



HAL
open science

Mutilations sexuelles féminines : connaissances et rôles des médecins généralistes dans la prise en charge, le dépistage et la prévention : étude quantitative auprès des médecins généralistes du Calvados et des internes en médecine générale de la faculté de Caen

Agathe Gand

► **To cite this version:**

Agathe Gand. Mutilations sexuelles féminines : connaissances et rôles des médecins généralistes dans la prise en charge, le dépistage et la prévention : étude quantitative auprès des médecins généralistes du Calvados et des internes en médecine générale de la faculté de Caen. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02477136

HAL Id: dumas-02477136

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02477136>

Submitted on 13 Feb 2020

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

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

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2019

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 27 septembre 2019

par

Mme Gand Agathe

Née le 25/08/1990 à Le Blanc-Mesnil (Seine-Saint-Denis)

TITRE DE LA THÈSE :

**Mutilations sexuelles féminines : Connaissances et rôles des
médecins généralistes dans la prise en charge, le dépistage et la
prévention.**

***Etude quantitative auprès des médecins généralistes du Calvados et des internes en
médecine générale de la faculté de Caen.***

Président : Madame le Professeur FAUVET Raffaèle

Membres : Monsieur le Professeur LE COUTOUR Xavier

Monsieur le Professeur BENOIST Guillaume

Madame le Docteur PIZZOFERRATO Anne-Cécile « Codirectrice de thèse »

Madame le Docteur VARDON Delphine « Codirectrice de thèse »

Année Universitaire 2018/2019**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	COQUEREL Antoine	Pharmacologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
M.	DERLON Jean-Michel <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Neurochirurgie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique

M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUIZ Jean-Luc	Anesthésiologie et réa. Médecine péri-opératoire
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
	Éméritat jusqu'au 31/01/2020	
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
	Éméritat jusqu'au 31/08/2020	
M.	LEROY François	Rééducation fonctionnelle
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophthalmologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence

Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie – Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS A TEMPS PLEIN

M.	VABRET François	Addictologie
----	-----------------	--------------

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M.	de la SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
Mme	LESCURE Pascale	Gériatrie et biologie du vieillissement
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

Année Universitaire 2018 / 2019**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DEBRUYNE Danièle <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2019</small>	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Hématologie
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEPORRIER Nathalie <small>Éméritat jusqu'au 31/10/2020</small>	Génétique
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie générale

M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	REPESSÉ Yohann	Hématologie
M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André (fin 31/08/19)	Médecine générale
Mme	DE JAEGHER-NOEL Sophie (fin 31/08/2021)	Médecine générale
M.	LE BAS François (fin 31/08/19)	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas (fin 31/08/19)	Médecine générale

« Quand les hommes sont opprimés, c'est une tragédie. Quand les femmes sont opprimées, c'est une tradition.»

Letty Cottin Pogrebin

REMERCIEMENTS :

Je tiens tout d'abord à remercier le Dr Pizzoferrato et le Dr Vardon pour m'avoir dirigée dans ce travail. Merci pour vos conseils et votre patience. Soyez assurées de ma sincère reconnaissance.

Merci à Mme le Professeur Fauvet pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury de thèse.

Merci à Monsieur le Professeur Benoist et Monsieur le Professeur Lecoutour pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger mon travail.

À tous les médecins généralistes et les internes interrogés, merci pour le temps que vous m'avez accordé en participant à ce travail, merci pour vos nombreux commentaires.

Merci à Lawrens Brown pour son aide à la traduction en anglais.

Merci à tous les médecins et autres soignants rencontrés pendant mon parcours et qui m'ont transmis leur passion de la médecine. Merci au Dr Corbin, au Dr Creuzet, au Dr Gabreau et au Dr Cap pour m'avoir enseigné une médecine humaine et m'avoir mis le pied à l'étrier pour mes premiers remplacements.

Tout mon amour à mes parents qui m'ont toujours accompagné dans mes choix, mes bonheurs et mes déceptions.

A mon frère, mon grand-père, Sylvie et Régis, et au reste de la famille, merci pour avoir toujours cru en moi.

À mes amies de la faculté de médecine de Bobigny, Lola et Nathalie, merci pour tous ces moments studieux et festifs, nos weekends, nos sorties, nos échanges, et notre amitié sincère.

A mon amie Marie, plus belle rencontre de l'internat, merci pour ton soutien dans l'élaboration de mon travail, merci pour ta présence au quotidien.

A Julien, merci pour ton amour et ta patience. Nous avons encore tant de choses à réaliser ensemble, merci de faire partie de ma vie.

ABREVIATIONS :

ADELI : Automatisation des Listes (gestion de l'enregistrement et des listes départementales des personnes dont les professions sont réglementées par le Code de la Santé Publique)

CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

DCEM : Deuxième Cycle des Etudes Médicales

GAMS : Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles et autres pratiques néfastes à la santé des femmes et des enfants

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

MFPF : Mouvement Français pour le Planning Familial

MSF : Mutilation Sexuelle Féminine

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

UNFPA : United Nations Fund for Population Activities (Fond des Nations Unies pour la Population)

ONU : Organisation des Nations Unies

TCEM : Troisième Cycle des Etudes Médicales

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund (Fond des Nations Unies pour l'Enfance)

INDEX DES FIGURES :

Figure 1 : La vulve en position gynécologique.....	4
Figure 2 : Le périnée. À droite : dissection de l'espace superficiel du périnée et de la fosse ischiorectale; A gauche : coupe chanfreinée des lèvres.....	4
Figure 3 : Les corps érectiles.....	6
Figure 4 : Embryologie comparée du pénis et du clitoris.....	7
Figure 5 : Mutilation sexuelle féminine de type I.....	8
Figure 6 : Mutilation sexuelle féminine de type II.....	9
Figure 7 : Mutilation sexuelle féminine de type III.....	10
Figure 8 : Les MSF dans le monde.....	11
Figure 9: Diagramme de flux concernant les questionnaires destinés aux médecins généralistes installés.....	23
Figure 10: Diagramme de flux concernant les questionnaires destinés aux internes en médecine générale.....	24
Figure 11: Répartition des différents moyens d'information sur les MSF.....	25
Figure 12 : Les participants savent ils reconnaître les différents types de MSF ?.....	26
Figure 13 : Quel est le type de MSF le plus présent dans le monde, selon les participants ?.....	27
Figure 14 : Estimation du nombre de femmes mutilées vivant en France selon les participants.....	27
Figure 15 : Quelles sont les origines géographiques pouvant faire évoquer la possibilité d'une MSF chez une patiente, selon les participants ?.....	28
Figure 16 : Quelles sont les justifications de la pratique des MSF selon les participants ?.....	29
Figure 17 : Principale attente des femmes dans la prise en charge des MSF selon les participants.....	31

INDEX DES TABLEAUX :

Tableau 1 : Comparaison des réponses entre médecins thésés et internes à la question « Vous sentiriez-vous prêt à aborder le sujet avec une patiente chez qui vous découvrez une MSF ? »..... 35

Tableau 2 : Comparaison des réponses entre médecins thésés et internes et entre les différentes catégories d'âge à la question « Saviez-vous que les frais liés à la chirurgie réparatrice sont pris en charge par la sécurité sociale ? »..... 35

Tableau 3 : Comparaison des réponses entre hommes et femmes et entre médecins thésés et internes à la question « Saviez-vous que la réalisation d'une MSF sur une enfant vivant en France est punie par la loi, même si le geste a été pratiqué à l'étranger ? »..... 36

Tableau 4 : Comparaison des réponses entre les différentes catégories d'âge et le statut des participants vis-à-vis de la réalisation d'un stage de gynécologie-obstétrique à la question « Pensez-vous pouvoir reconnaître une MSF à l'examen clinique ? »..... 36

Tableau 5: Comparaison de notre étude avec les travaux antérieurs..... 41

SOMMAIRE :

Introduction.....	1
A. Les Mutilations Sexuelles Féminines.....	3
I. Rappels anatomiques et physiologique.....	3
a) La vulve.....	3
b) Les organes érectiles.....	5
II. Définition et classification des MSF.....	7
a) MSF de type I.....	8
b) MSF de type II.....	8
c) MSF de type III.....	9
III. Epidémiologie.....	10
a) Dans le monde.....	10
b) En France.....	11
IV. Justifications culturelle ou approche anthropologique.....	12
V. Complications.....	13
a) Complications à court terme.....	13
b) Complications à long terme.....	13
V. Réparation des MSF : techniques et prise en charge globale.....	15
a) Prise en charge médicale.....	15
b) Prise en charge psychologique.....	15
c) Prise en charge sexologique.....	16
d) Prise en charge sociale.....	16
e) Technique chirurgicale.....	16
f) Le rôle du médecin généraliste.....	17
VI. Lois sur les MSF.....	17
a) En France.....	17
b) Dans le monde.....	18
B. Etude.....	20
I. Matériel et méthode.....	20
a) Justification et objectifs.....	20
b) Type d'étude.....	20
c) Population de l'étude et recueil des données.....	20
d) Réalisation du questionnaire.....	21
e) Diffusion du questionnaire et récupération des données.....	21
f) Période d'étude.....	22
g) Traitement des données.....	22
II. Résultats.....	23
a) Taux de participation et taux de réponses.....	23
b) Description de l'échantillon.....	24
1. Catégorie professionnelle.....	24
2. Le sexe.....	24
3. L'âge.....	24
4. Lieu d'exercice.....	24
5. Validation d'un stage en service de gynécologie-obstétrique.....	25
6. Formation complémentaire.....	25
c) Connaissances des médecins.....	25

1.	Source d'information sur les MSF.....	25
2.	Connaissance sur la classification des MSF.....	25
3.	Connaissance sur le type de MSF le plus fréquent.....	26
4.	Connaissance clinique.....	27
5.	Expérience des participants.....	27
6.	Connaissance sur la prévalence des MSF en France.....	27
7.	Connaissance sur la répartition géographique des MSF.....	28
8.	Justification de la réalisation des MSF.....	28
9.	Connaissance des complications des MSF.....	29
10.	Connaissance sur la sexualité des femmes mutilées.....	29
11.	Connaissance sur la prise en charge des frais par la sécurité sociale....	29
12.	Connaissance sur le principe d'extraterritorialité.....	29
13.	Connaissance concernant le statut de réfugié.....	30
14.	Connaissance sur la possibilité de levée du secret professionnel.....	30
15.	Connaissance des lieux de prise en charge.....	30
d)	Rôles du médecin généralistes.....	30
1.	Implication des médecins.....	30
2.	Attitude des médecins.....	30
3.	Suivi pédiatrique.....	30
4.	Attente des patientes dans la prise en charge.....	31
5.	Positionnement sur la médicalisation des MSF.....	31
6.	Positionnement concernant le signalement judiciaire et/ou administratif.....	31
7.	Avis sur la nécessité de formation universitaire.....	32
e)	Remarques des participants.....	32
f)	Comparaison des réponses selon les caractéristiques des réponders.....	34
III.	Discussion.....	37
a)	Résultats principaux.....	37
b)	Limites et points forts.....	39
c)	Comparaison avec les travaux antérieurs.....	40
d)	Propositions.....	42
	Conclusion.....	43
	Références bibliographiques.....	44
	Annexes.....	47
a)	Questionnaire.....	47
b)	Document d'information distribué aux participants.....	52
c)	Modèle de signalement.....	56
d)	Modèle de certificat.....	58

INTRODUCTION :

Selon le Fond des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), au moins 200 millions de filles et de femmes dans le monde ont été victimes de mutilations sexuelles et 30 millions de filles risquent d'en être victimes au cours des dix prochaines années. Répandue dans 30 pays d'Afrique et dans quelques pays d'Asie et du Moyen-Orient, cette pratique est désormais présente partout sur la planète en raison des migrations internationales. Le nombre de femmes adultes mutilées vivant en France à ce jour est estimé à 53 000 par l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED).

Dans le contexte actuel de prise de conscience et de dénonciation des violences faites aux femmes, on ne peut dissocier les mutilations sexuelles féminines (MSF) des autres types de violences. En effet, les MSF s'inscrivent dans le continuum des violences faites aux femmes : mariage forcé, violences conjugales, violences sexuelles, viol... Elles constituent également un enjeu en matière de discrimination, de droit à la santé, de santé publique et de santé sexuelle.

La problématique des MSF a émergé en France dans les années 1970 et a été médiatisée grâce à des prises de positions engagées et à des témoignages comme ceux de Benoite Groult (1), Fran Hosken (2), Waris Dirie (3) ou encore Halimata Fofana (4). La Journée internationale de lutte contre les mutilations sexuelles féminines, instaurée par l'ONU en 2003, a lieu tous les 6 février et est une occasion de mobiliser l'ensemble des acteurs pour la prévention des risques et l'éradication de cette pratique.

Le médecin généraliste, en tant que praticien de premier recours ne peut ignorer cette problématique. Il doit pouvoir orienter au mieux ses patientes mais aussi avoir un rôle de dépistage et de prévention de ces pratiques. La formation des médecins généralistes, et plus largement de tous les professionnels de santé constitue un élément essentiel de la prévention des MSF, et de la prise en charge des femmes mutilées.

Cependant, le sujet des MSF est très peu abordé durant les études de médecine. Comme le montre la thèse du Dr Anne Laurens Doucoure (5) réalisée auprès d'internes de médecine générale en région parisienne en 2011, plus de la moitié des internes interrogés à l'époque n'avaient pas les connaissances médicales nécessaires à la prise en charge des MSF, et ceci malgré la circulaire interministérielle 8 mars 2007 (6) qui rend obligatoire l'enseignement des MSF lors du Deuxième Cycle des Etudes Médicales (DCEM) et du Troisième Cycle des Etudes Médicales (TCEM) des internes de médecine générale, de gynécologie, de pédiatrie et de santé publique.

Aucune étude à ce jour n'a été menée sur les MSF auprès des médecins généraliste du Calvados. L'objectif de cette thèse est de faire un état des lieux des connaissances des praticiens dans le but de détecter et de tenter de corriger les éventuelles lacunes.

La première partie présentera les connaissances actuelles en matière de MSF. Nous verrons successivement : les rappels anatomiques et physiologiques, la définition et la classification des MSF, les justifications et l'approche anthropologique, les données épidémiologiques, l'aspect législatif, la prise en charge médicale et chirurgicale. Dans un second temps, seront détaillés les résultats de notre étude réalisée auprès des médecins généralistes et des internes en médecine générale du Calvados dans laquelle il s'agissait d'évaluer leurs connaissances, leur intérêt et leur désir de formation sur le sujet. Enfin, une discussion exposera la revue de la littérature sur le sujet et plus largement nous définirons la place que peut prendre le médecin généraliste dans la prise en charge.

A. LES MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES :

I. Rappels anatomiques et physiologique (7-9) :

a) La vulve :

La vulve est un repli cutané érogène recouvrant l'espace superficiel du périnée. Elle constitue l'ensemble des formations génitales féminines externes avec : le mont du pubis, les grandes et petites lèvres, le vestibule, le clitoris et les glandes vulvaires (figures 1 et 2).

Le mont du pubis est situé en avant de la symphyse pubienne et composé essentiellement de tissu cellulo-adipeux.

Les grandes lèvres limitent la fente vulvaire et présentent une épaisseur de 2 cm environ. Leurs extrémités se réunissent pour former en avant la commissure antérieure, et en arrière, la commissure postérieure. Celle-ci présente la fossette vestibulaire, distante de l'anus de 2,5 cm environ.

Les petites lèvres, d'apparence muqueuse, limitent le vestibule et sont épaisses de 3 mm environ. Leur extrémité antérieure présente deux replis : un repli antérieur qui passe au-dessus du corps du clitoris pour former le prépuce clitoridien, et un repli postérieur qui se fixe sur la face inférieure du clitoris pour former le frein du clitoris. Leurs extrémités postérieures se réunissent pour constituer le frein vulvaire.

Le vestibule prolonge la fente vulvaire, c'est un espace virtuel à l'état normal. Le vestibule urétral présente l'orifice urétral externe situé au-dessus de la carina urétrale du vagin qui termine la colonne vaginale antérieure. Il est bordé de chaque côté par les orifices des conduits des glandes para-urétrales.

Le vestibule du vagin, profond de 6 à 7 cm, est séparé du vagin par l'introït vaginal. L'hymen est un repli muqueux séparant la cavité vaginale du vestibule. Le sillon vestibulaire sépare l'hymen des petites lèvres.

Le nerf somatique principal de la vulve est le nerf pudendal qui innerve les deux tiers postérieurs des grandes lèvres, des petites lèvres, le bulbe et le clitoris. Les nerfs végétatifs proviennent des plexus hypogastriques inférieurs.

- A. Vestibule
 - a. Vestibule urinaire
 - b. Vestibule du vagin
- 1. Prépuce du clitoris
- 2. Gland du clitoris
- 3. Ostium externe de l'urètre
- 4. Grande lèvre
- 5. Petite lèvre
- 6. Introït vaginal
- 7. Frein des lèvres
- 8. Commissure postérieure des lèvres
- 9. Anus

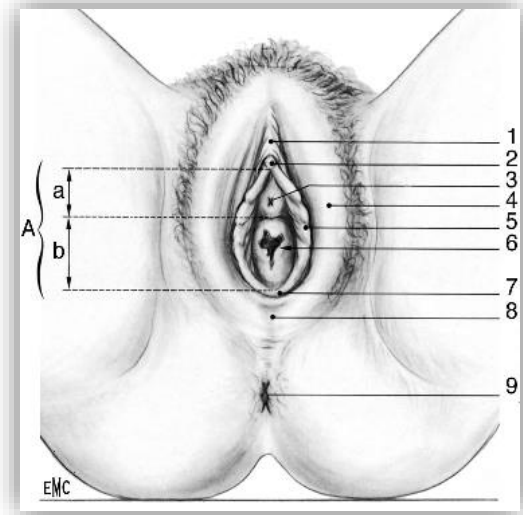


Figure 1: La vulve en position gynécologique (7)

- a. Espace superficiel du périnée
- 1. Gland du clitoris
- 2. Corps caverneux
- 3. Bulbe vestibulaire
- 4. Glande vestibulaire majeure
- 5. Anus
- 6. Petite lèvre
- 7. Grande lèvre
- 8. Fosse ischiorectale

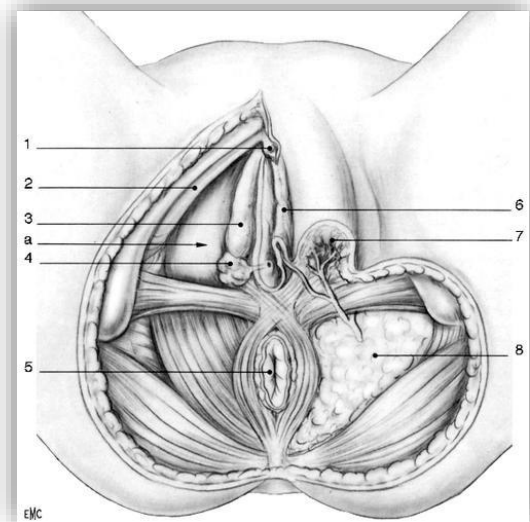


Figure 2 : Le périnée. À droite : dissection de l'espace superficiel du périnée et de la fosse ischiorectale ; A gauche : coupe chanfreinée des lèvres (7)

b) Les organes érectiles :

Les organes érectiles sont formés par un organe médian : le clitoris ; et deux organes latéraux: les bulbes vestibulaires (figure 3).

Les deux corps caverneux (ou piliers du clitoris) sont situés sur la face médiane des branches ischio-pubiennes. Ils sont fusiformes et mesurent 3 à 4 cm de long. Ils sont constitués d'un tissu érectile aréolaire entouré d'une albuginée et sont recouverts par les muscles ischio-caverneux. Les piliers du clitoris se réunissent sur la ligne médiane en avant de l'urètre pour former le corps du clitoris qui suit initialement la direction de ses racines puis se coude un peu en avant de la symphyse pubienne. Le coude du clitoris est suspendu à la symphyse pubienne par son ligament suspenseur puis il se dédouble pour entourer le clitoris, se reconstitue en dessous de lui et se termine sur les parois des grandes lèvres. Le clitoris se dirige ensuite vers le bas et l'arrière et se termine par un gland. A l'état de flaccidité, le clitoris mesure 60 à 70 mm : 30 mm pour les racines, 30 mm pour le corps et 6 à 7 mm pour le gland. Son diamètre est de 6 à 7 mm et 3 mm au niveau du gland. La portion libre formée par le gland est recouverte en avant et sur les côtés d'un repli cutané qui dépend des petites lèvres et constitue le capuchon (ou prépuce) du clitoris. Les relations réciproques du gland et du capuchon sont exactement identiques à ce qu'elles sont chez l'homme : le prépuce n'adhère pas au gland, le gland est entouré par une muqueuse qui, à sa partie postérieure, se réfléchit pour tapisser sa face profonde. La face postérieure du clitoris donne naissance à un petit repli médian : le frein, qui rattache le clitoris aux petites lèvres.

Les bulbes vestibulaires sont analogues au corps spongieux chez l'homme mais sont dédoublés, situés de chaque côté de l'orifice vulvaire et réunis en avant. Ils mesurent 35mm de long, 15mm de large et 10mm d'épaisseur. Ils forment une sorte de fer à cheval ouvert vers l'arrière. Chaque branche est au contact en arrière de la glande vestibulaire majeure (ou glande de Bartholin). Leur extrémité antérieure, mince, s'unit sur la ligne médiane avec son homologue pour constituer la commissure bulbaire située dans la région vestibulaire entre le méat urinaire et le clitoris.

1. Corps du clitoris
2. Plexus veineux intermédiaire
3. Pilier du clitoris
4. Bulbe vestibulaire
5. Gland du clitoris

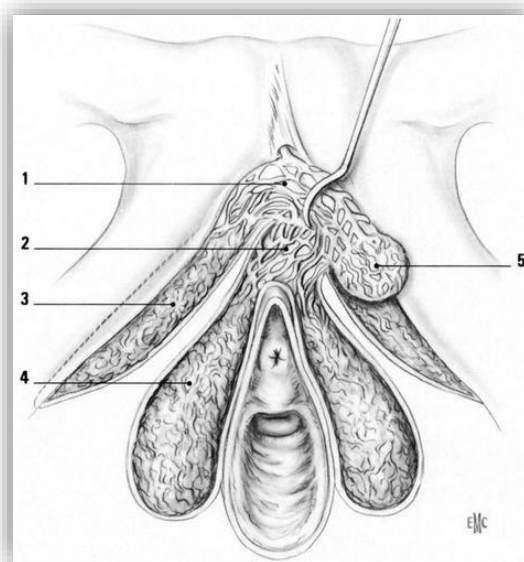


Figure 3: Les corps érectiles (7)

La grande richesse de la vulve en neurorécepteurs comparée au vagin fait d'elle le véritable organe sexuel de la femme. De récentes études mettent en évidence que le clitoris est l'unique source de l'orgasme féminin et réfutent l'existence d'un orgasme vaginal qui serait en opposition à l'orgasme clitoridien (9) (10). L'« orgasme vaginal » serait donc en réalité possible grâce aux organes érectiles qui entourent le vagin.

Les connaissances en anatomie et en embryologie permettent de rendre compte que le clitoris est un homologue du pénis masculin. Les dessins de Frank H. Netter l'explicitent bien (figure 4). Ainsi, nous le verrons plus loin, il est inexact de comparer l'excision à la circoncision masculine qui consiste en une ablation du prépuce uniquement.

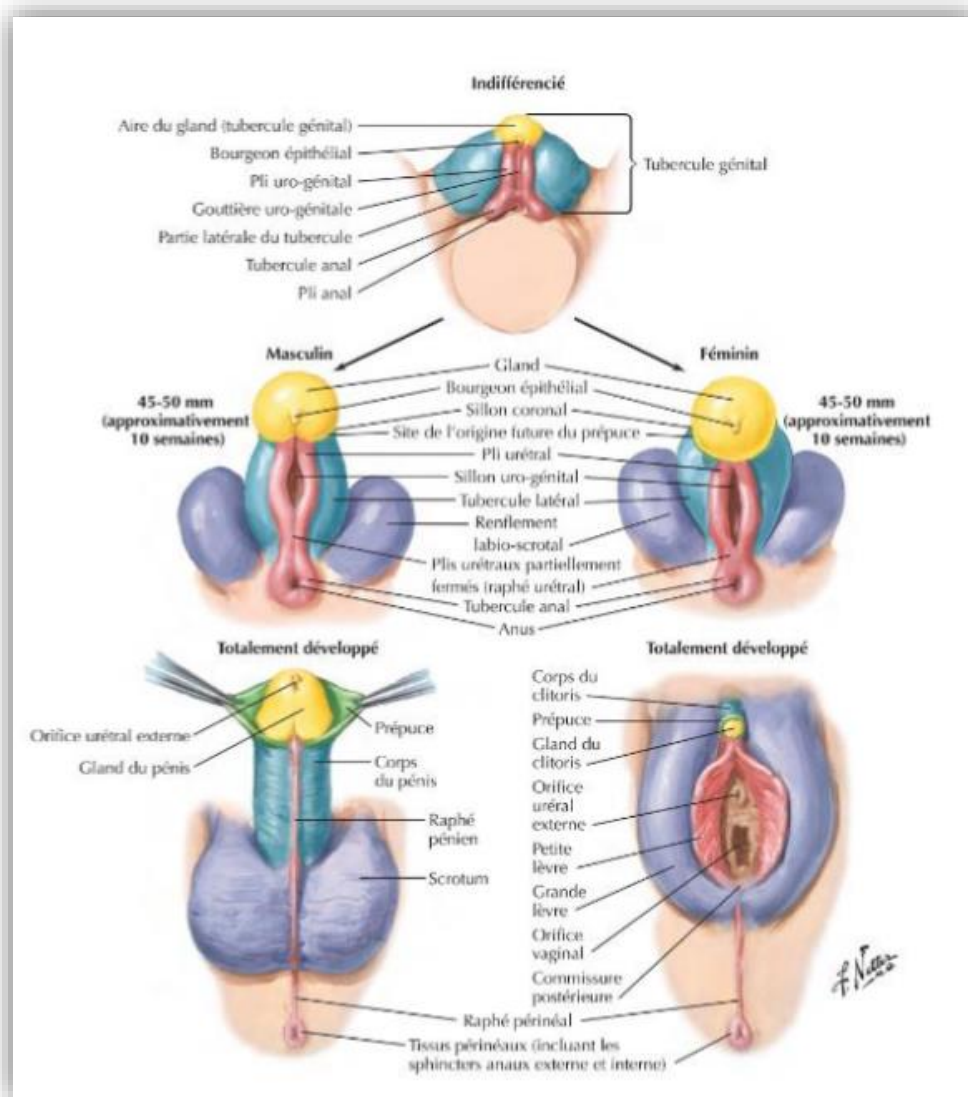


Figure 4: Embryologie comparée du pénis et du clitoris (11)

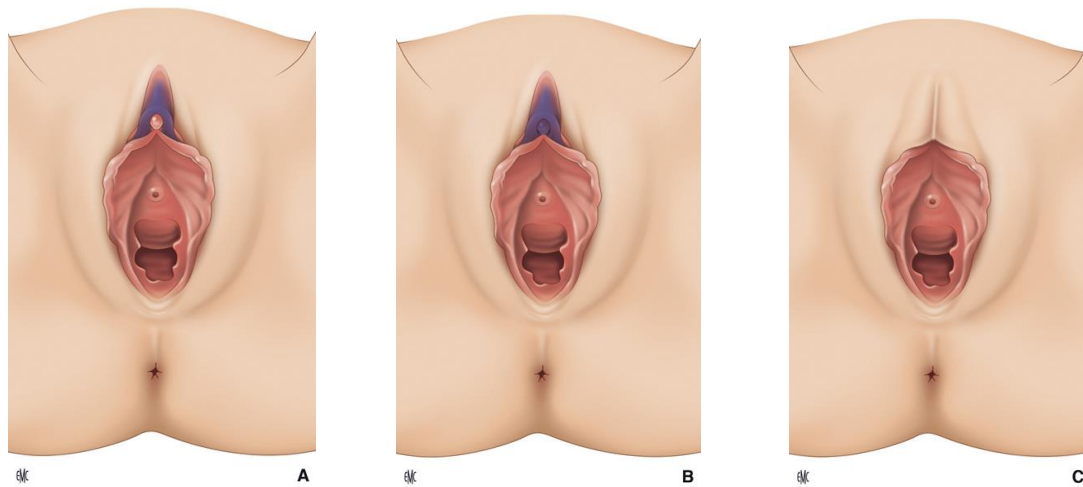
II. Définition et classification des MSF :

Le terme « mutilation sexuelle féminine » désigne toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou autres lésions des organes génitaux féminins pratiquées à des fins non thérapeutiques (12).

Le terme de « mutilation » établit une distinction linguistique claire par rapport à la « circoncision » masculine. Il renforce le fait que la pratique est une violation des droits des filles et des femmes.

a) MSF de type I :

La MSF de type I (ou clitoridectomie) consiste en une ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce (figure 5).



A. Excision du prépuce.

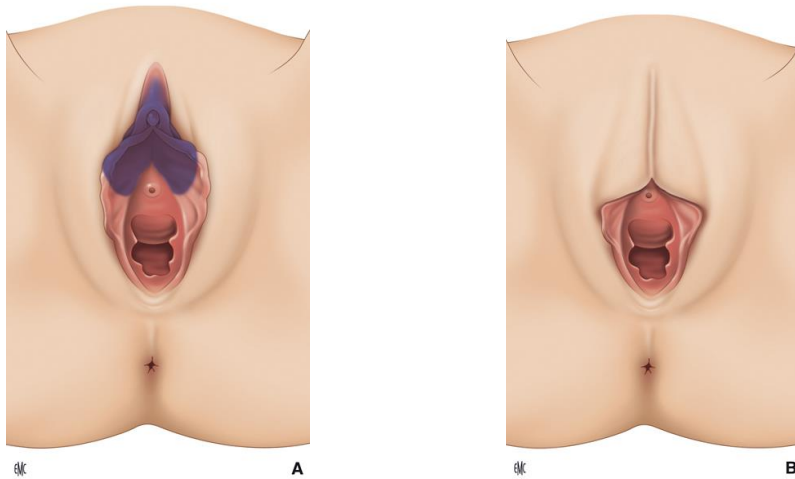
B. Excision du prépuce et du clitoris

C. Illustration de l'excision du prépuce et du clitoris

Figure 5: mutilation sexuelle féminine de type I (13)

b) MSF de type II :

La MSF de type II (ou excision) consiste en une ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (figure 6). C'est la forme de MSF la plus répandue dans le monde (80% des MSF) car en pratique, il est difficile pour une exciseuse de pratiquer l'ablation du gland clitoridien sans léser les petites lèvres lorsque l'excision est pratiquée de manière rituelle chez une petite fille.

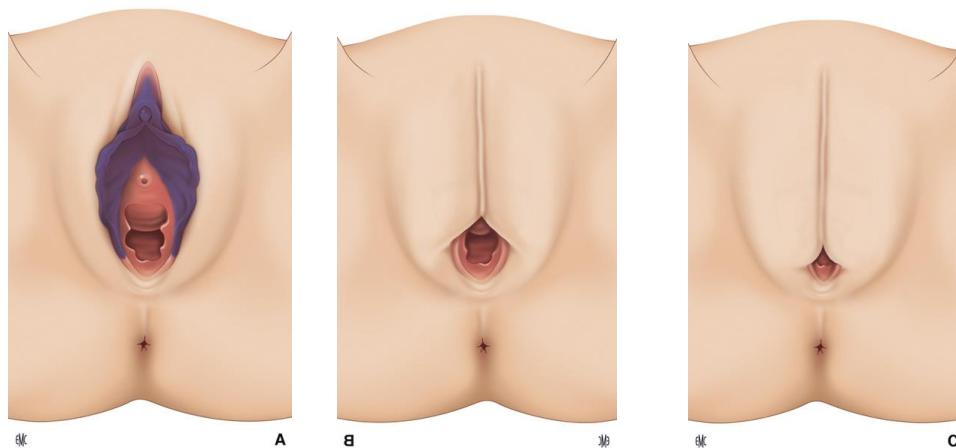


A. Avant excision du clitoris et des petites lèvres
 B. Après excision du clitoris et des petites lèvres

Figure 6: mutilation sexuelle féminine de type II (13)

c) MSF de type III :

La MSF de type III (ou infibulation) consiste en un rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement cutané (figure 7). Les petites lèvres et/ou des grandes lèvres sont accolées et le clitoris est parfois excisé. C'est la forme la plus extrême de MSF, elle représente 15% des MSF. Après section ou non du clitoris et des petites lèvres, les grandes lèvres sont réséquées puis cousues entre elles ou accolées en liant les membres inférieurs pendant plusieurs semaines. Seul un petit orifice est maintenu grâce à l'insertion d'un morceau de bois dans la plaie, afin de permettre l'écoulement des urines et des menstruations. Lors du premier rapport sexuel, la cicatrice doit alors être « réouverte » (au couteau, ou désinfibulation en milieu hospitalier). Après un accouchement, il n'est pas rare que la femme soit recousue.



A. Avant infibulation

B, C. Après infibulation avec fermeture quasi complète de la vulve

Figure 7: mutilation sexuelle féminine de type III (13)

Les MSF de type IV désignent toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, telles que la ponction, le percement, l'incision, la scarification ou la cautérisation.

III. Epidémiologie (14) :

a) Dans le monde :

Les MSF concerneraient au moins 200 millions de femmes dans le monde, dans 30 pays (figure 8). En Afrique, les MSF concernent une femme sur trois. Les pays les plus concernés se concentrent dans deux grandes régions : autour de la corne de l'Afrique (Somalie, Djibouti, Erythrée, Ethiopie) et en Afrique de l'Ouest (Guinée, Sierra Leone, Mali, Burkina-Faso, Gambie). Hors Afrique subsaharienne, il faut citer l'Egypte où 87% des filles et des femmes âgées de 15 à 49 ans ont subi une MSF, et l'Indonésie où la pratique est très largement répandue. Des prévalences importantes existent aussi dans certains pays du Moyen-Orient (Yémen, Irak). Des cas de MSF ont également été détectés dans plusieurs pays d'Asie tel que l'Inde, le Sri Lanka, La Malaisie et la Thaïlande mais nous ne disposons pas encore de statistiques.

En Afrique de l'Ouest, la pratique la plus courante est l'excision avec ablation des petites et/ou des grandes lèvres. Elle concerne 85% des filles excisées en Guinée, 70% au Sierra Leone et 71% au Mali. La pratique de l'infibulation se rencontre davantage dans les pays de la corne de l'Afrique, où elle représente la majorité des mutilations en Somalie (63% des filles qui ont

subi une mutilation sexuelle féminine ont subi une infibulation) et autour d'un tiers en Erythrée (38%) et à Djibouti (30%). La pratique de l'infibulation se retrouve également dans des proportions non négligeables parmi les femmes et les filles ayant subies une mutilation sexuelle féminine au Niger (35% des filles excisées ont subi une infibulation), au Sénégal (21%), au Kenya (17%) et au Ghana (17%).

b) En France :

En France, les mutilations sexuelles féminines concernent une partie des femmes migrantes originaires de pays où l'excision se pratique (Mali, Sénégal, Côte d'Ivoire, Burkina Faso et Guinée principalement) ainsi que leurs filles.

En 2004, l'INED s'est basé sur des enquêtes de prévalence des MSF dans les pays d'origine et des flux migratoires en France, pour émettre l'hypothèse que 53 000 femmes majeures seraient concernées par les MSF en France. Néanmoins, le nombre de femmes mutilées en France reste mal connu et probablement sous-estimé, c'est pourquoi le rapport du Sénat paru en 2018 (15) recommande une actualisation des données.

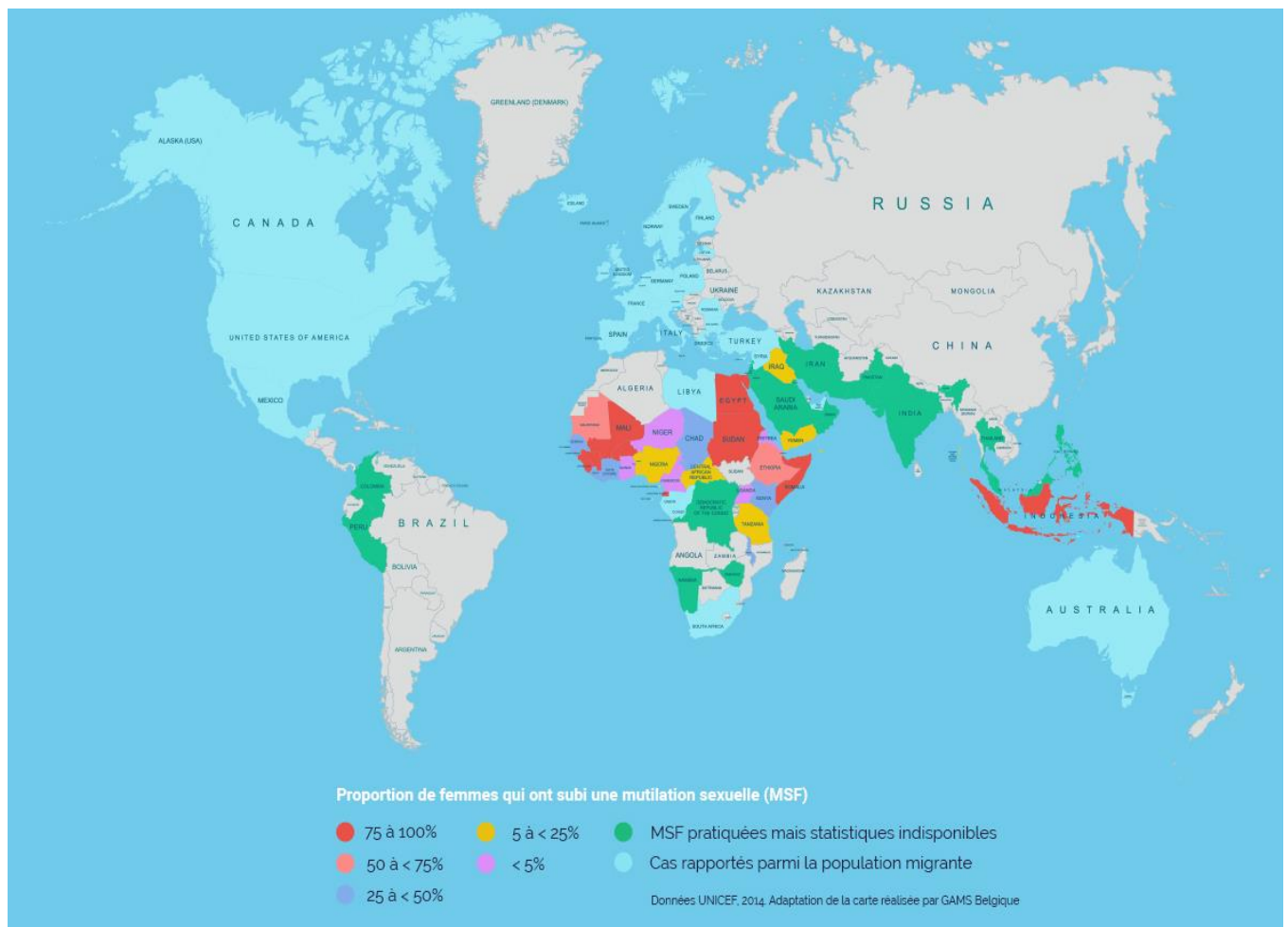


Figure 8 : les MSF dans le monde

IV. Justification culturelle ou approche anthropologique (2) (16) :

La pratique des MSF est ancienne et pourrait remonter à l'Égypte antique, sans que leur origine précise ne soit connue. La première mention de l'excision remonte au II^{ème} siècle avant Jésus-Christ en Égypte, et des traces d'excision ont été retrouvées sur des momies égyptiennes. Selon les spécialistes, la pratique se serait ensuite propagée sur le continent africain par la circulation des marchands arabes. L'infibulation aurait été également pratiquée dans la Rome antique sur les femmes esclaves afin d'empêcher tout rapport sexuel et éviter des grossesses qui les auraient rendus inaptes au travail.

- **Argument religieux** : la pratique des MSF est bien antérieure à la naissance et à l'expansion de l'islam en Afrique, même si des justifications religieuses ont pu être ensuite avancées pour la légitimer. Ainsi, on peut observer cette pratique au sein de communautés chrétiennes (coptes, catholiques et protestantes), juives et animistes. La plupart des pays du Golfe où l'islam est la religion dominante ne pratiquent pas de MSF. L'excision n'apparaît pas dans les livres des grandes religions monothéistes comme une prescription religieuse impérative, contrairement à la circoncision masculine (signe de l'alliance entre Dieu, Abraham et sa descendance dans les religions juive et islamique).
- **Empêcher les comportements « déviants »** : des clitoridectomies ont eu lieu en Europe au XIX^e siècle, sous l'impulsion du médecin britannique Isaac Baker-Brown, afin de lutter contre la masturbation et l'hystérie (17). D'autre part, les MSF sont parfois justifiées par le fait qu'elles permettraient d'éviter les relations sexuelles « illicites », de préserver la virginité et la fidélité conjugale.
- **Rite de passage** : l'excision ou « circoncision féminine » est alors le pendant de la circoncision masculine, les deux pratiques étant considérées comme des marqueurs de genre, de classe d'âges ou d'appartenance ethnique.
- **Ambivalence sexuelle/androgynie originelle à supprimer** : dans certaines sociétés, comme le mythe dogon, le clitoris représente la « partie masculine » dont est pourvu le sexe féminin à la naissance, qu'il est nécessaire de retirer afin d'inscrire la femme dans son rôle de reproduction. Au contraire, la circoncision qui supprime la « partie féminine » de l'homme le sur-virilise afin d'accroître son autorité.
- **Purification** : dans la culture malinké au Mali, le terme « bilakoro », à connotation péjorative est utilisé pour désigner une personne « incirconcise » ou « non excisée ». L'idée est que les filles excisées sont « propres et belles » et qu'il s'agit d'une condition nécessaire au mariage et à la procréation. L'excision est ainsi associée à un idéal culturel de féminité et de modestie.

Quelle que soit la raison invoquée, les MSF sont le reflet d'une inégalité entre les sexes profondément ancrée et constituent une pratique socioculturelle bien établie.

Dans la plupart des cas, les mutilations sont exécutées par des praticiennes « traditionnelles » (femmes exciseuses de métier, matrones de village). On observe cependant des exceptions comme en Égypte ou au Soudan où un tiers des femmes déclarent avoir été excisées par un professionnel de santé (médecin, infirmière, sage-femme) (12), ce que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en collaboration avec le Fond des Nations Unies pour la Population (UNFPA) et l'UNICEF cherchent à faire disparaître des pratiques (18).

V. Complications (12) (16) :

Les MSF ont de nombreuses conséquences graves sur la santé physique, psychologique et sur la vie sexuelle des femmes. Il existe également des problèmes de santé consécutifs au défaut de soins primaires dans les pays où la pratique des MSF est historiquement répandue.

a) Complications à court terme :

- Douleurs aiguës intenses car le geste est pratiqué sans anesthésie efficace dans la plupart des cas
- Hémorragie par lésion des artères cavernueuses ou de l'artère dorsale du clitoris.
- Décès sur choc hémorragique ou sur choc septique
- Infections : transmission possible du tétanos, VIH, hépatite B, hépatite C via le matériel qui n'est pas stérilisé
- Plaies des organes de voisinage : cuisses, abdomen, urètre, périnée postérieur, rectum, et lésions osseuses en cas de lutte (fractures claviculaires, fémorales, humérales)
- Rétention aiguë d'urine en raison de la douleur provoquée par l'écoulement des urines sur les plaies.
- Etat de stress aigu

b) Complications à long terme :

- Douleurs chroniques de type neuropathique
- Cicatrice chéloïde, cicatrice créant une pseudo-infibulation, kystes dermoïdes occasionnant douleurs et infections, ulcères génitaux
- Névrome
- Complications gynécologiques : infections pelviennes, fistules recto-vaginales et vésico-vaginales, stase menstruelle voire hémato-colpos en cas d'infibulation, salpingite

avec risque d'infertilité. Les fistules sont en lien avec la tête fœtale « butant » sur le périnée, comprimant les organes voisins et créant une nécrose. Le devenir de ces jeunes mères avec fistules ou « cloaque » est dramatique car elles sont répudiées et isolées à la sortie du village avec leur enfant.

- Complications uro-néphrologiques : incontinence urinaire, rétention chronique d'urine (à la suite d'un obstacle à la miction dans le cas des infibulations et pseudo infibulations ou en cas de sténose de l'urètre), pyélonéphrites à répétition, insuffisance rénale
- Complications obstétricales : souffrance fœtale, déchirures périnéales plus fréquentes (19), en lien avec un périnée antérieur cicatriciel et un non contrôle du dégagement de la tête fœtale. Les conséquences des mutilations sexuelles pour les femmes qui accouchent en dehors d'un établissement hospitalier sont plus graves. L'OMS estime qu'il survient entre un et deux décès périnataux supplémentaires pour 100 accouchements chez les enfants nés de femmes ayant subi ces pratiques (18). Néanmoins, la mise en place de mesures préventives adaptées à ces accouchements permet aux femmes mutilées d'accoucher sans difficulté par les voies naturelles.
- Psycho traumatisme : angoisses, anxiété, dépression, état de stress post traumatique (flashback envahissants, cauchemars, comportement d'évitement, hypervigilance, reviviscence, troubles du sommeil). Une étude menée au Sénégal (20) montre que plus de 30% des femmes ayant subi une MSF présentent un état de stress post traumatique. Le traumatisme est d'autant plus grand qu'il existe un « non-dit » autour de cette pratique : les filles ne sont pas prévenues de ce qui va leur arriver, il leur est souvent interdit de poser de questions à leurs proches. Il faut aussi prendre en compte l'histoire de vie des femmes, qui pour certaines ont eu un parcours migratoire traumatique ou ont subi d'autres formes de violences sexuelles.
- Confrontation aux normes sociales : les femmes et filles vivant dans les pays où les MSF sont interdites se trouvent souvent confrontées à une opposition entre transmission familial et stigmatisation sociale. En effet, dans les pays où l'excision est pratiquée les femmes non mutilées sont réputées « sales » et ne peuvent pas avoir accès au statut d'épouse et de mère. Or, dans les pays d'immigration où les MSF sont condamnées, les femmes mutilées sont considérées comme des victimes, dépossédées d'une partie de leurs attributs féminins. Ceci peut conduire les femmes mutilées à questionner leur identité sexuelle mais aussi leur culture familiale.
- Vie sexuelle : les outils permettant de mesurer la qualité de la fonction et de la vie sexuelle restent soumis à débat ce qui rend complexe les recherches sur les conséquences sexuelles des MSF. Les études retiennent néanmoins comme complication les dyspareunies. Concernant la satisfaction sexuelle, dans l'étude ExH,

44% des femmes excisées ont une satisfaction globale faible de leur vie sexuelle, contre 20% des femmes non excisées (19). Il est possible pour les femmes dont le clitoris a été excisé d'atteindre l'orgasme, mais cela leur est probablement plus difficile puisqu'elles ne peuvent pas exercer de stimulation directe du clitoris externe (21).

VI. Réparation des MSF : techniques et prise en charge globale (22-23) :

L'intervention chirurgicale s'inscrit dans un parcours de consultations pluri-professionnelles afin de prendre en charge de manière concertée les femmes mutilées. Les raisons qui les conduisent à avoir recours à ce type d'intervention sont multiples et l'objectif de cette prise en charge globale est de clarifier le projet de ces femmes et de les soutenir dans leur travail de réparation.

Une étude menée au sein de l'unité de soins des femmes excisée de l'hôpital de Bicêtre a montré que peu de femmes étaient finalement opérées (44%) après avoir suivi le parcours d'accompagnement gynécologique, psychologique et sexologique.

a) Prise en charge médicale :

L'objectif est de préciser le motif de consultation, identifier la nature des plaintes et réaliser un examen clinique. Le médecin peut informer la patiente sur son anatomie (à l'aide d'un miroir par exemple), les conséquences des MSF, la rassurer sur sa fertilité et sur son avenir obstétrical qui est bon (contrairement aux pays en voie de développement), et enfin évoquer la possibilité de réparation chirurgicale. Des traitements symptomatiques tels que des lubrifiants ou des gels anesthésiants peuvent être prescrits lors de cette consultation.

b) Prise en charge psychologique :

Il s'agit de dépister les troubles liés au psychotraumatisme : état de stress aigu, état de stress post traumatique, troubles du comportement alimentaire, syndrome anxio-dépressif... Ce psychotraumatisme est lié à des mécanismes de sauvegarde, psychologique et neurobiologique, déclenchés lors du stress extrême et du risque vital que génère le traumatisme. Ces mécanismes sont responsables d'une déconnexion du circuit de réponse au stress entraînant une mémoire traumatique et une dissociation avec anesthésie affective et physique. Différentes techniques psychothérapeutiques peuvent être utilisées : psychothérapie dynamique, psychanalyse, thérapies systémiques, thérapies comportementales et cognitives, hypnose, thérapies émotionnelles, thérapies corporelles, thérapies par le jeu pour les enfants, thérapies de groupe.

c) Prise en charge sexologique (24) :

Le sexologue évalue la santé sexuelle de la femme dans toutes ses composantes et la part attribuable de la mutilation elle-même dans les dysfonctions sexuelles présentées. Tous les troubles sexuels ne sont pas forcément à mettre sur le compte de la MSF, ils peuvent aussi résulter, comme pour le reste de la population générale, de problématiques différentes (manque de préliminaires, manque de lubrification vaginale, difficultés relationnelles...). Il ne faut pas négliger la potentielle part de violences sexuelles associées et les interroger sur leur sexualité en prenant en compte les facteurs relationnels, affectifs et sociaux.

En postopératoire, le sexologue peut proposer différentes thérapies en fonction du profil de chaque femme : la thérapie sexocorporelle, la désensibilisation systématique sous relaxation et par exposition progressive.

d) Prise en charge sociale :

La demande sociale peut être au premier plan dans certains cas avec un accompagnement dans des démarches de droit d'asile par exemple.

e) Technique chirurgicale (25) :

La chirurgie de réparation des MSF de type I et II a été développée par le Dr Foldes en 1998. Elle est inspirée de la technique d'allongement de la verge. En France, les frais sont pris en charge par la sécurité sociale depuis 2003. La chirurgie est réalisée sous anesthésie générale ou péridurale lors d'un séjour hospitalier ambulatoire. Les étapes de la réparation de l'excision sont : incision de la zone cicatricielle, dissection des piliers et du coude du clitoris, libération du corps du clitoris et section du ligament suspenseur, résection du tissu cicatriciel, réimplantation du néo-gland clitoridien, suture cutanée.

Les soins post opératoires sont simples et les résultats fonctionnels sont visibles quelques semaines à quelques mois après l'intervention. Les complications post chirurgicales observées sont : œdème, hématome, lâchage de suture, hyperesthésie locale à long terme.

En cas de MSF de type III, la chirurgie est systématiquement proposée quel que soit l'âge en raison des conséquences somatiques sévères. Chez les femmes enceintes victimes de MSF de type III, une désinfibulation peut être proposée au cours de la grossesse pour faciliter le suivi, ou en cours de travail pour éviter les déchirures périnéales sévères (26).

La réparation clitoridienne s'intègre dans un travail de réappropriation du corps et de l'image corporelle. La chirurgie, si elle a totalement sa place dans ce travail, ne doit pas être proposée comme une réponse immédiate, nécessaire et suffisante.

f) Le rôle du médecin généraliste :

Il joue un rôle central dans l'accueil, l'orientation, l'information et la prise en charge des MSF. Les occasions de dépistage et de prévention sont multiples : en consultation de routine, en consultation de suivi gynécologique, en consultation de pédiatrie, avant un départ en voyage dans le pays d'origine.

VII. Lois sur les MSF :

a) En France :

• **Les sanctions pénales :**

La France ne possède pas de législation spécifique contre l'excision, mais punit celle-ci en tant que mutilation, et par conséquent comme un crime. La loi protège tous les enfants qui vivent sur le territoire français quelle que soit leur nationalité et s'applique à l'acte commis à l'étranger si la victime est française ou si elle réside habituellement en France.

Les mutilations subies à l'étranger par des jeunes filles résidant en France sont passibles des peines prévues par le code pénal :

- l'**article 222-9** (27) réprime les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente avec une peine de dix ans d'emprisonnement et 150 000 euros d'amende.

- l'**article 222-10** (28) prévoit une aggravation des peines à vingt ans d'emprisonnement si la mutilation est commise sur un mineur de moins de 15 ans par une personne ayant autorité sur lui ou par un ascendant légitime, naturel ou adoptif. Un emprisonnement de trente ans sanctionne les mutilations ayant entraîné la mort sans intention de la donner (article 222-8).

- l'**article 227-24-1** (29) punit de cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende le fait d'inciter un ou une mineur à subir une mutilation sexuelle par des offres, promesses ou en exerçant des pressions ou contraintes de toute nature. Les mêmes peines s'appliquent au fait d'inciter autrui à commettre une mutilation sur un ou une mineur-e.

La **loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010** (30) permet au juge des enfants de faire inscrire une mineure au fichier des personnes recherchées pour une durée de deux ans afin de prévenir la sortie du territoire en cas de risque de mutilations sexuelles à l'étranger.

La France est le pays de l'Union européenne dans lequel il y a eu le plus grand nombre de poursuites pénales pour des faits de mutilations sexuelles : environ 29 procès depuis 1979,

avec des condamnations contre des exciseuses et des parents de fillettes mutilées. Ce chiffre reste malgré tout dérisoire par rapport au nombre d'actes pratiqués chaque année.

- **Le rôle des professionnels de santé :**

Selon l'**article 226-14** du code pénal (31), la levée du secret professionnel s'applique à toute personne ayant eu connaissance de MSF infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique.

En cas de suspicion de menace de MSF, avant un voyage par exemple, le médecin a l'obligation de faire un signalement auprès de la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) ou du procureur de la République. Les parents sont alors convoqués à la brigade des mineurs: des consignes leur sont données pour protéger leur fille lors du voyage, ils sont informés des risques encourus si l'enfant est mutilée. L'enfant est examinée avant son départ par un médecin spécialisé et un certificat de non-excision est alors rédigé le cas échéant. L'enfant et ses parents seront convoqués à leur retour de voyage pour un examen de contrôle.

S'il s'avère que des MSF ont été pratiquées, le médecin doit le signaler à la CRIP ou au Procureur de la République. La loi punit l'exciseuse et les parents si ils avaient été signalés et informés auparavant.

- **Le droit d'asile :**

En 2012, le Conseil d'Etat a reconnu qu'un droit d'asile pouvait être accordé aux mineures et majeures non mutilées et menacées d'excision en cas de retour dans leur pays d'origine. Pour être admis au statut de réfugié, ces personnes doivent fournir des éléments circonstanciés, familiaux, géographiques, sociologiques pour justifier ces craintes personnelles. La **loi du 29 juillet 2015** exige un examen médical réalisé par un médecin légiste (32), et un suivi de l'absence d'excision chez les mineures qui sollicitent l'asile à ce motif (33) lorsque ce droit est accordé. Les parents des mineures concernées peuvent alors prétendre à un titre de séjour. À l'issue de l'année 2018, 7 550 enfants ont été placées sous la protection de l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA) en raison du risque de MSF qu'elles encourent en cas de retour dans leur pays d'origine.

b) Dans le monde :

Vingt-six pays d'Afrique et du Moyen Orient ont interdit les MSF au moyen d'un décret constitutionnel ou d'une loi (34) : Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Djibouti, Egypte, Erythrée, Ethiopie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Irak, Kenya, Mauritanie, Niger, Nigeria,

Ouganda, République centrafricaine, Tanzanie, Sénégal, Somalie, Soudan, Tchad, Togo, Yémen, Afrique du Sud, Zambie.

Des lois ont également été promulguées dans les pays accueillant des immigrants venant de régions où se pratiquent les MSF : Australie, Canada, Nouvelle Zélande, Etats Unis, Norvège, Suède, Finlande, Royaume-Unis, Belgique, Danemark, Luxembourg, Pays Bas, Autriche, Italie, Espagne, France, Allemagne, Portugal, Grèce, Suisse.

Les interdictions légales ne suffisent toutefois pas à modifier les traditions.

B. ETUDE :

I. Matériel et méthode :

a) Justification et objectifs :

A ce jour, aucune étude n'a été menée auprès des médecins généralistes du Calvados sur le sujet des MSF.

Notre objectif était donc triple :

- Evaluation des connaissances des médecins généralistes exerçant dans le département du Calvados et des internes de médecine générale de la faculté de Caen sur le sujet des MSF.
- Appréciation de leur implication dans le dépistage, la prévention et la prise en charge des MSF.
- Recensement de leur attente en matière de formation sur le sujet des MSF

Dans un second temps, nous avons choisi de sensibiliser les médecins et les internes interrogés en leur faisant parvenir un document d'information (annexe b) afin de compléter leurs connaissances sur le sujet et de leur donner quelques contacts utiles.

b) Type d'étude :

Une étude descriptive transversale quantitative par questionnaire a été réalisée.

c) Population de l'étude et recueil des données :

La population cible correspondait à l'ensemble des médecins généralistes installés dans le Calvados, soit 660 (source ADELI) ; et l'ensemble des internes de médecine générale inscrits à la faculté de Caen pour l'année universitaire 2017/2018.

Pour les médecins généralistes, l'échantillonnage a été réalisé parmi tous les médecins généralistes du Calvados. Deux cent soixante-dix-sept médecins généralistes ont été tirés au sort de façon aléatoire grâce au logiciel Excel. Le chiffre de 277 a été choisi afin de correspondre au nombre d'interne de médecine générale qui était de 277 pour l'année universitaire 2017/2018. Les médecins ayant un mode d'exercice particulier (angiologie, médecine d'urgence, médecine du sport, acupuncture...) ont ensuite été exclus pour arriver à un chiffre de 250 médecins généralistes installés.

d) **Réalisation du questionnaire** :

Le questionnaire a été élaboré avec le Dr Pizzoferrato et le Dr Vardon (annexe a). Il a été validé par la Commission Informatique et Liberté de l'Université de Caen Normandie. Il comportait vingt-neuf items répartis en six groupes :

- « Vous êtes » : première partie ayant pour but de définir le profil du participant.
- « Votre pratique » : deuxième partie ayant pour but de définir leur expérience en matière de MSF
- « Vos connaissances » : troisième partie ayant pour but d'évaluer leurs connaissances générales sur les MSF : origine géographique, prévalence, classification, justification, complications, prise en charge, correspondants.
- « Ce que dit la loi » : quatrième partie évaluant leurs connaissances en matière de législation.
- « La formation » : cinquième partie évaluant leur avis sur la nécessité d'une formation sur le sujet des MSF.
- « Pour finir » : sixième partie qui est un espace libre afin de leur permettre d'effectuer des remarques sur le sujet ou sur le questionnaire.

Le questionnaire a été initialement testé auprès de trois médecins généralistes répondant aux critères d'inclusion, ce qui a permis d'améliorer sa pertinence. Le temps de réponse a été évalué à cinq minutes.

e) **Diffusion du questionnaire et récupération des données** :

Les médecins généralistes tirés au sort étaient appelés par téléphone par ordre d'échantillonnage. L'étude leur était brièvement présentée afin d'obtenir leur accord pour l'envoi du questionnaire sous format papier ou électronique.

Pour la forme électronique, le questionnaire a été mis en ligne sur internet et géré par la plateforme LimeSurvey© hébergé sur le domaine de la faculté de Caen. Un courriel était envoyé de façon manuelle à chaque destinataire, contenant un bref descriptif de l'étude et un lien qui orientait directement vers le questionnaire en ligne. Les réponses étaient anonymisées par le logiciel de façon automatique.

Pour la forme papier, le questionnaire a été envoyé aux médecins par voie postale, accompagné d'une enveloppe réponse affranchie.

En ce qui concerne les internes, la liste des courriels universitaires a été collectée via le service administratif de la faculté. Un courriel a été envoyé aux trois promotions d'internes de médecine générale de la faculté de Caen inscrits pour l'année universitaire 2017/2018, contenant un descriptif de l'étude et un lien qui orientait vers le questionnaire en ligne.

Quatre semaines après les premiers courriels, une deuxième série de courriels a été envoyée à toute la liste afin de relancer les non-répondants et leur transmettre un document d'information pour compléter leurs connaissances sur le sujet des MSF.

Pour les médecins ayant choisi le format papier, le document d'information était directement joint avec le questionnaire et l'enveloppe réponse, avec pour consigne de ne le consulter qu'après avoir rempli le questionnaire.

Les questionnaires papiers étaient ensuite saisis dans LimeSurvey© afin d'obtenir un tableau unique de résultats.

f) **Période d'étude** :

Le questionnaire a été mis en ligne à compter du 27 juin 2018. Il a été clôturé le 23 octobre 2018.

g) **Traitement des données** :

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du test du Chi 2 pour comparer les variables qualitatives. Lorsque les effectifs attendus étaient inférieurs à 5, le texte de Fischer a été utilisé. La différence était considérée comme significative lorsque $p < 0,05$. Ces analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel STATA version 13 (Stata-Corp®).

II. Résultats :

a) Taux de participation et taux de réponses :

Deux cent cinquante médecins ont été appelés parmi les 277 tirés au sort (figure 9). Parmi eux, 24 médecins ont refusé de participer à l'étude. Les motifs de refus étaient principalement le manque de temps et le manque d'intérêt pour le sujet. Deux cent vingt-six questionnaires ont été envoyés (186 courriels, 40 courriers). A la suite d'une relance quatre semaines après le premier envoi, 61 questionnaires ont été reçus (47 questionnaires en ligne et 14 questionnaires papiers) avec un taux de réponse de 27%.

En ce qui concerne les internes en médecine générale, les 277 internes ont été inclus et ont reçu une invitation à répondre au questionnaire en ligne (figure 10). A la suite d'une relance effectuée quatre semaines après le premier envoi, 75 réponses ont été reçues, avec un taux de réponse de 27%.

Au total, 136 réponses exploitables ont été reçues sur les 503 envois, soit un taux de réponse de 27%.

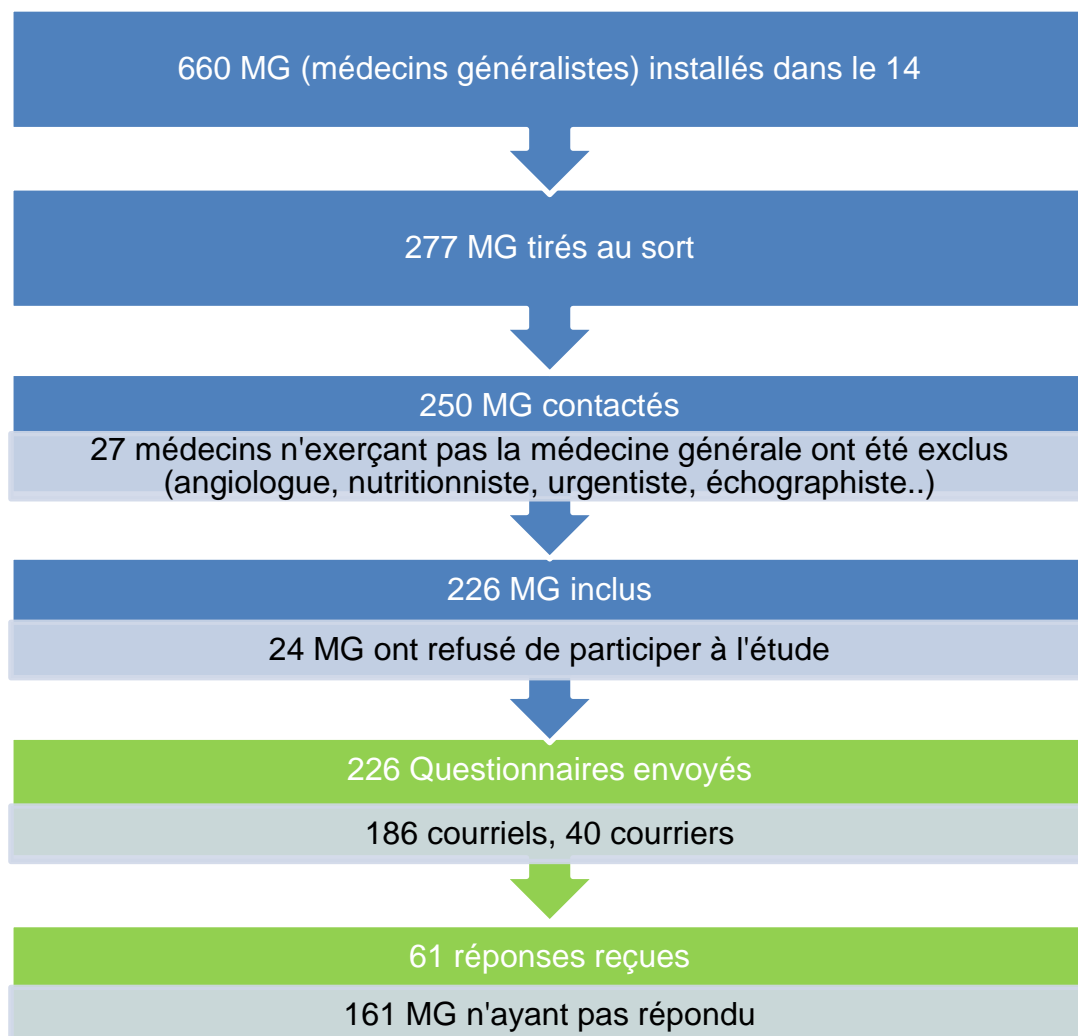


Figure 9: diagramme de flux concernant les questionnaires destinés aux médecins généralistes installés

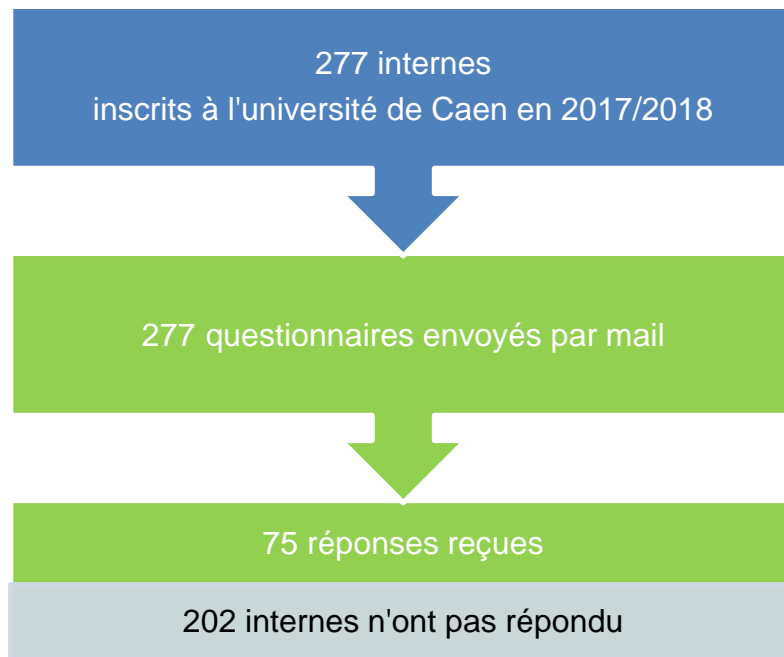


Figure 10: diagramme de flux concernant les questionnaires destinés aux internes en médecine générale

b) Description de l'échantillon :

1. Catégorie professionnelle :

Parmi les 136 répondeurs, 75 (55,2%) étaient internes en médecine générale, 61 (44,8%) étaient médecins généralistes installés.

2. Le sexe :

L'échantillon comptait 54 hommes (39,7%) et 82 femmes (60,3%), soit un sex ratio à 0,66.

3. L'âge :

Soixante-huit participants (50%) avaient moins de 30 ans, 39 (28,7%) avaient entre 30 et 40 ans, 12 (8,8%) avaient entre 40 et 50 ans, 9 (6,6%) avaient entre 50 et 60 ans, et 8 avaient plus de 60 ans (5,9%).

4. Lieu d'exercice :

Six répondeurs (4,4%) exerçaient en milieu rural, 29 (21,3%) en milieu semi urbain, 27 (19,8%) en milieu urbain. Le reste des répondeurs étaient non concernés par la question car il s'agissait d'internes.

5. Validation d'un stage en service de gynécologie-obstétrique :

Concernant la formation en gynécologie obstétrique, 104 (76,5%) participants avaient effectué un stage, alors que 32 (23,5%) n'en avait pas fait.

6. Formation complémentaire :

Parmi les répondeurs, 18 (13,2%) avaient effectué une formation complémentaire en gynécologie obstétrique, dont 14 diplômes interuniversitaires (DIU).

c) Connaissances des médecins :

1. Source d'information sur les MSF :

Concernant le support d'information des répondeurs, plusieurs réponses étaient possibles : 4,4% n'en n'avaient jamais entendu parler, 24,3% avaient été sensibilisés à la faculté de médecine, 13,2% en stage hospitalier, 5,1% en stage ambulatoire, 83,1% dans les médias et enfin 22,1% dans le cadre privé (figure 11).

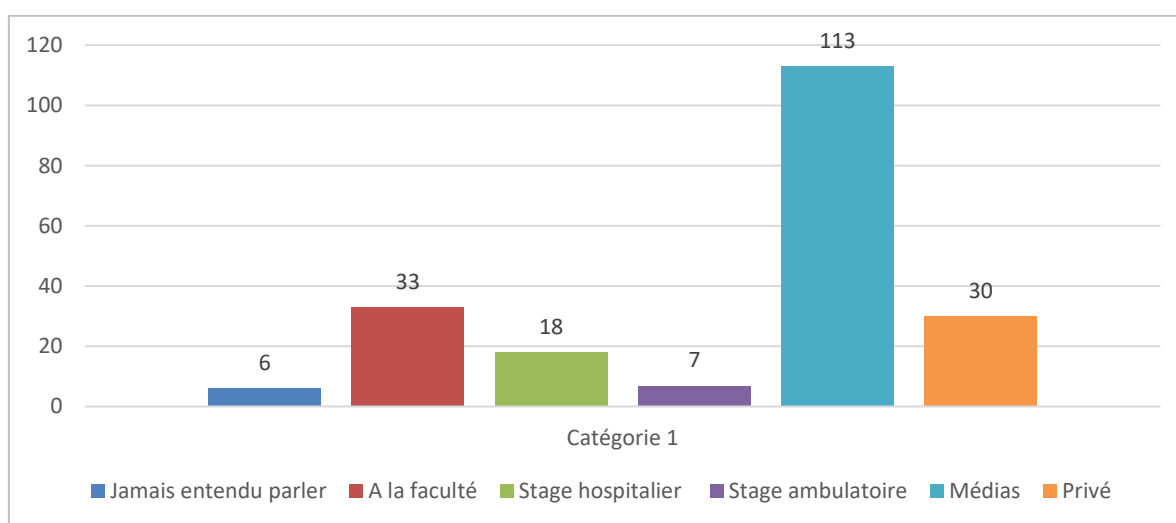


Figure 11: répartition des différents moyens d'information sur les MSF

2. Connaissance sur la classification des MSF :

Les participants devaient associer le type de MSF à son schéma correspondant. Ils disposaient de trois schémas représentant les trois principales formes de MSF : le schéma A représentant les MSF de type I (excision du clitoris), le B représentant les MSF de type II (excision du clitoris et des petites lèvres) et le C représentant les MSF de type III (infibulation).

Concernant la MSF de type I: 110 participants avaient correctement répondu en lui associant le schéma A, 14 avaient répondu le schéma B, et 4 le schéma C.

Concernant la MSF de type II : 108 participants avaient correctement répondu en lui associant le schéma B, 6 avaient répondu le schéma A, 14 le schéma C.

Concernant la MSF de type III : 114 participants avaient correctement répondu en lui associant le schéma C, 5 avaient répondu le schéma B, 9 le schéma A. Huit participants n'avaient pas répondu à cette question (figure 12).

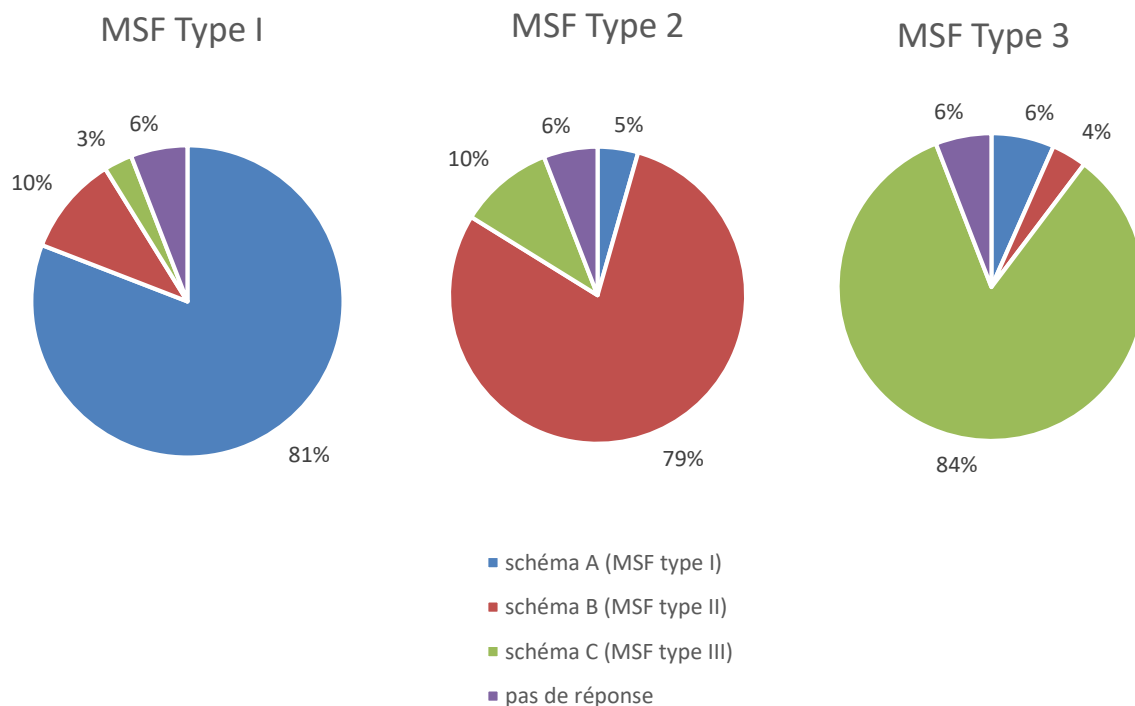


Figure 12 : les participants savent ils reconnaître les différents types de MSF ?

3. Connaissance sur le type de MSF le plus fréquent :

Quarante et un répondeurs avaient répondu correctement en choisissant la MSF de type II comme le type de MSF le plus présent dans le monde, 80 avaient choisi la MSF de type I, 7 avaient choisi la MSF de type III. Huit participants n'avaient pas répondu à cette question (figure 13).

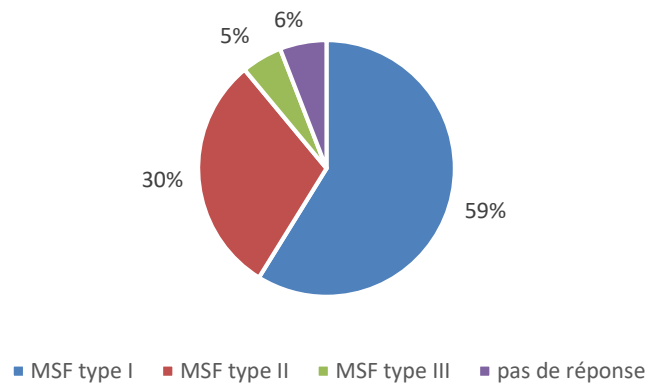


Figure 13 : quel est le type de MSF le plus présent dans le monde, selon les participants ?

4. Connaissance clinique :

Soixante-sept réponders (49%) déclaraient ne pas se sentir capable de reconnaître une MSF lors d'un examen clinique, alors que 68 (50%) pensaient pouvoir le faire. Un participant (1%) ne s'était pas prononcé sur cette question.

5. Expérience des participants :

Sur les 136 réponders, 116 (85%) ont déclaré n'avoir jamais vu de MSF, alors que 19 (14%) en avaient déjà vu. Un participant (1%) ne s'était pas prononcé sur cette question.

6. Connaissance sur la prévalence des MSF en France :

Concernant le nombre de femmes mutilées vivant en France, 26 réponders les ont estimés à moins de 10 000, 58 les ont estimés entre 10 000 et 40 000, 32 les ont estimés entre 40 000 et 80 000, et 13 les ont estimés à plus de 80 000. Sept participants ne savaient pas répondre à la question (figure 14).

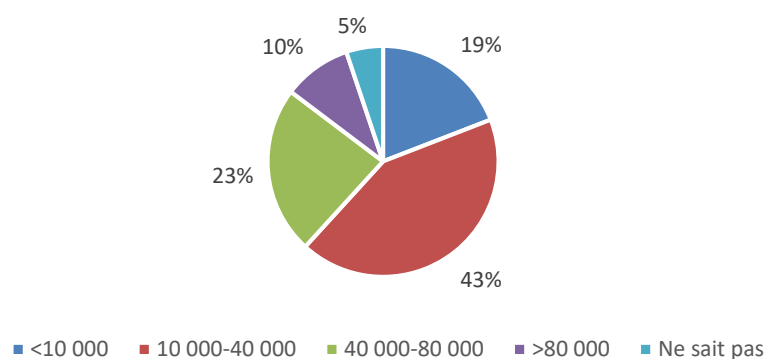


Figure 14: estimation du nombre de femmes mutilées vivant en France selon les participants

7. Connaissance sur la répartition géographique des MSF :

Il s'agissait d'une question à choix multiples proposant aux participants de choisir les origines géographiques faisant évoquer la possibilité d'une MSF chez leur patiente : 11,8% ont choisi l'Amérique du Sud, 5,1% ont choisi l'Amérique du Nord, 30,9% ont choisi l'Asie, 87,5% ont choisi l'Afrique de l'Ouest, 91,2% ont choisi l'Afrique de l'Est, 43,4% ont choisi l'Afrique du Nord, et enfin 49,3% ont choisi le Moyen Orient (figure 15).

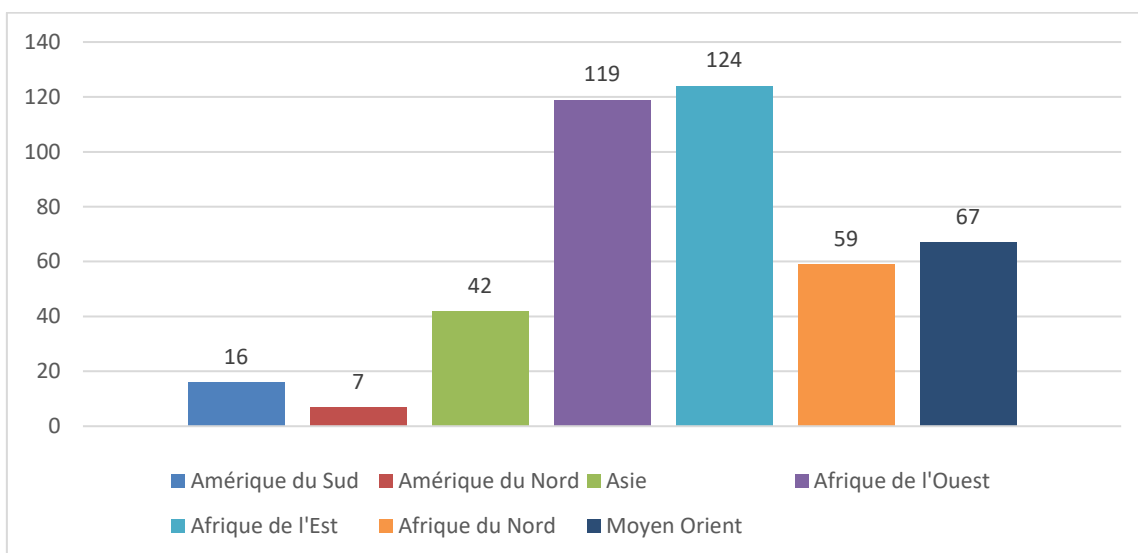


Figure 15: quelles sont les origines géographiques pouvant faire évoquer la possibilité d'une MSF chez une patiente, selon les participants ?

8. Justification de la réalisation des MSF :

Là encore les participants avaient la possibilité de faire plusieurs choix : 61% pensaient qu'il s'agit d'une pratique religieuse, 84,6% pensaient qu'il s'agit d'une pratique culturelle, 8,8% pensaient qu'il s'agit d'une pratique hygiéniste/prophylactique contre certaines maladies, 1,5% pensaient que les MSF étaient réalisées pour raisons esthétiques, 2,9% pensaient que les MSF étaient réalisées afin de favoriser la fertilité, 69,1% pensaient qu'il s'agissait d'un moyen de contrôler la sexualité des femmes, 28,7% pensaient que les MSF avaient pour but de protéger la virginité des femmes. Deux pour cent des participants ne savaient pas répondre à la question (figure 16).

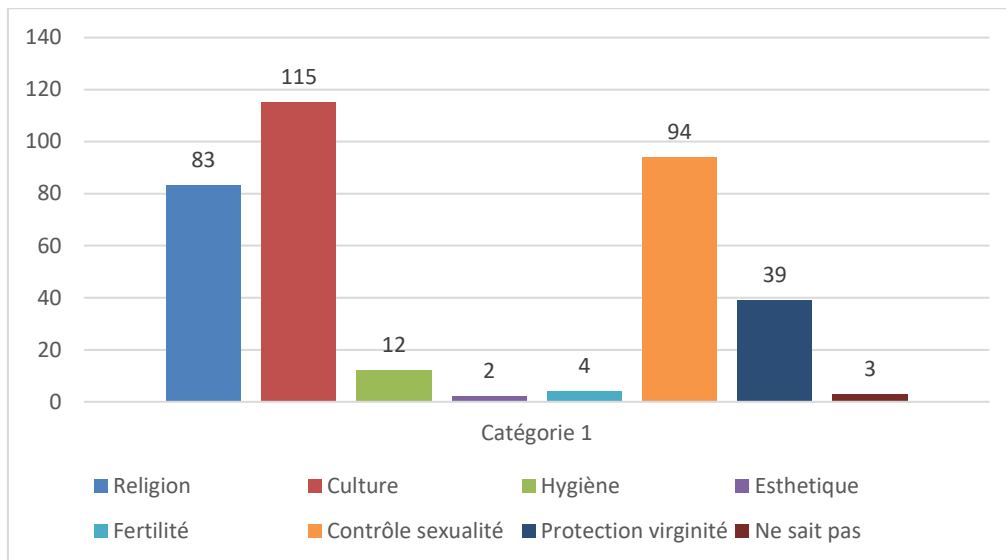


Figure 16: quelles sont les justifications de la pratique des MSF selon les participants ?

9. Connaissance des complications des MSF :

Parmi les répondus, 109 (80%) ont déclaré ne pas connaître les complications urologiques, gynécologiques et obstétricales en rapport avec les MSF, tandis que 20 (15%) pensaient les savoir. Sept participants (5%) n'avaient pas répondu à cette question.

Les complications citées étaient : infections urinaires dans 10 cas, infections génitales dans 9 cas, dyspareunies dans 8 cas, dystocie dans 4 cas, accouchements prématurés et fausses couches dans 3 cas, infertilité dans 1 cas, fistules dans 1 cas.

10. Connaissance sur la sexualité des femmes mutilées :

Soixante-quinze participants (55%) pensaient que le plaisir sexuel n'est pas possible après une mutilation, alors que 54 (40%) pensaient le contraire. Sept participants (5%) n'avaient pas répondu à cette question.

11. Connaissance sur la prise en charge des frais par la sécurité sociale :

Concernant la réparation chirurgicale, 51 répondus (38%) savaient que les frais sont pris en charge à 100% par la sécurité sociale, alors que 78 (57%) l'ignoraient. Sept participants (5%) n'avaient pas répondu à la question.

12. Connaissance sur le principe d'extraterritorialité:

Soixante-quinze participants (55%) savaient que les MSF pratiquées sur des enfants vivants en France sont punies même si le geste a été commis à l'étranger, 52 (38%) l'ignoraient. Neuf participants (7%) n'avaient pas répondu à cette question.

13. Connaissance concernant le statut de réfugié :

Trente et un répondants (23%) savaient qu'un statut de réfugié peut être accordé à une femme qui fuit son pays en raison d'une menace de MSF pour elle-même ou ses filles, tandis que 96 (70%) participants l'ignoraient. Neuf participants (7%) n'avaient pas répondu à cette question.

14. Connaissance sur la possibilité de levée du secret professionnel :

Cent quatorze répondants (84%) estimaient que le secret professionnel doit être levé en cas de découverte d'une MSF ou d'une menace de mutilation chez une mineure, 13 (9%) pensaient qu'au contraire le secret professionnel persiste dans cette situation. Neuf participants (7%) n'avaient pas répondu à cette question.

15. Connaissance des lieux de prise en charge :

Parmi les participants, 121 (89%) n'avaient pas connaissance des lieux de prise en charge, ou d'associations vers qui orienter les patientes victimes de MSF, alors que 8 (6%) avaient cette information. Sept participants (5%) n'avaient pas répondu à cette question.

d) Rôles du médecin généraliste :

1. Implication des médecins :

Cent dix-sept participants (86%) pensaient avoir un rôle à jouer dans la prise en charge des MSF, alors que 19 (14%) ne se sentaient pas concernés.

2. Attitude des médecins :

Cent dix répondants (81%) avaient déclaré se sentir prêt à aborder le sujet avec une patiente chez qui ils découvriraient une MSF, alors que 25 (18%) ne se sentaient pas suffisamment prêts. Un participant (1%) n'avait pas répondu à cette question.

3. Suivi pédiatrique:

Parmi les répondants, 118 (87%) ont déclaré ne pas réaliser d'examen clinique des organes génitaux externes des filles, alors que 12 (9%) le faisaient. Six participants (4%) n'avaient pas répondu à cette question.

4. Attente des patientes dans la prise en charge :

Les participants devaient choisir quelle était selon eux la principale attente des femmes dans la prise en charge des MSF : 5 pensaient qu'il s'agit d'un besoin en conseil et en information, 16 pensaient qu'il s'agit d'une attente de réparation physique pour retrouver un corps similaire aux autres femmes, 7 pensaient qu'il s'agit d'un accomplissement personnel et d'une affirmation de soi, 5 pensaient qu'il s'agit d'un désir de trouver un plaisir sexuel et de diminuer les douleurs pendant les rapports, 68 pensaient qu'il s'agit d'un besoin d'écoute et de prise en charge psychologique, 26 pensaient qu'il s'agit d'une attente en matière de prévention. Neuf participants n'avaient pas répondu à cette question (figure 17).

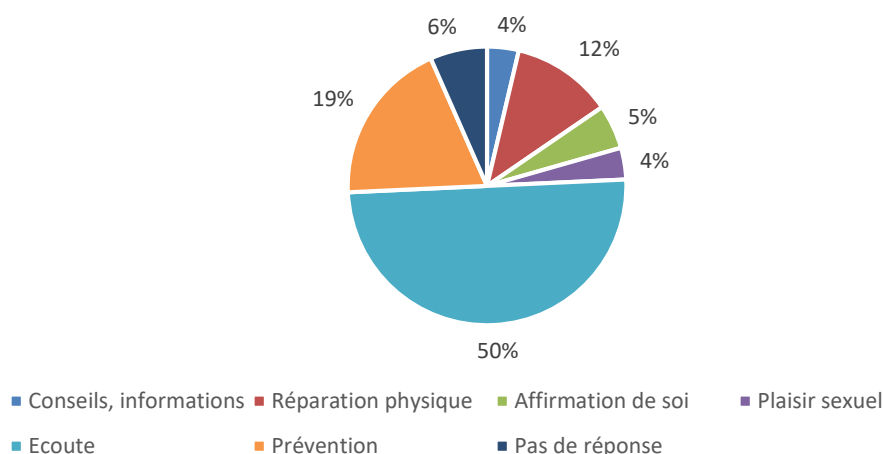


Figure 17: principale attente des femmes dans la prise en charge des MSF selon les participants

5. Positionnement sur la médicalisation des MSF :

Cent quatorze répondants (84%) considéraient que les MSF ne devraient pas être encadrées médicalement, tandis que 15 (11%) estimaient qu'elles pourraient l'être. Sept participants (5%) n'avaient pas répondu à cette question.

6. Positionnement concernant le signalement judiciaire et/ou administratif :

Cent vingt-deux participants (90%) ont déclaré qu'ils feraient un signalement s'ils découvraient une menace de MSF chez une mineure, tandis que 5 (6%) ne feraient pas la démarche. Neuf participants (4%) n'avaient pas répondu à cette question.

7. Avis sur la nécessité de formation universitaire :

Cent vingt-quatre répondants (91%) déclaraient qu'une formation sur le sujet des MSF est nécessaire durant les études de médecine, alors que 2 (2%) participants estimaient que cela n'est pas indispensable. Dix participants (7%) n'avaient pas répondu à cette question.

e) Remarques des participants :

Femme, interne, moins de 30ans : « *Très bon choix de thèse! Je n'en savais pas tellement sur le sujet avant de faire mon DIU. »*

Femme, interne, moins de 30 ans : « *Très beau questionnaire 😊* »

Femme, interne, moins de 30 ans : « *Sujet très intéressant, dont on parle très peu dans les études de médecine ! Sujet donnant envie de se renseigner davantage étant interne en médecine et connaissant très peu le sujet! Merci !* »

Femme, interne, moins de 30 ans : « *Serait-il possible de recevoir les résultats de la thèse ou alors de la documentation utile pour la pratique de la médecine générale ? Sinon excellent sujet de thèse, n'ayant pas rencontré ce cas lors de mes études, je suis très intriguée.* »

Femme, interne, moins de 30 ans : « *Serait-il possible d'avoir un retour sur les résultats de votre thèse mais aussi d'avoir une sensibilisation avec des coordonnées pour nous permettre de mieux prendre en charge ces femmes. Bon courage.* »

Femme, interne, moins de 30 ans : « *Sujet très intéressant mais manque d'info ++++ dans notre formation.* »

Femme, interne, entre 30 et 40 ans : « *Je pense à regarder les organes génitaux externes la jeune fille jusque à l'examen des 2 ans puis plus du tout ou à la demande des parents.* »

Homme, interne, moins de 30 ans : « *Sujet très intéressant. Juste une remarque consternant la question de l'inspection des organes gynéco chez l'enfant. La question est peut-être trop réductrice avec une réponse par oui ou non. Personnellement je fais une inspection des petits, mais non chez les plus âgé (pré-ado, ado) sauf si signe clinique évoqué.* »

Homme, médecin installé, entre 30 et 40 ans : « *Sujet intéressant qui se doit d'être enseigné et abordé en consultation, intérêt de diffuser les informations de prise en charge pratiques, infos d'orientation, réseau de prise en charge ... bonne continuation. »*

Homme, médecin installé, entre 30 et 40 ans : « *Bon courage pour cette thèse sur un sujet peu connu et certainement tabou. »*

Femme, médecin installé, plus de 60 ans : « *C'est un sujet bien difficile à aborder ; il est probablement plus facile d'orienter ses questionnements devant des populations migrantes mais qu'en est-il des enfants nés en France d'origine étrangère ??? cela me fera réfléchir désormais, merci »*

Homme, médecin installé, plus de 60 ans : « *C'est un sujet douloureux et sensible Il est tentant de vérifier mes faibles connaissances avant de répondre, ce qui pourrait être un biais ... Mes connaissances sont limitées, la prise en compte de mon rôle est immense pour ce qui concerne le dépistage, et je ne suis pas formé. Concernant la prévention, le jour où je découvrirais un tel acte il sera déjà trop tard, malheureusement ... Concernant les complications, j'ai conscience qu'il y en a, mais honnêtement je ne pourrais qu'énoncer des généralités inutiles dans ce genre de travail ... Bon courage pour la suite de ce courageux travail. »*

Homme, médecin installé, entre 50 et 60 ans : « *Beau sujet de thèse sur un sujet trop discret. »*

Femme, médecin installé, moins de 30 ans : « *Bonne chance pour votre thèse ! »*

Femme, interne, moins de 30 ans : « *C'est un sujet de thèse très intéressant bon courage. »*

Homme, médecin installé, entre 30 et 40 ans : « *Sujet très intéressant, bon courage pour ta thèse!!! »*

Homme, interne, moins de 30ans : « *Je réponds ne pas être prêt à aborder le sujet si j'ai une situation qui se présente, mais j'aborderai quand même le sujet. Je pense qu'on ne peut pas être prêt à gérer ce genre de situation tant qu'on n'en a jamais vu. »*

Femme, médecin installé, entre 40 et 50 ans : « *Intéressant. »*

Femme, interne, moins de 30 ans : « *Peux-tu nous envoyer des documents sur ta thèse ? il y avait plein de questions auxquelles je ne savais pas répondre et c'était super intéressant !* »

Femme, médecin installé, entre 30 et 40 ans : « *Je conseille le livre "Les joies d'en bas" de Nina Brochmann et Ellen Stokken Dahl à toutes les femmes, à tout âge. Il y a en particulier un chapitre sur les mutilations sexuelles féminines. J'ai vu une femme d'origine du moyen Orient qui a une vulve modifiée à l'examen clinique, je crois qu'il n'y a pas de clitoris et les petites lèvres sont très atrophiées. J'ai abordé le sujet, elle me dit ne pas avoir été victime de mutilation génitale plus jeune. (Ce n'est pas non plus un lichen) Je continuerai d'aborder le sujet. Bon courage pour votre travail de thèse.* »

Homme, interne, moins de 30 ans : « *Certaines questions manquent de nuance, par exemple: - peut-on avoir du plaisir après une excision : j'ai envie de répondre oui car le plaisir ne se limite pas au clitoris MAIS je pense bien sûr que l'excision handicape la femme sur le plan sexuel et peut-être source de dyspareunie. - Faites-vous un examen de la vulve chez la petite fille : oui dans les premiers mois de vie (dépistage des malformations génitales) MAIS non une fois devenue fillette (un peu délicat dans le cadre d'un examen systématique sans être mal perçu par la famille, surtout quand on est un homme). - Rôle à jouer : OUI dans l'accueil de la plainte, bilan des complications somatiques et psychologiques, NON si c'est un rôle de dépistage (rapport acceptabilité et nombre de diagnostic faible).* »

Homme, interne, moins de 30 ans : « *J'ai appris plein de choses, c'est dommage que le sujet ne soit pas un minimum abordé dans nos études, même en passant.* »

Femme, médecin installé, plus de 60 ans : « *Le document m'a beaucoup appris, et particulièrement l'aspect pratique avec l'annuaire local. Merci pour ce travail.* »

Femme, interne, moins de 30 ans : « *Sujet de thèse très intéressant. J'espère y avoir répondu assez tôt. Bon courage.* »

f) Comparaison des réponses selon les caractéristiques des répondeurs :

Une comparaison des réponses suivant les caractéristiques des participants a été réalisée dans un second temps. Quelques différences statistiquement significatives ont été retrouvées :

A la question « Vous sentiriez-vous prêt à aborder le sujet avec une patiente chez qui vous découvrez une MSF ? », les internes étaient significativement plus nombreux à répondre « non » (tableau 1).

Tableau 1 : Comparaison des réponses entre médecins thésés et internes à la question « Vous sentiriez-vous prêt à aborder le sujet avec une patiente chez qui vous découvrez une MSF ? » :

<i>Vous sentiriez-vous prêt à aborder le sujet avec une patiente chez qui vous découvrez une MSF?</i>	Non n (%)	Oui N (%)	p
Catégorie			
Médecin thésé	6 (24,0)	54 (49,1)	
Interne	19 (76,0)	56 (50,9)	0,02

A la question « Saviez-vous que les frais liés à la chirurgie réparatrice sont pris en charges par la sécurité sociale ? », les internes et les moins de trente ans étaient significativement plus nombreux à répondre « non » (tableau 2).

Tableau 2 : Comparaison des réponses entre médecins thésés et internes et entre les différentes catégories d'âge à la question « Saviez-vous que les frais liés à la chirurgie réparatrice sont pris en charge par la sécurité sociale ? » :

<i>Saviez-vous que les frais liés à la chirurgie réparatrice sont pris en charges par la sécurité sociale?</i>	Non n (%)	Oui n (%)	p
Catégorie			
Médecin thésé	29 (37,2)	28 (54,9)	
Interne	49 (62,8)	23 (45,1)	0,04
Age (années)			
< 30	44 (56,4)	22 (43,1)	
30-40	15 (19,2)	21 (41,2)	
> 40	19 (24,4)	8 (15,7)	0,03

A la question « Saviez-vous que la réalisation d'une MSF sur une enfant vivant en France est punie par la loi, même si le geste a été pratiqué à l'étranger ? », les femmes et les internes étaient significativement plus nombreux à répondre « non » (tableau 3).

Tableau 3 : Comparaison des réponses entre hommes et femmes et entre médecins thésés et internes à la question « Saviez-vous que la réalisation d'une MSF sur une enfant vivant en France est punie par la loi, même si le geste a été pratiqué à l'étranger ? » :

Saviez-vous que la réalisation d'une MSF sur une enfant vivant en France est punie par la loi, même si le geste a été pratiqué à l'étranger?	Non n (%)	Oui n (%)	p
Sexe			
Homme	13 (25,0)	36 (48,0)	0,01
Femme	39 (75,0)	39 (52,0)	
Catégorie			
Médecin thésé	17 (32,7)	38 (50,7)	0,04
Interne	35 (67,3)	37 (49,3)	

A la question « Pensez-vous pouvoir reconnaître une MSF à l'examen clinique ? », les moins de trente ans étaient significativement plus nombreux à répondre « non ». On peut également remarquer que la proportion des praticiens pensant pouvoir reconnaître une MSF ne changeait pas significativement qu'ils aient fait un stage en gynécologie obstétrique ou non (tableau 4).

Tableau 4 : Comparaison des réponses entre les différentes catégories d'âge et le statut des participants vis-à-vis de la réalisation d'un stage de gynécologie-obstétrique à la question « Pensez-vous pouvoir reconnaître une MSF à l'examen clinique ? » :

Pensez-vous pouvoir reconnaître une MSF à l'examen clinique ?	Non n (%)	Oui n (%)	p
Age (années)			
< 30	38 (56,7)	30 (44,1)	0,08
30-40	13 (19,4)	25 (36,8)	
> 40	16 (23,9)	13 (19,1)	
Stage effectué en GO			
Non	19 (28,4)	13 (19,1)	0,21
Oui	48 (71,6)	55 (80,9)	

III. Discussion :

a) Résultats principaux :

Un niveau de connaissance insuffisant :

Tout d'abord, notre étude fait état d'un bas niveau de connaissance en ce qui concerne l'épidémiologie, la clinique et la législation en matière de MSF. Ceci peut être expliqué par un manque d'information pendant le cursus universitaire de médecine. En effet, notre étude montre que les médias sont le principal outil d'information sur les MSF, devant la formation universitaire.

Concernant l'épidémiologie, c'est l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique de l'Est qui sont majoritairement citées. L'Afrique du Nord n'est citée que 59 fois (43,4%) et l'Asie 42 fois (30,9%). L'Egypte et l'Indonésie sont pourtant des pays où l'on retrouve une des plus fortes prévalences de MSF dans le Monde (plus de 90% des femmes et filles selon les données de l'UNICEF).

Concernant la clinique, même si les participants savent pour la plupart reconnaître les différents types de MSF sur des schémas, seuls 50% déclarent se s(-entir capable de les reconnaître cliniquement et seuls 30% savent que c'est la MSF de type II qui est la plus fréquente. Concernant la prise en charge, 80% des participants ne savent pas quelles sont les complications des MSF, 57% ne savent pas que les frais de la chirurgie sont pris en charge par l'assurance maladie.

L'examen clinique des organes génitaux externes des fillettes est un acte envisagé par seulement 9% des participants. Ce faible taux de réponse positive peut être expliqué par les réticences à réaliser ce type d'examen, notamment lorsque les filles grandissent, mais aussi par le fait que la question a été mal comprise par les participants comme remarqué par certains dans les commentaires en fin de questionnaire.

Concernant les connaissances anthropologiques, 61% des participants citent la justification religieuse à la question portant sur les motifs de réalisation des MSF, alors qu'il s'agit d'une pratique traditionnelle retrouvée dans plusieurs religions mais non recommandée par celles-ci.

Concernant la législation, les participants connaissent le principe d'extraterritorialité dans 55% des cas et la levée du secret professionnel dans 84% des cas mais ignorent la législation sur le statut de réfugié dans 70% des cas.

Les plus jeunes sont les moins à l'aise :

Peu de différences statistiquement significatives sont retrouvées entre les différents groupes. Néanmoins on peut remarquer que, comparé aux médecins thésés, les internes se sentent moins prêts à aborder le sujet des MSF avec leurs patientes. Ils en savent moins concernant la prise en charge à 100% des frais liés à la réparation chirurgicale et sont moins informés sur le principe d'extraterritorialité. Les moins de trente ans en savent moins que leurs aînés concernant la prise en charge à 100% des frais liés à la chirurgie réparatrice et se sentent moins à l'aise pour reconnaître une MSF à l'examen clinique. Ceci peut être expliqué par le fait que le sujet des MSF n'est pas abordé ni pendant le DCEM ni le TCEM à la faculté de Caen. Les médecins plus âgés et plus expérimentés ont pu avoir accès à d'autres sources d'information sur le sujet après leurs études, notamment via les médias, les formations complémentaires ou encore les congrès.

Une sous-estimation du phénomène :

Ensuite, notre étude suggère une sous-estimation du phénomène des MSF en France : seuls 23,5% des participants ont correctement évalué le nombre de femmes mutilées vivant en France, et seuls 14% des participants ont déjà vu une MSF chez une patiente. Ceci pourrait être expliqué par la faible proportion de femmes originaires de zones à risque de MSF vivant dans le Calvados. De plus, on sait que les questions en rapport avec la sexualité restent peu abordées par les patients comme par les médecins lors des consultations ce qui peut constituer un autre frein au dépistage des MSF.

Un manque d'information des réseaux de prise en charge :

Par ailleurs, l'étude nous apprend que les participants ne savent pas vers qui orienter leurs patientes dans 89% des cas. Ceci peut être expliqué par l'absence, au moment de la réalisation de l'étude, de consultation médicale dédiée et d'association spécialisée dans le département du Calvados.

Des résultats encourageants :

Malgré la méconnaissance du sujet, l'étude nous montre la motivation des participants qui se sentent concernés par la prise en charge des MSF dans 86% des cas.

Les médecins généralistes et les internes ont conscience que la réparation physique n'est pas forcément la principale attente des femmes puisqu'ils classent cet item en troisième position derrière l'écoute et la prévention.

Ils ont conscience que les MSF peuvent avoir un retentissement grave sur la sexualité des femmes puisqu'ils sont une majorité à penser que le plaisir sexuel n'est pas possible après une MSF. Il faut noter que cette question a fait l'objet de remarques de la part de certains participants et il est vrai que la formulation manquait de nuance.

D'autre part, les participants sont prêts à aborder le sujet avec leurs patients dans 81% des cas, et estiment que le sujet devrait être au programme des études de médecine dans 91% des cas. L'étude montre également que les participants ont conscience que les MSF et les menaces de MSF chez les mineurs entrent dans le cadre de la maltraitance et doivent être dénoncées aux autorités, puisqu'ils sont 90% à être prêt à faire un signalement judiciaire ou administratif. Enfin, une grande majorité des participants est opposée à une médicalisation des MSF.

b) Limites et points forts :

Le questionnaire :

L'enquête a été réalisée avec un questionnaire non validé dans la littérature ce qui constitue un biais de mesure.

L'échantillon :

L'échantillon a été randomisé pour les médecins généralistes ce qui lui confère une certaine crédibilité. Il y avait un biais de sélection dans notre étude car certains médecins ont refusé de recevoir le questionnaire ou de répondre, pensant que l'étude ne les concernait pas car ils ne faisaient aucun acte de gynécologie-obstétrique. D'autres ont refusé par manque de temps. On peut supposer que les répondeurs étaient les participants les plus intéressés par le sujet des MSF, ce qui peut sous-estimer le taux de méconnaissance sur le sujet.

Le taux de réponse :

Grâce à la méthodologie utilisée, le taux de réponse de 27%, était supérieur à la moyenne de réponse pour le même type d'étude (35).

c) Comparaison avec les travaux antérieurs :

Une étude de Tantet et al. réalisée en 2017, évaluant les connaissances des médecins généralistes et des médecins du voyage en matière de MSF a retrouvé des résultats similaires aux nôtres. Elle montrait que moins de 50% des praticiens avaient les connaissances suffisantes pour pouvoir dépister, prévenir et prendre en charge les MSF (35). Une thèse de médecine soutenue par le Dr Laurens Doucoure en 2011, évaluant les connaissances, les attitudes et l'enseignement des internes en médecine générale au sujet des MSF a également mis en évidence une méconnaissance du problème (5).

Concernant la sous-estimation de la prévalence des MSF, l'étude de Tantet et al. réalisée en région parisienne où les patientes mutilées sont plus nombreuses, a elle aussi mis en évidence une mauvaise estimation du problème (35). Cette sous-estimation pourrait être expliquée par un manque de communication comme le suggère l'étude Excision et Handicap (ExH) de Andro et al. dans laquelle les femmes déplorent que les médecins n'abordent pas suffisamment le sujet en consultation (36).

D'autre part, la thèse des Dr Bastien et Paccard, dans laquelle des femmes mutilées ont été interrogées, met en avant que le médecin généraliste reste un recours peu identifié par les patientes pour évoquer leur mutilation (37). Une étude publiée par le Journal International de Médecine en 2018 auprès 12000 médecins généralistes, gynécologues, endocrinologues, cardiologues, psychiatres et urologues montre d'une part que les patientes abordent rarement de façon spontanée les questions sexuelles et d'autre part que les médecins abordent peu le sujet en l'absence de plainte sexuelle (38).

Bien que les populations ne soient pas identiques, certains points peuvent être comparés avec deux autres études. Celle du Dr Anne Laurens Doucouré s'intéressant aux connaissances et aux attitudes des internes en médecine générale face aux MSF (5), et celle de Tantet et al. évaluant les connaissances en matière de MSF des médecins généralistes et des médecins du voyage (35). Le tableau ci-dessous illustre les comparaisons qui peuvent être faites entre ces trois études.

Tableau 5: comparaison de notre étude avec les travaux antérieurs :

	Etude Dr Laurens Doucouré	Etude Tantet et al.	Notre étude
Pensent avoir un rôle à jouer	78%	92,9%	86%
Pensent être prêt à aborder le sujet	61%	-	81%
Connaissent les différents types de MSF	20%		81%
Ont déjà vu une MSF	21,8%	42,9%	14%
Pensent pouvoir reconnaître une MSF	44%	85,4%	50%
Examinent les organes génitaux des fillettes	18%	29%	9%
Savent que la chirurgie est remboursée	17%	-	38%
Connaissent le principe d'extraterritorialité	80%	-	55%
Feraient un signalement si nécessaire	55%	-	90%
Ont un intérêt pour la formation	81%	-	91%

La motivation et l'intérêt pour la formation sont élevés dans les différentes études. Le taux de médecins ayant déjà vu une MSF est plus élevé dans l'étude de Tantet et al. car les participants, des médecins du voyage et des médecins généralistes de Paris, sont plus exposés aux populations immigrées concernées par les MSF. De même, ces médecins sont plus à l'aise pour pouvoir reconnaître une MSF cliniquement car ils ont probablement plus d'expérience.

Il existe une différence notable pour la réponse à la question portant sur les types de MSF mais ceci est lié à la formulation de la question : dans l'étude du Dr Doucouré les participants devaient répondre par « oui » ou « non » tandis que dans notre étude les participants disposaient de schémas simplistes qui ont probablement aidé les participants à répondre correctement à la question.

Les taux d'examens des organes génitaux des fillettes sont faibles, en particulier dans notre étude. Ceci peut être expliqué par le fait que les médecins et les internes du Calvados sont moins sensibilisés que les praticiens des autres études exerçant en région parisienne.

La connaissance concernant le remboursement de la chirurgie est plus importante dans notre étude. Il semblerait que les internes en savent moins sur cette question dans les deux études puisque dans notre travail, les internes étaient plus nombreux que les médecins installés à répondre négativement.

Le taux de signalement est plus important dans notre étude. Cette différence n'est pas liée au statut des participants car dans notre étude il n'y a pas de différence significative entre internes et médecins thésés.

d) Propositions :

Propositions pour améliorer les connaissances :

- Diffuser plus largement les plaquettes d'information et les guides déjà existants tel que « Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines » édité en 2016 par le Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes (39).
- Rendre effective la formation initiale et continue sur les MSF pour les médecins : anatomie du clitoris dès la première année de médecine, et cours spécifique sur les MSF en DCEM ou en TCEM.
- Faire connaître les structures sociales et associatives menant une action dans ce domaine : le 3919 (numéro d'écoute national destiné aux femmes victimes de toutes formes de violences), le 119 (Allo enfance en danger), le Groupe femmes pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (GAMS), la Commission pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (CAMS), le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF), Excision Parlons-en ! Equilibres et Populations, Gynécologie sans frontière (GSF).

Propositions pratiques pour les médecins généralistes :

- Toujours penser à la possibilité d'une MSF lors d'une consultation pour troubles urinaires ou gynécologiques lorsque la patiente est originaire d'un pays à risque.
- Lors d'une consultation d'une femme ayant subi une mutilation, l'informer sur l'existence de cette mutilation et évoquer avec elle les complications, les risques, l'aspect législatif, la protection des enfants à naître, rechercher des séquelles et l'informer sur la possibilité d'envisager une réparation chirurgicale.
- Informer les familles exposées à ce risque sur les procédures de protection des enfants, examiner les vulves des filles et rappeler les effets délétères des MSF sur la santé.
- La constatation d'une MSF chez une mineure doit faire l'objet d'un signalement au Procureur de la République.

CONCLUSION :

En France, trois filles sur dix originaires d'un pays où l'on pratique les MSF sont menacées d'être mutilées. Les MSF ont des conséquences médicales, psychologiques et sexuelles graves et il est du devoir des professionnels de santé de prendre en charge les femmes victimes et les enfants qui risquent de l'être.

La surveillance est souvent assurée par les centres de Protection Maternelle et Infantile jusqu'à l'âge de 6 ans et le problème s'est donc déplacé dans le temps et dans l'espace : on ne mutile plus les fillettes sur le territoire français mais les adolescentes dans le pays d'origine. C'est alors au médecin généraliste d'être vigilant et il a de multiples occasions d'aborder la problématique des MSF en consultation. L'exercice de la médecine générale, caractérisé par l'approche centrée sur la personne dans son environnement, l'éducation pour la santé, la coordination des soins et le suivi au long cours, prend tout son sens quand il s'agit de dépister, de prévenir et de prendre en charge les MSF.

Malgré leur faible connaissance du sujet, les médecins généralistes se sentent concernés par la problématique et sont demandeurs d'être mieux formés. L'éradication de ces pratiques néfastes passera, entre autres, par une meilleure acquisition des connaissances afin que les médecins se sentent légitime pour les dépister et les prévenir.

Notre étude avait pour but, in fine, de servir l'enseignement afin que le sujet soit abordé durant le cursus universitaire de médecine. Ce travail aura servi à sensibiliser les médecins interrogés et à leur donner suffisamment de renseignements pour pouvoir appréhender, le cas échéant, le dépistage, la prévention et la prise en charge des MSF.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Groult B. Ainsi soit-elle. Paris: Grasset; 1990.
2. Hosken FP, Groult B. Les mutilations sexuelles féminines. Paris, France: Denoël : Gontier; 1983.
3. Dirie W, Miller C, Deschamps A, Deschamps J. Fleur du désert: le combat d'un top-model contre l'excision. Paris: Ed. J'ai lu; 2009.
4. Fofana H. Mariama, l'écorchée vive. Paris: Karthala; 2016.
5. Laurens Doucouré A. Les internes en médecine générale face aux mutilations sexuelles féminines: connaissances, attitudes, enseignement. Paris Descartes; 2011.
6. Ministère de l'Education nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, Ministère de la Santé et des Solidarités. Circulaire interministerielle n° DGS/SD2C/2007/98 du 8 mars 2007 relative à la formation des étudiants en médecine dans le cadre du plan de lutte contre les mutilations sexuelles féminines. [Internet]. 2007. Disponible sur: <https://www.gynsf.org/MSF/circulaireformationmedecins.pdf>
7. Kamina P, Richer J-P, Scépi M, Faure J-P, Demondion X. Anatomie clinique de l'appareil génital féminin. <http://www.em-premium.com/data/traites/gy/00-32414/>.
8. Lopès P, Poudat F-X. Manuel de sexologie. Elsevier Masson; 2007.
9. Puppo V, Puppo G. Anatomy of sex: Revision of the new anatomical terms used for the clitoris and the female orgasm by sexologists. Clin Anat. avr 2015;28(3).
10. Vardon Delphine. Orgasme féminin, mythes et réalités. Vécu personnel de l'orgasme de femmes gynécologues et revue de la littérature. Université de Nantes, Faculté de médecine; 2018.
11. Cochard LR. Atlas d'embryologie humaine de Netter. De Boeck Supérieur; 2015.
12. Eliminer les mutilations sexuelles féminines: déclaration interinstitutions HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2008.
13. Antonetti E, Morel C, Fernandez H. Mutilations sexuelles féminines. 20 oct 2015; Disponible sur: <http://www.em.premium.com/article/1009549/resultatrecherche/1>
14. UNICEF. Female genital mutilation/cutting: a global concern [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf
15. Mmes Maryvonne BLONDIN, Marta de CIDRAC. Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur les mutilations sexuelles féminines. [Internet]. 2018. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r17-479/r17-4791.pdf>
16. Andro A, Lesclingand M. Les mutilations génitales féminines. État des lieux et des connaissances. Population. 23 sept 2016;71(2).
17. Brown IB. On the Curability of Certain Forms of Insanity, Epilepsy, Catalepsy, and Hysteria

in Females. Hardwicke; 1866.

18. Organisation mondiale de la Santé - 2011 - Stratégie mondiale visant à empêcher le personnel .pdf [Internet]. [cité 26 nov 2018]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70467/WHO_RHR_10.9_fre.pdf;jsessionid=D1566C07C9D8E77126B74340DE16976E?sequence=1
19. 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, Institut National des Etudes Démographiques (INED)- Université Paris I, Paris. 2009;
20. Behrendt A, Moritz S. Posttraumatic Stress Disorder and Memory Problems After Female Genital Mutilation. Vol. 162. 2005. 1000 p.
21. Paterson LQP, Davis SN, Binik YM. Les mutilations génitales féminines et l'orgasme avant et après réparation chirurgicale. 14 févr 2012; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.ezproxy.normandie-univ.fr/article/692404/references/#bib0160>
22. 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;77(1):139.
23. Antonetti Ndiaye E, Fall S, Beltran L. Intérêt de la prise en charge pluridisciplinaire des femmes excisées. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. nov 2015;44(9):862-9.
24. Dugast S, Winer N, Wylomanski S. Prise en charge sexologique des femmes excisées : expérience nantaise, France. Étude préliminaire. Sexologies. oct 2017;26(4):213-21.
25. Chevrot A, Lousquy R, Arfi A, Haddad B, Paniel BJ, Touboul C. Technique opératoire : la transposition clitoridienne. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. oct 2015;44(8):787-91.
26. Ducarme G, Pizzoferrato AC, de Tayrac R, Schantz C, Thubert T, Le Ray C, et al. [Perineal prevention and protection in obstetrics: CNGOF Clinical Practice Guidelines (short version)]. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2018;46(12):893-9.
27. Code pénal - Article 222-9. Code pénal.
28. Code pénal - Article 222-10. Code pénal.
29. Code pénal - Article 227-24-1. Code pénal.
30. LOI n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants. 2010-769 juill 9, 2010.
31. Code pénal - Article 226-14. Code pénal.
32. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile - Article L723-5. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.
33. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile - Article L752-3. Code de

l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

34. UNFPA, UNICEF. Programme conjoint sur les mutilations génitales féminines/Excision: accélérer le changement [Internet]. 2012. Disponible sur: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA-UNICEF%20Joint%20Programme%20Annual%20Report%202012_French.pdf

35. Tantet C, Aupiais C, Bourdon M, Sorge F, Pagès A, Levy D, et al. Female genital mutilation: an evaluation of the knowledge of French general and specialized travel medicine practitioners. *Journal of Travel Medicine* [Internet]. 1 janv 2018 [cité 18 janv 2019];25(1). Disponible sur: <https://academic.oup.com/jtm/article/doi/10.1093/jtm/tax090/4819271>

36. Andro Armelle, Lesclingand Marie, Pourette Dolores. 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 [Internet]. 2009. Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/269/volet_qualitatif_de_exh_rapport_final.fr.pdf

37. Bastien P, Paccard C. Quelle prise en charge des mutilations génitales féminines à Toulouse : la parole aux femmes. Étude qualitative en région toulousaine [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2015 [cité 18 mai 2019]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1130/>

38. Thelliez Patricia. La sexualité féminine en consultation : les résultats d'une enquête [Internet]. Disponible sur: <https://www.rituelles-sante.com/sante-sexuelle/sexualite-feminine-en-consultation>

39. Ministère des affaires sociales, de la santé, et des droits des femmes. Le/la praticien-ne face aux mutilations sexuelles féminines [Internet]. 2016. Disponible sur: https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Le_praticien_face_aux_mutilations_sexuelles_feminines_-_2016.pdf

ANNEXES :

Annexe a : Questionnaire soumis aux participants

Questionnaire destiné aux médecins généralistes du Calvados et aux internes de médecine générale de la faculté de Caen

Ce questionnaire porte sur vos connaissances et sur le rôle que vous pensez pouvoir jouer dans la prise en charge des mutilations sexuelles féminines (MSF) aussi appelées « excision » et « infibulation ». Il est important que vous y répondiez peu importe que vous ayez entendu parler ou non des MSF.

Ce questionnaire sera traité de façon confidentielle. Il entre dans le cadre d'un sujet de recherche pour une thèse de médecine générale.

Un document d'information est joint afin de compléter vos connaissances sur le sujet. Merci de lire ce document après avoir rempli le questionnaire pour une meilleure représentativité des réponses.

Merci de consacrer quelques minutes à ce questionnaire afin de pouvoir mener ma thèse à bien.

Section1 : Vous êtes :

Question 1 : Catégorie :

- Médecin thésé Interne de médecine générale

Question 2 : Lieu d'exercice :

- Rural (<2000 habitants) Semi urbain
 Urbain (>10 000 habitants) Non concerné (interne)

Question 3 : Sexe :

- Féminin Masculin

Question 4 : Age :

- < 30 ans 30-40 ans 40-50 ans 50-60 ans > 60 ans

Question 5 : Avez-vous déjà effectué un stage en service de gynécologie-obstétrique durant votre cursus (externat, internat) ?

- Oui Non

Question 6 : Avez-vous fait une formation complémentaire en gynécologie obstétrique (DU, DIU, FMC,...) ?

- Oui Non

Si oui, laquelle? :

Section 2 : Votre pratique :

Question 1 : Si vous avez déjà entendu parler des MSF, cela était-il (plusieurs réponses possibles):

- À la faculté
- Lors d'un stage hospitalier
- Lors d'un stage ambulatoire
- Dans les médias
- Dans le domaine privé : ami, famille, entourage...
- Jamais

Question 2 : Pensez vous avoir un rôle à jouer dans la prise en charge des MSF ?

- Oui
- Non

Question 3 : Pensez-vous pouvoir reconnaître une MSF à l'examen clinique ?

- Oui
- Non

Question 4 : En avez-vous déjà vu ?

- Oui
- Non

Question 5 : Vous sentiriez vous prêt à aborder le sujet avec une patiente chez qui vous découvrez une MSF ?

- Oui
- Non

Question 6 : Dans le cadre du suivi pédiatrique, pratiquez-vous une inspection des organes génitaux des filles ?

- Oui
- Non

Section 3 : Vos connaissances :

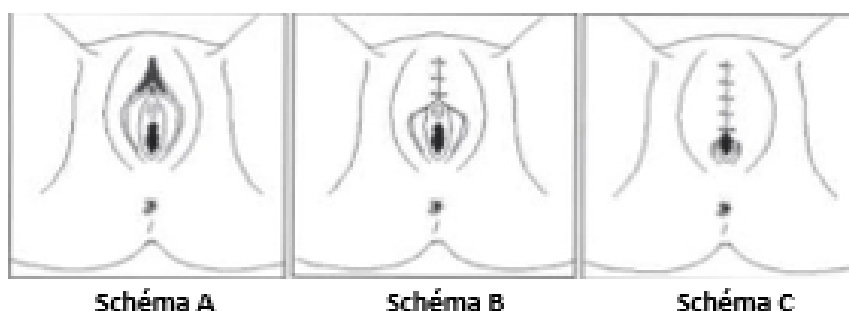
Question 1: Devant quelle(s) origine(s) géographique(s) évoquez-vous la possibilité qu'une patiente ait subi une MSF ? (Plusieurs réponses possibles) :

- Europe (France, Allemagne, Grande Bretagne, ...)
- Amérique du Sud (Brésil, Pérou, Chili, Argentine...)
- Amérique du Nord (Etats Unis, Canada...)
- Asie (Indonésie, Inde, Malaisie, ...)
- Afrique de l'Ouest (Mali, Sénégal, Mauritanie, Burkina Faso, Guinée...)
- Afrique de l'Est (Somalie, Djibouti, Erythrée, Ethiopie...)
- Afrique du Nord (Egypte, Maroc, Algérie, Tunisie...)
- Moyen Orient (Yémen, Irak...)

Question 2: A combien estimez-vous le nombre de femmes mutilées vivant en France ?

- <10 000
- 10 000 < n < 40 000
- 40 000 < n < 80 000
- > 80 000

Question 3 : Quels sont les différents types de mutilations possibles (Associez le schéma au type de MSF) ?



	Excision du clitoris (MSF type I)	Excision du clitoris et des petites lèvres (MSF type II)	Infibulation (MSF type III)
Schéma A			
Schéma B			
Schéma C			

Question 4: Quel est, d'après vous, le type de MSF le plus pratiqué dans le monde ?

- Type I : Excision du clitoris Type II : Excision du clitoris et des petites lèvres
 Type III : Infibulation

Question 5: Selon vous, comment se justifie la pratique de l'excision (plusieurs réponses possibles) :

- Pratique d'origine religieuse
 Pratique d'origine culturelle
 Hygiène, prophylaxie
 Esthétique
 Favoriser la fertilité
 Contrôle de la sexualité des femmes
 Protection de la virginité
 Je ne sais pas

Question 6 : Connaissez-vous les complications urologiques, gynécologiques et obstétricales des MSF?

- Oui Non

Si oui, pouvez-vous en citer ?

Question 7 : Pensez-vous que le plaisir sexuel est possible après une excision ?

- Oui Non

Question 8 : D'après vous, quelle est la principale attente des femmes dans la prise en charge des MSF?

- Information, conseil
- Réparation physique, retrouver un corps similaire aux autres femmes
- Affirmation de soi, accomplissement personnel
- Trouver un plaisir sexuel, diminuer les douleurs lors des rapports
- Ecoute, prise en charge psychologique et sexologique
- Prévenir la répétition des actes de MSF chez les jeunes générations

Question 9 :Avez-vous connaissance de lieux de prise en charge, d'associations, de numéros d'appel gratuits vers qui orienter vos patientes ?

- Oui
- Non

Si oui, pouvez-vous en citer ?

Question 10 : Pensez-vous que l'excision pourrait être une pratique encadrée médicalement?

- Oui
- Non

Question 11 : Saviez-vous que les frais liés à la chirurgie réparatrice sont pris en charge par la sécurité sociale?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Section 4 : Ce que dit la loi :

Question 1 : Savez-vous si un statut de réfugié peut être accordé à une femme qui fuit son pays en raison d'une menace d'excision pour elle-même ou ses filles ?

- Oui
- Non

Question 2 : Saviez-vous que la réalisation de MSF sur une enfant vivant en France est punie par la loi, même si le geste a été pratiqué à l'étranger ?

- Oui
- Non

Question 3 : Pensez-vous que la levée du secret professionnel s'applique à la découverte d'une mutilation ou d'une menace de mutilation chez une mineure ? :

- Oui
- Non

Question 4 : Feriez-vous un signalement judiciaire et/ou administratif pour une enfant menacée de MSF ?

- Oui
- Non

Section 5 : La formation :

Question 1 : Pensez-vous que le sujet des MSF devrait être abordé systématiquement lors des études de médecine ?

- Oui
- Non

Section 6 : Pour finir :

Question 1 : Avez-vous de remarques ou des questions à propos de ce sujet ou de ce questionnaire ?

.....
.....
.....
.....

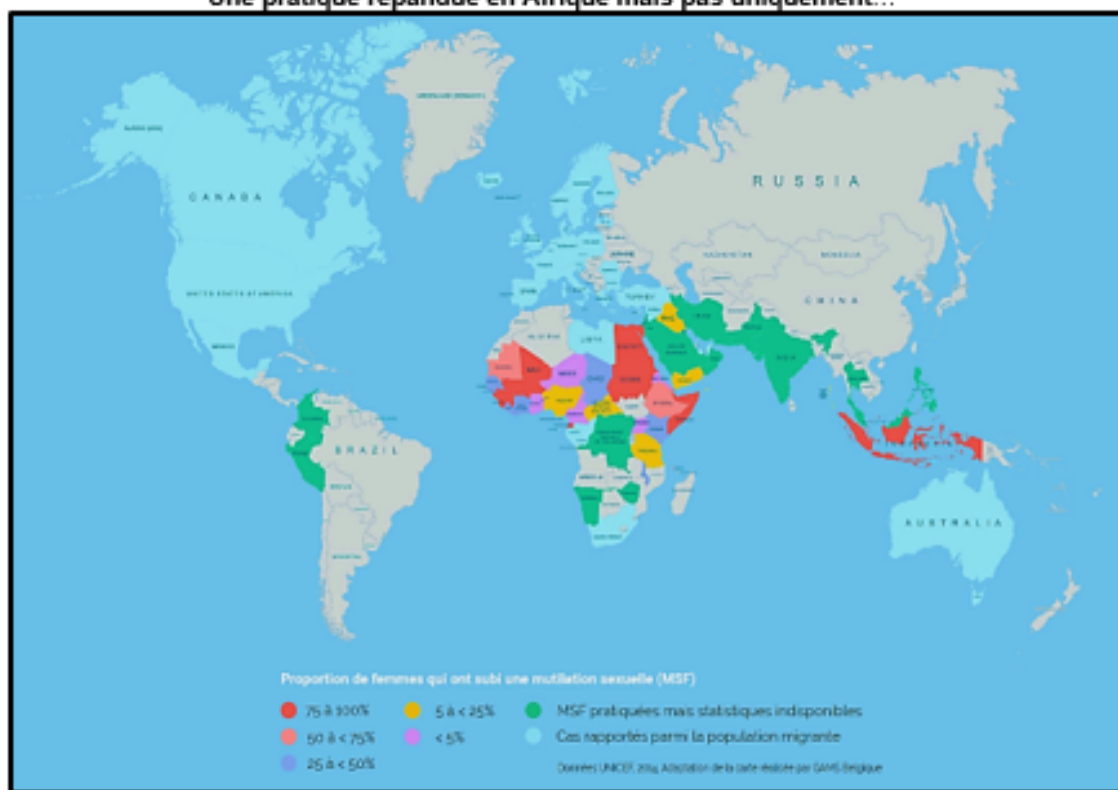


Annexe b : Document d'information distribué aux participants :

Les Mutilations sexuelles féminines

Les mutilations sexuelles féminines désignent toutes les interventions sur les organes sexuels externes féminins sans raisons médicale. Il s'agit d'une **violation des droits fondamentaux** des filles et des femmes ainsi qu'une **atteinte à leur intégrité physique**.

Une pratique répandue en Afrique mais pas uniquement...



Au moins **125 millions de femmes** ont subi une forme de mutilation sexuelle dans le Monde. En Afrique, une femme sur trois en a été victime et chaque année 3 millions de fillettes en sont victimes. En France, l'INED estime que **53 000 femmes** adultes seraient excisées

Des conséquences immédiates : douleur intense, hémorragie, décès (5 à 15%), infections, lésions traumatiques des organes de voisinage (vessie, anus...)

Mais aussi à moyen et long terme ... : infections gynécologiques et urinaires, stérilité, accouchements difficiles (lésions du périnée plus fréquentes, fistule vésico/recto-vaginale, hémorragie de la délivrance, mort foetale in utéro, accouchement prématuré), dyspareunie, stress post traumatique, atteinte à l'image corporelle et à l'estime de soi.

Ce que dit la loi :

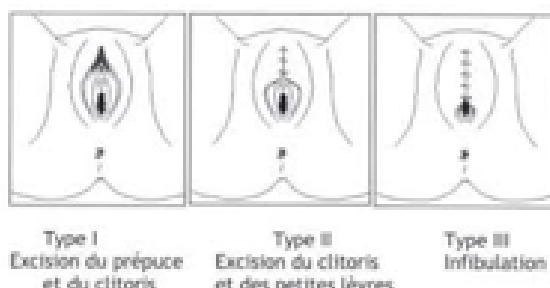
- ➔ **La loi française punit les MSF commises en France et à l'étranger** au même titre que les autres violences ayant entraîné une mutilation permanente. **Elle punit les auteurs ainsi que les personnes ayant incité leur réalisation.** La loi française s'applique à l'acte commis à l'étranger si la victime est française ou si, étrangère, elle réside habituellement en France. **La victime peut porter plainte jusqu'à 20 ans après sa majorité**, soit 38 ans, pour condamner ces pratiques devant la justice française. Les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente sont punies par **10 ans d'emprisonnement et 150000 € d'amende**. Si la mutilation est commise sur une mineure de moins de quinze ans par un ascendant légitime, naturel, adoptif, ou par toute autre personne ayant autorité sur la mineure, la peine encourue est de **20 ans de réclusion criminelle**.
- ➔ La protection contre les mutilations sexuelles féminines est un motif recevable de **demande d'asile** pour les mineurs et leurs parents. **France = premier pays d'asile pour les femmes et les filles victimes de mutilations sexuelles féminines**

Le rôle des professionnels de santé :

- ➔ Obligation d'intervenir, comme tout individu, en cas de risque immédiat, pour empêcher la réalisation d'une MSF et ne peut se retrancher derrière le secret médical

Le secret professionnel n'est pas applicable « à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique »

- ➔ Identifier si la femme a été victime d'une MSF pour améliorer sa prise en charge, lui proposer un accompagnement adapté et prévenir la survenue de cette pratique chez ses filles



Type I
Excision du prépuce
et du clitoris

Type II
Excision du clitoris
et des petites lèvres

Type III
Infibulation

Type 1 : Clitoridectomie, ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce

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

Type 3 : Infibulation, rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accrolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris

Type 4 : Toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, telles que la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation.

1. **Annoncer** que, lors de l'examen que vous venez de mener, vous avez remarqué que la femme est excisée ou « coupée »
2. **Repérer les complications** liées à la mutilation : existe-t-il des troubles urinaires, des douleurs, des troubles sexuels, un traumatisme ?
Evaluer les possibilités de prise en charge médicale, chirurgicale, psychologique ou sexuelle et l'orienter vers une **équipe pluri-disciplinaire** si nécessaire. Certaines complications nécessitent le recours à des techniques chirurgicales (exérèse de kystes épidermiques, libération de névromes, désinfibulation en cas de dyspareunie ou de troubles mictionnels). Une clitoridoplastie avec libération du clitoris pourra lui être proposée et prise en charge par la

sécurité sociale. Certaines techniques, comme la désinfibulation, sont réalisées pendant l'accouchement.

3. **Prévenir** la réalisation d'une excision chez les fillettes de la famille en informant la femme (le couple) que ces pratiques sont interdites en France, y compris si elles sont réalisées dans un pays étranger.

Surveillance médicale régulière des enfants (cabinet ou PMI) = occasion pour le médecin de réaliser un examen clinique complet et de vérifier l'intégrité des organes génitaux et de rappeler régulièrement les messages de prévention aux parents

Si une famille demande à être aidée pour protéger une fillette d'un risque d'excision (notamment à l'occasion d'un voyage dans leur pays d'origine), il est possible d'établir un **certificat de non excision**.

Vous découvrez qu'une mineure a été mutilée => informer les autorités judiciaires en effectuant un signalement au Procureur de la République (modèle disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr>) du tribunal de grande instance du lieu de résidence habituel du mineur par tout moyen, adresser une copie du signalement au président du conseil général (Cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes)

Vous recueillez une information susceptible de laisser craindre qu'un enfant se trouve en situation de risque de mutilation :

- La situation nécessite une protection judiciaire sans délai : Vous devez informer les autorités judiciaires par un signalement au Procureur de la République du tribunal de grande instance du lieu de résidence habituel du mineur.
- Le risque existe mais n'est pas imminent (un voyage est prévu dans quelques mois dans le pays d'origine des parents, lors de futures vacances scolaires) : Vous devez informer sans délai la Cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (CRIP)

Annuaire local utile

- Procureur de la République : faire le 17
- Tribunal de Grande Instance de Caen : n° : 02.50.10.13.00, fax : 02.50.01.12.21, mail : tgi-caen@justice.fr
- Tribunal de Grande Instance de Lisieux : n° : 02.31.48.53.60, fax : 02.31.62.78.65
- Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) du Calvados : n° : 02.31.57.16.61 Ou 02.31.57.16.71 Ou 02.31.57.16.76
- Service Aide sociale à l'enfance du Calvados : n° : 02.31.57.16.41, fax : 02.31.57.16.99
- Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins : n° : 02.31.86.38.28 ou 02.31.38.29.01, mail : calvados@14.medecin.fr

- Service de gynécologie obstétrique CHU de Caen : Dr Pizzoferrato et Dr Vardon, n° : 02.31.27.25.25

- Unités de soins en région parisienne (liste non exhaustive):

- La Maison des Femmes, St Denis, Dr Hatem www.lamaisondesfemmes.fr, n° : 01.42.35.61.28, mail : contact@lamaisondesfemmes.fr
- Institut en santé Génésique, Saint Germain en Laye, Dr Pierre Foldes, n° : 01.39.10.85.35, mail : contact@isg78.org
- Centre Hospitalier Intercommunal André Grégoire, Montreuil, Dr Abramowicz n° : 07.69.17.98.61, mail : reparonslexcision@gmail.com
- Hôpital Trousseau, Paris 12^{ème}, Dr Louboutin n° : 01.53.36.41.08
- Hôpital du Kremlin Bicêtre, Dr Antonetti-Ndiaye, n° : 01.45.21.77.78, mail : docteur.emmanuelle.antonetti@gmail.com

- Associations :

- **GAMS** (Groupe Femmes pour Abolition Mutilations Sexuelles et des Mariages Forcés) <https://federationgams.org>
Fédération nationale : n° 01.43.48.10.87, mail contact@federationgams.org
GAMS Normandie (Le Havre): 06.30.36.42.42
gamshautenormandie@gmail.com
- **CAMS** (Commission pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles) www.cams-fgm.net:
n° 01.45.49.04.00, fax 01.45.49.16.71, mail contact@cams-fgm.com
- **Excision Parlons-en** www.excisionparlonsen.org, www.alerte-excision.fr
- **Mouvement Français pour le Planning Familial de Caen** : n° : 02.31.82.20.50, mail : mfpf14@gmail.com



Document d'information rédigé par Agathe Gand dans le cadre d'un travail de thèse de médecine générale portant sur les connaissances et le rôle des médecins généralistes dans le dépistage, la prévention, et la prise en charge des mutilations sexuelles féminines, 2016.

Annexe c : Modèle de signalement :

SIGNALEMENT

Pour personne mineure (moins de 18 ans)

(veuillez écrire en lettres d'imprimerie)

Je certifie avoir examiné ce jour (en toutes lettres) :

- date (jour de la semaine et chiffre du mois) :
- année :
- heure :

Le mineur :

- nom :
- prénom :
- date de naissance (en toutes lettres) :
- sexe :
- adresse :

Accompagné de (noter s'il s'agit d'une personne majeure ou mineure, indiquer si possible les coordonnées de la personne et les liens de parenté éventuels avec le mineur) :

- la personne accompagnatrice nous a dit que : «

- le mineur nous a dit que : «

Cachet du médecin

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice :
(rayer la mention inutile)

Oui

Non

- description du comportement du mineur pendant la consultation :

- description des lésions s'il y a lieu (noter le siège et les caractéristiques sans en préjuger l'origine)

-
-
-
-
-
-

Compte-tenu de ce qui précède et conformément à la loi, je vous adresse ce signalement.

Signalement adressé au Procureur de la République et copie à la Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) du conseil départemental (ex conseil général)

Fait à _____, le

Signature du médecin ayant examiné le mineur :

Annexe d : Modèle de certificat :

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Docteur, docteur en médecine, exerçant au sein de l'hôpital [nom de l'établissement] de [ville],

Certifie avoir reçu le .../.../..... à heures, dans le cadre de la procédure prévue aux articles L. 723-5 et L. 752-3 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile,

Dans les locaux de l'hôpital de

Une mineure m'étant présentée comme étant:

Nom Prénom

Née le .../.../..... à

Accompagnée de ses parents / son père / sa mère / ses représentants légaux

La mineure ainsi que ses parents ou ses représentants légaux sont informés ce jour du contexte et du déroulement de l'examen, et donnent oralement leur consentement pour la réalisation de celui-ci, dans les conditions définies à l'article L. 1111-4 du code de la santé publique.

Examen clinique

Pratique

Refusé :

par la mineure

par ses parents ou ses représentants légaux

L'examen permet de conclure :

Absence de stigmat(e)s évoquant une mutilation sexuelle

Présence de stigmat(e)s de mutilation sexuelle

Fait le .../.../.....

Docteur.....

Signature du médecin

Le présent certificat, ou sa copie, est remis en main propre aux parents ou aux représentants légaux de la mineure en vue de sa transmission dans un délai de 15 jours à l'OFPRA.

Ils sont informés par le médecin qu'en présence de stigmates évoquant une mutilation sexuelle, ou en cas de non-transmission du certificat à l'OFPRA dans le délai prévu ou de refus de se soumettre à l'examen prévu, un signalement sera fait au procureur de la République.

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
En référence à la délibération
Du Conseil d'Université
En date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
De l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2019
NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : GAND AGATHE

TITRE:

Mutilations sexuelles féminines : Connaissances et rôles des médecins généralistes dans la prise en charge, le dépistage et la prévention. Etude quantitative auprès des médecins généralistes du Calvados et des internes en médecine générale de la faculté de Caen.

RÉSUMÉ:

Introduction : Les Mutilations sexuelles Féminines (MSF) concerneraient, selon des estimations, environ 53 000 femmes en France. Elles ont des conséquences médicales, psychologiques et sexuelles désastreuses. Le médecin généraliste, praticien de premier recours, a un rôle central dans le dépistage, la prévention et la prise en charge des MSF. Paradoxalement, ce sujet est pour beaucoup d'entre eux méconnu car très peu enseigné lors des études médicales. Le but de l'étude était d'évaluer les connaissances des médecins généralistes et des internes en médecine générale du Calvados sur ce sujet.

Méthode : Étude descriptive transversale quantitative par questionnaire. Échantillonnage par tirage au sort. Envoi de questionnaires papier ou web après contact téléphonique puis rappel.

Résultats : 136 réponses exploitables sur les 503 questionnaires envoyés (27 %). 50% des participants ne se sentent pas capables de reconnaître une MSF, 80% ne connaissent pas les complications des MSF, 76,5% ne connaissent pas le nombre de femmes mutilées vivant en France, 89% ne connaissent pas les lieux de prise en charge ni les associations. 86% se sentent concernés par la prise en charge des MSF et 91% estiment que le sujet devrait être davantage abordé pendant les études.

Conclusion : Malgré un niveau de connaissance insuffisant, les médecins généralistes se sentent concernés par la problématique des MSF et souhaitent être mieux formés.

MOTS-CLÉS : Mutilation sexuelle féminine, Médecine générale, Connaissance médicale, Dépistage, Prévention, Prise en charge

TITLE:

Female genital mutilation: Knowledge and roles of general practitioners in care, screening and prevention. Quantitative study among general practitioners in Calvados and general medical interns at the University of Caen.

ABSTRACT:

Introduction: Female Genital Mutilation (FGM) is estimated to affect about 53,000 women in France. They have disastrous medical, psychological and sexual consequences. The general practitioner, a primary care practitioner, has a central role in the screening, prevention and management of FGM. Paradoxically, for many of them, this subject is not well known because it is rarely taught during medical studies. The purpose of the study was to assess the knowledge of general practitioners and residents in Calvados general medicine on this subject.

Method: Quantitative cross-sectional descriptive study by questionnaire. Sampling by drawing lots and sending paper or web questionnaires after telephone contact and then call back.

Results: 136 usable responses out of 503 questionnaires sent (27%). 50% of the participants do not feel able to recognize an MSF, 80% do not know the complications of FGM, 76.5% do not know the number of mutilated women living in France, 89% do not know the places of care or associations. 86% feel concerned about the care of FGM and 91% believe that the subject should be addressed more during the studies.

Conclusion: Despite a lack of knowledge, general practitioners feel concerned by the problem of FGM and wish to be better trained.

KEY WORDS : Female genital mutilation, General medicine, Medical Knowledge, Screening, Prevention, Care