultures viendrait davantage des soignants que des patients.

Pour les soignants de cette étude, l'excision a été vécue comme une trahison de l'enfant par sa **famille**. Cette transgression de la parole familiale est difficile pour les femmes d'autant plus que les valeurs communautaires sont plus présentes dans les

cultures africaines (39). Ainsi remettre en question cette pratique est un dilemme entre leurs valeurs culturelles et leur liberté de femme prônée par la culture occidentale.

Dans l'étude présente, il a été difficile pour quelques soignants de porter un jugement sur cette tradition. Dans un mémoire, ceci est attribué au rejet de l'attitude colonialiste (40).

Dans cette étude, les soignants ont également abordé le thème de **la circoncision masculine** par le fait de mutiler un organe génital sain. Ils ont souligné que malgré l'absence de retentissement fonctionnel, cela peut quand même avoir des répercussions sur le sentiment d'intégrité de la personne.

D'après les résultats des études d'Excision et Handicap, il y a trois « types » de femmes excisées (3) : les « occidentalisées » demandent souvent une réparation ; celles ayant leur propre culture, qui sont en général en situation de précarité, ne priorisent par ce sujet ; et enfin, celles qui, cheminant encore entre deux mondes, essaient de se fabriquer une « 3^{ème} culture » : un compromis entre leur propre culture et celle du pays d'accueil (24, 41). Dans cette étude, les soignants ont remarqué que ces dernières auraient tendance à avoir des doutes : elles seraient partagées entre leurs valeurs traditionnelles et les normes de ce nouveau monde où elles peuvent se sentir différentes, ce qui les pousseraient davantage à se faire « réparer ». En effet, cette **ambivalence des femmes** se retrouve dans certaines études (30, 40). De plus dans l'étude actuelle, les soignants ont expliqué que parfois les femmes ont plus honte de faire une réparation chirurgicale que de l'excision en elle même. En revanche dans les études interrogeant les femmes excisées, la réticence vient davantage à parler de leur réparation chirurgicale par peur de l'exclusion de leur communauté, plus que d'une gêne à l'acte chirurgical (3, 21).

Les autres difficultés exprimées par les soignants de cette étude face aux patientes issues de la migration sont confirmées par les études existantes : contraintes linguistiques (alphabétisation, barrière de la langue), contraintes économiques (horaires de consultation, transport), contraintes administratives (papiers, accès aux droits) et isolement affectif (42, 43). Les soignants de cette étude ont émis l'hypothèse que toutes ces raisons rendaient le **suivi difficile**.

Les médecins généralistes peuvent réaliser 2 types de **certificats** au sujet des MGF : un certificat d'excision pour affirmer que la femme est excisée et un certificat de non excision pour confirmer que les filles ne le sont pas. Pour les soignants de cette étude, il a été plus facile d'écrire des certificats pour des demandes de protection subsi-

diaire que de dénoncer une excision. Il serait plus aisé pour les soignants d'exercer cette fonction de protection que de signalement. La facilité à la rédaction de ces certificats n'est pas retrouvée dans les études. Au contraire, une étude montre que les soignants refusent de délivrer ces certificats dans le but d'obtenir des titres de séjours car ils avaient l'impression d'être utilisés. Et que 56% des soignants se trouvent désarmés face à une demande de ce type (18).

Dans cette étude, devant la difficulté de l'interprétariat, les soignants ont utilisé d'autres moyens de communication non verbale, comme les schémas, les photos...L'efficacité de ces moyens est validée dans différentes études (4, 42, 43, 44).

Chaque patient a une personnalité et une histoire différente auxquelles le médecin doit s'adapter dans la construction de la relation médicale à partir de la demande exprimée par le patient. Le médecin a un système de représentations qui lui est propre, il peut se retrouver désarmé face à un patient ayant ses propres coutumes, différentes des siennes, et dont les plaintes peuvent être vagues. Pour répondre au mieux aux attentes de ces femmes, les chercheuses postulent qu'une « **compétence interculturelle** » enrichirait les médecins (39, 44, 45). La compétence transculturelle ferait partie d'une compétence générale d'interaction et de communication (45).

Pour conclure, cette étude a confirmé la demande des soignants d'une formation différente avec une approche axée sur des grands thèmes socioculturels afin de mieux appréhender des questions aussi transversales que les MGF (9, 18).

3. IMPORTANCE DE LA RELATION DE CONFIANCE

Les soignants de l'étude ont rapporté leur difficulté à aborder le sujet des MGF quand la relation de confiance n'était pas établie. Plus la relation de confiance est forte, plus le suivi est solide et la prise en charge aboutie (35, 42, 46, 47). De plus, comme nous l'avons vu précédemment, cette relation de confiance pourrait atténuer la pudeur des deux côtés (33).

Pour la prise en charge des MGF, il est recommandé d'aborder le sujet si on n'est pas certain de revoir la patiente excisée et ce, quel que soit le motif de consultation (4). Une étude de médecine générale interroge les patients d'origine étrangère et ces derniers relatent l'importance du **premier contact** avec leur médecin généraliste (38).

En effet, une simple question de dépistage lors d'un premier entretien pourrait permettre d'aborder le sujet comme il est recommandé pour les VFF (26).

4. UN OEIL AVISÉ

Dans cette étude, les soignants interrogés ont décrit un diagnostic loin d'être facile à réaliser lors de l'examen, même pour les plus expérimentés. En particulier, le type 1, ou « sunna », qui consiste en l'ablation du capuchon ou du gland clitoridien, passait parfois inaperçu. De plus, les femmes pouvaient en avoir un souvenir horrible et pourtant ne présenter que des lésions mineures à l'examen. Ceci peut s'expliquer par l'absence de parallélisme anatomo-clinique souligné par le Dr Pierre Foldès dans son ouvrage (10).

Dans cette étude, des soignants ont émis l'hypothèse d'une **évolution des pratiques** devant l'absence de lésions visibles alors que les patientes se souvenaient de leur excision. Pour faire plaisir à la communauté, certaines exciseuses feraient une petite plaie qui saignerait sans aller plus loin.

Une autre difficulté originale présentée par les soignants a été la ressemblance de certaines formes de MGF à d'autres pathologies vulvaires, comme le **lichen scléreux**. Dans son livre, le Dr Pierre Foldès décrit avec précision les complications scléreuses de certains types de MGF (10) mais ne parle pas de leurs diagnostics différentiels, et rien n'est écrit à ce sujet dans la littérature.

Dans une étude toulousaine récente, 75% des soignants abordent le sujet uniquement suite au diagnostic d'une MGF lors de l'examen clinique (13).

Par conséquent, une sous-estimation du nombre de femmes excisées est fortement probable. Le diagnostic serait donc plus fréquent si les soignants posaient la question dès l'interrogatoire.

III) DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGE SUR TOULOUSE

1. LA QUESTION DU GENRE

Dans cette étude, le genre masculin a été un des freins souvent cité, particulièrement lors de l'examen gynécologique. Les médecins généralistes masculins ont respecté le choix des patientes en les orientant vers un confrère féminin.

Dans la littérature, on retrouve plusieurs fois cette question, notamment concernant les suivis en gynécologie. Des patientes refusent de se faire examiner ou opérer par un homme en raison de leur **religion ou de leur pudeur** (32, 33). Il semblerait que le soignant féminin soit plus souvent accepté. Cette notion de « complicité féminine » est un facteur important dans la relation de confiance (38).

Dans cette étude, les omnipraticiens ont demandé eux-mêmes des **référents féminins** pour la prise en charge des MGF sur Toulouse.

2. UN MANQUE DE COMPÉTENCE MAIS UNE FORMATION QUI EXISTE

Dans cette étude, de nombreux médecins ont eu conscience de leur manque de connaissance dans le domaine des MGF et ont souvent critiqué leur formation initiale. Cette demande de formation est confirmée largement par la littérature (3, 7, 8, 9, 10, 13, 19, 18, 24).

La nouveauté de cette étude est que les soignants ont eux-mêmes fait une démarche d'**auto-formation** via des groupes de pairs, des congrès ou sur internet. Depuis une circulaire de 2007 les MGF doivent être enseignées lors de la formation initiale des internes en médecine générale (8, 9) et un guide pratique pour aborder la questions est accessible depuis 2010 (4).

L'étude actuelle a montré une amélioration de cette formation dans les DU de médecine humanitaire et de sexologie sur Toulouse. Cette étude est la première a démontrer que la formation devient de plus en plus **accessible**. Elle ne devrait plus être un frein à la prise en charge de ces femmes.

3. RÉPARATION, PLURIDISCIPLINARITÉ ET INGÉRENCE MÉDICALE

Les soignants interrogés ont insisté sur l'absence de prise en charge protocolisée et par ailleurs sur la difficulté à la suivre si elle existait. Il est recommandé aux professionnels de santé de mettre en place une prise en charge pluridisciplinaire si la femme excisée désire une réparation chirurgicale (4). Si cette dernière ne l'a pas formulé, il est recommandé de lui dire que la réparation chirurgicale existe et de la présenter comme une option parmi d'autres. 60% des femmes ne sont pas intéressées par cette chirurgie (1).

Pour certains gynécologues obstétriciens, la « réparation » des MGF n'est pas une chirurgie si simple, en particulier le type 3, notamment en raison de la variabilité des MGF. La réalité clinique, souvent découverte lors de l'acte chirurgical de réparation dépend souvent des conditions de cicatrisation et de l'absence de soin après le geste (10).

Dans cette étude, au delà de l'aspect fonctionnel, cette chirurgie est vue par plusieurs soignants comme un droit pour la femme. Pourtant, certaines femmes voulant être réparées se le sont vu refuser quand chirurgicalement les dégâts étaient invisibles ou trop conséquents. Cette **réparation symbolique** pouvant être capitale pour elles, ce refus a mal été compris et non accepté. Ceci est confirmé par une thèse évaluant les ressentis des femmes en phase de pré-réparation chirurgicale (40).

De par leur vision occidentale de la santé, de nombreux soignants ont souligné le risque d'ingérence médicale. Les médecins n'ont pas présenté la réparation chirurgicale comme la meilleure solution. Les soignants ont souligné que la sexualité occidentale est perçue comme un facteur de bonne santé et introduit parfois la notion de **performance sexuelle**. Ces questions sont aussi discutées dans la littérature (40). Les femmes voudraient être opérées par attente magique d'une sexualité épanouie qu'elles imaginent aux occidentales. Rappeler aux femmes excisées que dans la population générale 25% des couples méconnaissent l'usage du clitoris (48) pourrait déconstruire la croyance des femmes en la magie de la chirurgie réparatrice (10, 49).

En matière d'éducation à la sexualité, certains soignants ont rappelé le manque de connaissances de certaines femmes. Or cet enseignement est indispensable dans le cheminement de reconstruction et dans la lutte pour la prévention des MGF (9, 29).

Au lieu d'une prise en charge pluridisciplinaire systématique, les soignants de l'étude ont insisté sur une prise en charge au **cas par cas** et dans la durée afin de répondre au mieux aux souhaits de ces femmes et à leurs réalités de vie. Cette remise en question de la pluridisciplinarité systématique avant la chirurgie fait débat (40).

Les chercheuses pensent donc que la pluridisciplinarité ne serait pas un critère indispensable à une bonne prise en charge. L'essentiel étant de pouvoir la proposer aux

femmes afin de répondre au mieux à leurs attentes tout en leur laissant le choix. Les soignants ont insisté sur la nécessité d'un réseau de soins multidisciplinaire, **local, visible et accessible** à toutes financièrement afin de rendre les femmes actrices de leur santé. Cette demande est à la fois formulée dans les études, par les soignants (11, 13) et par les femmes excisées (1,11,21, 29, 30).

4. DU SILENCE AU RÉSEAU TOULOUSAIN IDENTIFIÉ

Dans cette étude la prise en charge des femmes excisées sur Toulouse a été comparée à un véritable parcours du combattant pour elles et pour les soignants. Ce constat est retrouvé dans toutes les autres études toulousaines (11,13,21,29,30).

Cette étude a permis de comprendre les problèmes des soignants et d'y apporter quelques réponses. Certains chirurgiens qui savent réparer ont justifié leur silence par la crainte d'un détournement de l'activité en faveur des opérations de « re-virginisation ». Les omnipraticiens ont proposé, pour contrer cet effet, une formation adaptée des secrétaires médicales des structures qui pratiquent la reconstruction chirurgicale des MGF. L'étude faite sur l'hôpital Paule de Viguier propose aussi la création d'un annuaire spécifique des référents (13).

Les soignants se sont questionnés sur la réticence des associations à mettre en place des groupes de parole. De plus certains soignants n'ont pas su à qui adresser les femmes excisées et ont été contraints de les orienter dans d'autres villes. D'autres ont expliqué que le maillage entre les professionnels s'était fait par l'intermédiaire des structures sociales ou associatives. L'importance de ces structures est soulignée dans d'autres études (11, 21, 29, 30, 50).

Entre le début et la fin de l'étude, un réseau clairement identifié a été mis en place. Une **nouvelle association**, « Ta vie en main », spécialisée dans l'accompagnement des femmes excisées s'est créée. Il manque seulement l'aval de l'ARS pour la formalisation d'un **centre de recours**.

IV) AMÉLIORER LE DÉPISTAGE DES MGF À TOULOUSE ?

Les chercheuses pensent que les soignants pourraient mettre des **affiches et des flyers en salle d'attente** afin d'informer les femmes sur ce qui existe à Toulouse. Si la consultation ne laisse pas le temps aux soignants d'en parler ou s'ils n'y pensent pas, ceci permettrait aux les femmes hésitantes de les identifier en tant qu'interlocuteur potentiel. Dans une étude l'hypothèse d'un effet bénin préventif est avancée : permettre aux femmes d'exprimer leur souffrance est le premier geste thérapeutique nécessaire (19).

L'intérêt **des campagnes d'information médiatique** touchant à la fois les professionnels et les femmes excisées sans message stigmatisant est aussi primordial. Le numéro vert, 3919, qui existe pour les VFF (25) ne serait peut être pas encore assez connu par les femmes ou non identifié en tant que numéro vert pour les MGF.

Les chercheuses pensent aussi que **des groupes de pairs** permettraient aux soignants de parler entre eux de leurs craintes, de leurs difficultés et de sensibiliser ceux qui n'ont jamais été confrontés aux MGF.

Les efforts pour **la formation des professionnels de santé** doivent être poursuivis, mais **aussi élargis aux autres interlocuteurs de premiers recours** de ces femmes : juristes, travailleurs sociaux, secrétaires médicales... (20, 28, 29)

Les chercheuses espèrent que cette dynamique actuelle permettra certainement une plus grande visibilité et mobilisation des femmes concernées qu'il serait intéressant d'évaluer dans quelques années.

CONCLUSION

Dans les études médico-sociales, le sujet des Mutilations Génitales Féminines (MGF) est jugé tabou. 84% des femmes excisées estiment qu'il est bénéfique d'en parler à un soignant. Elles soulignent une incapacité des médecins à aborder cette question. Lorsqu'on interroge les soignants, le manque de formation est souvent la seule explication avancée. Les chercheuses se sont questionnées sur les autres raisons à ce silence.

Un état des lieux récent recense la présence de femmes excisées à Toulouse. Les recommandations médicales affirment le bénéfice d'une prise en charge pluridisciplinaire. Devant l'absence de réseau toulousain identifié, les soignants se sentent démunis.

Les chercheuses se sont donc demandé comment comprendre la complexité des comportements des soignants face aux MGF pour améliorer la prise en charge de ces femmes sur Toulouse ?

Les chercheuses ont choisi de réaliser une étude qualitative avec des entretiens semi-dirigés interrogeant des médecins généralistes et des gynécologues obstétriciens et médicaux.

Cette étude a démontré que la prise en charge des MGF sur Toulouse est un véritable parcours d'obstacles pour les soignants.

Les soignants ont des représentations et une vision occidentale de cette coutume ancestrale qui négativisent bien souvent les conséquences des MGF et le vécu des femmes.

De plus, les comportements des soignants face aux MGF sont influencés par de multiples facteurs : leur vécu personnel, leur tempérament et leurs mécanismes de protection psychologique face à cette problématique. Il existe donc une réelle ambivalence entre leur peur d'intrusion et leur désir d'implication face aux MGF. Garder la bonne distance empathique face à ce sujet est complexe pour les médecins. Lors des entretiens, les chercheuses ont assisté à une véritable introspection chez certains soignants. Les médecins doivent faire abstraction de ces freins et de leurs idées préconçues, afin de pouvoir dépister, écouter et prendre en charge ces femmes dans leur globalité. Ils ont

rappelé que ce travail est primordial pour réussir à maintenir une prise en charge pérenne.

D'autres difficultés ont été rapportées, liées à la question du genre du médecin et au diagnostic clinique des MGF du fait de leur diversité.

Tout ceci peut expliquer le fait que les soignants ne soient pas toujours reconnus comme des interlocuteurs potentiels par ces femmes.

Une fois les soignants sensibilisés au sujet, la formation sur les MGF est accessible par leurs propres recherches ou via l'université notamment dans les DU de médecine humanitaire et de sexologie. Néanmoins, ils ont demandé la mise en place d'une formation regroupant plusieurs thématiques comme la violence, la sexualité, l'interculturalité, et avant tout une formation à la communication. En effet, quelle que soit la complexité du sujet, ces améliorations renforceront la relation de confiance médecin-patient.

Enfin, le silence des professionnels de santé toulousains spécialisé dans les MGF a été pour de nombreux soignants un frein à la prise en charge de ces femmes. Les soignants ont souhaité se référer à un réseau dédié à ces femmes sur Toulouse. Pour la reconstruction clitoridienne, la possibilité de faire appel à une femme chirurgien a été demandée par les médecins et les patientes. Les soignants interrogés ont également souligné la nécessité de pouvoir proposer une prise en charge multidisciplinaire, sans que celle-ci ne soit forcément systématique. Selon eux, la prise en charge doit être faite au cas par cas, le choix final appartenant aux femmes.

Entre le début et la fin de l'étude, l'association «Ta vie en main» qui accompagne les femmes excisées, a vu le jour. Elle commence rapidement à se faire connaître par les interlocuteurs de ces patientes. Un projet de centre de recours se met également en place.

Cette **dynamique** permettra certainement une meilleure identification des professionnels de santé qui facilitera les démarches des femmes concernées. Il serait intéressant de l'évaluer dans quelques années.

RÉFÉRENCES

1. Andro A, Lesclingand M, Cambois E, Cirbeau C. Rapport final Volet quantitatif du projet Excision et Handicap (ExH). Excision et Handicap (ExH) : Mesure des lésions et traumatismes et évaluation des besoins en chirurgie réparatrice. Mars 2009 :116p.
2. Andro, A. & Lesclingand, M. Les mutilations sexuelles féminines: le point sur la situation en Afrique et en France. Popul. Sociétés INED 438 (2007).
3. Andro A, Lesclingand M, Pourette D. Rapport final Volet qualitatif du projet Excision et Handicap (ExH). Comment orienter la prévention de l'excision chez les filles et jeunes filles d'origine Africaine vivant en France : Une étude des déterminants sociaux et familiaux du phénomène. Janvier 2009:80p.
4. Coordination de rédaction Gynécologie Sans Frontières. Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines. Juillet 2010:115p.
5. Éliminer les mutilations sexuelles féminines : déclaration interinstitutions HCDH,OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, NIFEM. France : OMS 2008 :51p.
6. Légifrance. Avis sur les mutilations sexuelles féminines (Assemblée plénière du 28 novembre 2013). <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORF-TEXT000028313269>
7. Horoks M, Piet E. Mutilations sexuelles féminines : vécu des femmes mutilées et prise en charge médicale. Thèse d'exercice : Médecine. Médecine générale : Paris 6 : 2008. 2008PA06G035
8. Laurens Doucoure A. Les internes en Médecine Générale face aux Mutilations Sexuelles Féminines : Connaissances, Attitudes, Enseignement. Thèse d'exercice : Médecins. Médecine générale : Paris 5 : 2011. 96p
9. Morisse-Sanson M, Boulet P. Les mutilations sexuelles féminines : étude qualitative sur les ressentis et besoins en formation des médecins généralistes de Haute-Normandie. Thèse d'exercice : Médecine. Médecine générale : Rouen : 2012. 2012ROUEM126
10. Foldès P. Chirurgie réparatrice de l'excision et des mutilations génitales féminines. (Doin). Avril 2013 :98p.
11. Baby C. Prévenir l'excision à Toulouse. Enjeux et Obstacles. L'essentiel du mémoire de recherche. Université Jean Jaurès. Département Sciences de l'éducation et de la formation Sciences espaces et sociétés. Direction Daniel Guy. 2013-2014 :29p.
12. Côté L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie médicale 2002
13. Lesbats M. Les mutilations sexuelles féminines : approche par les professionnels de la naissance de l'hôpital Paule de Viguier de Toulouse. Mémoire de sage-femme : Médecine : Toulouse 3 : 2014.

14. Teulières L. Histoire et mémoires des immigrations en région Midi-Pyrénées. Synthèse du rapport final. Toulouse : CNRS-Laboratoire Framespa. Juin 2007
http://www.goutdesautres.fr/pdf/ImmigrationMidi_PyreneesSyntheseAcse.pdf
15. Teulières L, Souchet F. Histoire des immigrations en région Midi-Pyrénées. Revue Hommes et migrations. Article issu du N°1273, mai-juin 2008 : "Histoire des immigrations. Panorama régional". mai-juin 2008
<http://www.hommes-et-migrations.fr/index.php?/numeros/panorama-de-l-histoire-des-immigrations-en-region/5159-histoire-et-memoires-des-immigrations-en-region-midi-pyrenees>
16. Meyer Voss S. Écoute, empathie et bienveillance : apports de la Communication Non Violente en médecine générale. Mémoire de DES : Médecine générale :Strasbourg : 2014. 2014STRA3120
17. Peyre-Müller A. Apports des groupes Balint en médecine générale. Thèse d'exercice : Médecine : Toulouse 3 : 2011. 2011TOU31006
18. Antoine J-D. Mutilations sexuelles féminines : évaluation des connaissances et de la prise en charge chez les praticiens de la Côte d'Or et de Saône-et-Loire. Thèse d'exercice : Médecine : Dijon : 2015. 2015DIJOM003
19. Lugrin C. Les violences faites aux femmes dans le cadre familial : intérêt et difficultés d'un repérage systématique en médecine générale. Thèse d'exercice : Médecine : Médecine générale : Amiens : 2012. 2012AMIEM020.
20. 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 des pratiques . Thèse d'exercice : Médecine . Médecine générale - Paris 13 : 2014 2014PA130012
21. Bastien P, Paccard C. Quelle prise en charge des mutilations génitales féminines à Toulouse : la parole aux femmes Étude qualitative en région Toulousaine. Thèse d'exercice : Médecine : Médecine générale : Toulouse : 2015. 2015TOU31089/1090
22. Boutonné R. Représentations et vécu des médecins généralistes face à la violence conjugale : une étude qualitative exploratoire. Thèse d'exercice : Médecine : UPEC : 2014. 2014UPEC1035.
23. Fromental C, Ricaud L. Vécu du médecin généraliste face au dépistage des violences conjugales faites aux femmes en Haute-Garonne : étude qualitative en 2011. Thèse d'exercice : Médecine générale : Toulouse 3 : 2011. 2011TOU31065/31066.
24. Andro A, Lesclingand M, Pourette D. Excision et cheminement vers la réparation : une prise en charge chirurgicale entre expérience personnelle et dynamiques familiales. « Sociétés Contemporaines ». 2010/1 n°77 p139 à 161. DOI10.3917/soco.077.0139
<http://www.cairn.info/revue-societes-contemporaines-2010-1-page-139.htm>
25. Vion P. Combattre toutes les violences faites aux femmes, des plus visibles aux plus insidieuses. Étude du Conseil économique, social et environnemental. Journal officiel de la République Française. Mandature 2010-2015- Séance du mardi 25 novembre 2014.
26. MIPROF, Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes les Violences et la Lutte contre la traite des êtres humains. Mesurer, comprendre et lutter contre les mutila-

tions sexuelles féminines. La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes ; N°5 février 2015 :7p.

27. Boismain A, Gaudin M, Gervasoni A. Identification des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage des violences conjugales auprès de leurs patientes : étude qualitative par entretiens semi dirigés avec des médecins libéraux et salariés en Isère. Thèse d'exercice : Médecine : Grenoble 1 : 2012. 2012BRE15122.

28. Palisse M . Repérage par le médecin généraliste des violences sexuelles faites aux femmes : le point de vue des patientes. Médecine humaine et pathologie. 2013. <dumas-01131510>

29. Baby C . Les MSF en France et dans le monde. Complexité d'une stratégie d'intervention et de prévention à Toulouse. Master 2. Université Jean Jaurès - Toulouse . Département Sciences de l'éducation et de la formation Sciences espaces et sociétés. 2015

30. Bastien, Pauline : La prise en charge des femmes excisées : état des connaissances actuelles et enquête en terrain toulousain. Mémoire d'exercice . Médecine générale. Toulouse 3 : 2015

31. Cousseau L . Des représentations aux résistances des médecins généralistes à aborder la santé. Thèse d'exercice : Médecine . Médecine générale - Toulouse 3 : 2015. 2015TOU31006

32. Emont J. Pudeur du patient : son vécu et ses attentes, étudiés par méthode qualitative au sein d'une patientèle de médecine générale. Thèse d'exercice : Médecine : Médecine générale : Aix-Marseille : 2013.2013AIXM6211

33. Mach C. Le médecin et sa pudeur: de l'obstacle à la redéfinition du rôle : enquête qualitative auprès de médecins généralistes du Languedoc-Roussillon. Thèse d'exercice : Médecine : Montpellier 1 : 2009.

34. Tchikam D . Description des spécificités de la consultation de la femme portant le voile et des représentations de son port en médecine générale. Thèse d'exercice : Médecine . Médecine générale - Rennes : 2015. 2015REN1M076

35. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie . Psychanalyse. Bibliothèque scientifique Payot. 1996. 430p.

36. Hanson B, Ravez L. La **multiculturalité** : un défi pour la **médecine occidentale**. Ethica Clinica, n°49, **mars 2008**.

37. Stanojevich E, Veisse A. Repères sur la santé des migrants. INPES dossier « la santé des migrants » N°392. 2007 <http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/392/02.htm>

38. Engels-claden N . Vécu de de la relation médecin généraliste et le patient : point de vu des patients d'origine étrangère. Thèse d'exercice : Médecine . Médecine générale - Montpellier : 2014. 2014MON11166

39. L'approche interculturelle, les particularismes des immigrants et les obstacles à la participation aux soins (2e partie) PHANEUF M. Infiressources, Canada, 2009 29p. Monographie Document en ligne <http://www.prendresoin>.

40. Villani M, Andro A . Réparation du clitoris et reconstruction de la sexualité chez les femmes excisées : la place du plaisir. Nouvelles questions féministes 2010/3 (vol.29).

<https://www.cairn.info/revue-nouvelles-questions-feministes-2010-3-page-23.htm>

41. El Moubaraki M. « Femmes, santé, migration » Echanges d'expériences et de pratiques. Migrations Santé – Séminaire Femmes santé Migration – 2014 2015 : 29p.

42. Douja A . Prise en charge de la dépression chez le migrant en médecine générale : difficultés et attentes des praticiens. Etude qualitative . Thèse d'exercice : Médecine . Médecine générale - Nantes : 2012. 2012NANT056M

43. Khaled R . Le patient migrant consultant en médecine générale de ville à Aubervilliers : parcours de vie, mode de vie, accès aux soins. Thèse d'exercice : Médecine . Médecine générale - Paris 13 : 2012. 2012PA130011

44. Hambourg C . Santé globale, santé de première ligne, santé communautaire : présentation du projet de « la case de santé » à Toulouse . Thèse d'exercice : Médecine . Médecine générale - Toulouse : 2005. 2005TOU31052

45 Office fédéral de la santé publique Programme « migration et santé » Projet E-04-0488 (financement CFE) Interaction et compétence transculturelle en milieu hospitalier. Etude contextuelle des pratiques soignantes dans cinq hôpitaux suisses Rapport final de recherché 2005

46. Floch M, Bernard-Lamour N. Fiche de lecture sur le développement de la personne de Carls Rogers, DESU Coaching Université Paul Cézanne Aix en Provence. 2011. 14p.
http://feg.univ-amu.fr/sites/feg.univ-amu.fr/files/le_developpement_de_la_personne_de_rogers_-_floch_lamour_2011.pdf

47. World family doctors caring for people. Définition européenne de la médecine générale. Médecine de famille. 2002.56p <http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/MG%20externes/woncadefmg.pdf>

48. Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. Paris, La Découverte, 2008, 609 p.

49. Morris K . Feature Issues on female genital mutilation/cutting— progress and parallels. Lancet 2006; 368: S64–S66. Medicine and Creativity Vol 368 December 2006. www.thelancet.com

50. Fédération du GAMS « Femmes assises sous le couteau ». Manuel destiné à l'animation de réunions ayant pour thème la prévention de mutilations sexuelles féminines. www.federationgams.org

ANNEXES

Annexe 1 : Mail de recrutement des professionnels de santé	49
Annexe 2 : Guide d'entretien	50
Annexe 3 : Accord de la commission d'éthique	51
Annexe 4 : Formulaire d'information et de consentement des participants	52
Annexe 5 : Exemple de retranscription d'un contexte d'énonciation	54
Annexe 6 : Extrait de l'entretien HE	55
Annexe 7 : Tableau d'analyse	57
Annexe 8 : Talon sociologique	58

ANNEXE 1

Premier Mail envoyé avec le talon sociologique

Cher confrère,

Nous sommes deux internes en médecine générale et nous faisons une thèse sur les ressentis et les expériences professionnelles des acteurs de santé concernant la prise en charge des femmes excisées sur Toulouse.

Si vous avez déjà rencontré une patiente excisée en consultation à Toulouse, merci de remplir le court questionnaire en pièce jointe et de nous le renvoyer par mail à l'adresse suivante : mariezouzouo@yahoo.fr en précisant votre adresse mail et votre numéro de téléphone svp.

Merci de votre participation,

Cordialement,

Héloïse TATIN et Marie GLOAGUEN ZOUZOUO
Mails et numéros

Second mail à envoyer

SI répond par l'affirmative et renvoie le questionnaire avec un profil qui correspond à nos attentes . À envoyer avec le formulaire d'information et de consentement

Cher confrère,

Nous vous remercions pour avoir rempli le questionnaire, veuillez trouver ci-joint le formulaire vous expliquant notre thèse : il s'agit d'un travail qualitatif basé sur des **entretiens courts** afin de comprendre vos ressentis et expériences professionnelles concernant la prise en charge des femmes excisées.

Toutes ces informations resteront **confidentielles et anonymes**.

Selon vos disponibilités quand pourrions-nous vous rencontrer pour un **entretien**?

Merci de votre participation,
Cordialement,

ANNEXE 2

Guide d'entretien

« Dites-moi en 3 MOTS ce que représentent pour vous les Mutilations sexuelles féminines / l'excision ? »

3 sous questions de relance si nécessaire :
Qu'entendez vous par le 1er mot ? Le 2eme mot ? Le 3eme mot?

« Racontez moi votre histoire la plus marquante concernant les MSF ? / racontez moi votre histoire ? »

Sous questions :
La première fois comment cela s'est passé ?
Qu'avez vous fait ensuite ? et après ?
Et quels sentiments cela à réveiller en vous ?
Pouvez vous développer sur ce que les MSF représentent pour vous?
Et vos autres expériences / rencontres ?

« Expliquez moi l'organisation concrète de votre prise en charge vis à vis des femmes excisées sur Toulouse? / Comment l'avez-vous prise en charge ? »

Sous questions :
Comment viennent-elles à vous contacter ?
Qu'avez vous comme impressions sur leur attentes envers vous?
Avec quels intervenants travaillez-vous ?
Quelles attitudes, quels mots, que leur dites vous, quels soins, quel suivi ...etc ? (à moduler selon réponses et noter la question posée)
Quels résultats constatez-vous ?

« Au sujet de l'excision, qu'est ce que le terme réparation signifie pour vous ? »


« A votre avis, en quoi consisterait pour ces femmes la prise en charge idéale ? »

Sous questions :
Qu'est ce qui vous paraît indispensable ?
De par votre expérience, quelles erreurs à ne pas faire ? Pourriez-vous approfondir ?
Peut être avez vous des idées à nous faire part en comparaison avec d'autres villes de France ?
Quelles sont vos suggestions pour améliorer cette prise en charge à Toulouse ?

ANNEXE 3

Accord de la commission d'éthique

Président : Mme Laurencine VIEU

 <p>Département Universitaire Médecine Généraliste</p> <p>Faculté de Médecine de Toulouse 132 avenue de l'hopital 31063 Toulouse Cedex 9 généraliste Paul Sabatier Toulouse II</p>	<p>Commission Ethique du Département de Médecine Généraliste de Midi Pyrénées</p> <p>Secrétariat : Dr Serge BISMUTH 59 rue de la Providence – 31500 Toulouse Tél. : 05.61.80.01.23 – 06.82.63.45.70- Fax 05.61.34.61.16 – dr-bismuth@wanadoo.fr</p>
---	---

AVIS DE LA COMMISSION ETHIQUE DU DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE

<p>PARTIE RESERVEE A LA COMMISSION</p> <p>Date de réception de la demande 13/10/14</p>
--

<p><u>Renseignements concernant le demandeur :</u> Nom : GLOAGUEN ZOUZOUO Marie</p> <p>Nom : TATIN Héloïse</p>
--

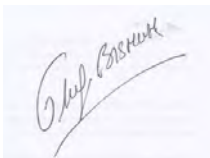
<p>IDENTIFICATION DE LA RECHERCHE</p> <p><u>Titre complet de la recherche :</u> Ressentis et expériences professionnelles des acteurs de santé concernant la prise en charge des femmes excisées sur Toulouse et agglomération.</p>
--

AVIS DE LA COMMISSION (Réservé à la Commission) – Avis favorable

Le 12.11.14

Le secrétaire

Dr Serge BISMUTH



ANNEXE 4

Formulaire d'information et de consentement

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE : **Ressentis et expériences professionnelles des acteurs de santé concernant la prise en charge des femmes excisées sur Toulouse et agglomération.**

IDENTIFICATION :

Chercheurs responsables du projet : Marie GLOAGUEN ZOUZOUO
Héloïse TATIN

Adresse courriel : ...

Téléphone : ...

BUT GENERAL DU PROJET ET DIRECTION :

Vous êtes invité à prendre part à ce projet visant à comprendre les ressentis et les expériences professionnelles des professionnels de santé dans le cadre de l'excision, sur Toulouse.

Ce projet est réalisé dans le cadre d'une thèse de médecine générale sous la direction du docteur Valérie Courteaut, médecin au CDPEF de Toulouse.

PROCÉDURE(S) OU TÂCHES DEMANDÉES AU PARTICIPANT

Votre participation consiste à donner une entrevue individuelle au cours de laquelle il vous sera demandé de décrire, entre autres choses, votre expérience passée concernant la prise en charge des femmes excisées. Cette entrevue est enregistrée numériquement avec votre permission et prendra 1 heure grand maximum de votre temps. Le lieu et l'heure de l'entrevue sont à convenir avec le responsable du projet. La transcription sur support informatique qui en suivra ne permettra pas de vous identifier.

ANONYMAT ET CONFIDENTIALITÉ

Il est entendu que les renseignements recueillis lors de l'entrevue sont confidentiels et que seuls, le responsable du projet et son directeur de recherche auront accès à votre enregistrement et au contenu de sa transcription. Le matériel de recherche (enregistrement numérique et transcription codés) ainsi que votre formulaire de consentement seront conservés séparément sous clé par le responsable du projet pour la durée totale du projet. Les enregistrements ainsi que les formulaires de consentement seront détruits 5 ans après les dernières publications.

PARTICIPATION VOLONTAIRE

Votre participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure, et que par ailleurs vous êtes libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette recherche. Dans ce cas les renseignements vous concernant seront détruits. Votre accord à participer implique également que vous acceptez que le responsable du projet puisse utiliser aux fins de la présente recherche les renseignements recueillis à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée publiquement à moins d'un consentement explicite de votre part.

COMPENSATION FINANCIÈRE

Votre participation à ce projet est offerte gratuitement. Un résumé des résultats de recherche vous sera transmis au terme du projet.

DES QUESTIONS SUR LE PROJET OU SUR VOS DROITS?

Vous pouvez contacter le responsable du projet au 06 22 70 21 25 pour des questions additionnelles sur le projet. Vous pouvez également discuter avec le directeur de recherche des conditions dans lesquelles se déroule votre participation et de vos droits en tant que participant de recherche.

Le projet auquel vous allez participer a été approuvé au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains. Pour toute question ne pouvant être adressée au directeur de recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter le Président du Comité d'éthique de la recherche pour étudiants.

REMERCIEMENTS

Votre collaboration est importante à la réalisation de ce projet et nous tenons à vous en remercier.

SIGNATURES :

Je reconnais avoir lu le présent formulaire de consentement et consens volontairement à participer à ce projet de recherche. Je reconnais aussi que le responsable du projet a répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer. Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner. Il me suffit d'en informer le responsable du projet.

Signature du participant :

Date :

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques du projet et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

ANNEXE 5

Retranscription entretien 1A

LÉGENDE :

Héloïse = bleu

Marie = violet

L'interviewé = noir

Attitude/non verbal = rouge

... = blanc / nombre de points = nombre de secondes de blanc

heu = heu / heuuu = heu ayant duré 3 secondes

(srrhi) = respiration je ravale ma salive (très très à la mode dans cet entretien)

>> = accélération de la parole . La fin de l'accélération se termine soit par << soit par un heu ou un blanc ou un srrhi etc selon ce qu'il a dit

LETTRE MAJ = accentuation du mot

quand différentes couleurs s'enchainent sans revenir à la ligne cela veut dire qu'on attend pas la fin de la réponse ou qu'on coupe court a la réponse

CONTEXTE

1er entretien, on a décidé d'y aller toutes les deux pour pouvoir mieux caler nos codes. Je posais les questions et Marie l'observerait, m'observerait et a décidé de prendre des notes (la peur du dictaphone qui lâche). Il était d'accord qu'on soit deux.

On arrive juste à l'heure après un petit sprint car on travaillait à la case de santé et on n'a pas vu l'heure passer. Heureusement, il n'a pas tout a fait fini sa consultation. On a le temps de relire les questions, vérifier le Dictaphone .

Il a l'air très à l'aise, personnage confiant en lui. On s'installe dans des canapés très confortables et pas au bureau. Toutes les deux face à lui. Il nous dit en rigolant, « je prends la grande banquette c'est moi le patient aujourd'hui ».

On commence par lui poser les questions du talon socio. Je me rends compte que je suis un peu impressionnée, j'ai la voie qui tremble pour les 2,3 premières questions, lui c'est parti !

IMPRESSION À CHAUD APRÈS L'ENTRETIEN/ DEBRIFING

On en sort complètement surexcitées !!! Trop d'infos, trop intéressant le point de vue sexologique, on ne parle jamais de sexologie !

En allant manger vite fait on a fait le brainstorming des mots et idées qui nous avaient marquées.

ANNEXE 6

Extrait Entretien HE

heu et du coup vous heu en 3 mots ça représente quoi pour vous les mutilations sexuelles féminines ?

alors qu'est ce que ça représente ?! c'est sûr que heu, ça véhicule pleins de choses en fait hein! D'abord heu heu, bah je pense que heu c'est ça va chercher déjà heu dans mon imaginaire quelque chose qui est peut être déjà ancien ! C'est heu heu je pense à une époque où on commence à médiatiser ça, heu je suis pas encore professionnel hein voilà j'pense que je suis même pas encore étudiant en médecine, je pense que c'est quelque chose dont, dont j'entends parler quand je suis heu heu jeune adulte ou à la fin du lycée! ça correspond aux années heu heu voilà moi j'ai eu mon bac en 86, le mouvement « touche pas mon pote » (Ce slogan est créé par SOS Racisme en 1985 . La main avec ce slogan écrit dessus, a été faite pour promouvoir l'intégration des jeunes gens d'origine étrangère et spécialement maghrébine, dans le cadre de l'antiracisme et du respect des différences.) est très très actif, je suis en région Parisienne actuel, à ce moment là et je côtoie des jeunes heu des jeunes filles, des jeunes femmes qui sont militantes et c'est à ce moment là que ça que ça a du être quelque chose donc de discuté entre nous. Donc ça c'est la première voilà le premier peut être, la première ébauche hein.

Ensuite y'a la question hein effectivement heu ça se greffe à d'autres questionnements, la migration hein, notamment sur les différences culturelles, sur heu la question des tabous! heu sur heu, c'est vrai que plus tardivement heu heu bon j'ai eu des lectures sur sur heu, pas forcément sur les mutilations sexuelles mais sur heu les coutumes en quelque sorte hein et heu et effectivement ce que sont hein heu ce que représentent dans dans une culture heu le, c' que la famille peut...imposer ! Alors la famille au sens large hein c'est pas forcément la famille nucléaire père et mère ! hein voilà heu heu aux jeunes filles heu pour heu.....

Ensuite les objectifs c'est toujours compliqué ensuite de les de les déterminer, mais c'est sur qui y a le poids de la tradition, qui y a le poids de, on va dire du regard d'autrui dans dans l'entourage familial et heu pfiuuuuu les traditions ont la vie dure des fois hein ! et même lorsque que heu onnnnn peut imaginer qu'il y a une modernisation heu des des , du mode de vie avec heu bien sûr un mode de vie plus heu heu contemporain avec recours à des heu bah des sous titres, la communication moderne, on peut avoir des smart phones, on peut avoir le câble, on peut avoir. Mais voilà il y'a quand même ce poids de la tradition et et l'attachement à être encore à RESPECTER certaines traditions et le sentiment que je peux avoir avec une contradiction.

Ensuite voilà heu ah comment comment on peut se dire que c'est un geste qui..... apporte quelque chose de l'ordre du heu heu... là j'ai j'ai un grand questionnement ? c'est à dire que comment une mère, comment un père peut se dire heu ma fille va... BENEFICIER de de ce geste là ? hein Dans quelles conditions ça va être pratiqué ? là j'avoue

que je j'ose pas imaginer dans quelles conditions ça va être pratiqué hein heu... je vois pas un un médecin ou un chirurgien pratiquer ça ? donc heu je me dis bah voilà , si heu c'est pratiqué de manière sau, le terme sauvage il est il est faut pas le prendre péjorativement, mais pas d'anesthésie ,les conditions d'asepsie heu pas de, pas d'accompagnement heu heu voilà heu psy heu je sais pas comment en fait cette ce rituel est est pratiqué ? en fait, est ce qu'on amène la jeune fille dans un endroit qu'est qui est le lieu où ça se pratique ? Où est ce que ça se passe dans la maison ? dans sa chambre ? est ce que les le autres femmes de la famille sont là pour soutenir dans cette épreuve ou contenir heu dans cette épreuve ? J'imagine alors un peu le traumatisme ! Alors bien sur, les traumatismes ritualisés bah c'est sur que c'est des rites de passage hein souvent ! donc heu tout le toute l'importance heu sociologique que ça peut comporter évidemment, mais à quel prix, à quel prix ?! dans dans heu bah heu qu'est ce que ça entraîne sur le plan des séquelles bah ensuite hein ? séquelles sur heu bah le le la représentation de cet organe heu heu par rapport au plaisir, par rapport à le au potentialité de la maternité ? C'est vrai que ouai ça a plus d'interrogations pour moi que vraiment d'un d'un savoir et peut être que c'est pour ça que c'est un thème qui est pour moi difficile à aborder hein probablement ? mais comme plein d'autres sujets. J'avoue que que il faut être lucide hein on a nos propres représentations, et aborder de front des questions heu qui sont de l'ordre de la violence c'est jamais simple hein, voilà, et les violences faites aux femmes que ce soit les mutilations sexuelles mais les autres types de violences, je pense que.. on est nous même conditionné probablement pour hou pas forcément être des acteurs de de prévention complètement heu heu des acteurs positifs en fait ! hein moi c'est c'est... Bah oui parce que voilà, 10 ans d'études hein combien de fois ce ce terme là est utilisé ? Voyez quand je me remémore cette question là heu heu gynéco : zéro ! Bon j'ai jamais eu un cours d'ethno médicale en quelque sorte. Santé du migrant: zéro ! voilà moi j'ai on va dire un grand, une grande reproche à faire à la faculté : c'est de ne pas m'avoir formé à mon métier de médecin généraliste. Et c'est ptetre pour ça que j'ai accepté ensuite de devenir maitre de stage, pour heu essayer de heu... faire en sorte que les étudiants qui aujourd'hui sont à la fac puissent penser à être un peu plus préparés même si voilà on peut pas tout préparer hein, voilà. Mais en tous les cas c'est sur que c'est ce type de questions où j'ai le sentiment de traverser un désert hein, alors bien sur voilà hein sur la prise en charge du heu du rétrécissement, aortique on était hyper au point hein, mais dans la pratique de la médecine générale de ville heu avec bah c'est quand même ...heu moi mon mon mon crédo ou en tout les cas, mon lieu d'exercice veut que j'accompagne un certain nombre de patientes migrantes, ou de patients migrants bah si j'ai pas un certain savoir faire bah c'est dommage pour ces patients là! Donc c'est vrai que je le regrette en quelque sorte, ensuite il est jamais trop tard, et je suis content que vous m'interrogiez car ça me permet de prendre conscience de certaines choses.

ANNEXE 7 : TABLEAU D'ANALYSE

Histoire de la femme excisée	VECU POST excision : ressenti de la patiente construction et caractère	souvenir/ressenti	souvenir négatif	choc	d'après le soignant la femme était choquée de la façon dont ça a été fait
				double choc : l'excision et l'arrivée dans un pays qui remet ça en cause	Selon elle il y a un choc de plus, pas pour celles qui sont ici, (n'aime pas trop le mot d'"intégrée") mais qui sont par exemple élevées en France, ou depuis longtemps en France, donc qui connaissent les codes, mais pour celles qui arrivent comme ça directement, et qui ont en plus plein de trucs à gérer avant l'excision...
					Elle a subi un double choc
				horreur, affreux	(P4) Cette patiente qui avait été « peu » excisée anatomiquement en avait un souvenir d'horreur , c'était affreux affreux : elle s'attendait à rien , on lui avait rien expliqué , on l'avait TENU Elle devait avoir 3 , 4 ans
					(P1) c'était une femme qui doit avoir une quarantaine d'années, et elle... la médecin a vu qu'elle gardait ce souvenir terrifiant de quand elle avait 6 ans et que sa cousine en avait 6 et qu'elle était... elle s'était effondrée dans une mare de sang.
				grande douleur	Donc son amie lui parlait de la douleur au moment de l'excision mais de quelque chose de très fugace très court et elle parlait par contre de la grande douleur dans les heures qui suivaient quand elles venaient avec les branches
					Son amie lui a raconté qu'elle a été excisée dans la brousse, lui a parlé du malaise qui en avait suivi et de la douleur.
					Elle avait, enfin faut imaginer hein une excision à l'âge de 19 ans enfin contre sa volonté bien sûr , elle avait des douleurs monstrueuses, des dysparéunies, enfin bon sur la sexualité c'était quelque chose de ... et elle en permanence tous les jours elle avait des douleurs, en rapport avec un probable névrome
					(P4) et après elle avait souffert LONGUEMENT y'avait eu de l'infection, a le souvenir qu'elle lui avait raconté quelque chose de terrible
				marque profonde/ blessure	La plupart s'en rappelle ! même quand on la leur fait toute petite, ça marque profondément
					Pour cette med g la patiente avait pertinemment qu'il y avait quelque chose contre , cette med g voyais bien que si la patiente le lui disait comme ça c'est que y'a un truc qui allait pas quoi , qui qui l'avait plus que blessé,
					c'est quelque chose je pense qui, qui est ancré depuis l'enfance, elles ont été blessées et je crois que c'est très dur, ça fait partie de leur vie, ça fera toujours partie de leur vie depuis qu'elles sont nées et de jusqu'à ce qu'elles meurent,
					Parce que je me suis rendue compte qu'au fur et à mesure de l'expérience que c'est pas t.. c'est pas toujours heureux de.... dire tout de suite, pour la femme ! parce que bon moi... voilà. Shri
				envahissant	Dans sa (P1) vie sociale ça la gêne pour plein de choses parce qu'elle a peur que ça se sache, elle veut pas le dire , enfin elle veut pas, enfin c'est vraiment quelque chose de très très envahissant pour elle et qui retient aussi sur son caractère
				n'en parle pas	(P3) la patiente à dit « oh non non c'était au village quand j'étais petite » et puis elle voulait PAS en parler quoi , elle venait pour une douleur abdominale (...)
					Ce soignant n'a pas été marqué par une consultation en particulier avec une femme excisée car c'est quelque chose dont elles ne parlent pas voire même elles sont ignorantes de leur excision quelques fois!
					Et quelque fois ben les femmes quand je leur ai dit elles m'ont dit « mais oui ...et alors ? » blanc de 4 sec « point... » voilà.
					Au moment de l'examen tu te dis ah en fait y'a excision et parce qu'elles en parlent pas où quand tu leur en parles elles te disent oui oui mais enfin tu sent que c'est pas un terrain sur lequel elles ont pas forcément envie d'aller .
				pudeur d'en parler	Donc c'est elle , c'est vrai que c'est elle (P1) la première qui a vraiment sensibilisé cette gynéco obs à ça quoi . C'était une femme elle avait 40 ans , et qui racontait ça comme , et et pourtant elle l'a raconté avec beaucoup beaucoup de pudeur , elle avait dit ça déjà toute seule et c'est tout (n'en a plus reparlé)
				colère silencieuse	. Ce qui l'a frappée c'est sa colère rentrée, sa colère silencieuse, qu'elle a trouvée très touchante; et donc qui l'a beaucoup...interpellée !
					c'était quelque chose qui pour elle est comme une espèce d'évidence sans doute qui doit la remplir ..avec cette mutilation puisque c'est une mutilation, (...) mais elle c'était une femme en colère, et qui elle ne le montrait pas.
					elle est pas rentrée dans les détails bien sûr mais quand elle te le racontait tu sentais qu'elle voila 'fin elle le vivait encore quoi . Très difficile .
				pas à faire à ses sœurs. à ses filles	Elle nous a dit (P1) « moi je suis excisée » et elle avait une ribambelle de frères et sœurs et elle disait qu'en fait elle avait été entre autre répudiée par sa famille parce que , bon elle était séropositive, et parce que aussi elle s'était battue pour ses petites sœurs en fait, pour pas qu'elles soient excisées elles aussi
					« Ce n'était pas d'ailleurs un problème pour elle enfin VISIBLEMENT PAS si ce n'est quand même que elle ne veut pas que ses filles subissent le même sort »
			souvenir vague	pas de souvenir traumatique de l'acte mais cs pour un problème lié ou une réparation	(P2) et la patiente en avait pas vraiment trop de souvenirs ! ET la gynécologue n'a pas vu grand chose de son excision
					bon l'excision elle n'en a pas de souvenir plus que ça shri et tout a vraiment commencé au mariage forcé. Et sa mère lui disant, « ben , c'est comme ça ».
					Elle en a gardé bien sûr le souvenir sa mère a laissé faire, comme ça se fait dans le pays et elle en garde pas forcément un souvenir très traumatique
					Y'a des patientes qui vont très bien psychologiquement, qui se font réparer de la mutilation , qui viennent le faire parce que enfin elles ont le temps, elles ont fini leurs grossesses éventuelles ou même avant grossesses et heu elles ont le temps de s'en occuper , elles viennent s'en occuper et non elles disent « moi j'ai pas de souci avec ça, je veux voir les techniques chirurgicales, montrez moi des photos » ,
				visiblement pas* un problème, vient pas pour ça mais ne ps faire aux autres	« Ce n'était pas d'ailleurs un problème pour elle enfin VISIBLEMENT PAS si ce n'est quand même que elle ne veut pas que ses filles subissent le même sort »
				pas un problème, tradition normale	Mais il y a des femmes qui n'en ont pas besoin ,il a accouché pas mal de femmes excisées,qu'il a eu l'occasion d'interroger et à qui il a posé la question « mais ça vous perturbe enfin ça...? » non elles l'avaient vécu ou elles l'appréhendaient comme une démarche culturelle, normale.
					« Ah ça ! » y en a une elle lui a dit « ah ça tu parles de ça », en faisant le geste comme ça l'air de secouer sa main point, voilà.
					Mais elle pense qu'il faut faire attention à ne pas non plus en faire tout un drame et un plat, et aller les mettre dans des traumatismes qu'elles ne vivent pas, elle pense encore une fois que toutes les femmes excisées n'en souffrent pas !
				ne le savent pas	Ce qu'elle a remarqué c'est qu'il y a beaucoup de femmes qui ne savent pas qu'elles sont excisées (...) elle voit des fois des femmes excisées qui lui disent « ah bon », « je suis excisée, ah bon ! ».
					Ce soignant n'a pas été marqué par une consultation en particulier avec une femme excisée car c'est quelque chose dont elles ne parlent pas voire même elles sont ignorantes de leur excision quelques fois!
					Pour ce soignant les MSF représentent beaucoup de silence car pour la plupart des femmes excisées soit on ne leur a jamais dit , Il ne sait pas si elles s'en sont forcément aperçues mais on ne leur a jamais dit . Ca fait parti de leur vie donc souvent on ne leur en a pas parlé
					Ces femmes ont découvert ça à l'âge adulte, enfin quand elles l'ont découvert .
				a compris son excision suite à reportage télé	La femme (P3) avait entendue parler de l'excision , de la réparation de l'excision à la télé, un reportage en fait . Et elle disait « mais c'est fou parce que ce jour là j'ai compris ce qui m'était arrivée et j'ai compris ce qui m'arrivait »..

ANNEXE 8 : Talon sociologique

Code	1A	C	D	E	4	F	5	7	H	1	9	B	4	3	2	6	G	10	300 ou 400	8	I	J	
nombre approximatif de femmes excisées rencontrées dans leur exercice sur Toulouse	1	1	1	10	80	15	5	centaines	1	1	1	1	1	20	50	10	10	10	300 ou 400	150	150	4	
Sexe	h	f	h	h	f	f	f	f	f	h	f	f	f	f	h	f	f	f	h	h	h	f	
Age	soixantaine	Cinquantaine	Cinquantaine	quarantaine	cinquante	quarantaine	cinquante	quarantaine	soixantaine	quarantaine	quarantaine	cinquante	cinquante	trentaine	soixantaine	cinquante	trentaine	cinquante	cinquante	quarantaine	quarantaine	trentaine	
Date d'installation à Toulouse	après 2010		années 90	années 2000	après 2010	après 2010	après 2010	années 2000	années 80	années 2000	années 2000	années 80	années 80	après 2010	années 80	Années 90	après 2010	années 80	années 80	années 90	années 90	après 2010	
Lieux d'exercices auparavant	DOM/TOM	Sud ouest	Sud Ouest	Sud Ouest	Sud Ouest	Nord Est	Sud Ouest	Sud Ouest	Sud Ouest	Sud Ouest	Sud Ouest	Sud Ouest	Sud Ouest	Ile de France	Sud Ouest	Sud Ouest	Sud ouest	Sud Ouest	Sud Ouest	Sud Ouest	Sud Ouest	Sud Ouest	
Profession et Lieu d'exercice actuel	médecin généraliste libéral cabinet	médecin généraliste libéral cabinet	médecin généraliste libéral cabinet	médecin généraliste libéral maison médicale	médecin généraliste service public de solidarité	médecin généraliste centre de santé communautaire	médecin généraliste et gynécologue service public et libéral	médecin généraliste service public de solidarité	médecin généraliste libéral cabinet et public	médecin généraliste libéral cabinet	médecin généraliste libéral cabinet	médecin généraliste libéral cabinet	gynécologue libéral cabinet	gynécologue libéral cabinet	gynécologue service public	gynécologue en clinique	gynécologue public et libéral cabinet	gynécologue service public	gynécologue en clinique	gynécologue public	gynécologue public	gynécologue de service public	gynécologue de service public
Spécificités liées au sujet	Sexologie	Aucune	Santé communautaire	Santé communautaire	Santé des femmes , humanitaire	Santé communautaire et santé des femmes	Sexologie psychothérapie cognitive comportementale	Santé communautaire, humanitaire	Santé des femmes	Aucune	Aucune	Sexologie ,	Sexologie ,	Aucune	Sexologie	Sexologie	Humanitaire	Humanitaire	Sexologie Humanitaire	Sexologie Humanitaire	Sexologie Humanitaire	Humanitaire ,	
Formation / connaissance sur MSF	Internet	Aucune	Groupe de pairs /son interne /	Groupe de pairs	Ateliers sexo, Folds / GAMS	Formation MSF avec gynéco sans frontière	Atelier AIUS / Folds / Mémoire sur MSF	Personnelle / GAMS	Ateliers lors formation excision avec ANCOIC / médias	sa collègue	Groupes de pairs / médias	Groupes de pairs / médias	par son chef sur le terrain Chirurgie réparatrice	Mémoire sur MSF / Folds	Mémoire de DU sur MSF / Folds	Mémoire de DU sur MSF / Folds	Mémoire de DU sur MSF / Folds	Mémoire de DU sur MSF / Folds	Mémoire de DU sur MSF / Folds	Mémoire de DU sur MSF / Folds	Mémoire de DU sur MSF / Folds	Mémoire de DU sur MSF / Folds	Mémoire de DU sur MSF / Folds
pourcentage approximatif de patientèle immigrée :	moins de 5%	10 %	80 %	60 %	25 %	60 %	20 %	90 % ; 5 % à 10%	5 % à 10%	50 %	50 %	peu directement et beaucoup 3 eme 4 eme génération	20 %	5 à 10 %	10 %	10-25%	10 à 15%	10 à 15%	10 à 15%	10 à 15%	10 à 15%	c'est 5%	c'est 5%

Héloïse TATIN Marie ZOUZOUO 2016TOU3

COMPORTEMENTS DES SOIGNANTS LORS DE LA PRISE EN CHARGE DES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES À TOULOUSE. Étude qualitative

RESUMÉ

Introduction : Le sujet des Mutilations Génitales Féminines (MGF) est jugé tabou. 84% des femmes excisées trouvent bénéfique d'en parler à un soignant. Elles soulignent une incapacité des médecins à aborder cette question. Le manque de formation est souvent la seule explication avancée par les soignants. Les recommandations médicales affirment le bénéfice d'une prise en charge pluridisciplinaire. Devant l'absence de réseau toulousain identifié, les soignants se sentent démunis. Quels sont les comportements des soignants face aux MGF et comment améliorer la prise en charge de ces femmes sur Toulouse?

Méthodes : Les chercheuses ont choisi de réaliser une étude qualitative avec des entretiens semi-dirigés interrogeant 18 médecins dont 10 généralistes et 8 gynécologues. Le critère d'exclusion était l'absence de patiente excisée rencontrée sur Toulouse.

Résultats: Les résultats de cette étude montrent que les difficultés des soignants à aborder le sujet dépendent plus de préjugés et de facteurs individuels que de leur expérience. Cette étude montre une réelle ambivalence des soignants entre leur peur d'intrusion et leur désir d'implication ainsi qu'une difficulté de maintenir une distance empathique. Ils ont demandé la mise en place d'une formation regroupant la violence, la sexualité, l'interculturalité, et avant tout une formation à la communication. Le silence des professionnels de santé toulousains a été un frein à la prise en charge de ces femmes. Pour accompagner les femmes excisées à leur rythme et au cas par cas, la demande des soignants est de pouvoir se référer à un réseau visible, local, accessible, avec la possibilité de faire appel à une femme chirurgien de la reconstruction clitoridienne. L'association « Ta vie en main » accompagnant ces femmes, est apparue. Un centre de recours est en cours de mise en place.

Discussion : Cette dynamique facilitera les démarches des femmes concernées. Il serait intéressant de l'évaluer dans quelques années.

Mots-clés : mutilation génitale féminine, professionnels de santé, médecin généraliste, Toulouse, violence, culture, sexualité, communication, réseau de soins.

HEALTH PROFESSIONAL'S BEHAVIORS PERTAINING TO FEMALE GENITAL MUTILATION CARE IN TOULOUSE.

A qualitative study.

ABSTRACT

Introduction: The subject of Female Genital Mutilation (FGM) is considered taboo. 84% of circumcised women feel it's beneficial to talk about this subject with health workers. Nevertheless, they put forward the inability of the latter to properly address the issue. The lack of adequate training is often the only reason put forward by these professionals. Medical guidelines assert the importance of multidisciplinary care. In fact, most caregivers feel helpless due to the lack of properly identified networks in Toulouse. How do healthcare workers react to female genital mutilation cases and how can we improve upon medical care and assistance towards circumcised women in toulouse ?

Methods: The researchers made a qualitative study using semi-structured interviews with 18 doctors including 10 General Practitioners and 8 Gynaecologists in Toulouse. The exclusion criteria was the absence of circumcised woman met in consultation.

Results: The research indicates that difficulties faced by healthcare professionals, pertaining to FGM cases, are mostly fuelled by prejudice and individuals factors more than their experiences. This study shows a real ambivalence between the fear of intrusion and desire of involvement, but also the difficulty to maintain an empathetic distance. The healthcare professionals requested for the implementation of a training program that covered areas such as violence, sexuality, and interculturalism, and most importantly communication. Health Professionals' silence on this topic has been a major obstacle in providing proper medical care to circumcised women. In order to support these women at their own pace and to treat each separately, care givers deem it a necessity to refer to a local, visible and accessible network with the possibility of resorting to a female surgeon in clitoral reconstruction. An Association « Ta vie en main » with the purpose of accompanying these women has since emerged. Also, a referral center is being set up.

Discussion: This dynamic will make it easier for circumcised women to reach out to health personnel. It would be interesting to evaluate these changes in a few years.

Key-words: Female Genital Mutilation, health givers, General practitioners, Toulouse, violence, sexuality,culture,communication,health network